

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA  
ORIENTADOR: LUIZ FERNANDO SOMACAL**

**WERTHEIM-MEIGS NO TRATAMENTO DO CARCINOMA  
DO COLO UTERINO - UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA**

**Ana Cristina Boing**

**Florianópolis  
1995**

7,5  
J. S.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA**

**WERTHEIM-MEIGS NO TRATAMENTO DO CARCINOMA  
DO COLO UTERINO - UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA**

**Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina da  
Universidade Federal de Santa Catarina**

**Florianópolis  
1995**

À Celestina Goedert Kreusch (*in  
memorian*), minha "*mutter*", pelas  
incansáveis histórias sobre mulheres e  
partos...

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Dr. Luiz Fernando Somacal, pela prontidão com que aceitou orientar este trabalho, bem como pela competência e paciência demonstradas.

À Eleonor Connil, mestre e amiga, pelo "Desafio do Conhecimento"...

Aos funcionários do arquivo médico e centro de estudos da Maternidade Carmela Dutra, aos funcionários do Laboratório de Anatomia Patológica da Fundação Hospitalar de Santa Catarina pela dedicação nas longas tardes...

"A verdade só ganha seu pleno sentido ao fim de uma polêmica. Não poderia haver assim verdade primeira. Não há senão erros primeiros".

( Bauchelard)

## RESUMO

Cento e quarenta pacientes foram submetidas à cirurgia de Wertheim-Meigs na Maternidade Carmela Dutra entre janeiro de 1985 e dezembro de 1994. Os dados foram obtidos por meio de estudo retrospectivo de prontuários médicos e laudos anatomopatológicos.

Cerca de 84.69% (n=83) destes pacientes foram incluídos neste estudo (carcinoma de colo uterino). A faixa de idade ficou entre 25- 72 anos e o tempo médio de hospitalização, em 7.93 dias (faixa: 3-27). A queixa de apresentação mais comum foi sinusorragia (34.4%) e em 19.67% dos casos a paciente achava-se assintomática e o carcinoma foi descoberto a partir da citologia oncótica. O duração média de cirurgia foi de 162.71 minutos. Verificou-se metástase ganglionar em sete casos e em 43 casos (55.12%) o estadiamento pré-cirúrgico coincidiu com o pós-cirúrgico. As complicações pós-operatórias ocorreram em 36.14% dos casos. As complicações mais comuns envolviam: infecção de parede, recidiva tumoral e fistulas do trato urinário. Os resultados obtidos foram comparados aos registrados na literatura médica.

## ABSTRACT

Four-hundred patients were underwent Wertheim-Meigs Hysterectomy in Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis) from January 1985 to December 1994. Medical records and pathologic results were reviewed retrospectively. Of these cases, 84.69% (n=83) were included in this study.

A patients ranged in age from 25 to 72 years. The patient's mean number of days spent in the hospital was 7.93 days with the shortest at 3 and the longest at 27 days . The most commom complaints were postcoital vaginal bleeding (34.4%) and 19.67% of cases the patients were asyntomatic and the cancer was discovered through a routine Pap smear. The mean operating time was 162.71 minutes. In seven cases there were lymph node involvement and in 43 cases (55.12%) the preoperative clinical stage concured with the postoperative stage. Postoperative complications occurred in 36.14% of the cases. The most commom complications involved: wound infection, tumoral recidive and urinary tract fistula. These results were compared with those reported in the literature.

## SUMÁRIO

1. DEDICATÓRIA.....	i
2. AGRADECIMENTOS.....	ii
3. EPÍGRAFE.....	iii
4. RESUMO.....	iv
5. ABSTRACT.....	v
6. INTRODUÇÃO.....	iv
7. CAPÍTULO I - MATERIAIS E MÉTODOS.....	12
8. CAPÍTULO II - RESULTADOS.....	14
8.1. Incidência.....	14
8.2. Procedência.....	16
8.3. Idade.....	18
8.4. Tempo de Internação.....	19
8.5. Sintoma de Apresentação.....	20
8.6. Duração da Cirurgia.....	21
8.7. Tipo Histológico.....	21
8.8. Número de Gânglios Retirados x Afetados.....	22

8.9. Estadiamento Pré-operatório.....	23
8.10. Estadiamento Pós-operatório.....	24
8.11. Complicações.....	24
9. CAPÍTULO III - DISCUSSÃO.....	26
10. CONCLUSÃO.....	37

## INTRODUÇÃO

A primeira tentativa cirúrgica no tratamento do carcinoma do colo uterino foi registrada em 1878 por Freund que realizou uma histerectomia abdominal total com remoção de linfonodos. Em 1895, Clark & Reis reportaram alguns casos de histerectomia abdominal no tratamento do colo uterino. Na ocasião, já se havia sugerido a necessidade de linfadenectomia como tempo importante da cirurgia ( apud Averette et al, 1993). Entretanto, maior crédito é dado a Wertheim que registrou sua técnica de histerectomia numa série de 500 casos consecutivos (Wertheim incluiu a remoção dos tecidos de sustentação adjacentes mediais aos ureteres e dos linfonodos aparentemente metastáticos).

No início do século XX, o *radium* foi descoberto e iniciou sua escalada como recurso terapêutico. Dados os altos índices de mortalidade cirúrgica (15 - 20%), a cirurgia de Wertheim tornou-se menos popular nos próximos trinta anos. Durante este período, a radioterapia foi usada exclusivamente para todos os estágios do carcinoma cervical. Em 1934, a linfadenectomia volta à tona, depois de produzir um incremento de 10% nos índices de sobrevivência em cinco anos, quando associada à radioterapia ( Taussing apud Averette et al, 1993). E, finalmente, em 1944 Meigs descreve sua técnica de histerectomia que inclui remoção do

útero com os tecidos de suporte adjacentes laterais aos ureteres e a linfadenectomia de rotina. Meigs mostrou uma morbidade aceitável e uma incidência de 17% metástases ganglionares nos estadios I<sub>B</sub> e II. A partir daí, esta cirurgia tem recebido múltiplas modificações tais como as de Okabayashi e outras (Goodman & Hill, 1994).

Atualmente, a histerectomia radical de Wertheim-Meigs continua sendo a cirurgia de escolha no tratamento do carcinoma do colo uterino pouco invasivo. Embora tratando-se de uma cirurgia tecnicamente difícil e com alto índice de complicações, a Wertheim-Meigs, quando bem realizada, é tida como terapêutica definitiva para esses casos. ( Goodman & Hill, 1994).

A idéia de reunir nossa própria casuística no que concerne à cirurgia de Wertheim-Meigs, levou à realização deste trabalho. Ele busca retratar basicamente o perfil desta técnica cirúrgica no tratamento do colo uterino em nosso meio explorando aspectos como: faixa etária, sintomas de apresentação, tempo de internação, tipo histológico, estadiamento pré e pós-operatório, complicações, bem como aspectos da técnica cirúrgica em si, através de uma análise retrospectiva dos últimos dez anos.

## **CAPÍTULO I**

### **MATERIAIS E MÉTODOS**

Realizou-se um estudo retrospectivo através de revisão dos prontuários da Maternidade Carmela Dutra (MCD) - Florianópolis e dos laudos anatomopatológicos do Laboratório de Anatomia Patológica da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, por meio de aplicação de protocolo . Constaram no referido protocolo: faixa etária, procedência, tempo de internação, tempo cirúrgico, estadiamento pré e pós-cirúrgico , laudo anatomopatológico e complicação. Não foi possível levantar dados a cerca do número de gestações e paridade, métodos diagnósticos e de estadiamento, utilização de drenos, sondagem vesical e terapêutica radioterápica.

Foram encontrados cento e quarenta casos de Wertheim-Meigs nos registros médicos da MCD de janeiro de 1985 à dezembro de 1994. Destes, foi-nos possível acessar apenas

noventa e oito casos(n=98), posto que quinze (n=15) deles encontravam-se no *arquivo morto*\* e vinte e sete (n=27) se constituíam erro de registro. Os resultados obtidos foram discutidos à luz da literatura médica baseada em revisão bibliográfica dos últimos dez anos.

