

TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE COLO DE ÚTERO EM PACIENTE COM VARIAÇÃO ANATÔMICA: RELATO DE CASO

Gabriel Somma de Araújo¹;
Felipe Carrijo Montella¹;
Isabella Carneiro Oliveira Gonçalves Vaz¹;
Isabella Reis Ristov¹;
Vanessa Lara Guimarães¹;
Higor Chagas Cardoso².

Resumo

O adenocarcinoma de colo de útero corresponde a uma neoplasia maligna que tem origem de glândulas endocervicais. O tipo mucinoso corresponde àqueles adenocarcinomas que têm a capacidade de produzirem muco. Este estudo teve por objetivo relatar o tratamento diferenciado escolhido a partir de discussão multiprofissional para paciente oncológica com variação anatômica urinária rara, de acordo com suas especificidades anatômicas, fisiológicas e pessoais, e relacioná-lo com o tratamento padrão indicado para esse tipo específico de câncer (adenocarcinoma mucinoso de colo uterino NIC II, de estadiamento IB2). Paciente com 40 anos relata possuir anomalias do trato urinário (duplicidade de bexiga e uretra) e ter submetido-se à múltiplas correções cirúrgicas do trato gastrointestinal (duplicidade de intestino). Admitida no hospital em agosto de 2016 devido a alterações uterinas encontradas em avaliação ginecológica posterior. Ao exame especular, comprovada duplicidade de uretra, além de lesão úlcero-infiltrativa com secreção mucinosa de aproximadamente 4 cm. Ao toque vaginal, colo amolecido, com lesão móvel. Realizada ressonância magnética (RMN) pélvica e conização. Anatomopatológico da conização diagnosticou adenocarcinoma mucinoso invasor, estadiado em IB2. Considerando a possibilidade da presença de aderências por antecedentes cirúrgicos prévios e a vontade da paciente em manter sua fertilidade, optou-se pelo tratamento através de braquiterapia com adaptações, devido às variações anatômicas presentes.

Palavras-chave: Adenocarcinoma. Colo de Útero. Radioterapia. Braquiterapia. Tratamento

TREATMENT OF MUCINOSCOPE OF UTERUS COLLECTION IN PATIENTS WITH ANATOMIC VARIATION: CASE REPORT

Abstract

Cervical adenocarcinoma corresponds to a malignant neoplasm that originates from endocervical glands. The mucinous type corresponds to those adenocarcinomas that have the capacity to produce mucus. This study aimed to report the differential treatment chosen from a multiprofessional discussion for oncologic patients with rare urinary anatomical variation, according to their anatomical, physiological and personal specificities, and to relate it to the standard treatment indicated for this specific type of cancer (mucinous adenocarcinoma of the uterine cervix NIC II, staging IB2). A 40-year-old patient reports having urinary tract abnormalities (duplication of the bladder and urethra) and having undergone multiple surgical corrections of the gastrointestinal tract (duplication of the intestine). Admitted to the hospital in August 2016 due to uterine changes found in posterior gynecological evaluation. At specular examination, proven duplication of urethra, in addition to ulcer-infiltrative lesion with mucinous secretion of approximately 4 cm. At vaginal touch, softened neck, with mobile lesion. Pelvic magnetic resonance imaging (MRI) and conization were performed. Anatomopathological diagnosis of conization diagnosed invasive mucinous adenocarcinoma, staged in IB2. Considering the possibility of adherence due to previous surgical antecedents and the patient's desire to maintain her fertility, we chose treatment through brachytherapy with adaptations, due to the anatomical variations present.

Keywords: Adenocarcinoma. Uterine cervix. Radiotherapy. Brachytherapy. Treatment

¹Discente do curso de medicina Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Brasil

²Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA. Brasil. Email: medhigor@gmail.com

1. Introdução

O Adenocarcinoma de colo de útero corresponde a uma neoplasia maligna, ou seja, um câncer (CA), que tem origem de glândulas endocervicais. É constituído por células similares às epiteliais uterinas que formam estruturas glandulares com ramificações complexas ou papilas. O tipo mucinoso corresponde àqueles adenocarcinomas que têm a capacidade de produzirem muco. A maioria dessas lesões ocorrem na endocérvice, nas suas porções mais altas, sendo de difícil visualização no exame preventivo Papanicolau, o que dificulta o diagnóstico precoce. Sabe-se que 90% dos adenocarcinomas de colo uterino são decorrentes de infecções por Papiloma Vírus Humano (HPV), sendo os principais 16, 45, 59, 33 e 18 (o qual tem maior prevalência) (BRASILEIRO FILHO et al., 2011).

