

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.MED-GIN.007 – Página 1/7	
Título do Documento	<b>CÂNCER DE COLO UTERINO</b>	Emissão: 13/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	13/12/2023

**1. AUTORES**

- Karinne Cisne Fernandes Rebouças
- Priscila Fiusa Lyra Miná
- Raquel Aufran Coelho
- Karla Maria Rêgo Leopoldo Melo
- Renato Mazon Lima Verde Leal

**2. INTRODUÇÃO**

O câncer de colo uterino é o terceiro tumor maligno mais frequente no sexo feminino no Brasil, perdendo em prevalência apenas para o câncer de mama e colorretal. Apesar dos avanços na saúde pública brasileira para detecção precoce através do exame preventivo (Papanicolau), é responsável pela quarta causa de morte em mulheres por câncer no Brasil.

A infecção pelo HPV (Papilomavírus Humano) de alto risco persistente está associada ao câncer de colo uterino, por resposta imune do hospedeiro inadequada e interferência no ciclo celular. A prevenção do câncer primária (vacinação contra o HPV) ou secundária (rastreamento/tratamento de lesões pré-cancerosas) é a melhor estratégia. Quando diagnosticado em estágios precoce, o câncer de colo é curável na quase totalidade dos casos.

**3. EPIDEMIOLOGIA****3.1. Tipos histológicos**

80% dos tumores são do tipo escamoso e 20% são adenocarcinomas.

**3.2. Sintomas**

Nos estágios iniciais, o tumor costuma ser assintomático, podendo haver, entretanto, queixa de corrimento aquoso, sinusiorragia ou sangramento intermenstrual.

**3.3. Exames de avaliação****3.3.1. Diagnóstico:**

- Anamnese e Exame físico geral e ginecológico;
- Citopatologia: o diagnóstico precoce pode ser suspeitado em até 90% dos casos;
- Colposcopia: realizada em caso de exame citopatológico anormais ou achados anormais em exame físico;
- Biópsia: deve ser feita ao julgamento do colposcopista;
- Conização: permite diagnóstico definitivo de lesão pré-invasiva ou de microinvasão;
- Observação: considerar teste de HIV e outras sorologias.

**3.4. Estadiamento**

O câncer de colo uterino espalha-se por extensão direta ao paramétrio, vagina, útero e órgãos adjacentes, bexiga e reto. Dissemina-se também ao longo dos vasos linfáticos para os linfonodos pélvicos e para-aórticos. Metástases a distância para os pulmões, fígado e esqueleto são tardias e normalmente por via hematogênica.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-GIN.007 – Página 2/7	
Título do Documento	CÂNCER DE COLO UTERINO	Emissão: 13/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	13/12/2023

A partir de 2018, o estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) para câncer cervical, que até então baseava-se principalmente no exame clínico, passou a considerar exame de imagem e histopatológico (quando disponíveis).

O exame clínico inclui o exame físico ginecológico: exame especular, toque vaginal e retal.

A avaliação por imagem pode ser usada sempre que os recursos permitirem. Os exames auxiliares no estadiamento são: Ressonância Magnética, Ultrassom, Tomografia Computadorizada, Tomografia de Emissão de Positrões (PET) e Raio X de tórax. Tais exames fornecem informação sobre o tamanho tumoral, acometimento linfonodal, propagação local ou metástase à distância.

Não existe necessidade de investigação laboratorial. Bexiga e reto devem ser avaliados por cistoscopia e retossigmoidoscopia em pacientes sintomáticas. Cistoscopia também é recomendada nos casos de crescimento endocervical em forma de barril e em acometimento da parede vaginal anterior. A suspeita de envolvimento vesical ou retal deve ser confirmada por biópsia.

