

## A abordagem terapêutica de câncer de colo de útero em gestantes: Uma revisão da literatura

The therapeutic approach of cervix câncer in pregnant womans: Literature review

El abordaje terapéutico del cáncer de cuello uterino en la gestante: Revisión de la literatura

Recebido: 10/05/2024 | Revisado: 21/05/2024 | Aceitado: 23/05/2024 | Publicado: 04/06/2024

### **Giulia Carvalho Siniscalchi**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6917-9706>

Faculdade de Medicina de Itajubá, Brasil

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

### **Letícia Lencione Penha**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8667-0628>

Faculdade de Medicina de Itajubá, Brasil

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

### **Julia dos Reis**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2938-5165>

Faculdade de Medicina de Itajubá, Brasil

E-mail: [julia.reis@fmit.edu.br](mailto:julia.reis@fmit.edu.br)

### **Resumo**

É delimitado como câncer na gestação, aquele que é detectado desde as primeiras semanas até 12 meses de puerpério, tendo como base as mudanças fisiológicas que ocorrem durante a gravidez, que estão relacionadas com alterações hormonais. A terapêutica ainda não definida com precisão para os casos de cânceres ginecológicos, gera incerteza na equipe médica e danos psicológicos na paciente, que vive a dualidade entre o temor do diagnóstico e a hesitação quanto à maternidade. Portanto, averiguar estratégias para conduzir adequadamente o tratamento dessas pacientes, garantirá uma melhora de prognóstico e bem estar materno e fetal. O objetivo do presente trabalho é listar e avaliar as alternativas terapêuticas que são indicadas para mulheres que sofrem de câncer cervical durante a gestação em seus variados períodos. Esse estudo é uma revisão sistemática de literatura, baseada nos estudos presentes nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed. Artigos de até 10 anos fizeram parte da verificação presente neste estudo (2013-2023). Serão usadas as palavras: gestação, câncer cervical, tratamento e prognóstico. Espera-se obter como resultado uma classificação das condutas, baseadas no melhor prognóstico da doença, evolução do feto e manutenção da gestação a fim de evitar complicações materno-fetais.

**Palavras-chave:** Gestação; Câncer cervical; Tratamento; Prognóstico; Aborto.

### **Abstract**

It is delimited as cancer during pregnancy, those detected from the first weeks to 12 months of the puerperium, based on the physiological changes that occur during pregnancy, which are related to hormonal changes. The therapy, which has not yet been precisely defined for cases of gynecological cancer, generates uncertainty in the medical team and psychological damage to the patient, who experiences the duality between fear of the diagnosis and hesitation about motherhood. Therefore, investigating strategies to adequately conduct the treatment of these patients will ensure an improvement in the prognosis and maternal and fetal well-being. The objective of the present work is to list and evaluate the therapeutic alternatives that are indicated for women who suffer from cervical cancer during pregnancy in its various periods. This study is a systematic literature review, based on studies found on the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and PubMed platforms. Articles up to 10 years old were part of the verification present in this study (2013-2023). The words will be used: pregnancy, cervical cancer, treatment and prognosis. It is expected to obtain as a result a classification of conducts, based on the best prognosis of the disease, development of the fetus and maintenance of the pregnancy in order to avoid maternal-fetal complications.

**Keywords:** Pregnancy; Cervical cancer; Treatment; Prognosis; Abortion.

### **Resumen**

Se delimita como câncer durante el embarazo, aquellos que se detectan desde las primeras semanas hasta los 12 meses del puerperio, con base en los cambios fisiológicos que se presentan durante el embarazo, los cuales se relacionan con los cambios hormonales. La terapia, que aún no ha sido definida con precisión para los casos de cáncer ginecológico, genera incertidumbre en el equipo médico y daño psicológico a la paciente, que vive la dualidad entre el miedo al diagnóstico y la duda sobre la maternidad. Por lo tanto, investigar estrategias para conducir adecuadamente el tratamiento de estos pacientes asegurará una mejora en el pronóstico y el bienestar materno y fetal. El objetivo del

presente trabalho é enumerar e avaliar as alternativas terapêuticas que estão indicadas para as mulheres que padecem câncer de colo uterino durante o embarazo em seus distintos períodos. Este estudo é uma revisão sistemática da literatura, baseada em estudos encontrados nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed. Artículos de até 10 años de antigüedad formaron parte de la verificación presente en este estudio (2013-2023). Se utilizarán las palabras: embarazo, cáncer de cuello uterino, tratamiento y pronóstico. Se espera obtener como resultado una clasificación de conductas, basada en el mejor pronóstico de la enfermedad, desarrollo del feto y mantenimiento del embarazo para evitar complicaciones materno-fetales.

