

CATEDRA DE CLÍNICA GINECOLÓGICA
SERVIÇO DO PROFESSOR MARTIM GOMES

TERAPÊUTICA DO CARCINOMA CERVICAL

Estudo Geral e Orientação Pessoal (1)

FRADIQUE CORRÊA GOMES (2)

A cirurgia foi a única solução para o câncer da cervice até o advento da terapêutica por irradiação. Quando Wertheim estabeleceu definidamente os princípios de sua técnica cirúrgica, baseada nas idéias de Ries, Clark e Rumpf, passando a empregá-la amplamente, a cirurgia firmou-se como método valioso neste campo. Porém, eram tão promissores os resultados da fisioterapia, que, depois, aquele grande cirurgião julgou dever render-se à nova modalidade de tratamento, assim o fazendo em palavras repassadas de tristeza. O tempo mostrou que a nova arma não trouxera solução tão absoluta como parecêra. Os progressos evolutivos dividiram-se entre os dois métodos, conquistando novos adeptos, conservando-os ou perdendo-os, conforme os resultados observados. Esta luta pela supremacia mantem-se, de certo modo, até hoje, e, em que pese os grandes avanços nem tudo foi desvendado.

E' mistér que se diga condicionar-se a eficácia terapêutica mais à precocidade do ataque do que à arma usada. Os procedimentos são igualmente eficazes, desde que corretamente aplicados nas primeiras fases da doença. Ambos têm vantagens e inconvenientes, e só o juízo clínico em cada caso particular permite estabelecer-se a preferência ou a utilidade da conjugação.

Atualmente há uma tendência favorável a irradiação, mas diversas escolas processam estudos que alicerçam definitivamente a indicação cirúrgica em situações bem determinadas. O de que se não pode duvidar é da vantagem da associação dos métodos, refletindo o conceito clássico de conjugação e não de opposição entre cirurgia e irradiação, e, também, da superioridade da cirurgia nos

-
- (1) Apresentado no Departamento de Cirurgia da AMRIGS, sessão de .. 23-7-1953.
 - (2) Docente Livre e Assistente da Cadeira de Clínica Ginecológica. F.I.C.S.

casos de carcinoma grão zero, pela possibilidade maior ou menor de conservar funções.

Por um tempo, os resultados de Wertheim e de Schauta foram considerados conclusivos. Ultimamente coube revê-los, em vista das possibilidades de melhora. A mortalidade operatória no câncer primário pôde ser reduzida graças a: anestesiologia; plasma e sangue pré, trans e pós operatório; profilaxia e tratamento da trombose e da peritonite. Esta redução foi incisiva: de 10 a 20%, para zero a 2,2%. Mesmo as fistulas ureterais são, em muitas clínicas, excepcionais.

Multiplos progressos fez também a fisioterapia, chegando a um aperfeiçoamento que, no dizer de muitos, em muito pouco poderá ser ultrapassado, do ponto de vista clínico. O câncer da cervice foi o primeiro dos neoplasmas internos tratado com sucesso pelo rádio. Por sua localização anatomica favorável, os resultados foram mais prontos e fáceis do que em tumores da mesma natureza histológica de outras localizações. Si a radioterapia foi usada por longo tempo com bons resultados e sem certos acidentes, deve-se à formação fibromuscular espessa da vagina e principalmente do útero, que é radio-resistente. O uso da roentgenterapia profunda na pélve foi incrementado pela utilização dos múltiplos campos cutâneos permitindo a concentração das doses. A combinação da radioterapia local para a cervice e tecidos paracervicaes, com a irradiação externa penetrante pelos raios de Roentgen ou com o teleradium, foi mais um passo no desenvolvimento da fisioterapia. Esta conjugação constituiu um procedimento que passou a ser aplicado à maioria dos carcinomas cervicaes tratados, sem considerar o estadio clínico da doença, trazendo-lhe o reconhecimento de contribuição importante à terapêutica. Em nenhuma outra forma de câncer pôde ela tão rapidamente ganhar campo à cirurgia. Mas, também se definiram os perigos para os tecidos e para a vida, estabelecendo as limitações à fisioterapia.

As várias formas do câncer cervical evolutivo e as complicações decorrentes, requerem uma adaptação da terapêutica. De modo geral, visa-se o foco primário cervical e sua possível extensão ao útero ou outra estrutura pélvica, com uma dose capaz de destruir a neoplasia respeitando os tecidos pélvicos mais vulneráveis e importantes. Eis que a falência ovariana não pôde ser evitada; contudo é pequeno mal, comparado à gangrena do intestino e às fístulas véscico ou réto-vaginaes.

