

MARCOS DA ROCHA ZACCARON

**RECIDIVA DA NEOPLASIA DA CÉRVIX UTERINA APÓS
TRATAMENTO CIRÚRGICO PRIMÁRIO**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.

FLORIANÓPOLIS

1997

MARCOS DA ROCHA ZACCARON

**RECIDIVA DA NEOPLASIA DA CÉRVIX UTERINA APÓS
TRATAMENTO CIRÚRGICO PRIMÁRIO**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.

Coordenador do Curso: Edson Cardoso

Orientador: Luiz Fernando Somacal

FLORIANÓPOLIS

1997

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Hercides e Ana Maria, sempre presentes tanto nos momentos de alegria como nos momentos de incerteza.

São exemplos de dedicação e amor que procurarei seguir no convívio com minha família, amigos e futuros pacientes.

AGRADECIMENTOS

A minha irmã, Deyse, pelo convívio alegre que tivemos enquanto moramos juntos até a sua graduação.

A minha namorada, Luciana, ao demonstrar apoio e afeto nos momentos difíceis.

Ao professor e amigo Luis Fernando Somacal, pela sua dedicação na orientação deste trabalho.

A todos os professores e profissionais com quem tive contato durante a minha vida acadêmica por estarem sempre a disposição para o aperfeiçoamento do conhecimento médico, não só meu, como de todos os alunos.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1 Epidemiologia e Etiopatogenia.....	5
1.2 Patologia e História Natural.....	6
1.3 Diagnóstico.....	7
1.4 Estadiamento.....	9
1.5 Tratamento.....	11
1.5.1 Tumor <i>in situ</i>	11
1.5.2 Estádio IA.....	12
1.5.3 Estádio IB e IIA.....	12
1.5.4 Estádio IIB, III e IV.....	13
1.6 Prognóstico.....	14
2. OBJETIVO.....	17
3. MÉTODO.....	18
4. RESULTADOS.....	19
5. DISCUSSÃO.....	23
6. CONCLUSÃO.....	26
7. REFERÊNCIAS.....	28
RESUMO.....	32
SUMMARY.....	33
APÊNDICE.....	34

1. INTRODUÇÃO



A mortalidade pelo câncer de colo uterino vem apresentando uma queda considerável já bem detectada nos países desenvolvidos há cerca de 40 anos. No Brasil, devido a campanhas de diagnóstico precoce da neoplasia em sua fase pré-clínica através do exame citológico cervical. Em algumas regiões brasileiras a incidência mantém-se elevada devido a deficiência dos programas de saúde, falta de orientação da população, principalmente no Norte, Nordeste e Centro-Oeste⁹.

1.1 Epidemiologia e Etiopatogenia

O câncer de colo uterino mantém-se ainda hoje como uma das mais freqüentes neoplasias diagnosticadas na população feminina sendo que uma estimativa brasileira mostra 22750 novos casos da doença e 5400 óbitos devido à neoplasia maligna da cérvix uterina no ano de 1995, correspondendo a 5,8% do total de óbitos por câncer entre as mulheres brasileiras e 12,7% da incidência anual nessa mesma população. Desta maneira o colo uterino se apresenta como o terceiro local mais freqüente de câncer, tendo uma incidência menor apenas em relação a neoplasia mamária (18,8%) e o câncer de pele (24,4%)¹¹.

Através de vários estudos tem-se observado que a neoplasia invasora do colo uterino tem sua maior incidência na população entre 35 e 45 anos de idade sendo que a neoplasia nas suas fases mais avançadas ocorre numa faixa etária mais elevada (45-55 anos) e as formas pré invasivas do câncer apresenta uma

Dentre os fatores de risco para a gênese do câncer de colo uterino temos o início precoce da atividade sexual, principalmente antes dos 16 anos de idade e a promiscuidade, favorecendo, desta forma, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV)^{9, 25}.

O HPV atualmente é considerado um importante cofator da gênese do câncer de colo uterino, principalmente os que pertencem aos subtipos 16, 18, 33, 35 e 56, sendo a infecção consequência do contato sexual com parceiro portador de infecção clínica²⁵.

Outro fator que vem mostrando influência na gênese não somente dessa neoplasia específica, mas de tumores numa grande variedade de locais é o tabagismo, sendo que as mulheres que fumam têm maior incidência deste tipo de câncer que as não tabagistas^{9, 25}.

Sendo estes os fatores importantes relacionados à etiopatogenia (início precoce da atividade sexual, promiscuidade, infecção pelo HPV e tabagismo) pode-se verificar que as classes sócio-econômicas mais baixas apresentam um risco maior de apresentar câncer de colo uterino⁹.

1.2 Patologia e História Natural

A grande maioria dos estudos mostram que de todas as neoplasias do colo uterino, 75 a 90% destas são carcinoma de células escamosas⁴. Já o adenocarcinoma tem apresentado um aumento na sua incidência, mas a sua frequência tem se mantido entre 15 e 20%^{4, 22, 29, 32}. O tipo adenoescamoso por sua vez apresenta uma pequena porcentagem, mantendo-se em torno de 1,5-3,0%^{4, 14}. Outros tipos histológicos têm uma incidência muito pequena e são relatados apenas em alguns estudos.

Em relação a evolução do câncer, a história natural da doença inicia a partir da infecção pelo HPV que ocorre geralmente na junção escamocolunar, sendo que a progressão da infecção para uma neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) grau I requer de 3 a 5 anos. A evolução desta lesão para NIC grau III (correspondente ao câncer *in situ*) ou a um carcinoma invasor pode levar de 3 até 10 anos^{4, 25}. Porém deve ficar claro que nem todas as infecções pelo HPV vão evoluir para NIC e posteriormente a neoplasia invasora do colo uterino⁴.

O câncer invasivo nas fases iniciais promove um aumento na consistência e na granulosidade do colo, percebidos principalmente na zona de transformação. A progressão pode se dar de duas formas básicas: exofítica e endofítica. esta última inclui os tipos ulcerado e nodular, responsável pelo colo em “forma de barril”. A forma exofítica apresenta os tipos vegetante e polipóide, este se mostrando menos agressivo⁴.

O tumor dissemina-se primariamente por contigüidade a outras estruturas pélvicas como corpo uterino, vagina, paramétrios, bexiga, reto e demais regiões paracervicais, chegando até parede óssea. A disseminação linfática pode ocorrer precocemente afetando primariamente linfonodos paracervicais, ilíacos internos, obturadores e ilíacos externos, seguidos pelos ilíacos comuns, sacrolaterais, paraórticos e inguinais podendo chegar até linfonodos supradiafragmáticos. A partir daí a disseminação hematogênica para pulmões, fígado e ossos ocorre mais freqüentemente^{4, 25}.