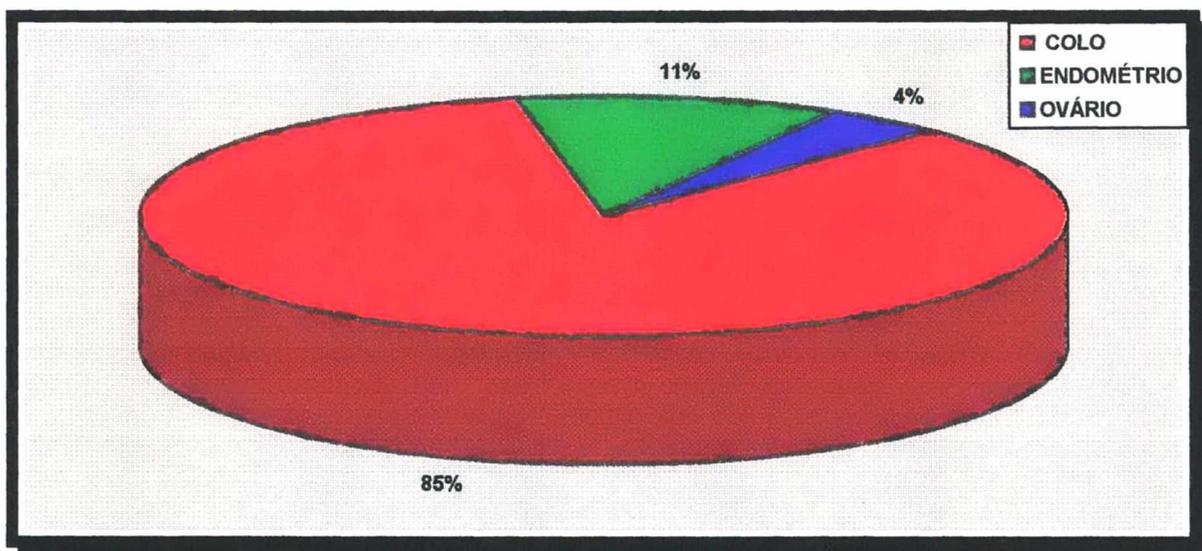
\* *Arquivo morto: composto por prontuários médicos com número de registro antigo e que foram retirados de circulação, encontrando-se fora de organização.*

## **CAPÍTULO II**

### **RESULTADOS**

#### **1. INCIDÊNCIA DO CARCINOMA DO COLO UTERINO COMO INDICAÇÃO DE WERTHEIM-MEIGS**

Durante o período de 1985-1994 foram realizadas cento e quarenta cirurgias Wertheim-Meigs na Maternidade Carmela Dutra ( Florianópolis - SC ). Esta revisão estudou noventa e oito destes casos, posto que quinze deles se encontravam no "arquivo morto" e vinte e sete se constituíram erro de registro. Dos casos levantados, em 84.69% ( n=83) o carcinoma de colo uterino foi a patologia de base, seguido pelos carcinomas de endométrio e ovário com 11.22% (n=11) e 4.08% ( n=4 ), respectivamente.( Fig.1 )



**Fig . 1 - Patologias submetidas à cirurgia de Wertheim-Meigs na Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis - SC) entre os anos de 1985 - 1994**

Obteve-se o seguinte número de Wertheim-Meigs distribuídas ao longo dos anos: nove (n=9) em 1985, dez (n=10) em 1986, onze (n=11) em 1987, dez (n=10) em 1988, onze (n=11) em 1989, dezessete (n=17) em 1990, quinze (n=15) em 1991, doze (n=12) em 1992, dezoito (n=18) em 1993 e vinte e sete (n=27) em 1994, distribuídas segundo as patologias-base , conforme mostra a fig. 2 .

A partir deste ponto, faremos referência apenas às cirurgias de Wertheim-Meigs realizadas em pacientes com carcinoma de colo uterino.

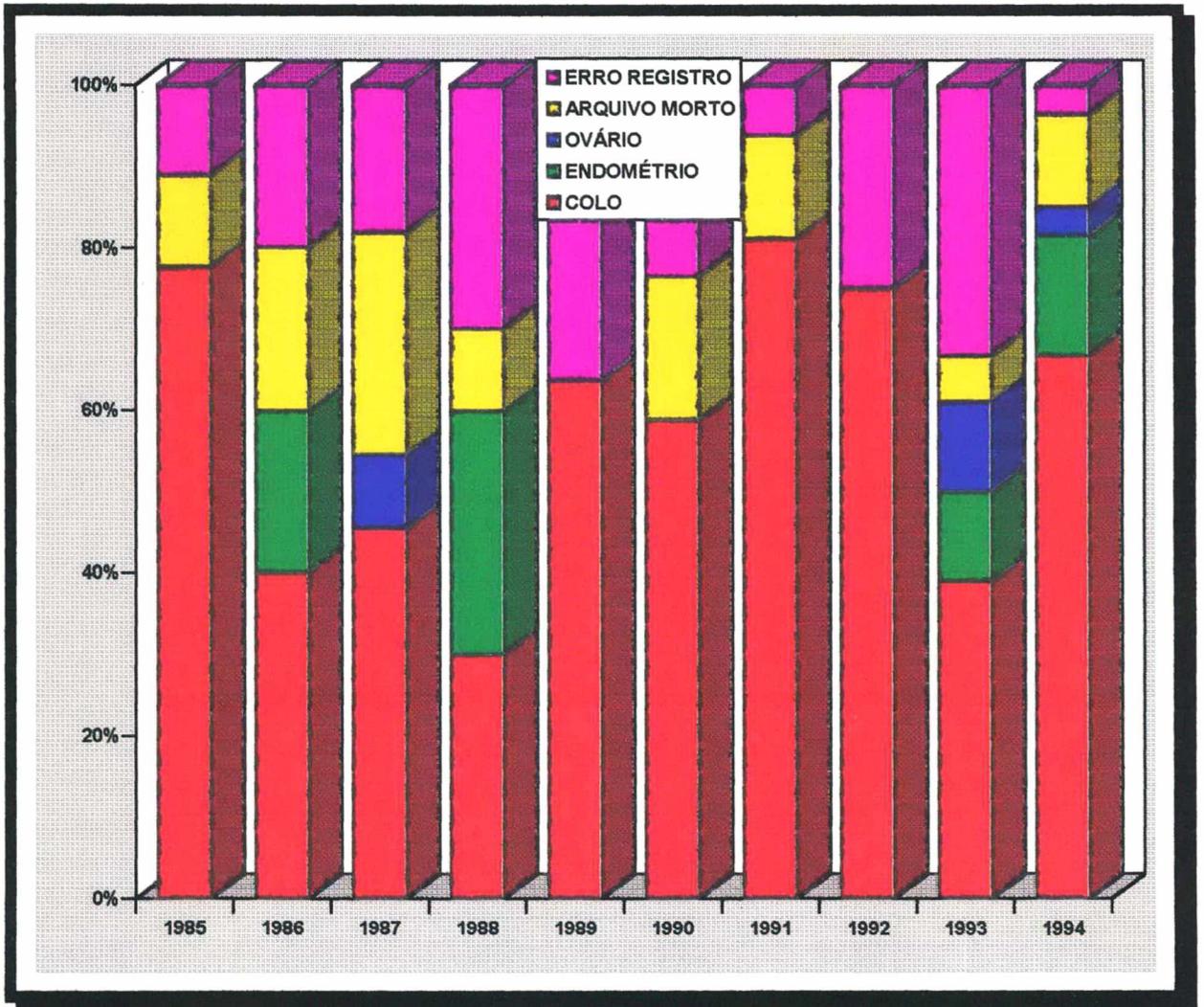


Fig. 2 - Total de casos submetidos à Wertheim-Meigs distribuídos segundo ano de ocorrência.