**Palabras clave:** Embarazo; Cáncer de cuello uterino; Tratamiento; Pronóstico; Aborto.

## 1. Introdução

É delimitado como câncer na gestação, aquele que é detectado desde as primeiras semanas até 12 meses de puerpério (Albieri, Boice, Eibye, Kjaer & Mellekjaer, 2022). Neoplasias malignas diagnosticadas durante a gestação são um evento relativamente raro, afetando 1 a cada 1000 gestantes (Hepner, Negrini, Hase, Exman, Testa & Trinconi, 2019). As mudanças fisiológicas que ocorrem durante a gravidez podem estar relacionadas com o desenvolvimento do câncer, como o aumento hormonal que estimula células neoplásicas do adenocarcinoma mamário, que é o mais frequente nesse período, seguido pelo melanoma, câncer cervical, linfomas e leucemias C (Hepner, Negrini, Hase, Exman, Testa & Trinconi, 2019) (Cardonick, Henry, Huang & Sproule, 2012). Cânceres pulmonares e hematopoiéticos não só afetam o curso fisiológico da gestação, como também podem gerar metástases placentárias e fetais. Com isso, percebe-se que o câncer de colo de útero é o tipo ginecológico que mais acomete mulheres na fase gestacional (Beharee, Shi, Wu & Wang, 2019).

É evidente que, por conta da raridade do câncer de colo de útero durante a gestação, o processo de terapêutica ainda gera conflitos (Beharee, Shi, Wu & Wang, 2019). Principalmente pela possibilidade teratogênica da quimioterapia durante o primeiro trimestre e risco de prematuridade iatrogênica, ginecologistas e oncologistas entram em discussão sobre as condutas adequadas. Levando em conta o estágio de desenvolvimento do feto e estadiamento do câncer, prioriza-se o bem-estar da paciente com auxílio de equipe multidisciplinar, que deve contar com oncologistas ginecológicos, obstetras, neonatologistas, radiologistas e anestesiológicas, em colaboração com a equipe de psicólogos, psiquiatras e serviço social do hospital. É primordial o início imediato do tratamento com quimio-radioterapia, principalmente em casos avançados ou metastáticos, sendo a quimioterapia neoadjuvante uma alternativa para a continuidade da gestação, indicada apenas em alguns casos (Pessini, Carvalho, Reis, Silva Filho & Pereira Primo, 2023).

Observa-se que quando o diagnóstico de câncer não ginecológico é realizado em gestantes, o aborto não se mostra eficaz na melhora do prognóstico (Dotters Katz, McNeil, Limmer & Kuller, 2014). O cenário se modifica em casos oncológicos do aparelho reprodutor feminino, principalmente quando feito no primeiro trimestre, uma vez que a terapia radiológica não deve ser introduzida. É sabido que a exposição radiológica pélvica-abdominal gera impactos negativos como a teratogenicidade, resultantes principalmente de anormalidades placentárias, e taxas elevadas de disfunção uterina que podem acarretar o aborto. Quando não são encontrados danos fetais, o lactente pode apresentar baixo peso ao nascer, crescimento diminuído, alterações cognitivas e óbito (Dotters Katz, McNeil, Limmer & Kuller, 2014).

Muitas vezes a apresentação clínica da neoplasia cervical é confundida com sintomas e sinais fisiológicos da gestação e puerpério, o que pode atrasar a detecção do quadro, tornando o prognóstico mais complicado, por conta das alterações hormonais, a maior chance de falsos-negativos podem colaborar com a dificuldade de diagnóstico (Albieri, Boice, Eibye, Kjaer & Mellekjaer, 2022). Mulheres que vivenciam o parto com identificação cancerígena, estão mais expostas às complicações como: ventilação extracorpórea, parada cardiorespiratória, infecções generalizadas e insuficiência renal podendo evoluir para óbito materno. Indica-se que o parto seja realizado após 2 a 3 semanas da última sessão com tratamento quimioterápico, evitando complicações, já que a medula óssea materna e fetal podem estar comprometidas pelo tratamento (Ma, Monsell, Chandrasekaran, Gadi & Gmail, 2022).

A terapêutica ainda não definida com precisão para os casos de cânceres ginecológicos, como o de colo de útero, na gestação, gera incerteza na equipe médica e danos psicológicos na paciente, que vive a dualidade entre o temor do diagnóstico e a hesitação quanto à maternidade (Cardonick, Henry, Huang & Sproule, 2012). É de conhecimento médico que o sofrimento mental, comum no tratamento de neoplasias, durante a gestação, afeta o laço materno-infantil, o que pode gerar impacto no desenvolvimento da criança e da identidade maternal (Cardonick, Henry, Huang & Sproule, 2012). O objetivo do presente trabalho é listar e avaliar as alternativas terapêuticas que são indicadas para mulheres que sofrem de câncer cervical durante a gestação em seus variados períodos. Portanto, averiguar estratégias para conduzir adequadamente o tratamento dessas pacientes, garantirá uma melhora de prognóstico e bem estar materno e fetal, assim como alívio psicológico da mesma e seus familiares.