1.3 Diagnóstico

Inicialmente as as mulheres portadoras de neoplasia intra-epitelial, ou seja, em sua forma pré-invasiva, não apresenta sintoma específico sendo o diagnóstico feito no exame preventivo que deve ser feito rotineiramente ou devido a algum sintoma ocasional (corrimento vaginal, prurido, irritação

vulvovaginal, dispareunia), relacionado nesse caso com o tipo de atividade sexual dessa população^{2, 25}.

Os primeiros sintomas específicos são devido a invasão tumoral do estroma cervical, expondo os vasos sangüíneos levando a sangramento vaginal espontâneo e a sinusorragia. A ulceração tumoral é acompanhada por necrose e infecção bacteriana levando a formação de leucorréia².

Em estádios mais avançados, a invasão dos paramétrios leva a obstrução parcial ou total dos ureteres podendo levar a hidronefrose, infecção do trato urinário alto, chegando a uremia e comprometimento do estado geral. Edema de membros inferiores pode ser visto em casos de comprometimento linfonodal e está relacionado com mau prognóstico².

No exame ginecológico pode-se determinar desde alterações discretas ao teste de Schiller até lesões tumorais bem evidentes. Neste caso o tumor deve ser bem avaliado em relação a sua extensão, invasão parametrial e retal e sinais de doença disseminada.

A colpocitologia cervicovaginal (teste de Papanicolaou) é imperativa sendo o principal recurso propedêutico para o diagnóstico do câncer de colo uterino na sua fase inicial, devendo ser realizado em intervalos que variam de 1 a 3 anos².

Pacientes com citologia positiva e sem lesão aparente devem ser submetidas à colposcopia a qual pode determinar grande parte das lesões displásicas e, deste modo, orientar a biópsia. Um outro exame que pode auxiliar no diagnóstico seria a curetagem endocervical. Uma vez que esta curetagem apresente displasia ou quando a colposcopia não evidenciar qualquer lesão com o laudo positivo do teste de Papanicolaou, uma conização propedêutica deve ser realizada².

1.4 Estadiamento

O estadiamento é baseado principalmente sobre os achados do exame clínico e ginecológico auxiliado com uma pequena investigação radiológica, incluindo radiografia de tórax e urografia excretora, e laboratorial, função renal e hepática. Esta investigação ainda pode ser mais abrangente com a realização de cistoscopia e retossigmoidoscopia, na suspeita de tumores localmente avançados^{2, 25}.

Ultimamente tem-se utilizado a tomografia computadorizada e a ressonância magnética no intuito de melhor avaliação do sistema linfático, que também pode ser realizada através da linfografia^{2, 25}.

Com o objetivo de classificar adequadamente os tumores de colo uterino de acordo com o tamanho e grau de invasão da cérvix uterina, invasão de órgãos e estruturas adjacentes e metástases à distância, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia desenvolveu um sistema de estadiamento na década de 50 que foi aprimorado em 1986, o qual pode ser visto a seguir (quadro 1)²⁵.

Nessa classificação pode ser visto que o estágio IB não apresenta uma dimensão limite. Devido a críticas relacionadas a esta questão, foi formulada uma nova classificação em 1995 com pequenas alterações onde o estágio IB foi dividido em IB1 e IB2 sendo que os tumores podem ter no máximo quatro centímetros (cm) para serem classificados como IB1. As neoplasias com dimensão superior a 4 cm são denominadas IB2⁸.

Devido a críticas sobre outros pontos do sistema de estadiamento da FIGO, a Sociedade Americana de Oncologia Ginecológica (SGO) apresentou em 1974 seu esquema de estadiamento, sendo uma das principais alterações determinadas por este esquema seria a maior restrição em relação à classificação de câncer microinvasor sendo que nesta são enquadrados apenas os tumores com três

Estádio	Definição
0 - Carcinoma in situ	
I - Tumor restrito ao colo uterino	
IA - Tumor com invasão microscópica (microinvasor)	
IA1 - Invasão microscópica não mensurável	
IA2 - Invasão estromal máxima de 5 mm de profundidade (desde a membrana basal) por 7 mm de extensão horizontal	
IB - Neoplasia restrita ao colo uterino com dimensões maiores que 5 x 7 mm	
II - Tumor estende-se além do útero mas não compromete a parede pélvica ou o terço inferior da vagina	
IIA - Extensão tumoral para o terço superior da vagina	
IIB - Comprometimento parametrial sem atingir parede pélvica	
III - Tumor estende-se até a parede pélvica e/ou envolve o terço inferior da vagina	
IIIA - Neoplasia envolve o terço inferior da vagina	
IIIB - Infiltração tumoral até parede pélvica e/ou uretero-hidronefrose	
IV - Invasão neoplásica de órgãos pélvicos adjacentes e/ou metástases extrapélvicas	
IVA - Tumor estende-se a órgãos adjacentes	
IVB - Lesões metastáticas à distância	

Quadro 1: Estadiamento do câncer de colo uterino, FIGO 1985.

milímetros (mm) ou menos de invasão a partir da camada basal, excluindo aqueles que apresentam comprometimento do espaço vascular, os quais, nesse caso, são classificados como IB, bem como os tumores com invasão maior que 3 mm, uma vez que estes dois fatores parecem agravar o prognóstico do paciente, porém há relatos comparando os resultados do seguimento de dois grupos de

pacientes com neoplasias que foram classificadas como microinvasores de acordo com o sistema da FIGO e da SGO, sendo que não houve diferença estatística significativa entre esses dois grupos¹⁷.

Mesmo com as críticas, o estadiamento proposto pela FIGO é que tem apresentado maior aceitação e é o mais utilizado nos estudos clínicos relativos ao câncer de colo uterino.

1.5 Tratamento

A decisão relacionada ao tratamento das mulheres com neoplasia da cérvix uterina pode variar de acordo com certos fatores. Deste modo seria mais adequado determinar as possibilidades terapêuticas conforme o estadiamento.