**Quadro 1:** Estadiamento câncer de colo uterino (FIGO, 2018).

Estágios	Descrição
<b>I</b>	Carcinoma confinado ao colo uterino (extensão ao corpo uterino deve ser ignorada)
<b>IA</b>	Carcinoma invasivo diagnosticado apenas por microscopia, com profundidade de invasão estromal < 5,0 mm. <sup>a</sup>
<b>IA1</b>	Invasão estromal < 3,0mm de profundidade.
<b>IA2</b>	Invasão estromal ≥ 3,0mm e < 5,0mm de profundidade.
<b>IB</b>	Carcinoma invasivo com ≥ 5,0 mm de profundidade de invasão (maior que estágio IA), limitado ao colo uterino. <sup>b</sup>
<b>IB1</b>	Carcinoma invasivo com ≥ 5,0 mm de profundidade de invasão e < 2cm na sua maior dimensão.
<b>IB2</b>	Carcinoma invasivo com ≥ 2 cm e < 4cm na maior dimensão.
<b>IB3</b>	Carcinoma invasivo com ≥ 4cm na maior dimensão.
<b>II</b>	Carcinoma cervical invade além do útero, mas não a parede pélvica ou terço inferior da vagina.
<b>IIA</b>	Envolvimento limitado aos dois terços superiores da vagina, sem envolvimento parametrial.
<b>IIA1</b>	Carcinoma invasivo < 4cm em sua maior dimensão.
<b>IIA2</b>	Carcinoma invasivo ≥ 4cm em sua maior dimensão.
<b>IIB</b>	Envolvimento parametrial, mas não parede pélvica.
<b>III</b>	Carcinoma envolve o terço inferior da vagina e/ou parede pélvica e/ou causa hidronefrose ou rim não funcionando e/ou envolve linfonodos pélvicos e/ou para-aórticos.
<b>IIIA</b>	Tumor envolve o terço inferior da vagina sem extensão à parede pélvica.
<b>IIIB</b>	Extensão à parede pélvica e/ou hidronefrose ou rim não funcionando.
<b>IIIC</b>	Envolvimento de linfonodos pélvicos e/ou para-aórticos (com anotações r ou p). <sup>c</sup>
<b>IIIC1</b>	Apenas metástases para linfonodos pélvicos.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-GIN.007 – Página 3/7	
Título do Documento	CÂNCER DE COLO UTERINO	Emissão: 13/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	13/12/2023
<b>IIIC2</b>	Metástases para linfonodos para-aórticos.		
<b>IV</b>	O carcinoma estendeu-se para além da pelve verdadeira ou envolveu (biópsia comprovada) a mucosa da bexiga ou do reto.		
<b>IVA</b>	Envolvimento de órgãos pélvicos adjacentes.		
<b>IVB</b>	Metástases para órgãos distantes.		

Fonte: FIGO (2018).

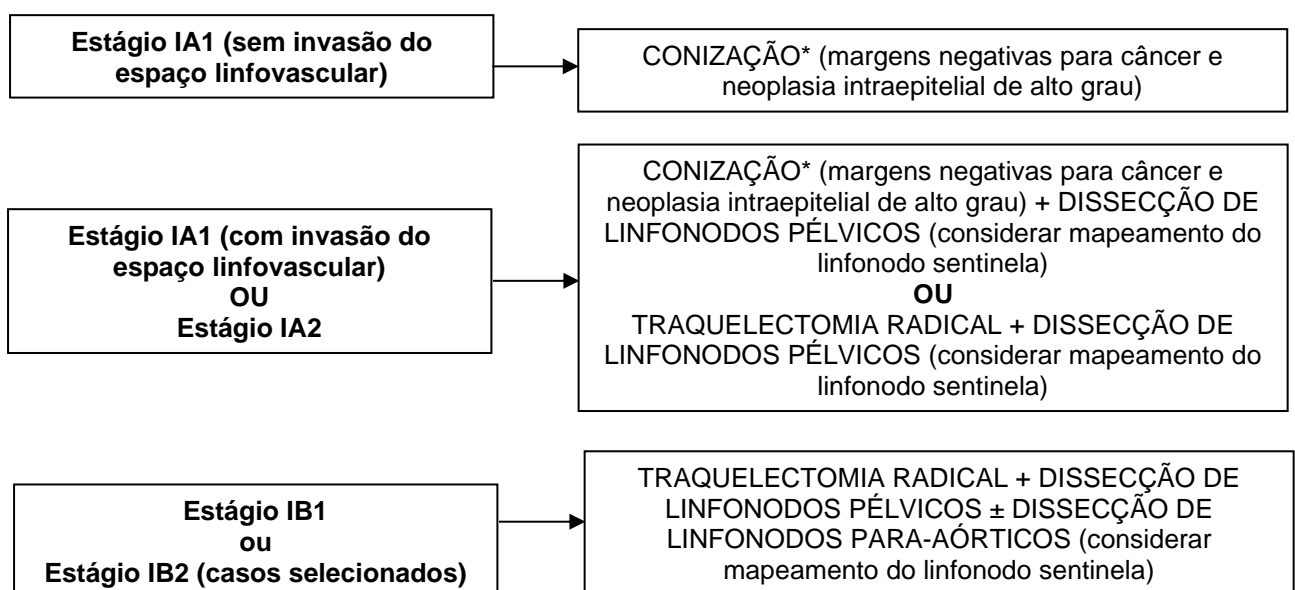
- Imagem e histopatológico podem ser usados, sempre que possível, para complementar os achados clínicos no que diz respeito ao tamanho e extensão do tumor, em todas as fases.
- Invasão do espaço linfovascular (IVL) não altera o estadiamento. A extensão lateral da lesão já não é considerada.
- Adicionar anotação de r (imagem) e p (patologia) para indicar os achados utilizados para atribuir ao estágio IIIC. Exemplo: Se a imagem indicar metástase do nódulo linfático pélvico, a atribuição do estágio IIIC1r, e se confirmada por descobertas patológicas, seria fase IIIC1p. O tipo de modalidade de imagem ou técnica de patologia utilizada deve ser sempre documentado.