## 2. Metodologia

Esse estudo é baseado em revisão sistemática de literatura. A análise ocorreu em sete etapas, baseado em (Anima, 2014): 1) formulação da pergunta; 2) localização dos estudos; 3) avaliação crítica dos estudos; 4) coleta de dados; 5) análise e apresentação dos dados; 6) interpretação dos dados e 7) aprimoramento e atualização da revisão.

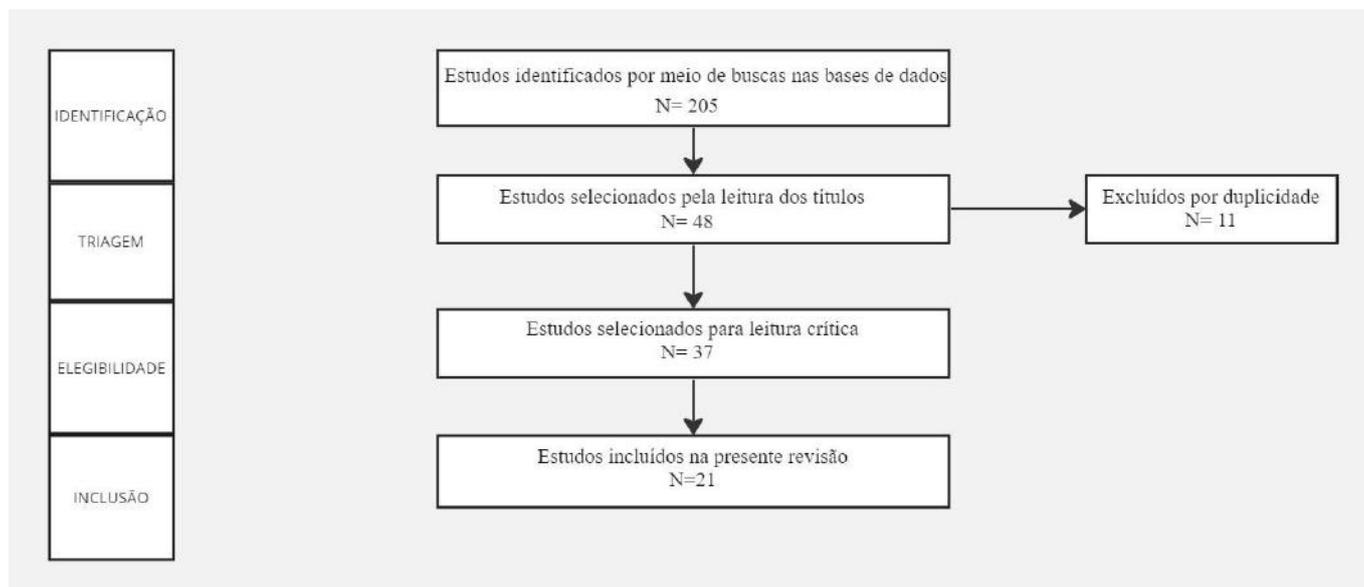
Inicialmente, a fim de buscar a questão da pesquisa, foi utilizada a estratégia PICO (Acrônimo para Patient, Intervention, Comparison e Outcome). Dessa maneira, a questão que norteou a pesquisa foi: "Quais os tratamentos indicados para mulheres que desenvolveram câncer de colo de útero durante uma gestação e quais as indicações acerca dos trimestres?". Nesse caso, observa-se o P: "Gestantes com câncer de colo de útero", I: "Tratamento", C: "Mulheres e recém nascidos que passaram a gestação sem presença de neoplasias de colo uterino", O: "Indicações para o início do tratamento e complicações associadas ao tratamento do câncer de colo de útero durante a gestação".

Baseada nos estudos presentes nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Revista Femina, Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia e entre outras que abordam casos médicos sul-americanos e estadunidenses, nos idiomas português, inglês e espanhol. Totalizando 37 artigos posteriormente, artigos duplicados foram excluídos da base de dados.

Realizada entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024, a busca teve como critérios de inclusão o tema pesquisado e disponibilidade de formato digital integralmente. Foram excluídos artigos que tratassem outras neoplasias que não as ginecológicas, e tivessem enfoque em outras complicações que não envolvessem a gestação e neonatos.

Na Figura 1 encontra-se esquematizada a metodologia empregada no presente estudo, de acordo com as etapas seguidas para contemplar o objetivo da revisão.

**Figura 1** - Fluxograma de seleção de artigos.



Fonte: Autoria própria.