## 2. PROCEDÊNCIA

As pacientes com CCU procediam de trinta e três cidades catarinenses. Dado a variabilidade de procedência, estas foram agrupadas da seguinte forma:

## 2.1. REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Composta pelas cidades de: Florianópolis, São José, Biguaçu, Palhoça e Antônio Carlos.

## 2.2. REGIÃO DO VALE DO RIO TIJUCAS

Composta pelas cidades de: Tijucas, Canelinha e Porto Belo.

## 2.3. REGIÃO DO VALE DO ITAJAÍ

Composta pelas cidades de: Itajaí, Blumenau, Brusque, Balneário Camboriú, Rio do Sul e Ibirama.

## 2.4. REGIÃO NORTE DO ESTADO

Composta pela cidade de Joinville.

## 2.5. REGIÃO SUL DO ESTADO

Composta pelas cidades de: Tubarão, Laguna, Imbituba, Grão-Pará, Nova Veneza e Gravatal.

## 2.6. REGIÃO DO PLANALTO SERRANO

Composta pelas cidades de: Campos Novos e Bom Jardim da Serra.

## 2.7. REGIÃO OESTE DO ESTADO

Composta pelas cidades de São Miguel d'Oeste, Chapecó, Joaçaba, Caçador, Concórdia, Erval d'Oeste, Coronel Freitas, Erval Velho e Xaxim.

Cerca de 46.98% (n=39) das pacientes com CCU eram provenientes da Grande Florianópolis; 3.61% (n=3), do Vale do Rio Tijucas; 14.45% (n=12), do Vale do Itajaí; 14.45% (n=12), do norte do estado; 15.66% (n=13), do sul ; 3.61% (n=3), do planalto serrano; e 14.45% (n=12), do oeste do estado. ( Tabela 1)

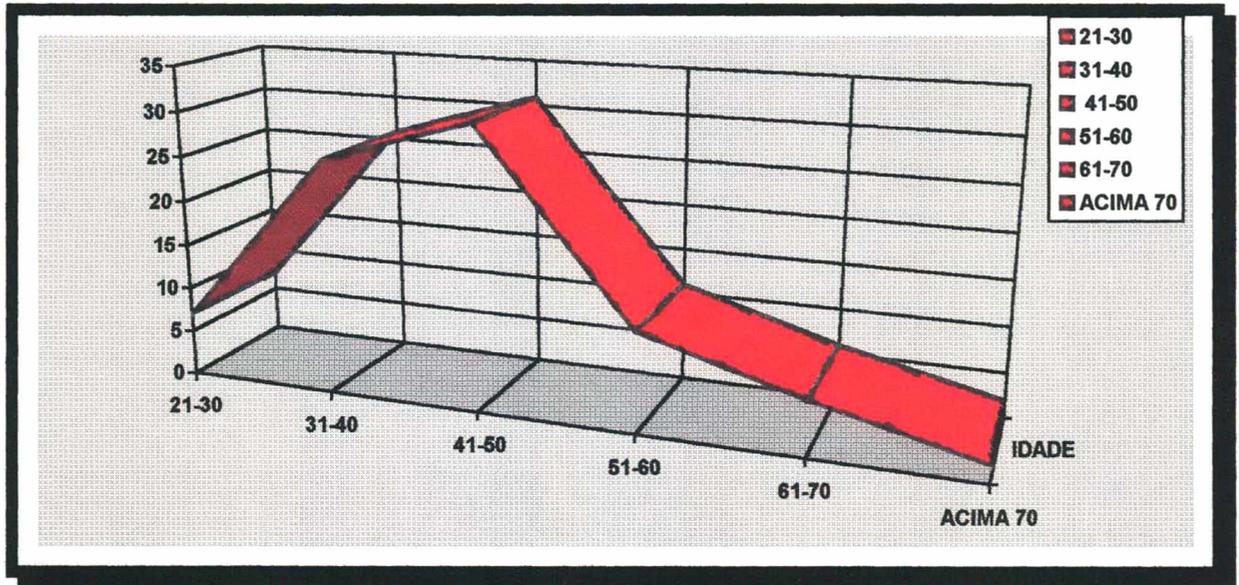
**Tabela 1 - Procedência por região**

PROCEDÊNCIA	No. ABSOLUTO	%
Grande Florianópolis	38	45.78
Vale do Rio Tijucas	03	3.61
Vale do Itajaí	12	14.45
Norte do Estado	02	2.40
Sul do Estado	13	15.66
Planalto Serrano	03	3.61
Oeste do Estado	12	14.45
TOTAL	83	100.00

### 3. FAIXA ETÁRIA

A média de idade das pacientes com carcinoma de colo uterino (CCU) submetidas à cirurgia de Wertheim-Meigs foi de 44.06% (mín. 25 - máx.72). Destas, sete (n=7) tinham idade

entre 21 e 30 anos; vinte e seis (n=26), entre 31 e 40; trinta e uma (n=31), entre 41 e 50; onze (n=11), entre 51 e 60; seis (n=6), entre 61 e 70; e duas (n=2) acima de 70 anos. (Fig.3)



**Fig.3 - Distribuição das pacientes com CCU submetidas à Wertheim-Meigs de acordo com a faixa etária.**

#### 4. INTERNAÇÃO

O tempo médio de internação das pacientes com CCU submetidas à Wertheim-Meigs foi de 7.93 dias (mín.3 - máx.27). Do total de pacientes (n=83), 36.06% (n=32) permaneceram até cinco dias internadas; 48.8% (n=41), entre seis a dez dias; 8.33% (n=7), entre onze e quinze dias; 1.19% (n=1), entre dezesseis e vinte dias; 2.38% (n=2), entre vinte e um e vinte e seis dias; e 1.19% (n=1), acima de 26 dias. (Fig.4)