Cervice e corpo uterino suportam com segurança uma dose cerca de dez vezes superior à dose limite para o intestino. A radiosensibilidade do carcinoma cervical deve então ser avaliada em relação à radio-vulnerabilidade dos tecidos normaes que serão irradiados. Isto exemplifica a discrepância entre o sentido de *radio-sensível* como oposto a *radio-curável*, quando aplicados ao câncer. O carcinoma limitado à cervice que é radio-resistente, tem radiosensibilidade suficiente para ser radio-curável. A mesma variedade histo-

lógica de câncer, alojada na pélve e adjacente ao intestino ou à bexiga, não pode ser radio-curável em vista das limitações de dose impostas pela radio-vulnerabilidade destes importantes órgãos. Tais limites impõem restrições à irradiação dos paramétrios, donde a maioria das falhas deste processo no câncer confinado à pélve. Portanto, não se pode aplicar dose uniforme a tôdas as estruturas pélvicas. O objetivo será, então, utilizar favoravelmente a invulnerabilidade da cervice, tecidos para-cervicais, utero e canal vaginal, aplicando aqui as mais altas doses compatíveis com a radio-resistência destes elementos, e irradiar o paramétrio e remanecentes pélvicos com a dose determinada pela radio-sensibilidade dos órgãos mais vulneráveis e importantes da região. Para diminuir o malefício a estas estruturas joga-se com o tempo para as aplicações.

Conclúe-se que a irradiação intracavitária merece grande confiança. A irradiação externa suplementa a dose no paramétrio e outras estruturas além do raio de ação efetiva da anterior. A roentgenterapia transvaginal constitúe irradiação intracavitária por outra técnica. As irradiações intracavitária e externa não se devem considerar como ações inteiramente diferentes, mas, antes, como duas fases de um tratamento.

Substâncias radio-ativas preparadas na pilha atomica podem ser usadas para terapêutica intravaginal ou teleterapia. As propriedades do radio-cobalto, ou cobalto-60, credenciam-no como o primeiro dos substitutos do radio, em futuro próximo. Outra esperança constitúe a administração dos isotopos.

—————)o(—————

O tratamento cirurgico visa a ectomia do órgão doente e a extirpação de grande parte da vagina, o máximo de tecido parametrial e paracervical, os elementos linfáticos regionaes e anexos úterinos — para os casos de tumor invasivo sem extensão a outras vias. Procedimentos menos extensos são usados para os casos não-invasivos, e processos grandemente mutilantes, em casos especiaes de extensão regional.

Para os casos médios as técnicas de Schauta (vaginal) e Wertheim (abdominal), disputaram até há pouco a preferência. A via vaginal com a vantagem de menor traumatismo, menor mortalidade operatória, é de eleição nas obesas, enfisematósas e cardíacas. A via abdominal permitindo um campo operatório mais amplo, dissecação mais correta dos uretères, de eleição quando coexistem outros processos pélvicos, favorece a extirpação dos linfáticos.

Tentando melhorar os resultados cirurgicos procurou-se tornar menos séptico, o campo, pois estes tumores estão praticamente sempre infectados. A curetagem da lesão foi abandonada pelas hemorragias causadas e por abrir vias à infecção, além do traumatismo, que também ocorre na cauterisação por termo ou elétrico-cautério, aqui decorrente da temperatura desenvolvida nos tecidos visinhos do

tumor. O melhor procedimento pré-operatório é a radioterapia intracavitária, com as seguintes vantagens: (1) cessação do fluxo e florecimento do estado geral, (2) esterelização do tumor por epitelição das lesões; (3) diminuição da massa tumoral, especialmente apreciável nos casos de grande vegetação ou hipertrofia do cólo; (4) modificação favorável do infiltrado inflamatório parametrial com mobilização mais ampla do útero.

No pós operatório a roentgenterapia está indicada.

Outras contribuições cirurgicas à irradiação podem ser utilizadas: hemotransfusão pré e pós-fisioterapia, anestesia para aplicar o radio e posteriormente na avaliação do estado local, e a dia-termo-cirurgia.

Os progressos constantes dos métodos de tratamento não podem, ao que parece, resultar em imediata e marcada melhora na sobrevida, além do que foi obtido com os aperfeiçoamentos atuais. Por agora, estamos voltados para a terapeutica no início da doença, única maneira de melhorar fundamentalmente as estatísticas. A cirurgia abrange pacientes selecionados, mais radical para uns casos, mais restrita para outros — chegando à solução ideal em casos de grão zero, de extirpar a lesão deixando integras tôdas as funções, inclusive a maternidade, em vista dos conceitos de carcinoma não invasivo. A irradiação, de âmbito mais geral, vem obtendo menor dano dos tecidos normais, e mínimas sequelas.

