

Cancer do cólo uterino durante a gravidez^(*)

(Considerações sobre três casos, com uma ligeira revisão da literatura)

Clinica Ginecologica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre,
Rio Grande do Sul (Professor: Martim Gomes)

Pelo docente livre **J. C. Gomes da Silveira**, assistente.

Observamos e tratamos, em 1939, três casos de cancer do cólo uterino durante a gravidez. Sabemos que não é possível tirar, de uma experiência tão limitada, conclusões valiosas sobre assunto tão amplo e tão cheio de questões ainda obscuras. Pensamos, entretanto, que, dada a raridade dessa associação, um grupo de três casos, observados quasi simultaneamente, não devia ficar desconhecido dos colegas, a maioria dos quais, cremos, terá também seus pequenos grupos e terá hesitado, como nós, em divulgar uma contribuição tão modesta. Acreditamos que somente se cada um trazer á publicidade seus casos isolados, pois é assim que eles geralmente se apresentam, poderemos reunir material suficiente para um estudo aprofundado de tão palpitante problema. Isso permitiria, entre outras cousas, estabelecer um ponto de vista uniforme sobre diversos aspectos práticos da questão, especialmente de ordem terapêutica.

FREQUÊNCIA

Os autores são unânimes em afirmar a extraordinária raridade do cancer do cólo uterino durante a gravidez. Enquanto as estatísticas assinalaram que entre cem mulheres ha de um a dois casos de cancer (Weibel, Katz, Williams, Glockner) o cancer do cólo uterino entre as grávidas figura numa proporção extremamente menor (0,005% segundo De Lee até 0,15% segundo Orthmann).

Nossos casos não permitem qualquer afirmação razoável sobre frequência, quer sob o aspecto obstétrico, quer sob o aspecto ginecológico, por terem sido observados num serviço exclusivamente ginecológico e quasi simultaneamente, em flagrante e excepcional desproporção com os demais casos de cancer ali verificados durante o ano.

A raridade do aparecimento do cancer do cólo uterino durante a gravidez se explica, naturalmente, pela preferência das neoformações malignas pelas épocas mais avançadas da vida, distantes da fase de procreação.

(*) Trabalho apresentado ao 1.º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetricia, no Rio de Janeiro (setembro de 1940).

IDADE

O cancer do cólo uterino durante a gravidez é mais freqüente entre os 25 e os 40 anos, o que se explica por ser essa a idade em que é mais comum a procreação. Póde aparecer muito cedo, sugerindo a um espírito menos avisado a exclusão da hipótese de cancer. Schwarzwaller publicou a história de uma cancerosa grávida de 22 anos. Nós vimos um caso aos 24 anos. Nossos dois outros casos surgiram aos 32 anos.

INÍCIO DAS MANIFESTAÇÕES

Dos nossos três casos, um baixou ao serviço por ter tido um aborto espontâneo e persistirem as hemorragias mesmo após uma curetagem uterina. Outro veio à consulta por amenorréia (suspeita de gravidez) seguida de perdas sanguíneas quotidianas. O último por infecção puerperal após parto a termo com feto morto. Em dois dos nossos casos as pacientes notaram alterações desde o início da gravidez, traduzidas por pequenas hemorragias uterinas. No outro, o aborto seguido de hemorragia foi o único sinal de alarme.

TIPO MENSTRUAL

Dois casos com menstruações rigorosamente normais até surgir a amenorréia da gravidez e um caso de tipo menorragico mas perfeitamente regular atestam que, na nossa pequena estatística, não houve a menor alteração menstrual antes de surgirem os sintomas do cancer.

PERTURBAÇÕES DAS GESTAÇÕES ANTERIORES

E' sabido que o cancer do cólo uterino é raro entre as nulíparas. Nos casos que observamos até hoje, não encontramos um único caso de cancer do cólo em mulher casada nulípara, o que atesta que essa afecção não exige uma fase prévia de esterilidade.

Entre as nossas pacientes com cancer do cólo uterino durante a gravidez, uma tivera quatro partos a termo, outra seis e outra nove.

Apenas um de nossos casos acusa aborto espontâneo, oito anos antes do aparecimento do cancer. O aborto nos antecedentes dos casos de cancer do cólo, entretanto, é frequente (12 casos entre 28 observados ultimamente no serviço).