1.5.1 Tumor *in situ*

Pode-se indicar, neste caso, alguns modelos de tratamento cirúrgico. Primeiramente a conização do colo uterino, que atualmente é o método mais utilizado na terapia do câncer nesse estágio, sendo este um procedimento que causa pouca morbidade, apresenta ótimos resultados em relação à sobrevivência de cinco anos e principalmente porque a conização permite preservar a função reprodutora da mulher^{25, 30}. Porém esta cirurgia não está livre de complicações como lesão de órgãos vizinhos, sangramento, infecção, sendo os mais graves a estenose do canal endocervical e a esterilidade. Outra desvantagem é que este tipo de procedimento apresenta um índice significativo de recidiva da doença, podendo chegar a 26%³⁰. Uma segunda opção de tratamento seria a histerectomia que apesar de ser mais radical que a citada anteriormente, pode ser indicada nas mulheres que não queiram mais engravidar, possibilitando um melhor estudo do tumor²⁵. Outro tipo de terapia cirúrgica seria a amputação do colo uterino,

indicado mais no caso de mulheres mais idosas que não aceitam realizar histerectomia. Por fim, uma prática em desuso nesses casos seria a cauterização (diatermocoagulação, crioterapia e laserterapia), porém este tipo de procedimento não permite um estudo histopatológico da lesão para se determinar a presença ou não de invasão, o que indicaria um outro tipo de tratamento²⁵.

1.5.2 Estádio IA

Nesse estágio do câncer, o tipo ideal de tratamento cirúrgico é controverso sendo que alguns fatores podem contribuir para a escolha de uma técnica ou outra. A conização em alguns casos que envolvem aquelas pacientes que desejam manter a função reprodutora, uma vez que o tumor não infiltre o espaço vascular e linfático e que as margens do cone estejam negativas para malignidade, pode ser indicada. Mas o seguimento dessas pacientes deve ser rígido pesquisando as possibilidades de recorrência locorregional^{17, 24}. Um outro método terapêutico seria a histerectomia que tem apresentado resultados semelhantes a cirurgias mais radicais, em relação aos tumores IA^{16, 28, 30}. Outra opção, referente aos casos de tumor com invasão estromal maior que 3 mm ou com evidência de êmbolos neoplásicos, seria a operação de Wertheim-Meigs, no qual se realiza histerectomia total, anexectomia bilateral, parametrectomia, colpectomia parcial e linfadenectomia das cadeias ilíaca, hipogástrica, ureteral, obturadora e paraórtica¹³.

1.5.3 Estádio IB e IIA

Nestes casos pode-se escolher entre a realização da cirurgia de Wertheim-Meigs^{3, 5, 8, 12, 18-21, 23, 26}, como tratamento primário do tumor, e a radioterapia^{25, 30}, que aqui é indicada principalmente em pacientes muito obesas ou em más

condições clínicas, sendo que os últimos relatos mostram resultados mais favoráveis à cirurgia. Há ainda algumas variantes do esquema terapêutico onde se combina radioterapia neoadjuvante para facilitar uma intervenção cirúrgica posterior. Outra terapia associada seria a radioterapia pós-operatória no caso de comprometimento linfonodal e das margens cirúrgicas bem como quando se trata de adenocarcinoma pois alguns autores acreditam que o componente glandular piora o prognóstico, mas recentes dados não têm confirmado tal hipótese^{22, 29, 32}.

1.5.4 Estádio IIB, III e IV

Nesses casos quando o tumor se apresenta localmente avançado, a terapêutica de primeira escolha seria a radioterapia, realizando irradiação de toda pelve sendo que posteriormente pode ser indicado um esquema de braquiterapia^{25, 30}.

A exenteração pélvica tem sido usada em tumores avançados que envolvem estruturas pélvicas mas sem evidência de doença extrapélvica, sendo que esta técnica refere-se a ressecção do reto, bexiga, órgãos reprodutores internos, os linfonodos que drenam esta área e ainda o peritônio pélvico. Alguns estudos têm demonstrado um aumento do número de mulheres que chegam aos cinco anos de seguimento livre de doença, mesmo com tumores em estágio IIB e IV e que a mortalidade da cirurgia vem diminuindo apesar de sua radicalidade⁶.

Outra possibilidade de tratamento, principalmente nos casos de doença metastática é a quimioterapia. Este tipo de terapia vem sendo utilizada a pouco tempo em tumores do colo uterino e seus resultados ainda não são definitivos, mas há indícios de que a poli quimioterapia pode apresentar boa resposta clínica com aumento da sobrevida e da qualidade de vida da paciente^{25, 26, 30}.

1.6 Prognóstico

Em relação aos pacientes com tumor *in situ*, o tratamento realizado tanto através da conização ou da histerectomia tem apresentado ótimos resultados, com a sobrevida de cinco anos livre de doença chegando próximo aos 100%, apesar que a frequência de recorrência do tumor é maior entre aquelas que se submetem à conização, o tratamento adequado e precoce da recidiva não apresenta piora do prognóstico^{25, 29, 30}.

Sobre os pacientes com câncer microinvasor da cérvix, tem-se visto que o comportamento do tumor nessa fase não é tão agressivo sendo que o tratamento adequado pode ser realizado através da conização (respeitando as condições já discutidas), histerectomia simples ou radical com linfadenectomia, apresentando em todas as modalidades de tratamento resultados semelhantes onde a sobrevida de 5 anos ultrapassa 90%^{16, 17, 22, 24, 28}.

Já as pacientes no estágio IB e IIA têm apresentado bons resultados em relação a sobrevida de 5 anos após realização da cirurgia de Wertheim-Meigs, onde 75 a 88% das mulheres operadas têm alcançado tal objetivo, sendo que dentro do estágio IB tal sobrevida tem variado entre 78 e 91%, tendo o grupo com tumor menor ou igual a 4 cm (IB1) sobrevida maior que o grupo IB2. No grupo IIA a sobrevida de 5 anos mostra uma variação entre 70-75%^{1, 3, 8, 12, 13, 18, 19, 21, 23, 32}. Em relação a recidiva, dentro de 2 anos, tumores IB recorrem em torno de 13 a 15% e dentro de 5 anos pode chegar a 25% e nos tumores IIA pode chegar a 50%, onde a parte central da pelve corresponde ao local de maior recidiva (39%), envolvendo vagina, bexiga ou reto. A recorrência regional (linfonodos) diz respeito a 35% do total das recidivas e a presença de lesões extrapélvicas é responsável pelas demais recorrências (26%)^{7, 10, 19, 31}. Estes resultados têm mostrado que a cirurgia seria uma boa opção terapêutica para o câncer de colo uterino nesse estágio, sendo superior à radioterapia. A radioterapia

nesse caso seria utilizada principalmente em casos quando se contra-indica a cirurgia ou no resgate da falha do tratamento cirúrgico, estando a doença restrita à pelve³⁰.