A fisioterapia atúa sôbre as células tumorales e sôbre o leito do tumor. As células cancerosas mostram entumescimento do citoplasma e diversas modificações nucleares que podem determinar-lhes a morte. E' constante acentuada reação fibroblastica e obliteração dos vasos sanguíneos, resultando um leito tumoral denso e avascular. Estas modificações são mais prontas nas lesões exofiticas que nas infiltrantes. Não é raro encontrar nas lesões crateriformes um grão de regressão considerado notável em vista da extensa infecção, pois esta afeta negativamente a resposta à irradiação, por maior radio-resistência e maior risco terapeutico devido a abaixamento do limiar da necrose. Determinada dose segura para uma lesão limpa, produz extensa necrose e ulceração persistente em tumor seriamente infectado. Nestas condições ocorre destruição dos tecidos normaes do leito tumoral, podendo resultar ilimitado crescimento da lesão pela remoção do mecanismo inibidor normal.

O tratamento visa erradicar o câncer preservando a integridade dos tecidos normaes. O volume tissural em questão é representado pela lesão primária e pelas zonas de malignidade reconhecida ou

potencial. A quantidade de tecido que pôde ser irradiado, é, contudo, consideravelmente maior. As estruturas normaes a considerar incluem a pele, tecido subcutâneo, bexiga, intestinos, etc., e também os componentes do leito tumoral. Certas opiniões referentes à ação estimulante da irradiação sôbre o câncer em alguns casos, não encontram evidência experimental. A ação é sempre de trauma e depressão. Investigações em casos de aparente incremento do tumor pela fisioterapia têm revelado destruição do leito tumoral com a consequente anulação do mecanismo inibidor normal do organismo.

As aplicações de rádio e raios de Roentgen não devem ser consideradas separadamente na clínica: o emprego conjugado permite a ação entrosada dos efeitos de ambos, e a utilização da dosagem adequada nos diversos pontos afetados. O início do tratamento pela roentgenterapia é um método prático de reduzir a infecção, sempre presente, embora em gráo variável. Além disso, a regressão volumétrica da lesão primária favorece a técnica da posterior aplicação intracavitária. Ultimamente tende-se a combinar os dois métodos em uma série de sessões ininterruptas visando incrementar o efeito biológico das respectivas reações.

As complicações da irradiação podem ser: gastro-intestinaes, urinárias e genitae; discretas, moderadas ou graves. Em gráo variável apresentam-se sempre nos casos avançados. Podem ser imediatas e tardias. As primeiras, aparecem durante o tratamento ou nas semanas seguintes:

1. infecção — pode ser reativada pelas manobras para aplicação do rádio, devendo-se, em taes casos, iniciar o tratamento pela irradiação externa. Limitando-se a infecção à cervice, é de grande utilidade a roentgenterapia transvaginal. Nos casos de inflamação leve a irradiação externa frequentemente resolve a moléstia inflamatória, possibilitando a aplicação intracavitária. Os abscessos tubo-ovarianos serão previamente operados, visando evitar contingências que podem determinar a suspensão do plano terapeutico. São importantes os recursos aos antibioticos e sulfonamidas, além das medidas geraes inclusive o combate à anemia e a drenagem genital.

2. reação vesical — de pequena intensidade, vindo alguns dias após a aplicação de rádio, não afeta seriamente a conduta terapeutica.

3. proctite de radiação — é um sério obstáculo ao prosseguimento da terapeutica. Leve gráo de irritação é inevitável, acompanhado de hipermotilidade intestinal em certos casos.

4. reação cutânea — depende da dose, frequência e qualidade da irradiação. A pele torna-se bronzcada e seca, para descamar depois, voltando ao normal em uma ou duas semanas. Não será complicação séria, a não ser que se trate de paciente hipersensível.

5. epitelite de radiação — aparecendo na cervice e abóboda vaginal após aplicação intracavitária, em geral não chega a interferir com o tratamento. Quando a cervice não foi destruída pela doença, a cura da reação deixa-a com contorno de aspeto normal. Si houve

destruição, a cicatrização deixa deformidades podendo determinar a obliteração da abóboda vaginal por um período de muitos mezes. Si as doses de rádio foram altas, ou si as doses externas somaram-se consideravelmente à dose cervical ao longo do tubo vaginal, a cura da reação pode conduzir à estenóse, a menos que a dilatação vaginal previna-a. E' notória a importância destes fatos na paciente em idade sexual.

6. mal de radiação — náuseas e vomitos originam-se da fisioterapia externa sem chegar a impedir o plano terapeutico. Após a aplicação de rádio intra-uterino, podem derivar taes fenomenos da dilatação cervical, de tamponamento vaginal muito cerrado ou da anestesia.

