

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

O cancro do colo do útero é o tumor ginecológico mais frequente a nível mundial, estando associado à infeção por Vírus do Papiloma Humano de alto risco oncogénico (HPV) em $\geq 90\%$ dos casos, destacando-se os tipos 16 e 18 como os mais frequentes.

O seu diagnóstico habitualmente é feito na sequência de uma biópsia realizada por colposcopia, frequentemente efetuada após uma colpocitologia alterada realizada no âmbito dos programas de rastreio do cancro do colo do útero.

As opções de tratamento dependem de vários fatores, como o estadiamento, estado geral da doente e desejo de preservação da fertilidade. No caso de tumores em estágio inicial, o tratamento preferencial inicial é a cirurgia.

O tratamento cirúrgico do cancro do colo do útero pode passar por:

- Conização (excisão parcial do colo do útero por procedimentos supervisionados por colposcopia);
- Histerectomia total com ou sem anexectomia bilateral (excisão do útero com ou sem excisão das trompas de falópio e dos ovários bilateralmente) com ou sem biópsia de gânglio sentinela e/ou linfadenectomia pélvica;
- Histerectomia radical (excisão do útero associado a parte dos seus ligamentos de suporte e fundos-de-saco vaginais até a 1 cm da vagina) com linfadenectomia pélvica;
- Traquelectomia (excisão do colo do útero até 1 cm do istmo uterino, com conservação da porção superior do colo uterino, corpo do útero e anexos), se se pretende preservar a fertilidade;
- Traquelectomia radical (excisão do colo do útero até 1 cm do istmo uterino, associado à excisão dos fundos-de-saco vaginais e parte dos ligamentos de suporte do útero) com linfadenectomia pélvica, se se pretende preservar a fertilidade.

Riscos

A maioria dos procedimentos cirúrgicos referidos decorre sem complicações importantes. No entanto, como em qualquer procedimento cirúrgico, podem ocorrer complicações (comuns a outras cirurgias não oncológicas), como:

- Hemorragia com eventual necessidade de transfusão de sangue ou outros hemoderivados (durante ou após a cirurgia);
- Lesões dos órgão adjacentes ao útero e anexos: bexiga, ureteres ou intestino (por vezes com necessidade de colostomia);
- Queimaduras pelo uso de eletrocirurgia;
- Lesões vasculares e/ou neurológicas;
- Infeções: urinárias, da parede abdominal, pélvicas, entre outras;
- Fístulas (“aberturas” entre os órgãos referidos acima e a vagina e/ou a pele);

- Hérnias abdominais no local da incisão cirúrgica;
- Aparecimento de aderências intra-abdominais, com consequente surgimento de dor, alterações do trânsito intestinal ou mesmo obstrução intestinal.

De forma menos frequente podem surgir outras complicações relacionadas com a própria técnica cirúrgica ou com o estado de saúde da própria doente (por exemplo: diabetes, doença cardíaca, hipertensão arterial, anemia, obesidade, idade avançada, entre outros), que incluem:

- Reação alérgica;
- Cicatriz desfigurante;
- Flebite e tromboflebite ou trombose venosa profunda;
- Embolia pulmonar;
- Perda de função de membro ou órgão;
- Paralisia, paraplegia ou quadriplegia;
- Lesões cerebrais;
- Paragem cardíaca ou morte.

As complicações específicas associadas à realização de linfadenectomia pélvica incluem:

- Desenvolvimento de edema dos membros inferiores (por dificuldade na drenagem linfática associada à remoção das cadeias linfáticas pélvicas);
- Formação de linfocelo (acumulação de linfa em espaços não adequadamente drenados, podendo dificultar o diagnóstico diferencial com desenvolvimento de metástases ou causar síndromes obstrutivos).

Outras informações relevantes

Qualquer intercorrência pode levar ao encurtamento, prolongamento ou suspensão da cirurgia programada. Pode também justificar-se uma segunda cirurgia para resolver algumas das complicações descritas atrás.

Não se pode excluir antecipadamente a necessidade de uma transfusão de sangue ou de outros hemoderivados que, em qualquer caso, é realizada com as devidas garantias e por pessoal qualificado.

A intervenção é efetuada sob anestesia, estando esta sob a responsabilidade do médico anestesista.

As peças extraídas na cirurgia são enviadas para exame anátomo-patológico, para obter o diagnóstico definitivo.

As doentes devem cumprir os cuidados, precauções e tratamentos propostos antes e após a cirurgia, pois estes são fundamentais para o sucesso da mesma e diminuição do risco de complicações.

Durante a intervenção, podem ser feitos registos de imagem, o que se justifica por questões de segurança e para eventual utilização em trabalhos e reuniões de carácter técnico e científico, neste caso sem ser possível qualquer identificação da doente.