#### 4. TRATAMENTO

O tratamento do câncer cervical é primariamente por cirurgia ou radioterapia. A cirurgia é adequada para os estágios iniciais, em que a conização cervical, a histerectomia simples total ou a histerectomia radical podem ser selecionadas de acordo com o estágio da doença e a extensão da disseminação do câncer cervical. A quimioterapia é um adjuvante em estágios avançados.

O tratamento cirúrgico nos estágios iniciais (IA1, IA2) também é definido com base no desejo de preservação da fertilidade.

**Fluxograma 1:** Tratamento em estágios iniciais com desejo de preservação da fertilidade:



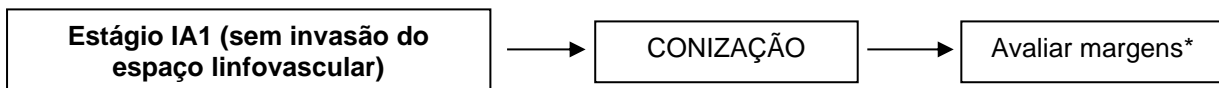
\*Nos casos de conização:

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-GIN.007 – Página 4/7	
Título do Documento	CÂNCER DE COLO UTERINO	Emissão: 13/12/2021	Próxima revisão: 13/12/2023
		Versão: 3	

- Preferência para uma amostra não fragmentada com margens negativas de 3mm;
- Cone a frio de preferência, mas pode ser por cirurgia de alta frequência, se margens adequadamente negativas;
- Se as margens forem positivas, após a conização por câncer repetir conização ou realizar traquelectomia.

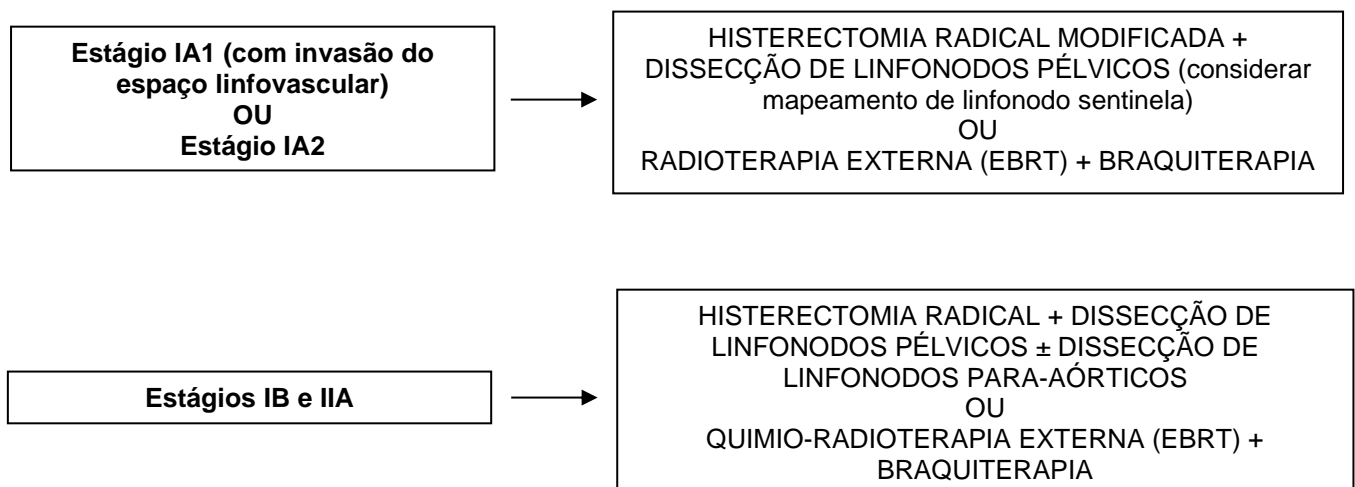
Após completar a prole, oferecer hysterectomia simples se sinais de infecção persistente por HPV, citologias anormais ou desejo da paciente.