Entre as complicações tardias, temos:

1. reação da mucosa retal — aparecendo mezes ou anos após o tratamento, em casos que fizeram a reação imediata dêste tipo. Tenesmo, dôr, sangue e muco excessivo provêm de uma zona de ulceração superficial na parede anterior do reto, quando foi o rádio o agente mais ofensivo. Havendo hiperemia difusa e induração circundando a lesão, é viável a confusão com carcinoma do reto. Nas reações mais difusas, atribuíveis à roentgenterapia, uma grande porção da mucosa mostra a alteração circulatória, infecção secundária e ulceração.

2. fibrose tardia ou gangrena do intestino — resultam de excessiva dose por irradiação externa, ou, raramente, do rádio intracavitario em útero retrovertido. A morte sobrevém por complicações em muitos casos (5 dos 8 casos de Cantrill), a menos que a colostomia possa salvar a situação (3 dos 8 casos de Cantrill).

3. reação vesical tardia — pode surgir anos depois do tratamento, com sintomas de cistite. A cura obtém-se por meios conservadores em poucos mezes. Contraindicam-se em caso de ulcerações da bexiga, como do reto, as tomadas de biópsia. Em certos casos pode estabelecer-se uma fistula.

4. fibrose tardia da pélve — é o resultado mais comum da aplicação externa quando atingido o mais alto nível de tolerância, como ocorre nos casos avançados. Resta induração elástica do paramétrio associada, às vezes, a fibrose e constrição retal. Pode haver dores pélvicas vagas ou dôr e edema dos membros inferiores. Só a longa observação pode julgar a ocorrência do câncer pélvico residual.

5. fistulas réto-vaginaes ou vésico-vaginaes — devem ser raras na ausência de câncer residual, desde que o tratamento seja correto.

6. osteite tardia — com possível fratura do colo do femur ou ossos da pélve, surge em consequência de sobredoses alcançando o colo femural devido a campos demasiado grandes, e, mais particularmente à inclusão de campos lateraes.

A mortalidade pela irradiação será baixa se a indicação e a técnica forem apropriadas. As perdas de 2% durante ou logo após

o tratamento, devem-se maiormente à infecção, e serão ainda mais baixas com os atuais meios anti-infecciosos.

Os resultados da terapeutica por irradiação assemelham-se nos diversos Institutos, a despeito das multiplas técnicas utilizadas. A comparação entre as aplicações de rádio isolado e combinado com roentgenerapia, revela vantagens para o método combinado nos casos evolutivos. De modo geral, as estatísticas mostram que o manejo judicioso e a experiência crescente permitem controlar o câncer cervical pela irradiação relativamente ao estágio da doença, com as técnicas que, em mãos especializadas, mais se adaptem ao caso.

O fracasso da fisioterapia deve-se usualmente à insuficiente irradiação de tôdas as regiões potencialmente malignas. É óbvio que as complicações obrigando a interromper as sessões são causa disto, também. Por outro lado, a infecção secundária pode alterar as condições de sensibilidade, e os defeitos de técnica ou os desvios dos aplicadores podem permitir recidivas locais. Para os parâmetros, a irradiação externa imperfeita é a causa dos máos resultados apesar de correta aplicação intracavitária. A compressão ou invasão dos ureteres com a anemia decorrente, em geral é prejudicial, contando-se ocasiões em que as aplicações restabelecem a cabal função ureteral. As metastases em porções superiores do abdomen, fóra do raio de ação da fisioterapia podem manifestar-se após proveitoso tratamento das lesões pélvicas.

Ao comparar os resultados do tratamento cirurgico com o radio-terapico, deve-se ter em conta que, operando um caso de carcinoma cervical classificado no período I, e verificando que o tumor é mais extenso do que se julgava, ou que há metastases ganglionares, o caso será re-classificado. O mesmo caso, tratado pelo radio-terapeuta, permanecerá na primitiva classificação nas estatísticas de resultado final.

Um fator da máxima importância na seleção do tratamento será a capacidade técnica de aplicá-lo. A remoção do tumor original, quando pode ser adequadamente executada é atraente. A remoção dos linfáticos regionaes é fundamental. Muitos duvidam que o câncer seja destruido nos gânglios pelos métodos comuns de irradiação, e, por outro lado, muitas pacientes cujo sistema linfático atacado foi removido cirurgicamente tiveram sobrevida de cinco anos após a operação. Morton relata que os seus casos cirurgicos sobreviveram mais do que um grupo similar tratado pela irradiação.