A incidência dessa patologia ocupa a terceira posição entre os tipos de câncer no sexo feminino (MENDES; FERREIRA; MANGUEIRA, 2017) e estima-se, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), que surgirão cerca de 16.370 novos casos em 2018, sendo, por isso, uma temática extremamente relevante para a saúde pública. O número crescente de casos relaciona-se com o surgimento de novos cânceres, mas, também, com o aumento do diagnóstico, através da maior conscientização das mulheres sobre a necessidade de prevenção.

O tratamento oncológico, segundo as Diretrizes Nacionais de Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma de Colo Uterino, da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, e da Sociedade Brasileira de Oncologia (2001), se baseia no estadiamento do CA, que leva em conta suas características patológicas (histologia e citologia; comprometimento de linfonodos e metástase) e clínicas (sinais e sintomas), além das necessidades pessoais, fisiológicas e anatômicas do paciente. Com isso, o objetivo é preservar sua integridade, trazendo menos efeitos adversos, e, ao mesmo tempo, oferecendo um tratamento eficaz e efetivo.

No relato de caso apresentado neste trabalho, o tratamento padrão para o tipo de câncer da paciente (adenocarcinoma mucinoso de colo uterino invasivo NIC II de estadiamento IB2) não foi escolhido, a fim de respeitar as suas especificidades. Além de não optar pelo padrão ouro, o tratamento sofreu adaptações, devido às características anatômicas da paciente, a qual possui duas bexigas e duas uretras, sendo que já havia sido submetida a diversas cirurgias durante sua vida para correção de outra anomalia, no trato gastrointestinal.

Tendo isso em vista, o presente trabalho se fez importante devido a raridade das variações anatômicas que a paciente possui, uma vez que apenas 10% das malformações são do trato urinário e, delas, a menos frequente é a duplicidade, segundo Noronha et. al (2002). Dessa forma, o tratamento realizado para o caso foi diferencial e adaptado, sendo de suma importância para sanar as necessidades anatômicas e fisiológicas da paciente, enfatizando ainda mais a relevância deste relato de caso.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo relatar o tratamento diferenciado escolhido a partir de discussão multiprofissional para paciente oncológica com variação anatômica urinária rara, de acordo com suas especificidades anatômicas, fisiológicas e pessoais, e relacioná-lo com o tratamento padrão indicado para esse tipo específico de câncer (adenocarcinoma mucinoso de colo uterino NIC II, de estadiamento IB2).

2. Relato de Caso

IAJS, 40 anos, feminina, casada, assistente administrativa, procedente e natural de Goiânia-GO. Admitida no hospital em agosto de 2016 devido a alterações uterinas encontradas em avaliação ginecológica, apresenta queixa de lombalgia à esquerda que evoluiu com sangramento pós-coito, além da perda ponderal de aproximadamente 4kg.

Nesse atendimento inicial, foi realizado exame especular, que evidenciou duplicidade de uretra e presença de lesão úlcero-infiltrativa em colo uterino com drenagem de secreção mucinosa. No toque vaginal, observou-se colo amolecido e lesão de cerca de 4 cm, móvel. Foi solicitada, nesse primeiro momento, a realização de uma Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de pelve, além do procedimento de conização. Com destaque para a primeira, que mostrou a presença de uma duplicidade da bexiga urinária e uretra, fístula reto-vaginal medindo 1,3 cm e irregularidade de colo uterino. O procedimento de conização diagnosticou um adenocarcinoma mucinoso invasor, possibilitando o estadiamento da lesão em IB2. Em setembro, paciente iniciou quimioterapia neoadjuvante com Cisplatina, 50 mg, uma vez por semana, em um total de seis aplicações.