### 3. Resultados e Discussão

De acordo com a bibliografia consultada, no Quadro 1 foram expostas informações que envolvem os principais artigos escolhidos para análise que baseiam o *corpus* da pesquisa. Observa-se o ano da publicação, autoria, título e principais achados que delineiam a conduta que deve ser tomada para o tratamento do câncer de colo de útero durante a gestação.

**Quadro 1** - Quadro de revisão de artigos.

Título	Autoria	Achados Principais
Preservação da fertilidade em pacientes com câncer ginecológico.	Pessini, et al.	Câncer de colo uterino demonstra ter altas taxas de incidência e de mortalidade, sendo que metade das mulheres diagnosticadas são indicadas para cirurgia conservadora.
Câncer do colo do útero na gravidez.	Boldrini, et al.	Anos atrás, o aborto e histerectomia radical eram as opções de escolha nos casos de câncer de colo de útero no primeiro e segundo trimestre de gestação. Na doença inicial, recomenda-se conduta expectante, com nova biópsia após o parto. Na doença avançada, deve-se então decidir entre quimioterapia neoadjuvante ou radioterapia associada a quimioterapia, podendo implicar ou não na interrupção da gestação.
Câncer durante a gestação: uma revisão oncológica	Hepner, et al.	Tratamento cirúrgico se mostra seguro, não mostrando anomalias fetais, com risco de aborto (1-2%) principalmente no primeiro trimestre e aumento de parto prematuro e RN de BP, é o procedimento com o menor risco e maior benefício de tratamento. A radioterapia deve ser postergada e indicada após o parto. A quimioterapia citotóxica tem moléculas que podem atravessar a barreira placentária, e a maioria de seus representantes se mostra teratogênica, mas quando feita, é indicada que seja interrompida 3 semanas antes do parto para evitar risco hematológico. Imunoterapia: Não é recomendada na gestação por alto risco de aborto.
Diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero em mulheres grávidas.	Beharee, et al.	Para as pacientes que mantêm a gravidez, o tratamento específico pode ser combinado com o estadiamento do câncer do colo do útero, tamanho do tumor, semanas gestacionais, desenvolvimento fetal e envolvimento dos linfonodos pélvicos. O efeito da quimioterapia no feto depende da dose de drogas transferidas para o feto por mulheres grávidas que recebem quimioterapia durante a gravidez.

Taxanos durante a gravidez no câncer do colo do útero. Uma revisão sistemática e análise agrupada.	Korakiti, et al.	Os taxanos, quando combinados com derivados de platina, podem ser administrados com segurança em pacientes com câncer do colo do útero durante o segundo e terceiro trimestres da gravidez, se necessário. O uso mais cedo de taxanos do que este estágio gestacional permanece duvidoso, pois há maior chance de aborto ou anomalias congênitas.
Cancer in pregnancy and the risk of adverse pregnancy and neonatal outcomes: a nationwide cohort study.	Greiber, et al.	Cancer gestacional aumenta o risco de aborto e parto prematuro, com neonatos que apresentam maior chance de mortalidade, baixo peso e dificuldades respiratórias.
Cancer during pregnancy: factors associated with termination of pregnancy and perinatal outcomes.	Barrois, et al.	A interrupção da gestação quando diagnosticado câncer materno está diretamente ligada com a idade gestacional, considerando-se um motivo que leva à escolher pelo aborto por 28% das pacientes que fazem o tratamento oncológico.
Cervical cancer in pregnancy: Analysis of the literature and innovative approaches.	Perrone, et al.	Apesar de raro, o manejo do câncer de colo de útero em pacientes grávidas não é diferente das não grávidas. As escolhas acerca do tratamento devem ser individualizadas e bem orientadas pela equipe.
Cervical cancer in pregnancy	Nocarová, et al.	Mais de 70% são diagnosticados em estágio inicial e por isso o tratamento pode ser postergado para o pós parto. A radioterapia na gravidez é contraindicada, portanto a quimioterapia neoadjuvante é o manejo principal desses casos.
Cervical cancer in pregnancy	Cintra, et al.	A triagem e o diagnóstico do câncer de colo de útero em gestantes devem ser realizados da mesma forma que em pacientes não grávidas, a citologia cervical é um dos exames de pré natal obrigatórios e a colposcopia com biópsia pode ser realizada a qualquer momento. A interrupção da gestação para tratamento é liberada por lei. Porém, se a escolha for de continuar a gestação a quimioterapia neoadjuvante é uma alternativa segura e permite que o feto se desenvolva corretamente. A possibilidade de malformação fetal devido a quimioterapia é semelhante ao da população geral, porém pode levar a restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e mielotoxicidade.
Cervical cancer in the pregnant population.	Nguyen, et al.	Uma equipe multidisciplinar deve estar abordando o caso, uma vez que o diagnóstico e tratamento são uma interação complexa afim de minimizar os riscos de toxicidade e riscos materno-fetais. Embora haja novas técnicas de imagem e terapias neoadjuvante, muitas delas ainda não descrevem a segurança e viabilidade para população grávida.
Gynecologic cancer in pregnancy.	Korenaga, et al.	O câncer cervical, quando diagnosticado durante a gestação, deve seguir o tratamento indicado pela federação internacional de ginecologia e obstetrícia, assim como quando diagnosticado em pacientes não grávidas. O uso de terapia com laser se mostra mais seguro e apresenta boa performance em estágios iniciais (IA-IB1), assim como a histerectomia total se mostra um procedimento possível, desde que seja indicada uma cesariana para resolução da gestação depois do procedimento.
Cancer in pregnancy: overview and epidemiology.	Javitt, et al.	Câncer durante a gestação pode ocorrer em 1:1000 gestações, evento que vem sendo mais frequente de acordo com o desejo de postergar a maternidade. O diagnóstico se torna cada vez mais complicado, uma vez que as manifestações clínicas podem se confundir com os sintomas comuns da gestação.
Tratamento do câncer de colo do útero em gestantes.	Lélis, et al.	Além dos aspectos éticos e legais, o desejo da paciente deve ser levado como prioridade na escolha de tratamento, caso venha a prejudicar a mulher ou o feto. Além das aflições gestacionais comuns, a decisão de tratamento durante os trimestres e primeiros meses de vida do lactente interferem no tratamento psicológico que essa paciente deve ser submetida, sendo necessária uma equipe multidisciplinar para acompanhar o caso.
Diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino durante a gestação	Gonçalves, et al.	Carcinoma invasivo (estágio IA2, IB e IIA) não demonstram aceleração da história natural devido à gestação, indica-se aguardar a maturidade pulmonar do feto para iniciar tratamento, mas quando o câncer é diagnosticado antes das 20 semanas, é recomendada a histerectomia radical com o feto <i>in situ</i> .

