



Síndrome geniturinária após câncer de mama e radioterapia pélvica: abordagens terapêuticas baseadas em evidências

Genitourinary syndrome after breast cancer and pelvic radiotherapy: evidence-based therapeutic approaches

Marcia Farina Kamilos^{1*}

A síndrome geniturinária (SGU) é uma das principais queixas de mulheres expostas à privação estrogênica decorrente de terapias oncológicas. Em sobreviventes de câncer de mama (SCMs), a prevalência chega a 75%, taxa superior à da população geral. Já após radioterapia ou braquiterapia pélvica, a SGU pode ocorrer mesmo em mulheres previamente eumenorreicas e evoluir para estenose vaginal. Ambas as condições impactam severamente a qualidade de vida e a sexualidade, exigindo estratégias terapêuticas individualizadas e seguras¹⁻³.

SÍNDROME GENITURINÁRIA EM SOBREVIVENTES DE CÂNCER DE MAMA

Conduta inicial — terapia não hormonal (recomendada como primeira linha pelo American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2021) e pela The North American Menopause Society (NAMS, 2020) (Tabelas 1 e 2). Dado que os inibidores de aromatase (IA) reduzem estradiol plasmático a níveis quase indetectáveis, pequenos aumentos séricos provenientes de terapia local poderiam teoricamente reativar células residuais. Assim, a literatura

Tabela 1. Conduta inicial na terapia não hormonal.

Modalidade	Evidência	Comentário clínico
Lubrificantes e hidratantes vaginais (pH 3,8–4,5; baixa osmolalidade)	Forte	Uso contínuo; evitar parabenos e glicerina
Ácido hialurônico vaginal	Moderada	Melhora o ressecamento e a dispareunia
Supositórios de vitaminas D e E aplicados diariamente à noite, durante 8 semanas (dosagens: vitamina D3 1000 UI + vitamina E 400 UI por supositório)	Limitada	Melhora a epiteliação em até 8 semanas
Probióticos orais/vaginais	Emergente	Promissora ação no microbioma vaginal
Lidocaína tópica 4%	Moderada	Útil imediatamente antes da relação
Fisioterapia de assoalho pélvico e dilatadores	Forte	Essencial em dispareunia e fobia à penetração
Radiofrequência/laser CO ₂ /Er:YAG	Moderada	Melhora os sintomas, porém sem dados robustos de segurança em longo prazo
PRP	Experimental	Resultados preliminares promissores

PRP: plasma rico em plaquetas.

¹Hospital Heliópolis, Setor de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia – São Paulo (SP), Brasil.

*Autora correspondente: mfkamilos@gmail.com

Conflitos de interesse: nada a declarar. Fonte de financiamento: não há.

Recebido em: 10/10/2025. Aprovado em: 10/11/2025.

Tabela 2. Terapia hormonal local — uso seletivo e baseado em risco.

Opção	Preferencial em	Grau de evidência
Estriol ou estradiol de baixa dose (0,25–12,5 mg 2x/semana)	Mulheres com falha terapêutica não hormonal, RE- ou em uso de tamoxifeno	Forte para a eficácia; segurança moderada
Promestrieno	RE+ sob inibidor de aromatase	Absorção sistêmica mínima (dados <i>in vivo</i>)
DHEA vaginal	Controverso	Pode aromatizar; cautela
Testosterona vaginal	<i>Off-label</i> ; melhor opção em uso de IA	Bons resultados em proliferação epitelial
Ospemifeno	Aprovado na Europa para SCMs pós-tratamento	Uso restrito no Brasil; efeitos mamários ainda incertos

Tabela 3. Estratégias com mais consenso — Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2024).

Modalidade	Evidência	Observação
Dilatação mecânica (dilatadores ou atividade sexual programada 2–3x/semana, por ≥6 meses)	Forte	Deve ser iniciada precocemente
Lubrificantes e hidratantes não hormonais	Forte	Uso contínuo adjuvante
Fisioterapia pélvica especializada	Forte	Necessária para adesão ao dilatador
Laser/radiofrequência	Moderada	Pode melhorar a elasticidade, porém sem consenso sistemático
Terapia hormonal local	Individualizada	Pode ser necessária em casos graves, sem contraindicação oncológica ativa

sugere mais segurança da terapia vaginal estrogênica em usuárias de tamoxifeno do que em usuárias de IA.

SÍNDROME GENITURINÁRIA E ESTENOSE VAGINAL APÓS RADIOTERAPIA PÉLVICA OU BRAQUITERAPIA

A radiação pélvica causa danos diretos ao epitélio vaginal e ao plexo vascular, com risco de estenose tardia (≥1 ano). Pode evoluir para encurtamento, rigidez e impossibilidade de penetração, dificultando o seguimento ginecológico pelas pacientes (Tabela 3).

A prevenção precoce é mais eficaz que o tratamento tardio, e a conduta deve ser multidisciplinar, envolvendo ginecologia, radioterapia e fisioterapia pélvica especializada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A SGU oncológica exige abordagem diferenciada, conforme o contexto etiológico (privação hormonal *vs.* dano estrutural por radiação).
- Em SCMs, a via não hormonal é mandatória como primeira escolha, reservando a terapia hormonal

local para casos refratários e com avaliação de risco-benefício baseada no tipo de bloqueio endócrino (tamoxifeno *vs.* IA).

- Na SGU pós-radioterapia, a prioridade é prevenir e tratar da estenose vaginoperineal com dilatação precoce e fisioterapia associada a medidas lubrificantes e, quando necessário, tecnologia energética e terapia hormonal local supervisionada.

Tratar da SGU não é opcional, é parte do cuidado oncológico integral e determinante para qualidade de vida e adesão terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Lubián López DM. Management of genitourinary syndrome of menopause in breast cancer survivors: An update. *World J Clin Oncol*. 2022;24;13(2):71–100. <https://doi.org/10.5306/wjco.v13.i2.71>
2. Serquiz N, Sarmento ACA, Almeida NR, Nobre ML, Medeiros KS, Oliveira R, et al. Laser and radiofrequency for treating genitourinary syndrome of menopause in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*. 2023;13(11):e075841. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-075841>
3. Crean-Tate KK, Faubion SS, Pederson HJ, Vencil JA, Batur P. Management of genitourinary syndrome of menopause in female cancer patients: a focus on vaginal hormonal therapy. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(2):103–113. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.08.043>