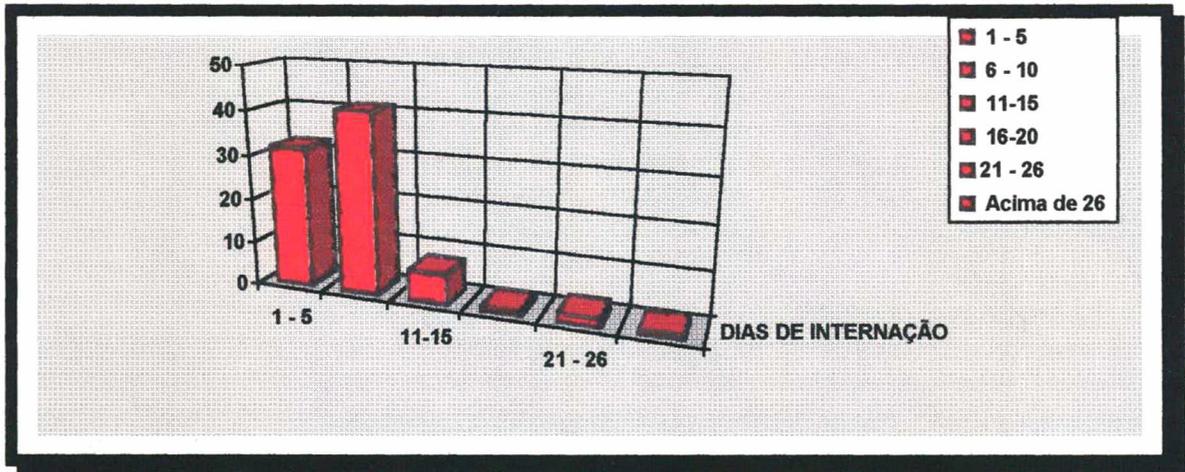


Fig.4 - Número de casos de acordo com o tempo de internação

## 5. SINTOMA DE APRESENTAÇÃO

Tabela 2 - Principais queixas de apresentação

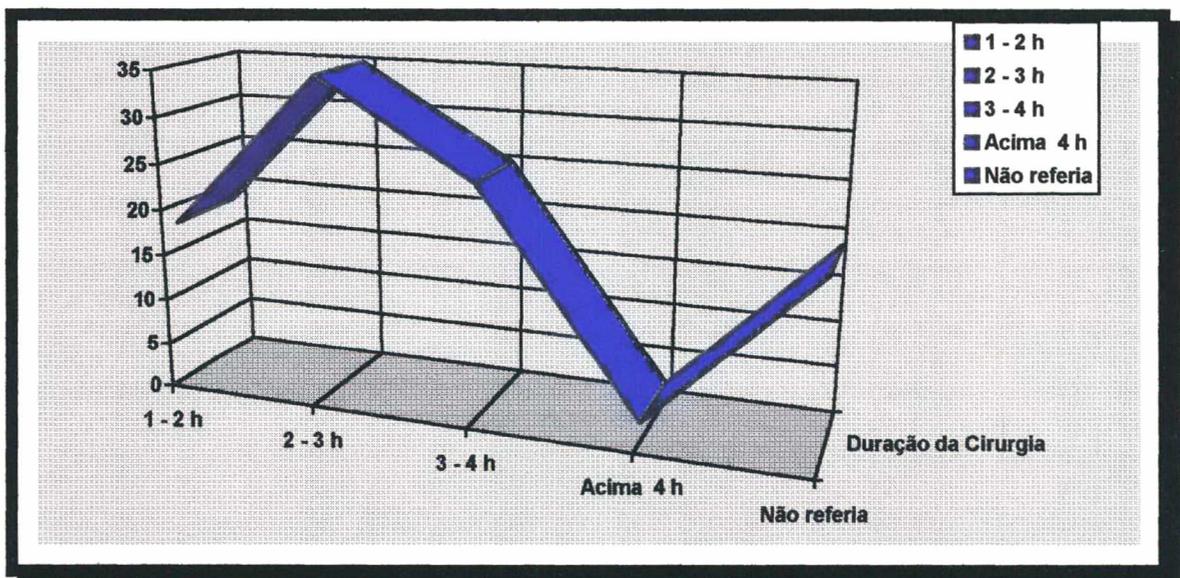
QUEIXA	No. ABSOLUTO	%
Sinusorragia	21	34.42
Metrorragia	19	31.14
Leucorréia	13	21.31
Hemorragia pós-menopausa	12	19.67
Dor pélvica	12	19.67
Assintomática (CO)	12	19.67
Dispareunia	03	4.91
Perda de peso	02	3.27
Pólipo endocervical	01	1.63

\* Não há relato de queixa em 15 casos

\*\*Dezenove pacientes apresentaram mais de uma queixa

## 6. DURAÇÃO DA CIRURGIA

A duração média das cirurgias de Wertheim-Meigs por CCU foi de 162.71 minutos (mín. 70 e máx. 285). Em cerca de 18.07% (n=15) dos casos a duração da cirurgia esteve entre 1 à 2 horas; em 34.93% (n=29) dos casos, entre 2 à 3 horas; em 25.30% (n=21), entre 3 à 4 horas; e, em somente 2.40% (n=2), a cirurgia teve duração superior a 4 horas. Em 19.27% dos casos (n=16) não havia qualquer menção a cerca da duração do ato cirúrgico.



**Fig. 5 - Porcentagem de casos agrupados segundo duração da cirurgia**

## 7. TIPO HISTOLÓGICO

Em 6.02% (n=5) dos casos de CCU não foi possível obter o laudo anatomopatológico. O exame histológico demonstrou que 93.58% (n=79) das pacientes analisadas apresentavam carcinoma de células escamosas(CEC) e, 6.41% (n=5), adenocarcinoma.

Somente 3.79% (n=3) dos laudos de CEC revelavam o subtipo histológico-queratinizante ou não-queratinizante ( amostra desprezada).

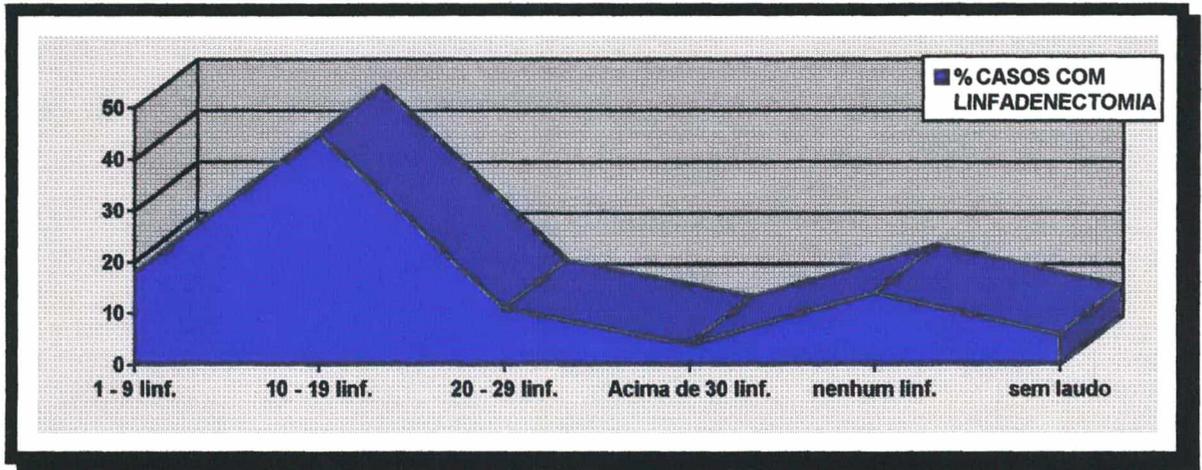
## 8. NÚMERO DE GÂNGLIOS RETIRADOS x AFETADOS

Em 6.02% (n=5) dos casos das cirurgias de Wertheim-Meigs por CCU não foi possível obter o laudo anatomopatológico.

Em 14.45% (n=12) não houve linfadenectomia.

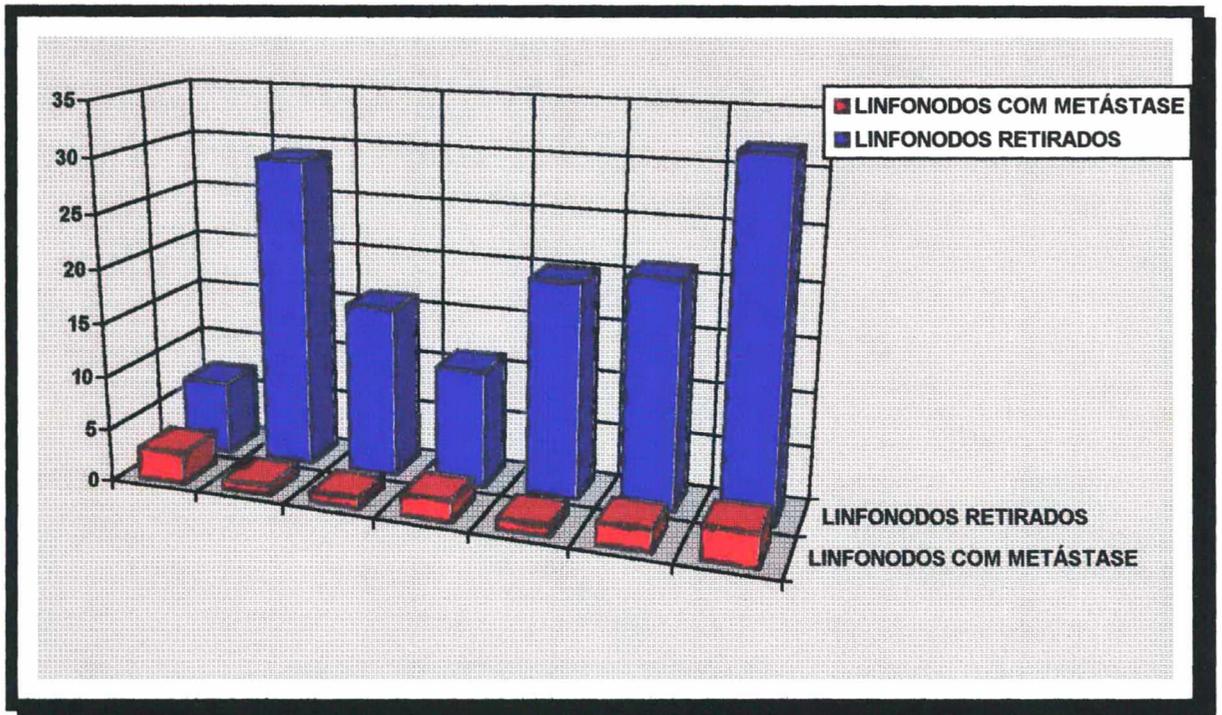
A média de gânglios retirados foi de 13.42% (mín. 0 - máx. 33). Desconsiderando os casos em que nenhum gânglio foi retirado, ter-se-ia uma média de 15.62.