Fonte: Autoria própria.

Realizando uma análise minuciosa do quadro, podemos identificar duas principais brechas de literatura acerca do andamento do tratamento do câncer de colo de útero durante a gestação: a necessidade de interrupção da gestação e indicação do início do tratamento.

No que se refere à interrupção, discutia-se muito quanto ao prognóstico prejudicado em casos que se mantêm a gestação, levando as pacientes a realizarem o abortamento ou a histerectomia radical (Boldrini, Rossi, Sassine, Borges Filho, Frizzera; 2019), informação que não era baseada em evidências e caiu em desuso, evidenciando a atual possibilidade de gestar e tratar (Beharee, Shi, Wu, Wang; 2019). Indica-se, em estágios iniciais e *in situ* do câncer, a conduta expectante, a fim de manter a gravidez e bem estar materno e do feto e o rastreamento (realizado por meio de nova biópsia no pós parto) para que se possa estadiar o quadro, a fim de gerar intervenções apenas em casos de necessidade (Boldrini, Rossi, Sassine, Borges Filho, Frizzera; 2019).

Em adjacência, discute-se a conduta mais indicada para casos da doença avançada envolvendo a quimioterapia neoadjuvante e histerectomia (Hepner, Negrini, Hase, Exman, Testa, Trinconi; 2019), o que gera embate de acordo com os riscos e benefícios do tratamento, tanto materno quanto fetal (Greiber, Viuff, Mellemkjaer, Hjortshøj, Lidegaard, Storgaard, Karlsen; 2022). Nos casos em que a radioterapia é feita em concomitância à quimioterapia, a interrupção gestacional pode ser uma realidade (Barrois, Anselem, Pierga, Goldwasser, Bouscary, Alessandrini, Goffinet, Tsatsaris; 2021).

A quimioterapia citotóxica possui moléculas que, ao atravessarem a barreira placentária, apresentam efeitos teratogênicos que podem entrar em embate acerca da necessidade da interrupção da gestação, porém a mesma não implica no prognóstico. Uma vez realizada, deve ser interrompida ao menos 3 semanas antes do parto devido ao alto risco hematológico e continuada após o mesmo (Korakiti, Zagouri, Zakopoulou; 2019).

De acordo com Korakiti, quando a quimioterapia é realizada por meio de taxanos combinados com derivados de platina, existe segurança comprovada no segundo e terceiro trimestre de gestação, seguindo a lógica dos efeitos teratogênicos em estágios iniciais (Korakiti, Zagouri, Zakopoulou; 2019).