Por fim nos tumores IIB, III e IV, como a doença se apresenta localmente avançada, a intervenção cirúrgica não é muito utilizada por ser de extrema radicalidade (exenteração pélvica), apresentando resultados semelhantes com relação a sobrevida e recorrência da neoplasia, porém com maior morbi/mortalidade¹³. Já a radioterapia nesses casos tem sido usada como terapia de primeira escolha, com sobrevida de 5 anos livre de doença variando na faixa de 40-45% para o estágio IIIA e 30-35% para o estágio IIIB²⁵. O estágio IV apresenta uma queda importante do prognóstico onde a sobrevida especificada acima não chega a 10%. A quimioterapia tem mostrado alguns resultados animadores com o uso de associações de duas ou três drogas com respostas clínicas objetivas sendo alcançadas em até 70% das doenças metastáticas, mas a sobrevida tem pouco se alterado com a quimioterapia²⁵.

Com relação a fatores prognósticos sem levar em conta o estadiamento, já está bem definido que a presença de comprometimento linfonodal ou de invasão neoplásica das margens da peça cirúrgica ressecada das mulheres que se submeteram a cirurgia propicia uma maior recorrência do tumor e uma menor sobrevida, estando indicada nesses casos a radioterapia adjuvante^{10, 15, 27, 31}.

Outros fatores vêm sendo estudados e alguns destes têm mostrado importância na determinação prognóstica. Por exemplo, pode-se dizer que quanto menor for o grau de diferenciação, pior o prognóstico. Isto pode ser identificado quando a sobrevida de 2 anos de pacientes com tumores IB e IIA cai de 87,5% para 65,0% em casos de tumores bem e pouco diferenciados, respectivamente. Outro fator prognóstico seria a medida da invasão estromal onde a sobrevida em tumores com menos de 2 cm de invasão apresentam uma sobrevida de 2 anos de

94,5% enquanto que esta sobrevida decai para 66,6% em tumores com invasão maior que 4 cm^{7, 10, 15, 18, 27, 33}.

No entanto há outros fatores que mostram resultados controversos em relação ao seu impacto no prognóstico da paciente sendo que entre estes podem ser citados o tipo histológico do câncer, onde procura-se determinar se o adenocarcinoma e o adenoescamoso apresentariam pior prognóstico comparando estes com o carcinoma epidermóide, e a idade da paciente, já que há indícios que pacientes com 35 anos de idade ou menos apresentam prognóstico menos favorável que as com idade maior que 35 anos. Porém estes fatores devem ser melhor estudados quanto a sua importância isolada na determinação do prognóstico das mulheres portadoras de câncer de colo uterino^{7, 10, 14, 19, 22, 29, 31}.

2. OBJETIVO

Este estudo procura evidenciar o estadiamento e o tipo histológico dos tumores da cérvix uterina tratados cirurgicamente no hospital universitário procurando evidenciar o nível de prevenção da neoplasia invasora na população atendida por este hospital, mesmo não sendo centro de referência para esta patologia.

Além disso procuramos estender o estudo sobre o seguimento das pacientes no período posterior à cirurgia, determinando se ele está sendo realizado adequadamente e principalmente observar o índice de recidiva, seja esta detectada no teste de Papanicolaou, no exame físico ou em algum exame complementar.

Nesses parâmetros tentaremos verificar se o tratamento cirúrgico da neoplasia da cérvix uterina, quando este estiver indicado, está sendo realizado adequadamente.

3. MÉTODO



Este estudo longitudinal retrospectivo descritivo avaliou as mulheres que foram internadas na enfermaria de ginecologia do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani São Thiago, no período compreendido entre janeiro de 1992 e julho de 1995, com o diagnóstico confirmado de câncer de colo uterino.

O estudo constou de um total de 46 mulheres que internaram neste período, dezoito delas foram excluídas pois o esquema terapêutico indicado nestes casos foi radioterapia ou terapia combinada, enquanto que as 27 restantes formaram o grupo a ser estudado que se submeteu a tratamento cirúrgico primário.

Os dados coletados foram obtidos a partir de pesquisa realizada nos prontuários médicos arquivados no próprio hospital e se referem a idade, cor, data de nascimento, idade do início da atividade sexual, uso prévio de anticoncepcional oral (ACO), doença sexualmente transmissível prévia, periodicidade do exame de Papanicolaou, sintomatologia, cirurgia realizada, resultado do estudo histopatológico, grau de diferenciação nuclear, comprometimento tumoral das margens cirúrgicas e dos linfonodos, estadiamento, período de seguimento e intervalo livre de doença (vide protocolo).

4. RESULTADOS

A média de idade do grupo estudado foi de 36,1 anos, com as idades das pacientes variando entre 20 e 59 anos de idade, sendo que a média das pacientes com tumor *in situ* foi de 35,2 anos e as mulheres com câncer no estágio IB foi de 40,2 anos de idade (tabela 1). A faixa etária que apresentou maior número de casos de câncer de colo uterino foi a de 31 a 40 anos de idade com 14 casos (51,8%), em seguida a faixa com maior frequência foi a de 21 a 30 anos apresentando 6 casos (22,2%) e a terceira mais freqüente foi a que varia entre 41 e 50 anos com 5 casos (18,5%) (gráfico I).

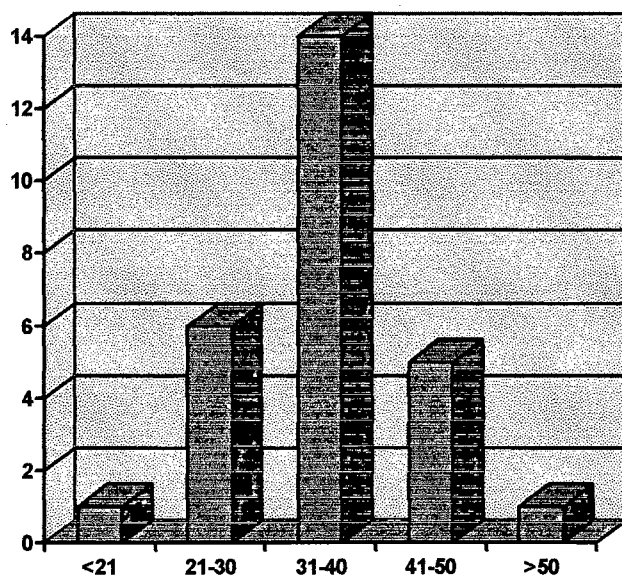


Gráfico I: Distribuição das mulheres por faixa etária.

