

# Capítulo 11

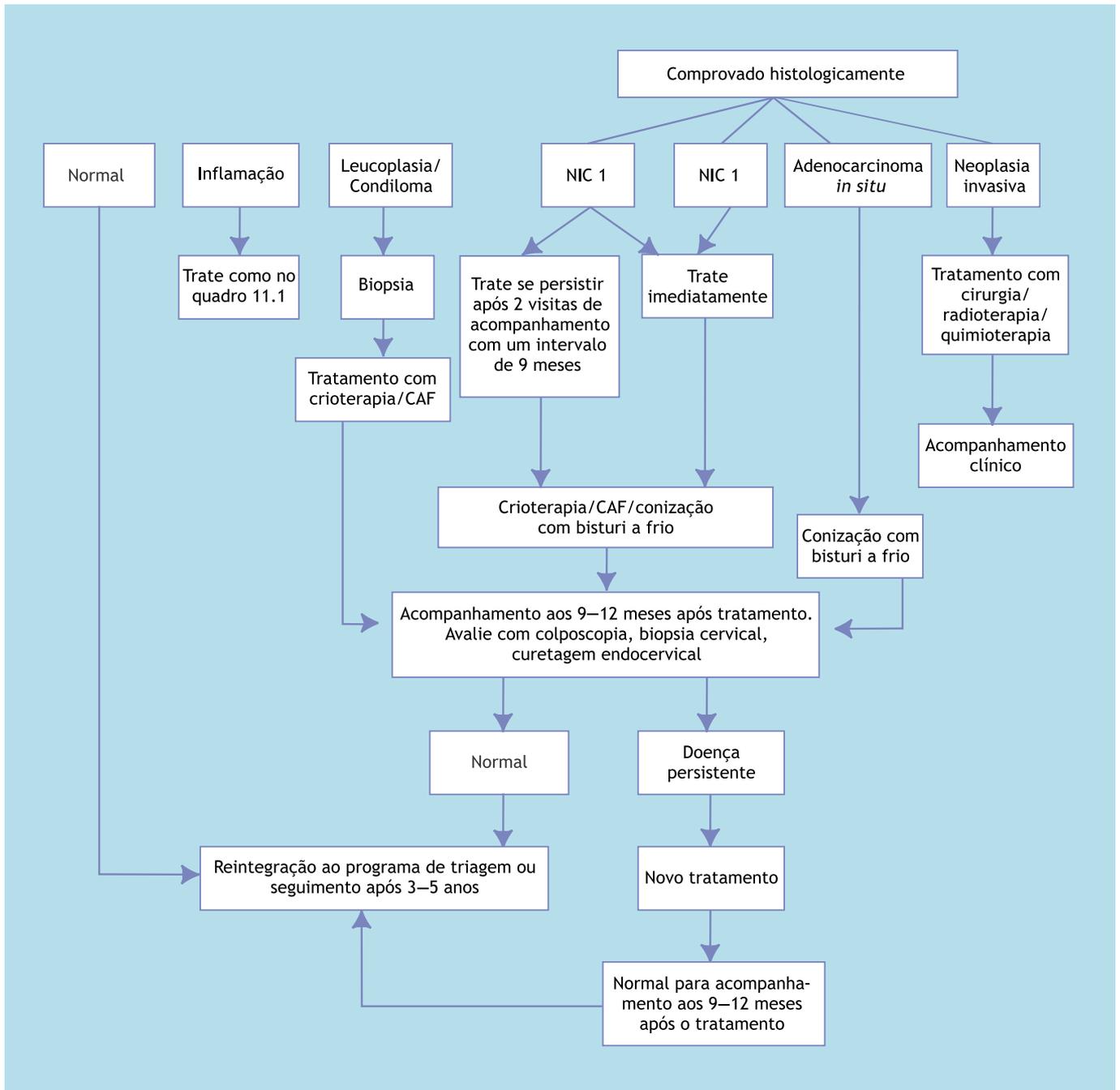
## Como proporcionar atenção contínua às mulheres

