

Como eu abordo o carcinoma superficialmente invasivo do colo do útero IA1 e IA2



Walquiria Quida Salles Pereira Primo

Professora na Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB).

Presidente Comissão Nacional de Especialidade de Ginecologia Oncológica da Febrasgo.

Doutorado e Mestrado UnB. Membro Diretoria ABPTGIC e SGOB.

E-mail: walquiriaprime@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3626-1128

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Palavras-chave: câncer colo do útero Estádio IA1, Carcinoma espinocelular superficialmente invasivo.

O câncer do colo do útero (CCU) é uma doença prevenível e curável, associada a uma alta morbidade e mortalidade, especialmente em países que carecem de programas organizados de prevenção, como é o caso do Brasil. Globalmente, são diagnosticados mais de 600.000 novos casos por ano. Em agosto de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a “Estratégia Global para Acelerar a Eliminação do Câncer do Colo do Útero como um Problema de Saúde Pública”, fundamentada em três pilares: 1) assegurar que 90% das meninas recebam a vacina contra o HPV até os 15 anos de idade, 2) que 70% das mulheres se submetam a um exame de rastreamento de alto desempenho (teste HPV/DNA) até os 35 anos e outro até os 45 anos, e 3) que 90% das mulheres identificadas com lesões precursoras ou câncer invasivo recebam tratamento. Se essas metas forem alcançadas, estima-se que 2 milhões de mortes poderão ser evitadas em países de baixa e média renda até 2040.^{1,2,3,4}

O estágio IA1 do câncer do colo do útero refere-se ao carcinoma invasivo estritamente confinado ao colo uterino, com profundidade de invasão estromal ≤ 3 mm. Vale destacar que a invasão do espaço linfovascular (IELV) não interfere no estadiamento, embora influencie a conduta. Além disso, a extensão lateral da lesão não é mais considerada no Estadiamento FIGO 2018. Atualmente, recomenda-se evitar o uso de terminologias mais antigas e epônimos, como o termo “carcinoma escamoso microinvasivo”, sendo substituído por “carcinoma escamoso superficialmente invasivo”, correspondente ao Estádio FIGO IA1 do colo uterino. O estágio IA2 refere-se ao tumor com profundidade de invasão estromal de > 3 mm a ≤ 5 mm.⁵

O diagnóstico do CCU em estágios iniciais, geralmente assintomático, é identificado durante o exame ginecológico de rotina. O método diagnóstico padrão-ouro é o histopatológico da lesão cervical, geralmente realizado associando a tríade: exame clínico, citologia anormal e/ou teste de DNA-HPV positivo para vírus de alto risco oncogênico e colposcopia. No caso do CCU Estádio IA, o diagnóstico é estabelecido mediante o estudo histopatológico de toda a lesão, visando excluir invasão ≥ 5 mm. Destaca-se a importância de obter um espécime em bloco, com margens sem artefatos, qualidade histológica, informações sobre IELV e garantia de que os focos de invasão não sejam somados.⁶

No que concerne ao tratamento, é crucial considerar o desejo reprodutivo da paciente. Em última análise, o tratamento recomendado para mulheres com prole definida é:⁷

- IA1 sem IELV tipo histológico escamoso
 - Conização
 - Histerectomia simples
 - IA1 sem IELV tipo histológico adenocarcinoma ou adenoescamoso
 - Histerectomia simples é o tratamento padrão
 - IA1 com IELV ou IA2 (independe do tipo histológico)
 - Histerectomia tipo II
 - Linfadenectomia pélvica bilateral (com ou sem biópsia do linfonodo sentinela)
 - Transposição dos ovários

E, o tratamento recomendado para as mulheres sem prole definida, ou seja, com desejo reprodutivo:⁷

- IA1 sem IELV tipo histológico escamoso
 - Conização
 - IA1 sem IELV tipo histológico adenocarcinoma ou adenoescamoso
 - Conização
 - Histerectomia tratamento recomendado
 - IA1 com IELV ou IA2 (independe do tipo histológico)
 - Conização ampla ou traquelectomia radical
 - Linfadenectomia pélvica bilateral (com ou sem biópsia do linfonodo sentinela)

Em relação aos fatores prognósticos, o estadiamento, o tamanho do tumor, o estado linfonodal, a profundidade de invasão estromal e a invasão do espaço linfovascular são relevantes na determinação do tempo livre de doença e da sobrevida. A taxa de sobrevida em cinco anos para pacientes com CCU em estágio inicial sem envolvimento linfonodal é em torno de 90%, enquanto para o mesmo grupo com comprometimento linfonodal, essa taxa diminui para 60,8%.^{6,8}

Em conclusão, é importante enfatizar a prevenção primária por meio das vacinas contra o HPV e a prevenção secundária com os métodos de rastreamento, visando alcançar o objetivo de eliminar o câncer do colo do útero.

Referências:

1. INCA/MS. Estimativa de Câncer no Brasil, 2023. Rio de Janeiro: Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca>. Acessado em: 10 de dezembro de 2022.
2. INCA/MS. Estimativa de Câncer no Brasil, 2023. Rio de Janeiro: Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/por-neoplasia-taxas-ajustadas>. Acessado em: 10 de dezembro de 2022.
3. Primo WQSP, Speck NMG, Roteli-Martins CM. Chamada para eliminar o câncer de colo de útero na próxima década com foco no Brasil. *Revista Femina*. 2020; 49(1): 12-3.
4. World Health Organization. Launch of the Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/11/17/default-calendar/launch-of-the-global-strategy-to-accelerate-the-elimination-of-cervical-cancer>. Acessado em: 10 de dezembro de 2022.
5. Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, Heller DS, Henry MR, Luff RD, McCalmont T, Nayar R, Palefsky JM, Stoler MH, Wilkinson EJ, Zaino RJ, Wilbur DC; Members of LAST Project Work Groups. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *Arch Pathol Lab Med*. 2012 Oct;136(10):1266-97. doi: 10.5858/arpa.LGT200570. Epub 2012 Jun 28. Erratum in: *Arch Pathol Lab Med*. 2013 Jun;137(6):738. PMID: 22742517.
6. Reis R, Sandre LB. Câncer do colo do útero inicial. In Primo WQSP, Fernandes CE, Silva Filho AL. *Ginecologia Oncológica - Diagnóstico e Tratamento*. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2022. P. 59.
7. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2022. Disponível em: <https://www.cancer.org/>. Acessado 10 de novembro de 2022.
8. Wright JD, Matsuo K, Huang Y, Tergas AI, Hou JY, Khoury-Collado F, St Clair CM, Ananth CV, Neugut AI, Hershman DL. Prognostic Performance of the 2018 International Federation of Gynecology and Obstetrics Cervical Cancer Staging Guidelines. *Obstet Gynecol*. 2019 Jul;134(1):49-57. doi: 10.1097/AOG.0000000000003311. PMID: 31188324; PMCID: PMC7641496.