O início das atividades sexuais entre as mulheres que constituíram a amostra ocorreu em média com dezesseis anos e meio de idade e o uso de anticoncepcional oral registrado foi de 62,9% entre as mulheres, sendo que o tempo de uso variou entre 2 e 20 anos.

	Tumor <i>in situ</i>	Tumor invasivo	Total
Média de idade (em anos)	35,2	40,2	36,1

Tabela 1: Média de idade das mulheres de acordo com o estadiamento.

A regularidade da realização do teste de Papanicolaou foi investigado e mostrou que do grupo, 15 (55,5%) o realizavam de modo esporádico, 8 (29,6%) não o realizavam, procurando o ginecologista por causa de algum sintoma, e 4 (14,8%) o realizavam regularmente, sendo que entre as mulheres com tumor no estágio 0 a maioria fazia controle esporádico (66,6%), seguida pelas que nunca tinham realizado preventivo (27,7%). Já em relação ao grupo IA, ambas faziam controle esporádico, e no grupo IB, as mulheres sem controle apresentavam a mesma frequência que as com controle regular (42,8%).

Com relação ao diagnóstico clínico observou-se que doze (44,4%) eram assintomáticas, nove (33,3%) apresentavam leucorréia, sete (25,9%) tinham sangramento vaginal espontâneo, cinco (18,5%) dispareunia e duas (7,4%) sinusorragia. Porém ao se dividir as mulheres de acordo com o estadiamento do tumor, metade das mulheres com tumor *in situ* eram assintomáticas, sendo a dispareunia e a leucorréia os sintomas mais frequentes, ocorrendo, cada sintoma separadamente, em 22,2% das pacientes. Ao se verificar a frequência dos sintomas associados a tumores IA e IB, a leucorréia e o sangramento vaginal foram as queixas mais referidas (55,5% e 44,4% respectivamente) (tabela 2).

Sintoma	Tumor <i>in situ</i>	Estádios IA e IB	Total
Assintomática	50,0%	33,3%	44,4%
Leucorréia	22,2%	55,5%	33,3%
Sangramento	16,6%	44,4%	25,9%
Dispareunia	22,2%	11,1%	18,5%
Sinusorragia	5,5%	14,2%	7,4%

Tabela 2: Sintomatologia de acordo com o estadiamento do tumor.

De todas as pacientes que receberam tratamento cirúrgico primário, 66,6% (18 mulheres) apresentavam neoplasia *in situ* (estádio 0), tendo todas as mulheres o diagnóstico histopatológico de carcinoma de células escamosas, não ocorrendo nenhum caso de adenocarcinoma ou outro tipo. Em relação aos tumores invasivos, dois foram classificados como carcinoma de células escamosas microinvasivos (estádio IA). As sete mulheres restantes apresentavam tumores em estágio IB, tendo seis destes o diagnóstico de carcinoma epidermoide, enquanto que um caso era adenocarcinoma correspondendo a 14,2% dos tumores no estágio IB e 3,7% de todos os tumores (tabela 3). Foi também verificado nos relatórios do exame anatomopatológico que havia sinais de infecção pelo HPV em 37% dos tumores e em 50% dos que se encontravam no estágio 0. Outro fator investigado nestes relatórios foi o grau de diferenciação nuclear das neoplasias invasoras. Nenhum dos dois tumores IA foi classificado sobre esse aspecto. Já entre os tumores IB, 5 foram relatados como moderadamente diferenciados (grau II) e os outros dois não foram classificados.

	Carcinoma epidermoide	Adenocarcinoma	Total
Estádio 0	18	0	18
Estádio IA	2	0	2
Estádio IB	6	1	7
Total	26	1	27

Tabela 3: Tipo histológico de acordo com o estágio da neoplasia.

A abordagem terapêutica do câncer de colo uterino variou conforme o seu estágio. Das 18 mulheres com neoplasia *in situ*, onze se submeteram a conização da cérvix uterina (61,1%), seis realizaram histerectomia total (33,3%) e uma realizou uma operação de Wertheim-Meigs, devido a erro no estadiamento. Os tumores IA foram tratados um através de conização e outro através de histerectomia total. As neoplasias IB foram todas tratadas com a realização da operação de Wertheim-Meigs (tabela 4).

	Tumor <i>in situ</i>	Tumor microinvasivo	Tumor invasivo	Total
Conização	11	1	0	12
Histectomia	6	1	0	7
Wertheim-Meigs	1	0	7	8

Tabela 4: Procedimento cirúrgico realizado referente a cada estágio.

O seguimento das pacientes variou de 8 a 46 meses após a cirurgia apresentando uma média total de 24,4 meses. Dentro do grupo das mulheres com tumor no estágio 0 o seguimento se deu em média por 23,5 meses, sendo que onze mulheres deste grupo (61,1%) realizou este acompanhamento pelo menos por dois anos. Durante o seguimento desse grupo ocorreu a recidiva da neoplasia num único caso, apresentando o índice de 5,5%, ocorrendo a recidiva no canal endocervical seis meses após uma conização, a qual apresentava margem cirúrgica livre exígua. No grupo com tumores microinvasores o seguimento se deu por 10 meses e o outro por 32 meses, ambos sem sinal de recidiva. Em relação às neoplasias IB, o seguimento em média durou 28,3 meses sendo que em cinco das 7 mulheres (71,4%) realizaram seguimento além de 24 meses e uma das que não realizou este seguimento mínimo apresentou recorrência da doença em linfonodo inguinal no quinto mês após a cirurgia (índice de recidiva de 14,7% entre tumores IB), sendo então encaminhada à radioterapia ocorrendo perda do seguimento da paciente. Deve ser ressaltado que os dois casos de recidiva, apresentando índice total de recorrência de 7,4%, se referem a carcinoma de células escamosas.

5. DISCUSSÃO

O primeiro tópico a ser discutido é a faixa etária onde a média de idade foi de 36,1 anos, sendo a média das mulheres com tumor *in situ* cinco anos inferior a apresentada pelas pacientes com tumor IB. Este dado confirma que o tumor invasor é uma evolução da neoplasia intraepitelial cervical, a qual acomete geralmente mulheres numa faixa etária que varia entre 25 e 35 anos e cuja evolução pode levar de três a dez anos^{9,25}.

A idade média do início da atividade sexual do grupo estudado (16,5 anos) ficou próxima da faixa etária que apresenta maior risco para o desenvolvimento da neoplasia de colo uterino que compreende as que mantiveram relações sexuais com menos de dezesseis anos de idade^{9,25}. Um outro aspecto, divergente entre os autores sobre deste fator na gênese do câncer da cérvix uterina é que dois terços das mulheres usavam ou já tinham usado anticoncepcional oral por algum período mostrando o grande uso desse tipo de medicação nessa amostra⁹.