- Mulheres diagnosticadas com infecção dos órgãos reprodutores devem receber prontamente tratamento segundo as diretrizes da OMS.
- Embora seja preferível poder dispor do diagnóstico definitivo de NIC antes do tratamento, em muitos meios de poucos recursos pode-se iniciar o tratamento com base nos achados colposcópicos depois do primeiro exame de colposcopia a fim de maximizar a cobertura do tratamento.
- O tratamento clínico de pacientes com lesões NIC 1 pode seguir um dos seguintes cursos:  
(i) tratamento imediato ou (ii) acompanhamento da paciente e, posteriormente, tratamento se a lesão for persistente ou progressiva após 18 a 24 meses.
- Todas as pacientes com lesões NIC 2 e NIC 3 devem ser tratadas com crioterapia ou CAF.
- Pacientes diagnosticadas com neoplasia invasiva devem sem demora ser encaminhadas para tratamento.
- Pacientes diagnosticadas com NIC de alto grau durante a gravidez podem ser reexaminadas na 28ª semana de gestação. Se a doença é estável, a paciente pode ser reexaminada 2 a 3 meses depois do parto para o diagnóstico definitivo por meio de biopsia e tratamento apropriado das lesões.
- Pacientes tratadas para NIC devem ser reexaminadas 9 a 12 meses depois do tratamento.

O planejamento da conduta médica para uma paciente depois de sua avaliação colposcópica inicial é sobretudo de responsabilidade do colposcopista. Convém fazer que a paciente participe do processo decisório. A conduta depende em geral da avaliação final depois que os achados colposcópicos tiverem sido integrados aos relatórios histopatológicos. Os planos de conduta também devem levar em conta se a paciente está grávida. O plano de conduta deve ser explicitamente detalhado no prontuário médico e comunicado claramente à paciente o quanto antes. Em condições ideais, relatórios histopatológicos (biopsia, curetagem endocervical (CEC), amostra obtida na cirurgia de alta frequência (CAF), citologia) devem estar à disposição do colposcopista no prazo de três semanas depois de realizada a colposcopia. A crioterapia ou a CAF são as duas formas de tratamento abordadas neste manual (ver capítulos 12 e 13), mas deve ser enfatizado que cada uma delas tem indicações específicas

de uso e devem ser utilizadas somente quando as pacientes satisfizerem todos os critérios de admissibilidade para o tratamento específico. Um plano geral da conduta, que pode ser adaptado a meios de poucos recursos, é apresentado na figura 11.1

É em geral preferível ter o diagnóstico da neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) bem estabelecido antes de tomar uma decisão sobre a conduta e de oferecer qualquer tratamento. Contudo, pode haver exceções. Por exemplo, em muitos meios, sobretudo em países em desenvolvimento, o tratamento é oferecido às pacientes na sua primeira consulta de colposcopia com base na avaliação colposcópica para maximizar a cobertura de tratamento (do contrário, as pacientes que desistem do seguimento não receberiam tratamento para suas lesões). Se a decisão é tratar com crioterapia, devem ser realizadas uma ou mais biopsias dirigidas antes da crioterapia, já que esse tipo de tratamento não fornece amostras



**FIGURA 11.1:** Fluxograma das decisões de conduta na neoplasia cervical e outros quadros em serviços de poucos recursos (NIC – neoplasia intra-epitelial cervical; CAF — cirurgia de alta frequência)

teciduais para o exame histológico. Uma amostra tecidual retirada antes de se instituir a terapia ablativa ajuda a confirmar a natureza histológica da lesão tratada *a posteriori*. Colposcopistas especialistas podem também usar essa abordagem para maximizar a cobertura de tratamento e reduzir ao mínimo o número de idas ao consultório em alguns meios. Contudo, essa abordagem pode causar um grau significativo de tratamento excessivo. Embora se assuma que os métodos de

tratamento como a crioterapia e a CAF sejam seguros e tenham pouca probabilidade de ser associados a seqüelas e complicações a longo prazo, ainda é preciso estabelecer as implicações a longo prazo do tratamento excessivo. Por outro lado, é provável que o tratamento excessivo possa, até certo ponto, proteger contra o desenvolvimento futuro da NIC, em vista da ablação da zona de transformação onde ocorre a grande maioria das lesões da NIC.

## Resultados posteriores à avaliação colposcópica

### Resultado da colposcopia normal

Na maioria das mulheres com colo uterino normal, a avaliação com o uso do colposcópio resulta em uma avaliação satisfatória do colo uterino. Se a junção escamocolunar é visível e não há evidência colposcópica

da NIC ou da neoplasia invasiva, a paciente deve receber alta e retornar ao programa de triagem, caso este exista na região (o que não acontece em muitos países em desenvolvimento). De outro modo, pode-se recomendar a ela que repita o exame de triagem entre três e cinco anos.

