

## Histerectomia radical após cesareana

Radical hysterectomy after cesarean

Histerectomía radical después de cesárea

Recebido: 16/02/2022 | Revisado: 24/02/2022 | Aceito: 28/02/2022 | Publicado: 09/03/2022

**Lillian Maria Fernandes de Castro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7488-9629>

Centro Universitário UniFacid, Brasil

E-mail: [lillianmfcastro@gmail.com](mailto:lillianmfcastro@gmail.com)

**Caroline de Paulo Tajra**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0947-8938>

Centro Universitário UniFacid, Brasil

E-mail: [caroltajra98@gmail.com](mailto:caroltajra98@gmail.com)

**Sabas Carlos Vieira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0935-7316>

Oncocenter, Brasil

E-mail: [drsabasvieira@gmail.com](mailto:drsabasvieira@gmail.com)

### Resumo

**Introdução:** O câncer do colo do útero diagnosticado durante a gravidez é incomum, e existem fatores de risco para essa condição, como a falta de acesso aos serviços de saúde e a não realização do rastreamento preconizado para o diagnóstico precoce das lesões precursoras do câncer do colo do útero. Em pacientes jovens com maturação fetal, o tratamento é a histerectomia radical com linfnodectomia pélvica bilateral, precedida de cesariana. Relatamos uma paciente de 33 anos que foi diagnosticada com um carcinoma epidermoide invasivo em seu estágio inicial no curso de uma gravidez de 26 semanas. Após discussão com o casal, optou-se por aguardar a maturação fetal e a gravidez seria interrompida na 36ª semana por cesárea, seguida de histerectomia radical e linfnodectomia pélvica bilateral. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, transversal, qualitativo e descritivo. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí, com CAAE n. 30154720.0.0000.5209. **Considerações finais:** o caso relatado e as publicações levantadas da literatura expõem concordância quanto a ser possível ter uma gravidez tranquila com um carcinoma de colo uterino sem prejuízos ao feto se for feito o acompanhamento e tratamento adequado. Apesar de que tanto o tratamento cirúrgico quanto o tratamento local e sistêmico apresentam vantagens e desvantagens, tanto para o feto quanto para a mãe, é necessário haver disponibilidade de uma equipe multidisciplinar a fim de que, de acordo com a individualidade do caso, possa acompanhamento e ajudar na tomada da melhor decisão para o conjunto materno-fetal.

**Palavras-chave:** Cesárea; Gravidez; Histerectomia; Neoplasias do colo do útero; Parto.

### Abstract

**Introduction:** Cervical cancer diagnosed during pregnancy is uncommon, and there are risk factors for this condition, such as lack of access to health services and failure to perform the recommended screening for early diagnosis of precursor lesions of cervical cancer. cervix. In young patients with fetal maturation, the treatment is radical hysterectomy with bilateral pelvic lymphadenectomy, preceded by cesarean section. We report on a 33-year-old female patient who was diagnosed with an early-stage invasive squamous cell carcinoma in the course of a 26-week pregnancy. After discussion with the couple, it was decided to wait for fetal maturation and the pregnancy would be terminated at the 36th week by cesarean section, followed by radical hysterectomy and bilateral pelvic lymphadenectomy. **Methods:** This is a retrospective, cross-sectional, qualitative and descriptive observational study. This work was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Piauí, with CAAE n. 30154720.0.0000.5209. **Final considerations:** The case reported and the publications found in the literature show agreement on the possibility of having a peaceful pregnancy with cervical carcinoma without harm to the fetus if follow-up and adequate treatment are carried out. Although both surgical treatment and local and systemic treatment have advantages and disadvantages, both for the fetus and for the mother, it is necessary to have a multidisciplinary team available so that, according to the individuality of the case, follow-up can be carried out. and help in making the best decision for the maternal-fetal set, the case reported and publications raised show that it is possible to have a peaceful pregnancy with cervical carcinoma without harm to the fetus if follow-up and adequate treatment are carried out.