Em cerca de 18.07% (n=15) dos casos, o número de gânglios retirados esteve entre um e nove; em 45.78% (n=38), entre dez e dezenove; em 10.84% (n=9), entre vinte e vinte e nove; e em 4.81% (n=4) o número de gânglios retirados esteve acima de trinta. (Fig. 5)



**Fig. 5 - Porcentagem de linfadenectomia segundo número de gânglios retirados**

Em sete casos (8.43%), a histologia revelou metástase ganglionar. No CASO 1, dos sete (n=7) linfonodos retirados, três (n=3) deles apresentavam metástase. No CASO 2, dos vinte e nove linfonodos (n=29), um (n=1) apresentava-se com metástase. Nos casos seguintes, foram retirados em cada cirurgia dezesseis (n=16), onze (n=11), vinte (20), vinte e um (n=21), e trinta e dois (n=32) linfonodos, encontrando-se em cada caso um (n=1), dois (n=2), um (n=1), dois (n=2) e três (n=3) linfonodos acometidos pela neoplasia, respectivamente. (Fig. 6)



**Fig. 6 - Relação entre número de linfonodos saudáveis/metastáticos**

## 9. ESTADIAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

O estadiamento "in situ" foi a hipótese diagnóstica pré-operatória em 12.82% (n=10) dos casos de CCU submetidos à cirurgia de Wertheim-Meigs; estadiamento I<sub>A</sub> em 19.23% (n=15); estadiamento I<sub>B</sub> em 44.87% (n=35); estadiamento II<sub>A</sub> em 21.79% (n=17) e IV<sub>A</sub> em 1.28% (n=1). (Tab. 3)

## 10. ESTADIAMENTO PÓS-OPERATÓRIO

Os estadiamentos pós-operatórios encontrados foram: "in situ" em 26.50% (n=22) dos casos; I em 34.93% (n=29); II em 19.27% (n=16); III em 3.61% (n=3); IV em 2.40% (n=2) dos casos.(Tab. 3). Cerca de 7.22% (n=6) dos não havia estadio pós-operatório.

**Tabela 3 - Correlação entre estadiamento pré e pós-operatório**

		PÓS- OP											
		sem CA	in situ	IA	IB	IIA	IIIB	IIIA	IIIB	IVA	IVB	TOTAL	%
P	in situ	-	10*	-	-	-	-	-	-	-	-	10	12.82
R	IA	1	7	3*	2	-	1	1	-	-	-	15	19.23
É	IB	-	7	3	20*	3	1	-	-	1	0	35	44.87
-	IIA	-	1	-	4	9*	2	-	1	-	0	17	21.79
O	IVA	-	-	-	-	-	-	-	-	1*	-	1	1.28
P	TOTAL	1	25	6	26	12	4	1	1	2	0	78	100
	%	1.28	32.05	7.69	33.33	15.38	5.12	1.28	1.28	2.56	8.97		

\* Diagnóstico pré-operatório coincidiu com diagnóstico pós-operatório

## 8. COMPLICAÇÕES

**Tabela 4 - Complicações da Cirurgia de Wertheim-Meigs em pacientes com CCU**

COMPLICAÇÃO	NO. DE CASOS	%
ITU	11	13.25
Recidiva	8	9.63
Infecção de parede	7	8.43
Fístula urinária	4	4.81
Obstrução ureteral	4	4.81
Linfocele	3	3.61
Trombose venosa	3	3.61
Obstrução intestinal	2	2.40
Lesão ilíaca interna	2	2.40
Hemorragia pós-op	2	2.40
Lesão vesical	2	2.40
Hematúria não esclarecida	2	2.40
Abscesso pélvico	2	2.40
Ins. Renal aguda	2	2.40
Metástase	2	2.40
Deiscência	1	1.20
Incontinência urinária	1	1.20
Choque hipovolêmico	1	1.20
Choque séptico	1	1.20
Fibrilação atrial aguda	1	1.20
Natimorto	1	1.20
Óbito	1	1.20

\* Em 53 casos não houve relato de complicação

\*\* Em 18 casos houve mais de uma complicação

\*\*\* Cerca de 36.14 dos casos apresentaram complicações

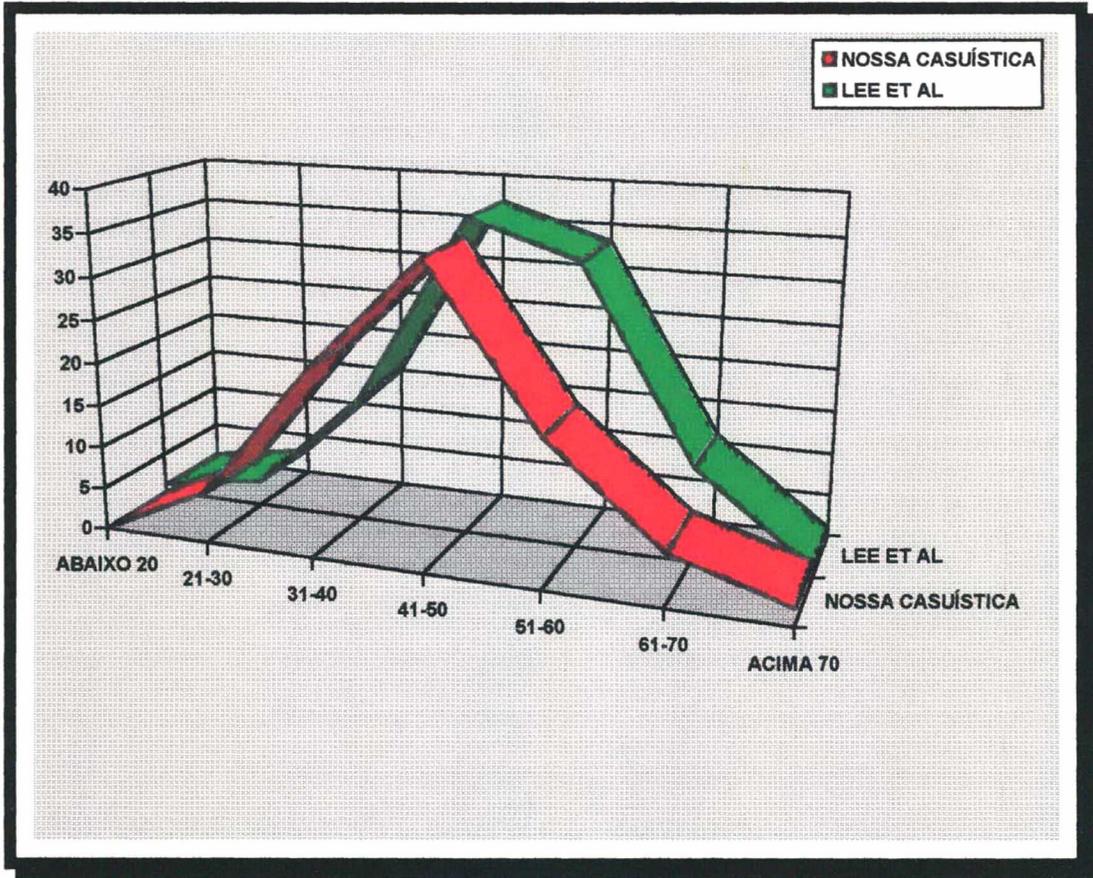
## CAPÍTULO III

### DISCUSSÃO

"A cirurgia de Wertheim-Meigs envolve a dissecação em bloco com remoção cuidadosa de todos os nódulos linfáticos pélvicos encontrados, juntamente com a remoção do útero, tubas, ovários, ligamentos e porção superior da vagina, envolvendo extensiva dissecação dos ureteres e bexiga" (Goodman & Hill, 1994), sendo empregada na terapêutica do carcinoma do colo uterino nos estádios I e II.

