

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

THAÍS DE FREITAS AZZOLINI

**ESTENOSE DE COLO UTERINO APÓS TRATAMENTO DA
LESÃO CERVICAL PRÉ-INVASORA**

CURITIBA

2015

THAÍS DE FREITAS AZZOLINI

ESTENOSE DO COLO UTERINO APÓS TRATAMENTO DA LESÃO CERVICAL
PRÉ-INVASORA

Monografia apresentada para obtenção do título de Especialista em
Patologia do trato genital inferior e Colposcopia,
setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do
Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rita Maíra Zanine

CURITIBA

2015

1. INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é a terceira neoplasia maligna mais comum na população feminina no Brasil e ainda hoje, a quarta causa de morte por câncer nesta população. Estima-se que houve 15590 novos casos de câncer cervical em 2014¹. O câncer de colo de útero é precedido pela doença pré-invasiva, denominada neoplasia intraepitelial cervical (NIC). A NIC é categorizada em graus I, II e III dependendo da espessura do epitélio composto de células indiferenciadas. As lesões intraepiteliais de alto grau (NIC II e III) são consideradas as reais precursoras.

A infecção persistente, provocada por um ou mais tipos oncogênicos de Papilomavírus humano (HPV), é uma causa necessária da neoplasia cervical. Porém, a maioria das alterações cervicais causadas pelo HPV tem pouca probabilidade de progredir².

O método de rastreamento do câncer cervical e das suas lesões precursoras está baseado na coleta do exame preventivo ginecológico (exame citológico de Papanicolaou ou colpocitologia oncótica) que deve ser feito entre 25 a 64 anos de idade. A colposcopia é indicada mediante alteração no exame citológico de rastreio. As Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero estabelecem as recomendações para a coleta e conduta frente às alterações apresentadas.

O rastreio diminuiu consideravelmente o número de câncer invasor, porém a detecção de lesões neoplásicas intraepiteliais (NIC) aumentou e, conseqüentemente, a necessidade de tratamento das mesmas. Quando diagnosticada a NIC de alto grau em mulheres em idade fértil, o tratamento é mandatório para evitar a doença invasora e preservar a fertilidade^{3,4}. Prova de que o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce é que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram da

doença invasiva. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, ou seja, localizadas ¹.

1.1. OBJETIVO GERAL

Determinar as principais variáveis nas técnicas mais utilizadas para o tratamento da estenose cervical após o tratamento de lesão cervical pré-invasora (bisturi a frio e alça diatérmica) e suas principais implicações no processo de cicatrização do colo uterino.

1.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- a. Relatar as características das principais técnicas utilizadas para o tratamento da lesão cervical pré-invasora.
- b. Descrever o processo de cicatrização cervical.
- c. Descrição da principal complicação permanente envolvida no processo de cicatrização cervical.
- d. Descrever as principais técnicas utilizadas para o tratamento da estenose cervical.
- e. Relato do caso atendido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná HC-UFPR.

2. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DAS TÉCNICAS MAIS UTILIZADAS PARA O TRATAMENTO DA LESÃO CERVICAL INTRAEPITELIAL.

O tratamento pode ser feito por métodos ablativos ou excisionais. Entre os métodos excisionais, estão estabelecidos a exérese da zona de transformação com cautério de alta frequência (CAF), a conização com bisturi a frio e menos comumente com a conização com laser CO₂⁵.

A técnica de CAF é o principal método para exérese da zona de transformação, a qual consiste no uso de alça diatérmica que, através de uma corrente elétrica, leva a vaporização do tecido com corte do mesmo e cauterização dos bordos.

O laser CO₂ é uma técnica descrita em vários países, porém o alto custo do laser inviabiliza a sua utilização no Brasil. Assim como no CAF, o laser também apresenta menores taxas de sangramento, porém o dano térmico pode prejudicar a análise das margens da peça retirada. Sabe-se que o dano térmico é um fator operador-dependente e a experiência do profissional é um fator determinante na qualidade da peça excisada.

Já a conização a frio, consiste em retirada de peça cirúrgica em formato de cone realizada com bisturi e a hemostasia é feita através das suturas de Sturmdorf e ligadura das artérias paracervicais. A sua principal indicação é para o tratamento das lesões endocervicais e nos casos em que as margens da peça para análise histológica é importante. O cone a frio, além de retirar o maior volume de espécime, fornece a melhor peça para estudo anatomo-patológico⁵. Em contrapartida, apresenta as maiores taxas de sangramento intra e pós-operatório.

As complicações cirúrgicas relacionadas aos métodos excisionais são a hemorragia, infecção, estenose e incompetência cervical^{6,7}.

3. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO CERVICAL

Atualmente as teorias mais aceitas para a reepitelização da cratera formada pelos tratamentos da cérvix são que o novo epitélio seja formado a partir dos bordos da lesão e das criptas glandulares remanescentes, através da metaplasia escamosa e também com a diferenciação das células de reserva.

A migração de células a partir da borda da lesão ocorre em 7 a 14 dias, sob meio ácido, que incentiva a metaplasia escamosa⁸, o leito da lesão estará totalmente coberto entre 14 e 28 dias⁹. Em meio alcalino, o epitélio irá regenerar-se com ilhas de granulação na superfície¹⁰.

A esclerose se forma após um processo inflamatório importante que tenha provocado uma necrose, quando então a reparação dos tecidos é feita às expensas de modificações do tecido conjuntivo com alterações da vascularização do mesmo, sendo que o epitélio que se encontra acima deste tecido terá menor aporte de nutrientes, o que causará uma fragilidade epitelial¹¹. Desta forma, a mucosa ectocervical se retrai em sentido cranial e, em consequência, a junção escamo-colunar situa-se frequentemente no interior do canal endocervical e não fica visível. O orifício torna-se estenótico, dificultando a avaliação endocervical².

4. PRINCIPAL COMPLICAÇÃO PERMANENTE ENVOLVIDA NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO CERVICAL.

A estenose cervical é a complicação pós-operatória tardia mais temida dos procedimentos excisionais. É tipicamente definida como o estreitamento do canal cervical que impede a inserção de uma vela de 2,5 mm de Hegar ou dilatador de Pratt. A estenose cervical ocorre em todos os níveis dentro do canal cervical, mas ocorre com mais frequência na área do orifício interno¹². Devido às modificações anatômicas pós-operatórias, pode-se ter dificuldade na coleta da amostra endocervical que não evidencia células endocervicais, mesmo utilizando a escova na coleta da citologia oncótica¹³.

A ausência de células endocervicais na coleta da citologia oncótica pode ser um marcador de estenose cervical¹⁴. Algumas medidas podem ser feitas para reverter esta situação, como o uso de estrogênio intra-vaginal em casos de pacientes com hipoestrogenismo¹⁵. Além disso, está descrito o uso de substâncias dilatadoras higroscópicas, que melhoram a visualização das lesões endocervicais permitindo a diminuição da porcentagem de doença residual em pacientes com colposcopia insatisfatória¹⁶.

A graduação da estenose é de difícil mensuração, pois ocorre em diferentes graus de severidade, sendo graduada como parcial ou total. Estima-se que a sua incidência seja em torno de 1 a 16% após a conização a frio e 1 a 6% após o CAF³. Fatores associados com o aumento da incidência incluem mulheres na peri-menopausa, status pós menopausa, excisão total da lesão endocervical, junção escamo-colunar não visível, excisão de lesões profundas, pacientes já submetidas ao procedimento anteriormente e retirada de um grande volume de espécime^{4,17,18}. O uso do anticoncepcional em si não é um fator de risco estabelecido, porém um estudo mostrou

que o uso do acetato de medroxiprogesterona, por levar a um estado de hipoestrogenismo e amenorreia, aumentando as chances de desenvolver estenose¹⁸.

A estenose total é sem dúvida a mais temida, pois, cursa com hematometra, infertilidade, complicações obstétricas e dor pélvica além de dificultar o seguimento de rastreio após a cirurgia¹⁹. Hematometra secundária a conização é uma complicação incomum ocorrendo em 1.7% dos casos²⁰. O manejo dessas lesões iatrogênicas não está bem estabelecido e cada caso deve ser individualizado.

5. DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS TÉCNICAS PARA O TRATAMENTO DA ESTENOSE CERVICAL

A literatura descreve várias maneiras para abordagem das estenoses cervicais, são elas: dilatação cervical com vela de Hegar, ressecção cirúrgica através de histeroscopia ou vaporização por laser, cervicoplastia cirúrgica, colocação de stents urológicos ou de sondas. A sonda Foley é um método barato e que não altera a integridade do canal cervical e pode ser um método bastante eficaz na prevenção de recorrência de estenose após a dilatação²¹. Está descrito também o uso de stent vascular de nitinol em um único trabalho que relatou o uso deste tipo de material em cirurgia ginecológica, sendo um stent vascular de fácil colocação por ser auto-insuflável e de caráter permanente podendo ficar no canal cervical por muitos meses impedindo que o canal cervical volte a estenosar²². Em casos isolados dependendo da idade, paridade e severidade da displasia há relato de histerectomia para resolução definitiva do problema²³.