**Keywords:** Cesarean; Pregnancy; Hysterectomy; Cervical neoplasms; Childbirth.

## Resumen

**Introducción:** El cáncer de cuello uterino diagnosticado durante el embarazo es poco frecuente y existen factores de riesgo para esta condición, como la falta de acceso a los servicios de salud y la falta de realización del tamizaje recomendado para el diagnóstico precoz de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino. En pacientes jóvenes con maduración fetal, el tratamiento es la histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral, precedida de cesárea. Presentamos el caso de una paciente de 33 años a la que se le diagnosticó un carcinoma de células escamosas invasivo en estadio temprano en el transcurso de un embarazo de 26 semanas. Después de discutirlo con la pareja, se decidió esperar a la maduración fetal y el embarazo se interrumpiría en la semana 36 mediante cesárea, seguida de histerectomía radical y linfadenectomía pélvica bilateral. **Metodología:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo, transversal, cualitativo y descriptivo. Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estadual de Piauí, con CAAE n. 30154720.0.0000.5209. **Consideraciones finales:** El caso reportado y las publicaciones encontradas en la literatura muestran concordancia en la posibilidad de tener un embarazo tranquilo con carcinoma de cérvix sin daño al feto si se realiza seguimiento y tratamiento adecuado. Si bien tanto el tratamiento quirúrgico como el tratamiento local y sistémico presentan ventajas y desventajas, tanto para el feto como para la madre, es necesario disponer de un equipo multidisciplinario para que, de acuerdo a la individualidad del caso, se pueda realizar un seguimiento, y ayudar en la toma de la mejor decisión para el conjunto materno-fetal.

**Palabras clave:** Cesárea; Embarazo; Histerectomía; Neoplasias cervicales; Parto.

## 1. Introdução

A neoplasia invasiva do colo uterino diagnosticada durante a gravidez ou no período pós-parto é um evento raro, porém, quando descoberta, o tratamento envolve preocupação tanto para o feto quanto para a mãe (Hopkins & Morley, 1992; Botha et al., 2018). Apesar de raro, o câncer de colo uterino é a neoplasia mais comumente diagnosticada na gravidez (Korenaga & Tewari, 2020).

Infelizmente, as modalidades de tratamento utilizadas para essa doença afetam diretamente a manutenção da gravidez e, muitas vezes, dificultam a decisão dos pais e médicos envolvidos. Desse modo, a decisão compartilhada com os pais é a melhor forma de lidar com estes casos, contando sempre com o apoio psicológico ao casal. Histerectomia radical e dissecação de linfonodo pélvico bilateral tornaram-se o tratamento de escolha para os estágios iniciais do câncer cervical invasivo (Monk & Montz, 1992).

Para pacientes que estão no terceiro trimestre de gravidez, uma cesariana deve ser realizada após a maturidade fetal, enquanto para aquelas que estão no primeiro trimestre, a interrupção da gravidez é o procedimento mais comum; entretanto, a decisão final cabe ao casal. Se, por um lado, a cesariana imediatamente seguida por histerectomia radical tem o benefício de uma taxa de complicações menor do que a radioterapia (Method & Brost, 1999), por outro lado, a principal complicação cirúrgica é a grande perda de sangue (Hopkins & Morley, 1992).

Relatamos um caso de ocorrência incomum, no qual foi realizada cesárea e histerectomia radical em uma mulher com 36 semanas de gestação e câncer de colo uterino com o objetivo de verificar se há influência significativa da neoplasia de colo do útero na evolução da gestação a partir do que há disponível na literatura.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, transversal, qualitativo e descritivo (Pereira; Shitsuka; Parreira & Shitsuka, 2018) realizado com um caso clínico de uma clínica privada especializada em tratamento oncológico em Teresina, Brasil.

Não houve necessidade de uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo em vista que não houve contato direto com a paciente para a realização da pesquisa; as informações foram coletadas em prontuários eletrônicos e revisão de literatura.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), com CAAE n. 30154720.0.0000.5209.