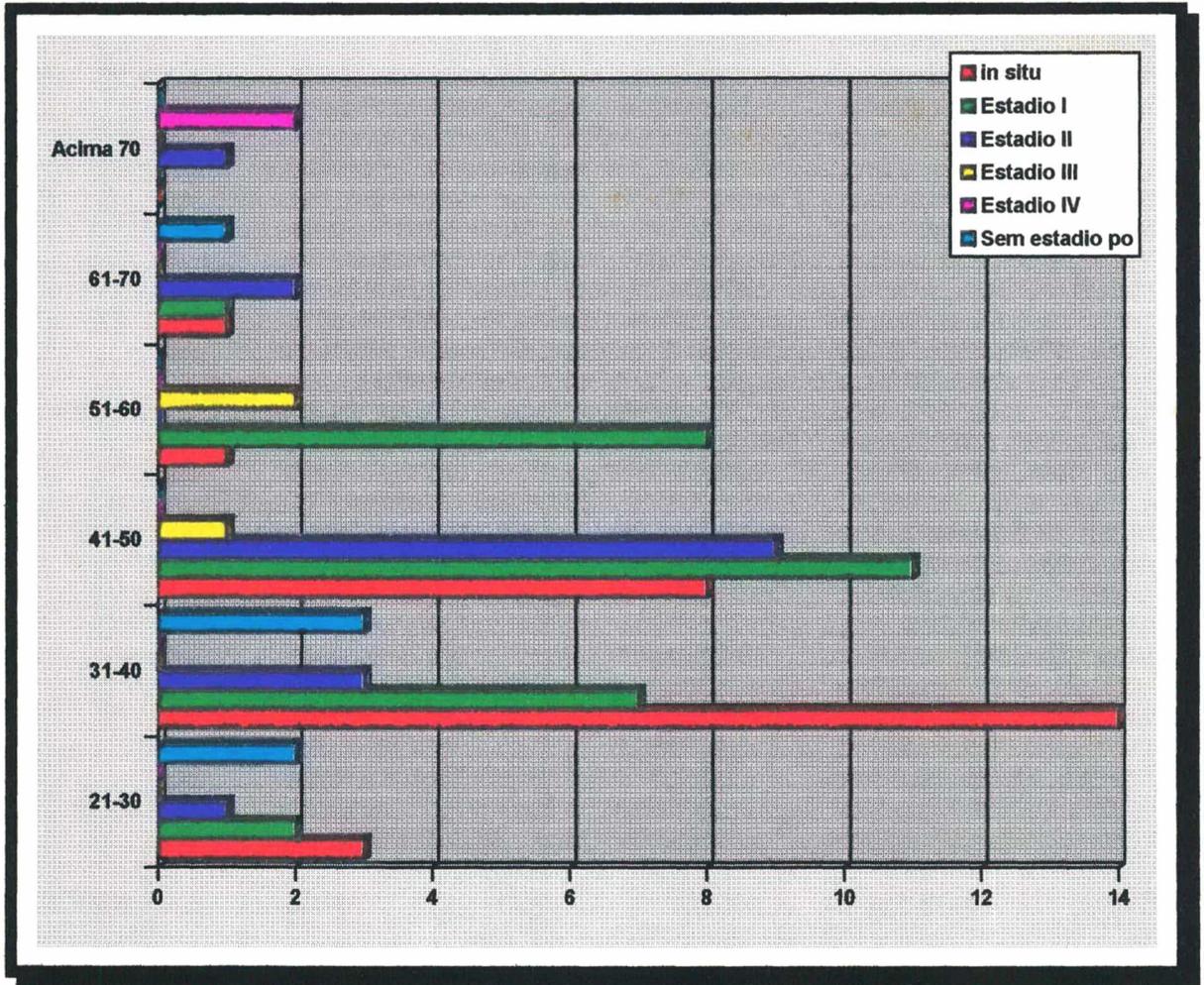
Goodman (1994) e Baker (1994) referem que a biópsia seletiva dos gânglios linfáticos e periaórticos faz parte do estadiamento cirúrgico destas patologias e, de modo algum, pode ser comparada à extensa cirurgia de Wertheim-Meigs.

A maior parte das pacientes estudadas estavam na faixa etária entre 41 - 50 anos (n=31), o que corresponde à 37.34% de todas as pacientes submetidas à Wertheim-Meigs por CCU. Lee et al (1989) apresenta em seu trabalho uma estatística semelhante: das 954 pacientes analisadas, 355 (37.21%) delas pertencem à essa faixa etária (fig. 7).



**Fig. 7 - Distribuição comparativa dos estadios I e II**

Analisando-se a figura 8, pode-se notar o flagrante predomínio do estadio "in situ"(31.40%).



**Fig. 8 - Distribuição das faixas etárias de acordo com estadiamento pós-operatório**

Considerando-se apenas as pacientes em estadio I e II verifica-se que ambos estadios foram preponderantes na faixa de 41-50 anos: 31.42% (n=11) das pacientes em estadio I e 25.71% (n=9) das pacientes em estadio II. Lee et el (1989) refere que a maioria de suas pacientes em estadio I estavam distribuídas entre 41-50 anos (26.5%), enquanto que as do estadio II, entre 51-60 anos (16.03%)

O tempo médio de internação das pacientes em estudo (7.93 dias) está muito aquém dos dados obtidos por Lee et al (27 dias) Ao mesmo tempo, cerca de 84.86 das nossas pacientes permaneceram até 10 dias hospitalizados, na amostra desses autores a maior parte das pacientes (53.9) permaneceu 21-30 dias

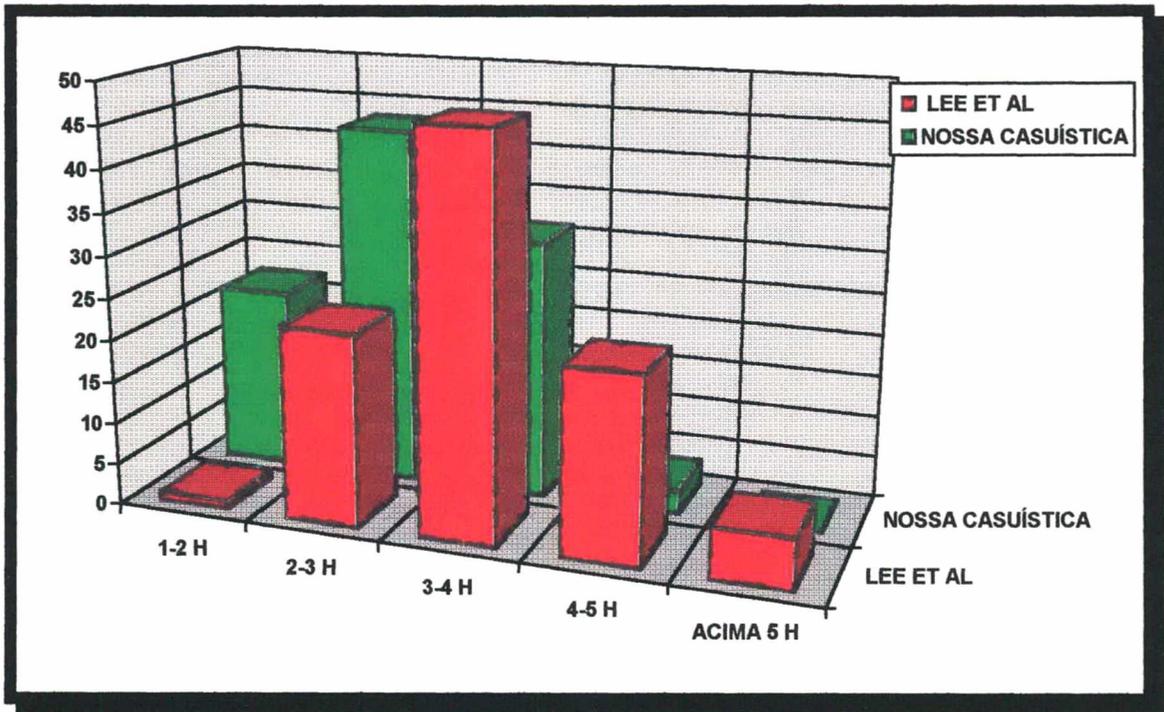
Já Chapman et al (1992), em um estudo no qual avaliou a reoperação radical em mulheres com CCU que tiveram o útero retirado por uma indicação benigna encontraram um tempo de hospitalização médio de oito dias (faixa: 3 - 13)