Concomitante, iniciou a radioterapia em 3D (RT3D), recebendo 25 aplicações de 1.8GY cada, na região da pelve. A duração do tratamento foi de 46 dias, entre os meses de outubro e novembro. Nesse período de tratamento, a paciente relatou náuseas e diarreia, que podem ser efeitos adversos relacionados à radioterapia. Após conclusão do tratamento, houve interrupção dos sintomas relatados e a paciente foi encaminhada para avaliação da possibilidade de tratamento cirúrgico.

A intervenção cirúrgica para exérese da lesão neoplásica foi descartada devido às múltiplas cirurgias abdominais as quais a paciente se submeteu durante a infância para correção de duplicação de segmentos do aparelho digestivo. Considerou-se que nova intervenção cirúrgica aumentaria o risco da presença de aderências e a evolução com abdome agudo, além da elevação da taxa de complicações inerentes ao procedimento, dada às variações anatômicas presentes, como a duplicidade de bexiga.

Em dezembro de 2016, paciente iniciou tratamento com braquiterapia adaptada, sendo utilizadas como aparato duas sondas vesicais devido à duplicidade uretral. Realizou-se um total de 3 sessões, até janeiro de 2017. Ainda em seguimento, nova colpocitologia (COP) realizada em fevereiro de 2017, visualizou leve cariomegalia e hiper Cromatismo nuclear.

Paciente manteve-se em observação, realizando nova COP em junho de 2017, a qual demonstrou ausência de lesão intraepitelial e neoplasia invasora. Além disso, foram realizadas tomografia computadorizada (TC) de tórax, RMN de abdomen superior e de pelve em agosto e setembro do mesmo ano. Esses exames de imagem demonstraram nódulos não calcificados de 2,0 mm em segmento anterior do lobo superior direito do

pulmão e 2,0 mm em segmento superior do lobo inferior direito; fígado de volume preservado, com lesões nodulares de 1,0 cm no segmento II; 2,5 cm e 2,0 cm no segmento IV e diminuição da fístula reto-vaginal de 1,3 cm para 1 cm.

Manteve-se em acompanhamento semestral no hospital e, uma tomografia por emissão de positrões (PET-CT) realizada em março de 2018 apontou possíveis lesões malignas em lobo hepático esquerdo, espaço mediastinal e glúteo médio à esquerda, que não foram confirmadas até o presente momento. No mês de agosto de 2018, a paciente retornou para exames de acompanhamento, e através de um novo COP foi diagnosticado recidiva da lesão neoplásica. Nova conduta encontra-se atualmente sob avaliação da equipe médica assistente.

3. Discussão

O tratamento adequado para o CA de colo uterino depende de vários fatores que se relacionam diretamente com as especificidades anatômicas, fisiológicas e patológicas do paciente. Dentre esses fatores, estão: idade; vontade de manter a fertilidade; e condição clínica da paciente, segundo às Diretrizes Nacionais de Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma de Colo Uterino, da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, e da Sociedade Brasileira de Oncologia (2001).

No relato de caso apresentado, o câncer da paciente foi estadiado em IB2, com grau invasivo Neoplasia Intra-Epitelial Cervical-NIC 2, em que o padrão terapêutico recomendado é destrutivo ou ablativo (extrativo), o qual pode ou não ser acompanhado por radioterapia 3D (RT3D), caso constatado resíduos neoplásicos, segundo às Diretrizes Nacionais de Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma de Colo Uterino, da FEBRASGO (2017).

No entanto, a partir da análise da história da paciente, a qual havia se submetido à várias cirurgias durante sua infância para correção de duplicidade intestinal, foi levantado altos riscos de desenvolvimento de aderências cirúrgicas, com risco de complicação para abdome agudo obstrutivo. Além disso, foi constatado pela paciente a vontade de manter a fertilidade, o que foi mais um fator que impossibilitou o seguimento com o tratamento padronizado. Assim, o tratamento escolhido, após discussão pela equipe médica assistente a fim de encontrar aquele que fosse mais resolutivo e menos iatrogênico, foi a braquiterapia.