### 3. Relato do Caso

Paciente de 33 anos, com diagnóstico de câncer invasivo do colo do útero na 26ª semana de gestação, há mais de um ano sem realização de exame preventivo. O diagnóstico foi feito após citologia mostrando neoplasia de alto grau (HSIL). A biópsia do canal cervical revelou tratar-se de carcinoma espinocelular G3. Ao exame clínico, o orifício externo do colo do útero era normal, com fôrnices vaginais e paramétrios livres. A ultrassonografia demonstrou útero normal sem neovascularização ou tumor. A paciente tinha história de duas gestações; após discussão com o casal, o feto amadureceu e a gravidez foi interrompida na 36ª semana. Nesse período, a paciente foi reexaminada na 30ª semana, não apresentando alterações clínicas ou ultrassonográficas no colo uterino. Na 36ª semana, o parto foi interrompido por cesariana. A criança nasceu saudável, pesava 2.600 gramas e evoluiu bem no pós-operatório com aleitamento materno exclusivo. Após retirada da placenta e histerorrafia, foram realizadas histerectomia radical e linfonodectomia pélvica bilateral com preservação e fixação dos dois ovários nas goteiras parieto-cólicas. Ao o exame linfonodal, observou-se que o número de linfonodos era baixo, mesmo com a fossa obturatória bilateral esvaziada. Foi realizada profilaxia antibiótica com cefazolina e trombotrombolina com heparina de baixo peso molecular. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, com cateter vesical retirado após 24 horas e resíduo urinário menor que 100mL, recebendo alta médica no segundo dia de pós-operatório. Atualmente, 12 anos após a cirurgia, encontra-se bem, sem sinais de doença em atividade. O estudo histológico do espécime demonstrou tratar-se de um carcinoma espinocelular G2 associado a áreas de carcinoma in situ, medindo 1,8 cm em seu maior diâmetro, ausência de invasão angiolinfática, paramétrios livres, margem vaginal livre, os quatro linfonodos isolados estavam livres de neoplasia.

### 4. Discussão

O câncer de colo de útero associado à gravidez é uma condição rara, com idade média ao diagnóstico de 30 a 35 anos (Hacker, 2005; Sood et al., 1996). A falta de acesso aos cuidados de saúde e a não realização do rastreamento recomendado têm sido considerados como fatores causadores do desenvolvimento desse câncer (Sood, et al., 1996).

Histerectomia radical ou radio e quimioterapia exclusivos são aceitos como tratamento padrão para o câncer cervical em estágio inicial; no entanto, deve ser planejado com cuidado (Monk, et al., 1992; Amant et al., 2014). Essas modalidades de tratamento oferecem taxas de cura semelhantes à histerectomia radical para o câncer cervical em adultos com o estadiamento tumoral de IA2 a IIA. A cirurgia apresenta baixa morbidade, alta sobrevida, manutenção da elasticidade e lubrificação vaginal e possibilidade de preservação da fertilidade nos casos selecionados (Vieira et al., 2002). Além disso, é a melhor opção para pacientes jovens devido às possibilidades de preservação dos ovários com manutenção da função hormonal e melhor desempenho sexual (Tewari et al., 1998).

Atrasar o tratamento definitivo para obter melhores resultados para o feto, embora benéfico para esse, pode determinar a progressão do tumor, portanto, você deve estar envolvido neste caso por uma equipe multidisciplinar a fim de otimizar o tratamento materno e garantir a segurança fetal (Vieira, et al., 2002; Ramirez et al., 2019). A demora no tratamento definitivo (cesárea seguida de histerectomia radical) é considerada segura em pacientes com doença em estágio inicial se não houver evidências de evolução da doença como no presente caso. No entanto, dados definitivos não estão disponíveis para pacientes com doença avançada devido ao baixo número de casos relatados na literatura (Vieira, et al., 2002).

Embora um útero maior pareça dificultar a cirurgia, a parametrectomia, a mobilização uretral e a perda de sangue não parecem diferir significativamente de pacientes não grávidas, assim como o tratamento e o prognóstico de uma mulher grávida com câncer de colo uterino (Botha et al., 2018; Cook-Glenn & Keyhani-Rofagha, 1998; Gungorduk et al., 2016). A flacidez da parede abdominal após a retirada da criança permite que a cirurgia seja realizada sem grandes dificuldades pela incisão de Pfannenstiel, como a realizada no presente caso.

Pacientes com doença no estadiamento IA2, IB e IIA são preferencialmente submetidas à cesariana, pois o parto vaginal pelo colo do útero com carcinoma invasivo pode resultar na disseminação da doença pelos vasos linfáticos, hemorragia, sepse, obstrução do trabalho de parto, laceração cervical e implantação de células malignas no local da episotomia (Monk, et al., 1992; Vieira, et al., 2002; Cook-Glenn, et al., 1998; Nguyen et al., 2000).

Watanabe et al. analisaram retrospectivamente 12 casos de histerectomia radical realizada por câncer cervical durante a gravidez e concluíram que uma intervenção pode ser realizada com segurança mesmo com um feto dentro do útero (33,3%) e uma cesariana subsequente (66,7%) (Lee et al., 2008). Assim, uma avaliação cuidadosa é necessária antes de decidir atrasar (ou não) o tratamento até a maturidade fetal. A gravidez não altera o prognóstico do câncer de colo uterino em um estadiamento precoce (Gungorduk, et al., 2016; Weisz et al., 2001).