Com relação ao exame preventivo, a maioria o realiza esporadicamente ou na presença de sintomas, enquanto que cerca de 15% das mulheres do grupo estudado nunca tinham realizado preventivo, dado que preocupa, uma vez que os programas de conscientização que deveriam atingir toda a população, dando informações às mulheres sobre o câncer de colo uterino e seu controle, não estão apresentando os resultados esperados⁴. Outro tópico sobre o câncer de colo uterino é que das mulheres com neoplasia no estágio 0, metade se apresentavam assintomáticas no momento do diagnóstico e, mesmo entre aquelas com diagnóstico de tumor invasivo ou microinvasivo, um terço não apresentava queixas. Isto mostra a importância da realização regular do exame de

Papanicolaou, procurando evidenciar as alterações em suas fases mais iniciais. As queixas mais comuns observadas foram: sangramento vaginal espontâneo, leucorréia, sinusorragia e dispareunia como tinha sido afirmado anteriormente^{4, 25}.

O carcinoma epidermóide foi o tipo histológico mais freqüente, sendo este o diagnóstico de todos os tumores *in situ* e microinvasivos e seis dos tumores invasivos. O adenocarcinoma foi diagnosticado em apenas um caso de câncer invasivo, formando 14,2% dos tumores invasivos e apenas 3,7% do total das neoplasias, ao contrário do que tem-se visto na literatura que vem apresentando aumento da incidência do adenocarcinoma^{22, 29, 32}.

A maioria das mulheres tratadas apresentava a neoplasia em sua forma pré-invasiva, semelhante aos dados dos países desenvolvidos, o que poderia representar um indício favorável em relação à prevenção do câncer invasivo. Porém, como este não é um hospital de referência, o dado relatado acima é discutível uma vez que não há como observar o número e a evolução dos casos mais avançados (estádios acima de IIA).

O HPV estava presente em mais de um terço das neoplasias e em metade dos tumores *in situ* mostrando sua relação com a gênese do câncer de colo uterino^{9, 25}. Em relação ao grau de diferenciação nuclear dos nove tumores que se encontram nos estádios IA e IB, cinco eram moderadamente diferenciados e quatro não foram classificados, indicando que aqueles que foram classificados apresentavam prognóstico melhor, cerca de 85% de chance de alcançar 5 anos de sobrevida, do que os tumores pouco diferenciados^{10, 27, 31}. Já em relação aos tumores restantes, não há como definir o prognóstico de acordo com essa característica.

A conização foi o tratamento cirúrgico preferido para as neoplasias *in situ* mostrando uma tendência do uso de técnicas que associam uma boa eficácia e pouca radicalidade, sendo que isto também é verdadeiro em relação aos tumores

microinvasivos onde num caso foi realizada uma histerectomia total e em outro uma conização^{16, 17, 24}. As neoplasias com estágio IB foram tratadas através da cirurgia de Wertheim-Meigs, uma vez que esta é a que apresenta os melhores resultados com relação recorrência da doença e sobrevida^{1, 3, 5, 8, 12-14, 19-23, 32}.

O controle da doença após a terapia cirúrgica tem se mostrado insatisfatório, mesmo com uma média de acompanhamento de pouco mais de 24 meses, pois quase 40% do grupo já apresentava seguimento incompleto apenas dois anos após a cirurgia, sendo estes dois primeiros anos os mais importantes no controle das recorrências do tumor.

O índice de recidiva dessa amostra mostrou-se de acordo com a literatura ocorrendo apenas duas recidivas no total (7,4%): uma cinco meses após uma conização que apresentava margem cirúrgica mínima livre de doença, estando a recidiva presente no canal endocervical sendo posteriormente tratada através da realização de uma histerectomia total, permanecendo livre de doença 27 meses após este procedimento. A outra recorrência ocorreu 6 meses após o tratamento de carcinoma epidermóide, sem classificação quanto ao grau de diferenciação nuclear, através da cirurgia de Wertheim-Meigs sendo encaminhado para realização de tratamento radioterápico^{7, 10, 27, 31}.

6. CONCLUSÃO

Através dos resultados pode-se determinar que a média de idade das mulheres que apresentam câncer de colo uterino em suas formas pré-invasivas se encontra em torno de 35 anos, cinco a menos que a média das mulheres com câncer invasivo.

Apesar das campanhas de prevenção, o índice de realização do exame citológico de Papanicolaou regular é baixo, pois a maioria o realiza esporadicamente. Em relação a sintomatologia, metade das mulheres se apresenta assintomática nos casos de tumor *in situ*. Já os tumores microinvasivos e invasivos causam sangramento vaginal espontâneo, leucorréia, sinusorragia e dispareunia, porém mesmo com a invasão estromal, parte das mulheres se mantêm assintomáticas.

O carcinoma de células escamosas (epidermóide) é o tipo histológico mais freqüente e o adenocarcinoma o segundo, mas com uma incidência bem menor que o primeiro.

Há sinais de infecção pelo HPV em boa parte das pacientes com câncer da cérvix uterina, estando estes sinais mais presentes nos tumores *in situ*.

A maior parte dos tumores se encontram no estágio 0, enquanto que os microinvasivos formam a menor parte. As técnicas cirúrgicas mostram-se adequadamente indicadas em relação ao estadiamento dos tumores, utilizando-se as técnicas preconizadas referentes a cada estágio.

Apesar de que o seguimento das pacientes após a realização da cirurgia não está sendo realizado adequadamente, já que parte destas pacientes deixa de comparecer às consultas ginecológicas mesmo antes de completar dois anos de

acompanhamento, os dados mostram uma boa eficácia do tratamento cirúrgico, quando indicado, com pequeno índice de recidiva nos casos de tumor *in situ*, o qual mostra um leve aumento nos casos de tumores invasivos mas mantendo-se adequados com a literatura, determinando a terapia cirúrgica em nosso meio como um procedimento eficaz no tratamento do câncer de colo uterino.