É preciso estar atento não só aos sintomas como dor pélvica decorrente da hematometra, mas também a preservação da fertilidade, tendo em vista que a maioria das indicações cirúrgicas de tratamento de NIC ocorre em mulheres na fase reprodutiva. A real incidência de estenose cervical é subestimada, uma vez que geralmente os casos sintomáticos são diagnosticados²⁴.

As constantes recidivas da estenose após a dilatação cervical isoladamente, fizeram nossa equipe questionar algum método que pudesse garantir a permeabilidade do canal cervical até a sua cicatrização completa. Devido a grande disponibilidade no serviço ginecológico optamos pelo uso da sonda Foley, e por manter a sonda pelo período de duas semanas conforme a literatura recomenda.

6. CONCLUSÃO

O câncer de colo do útero é bastante prevalente no Brasil e ainda uma importante causa de mortalidade feminina. O vírus do HPV é o principal fator envolvido na carcinogênese. O rastreamento com a citologia oncológica é a principal forma de prevenção do câncer associado com o tratamento das lesões precursoras.

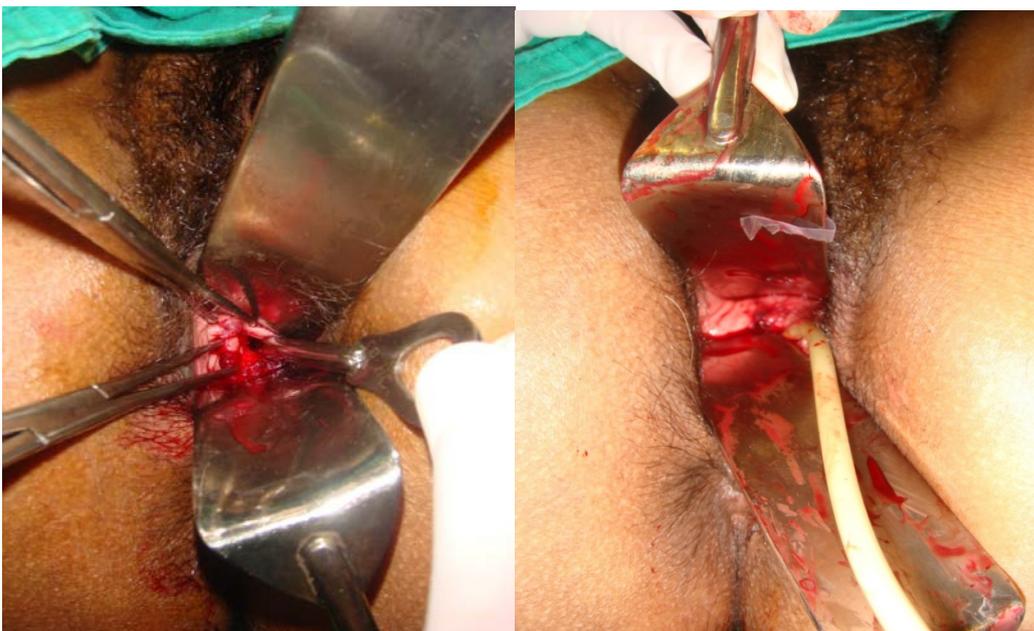
A estenose cervical é a complicação permanente mais temida após o tratamento das lesões precursoras e está descrito na literatura várias opções no manejo desta condição iatrogênica.

O uso da sonda Foley com o objetivo de manter a permeabilidade do canal cervical após a dilatação do mesmo mostrou-se uma opção segura e viável. Entretanto, há necessidade de mais estudos para determinar se existe superioridade deste método perante o procedimento da dilatação do canal cervical isolado.

Não existe na literatura uma abordagem homogênea para o tratamento da estenose cervical total. A seguir relataremos o manejo de um caso de estenose cervical realizado no Hospital de Clínicas da UFPR.

7. RELATO DE CASO

NNMM, 44 anos, G1 P1, submetida à conização por Cirurgia de Alta Frequência em abril de 2013 para tratamento de lesão intraepitelial de alto grau cervical com zona de transformação tipo três. Em outubro de 2013 evoluiu com amenorreia e dor pélvica de difícil controle clínico. Ao exame, o orifício cervical externo era puntiforme e não permitia entrada da escova. O estudo ultrassonográfico realizado em 29 de outubro de 2013 identificou a presença de conteúdo intrauterino de 66 ml configurando o hematometra. Em 20 de novembro a paciente foi submetida à dilatação cervical com velas de Hegar até a vela de número 12. No mesmo tempo cirúrgico, foi posicionada uma sonda de Foley intrauterina fixada com a insuflação do balonete, com o objetivo de manter o canal cervical pérvio. A paciente recebeu alta hospitalar, com a sonda intra-útero, 24 horas após o procedimento. Realizado antibiótico-profilaxia com metronidazol por sete dias. Duas semanas após a cirurgia, a sonda foi retirada ambulatorialmente e a paciente mantém seguimento até a presente data, com ciclos menstruais regulares e assintomáticos. O controle ultrassonográfico realizado em agosto de 2014 não demonstrou nenhuma coleção intrauterina.