Idealmente, o parto deve acontecer por volta das 32 semanas para que possa ser concluída a maturação pulmonar fetal (Schreiber et al., 2014).

O carcinoma espinocelular é o subtipo histológico mais comum encontrado em mulheres grávidas (bem como em mulheres não grávidas), representando 78% dos casos (Watanabe et al., 2009). Monk, et al. relatou 13 pacientes grávidas com câncer de colo de útero tratadas por histerectomia radical com baixas taxas de complicações operatórias e morbidade pós-operatória. Exceto pelo aumento da perda sanguínea na cesárea, relataram que os resultados do tratamento realizado com o feto dentro do útero ou após a cesárea não apresentam diferença significativa em relação à histerectomia radical realizada em mulheres não grávidas (Monk, et al., 1992).

Quanto à quimioterapia durante a gravidez, uma orientação deve incluir o efeito potencial do tratamento para o feto. Durante o primeiro trimestre, o risco teratogênico estimado é de 7,5 a 17% quando um único agente é administrado, aumentando para 25% quando a quimioterapia combinada é usada (Palaia et al., 2007). Por outro lado, o risco de defeitos congênitos quando são administrados medicamentos citotóxicos durante o segundo e terceiro trimestres é semelhante ao da população em geral (1 a 3%). Para o feto, os principais efeitos da quimioterapia durante o segundo e terceiro trimestres são a restrição do crescimento intrauterino, morte fetal no útero, prematuridade, baixo peso ao nascer, supressão hematopoiética, infertilidade, atraso no desenvolvimento, entre outros (Amant, et al., 2016).

## 5. Considerações Finais

O caso relatado e as publicações levantadas da literatura expõem concordância quanto a ser possível ter uma gravidez tranquila com um carcinoma de colo uterino sem prejuízos ao feto se for feito o acompanhamento e tratamento adequado. Apesar de que tanto o tratamento cirúrgico quanto o tratamento local e sistêmico apresentam vantagens e desvantagens, tanto para o feto quanto para a mãe, é necessário haver disponibilidade de uma equipe multidisciplinar a fim de que, de acordo com a individualidade do caso, possa acompanhamento e ajudar na tomada da melhor decisão para o conjunto materno-fetal.

Este trabalho limitação de apresentar foco apenas em neoplasia de colo do útero em estágio inicial, sendo necessária uma amplificação do estudo a fim de saber o prognóstico em pacientes gestantes com esse câncer em estágio avançado, que é um caso mais raro ainda na literatura.

## Referências

- Amant, F., Halaska, M. J., Fumagalli, M., Dahl Steffensen, K., Lok, C., Van Calsteren, K., Han, S. N., Mir, O., Fruscio, R., Uzan, C., Maxwell, C., Dekrem, J., Strauven, G., Mhallem Gziri, M., Kesic, V., Berveiller, P., van den Heuvel, F., Ottevanger, P. B., Vergote, I., & Lishner, M. (2014). ESGO task force 'Cancer in Pregnancy'. *Official Journal of the International Gynecological Cancer Society*, 24(3), 394-403. 10.1097/IGC.0000000000000062.
- Botha, M. H., Rajaram, S., & Karunarathne, K. (2018). Cancer in pregnancy. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 143(2), 137-142. 10.1002/ijgo.12621.