**Fluxograma 2:** Tratamento em estágios iniciais sem desejo de preservação da fertilidade:

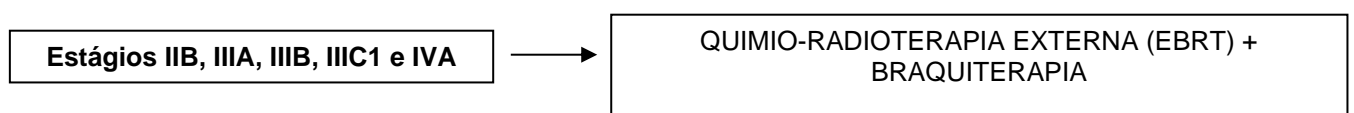


\*Margens:

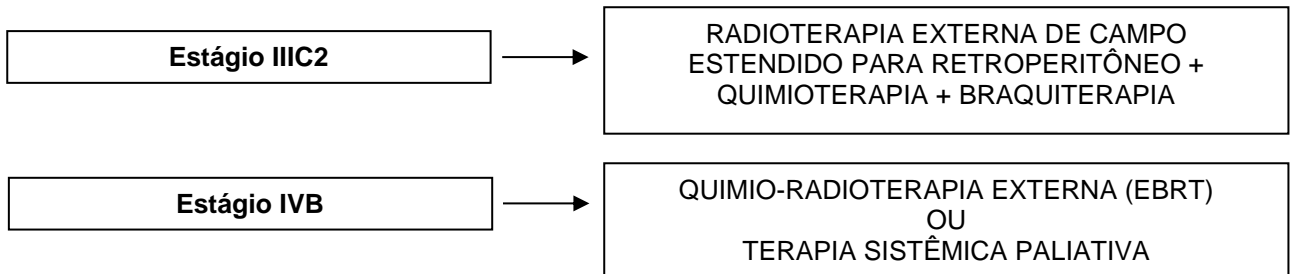
- Se margens negativas e inoperável – observação;
- Se margens negativas e operável – realizar hysterectomia simples extra-fascial;
- Se margens positivas:
  - Para neoplasia intraepitelial de alto grau: realizar hysterectomia simples extra-fascial;
  - Para carcinoma: hysterectomia radical modificada + dissecação de linfonodos pélvicos (considerar mapeamento de linfonodo sentinela) OU repetir conização para melhor avaliar a profundidade da lesão.



**Fluxograma 3:** Tratamento em estágios avançados



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.MED-GIN.007 – Página 5/7	
Título do Documento	<b>CÂNCER DE COLO UTERINO</b>	Emissão: 13/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	13/12/2023



#### 4.1. Tratamento após recidiva ou persistência da doença após tratamento inicial

Recorrências devem ser confirmadas histologicamente antes de planejar o tratamento da recidiva ou recorrência. O tratamento depende do local da recidiva e de qual tratamento foi realizado previamente e pode ser desde exenteração pélvica com radioterapia intraoperatória; radioterapia externa com terapia sistêmica ou terapia sistêmica isolada, a depender do tipo de recorrência.