TIPO DO CANCER

Em dois casos havia uma formação exofítica, em couve-flôr. No outro, ulceração triangular dirigindo-se para o ístmo. Este último caso oferece alguns problemas de interpretação. Os cortes histológicos mostraram alterações da polaridade celular, rutura das relações intercelulares, modificação da forma e das dimensões celulares e da afinidade tintorial. Para completar o quadro histológico do cancer, só falta o caráter invasor. Deante, porém, de tão nítidas alterações, pensamos

que não cabe mais a vaga denominação de pre-cancer. A atual classificação de "cancer local" dos autores americanos deve substituir, nesses casos, a antiquada expressão francesa, ficando esta destinada àquelas lesões habitualmente reconhecidas como capazes de se cancerizarem. Assim, não temos dúvida em estabelecer, para o nosso caso, o diagnóstico de cancer local, de acordo com a moderna classificação americana.

INFLUÊNCIA SOBRE A GESTAÇÃO

Nos nossos casos, foi nítida a influência do cancer sobre a gestação: abortos espontâneos em dois casos, feto morto no terceiro.

Tão desastrosa influência do cancer cervical sobre a gestação, entretanto, não é a regra. Cohnstein compilou uma estatística de cem casos entre os quais 68 viram a gestação seguir a seu termo. Nos demais, em 15 houve parto prematuro, em 15 houve aborto e em dois houve retenção prolongada.

INFLUÊNCIA DA GRAVIDEZ SOBRE O CANCER DO CÓLO UTERINO

Ha uma grande tendência em atribuir uma nefasta influência da gravidez sobre a evolução do cancer uterino. Muitos autores, baseados, certamente, na rapidez com que viram evoluir um cancer do cólo durante a gravidez, afirmam que esta sempre acelera a marcha da moléstia. Ha, entretanto, imensa diversidade de opiniões, asseverando alguns que a gravidez não exerce a menor influência sobre a evolução do cancer; outros, ainda, afirmam que ela atenua a evolução e, finalmente, ha quem declare, mesmo, ter visto um cancer do cólo desaparecer durante a gestação.

Existe, em torno do assunto, imensa literatura. Percorrendo-a e escoimando-a das opiniões extremadas, pôde-se compor o seguinte resumo: não há elementos decisivos para afirmar que a gravidez sempre acelera a evolução do cancer do cólo uterino nem, tampouco, o contrário; citam-se cancres que evoluíram muito rapidamente durante a gestação, mas, sabe-se que, mesmo fóra da gravidez, pôde-se observar um progresso muito grande de um cancer do cólo no espaço de nove meses; citam-se outros que tiveram uma evolução demorada, o que também pôde ocorrer sem gravidez; os achados operatórios não provam que os cancres operados durante a gravidez sejam os mais avançados; pelo contrário, a operabilidade de tais casos é elevada; enfim, todos parecem concordes que existe, após o parto, uma subita agravação do cancer, seja localmente, seja sob a forma de metastases, fato no qual uns querem ver uma difusão das células cancerosas graças à menor resistência dos tessidos, enquanto outros o interpretam como sendo devido à cessação de uma provável ação anti-cancerosa proporcionada pela gravidez. De tudo isso se pôde concluir que a gravidez não exerce grande influência no sentido da agravação do cancer do cólo uterino, havendo, entretanto, uma súbita agravação logo após o parto.

Nos nossos casos, os dois operados no terceiro mês da gestação não apresentavam invasão da pelve nem metastases, sendo um dêles, até, rigorosamente localizado. Naquele, entretanto, em que a gravidez evoluiu ao termo, havia, um mês após o parto, invasão total do paramétrio esquerdo e metástases dirigindo-se para a loja renal, tornando impossível a operação radical. Embora em número extremamente restrito, nossos casos se enquadram dentro da média das opiniões.

TRATAMENTO

Nossos três casos foram operados: um, pela técnica de Wertheim, outro por via vaginal e, finalmente, o inoperável foi submetido a uma intervenção paliativa seguida de radioterapia profunda e, mais tarde, radiumterapia.