- Cook-Glenn, C. L., & Keyhani-Rofagha, S. (1998). Adenocarcinoma of the uterine cervix associated with pregnancy: a retrospective 10-year investigative study. *Diagnostic Cytopathology*, 18(6), 393-397. 10.1002/(sici)1097-0339(199806)18:6<393aid-dc2>3.0.co;2-a.
- Gungorduk, K., Sahbaz, A., Ozdemir, A., Gokcu, M., Sancı, M., & Köse, M. F. (2016). Management of cervical cancer during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 36(3), 366-371. 10.3109/01443615.2015.1065235.
- Hacker, N. F. (2005). *Practical Gynecologic Oncology*. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Hopkins, M. P., & Morley, G. W. (1992). The prognosis and management of cervical cancer associated with pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 80(1), 9-13. Retrieved from: <https://europepmc.org/article/med/1318532>.
- Korenaga, T. K., & Tewari, K. S. (2020). Gynecologic cancer in pregnancy. *Gynecologic Oncology*, 157(3), 799-809. 10.1016/j.ygyno.2020.03.015.
- Lee, J. M., Lee, K. B., Kim, Y. T., Ryu, H. S., Kim, Y. T., Cho, C. H., Namkoong, S. E., Lee, K. H., Choi, H. S., & Kim, K. T. (2008). Cervical cancer associated with pregnancy: results of a multicenter retrospective Korean study (KGOG-1006). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(1), 92.e1-92.e926. 10.1016/j.ajog.2007.06.077.
- Method, M. W., & Brost, B. C. (1999). Management of cervical cancer in pregnancy. *Seminars in Surgical Oncology*, 16(3), 251-260. 10.1002/(sici)1098-2388(199904/05)16:3<251aid-ssu11>3.0.co;2-4.
- Monk, B. J., & Montz, F. J. (1992). Invasive cervical cancer complicating intrauterine pregnancy: treatment with radical hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology*, 80(2), 199-203. [https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1992/08000/Invasive\\_Cervical\\_Cancer\\_Complicating\\_Intrauterine.9.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1992/08000/Invasive_Cervical_Cancer_Complicating_Intrauterine.9.aspx).
- Nguyen, C., Montz, F. J., & Bristow, R. E. (2000). Management of stage I cervical cancer in pregnancy. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 55(10), 633-643. 10.1097/00006254-200010000-00022.
- Palaia, I., Pernice, M., Graziano, M., Bellati, F., & Panici, P. B. (2007). Neoadjuvant chemotherapy plus radical surgery in locally advanced cervical cancer during pregnancy: a case report. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 197(4), e5-e6. 10.1016/j.ajog.2007.07.034.
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da Pesquisa Científica*. UFMS.
- Ramirez, P. T., Abu-Rustum, N. R., & Euscher, E. (2019). Conservative management of cervical cancer in pregnancy. *International Journal of Gynecological Cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society*, 29(2), 434-438. 10.1136/ijgc-2018-000187.
- Schreiber, K., Rothe, S., & Untch, M. (2014). Cervical Carcinoma in Early Pregnancy - Successful Birth by Caesarean Section Followed by Radical Hysterectomy. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 74(3), 284-287. 10.1055/s-0033-1360329.
- Sood, A. K., Sorosky, J. I., Krogman, S., Anderson, B., Benda, J., & Buller, R. E. (1996). Surgical management of cervical cancer complicating pregnancy: a case-control study. *Gynecologic Oncology*, 63(3), 294-298. 10.1006/gyno.1996.0325.
- Tewari, K., Cappuccini, F., Gambino, A., Kohler, M. F., Pecorelli, S., & DiSaia, P. J. (1998). Neoadjuvant chemotherapy in the treatment of locally advanced cervical carcinoma in pregnancy: a report of two cases and review of issues specific to the management of cervical carcinoma in pregnancy including planned delay of therapy. *Cancer*, 82(8), 1529-1534. 10.1002/(sici)1097-0142(19980415)82:8<1529aid-cnrcr15>3.0.co;2-6.
- Vieira, S. C., Silva, A. G., Vale, L. R. G., & Lima, M. M. (2002). Preservação dos ovários em cirurgia radical para câncer do colo uterino. [Ovarian preservation in radical surgery for cervical cancer]. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(10), 681-684. 10.1590/S0100-72032002001000008.
- Watanabe, Y., Tsuritani, M., Kataoka, T., Kanemura, K., Shiina, M., Ueda, H., & Hoshiai, H. (2009). Radical hysterectomy for invasive cervical cancer during pregnancy: a retrospective analysis of a single institution experience. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 30(1), 79-81. <https://europepmc.org/article/med/19317263>.
- Weisz, B., Schiff, E., & Lishner, M. (2001). Cancer in pregnancy: maternal and fetal implications. *Human Reproduction Update*, 7(4), 384-393. 10.1093/humupd/7.4.384.
- Zagouri, F., Dimitrakakis, C., Marinopoulos, S., Tsigginou, A., & Dimopoulos, M. A. (2016). Cancer in pregnancy: disentangling treatment modalities. *ESMO Open*, 1(3), e000016. 10.1136/esmoopen-2015-000016.