Cerca de 65.56% (n=40) procuraram auxílio médico devido ao sangramento vaginal (com ou sem outro sintoma associado): 34.42% por sinusorragia e 31.14% por metrorragia. O sangramento vaginal é um sintoma clínico habitualmente inicial e é produzido pela rotura dos vasos neoformados que irrigam o tumor. Pode ser espontâneo, mas em geral, nos estadios iniciais é provocado pelo exame genital ou pelo coito (sinusorragia).( Calatroni & Ruiz, 1985) É importante salientar que esta sintomatologia não representa a sintomatologia de apresentação dos carcinomas de colo de útero em geral. Esta é a sintomatologia de um tumor precoce e ainda operável.

Em 19.67% dos casos, alterações da citologia oncótica levaram pacientes assintomáticas ao diagnóstico de CCU.

Em seu trabalho, Lee et al (1989) revelou que a apresentação mais comum foi também a sinusorragia em 41.4%, seguida pelo sangramento pós-menopausa (32.8%) e leucorréia em (29.3%). Em apenas 2.4% dos casos, suas pacientes eram assintomáticas.

O gráfico (fig. 9) compara a duração da cirurgia de Wertheim-Meigs do estudo de Lee et al com a nossa casuística , desconsiderando os casos em que o tempo cirúrgico não foi referido ( note-se a inversalidade dos valores).



**Fig. 9 - Duração da Cirurgia**

Uma fração considerável dos casos durou menos que duas horas, enquanto que uma mínima porção, acima de quatro horas. A maior parte das cirurgias de Wertheim-Meigs ocorreu entre 2-3 horas.

Goodman e Hill (1994) revelaram que 70 a 80% dos CCU são do tipo escamoso e que o restante dos casos é composto por ademocarcinomas, carcinoma adenoescamoso e carcinoma indiferenciado.

Lee et al (1989) refere que 91.3% dos casos estudados o tipo histológico era o CEC, o adenocarcinoma em 6.1% e os demais tipos 2.5%.

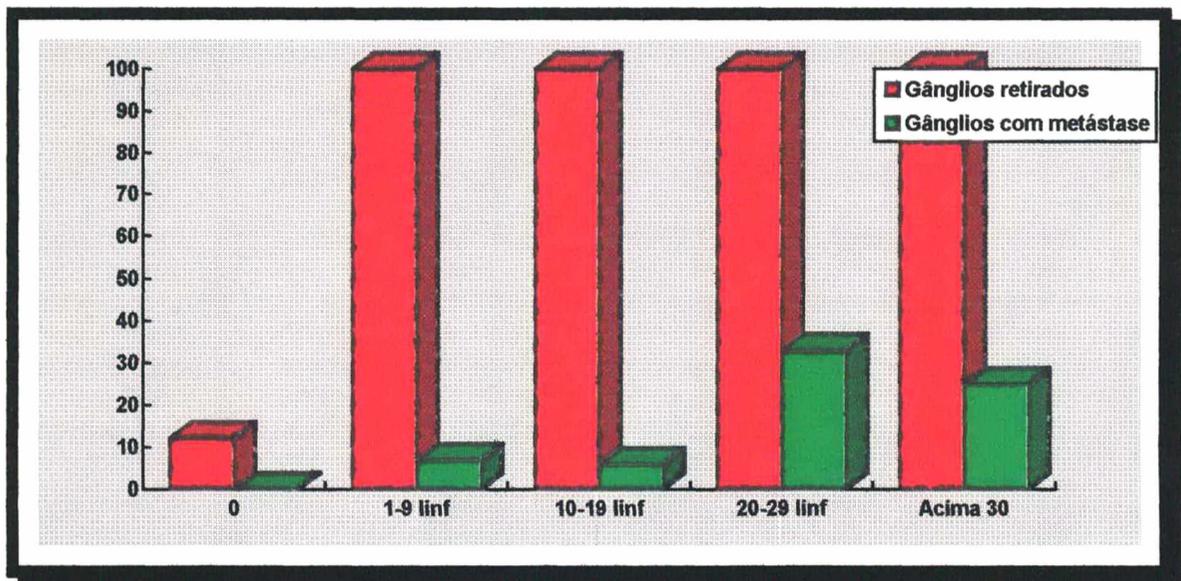
Nosso estudo aproxima-se mais deste último com 93.58% (CEC) e 6.41%(adenocarcinoma). Não foram descritos demais tipos histológicos nos laudos anatomopatológicos

O tempo Meigs da cirurgia de Wertheim-Meigs corresponde à linfadenectomia. Posto isto, conclui-se que 14.45% das cirurgias aqui descritas constituíam apenas a cirurgia de Wertheim ( e não Wertheim-Meigs como é descrito).

Segundo a FIGO (Fundação Internacional de Ginecologistas e Obstetras): "a invasão linfática ou sanguínea não deve alterar o estadiamento do CCU, mas deve ser especificamente registrada por influir na decisão terapêutica futura ( apud Abrão & Abrão, 1992).

Desconsiderando-se os casos em que não houve linfadenectomia, temos uma média de gânglios retirados em cirurgia de 15.62, ainda assim abaixo dos "pelo menos vinte gânglios" preconizados pela FIGO em 1967(apud Than, 1994).

Para Winter (apud Than, 1994) esse limite mínimo sobe para 35 gânglios.



**Fig. 10 - Porcentagem de gânglios afetados de acordo com o número de gânglios retirados**

Note-se como há um aumento de gânglios afetados no grupo em que foram retirados pelo menos vinte linfonodos.

Em todos os casos em que houve linfadenectomia, esta foi precedida por histerectomia radical sem anatomopatológico de congelação. As cadeias linfáticas retiradas correspondiam as cadeias ilíacas e obturatórias.

Averette (1993) em sua descrição da técnica relata:

"Durante a cirurgia de Wertheim-Meigs, os linfonodos para-aórticos devem ser rotineiramente excisados e submetidos a anatomopatológico por congelação antes de se prosseguir com a histerectomia radical. Desde 1970, os linfonodos para-aórticos foram incluídos como parte integrante do estadiamento cirúrgico dos CCU invasivos. Se os linfonodos para-aórticos estiverem envolvidos, o procedimento é abandonar a histerectomia em favor da radioterapia. Entretanto, se os linfonodos não estiverem envolvidos, a exploração cirúrgica da pelve deve ser feita para confirmar a ausência de extensão extra-uterina. Se os achados cirúrgicos confirmarem que o estadio clínico é Ib ou Iia, a cirurgia de Wertheim-Meigs é completada."