Uma vez ocorrido o aborto ou o parto, o tratamento, naturalmente, não difere do habitual. Emquanto, porém, o utero está cheio, a terapêutica deve sofrer as restrições determinadas por êsse estado e obedecer ao critério da oportunidade. A conduta proposta pela maioria é a seguinte: nos primeiros meses da gestação, histerectomia total imediata se o caso for operável, pois a porcentagem de curas, com êsse meio, é elevada; após a primeira metade da gestação, deixar que ela evolua e, oportunamente, operação cesareana seguida de histerectomia, rádio e radiumterapia; sendo o cancer inoperável já nos primeiros meses, deixar a gravidez evoluir, amparada por um tratamento reconstituente, numa tentativa de conseguir um filho vivo, o que ocorre frequentemente (68% dos casos, segundo alguns). A mortalidade materna, entretanto, é sempre elevada após o parto quando não é possível praticar a operação cesareana de Porro, pois frequentemente se instala uma violenta infecção a que a paciente, por tantos motivos debilitada, dificilmente resiste.

Fazendo uma revisão, embora muito rápida, da literatura existente sobre o assunto, não podemos deixar de citar a radiumterapia como tratamento exclusivo, que alguns aconselham mesmo para os casos iniciais nos primeiros meses da gravidez, afirmando seus ótimos resultados.

EVOLUÇÃO POST-OPERATÓRIA

A sobrevida é animadora nos casos operados durante a gestação. Nenhuma recidiva e sessenta e seis casos curados, depois de cinco anos, na estatística de cem casos operáveis de Gross, contra sessenta recidivas e apenas 33 curas de cinco anos nos operados após o parto, o que constitui vigoroso argumento em favor da operação durante a gestação.

Nos nossos casos, a primeira operada continúa curada 17 meses após a intervenção, uma doente faleceu de oclusão intestinal por brida um ano após a histerectomia vaginal e, finalmente, o caso inoperável voltou ao serviço sete meses e meio após a intervenção apresentando uma recidiva no cólo que fôra impossível extirpar e foi remetido à radiumterapia, estando, porém, em condições gerais satisfatórias e sem grandes alterações das trocas salinas, com dosagens normais do sódio e do potássio no sangue.

RESUMO DOS CASOS

1.^a observação — Antonia M., 32 anos, branca, casada, ocupando-se em serviços domesticos. Baixou ao serviço a 10-3-939 (papeleta n.º 1824) apresentando a seguinte história: ha 11 dias teve um aborto expontaneo, de três meses. Como a hemorragia persistisse, procurou um médico que lhe praticou uma curetagem uterina. Continuando com hemorragias intensas, acompanhadas de dores no baixo ventre, veio à consulta. O exame geral revela uma paciente anemiada, sem grandes alterações funcionais dos diversos aparelhos. Localmente, nota-se um cólo grande, com o orifício externo entreaberto e com uma grande lesão vegetante, em couve-flôr, assestada sôbre o lábio anterior, sangrando facilmente. Ha abundante corrimento purulento, rosado, de odor muito fétido. Ao toque encontra-se o corpo uterino aumentado de volume, irregular, com o fundo atingindo a 4 dedos transversos acima da sínfise pubiana. Paramétrio esquerdo oferecendo certa resistência. Os antecedentes obstétrico-ginecológicos são os seguintes: Menarca aos 15 anos. Regras normais do tipo 3/30 dias. Amenorréia durante os três meses que precederam as hemorragias atuais. 6 partos a termo, normais, o último ha um ano e meio. Um aborto provocado, ha dois anos, e um expontaneo, ha onze dias. Nos antecedentes morbidos pessoais, encontramos varíola e pneumonia, na infancia. Diagnóstico: Carcinoma exófitico de 1º/2º grau do cólo uterino. Operação a 13-3-939 (Operador, prof. Martim Gomes; auxiliar, Gomes da Silveira). Operação de Wertheim, precedida de eletro-coagulação do cólo. Operabilidade boa, apenas pequena dificuldade na dissecação do paramétrio esquerdo. Drenagem vaginal em válvula, com dreno grosso de borracha. Alta em ótimas condições a 23-3-939. A 20-10-939 volta ao serviço apresentando corrimento sanguinolento. Ao exame, verifica-se um nódulo no ângulo esquerdo da cicatriz vaginal. Biopsia: botão carneo. Eletro-coagulação. A doente continúa em ótimas condições.

