

Edição XX

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 14

CÂNCERES GINECOLÓGICOS: DESAFIOS CLÍNICOS E AVANÇOS NA ONCOLOGIA MODERNA

GABRIELA VIEIRA PEREIRA¹
GABRIELA BERTO MIRANDA¹
GABRIELA MARTINS SANTOS¹
PIETRO VALADARES REZENDE NUNES²

1. Discente – Acadêmica de medicina, Universidade Professor Edson Antônio Velano - UNIFENAS-BH.
2. Docente - Médico do departamento de Clínica Médica, Hospital Júlia Kubistchek – Belo HORIZONTE.

Palavras-Chaves: *Oncologia Ginecológica; HPV; Terapia Oncológica.*

INTRODUÇÃO

A oncologia ginecológica constitui um campo de extrema relevância para a saúde pública global, abrangendo os tumores malignos que acometem o trato genital feminino, entre os quais se destacam os cânceres de colo do útero, ovário, endométrio, vulva e vagina. De acordo com estimativas recentes, mais de um milhão de novos casos de câncer ginecológico são diagnosticados anualmente em todo o mundo, configurando-se como importante causa de morbimortalidade feminina (**Tabela 14.1**) (BRAY *et al.*, 2020).

O câncer do colo do útero mantém elevada prevalência em países em desenvolvimento, sobretudo em decorrência da persistência da infecção por Papilomavírus humano (HPV), considerado fator etiológico determinante. O câncer de ovário, por sua vez, apresenta o pior prognóstico dentre os tumores ginecológicos, em razão da evolução clínica insidiosa e do diagnóstico frequentemente tardio. Já o câncer de endométrio está associado, principalmente, ao desequilíbrio hormonal estrogênio-progesterona, sendo mais incidente em países desenvolvidos.

A compreensão da complexidade desses tumores requer abordagem integrada que contemple aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Além disso, os avanços em terapias-alvo, imunoterapia e estratégias de prevenção, como a vacinação contra o HPV e o aconselhamento genético, têm promovido mudanças significativas no manejo e no prognóstico dessas neoplasias. Nesse contexto, torna-se essencial sistematizar os conhecimentos atuais, de forma a subsidiar práticas clínicas baseadas em evidências e políticas públicas efetivas para o controle dos cânceres ginecológicos.

Epidemiologia

- O câncer de colo do útero é o quarto mais comum entre as mulheres no mundo, com alta mortalidade em países de baixa renda (SUNG *et al.*, 2020).

- O câncer de ovário apresenta cerca de 314 mil novos casos e 207 mil mortes por ano (TORRE *et al.*, 2022).

- O câncer de endométrio é o mais incidente nos países desenvolvidos, frequentemente diagnosticado em fases iniciais (COLOMBO *et al.*, 2021).

Tabela 14.1 Incidência estimada de cânceres ginecológicos no mundo (2020)

Tipo de câncer	Casos novos/ano	Óbitos/ano
Colo do útero	604.000	342.000
Ovário	314.000	207.000
Endométrio	417.000	97.000
Vulva e vagina	72.000	27.000

Fonte: Adaptado de BRAY *et al.*, 2020.

Fisiopatologia

- Câncer do colo uterino: decorre da persistência de infecção por HPV de alto risco (tipos 16 e 18), que induzem alterações intraepiteliais até transformação maligna (WHO, 2021).

- Câncer de endométrio: relacionado à hiperplasia endometrial por estímulo estrogênico não balanceado pela progesterona (MORICE *et al.*, 2016).

- Câncer de ovário: envolve mutações em genes supressores tumorais, como BRCA1/2, que aumentam risco e agressividade da doença (DASARI *et al.*, 2018).

Manifestações clínicas

Câncer de colo do útero

Muitas vezes assintomático nas fases iniciais.

Sinais de alerta:

- Sangramento vaginal anormal (principal: pós-coito, entre menstruações ou após menopausa).
- Corrimento vaginal serossanguinolento ou fétido.
- Dor pélvica ou lombar em fases mais avançadas.
- Sintomas compressivos (disúria, constipação, hidronefrose) em doença localmente avançada.