A interrupção da gestação para o tratamento é liberada judicialmente, por indicar risco materno e gerar neonatos com alta chance de mortalidade, baixo peso ao nascer, prematuridade e complicações respiratórias. Atendendo à tal informação, 28% das gestantes recorrem à realização de aborto até 22 semanas a fim de focar no tratamento oncológico (Barrois, Anselem, Pierga, Goldwasser, Bouscary, Alessandrini, Goffinet, Tsatsaris; 2021). Pacientes que escolhem manter a gestação, são indicadas a seguir o tratamento associado ao estadiamento oncológico, acompanhamento das dimensões tumorais, semanas gestacionais, desenvolvimento fetal e acometimento de linfonodos pélvicos (Cintra, Derchain, Bicalho, Filho, Primo; 2023).

Seguindo as necessidades biológicas que englobam a psicologia, bem-estar e fisiopatologia da doença é indicado acompanhamento multidisciplinar da gestante (Frigato, Hoga, 2003), que envolvem oncologista ginecológico, obstetra, neonatologista, cardiologista e anestesiológico em colaboração com psicólogos, psiquiatras e serviço social (Nguyen, Nougaret, Castillo, Paspulati, Bhosale; 2023). Ainda que existam novas técnicas de imagem e terapias adjuvantes, a maioria não descreve seus efeitos para a população grávida (Lélis, Dusso, Souza, Bernardes; 2019).

Sabe-se que a triagem, diagnóstico e o estadiamento de lesões uterinas deve seguir o protocolo normalmente, assim como em mulheres não grávidas (Cintra, Derchain, Bicalho, Filho, Primo; 2023), porém o tratamento do câncer de colo de útero diverge opiniões médicas de acordo com o momento que deve ser iniciado. Apresentado por Gonçalves, em lesões de baixo grau a conduta expectante seria a mais indicada durante a gestação, já que 48 a 62% das respectivas regridem e 29 a 38% permanecem estáveis durante o período gestacional. Em compensação, lesões de alto grau apresentam prognóstico desfavorável, alterando o andamento da conduta (Gonçalves, Duarte, Costa, Marcolin, Bianchi, Dias, Limas, 2009).

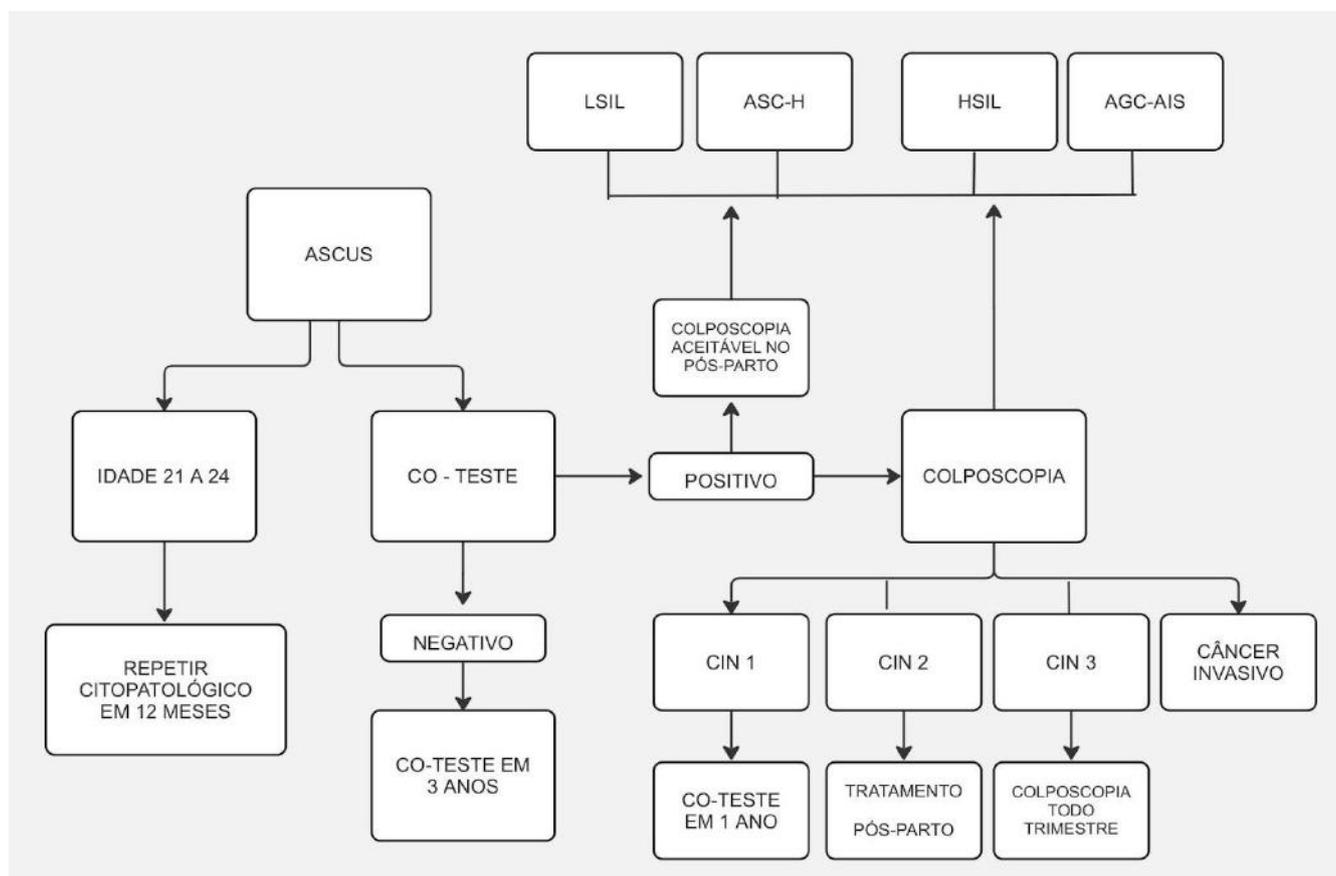
A regressão da lesão de alto grau durante a gestação apresenta uma taxa mínima de 27%, porém pacientes reavaliadas no puerpério permanecem sem evolução do caso. Direcionando-se através de tais porcentagens, a espera evita risco fetal, parto