7. REFERÊNCIAS

1. Ayhan A, Tuncer ZS. Radical Hysterectomy with Lymphadenectomy for Treatment of Early Stage Cervical Cancer: Clinical Experience of 278 Cases. *J Surg Oncol.* 1991; 47 (3): 175-7.
2. Carvalho JP. Câncer de Colo Uterino: Quadro Clínico e Diagnóstico. In: Halbe HW. *Tratado de Ginecologia*, 2ª edição. São Paulo: Roca; 1994. p.1823-6.
3. Carvalho JP, Souen JS, Carramão SS, Yeu WL, Pinotti JA. Wertheim-Meigs Radical Hysterectomy. *Rev Paul Med.* 1994; 112 (2): 539-41.
4. Carvalho FM. Câncer de Colo Uterino: Anatomia Patológica e História Natural. In: Halbe HW. *Tratado de Ginecologia*, 2ª edição. São Paulo: Roca; 1994. p.1812-22.
5. Cheng MCE. Wertheim-Meigs - A Study of 130 Cases. *Sing Med J.* 1989; 30 (1): 55-9.
6. Cuevas HR, Torres A, La Garza M, Hernandez D, Herrera L. Pelvic Exenteration for Carcinoma of the Cervix: Analysis of 252 Cases. *J Surg Oncol.* 1988; 38 (2): 121-5.
7. Finan MA, Abdoh AA, Fiorica JV, Hoffman MS, Roberts WS, Cavanagh D. Radical Hysterectomy for Stage IB Cervical Cancer: Recurrence Interval as a Predictor of Survival. *South Med J.* 1996; 89 (6): 591-6.
8. Finan MA, DeCesare S, Fiorica JV, Chambers R, Hoffman MS, Kline RC, et al. Radical Hysterectomy for Stage IB1 vs IB2 Carcinoma of the Cervix: Does the New Staging System Predict Morbidity and Survival?. *Gynecol Oncol.* 1996; 62 (2): 139-47.

9. Focchi J, Ribalta JCL. Câncer de Colo Uterino: Importância, Epidemiologia e Fatores de Risco. In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia, 2ª edição. São Paulo: Roca; 1994 p.1807-11.
10. Fuller AF, Elliott N, Kosloff C, Hoskins WJ, Lewis Jr JL. Determinants of Increased Risk for Recurrence in Patients Undergoing Radical Hysterectomy for Stage IB and IIA Carcinoma of the Cervix. *Gynecol Oncol.* 1989; 33 (1): 34-9.
11. Gadelha MIP. Epidemiologia do Câncer. In: Murad AM, Katz A. Oncologia - Bases Clínicas do Tratamento, 1ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996 p.8-20.
12. Girardi F, Burghardt E, Pickel H. Small FIGO Stage IB Cervical Cancer. *Gynecol Oncol.* 1994; 55 (3 suppl 1): 427-32.
13. Hacker NF. Surgery for Gynaecological Cancer: Result Since the Introduction of Radical Operations. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1990; 30 (1): 24-8.
14. Harrison TA, Sevin BU, Koechli O, Nguyen HN, Averette HE, Penalver M, et al. Adenosquamous Carcinoma of the Cervix: Prognosis in Early Stage Disease Treated by Radical Hysterectomy. *Gynecol Oncol.* 1993; 50 (3): 310-5.
15. Hopkins MP, Morley GW. Stage IB Squamous Cell Cancer of the Cervix: Clinicopathologic Features Related to Survival. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 164 (6 suppl 1): 1520-9.
16. Hopkins MP, Peters III WA, Andersen W, Morley GW. Invasive Cervical Cancer Treated Initially by Standard Hysterectomy. *Gynecol Oncol.* 1990; 36 (1): 7-12.
17. Jones WB, Mercer GO, Lewis JL, Rubin SC, Hoskins WJ. Early Invasive Carcinoma of the Cervix. *Gynecol Oncol.* 1993; 51 (1): 26-32.

18. Kinney WK, Hodge DO, Egorshin EV, Ballard DJ, Podratz KC. Surgical Treatment of Patients with Stages IB and IIA Carcinoma of the Cervix and Palpably Positive Pelvic Lymph Nodes. *Gynecol Oncol.* 1995; 57 (2): 145-9.
19. Knudsen HJ, Rasmussen KL, Ledertoug S, Mamsen A, Nyland MH, Jakobsen A. A Comparison of Survival and Side Effects in Two Periods With a Different Approach to Radical Hysterectomy as Treatment of Cervical Cancer Stages IB and IIA. *Zentralbl Gynakol.* 1995; 117 (9): 476-80.
20. Lee YN, Wang KL, Lin MH, Liu CH, Wang KG, Lan CC, et al. Radical Hysterectomy With Pelvic Lymph Node Dissection for Treatment of Cervical Cancer: A Clinical Review of 954 Cases. *Gynecol Oncol.* 1989; 32 (2): 135-42.
21. Lobaton AT, Salvador MM, Aten DH, Bassaure ER. Histerectomía Radical por Cáncer Cervicouterino. Experiencia con 217 Pacientes. *Ginecol Obstet Mex.* 1991; 59 (1): 8-14.
22. Matthews CM, Burke TW, Tornos C, Eifel PJ, Atkinson EN, Stringer CA, et al. Stage I Cervical Adenocarcinoma: Prognostic Evaluation of Surgically Treated Patients. *Gynecol Oncol.* 1993; 49 (1): 19-23.
23. Montalvo TS, Hinojosa RR, Munguia SC, Ibarra PS. Histerectomía Radical con Linfadenectomía Pélvica para el Tratamiento de Cáncer Cervical Invasor IB y IIA: Revisión de 153 Casos. *Ginecol Obstet Mex.* 1991; 59: 177-80.
24. Morris M, Mitchell MF, Silva EG, Copeland LJ, Gershenson DM. Cervical Conization as Definitive Therapy for Early Invasive Squamous Carcinoma of the Cervix. *Gynecol Oncol.* 1993; 51 (2): 193-6.
25. Murad MA. Câncer de Colo Uterino. In: Murad Ma, Katz A. *Oncologia - Bases Clínicas do Tratamento*, 1ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996 p.199-203.
26. Namkoong SE, Park JS, Kim JW, Bae SN, Han GT, Lee JM, et al. Comparative Study of the Patients with Locally Advanced Stages I and II