## Quadro 11.1 Tratamento de infecções dos órgãos reprodutores

Infecção dos órgãos reprodutores	Diretrizes de tratamento	
	Mulheres não-grávidas	Mulheres grávidas
<i>T. vaginal</i> (Tricomoníase)	Metronidazol 400 mg por via oral, 2 vezes ao dia, por 7 dias <u>ou</u> tinidazol 500 mg por via oral, 2 vezes ao dia, por 7 dias <u>ou</u> uma dose única de metronidazol 2 g por via oral <u>ou</u> tinidazol 2 g por via oral.	1º trimestre: gel de metronidazol a 0,75%, 5 g, 2 vezes ao dia por via intravaginal, por 7 dias; 2º e 3º trimestres: o mesmo como as mulheres não-grávidas.
Candidíase	Clotrimazol <u>ou</u> miconazol, 200 mg por via intravaginal, diário por 3 dias <u>ou</u> fluconazol, 150 mg por via oral, em dose única.	Clotrimazol <u>ou</u> miconazol, 200 mg por via intravaginal, diário por 3 dias.
Vaginose bacteriana	Metronidazol 400 mg por via oral, 2 vezes ao dia, por 7 dias.	Gel de metronidazol a 0,75%, 5 g, 2 vezes ao dia por via intravaginal, por 7 dias <u>ou</u> clindamicina, 300 mg por via oral, 2 vezes ao dia, por 7 dias.
Infecção por clamídia	Doxiciclina 100 mg por via oral, 2 vezes ao dia, por 7 dias <u>ou</u> azitromicina, 1 g por via oral, em dose única.	Eritromicina 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia, por 7 dias <u>ou</u> amoxicilina, 500 mg por via oral, 3 vezes ao dia, por 7 dias.
Infecção gonocócica	Ciprofloxacina, 500 mg, por via oral, em dose única <u>ou</u> azitromicina 2 g por via oral em dose única.	Cefixima, 200 mg por via oral, em dose única <u>ou</u> ceftriaxona, 125 mg por via intramuscular, em dose única.
Sífilis	Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, por injeção intramuscular, como tratamento único; em pacientes alérgicas à penicilina, doxiciclina, 100 mg por via oral, 2 vezes ao dia, por 15 dias.	Penicilina benzatina, 2,4 milhões UI, por injeção intramuscular, como tratamento único; em pacientes alérgicas à penicilina, eritromicina 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia, por 15 dias.
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina, 100 mg por via oral, 2 vezes ao dia, por 14 dias <u>ou</u> eritromicina 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia, por 14 dias.	Eritromicina 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia, por 14 dias.
Cancro mole	Ciprofloxacina, 500 mg por via oral, 2 vezes ao dia, por 3 dias <u>ou</u> eritromicina 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia, por 7 dias <u>ou</u> dose única de azitromicina, 1 g por via oral.	Eritromicina 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia, por 7 dias.
Linfogranuloma inguinal	Azitromicina, 1 g por via oral, em dose única <u>ou</u> doxiciclina, 100 mg por via oral, 2 vezes ao dia, por 14 dias.	Eritromicina 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia, por 7 dias.
Herpes genital	Aciclovir, 400 mg por via oral, 3 vezes ao dia, por 7 dias <u>ou</u> fanciclovir, 250 mg 3 vezes ao dia, por 7 dias.	-
Doença pélvica inflamatória (DPI)	Ceftriaxona 250 mg em uma única injeção intramuscular mais doxiciclina 100 mg por via oral, 2 vezes ao dia, por 14 dias <u>ou</u> cefixima 800 mg por via oral em dose única mais doxiciclina como acima <u>ou</u> ciprofloxacina 500 mg por via oral em dose única mais doxiciclina como acima.	Eritromicina 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia, por 14 dias.