Esse tratamento corresponde a um tipo específico de radioterapia, no qual o material radioativo é inserido em reservatórios metálicos, como agulhas, tubos e moldes (DENARDI, Umberto Arieiro et al., 2008). No presente relato de caso, utilizou-se a técnica intraluminal, com implante da fonte de radiação em contato direto ou bem próximo com o tumor e, assim, reduzindo a perda de áreas saudáveis (GOVINDAN, Ramaswamy, 2004). Com isso, altas doses de radiação podem ser irradiadas de forma muito precisa e intensa no tumor, sendo uma técnica mais segura.

Além de adotar outro tratamento que não o padrão determinado pelas diretrizes nacionais, os médicos responsáveis pelo caso tiveram que adaptar a braquiterapia, a fim de ajustá-la às variações anatômicas da paciente, a qual apresenta duplicidade vesical e ureteral, com o objetivo de preservar a funcionalidade desses órgãos. Assim, foram utilizadas duas sondas vesicais, sendo o normal apenas uma, e os implantes foram

posicionados diferentemente para não irradiar as bexigas, as quais estão localizadas envolvendo o útero.

4. Conclusão

O presente trabalho relatou o caso de paciente com variação anatômica rara de trato urinário baixo diagnosticada com adenocarcinoma mucinoso invasor (NIC II) do colo uterino, com estadiamento IB2. Pela classificação da neoplasia maligna, o tratamento padrão indicado seria excisão cirúrgica primária, podendo ou não ser seguida por radioterapia em casos de permanência de resíduos. No entanto, devido a complexidade de sua anatomia e riscos cirúrgicos, a avaliação multiprofissional decidiu por terapêutica diferencial, com realização de Quimioterapia associada a Radioterapia e Braquiterapia, cujo resultado foi o fim dos sintomas relatados e regressão temporária do tumor. Apesar disso, atualmente, paciente apresentou recidiva e o plano terapêutico encontra-se em discussão pela equipe médica assistente.

Referências

- BRASILEIRO FILHO, G. Bogliolo - Patologia. 8. ed. Rio de Janeiro: Gen, Guanabara Koogan, 2011.
- CHUNG, T., et al. Stromal p16 Overexpression in Gastric-type Mucinous Carcinoma of the Uterine Cervix. *Anticancer Research*, v.38, n. 6, p. 3551-3558, 2018.
- DENARDI, Umberto Arieiro et al. *Enfermagem em Radioterapia*. São Paulo: Lemar, 2008. INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Registros de câncer de base populacional*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- KOLLER, F. J., et al. Epidemiologia do Câncer de Colo de Útero: Uma Realidade da Saúde Pública do Paraná. *Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 22, n.2, p. 182- 186, 2016.
- MENDES, J. A., FERREIRA, M. M. R. G., MANGUEIRA, T. F. Técnicas radioterápicas no processo de tratamento do carcinoma de colo de útero. *Simpósio de Trabalhos De Conclusão de curso/ Seminário de Iniciação Científica*, n. 12, p. 2574-2589, 2017.
- NASCIMENTO, M. I., SILVA, G. A. Waiting time for radiotherapy in women with cervical cancer. *Revista de Saúde Pública*, v.49, n. 92, p. 1-9, 2015.
- NORONHA, L., et al. Estudo das malformações congênitas do aparelho urinário: análise de 6245 necropsias pediátricas. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 39, n.3, 237-243, 2003.
- PADILHA, C. M. L., JUNIOR, M. L. C. A., SOUZA, S. A. L. Cytopathologic evaluation of patients submitted to radiotherapy for uterine cervix cancer. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 63, n. 4, p. 379-385, 2017.
- Rastreio, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017.
- Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma do Colo do Útero. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001.

SANTOS, F., et al. Adenocarcinoma do Colo do Útero: Um Verdadeiro Desafio Clínico. Acta Obstet Ginecol Port, v. 12, n. 1, p. 8-13, 2018.

TEIXEIRA, J. C., et al. Particularização do adenocarcinoma do colo frente ao conhecimento atual. FEMINA, v. 40, n. 5, p. 269-274, 2012.

GOVINDAN, R.; MORGENSZTERN, D. The Washington Manual Of Oncology. 3.ed. Wolters Kluwer: 2004.