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Instituto Nacional do câncer José Alencar Gomes da Silva - http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio. Acesso em 18/02/2014
2. Sellors JW, Sankaranaryanan R. *Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia. A beginners manual. Lyon: international agency for research on cancer, 2003.*
3. Penna C et al. Laser CO2 conization in postmenopausal age: risk of cervical stenosis and unsatisfactory follow-up. *Gyn Oncol* 2005;96:771-75
4. Houlard S, et al. Risk factors for cervical stenosis after laser cone biopsy. *Obstet Gynecol.* 2002;104:144-7
5. Mathevet P, Gargent D, Roy M, Beau G. A randomized prospective study comparing three techniques of conization: cold knife, laser and LEEP. *Gynecol Oncol* 1994;54:175-9.
6. Prendville W, Cullimore J, Norman S. Large loop excision of transformation zone (LEETZ). A new method of management for women with cervical intraepithelial neoplasia. *Br J Obstet Gynecol* 1989;96:1054-60
7. Oyesanya OA, Amerasinghe C, Manning EAD. A comparison between loop diathermy conization and cold-knife conization for management of cervical dysplasia associated with unsatisfactory colposcopy. *Gynecol Oncol.* 1993;50:84-8
8. Sharp GLM, Cordiner JW, Murray LE, More IARJ. Healing of cervical epithelium after laser ablation of cervical intraepithelial neoplasia. *Clin Pathol* 1984;37:611-5
9. Allen JM, Stein DS, Shingleton H. Regeneration of cervical epithelium after laser vaporization. *Obstet Gynecol* 1983;62(6):600-6.
10. Anderson M, Jordan J, Morse A, Sharp F. Follow up After Treatment; Regenerating/Healing Epithelium **A Text and Atlas of Inegrated Colposcopy; for colposcopists, histhopatologists and cytologists.** Follow Up After Treatment. London and New York Chappman&Hall Medical 2a Edição. P.162-169, 1996
11. Maffini CF, Zanine RM. A regeneração do colo uterino após tratamentos exciosionais das neoplasias intraepiteliais cervicais: repercussões futuras. *Femina* 2014;42(3):149-52
12. Christianson MS, Barker MA, Lindhein SR. Overcoming the challenging cervix: Techniques to access the uterine cavity. *J of lower Genital tract disease.* 2008;12(1):24-31
13. Baldauf JJ, Dreyfus M. Risk of cervical stenosis after loop excision or laser conization. *Obstet Gynecol.* 1996;88(6):933-8
14. Dunn TS, Landry E, Ring C, Martin C. Absent endocervical cells on Pap Smears after Loop Electrosuergical excision procedure. *J of lower Genital tract disease.* 2007;11(3):138-40
15. Spitzer M. Vaginal estrogen Administration to prevent cervical Os Obliteration following cervical conization in women with amenorrhea. *J of lower tract disease* 1997;1(1):53-6
16. Ferreira MSC, et al. Valor do dilatador higroscópico para visualização do canal endocervical na conização com cirurgia por alta frequência. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004;26(3):213-9

17. Suh-Burgmann EJ et al. Risk factors for cervical stenosis after Loop Electrocautery excision procedure. *Gynecol and Obstet.* 2000;96(5):657-60
18. Martirosian TE, Smith SC, Baras AS, Darracott MM. Depot medroxyprogesterone acetate: a risk factor for cervical stenosis after Loop Electrosurgical excisional procedure management of cervical intraepithelial neoplasia? *J of Lower tract disease.* 2010;14(1):37-42
19. Monteiro ACS et al. Cervical stenosis following electrosurgical conization. *São Paulo Med J.* 2008;126(4):209-14
20. Ohel g. Complications of cone biopsy of the cervix. *S Afr Med J* 1981;59:382-3
21. Tan Y, Bennett MJ. Urinary catheter stent placement for treatment of cervical stenosis. *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists* 2007;47:406-9
22. Grund d, Kohler C, Krauel H, Schaneider A. A new approach to preserve fertility by using a coated nitinol stent in a patient with recurrent cervical stenosis. *Fertil Steril* 2007;87(5):1212-6
23. Perino AC, Python J, Thompson LC. Management of hematocervix after loop electrosurgical excision procedure. *Obstet Gynecol.* 2011;118(2):484-6
24. Hagen B, Skjeldestad FE, Bratt H, Tingulstad S, Lie AK. CO2 laser conization for cervical intraepithelial neoplasia grade II-III: complications and efficacy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998;77:558-63