A primeira fase de desenvolvimento do câncer da cervice corresponde a uma proliferação epitelial confinada às superfícies, mos-

trando em maior ou menor gráo os caracteres citológicos do carcinoma.

Rubin, que em primeiro lugar apresentou este assunto, em 1910 deu-lhe o nome de câncer nacente. Diversas outras designações surgiram: alterações carcinomatoides não invasivas, epitélio atípico exacerbado, câncer intraepitelial, epitelioma não invasivo, câncer incipiente carcinoma precóce, câncer potencial. E, mais: para Ayre é o câncer pré-clínico, para Schiller o pré-invasivo, para Broders o carcinoma *in situ*.

Esta lesão é constituída por modificações do epitélio mostrando tôdas as alterações conhecidas no câncer invasivo (anisocitose, anisocariose, mitóses frequentes, mitóses atípicas em tôdas as camadas do epitélio), porém sem penetração no córion, isto é, sem invasão, pelo que se distingue do carcinoma invasivo. O início da invasão marca a segunda fase evolutiva do câncer, e, neste momento estamos em face do micro-carcinoma, que é um verdadeiro câncer invasivo, mas de extensão tão insignificante que não aparece a olho desarmado. A este, cabe melhor, a meu ver, a designação de precóce: já é câncer invasivo, porém muito recente.

As designações acima citadas para o câncer pré-invasivo, são vantajosamente substituídas pelo termo **CANCER ZERO**, já incorporado à Classificação Internacional do câncer da cervice por decisão do Comité da Liga das Nações, com a felicidade de exprimir simultaneamente o gráo histológico, o estágio anátomo-clínico e a base para o prognóstico do caso.

A observação de câncer invasivo em casos cuja primeira biópsia dera o diagnóstico de câncer zero, personaliza hoje em casos bem documentados a prova inequívoca da evolução do não-invasivo para o invasivo. Taes comprovações vêm sendo documentadas por Pemberton e Smith, Schiller, Schmitz e Benjamin, Stevenson e Scipiadès, Younge, Knight, Rubin, Taylor e Guyer, Goldberger, Pund, Galvin e Te Linde, Wespi, Payne, etc. O tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer zero e a constatação do câncer invasivo nos casos sob contróle, é variável: de seis mezes a trinta e sete anos segundo os documentos de Stevenson, Scipiades e Payne. Casos metuculosamente observados por Wespi, durante muitos anos, tem se mantido estacionários. Tratar-se-á de ausência de evolução, ou de evolução muito lenta? E' sabido que a fase invasiva da evolução do carcinoma é muito mais breve que a fase não invasiva, e que o período potencial à imprevisível. Segundo Pund e Auerbach a extensão da atipia epitelial progride paralelamente com a idade média das doentes no momento da biópsia. Eles consideram esta progressão como uma prova do início intra-epitelial do câncer precedendo o estágio invasivo. Younge, Hertig e Armstrong, Galvin e Te Linde, encontraram em suas estatísticas a idade média de 38 anos para o cân-

cer zero, isto é, dez anos menos que a idade média para o câncer clínico.

Glathaar também afirma que o câncer invasivo da cervixe é sempre precedido por um processo intra-epitelial de dediferenciação. Este processo de anaplasia pode ser reversível até o estado de epitélio atípico. Porém o estado avançado de dediferenciação que constitui o carcinoma grão zero parece provavelmente irreversível, devendo ser considerado como verdadeiro câncer. Isto seria integralmente confirmado por fatos experimentaes e clínicos. Portanto o câncer zero necessita tratamento adequado, enquanto o simples epitélio atípico requer controle. Quando a distinção histo-patologica entre epitélio atípico e câncer zero é muito difícil ou impossível, pode ser valioso o teste da lesão pré-cancerosa pela cultura dos tecidos e seu exame pelo contraste de phase microscópico. A cultura do epitélio humano, especialmente do adulto é difícil. O tecido canceroso mostra in vitro uma tendência muito definida de crescimento, usualmente sob a forma de brótos, com células atípicas de grandes núcleos e múltiplos nucleolos grandes, assim como núcleos sem protoplasma, que, segundo Albertini são típicos do tecido canceroso. O epitélio pavimentoso normal e o inquieto podem ser mantidos vivos mais facilmente e estudados pelo contraste de fase microscópica, não revelando nenhuma tendência considerável de crescimento, e as células observadas são idênticas às encontradas no esfregaço vaginal, principalmente do tipo superficial e intermediário. O epitélio atípico exacerbado é a primeira lesão que mostra definida tendência ao crescimento, na escala da dediferenciação.