premature e outras complicações gestacionais em casos de carcinoma de colo de útero *in situ* (Gonçalves, Duarte, Costa, Marcolin, Bianchi, Dias, Limas, 2009).

Ainda de acordo com Gonçalves, quando o caso apresenta carcinoma invasivo em estágios IA2, IB e IIA, pacientes em estágios iniciais podem esperar a maturação fetal antes do início do tratamento, se for inviável, aguardar 20 semanas do período gestacional (Gonçalves, Duarte, Costa, Marcolin, Bianchi, Dias, Limas, 2009). Quando antes do fim do primeiro trimestre, o tratamento de escolha se dirige à histerectomia radical com feto *in situ*, que causaria o aborto espontâneo na maioria dos casos, mas é o método com melhor prognóstico futuro para a gestante, em relação à taxa de reicidiva e progressão do carcinoma (Gonçalves, Duarte, Costa, Marcolin, Bianchi, Dias, Limas, 2009) (da Cunha, Pinheiro, de Sales Corrêa, 2019).

Ao realizar o exame citopatológico com alterações, para Korenaga o tratamento deveria ser seguido após o fim da gestação, em casos de lesões *in situ*, obedecendo as recomendações de acordo com a Figura 2 (Korenaga, Tewari, 2020).

**Figura 2** - conduta adequada de acordo com diagnóstico citopatológico.



Fonte: Korenaga, et al. (2020).

Por fim, em doença invasiva, Korenaga defende o uso do protocolo da FIGO de tratamento de câncer de colo de útero invasivo em mulheres não-grávidas. Seguindo tal indicação, pacientes no estágio IA1 podem continuar a gestação até as 42 semanas sem nenhum risco, enquanto pacientes a partir de IA2 ou IB1, deve-se considerar tratamento após maturação pulmonar fetal e indicação de parto cesariana (Korenaga, Tewari, 2020).

#### 4. Considerações Finais

Elucida-se, portanto, diante do exposto, que o câncer de colo de útero é uma doença que acomete poucas mulheres gestantes, mas representa grande temor em pacientes e equipes que acompanham. O diagnóstico sintomatológico representa grande dificuldade, sendo embaralhado com manifestações comuns da gestação, o que gera surpresa e grande impacto psicológico na gestante. O tratamento se apresenta em dúvida de seguimento médico, principalmente de acordo com o período gestacional apresentado, mas os estudos apontaram que adotar o aborto não muda o prognóstico do caso ou a conduta, que se baseia em, quando neoplasia não invasiva, expectante; e quando invasivo, histerectomia radical após o parto.

Esse trabalho discute também acerca da necessidade de terapia neoadjuvante. A quimioterapia deve ser indicada após o primeiro trimestre, seguindo com resolução da gestação 15 dias após a última sessão e limitação quanto ao aleitamento materno. A radioterapia, por outro lado, deve ser evitada ao máximo, principalmente no primeiro trimestre que conta com o desenvolvimento do feto.

Adiante, a fim de diminuir o embate em relação à terapia necessária, sabe-se que o tratamento deve seguir o protocolo de acordo com mulheres não grávidas realizando adaptações garantindo o bem estar físico e mental da paciente e do feto, evitando ao máximo complicações que representem risco à vida de ambos, com o intuito de oferecer cuidado integral e humanizado.