2.^a observação — Dalila R., 24 anos, branca, casada, natural de Santa Catarina. (Caso n.º 1864). Baixou ao serviço a 20-4-939 porque, suspeitando de achar-se grávida ha dois meses, tem tido perdas sanguíneas pequenas mas constantes, pela vagina, bem como corrimento amarelo, fétido, espesso. Ha quatro meses, antes, portanto, do início da gravidez, vem notando grandes alterações em seu estado geral, sentindo-se muito abatida. Nos seus antecedentes pessoais figuram coqueluche, sarampo, varíola, colíte, gripe e dores ósseas e articulares que desapareceram com tratamento anti-luetico. Duas reações de Wassermann negativas. Antecedentes de aspecto obstétrico-ginecológico — Menarca aos 13 anos. As regras sempre foram normais quanto à successão dos ciclos, sendo, porém, muito abundantes e durando 8 dias. As últimas regras normais apareceram a 10 de fevereiro. Depois de alguns dias iniciaram-se as pequenas perdas sanguíneas quotidianas que se prolongam até hoje. Quatro partos a termo, normais. Um aborto expontaneo de 2 meses e meio, ha 8 anos; desde então, apresenta um corrimento pouco intenso, amarelado e fétido, que desapareceu durante algum tempo reaparecendo mais tarde com um caracter

francamente purulento e apresentando-se, às vezes, acompanhado de sangue. Exame geral — Paciente longilínea astênica hipo-feminil, mucosas visíveis muito descoradas. O exame ginecológico revelou: cólo muito grande, orifício externo de multipara fendido transversalmente, irregular. Cólo de consistência amolecida. Corpo uterino aumentado de volume como um útero gravido de três meses, ligeiramente amolecido, perfeitamente movel. Ao espéculo, cólo grande, ulcerado em torno do orifício externo, apresentando essa ulceração um aspecto franjado e sangrando ao mais leve contacto. Ligeira cianose do cólo e das paredes vaginais. Apesar do estado quasi absoluto de gravidez — de uma reação de Ascheim-Zondek solicitada não veio resultado — praticamos cuidadosamente uma biopsia em que o anatomo-patologista do serviço, prof. Waldemar Castro, encontrou as seguintes alterações que constituem o quadro típico do impropriamente chamado pre-cancer ou seja o cancer local de autores americanos: modificação da polaridade celular, ruptura das relações inter-celulares, modificação da forma e das dimensões celulares, modificação da afinidade tinctorial, aspecto exuberante das camadas superficiais e ligeira espongirose das camadas mais profundas do epitélio, modificações essas todas circunscritas a uma zona bem limitada do epitélio.

Emquanto a paciente se submetia aos diversos exames complementares, entre os quais encontramos as reações de Roffo e Botelho positivas, ocorreu um aborto incompleto que exigiu curetagem uterina. Dias depois, já oprimida a doente, praticamos novo exame ginecológico, que revelou um endurecimento do lábio posterior do cólo, mostrando o corpo uterino uma consistência ligeiramente fibrosa. Dessa região endurecida do cólo foi retirada uma cunha e remetida ao anatomo-patologista, que encontrou as mesmas lesões constatadas na primeira biopsia. Após devidamente preparada, foi a doente submetida a uma histerectomia total por via vaginal pelo processo de Doyen, com hemisseção anterior (operador, Gomes da Silveira). O exame macroscópico da peça operatória revelou o seguinte: útero grande, com zonas de fibrose; lábio posterior do cólo uterino duro, apresentando uma lesão infiltrante que se prolongava, em forma de triângulo, até o ístmo, formando uma cratera. Ovário direito cístico. Paredes uterinas espessas, com zonas muito friáveis e outras muito duras. Apesar dos diversos cortes histológicos então feitos, o anatomo-patologista não encontrou lesões mais adiantadas do que as assinaladas nas biopsias anteriores. Poude, entretanto, observar a existência de um granuloma cuja etiologia exata, embora não podendo ser estabelecida histologicamente, talvez resida na lues que, não obstante duas reações de Wassermann negativas, parece evidente na nossa paciente. Cabe, assim, no nosso caso, o diagnóstico provável de cancer local desenvolvido sobre granuloma sífilítico do cólo uterino. A paciente teve alta doze dias após a intervenção, em excelentes condições e passou a frequentar periodicamente o serviço para controle, sentindo-se sempre perfeitamente bem. Faleceu um ano após essa intervenção, de uma oclusão intestinal por brida tardiamente diagnosticada e operada.

3.ª observação — Doreina B., 32 anos, branca, brasileira, casada.