## 5. RESSECÇÃO CIRÚRGICA

**Quadro 2:** Modalidades cirúrgicas para tratamento do câncer de colo uterino

	Histerectomia simples / extrafascial (Tipo A)	Histerectomia radical modificada (Tipo B)	Histerectomia radical (Tipo C)	Traquelectomia simples	Traquelectomia radical
<b>Indicação/ Estágio</b>	IA1	IA1 com ILV* ou IA2	IB1, IB2 ou IB3, IIA1 (casos selecionados)	Carcinoma in situ ou IA1	IA2, IB1 ou IB2 (casos selecionados)
<b>Útero</b>	Removido	Removido	Removido	Preservado	Preservado
<b>Ovários</b>	Remoção opcional	Remoção opcional	Remoção opcional	Preservado	Preservado
<b>Colo uterino</b>	Removido	Removido	Removido	Removido a maioria (deixado 5mm proximal para circlagem)	Removido a maioria (deixado 5mm proximal para circlagem)
<b>Margem vaginal</b>	Mínima	Margem de 1-2cm	1/4 a 1/3 superior de vagina	Mínima	Margem de 1-2cm
<b>Abordagem cirúrgica</b>	Vaginal, laparotomia ou minimamente invasiva	Laparotomia	Laparotomia	Vaginal, laparotomia ou minimamente invasiva	Vaginal, laparotomia ou minimamente invasiva

\* IVL: invasão do espaço linfovascular

Fonte: NCCN, 2020

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-GIN.007 – Página 6/7	
Título do Documento	CÂNCER DE COLO UTERINO	Emissão: 13/12/2021	Próxima revisão:
		Versão: 3	13/12/2023

Conduta no achado incidental de câncer de colo após histerectomia simples:

- Ia1 sem invasão do espaço linfovascular → acompanhamento
- Ia1 com invasão do espaço linfovascular → anamnese e exame físico; hemograma, função hepática e renal.

Exames de imagem (Radiografia de tórax, tomografia de tórax, abdome e pelve e/ou PET/CT, ressonância de pelve) opcionais se estágio ≤ Ib1.

- Se margens negativas e imagens negativas → reoperar (completar parametrectomia, vaginectomia de 1/3 superior, linfadenectomia pélvica com ou sem amostragem de linfonodo paraórtico) OU quimioterapia a base de cisplatina associada a radioterapia pélvica externa e braquiterapia;
- Se margem positiva, imagem positiva ou doença residual grosseira → Radioterapia pélvica somado a quimioterapia (com ou sem braquiterapia).

## 6. ACOMPANHAMENTO

- Anamnese e exame físico a cada 3-6 meses por 2 anos, seguido de a cada 6 -12 meses por 3 a 5 anos, depois anualmente com base no risco de recorrência da doença da paciente;
- Citologia cervical/vaginal anualmente;
- Diagnóstico por imagem (radiografia torácica, TC, PET-TC, RNM) se suspeita de recidiva (por sintomas ou alterações ao exame físico);
- Avaliação laboratorial (hemograma, uréia, creatinina) se suspeita de recidiva (por sintomas ou alterações ao exame físico);
- Educação da paciente sobre os sintomas de possível recorrência, estilo de vida, obesidade, exercício e aconselhamento nutricional;
- Educação da paciente em relação à saúde sexual, uso de dilatador vaginal e lubrificantes/hidratantes vaginais (ex. creme de estrogênios);
- Se tratamento preservando fertilidade, no estágio I, considerar RM de pelve com contraste 6 meses após o procedimento e anual por 2 a 3 anos.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Informações sobre câncer de colo do útero. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/definicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao).> Acesso em: 05 Dez. 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2000, 46(4): 351-54.
3. National Comprehensive Cancer Network. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology**. Version 2.2020. July 24, 2020.
4. BHATLA, N.; AOKI, D.; SHARMA, D. N. *et al.* Cancer of the cervix uteri. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 143, p. 22–36, Out, 2018.
5. BHATLA, N.; BEREK, J.S.; CUELLO FREDERES, M. *et al.* Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. **Int J Gynaecol Obstet**. v. 147(2), p.279-280. Nov, 2019.



**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO.MED-GIN.007 – Página 7/7	
Título do Documento	<b>CÂNCER DE COLO UTERINO</b>	Emissão: 13/12/2021	Próxima revisão: 13/12/2023
		Versão: 3	

**8. HISTÓRICO DE REVISÃO**

<b>VERSÃO</b>	<b>DATA</b>	<b>DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO</b>
3	13/12/2021	Alteração de itens: Fluxograma1.

**REVISÃO**

Karinne Cisne Fernandes Rebouças  
Priscila Fiusa Lyra Miná  
Raquel Autran Coelho  
Karla Maria Rêgo Leopoldo Melo  
Renato Mazon Lima Verde Leal  
Muse Santiago De Oliveira