A discussão do tratamento do câncer da cervixe, considerava até pouco tempo, só as lesões com invasão de células malignas. Embora já Schiller tivesse despertado a atenção para a célula cancerosa individualmente, pouco se conhecia dos fenomenos subsequentes ao estabelecimento dos caracteres malignos. Hoje, muitos ginecopatologistas crêm que o câncer zero é a forma mais precóce e que, presente por tempo suficiente em hospedeiro ideal, evolue para câncer invasivo. Reconhecida tal lesão, surge, pois, uma questão: como tratá-la? Muitas opiniões foram dadas, baseadas em parca experiência e, não raro, em discutível conceito histo-patológico. Casos de hiperatividade basal foram incluídos nos relatórios, e casos de lesão pré-invasiva foram classificados como invasivos pelo achado de células atípicas na luz de glândulas cervicais. Também foram firmados diagnósticos de câncer in situ pela interpretação de um ou alguns cortes, e posteriormente o exame de outras áreas evidenciou a invasão. Este período de confusão vai diminuindo, embora restem ainda muitas discussões. Recentemente Galvin propôz uma definição morfológica desta lesão intra-epitelial, Danforth esclareceu a importância particular de tais achados na cervixe gravídica, e Younge e Ulfelder reforçaram a opinião sobre terapeutica radical e conservadora.

A abstenção terapeutica tem alguns defensores, mas, na presente situação dos nossos conhecimentos só encontra justificativa no espírito de especulação científica e em casos bem determinados de gravidez ainda aqui rigorosamente controlada com os testes especializados. Reconhecido o câncer zero como a forma mais incipiente, perfeitamente micro-localizada, o tratamento cirurgico obrigatoriamente deveria resultar na cura de todos os casos, com dupla vantagem: remoção da zona alterada e conservação de funções. Perder uma destas pacientes por generalização deve considerar-se desastrosos, assim como o reconhecimento de uma lesão invasiva em paciente costumaz à nossa consulta pode ser eloquente exemplo de descuido na pesquisa sistemática das primeiras alterações da malignidade. Ressalta a importância decisiva do diagnóstico correto, com a exata informação anátomo-patológica baseada em extenso estudo, o que na prática cerca-se de grandes dificuldades.

A indicação terapeutica estriba-se na informação do estágio evolutivo e do grau histológico da doença, considerando a idade da paciente em certos casos. Estudos recentes aceitam idade média inferior a 35 anos para o câncer cervical zero. Nesta época a perda dos órgãos reprodutivos será um problema psicológico ou um sacrifício custoso, sendo de qualquer forma desejável a manutenção de vagina funcional, mas imperativa a cura completa da doente.

A paciente jovem, desejosa de reprodução, tem recebido terapeutica conservadora, desde que as células atípicas não invadam a luz das glândulas cervicais, pois, neste caso, a probabilidade de progressão adicional é iminente. Electrocoagulação, exerése local com alça de platina, bisturi ou pinça de biópsia, e traquelorrafia, são processos topograficamente muito limitados, e inseguros, pois o achado de carcinoma zero em biópsia não exclue a existência de outros focos não invasivos ou de lesões já invasivas. A amputação conóide do colo, retirando uma porção mais extensa de tecido, apresenta vantagens sobre os processos anteriores, fornecendo ao laboratório a zona do orifício externo e as paredes do canal cervical, permitindo maior precisão no julgamento diagnóstico. Mas, é a amputação do colo que, nesta ordem de idéias oferece maior segurança diagnóstica e terapeutica, e eu só não a utilizo quando em paciente jovem o estudo minucioso do material de conização permite relativa tranquilidade ao atender o anseio da maternidade ainda não vivida. E, mesmo assim, sujeitando a paciente a contróle rigoroso, para intervir menos conservadoramente ao menor indício da doença.

Acima de trinta e cinco anos é aconselhado remover todo o útero, preservando as gonadas. Extirpar a parte superior da vagina será aconselhável em certos casos, pois, usualmente, as lesões localizadas na junção escamo-celular tendem a progredir para a endocervice devido à menor resistência nessa direção. Entretanto, a histerectomia total com retirada de manguito vaginal com um centímetro, e deixando os ovários, é para Moricard, Younge, Palmer e outros, o método de eleição atualmente, apesar de eliminar a possibilidade

da gravidez. Para outros, entre êles Galvin e Te Linde, a histerec-
tomia total alargada retirando anexos e manguito vaginal extenso
é a indicação, o que bem reflete o temor à extensão superficial do
epitelioma. E ainda mais, Meigs, considerando as incertezas usuas
concernentes à exata limitação da etapa anatomica da lesão, e, por
ser esta em geral mais invasiva do que se crê, defende a cirurgia ra-
dical par o câncer zero.