Baixou ao serviço a 19-8-939 por apresentar, 16 dias após um parto com feto morto, metrorragias, corrimento fétido e febre elevada. Antecedentes de aspecto obstétrico-ginecológico — Menarca aos 13 anos. Regras sempre normais, do tipo 5/30 dias. Dez partos a termo, sendo nove normais e um com feto morto, ha 16 dias. Assinala ainda que desde o início desta última gravidez apresenta corrimento fétido. Exame geral — Paciente de constituição robusta, muito anemiada. A palpação abdominal provoca dores na fossa iliaca esquerda. Ao exame ginecológico, cólo grande, entreaberto, apresentando no lábio anterior um tumor do tamanho de uma nóz, sangrando facilmente e de consistência francamente carcinomatosa. Corpo uterino aumentado de volume, de mobilidade muito limitada por invasão do paramétrio esquerdo. Biopsia: Epitelioma baso-celular (Waldemar Castro). Operação em 31-8-939. (Operador: prof. Martim Gomes; auxiliar, Gomes da Silveira). Raqueanestesia pela percaína a 0,5%. Eletrocoagulação do cólo. Laparotomia mediana infra-umbilical. O utero, duplicado de volume, apresentava seu ângulo esquerdo incluído numa tumoração englobando a sigmoide e estendendo-se pelo paramétrio desse lado. Esse tumor era muito duro, mas, a friabilidade dos tessidos permitiu a libertação do intestino sem rutura de suas tunicas. Nesse lado não foram encontrados os anexos. Desse tumor partia um cordão de coloração rósea e de consistência muito elástica (que não era o uretér) e que se estendia até às proximidades da loja renal esquerda, indo se perder no meio de massa neoplásica que não foi explorada para não agravar mais o ato cirúrgico. Na impossibilidade de praticar uma intervenção radical, foi feita a extirpação, tão ampla quanto possível, da massa tumoral juxta-uterina, procedendo-se a uma histerectomia sub-total com ablação dos anexos direitos. O cólo, impossível de extirpar por suas aderências com a bexiga, foi esvasiado a bisturi e, pelo orifício do esvasiamento, foi feita a drenagem por tubo de borracha, por via vaginal, que é a habitualmente usada no serviço nas histerectomias por cancer. A paciente teve alta do serviço em boas condições a 21-9-939 e enviada à radioterapia profunda (Serviço do dr. A. Grecco). Em março deste ano voltou à consulta com aspecto de boa saúde geral, mas, queixando-se de corrimento muito fétido e hemorragias. Ao exame, encontramos o resto do cólo, deixado na intervenção, ocupado por um tumor vegetante muito desenvolvido sem, entretanto, mostrar invasão das paredes vaginais. Após eletro-coagulação da nova formação blastomatosa, foi a paciente encaminhada à radiumterapia (Serviço do prof. Moisés Menezes). Atualmente, um ano após a intervenção, encontra-se ainda em ótimo estado geral. O exame local mostra o fundo do canal vaginal ocupado por uma cicatriz regular e elástica, que corresponde à zona cancerosa destruída pelo radium.

CONCLUSÕES

O cancer do cólo uterino durante a gravidez, embora muito raro, merece um minucioso estudo, pelas dificuldades de diagnóstico que pôde oferecer e pelos problemas de ordem terapêutica que apresenta.

Como, justamente por ser raro, não é fácil a cada um organizar uma estatística suficiente para estabelecer conclusões definitivas, convem trazer à publicidade todos os casos que surgirem, afim de que, através um estudo de conjunto, se possa firmar uma orientação segura para a questão.

A gravidez parece não exercer grande influência como aceleradora dos processos cancerosos do cólo uterino. Aos argumentos dos que afirmam essa desfavorável influência, se contrapõem as estatísticas que revelam uma elevada operabilidade e uma considerável porcentagem de curas nos casos operados durante a gravidez. Por outro lado, é unanime a opinião de que imediatamente após o parto ha uma subita agravação das lesões, representada por invasão e metastases. Dêsse balanço de opiniões, decorre a seguinte orientação terapêutica: nos primeiros meses da gestação, histerectomia total imediata, se o caso for operável; após a primeira metade da gestação, deixar que ela evolua e, oportunamente, operação cesareana seguida de histerectomia, rádio e radiumterapia; sendo o cancer inoperável já nos primeiros meses, deixar a gravidez evoluir, amparada por um tratamento reconstituente, numa tentativa de conseguir um filho vivo, o que ocorre frequentemente (68% dos casos, segundo alguns). Após o parto, radiumterapia.