### Infecção dos órgãos reprodutores

Se for diagnosticada infecção dos órgãos reprodutores de uma paciente, o tratamento rápido deve ser instituído de acordo com as diretrizes da OMS (WHO, 2001). As políticas de tratamento para mulheres grávidas e não-grávidas, diagnosticadas com infecção dos órgãos reprodutores, estão resumidas no quadro 11.1. O metronidazol por via oral está contra-indicado durante o primeiro trimestre de gravidez, mas pode ser usado com segurança no segundo e no terceiro trimestres. Pacientes que tomam metronidazol por via oral devem ser advertidas para não consumir álcool enquanto estiverem tomando o medicamento ou até 24 horas depois de tomar a última dose. Pacientes com sífilis avançada podem precisar de tratamento prolongado com antibióticos. Não há tratamento conhecido para infecções por herpes genital, mas o curso dos sintomas pode ser modificado se for iniciado tratamento sistêmico com aciclovir ou seus análogos.

### Leucoplasia (hiperqueratose)

A leucoplasia deve ser biopsiada e enviada a exame anatomopatológico para descartar neoplasia cervical subjacente.

### Condiloma

Os condilomas devem ser biopsiados e lesões exofíticas ectocervicais localizadas podem receber tratamento ablativo pela crioterapia ou pela eletrofulguração ou tratamento por ablação, como a CAF.

### NIC 1

Se o diagnóstico final em uma mulher é NIC 1, a conduta clínica pode ser uma das seguintes: (a) tratar de imediato a lesão ou (b) acompanhar a paciente por meio de citologia ou colposcopia e posteriormente tratá-la se a lesão for persistente ou progressiva depois de 18 a 24 meses; se houver regressão, dar alta à paciente do consultório de colposcopia. Em países em desenvolvimento, pode-se decidir tratar a paciente porque muitas não retornam para a consulta de acompanhamento. Se for tomada uma decisão de tratar a paciente com crioterapia ou CAF, deve ser programada pelo menos uma consulta de acompanhamento 9 a 12 meses depois da data do tratamento (ver capítulos 12 e 13). Depois da crioterapia e da CAF, a cicatrização do colo uterino é macroscopicamente evidente em torno de três a quatro semanas depois; os aspectos citológicos e colposcópicos continuam a refletir os efeitos cicatriciais ou regenerativos por cerca de três meses. Se a consulta de acompanhamento não revelar evidência de doença persistente, a paciente poderá receber alta do consultório de colposcopia e ser orientada a retornar ao programa de triagem, se existente na região. De outro modo, pode-se recomendar que ela repita o exame de triagem depois de três a cinco anos. Se durante a consulta de acompanhamento for detectada a persistência da doença, devem ser realizados exames apropriados bem como tratamento adequado com crioterapia, CAF ou conização com bisturi a frio.

## Quadro 11.2: Indicações para a conização com bisturi a frio

- A lesão estende-se ao canal endocervical e não é possível confirmar o grau exato.
- A lesão estende-se ao canal endocervical e a extensão mais distante ultrapassa a capacidade de ablação da técnica de conização da CAF (profundidade máxima por ablação de 1,5 cm).
- A lesão estende-se ao canal endocervical e a extensão mais distante ultrapassa a capacidade de ablação do colposcopista.
- A citologia é anormal repetidas vezes, sugestiva de neoplasia, mas não há anomalia colposcópica correspondente do colo uterino ou da vagina para fazer uma biopsia.
- A citologia indica uma lesão muito mais grave que a observada e confirmada na biopsia.
- A citologia mostra células glandulares atípicas que indicam a possibilidade de displasia glandular ou adenocarcinoma.
- A colposcopia indica a possibilidade de displasia glandular ou adenocarcinoma.
- A curetagem endocervical revela histologia anormal.

### NIC 2-3

Todas as mulheres com lesões de alto grau (NIC 2 ou NIC 3) devem ser tratadas com crioterapia ou CAF. Devem-se cumprir rigorosamente os protocolos de conduta, e as pacientes devem marcar uma consulta de acompanhamento 9 a 12 meses depois do tratamento (ver capítulos 12 e 13). A paciente receberá alta do consultório de colposcopia se a consulta de acompanhamento não revelar evidência colposcópica ou citológica de doença persistente, podendo-se recomendar a ela o retorno ao programa de triagem, se existente na região, ou pode-se fazer o acompanhamento após três a cinco anos. Se for encontrada doença persistente, a paciente deve receber tratamento apropriado.