Câncer de endométrio

Sintoma mais frequente e precoce:

- Metrorragia pós-menopausa (mesmo discreta, deve ser investigada).
- Outros sintomas:
- Sangramento irregular em mulheres na perimenopausa.
- Dor ou desconforto pélvico.
- Aumento do volume uterino.
- Corrimento serossanguinolento em mulheres idosas.

Câncer de ovário

Geralmente silencioso nas fases iniciais; sintomas aparecem em estágios avançados.

Sinais inespecíficos (podem simular distúrbios gastrointestinais):

- Distensão abdominal progressiva.
- Sensação de plenitude/saciedade precoce.
- Dor ou desconforto abdominal e pélvico.
- Alterações urinárias (polaquiúria, urgência) por compressão.
- Ascite em doença avançada.
- Pode haver perda ponderal e fadiga.

Rastreamento e diagnóstico do câncer de colo de útero

Diferentemente do Câncer de Colo de Útero, não existem programas de rastreamento populacional eficazes e recomendados para outros tipos de cânceres ginecológicos em mulheres assintomáticas e de risco habitual. O que existe são condutas específicas para grupos de alto risco. Dessa forma, segue a descrição do rastreio realizado no Brasil (**Figura 14.1**):

População-alvo: Mulheres de 25 a 64 anos (risco padrão).

A coleta pode ser feita por profissional de saúde (preferencial) ou autocoleta.

Resultado do teste de DNA-HPV

- HPV não detectado (negativo)
 - Repetir teste em 5 anos.
- HPV 16 e/ou 18 detectado
 - Encaminhar direto para colposcopia.
- HPV oncogênico detectado (outros tipos ≠16/18)
 - Fazer citologia reflexa (na mesma amostra):
 - Citologia alterada (ASC-US+ ou insatisfatória) → Colposcopia.
 - Citologia normal → Repetir teste de DNA-HPV em 12 meses.

Se continuar positivo após 24 meses → Colposcopia, mesmo que citologia normal.

- Teste inválido/inconclusivo
 - Repetir coleta.

Prevenção complementar: vacinação contra HPV.

Prevenção

As estratégias preventivas buscam reduzir a incidência e mortalidade por cânceres ginecológicos:

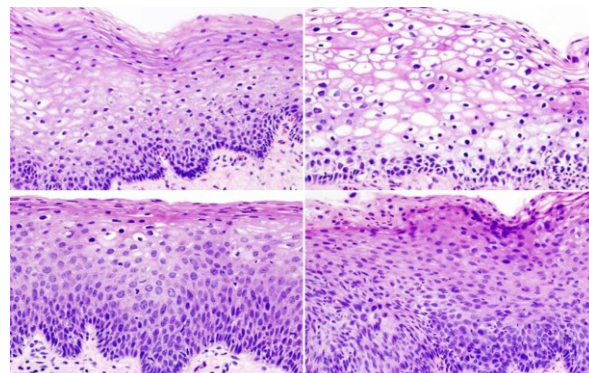
1. Vacinação contra HPV: medida mais eficaz na prevenção do câncer de colo uterino,

devendo ser aplicada preferencialmente antes do início da vida sexual (**Gráfico 14.1**).

2. Rastreamento sistemático: programas públicos com citologia (Papanicolau) e, progressivamente, testes moleculares de DNA-HPV para detecção precoce de lesões precursoras.

3. Aconselhamento genético: indicado para mulheres com histórico familiar sugestivo ou mutações confirmadas em genes BRCA1/ BRCA2 e síndrome de Lynch, permitindo medidas como vigilância intensiva ou cirurgias redutoras de risco (salpingo-ooforectomia profilática).