Os maiores problemas na escolha entre a destruição local ou as
ressecções parciais e a histerectomia total ou radical, derivam dos
achados de invasão precóce em material retirado com o diagnóstico
de não invasivo. Além disto, a concepção da origem multicentrica
do câncer deixa sempre a duvida sôbre a constatação de um campo
não invasivo reconhecido sôbre pequenas áreas excisadas.

Na gravidez, o diagnóstico de carcinoma intra-epitelial levanta
novos problemas. A cervice normal apresenta diversas alterações ges-
tacionaes: edema, hipervascularização, infiltração leucocitaria fre-
quente, reação decidual em 20% dos casos; as glândulas cervicaes
apresentam-se edemaciadas, com hiperplasia glândular e epitelial,
com epidermisação em cerca de 15% dos casos; há hiperatividade
basal em 20% das grávidas. Em certas pacientes as alterações são
semelhantes às do gráo zero, mas desaparecem depois do parto. Dan-
forth e outros mostraram esta regressão, devendo-se estabelecer acu-
rada observação com repetidos estudos citológicos e histo-patológicos
para constatar a involução no puerpério. Ao contrário, si as altera-
ções persistem, adota-se o tratamento do câncer zero.

Na quinta e sexta décadas da vida a projeção do campo cirur-
gico estende-se, especialmente nos casos de epitélio atípico insinu-
ado no estroma glândular, quando se agiganta o perigo de invasão.
Está indicada a remoção do útero com o terço superior da vagina e
anexos, tecido parametrial e linfáticos pélvicos. Esta operação ra-
dical justifica-se em vista da grande possibilidade de já haver inva-
são, e da insuficiência da histerectomia simples em tal hipótese, sa-
bido que são imensas as dificuldades práticas de conhecer a realidade
antes de extirpar os tecidos.

A roentgeterapia não deve ser empregada nas lesões pré-invasivas
pelos seus efeitos secundários indesejáveis e desnecessários sôbre as
gonadas, vagina e tecidos pélvicos. Além disto, os resultados da ci-
rurgia são inteiramente satisfatórios, e a exêrese fornece o material
para extensa verificação microscópica, documentando decisivamente,
o acerto da orientação, ou descobrindo zonas imprevistas de invasão
o que permitirá a complementação terapeutica, si fôr o caso. Res-
taria a curieterapia para os casos de contra-indicação operatória e
àqueles poucos onde o epitélio atípico avança sôbre os fundos de sa-
co vaginaes tornando a excisão difícil e muito mutilante. O gráo
zero em côto cervical é tratado pelo rádio por uns, e pela cirurgia por
outros. A histerectomia subtotal seguida de curieterapia cervical, já
empregada por alguns, é ilógica e absolutamente imprópria.

Quando o exame histopatológico da peça retirada por histerec-

tomia total simples revelar invasão inesperada, urge tratar os ganglios regionaes. A roentgenterapia difficilmente cura as metastases ganglionares, mas a retirada cirurgica dos linfáticos póde ser a solução.

A mais remóta evidência de invasão cria um sério problema, algo confuso pela variedade de opiniões. E' de importância o agrupamento dos casos conforme o estágio clínico. A exata classificação é valiosa para selecionar o tratamento e prognosticar o resultado. A Classificação Internacional resume o período I como câncer inteiramente confinado à cervice. Acontece que se tem verificado a invasão ganglionar em cerca de 20% desses casos, sendo muito diferente a sobrevida, conforme estejam invadidos ou não os ganglios. Por isto muitos autores dão preferência ao grupo I de Schmitz que confina a lesão a um máximo de um centímetro em circunferência, e no qual só ocorre invasão ganglionar em cerca de 2%, ié. des vezes menos. Depois da classificação clínica, interessa-nos a gradação microscópica do tumor, e seu tipo de crescimento. Os resultados do tratamento vão depender também das condições gerais da paciente, e dum fator inavaliavel — a resistência da hospedeira a seu tumor.

Mesmo os que tem re-avaliado os métodos cirurgicos para o câncer invasivo da cervice opinam que a irradiação vem sendo o ataque primário, de modo geral, porcentualmente. Descobrimos agora os casos com mais precocidade o cirurgião pode agir sem a fibrose radioterapica, que aumenta a dificuldade técnica. Carter e seus colaboradores praticaram a histerectomia total alargada com linfatectomia post-irradiação, embora estudos prévios com esta combinação, porém usando cirurgia menos extensa, tenham desencorajado, principalmente porque muitas vezes a fibro-esclerose que envolve as células malignas é alterada, resultando progressão da moléstia. Meigs desaconselha a cirurgia pélvica radical após a roentgenterapia. O êxito nestes casos, depende da remoção meticulosa e total, princípio básico da cirurgia radical. Tais procedimentos, sem dúvida, exigem treinamento especial.