- Cervical Cancer Treated by Radical Surgery with and without Preoperative Adjuvant Chemotherapy. *Gynecol Oncol.* 1995; 59 (1): 136-42.
27. Pengsaa P, Titapant V, Udomthavornsuk B, Pothinam S. Cass Scores as a Preoperative Prediction for Recurrences of Cervical Cancer After Radical Hysterectomy and Pelvic Lymphadenectomy at Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thai.* 1990; 73 (6): 335-9.
 28. Platz CE, Benda JA. Female Genital Tract Cancer. *Cancer* 1995; 75 (1 suppl 1): 270-94.
 29. Poynor EA, Barakat RR, Hoskins WJ. Management and Follow-up of Patients with Adenocarcinoma *In Situ* of the Uterine Cervix. *Gynecol Oncol.* 1995; 57 (2): 158-64.
 30. Souen JS. Câncer de Colo Uterino: Tratamento e Prognóstico. In: Halbe HW. *Tratado de Ginecologia*, 2ª edição. São Paulo: Roca; 1994 p.1827-31.
 31. Smiley LM, Burke TW, Silva EG, Morris M, Gershenson DM, Wharton JT. Prognostic Factors in Stage IB Squamous Cervical Cancer Patients with Low Risk for Recurrence. *Obstet Gynecol.* 1991; 77 (2): 271-5.
 32. Sterens A, Nguyen HN, Averette HE, Estape R, Angioli R, Donato DM, et al. Radical Hysterectomy for Stage IB Adenocarcinoma of the Cervix: The University of Miami Experience. *Gynecol Oncol.* 1993; 48 (3): 355-9.
 33. Wilailak S, Srisupundit S, Linasmita V, Tangtrakul, Bullangpoti S, Bhamarapavati Y. Prognostic Factors Associated with Recurrence in Stage IB Cervical Carcinoma After Radical Hysterectomy and Pelvic Lymphadenectomy. *J Med Assoc Thai.* 1993; 76 (1 suppl 1): 74-7.

RESUMO

Recidiva da neoplasia da cérvix uterina após tratamento cirúrgico primário.

Marcos da Rocha Zaccaron, Luiz Fernando Somacal.

Universidade Federal de Santa Catarina.

Finalidade: Determinar o índice de recidiva do câncer de colo uterino após tratamento cirúrgico exclusivo.

Método: Neste estudo longitudinal retrospectivo descritivo foram analisados os prontuários de vinte e sete mulheres que foram operadas no Hospital Universitário de Florianópolis no período de janeiro de 1992 a julho de 1995.

Resultados: No momento do diagnóstico, a média de idade das pacientes era de 36,1 anos. O exame citológico cervical na maioria dos casos era realizado de modo esporádico (55,5%). Quanto a sintomatologia, doze (44,4%) eram assintomáticas, sendo a leucorréia e o sangramento vaginal espontâneo os sintomas mais freqüentes (33,3% e 25,9% respectivamente). Dezoito mulheres (66,6%) apresentavam tumor *in situ*, enquanto que duas (7,4%) tinham o tumor no estágio IA e sete (25,9%) no estágio IB. O carcinoma epidermóide representou quase a totalidade (26 casos) com um diagnóstico de adenocarcinoma. Após o procedimento cirúrgico observou-se que o seguimento médio durou 24,4 meses, apresentando 2 casos de recidiva, com índice total de 7,4%. Uma recorrência ocorreu em margem cirúrgica endocervical de um tumor *in situ* (índice de 5,5%), e outra entre tumores IB (índice de 14,7%) com presença de lesão em linfonodo inguinal.

Conclusão: O tratamento cirúrgico primário tem apresentado resultados semelhantes aos encontrados na literatura onde se observa baixos índices de recidiva nesses casos de câncer da cérvix uterina.

SUMMARY

Recurrence of Cervical Neoplasia After Primary Surgical Treatment.

Marcos da Rocha Zaccaron, Luiz Fernando Somacal.

Universidade Federal de Santa Catarina

Objective: To determine the recurrence of cervical cancer after exclusive surgical treatment.

Method: This descriptive retrospective longitudinal study analysed the medical registrations of twenty seven women that undergone surgery in the University Hospital of Florianópolis during the period of January 1992 to July 1995.

Results: The patients had a median age of 36.1 years. In the majority, the papsmears used to be collected sporadically (55.5%). About the symptoms, twelve (44.4%) were asymptomatics, and the vaginal discharge and the vaginal bleeding were the most frequent symptoms (33.3% and 25.9% respectively). Eighteen women (66.6%) had an *in situ* tumor, while two (7.4%) had a tumor on stage IA and seven (25.9%) on stage IB. The squamous cell carcinoma represented almost the totality (26 cases) with just one adenocarcinoma. After the surgical procedure, the median time of follow-up was 24.4 months, and two cases of recurrence were diagnosed (index of 7.4% among all stages). One case occurred in the endocervical surgical border of an *in situ* tumor (recurrence of 5.5%), and the other in an inguinal lymph node after the treatment of a stage IB cancer (recurrence of 14.7%).

Conclusion: The primary surgical treatment presents low frequency recurrence, and this is similar to the results observed in the literature in these cases of cervical cancer.

Marcos da Rocha Zaccaron
R. Lauro Linhares, 657 bloco A apto 304. Florianópolis - SC
Telephone: (048) 233-3123

APÊNDICE

PROTOCOLO: RECIDIVA DA NEOPLASIA DA CÉRVIX UTERINA APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO PRIMÁRIO

1. Iniciais: _____
2. Data de nascimento: ___/___/___
3. Cor: ()B ()N ()A
4. Estado civil: ()S ()C ()D ()V ()A
5. Início da atividade sexual: _____
7. Uso prévio de ACO: ()Não ()Sim Tempo de duração: _____
8. DST prévio: ()Não ()Sim: ()Gonorréia ()Sífilis ()Cancro mole ()HPV
()Linfogranuloma venéreo ()Outra: _____
9. Exame ginecológico prévio: ()Não ()Sim: ()esporádico ()regular: intervalo: _____
10. Sintomatologia: ()Assintomática ()Sangramento vaginal ()Sinusorragia
()Dispareunia ()distensão abdominal ()Icterícia ()Emagrecimento
()Edema MMII. ()Dor sacral ()Elevação CA-125
11. Cirurgia realizada: _____ Data: ___/___/___
12. Anátomo-patológico: _____
13. Grau de diferenciação nuclear: ()I ()II ()III
14. Margens cirúrgicas: ()comprometidas ()livres: Extensão: _____
15. Estadiamento: _____
16. Comprometimento linfonodal: ()Não ()Sim
Cadeia comprometida: ()Ilíaca ()Inguinal ()Paraórtica ()Outra: _____
17. Metástase à distância: ()Não ()Sim: ()Pulmões ()Ossos ()Fígado
()Outra: _____
18. Tempo de seguimento: _____
19. Intervalo livre de doença: _____
20. Local de recidiva: _____
21. Tratamento adjuvante: ()Não ()Sim: ()QT ()RT.

**TCC
UFSC
TO
0053**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0053

Autor: Zaccaron, Marcos d

Título: Recidiva da neoplasia da cérvix



972815634

Ac. 254198

Ex.1 UFSC BSCCSM