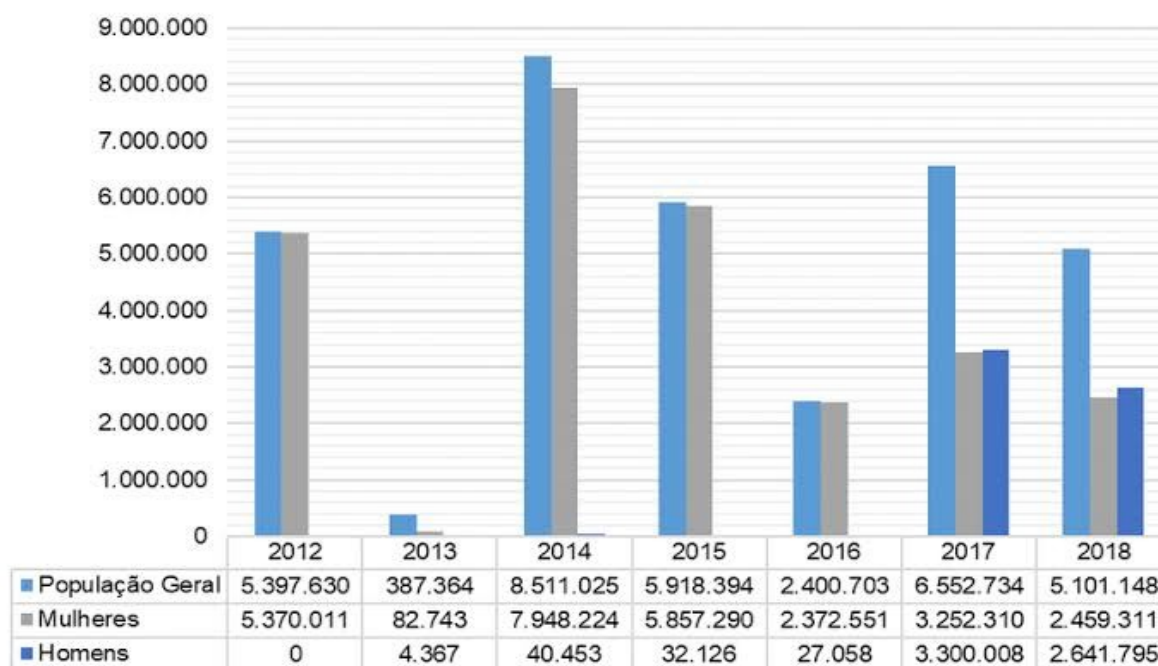
Figura 14.1 Lâmina histológica do colo do útero corada em H&E



Legenda: Lâmina evidenciando neoplasia intraepitelial cervical (CIN), com graus progressivos de displasia epitelial (CIN I a CIN III).

Fonte: MedCell Histology/Yale University. **TRATAMENTO**

Gráfico 14.1 Número de doses de vacinas contra o HPV aplicadas no Brasil entre 2012 e 2018, segundo população geral, mulheres e homens



Fonte: FERREIRA *et al.*, 2022.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 70, n. 4, p. 313-336, 2020. Doi: 10.3322/caac.21660.

COLOMBO, N. *et al.* Endometrial cancer: ESMO–ESGO–ESTRO clinical practice guidelines. Annals of Oncology, v. 32, n. 12, p. 1636-1652, 2021. Doi: 10.1016/j.annonc.2021.09.019.

DASARI, S. *et al.* The role of BRCA1/2 mutations in gynecologic cancers: clinical implications. Gynecologic Oncology, v. 150, n. 3, p. 514-521, 2018. Doi: 10.1016/j.ygyno.2018.06.002.

FERREIRA, R.M.C. *et al.* Cobertura de doses da vacina contra HPV e variação por nível de privação material dos municípios brasileiros, 2012 a 2018. ResearchGate, 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/364287308_Cobertura_de_doses_da_vacina_contra_HPV_e_variacao_por_nivel_de_privacao_material_dos_municipios_brasileiros_2012_a_2018. Acesso em: 30 ago. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV Oncogênico. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025. Brasília, DF, 29 jul. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/r/rastreamento-cancer-do-colo-do-utero/@@download/file>. Acesso em: 30 ago. 2025.

MORICE, P. *et al.* Endometrial cancer. Lancet, v. 387, n. 10023, p. 1094-1108, 2016. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)00130-0.

SUNG, H. *et al.* Global patterns in cervical cancer incidence and mortality. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, v. 29, n. 4, p. 703-712, 2020. Doi: 10.1158/1055-9965.EPI-19-0857.

TORRE, L.A. *et al.* Ovarian cancer statistics, 2022. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 72, n. 3, p. 191-211, 2022. Doi: 10.3322/caac.21727.

WHO. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>. Acesso em: 30 ago. 2025.

YALE UNIVERSITY. Histopathological slide of cervical intraepithelial neoplasia (CIN I–III), H&E stain [imagem]. MedCell Histology / Yale University. Disponível em: [<https://screening.iarc.fr/atlasclassifwho.php>]. Acesso em: 30 ago. 2025.