Si a citologia e a biópsia revelam alteração de caráter residual no seguimento da paciente tratada pela fisioterapia, pode-se sujeitá-la à cirurgia. Contudo si decorreu tempo suficiente desde a primeira irradiação, a renovação do método deterá alguns tumores, como mostraram Mc. Kelvey, Calkins e outros.

O achado de carcinoma residual pode ocorrer quando, por ocasião da intervenção, o câncer estende-se em forma irreconhecível ao cirurgião para além da área visada pelo operador. Sòmente a ação vinculada e simultânea do cirurgião e do patologista pode prevenir tal desastre. Quando esta situação é reconhecida pelo exame microscópico depois da operação, Graham e Meigs aconselham re-operar. Das extensões da lesão em suas diversas direções, é lícito chamar a atenção para a vagina, já que a cirurgia atual protege as outras vias por grande exerése, e aceitar o conselho de Meigs quanto à retirada

de extenso manguito vaginal, para precaver-se da lesão residual aí, e assim garantir o sucesso cirúrgico.

Finalmente, nos carcinomas pélvicos avançados, recorrentes ou resistentes à fisioterapia, invadindo os linfáticos da pélve, bexiga e reto, justifica-se a evisceração ultra-radical?

O esvaziamento pélvico é a última chance para os casos que ultrapassaram o limite da operabilidade pelos processos ordinários, ou para os que apresentam recidiva de certo aspeto. Indicado nos casos de invasão do útero, vagina, bexiga, réto e celular pélviano, encontra formal contra-indicação na fixação do tumor aos planos osseos da bacia, metastases distantes, metastases ganglionares altas (além dos ganglios lombo-aorticos) e disseminação peritoneal.

A experiência de Brunschwig neste problema tão difícil não é muito encorajadora. Entretanto, considerando que as pacientes incluídas neste método não podem ter nenhuma esperança por qualquer outro processo, vê-se que um pequeno grupo destas doentes é beneficiado com maior sobrevida ou sobrevida menos sofredora. A contribuição de Brunschwig é valiosa. O seu empenho em sistematizar o método e vulgarizá-lo com a avaliação precisa das dificuldades e fracassos, foi básico para a aceitação de tão mutilante tratamento. Brunschwig e seus contemporâneos conseguem, graças aos avanços da medicina, realizar o que os nossos antepassados tentaram e tiveram de abandonar pela limitação decorrente dos processos de anestesia, choque operatório e infecção. Realmente, tais foram as principais causas a desencorajar diversas escolas no fim do século passado, na execução da evisceração genital radical combinada à amputação abdomino-perineal do reto, sob a segura orientação de Faure na França, Stoeckel na Alemanha e Weibel na Austria.

Apresento-vos agora, num film os aspetos principaes da pan-histero-linfaticectomy com extraperitonealização do campo operatório, técnica individualizada pelo titular da cátedra, e usada no Serviço e tóra dele. Visa-se maior eficiência na extirpação dos tecidos que podem estar contaminados, maior proteção ao uretér, prevenção da disseminação de células neoplásicas e da infecção. Retirado o peritонеo do campo operatório torna-se mais fácil excisar o tecido areolar aos lados da bexiga, e preservar boa parte das artérias vaginal, vesical superior e vesical inferior que concorrem para a nutrição da parte terminal do uretér. Logo após, levantando o peritонеo com valvas, levanta-se ao mesmo tempo a bexiga, o que facilita e assegura um trabalho perfeito sobre o uretér. Essa dissecação, clara e eficiente evita hemorragias, traumatismos, infecção, excesso de ligaduras muito junto ao uretér e outras causas da fistula ureteral. As manobras são executadas mais facilmente pela exteriorização parcial. A injeção

intra-uterina de iodo, assegura proteção. Conforme a localização e as extensões da lesão leva-se a ressecção mais adiante, na vagina, ou acrescenta-se a extirpação do reto, em combinação abdomino-perineal.

As vantagens proporcionadas à execução mostram-se imediatamente no pós-operatório, e, depois, na ausência da morbidade especialmente no que se refere ao uretér.

A designação "pan-histero-linfaticectomia" revela a crítica à denominação mais usada "linfadenectomia", pois a primeira não considera a extirpação das glândulas linfáticas e sim a exerése do conjunto dos vasos linfáticos com as glândulas, visto que as células malignas estão também nos ganglios irreconhecíveis e nos vasos linfáticos, quer se trate de um processo embólico, quer seja um processo trombosico que predomine no caso.