Se uma paciente for tratada com CAF para NIC de qualquer grau e o relatório anatomopatológico de uma amostra de CAF indicar a possibilidade de uma excisão inadequada das margens ectocervicais ou endocervicais, deve-se realizar uma avaliação cuidadosa em três consultas de acompanhamento com citologia, se disponível, e colposcopia, com atenção especial ao canal endocervical, aos 3, 9 e 15 meses. O problema de margens comprometidas requer uma conduta cuidadosa. Se doença persistente é detectada em uma das consultas de acompanhamento, a paciente deve ser tratada e observada apropriadamente. Se há evidência citológica, colposcópica ou na CEC de uma lesão persistente e seus limites podem ser vistos e estão dentro do alcance do cone da CAF, pode-se realizar esse procedimento. De outro modo, deve-se realizar uma conização com bisturi a frio para assegurar a remoção completa da lesão. Se os resultados da paciente são normais nas três consultas de acompanhamento, ela pode ser reintegrada ao programa de triagem ou ser acompanhada uma vez no período de três a cinco anos.

### Neoplasia invasiva

Um diagnóstico do carcinoma escamoso invasivo ou adenocarcinoma requer encaminhamento imediato para o tratamento definitivo com cirurgia e/ou radioterapia, com ou sem quimioterapia.

### Mulheres que requerem outras investigações diagnósticas

Alguns casos avaliados pela colposcopia requerem investigações diagnósticas mais extensas antes do tratamento. A base em tal investigação é a conização com bisturi a frio. As indicações para a biopsia por conização diagnóstica são apresentadas no quadro 11.2. Se a lesão de NIC estende-se em profundidade no canal

endocervical (ou seja, mais de 1,5 cm) ou seus limites superiores não são visíveis, a conização com bisturi a frio está indicada. Em mulheres com quaisquer anomalias citológicas que indiquem a possibilidade de displasia glandular, deve-se realizar uma CEC além da avaliação colposcópica. Se a CEC não revelar evidência de uma lesão glandular (mas a citologia sim), a conização com bisturi a frio pode ser indicada. Citologia sugestiva de adenocarcinoma ou com evidência histológica de displasia glandular ou adenocarcinoma deve ser seguida por conização com bisturi a frio para avaliar a fundo o grau e a gravidade da doença. Se um adenocarcinoma é detectado, este deve ser definitivamente tratado o quanto antes.

### Mulheres grávidas

A gravidez pode ser a primeira oportunidade de uma paciente se submeter a uma triagem para a neoplasia do colo uterino como parte da atenção pré-natal atual. Neste caso, freqüentemente ela é encaminhada para a colposcopia depois de um resultado de citologia anormal antes da metade da gravidez. As situações e as recomendações habituais sobre como proceder em cada uma delas são abordadas a seguir.

Os colposcopistas devem considerar que as lesões observadas no colo uterino de uma gestante podem se tornar menores depois do parto por causa da retração do colo uterino. As lesões tendem a migrar depois do parto em direção ao orifício cervical externo pela inversão (o oposto da eversão) do epitélio cervical. Assim, uma lesão seguida no período pós-parto pode parecer menor e estar localizada mais no canal que na ectocérvix.

Durante a gravidez, considera-se uma conduta adequada basear o diagnóstico em uma avaliação colposcópica da NIC sem confirmação por biopsia. Se há qualquer dúvida de que se trata de uma neoplasia invasiva, deve-se fazer uma biopsia. Visto que o encaminhamento e o diagnóstico colposcópico ocorrem em geral próximos à metade da gravidez, quando há suspeita de NIC de alto grau, a paciente pode ser reexaminada ao redor da 28ª semana de gestação. Os exames citológicos e colposcópicos devem ser realizados em ambas as consultas. Se o diagnóstico citológico ou colposcópico progredir para um grau mais grave de anomalia em uma das consultas de acompanhamento durante a gravidez, deve ser feita uma biopsia dirigida com saca-bocado. Se a doença é estável, a paciente pode ser avaliada dois a três meses depois do parto para o diagnóstico definitivo por biopsia e conduta apropriada da(s) lesão(ões). Os planos de tratamento para as consultas de acompanhamento de

mulheres depois do parto dependem do diagnóstico final e são correspondentes aos descritos para mulheres não-grávidas.

Pode-se fazer parto vaginal se, confirmada a micro-invasão ou NIC, forem planejados a reavaliação e o

tratamento definitivo pós-parto. Essas pacientes devem ser vistas para a reavaliação definitiva 8 a 12 semanas depois do parto. Antes de uma nova colposcopia, o colo uterino deve ter regredido e/ou cicatrizado completamente.