#### Referências

- Albieri V., Boice J. D., Eibye S., Kjaer S. K., & Møller L. (2022). Pregnancy-associated cancer and the risk of second primary cancer. *Cancer causes control*, 33(1):63-71. <https://doi.org/10.1007/s10552-021-01500-7>.
- Barrois, M., Anselm, O., Pierga, J. Y., Goldwasser, F., Bouscary, D., Alessandrini, V., ... & Tsatsaris, V. (2021). Cancer during pregnancy: Factors associated with termination of pregnancy and perinatal outcomes. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 261, 110-115.
- Beharee, N., Shi, Z., Wu, D., & Wang, J. (2019). Diagnosis and treatment of cervical cancer in pregnant women. *Cancer medicine*, 8(12), 5425-5430.
- Boldrini, N. A. T., Rossi, K. K. C., Sassine, T. D. O. T., Borges Filho, H. Z., & Frizzera, H. C. (2019). Câncer do colo do útero na gravidez. *Femina*, 47(1), 55-60.
- Cintra, G. F., Derchain, S. F. M., Bicalho, D. S., Silva Filho, A. L. D., & Primo, W. Q. S. P. (2023). Cervical cancer in pregnancy. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 45, 293-296.
- Cunha, F. F., Pinheiro, M. D. C. N., & de Sales Corrêa, A. R. (2019). Estadiamento do câncer de colo uterino em um hospital de referência. *Enfermagem Brasil*, 18(3), 373-381.
- Dotters-Katz, S., McNeil, M., Limmer, J., & Kuller, J. (2014). Cancer and pregnancy: the clinician's perspective. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 69(5), 277-286.
- Frigato, S., & Hoga, L. A. K. (2003). Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49(4), 209-214.
- Gonçalves, C. V., Duarte, G., Costa, J. S. D. D., Marcolin, A. C., Bianchi, M. S., & Dias, D. (2009). Diagnosis and treatment of cervical cancer during pregnancy. *Sao Paulo Medical Journal*, 127, 359-365.
- Greiber, I. K., Viuff, J. H., Møller, L., Hjortshøj, C. S., Lidegaard, Ø., Storgaard, L., & Karlsen, M. A. (2022). Cancer in pregnancy and the risk of adverse pregnancy and neonatal outcomes: A nationwide cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(9), 1492-1502.
- Hepner A., Negrini D., Hase E.A., Exman P., Testa L., & Trinconi A.F. (2019). Câncer durante a gestação: uma revisão oncológica. *World J Oncol*. 10(1):28-34. <https://doi.org/10.14740/wjon1177>
- Henry, M., Huang, L. N., Sproule, B. J., & Cardonick, E. H. (2012). The psychological impact of a cancer diagnosed during pregnancy: determinants of long-term distress. *Psycho-Oncology*, 21(4), 444-450.
- Javitt, M. C. (2023). Cancer in pregnancy: overview and epidemiology. *Abdominal Radiology*, 48(5), 1559-1563.
- Korenaga, T. R. K., & Tewari, K. S. (2020). Gynecologic cancer in pregnancy. *Gynecologic oncology*, 157(3), 799-809.
- Lélis, B. D. B., de Sousa Dusso, M. I., de Souza, F. L. P., & Bernardes, N. B. (2019). Tratamento do Câncer de Colo do Útero em Gestantes. ID on line. *Revista de psicologia*, 13(45), 433-438.
- Ma, K. K., Monsell, S. E., Chandrasekaran, S., Gadi, V. K., & Gammill, H. S. (2022). Cancer and pregnancy: national trends. *American Journal of Perinatology*, 39(02), 144-153.

Nguyen, T., Nougaret, S., Castillo, P., Paspulati, R., & Bhosale, P. (2023). Cervical cancer in the pregnant population. *Abdominal Radiology*, 48(5), 1679-1693.

Nocarová, L., & Ondruš, D. (2020). Cervical cancer in pregnancy. *Klinicka Onkologie: Casopis Ceske a Slovenske Onkologicke Spolecnosti*, 33(4), 268-273.

Perrone, A. M., Bovicelli, A., D'Andrilli, G., Borghese, G., Giordano, A., & De Iaco, P. (2019). Cervical cancer in pregnancy: Analysis of the literature and innovative approaches. *Journal of Cellular Physiology*, 234(9), 14975-14990.

Pessini, S. A., Carvalho, J. P., Reis, R. D., Silva Filho, A. L. D., & Pereira Primo, W. Q. S. (2023). Preservação da fertilidade em pacientes com câncer ginecológico. *Femina*, 154-160.

Zagouri, F., Korakiti, A. M., Zakopoulou, R., Kyriazoglou, A., Zografos, E., Haidopoulos, D., ... & Dimopoulos, M. A. (2019). Taxanes during pregnancy in cervical cancer: A systematic review and pooled analysis. *Cancer Treatment Reviews*, 79, 101885.