Potter et al (1990) refere que ao completar a histerectomia radical em face do envolvimento nodal é um dilema para o cirurgião. Alguns autores acreditam que abortar a histerectomia previna a excessiva morbidade do tratamento combinado, outros acreditam que completando a histerectomia aumentariam a sobrevida. Segundo Potter et al a sobrevida não foi diferente nos dois grupos analisados (radioterapia pós-operatória com ou sem histerectomia).

Em 43 casos (55.12%) dos casos, o estadiamento pré-operatório coincidiu com o diagnóstico pós-operatório.

Em 59 casos (75.64%) dos casos foi correta a indicação cirúrgica, considerando-se o estadiamento pré-operatório.

Houve erro absoluto de indicação da cirurgia em dez casos de CCU "in situ" (12.82%) e um caso de estadio pré-operatório IVa ( este caso pode ser justificado pela concomitância com carcinoma de endométrio).

Houve erro relativo de indicação cirúrgica (hipótese pré-operatória permitia a realização da Wertheim-Meigs, mas o estadio pós operatório não) : em oito casos (10.24%) dos casos o estadio era mais avançado; em sete casos (8.97%) , "in situ" e, em um caso (1.28%) não foi encontrado tecido neoplásico na peça cirúrgica ( neste caso foi realizada conização prévia que provavelmente apresentou bordas livres).

Houve relato de complicação em 36.14% dos casos. Este índice é três vezes maior do que o apresentado por Lee et al (1989). Em seu estudo relata que teve complicações em 12.3% dos casos, sendo que a complicação mais freqüente foi a infecção do trato urinário, seguida pela fitula do trato urinário em 2.4 dos casos e obstrução intestinal em 1.1%. Em nosso estudo, a complicação mais freqüente também foi a infecção do trato urinário em 13.14% dos casos que apresentaram complicação, seguida pela infecção de parede em 9.63% e pela fistula urinária em 8.43%.

Houve um caso de Wertheim-Meigs em paciente gestante (26a. Semana) no qual o concepto foi à óbito. Não há registro de haver sido desencadeado trabalho de parto espontaneamente. Segundo Cunha (apud Amari,1991), quando o diagnóstico do CCU é

realizado no terceiro trimestre, a maioria dos autores concorda em aguardar a maturidade fetal e romper a gravidez por parto cesáreo, pois segundo afirmam Helman & Printchard ( apud Amari, 1991) : "a espera de algumas semanas não altera o prognóstico". E Abrão & Abrão completam: "(...) é importante que se evite o parto normal, devido ao esgarçamento do colo uterino durante o período de dilatação, determinando embolização maciça tumoral".

Foi constatado um óbito (1.2%) pós-operatório de uma paciente com 50 anos , sem anátomopatológico. Paciente evoluiu com insuficiência renal aguda, choque hipovolêmico e choque séptico, indo à óbito no quinto dia pós-operatório. Goodman & Hill afirmam que a mortalidade pós-operatória na cirurgia de Wertheim-Meigs aproxima-se de 2.5%.

O número de complicações certamente é ainda superior ao apresentado, posto que apenas quinze pacientes (18.07%) retornaram àquele serviço médico para acompanhamento. O período máximo de seguimento pós-cirúrgico alcançado nestes casos foi de três anos e nove meses.

## CONCLUSÃO

Este estudo mostra que, embora as linhas mestras para detecção e tratamento do colo uterino estejam bem estabelecidas, uma fração razoável de casos continua recebendo uma abordagem inadequada às custas tanto de má indicação do procedimento quanto da própria técnica cirúrgica. O número de gânglios retirados está aquém do preconizado o que diminuiu muito as chances de se conseguir detectar o acometimento nodal, sem levar em conta os casos em que sequer houve linfadenectomia. Os índices de complicações são alarmantes, sobretudo pela alta incidência de recidiva em uma cirurgia de caráter curativo.

Infelizmente, este trabalho não foi conclusivo em alguns aspectos que incluem: fatores de risco, métodos diagnósticos, uso de sondas vesicais e drenos e seguimento pós-operatório, o que poderia colaborar para uma análise mais aprofundada dos resultados.

## BIBLIOGRAFIA

1. ABRÃO, FS & ABRÃO, MS. Aspectos Atuais no Tratamento do Carcinoma do Colo do Útero **Ginecologia e Obstetrícia Atual** Out/Nov/Dez 1992 v.1 n.2 p21-26
2. ARTMAN, LE et al Radical Hysterectomy and Pelvic Linfadenectomy for Stage Ib Carcinoma of the Cervix: 21 Years Experience **Gynecologic Oncology** Sep 1987 v.28 n.1 p.8-13
3. AVERETTE, HE et al Radical Hysterectomy for Invasive Cervical Cancer - A 25-Year Prospective Experience with Miami Technique **Cancer Supplement** Fev 1993 v.71 n.4 p.1422-1437

4. BAXER, VV. Premalignant and Malignant Disorders of the Ovaries and Oviducts. In: DECHERNEY, AH & PERNOLL, ML **Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment** 8.ed., USA Prentice Hall International, 1994 p. 954-66
5. BARTON, DPJ et al Radical Hysterectomy for Treatment of Cervical Cancer: A Prospective Study of Two Methods of-Closed Suction Drainage **Am J Obst Gynecology** Feb 1992 v.166 n.2 p.533-7.
6. CALATRONI, CJ & RUIZ, V **Terapeutica Ginecologica** 9.ed. Buenos Aires Editorial Medica Panamericana SA, 1985 p.642-67
7. CHAPMAN, JA et al Tratamento Cirúrgico do Câncer Cervical Invasor Oculto encontrado na Histerectomia Total **Ginecologia e Obstetrícia Atual** Set/Out 1993 v.2 n.5 p. 48-49
8. DUGGAN, B et al Cervical Cancer in Pregnancy: Reporting on Planned Delay in Therapy **Obstetric and Gynecology** Oct 1993 v.82 n.4 pt.1 p.598-602
9. FULLER, AF et al Determinants of Increased Risk for Recurrence in Patients Undergoing Radical Hysterectomy for Stage Ib and II a Carcinoma of the Cervix **Gynecologic Oncology** Apr 1989 v.33 n.1 p.34-9
10. GOODMAN, A & HILL, EC Premalignant and Malignant Disorders of the Uterine Cervix In: DECHERNEY, AH & PERNOLL, ML **Current Obstetric and**

**Gynecology Diagnosis and treatment** 8.ed. , USA Prelice Hall International, 1994  
p.921-35

11. GOODMAN, A Premalignant and Malignant Disorders of the Uterine Corpus In:  
DECHERNEY, AH & PERNOLL, ML **Current Obstetric and Gynecology  
Diagnosis and Treatment** 8.ed., USA Prelice Hall International, 1994 p.921-35
  
12. GREER, BE et al Stage Ib Adenocarcinoma of the Cervix Treated by Radical  
Hysterectomy and Pelvic Lymph Node Dissection **Am J Obst Gynecology** Jun 1989  
v.160 n.6 p.1509-14
  
13. HOCKEN, DB & KAPFF, PD Ureteric Band Obstruction of the Small Lowel Following  
Radical Hysterectomy - Case Report **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**  
Mai 1988 v.95 p.533
  
14. JANSEN, JK To Drain or not Drain : A Retrospective Study of Close Suction Drainage  
Following Radical Hysterectomy with Pelvic Lymphadenectomy **Gynecologic  
Oncology** Oct 1993 v.51 n.1 p.46-49
  
15. KINNEY, WK et al Wertheim Hysterectomy in Geriatric Population **Gynecologic  
Oncology** Sep 1988 v.31 n.1 p.227-32

16. KINNEY, WK et al Value of Adjuvant Whole-Pelvis Irradiation after Wertheim Hysterectomy for Early Stage Squamous Carcinoma of the Cervix with Pelvic Nodal Metastasis: A Matched-Control Study **Gynecologic Oncology** Sep 1989 v.34 n.3 p.358-62
17. LARSON, DM et al Diagnosis Recurrent Cervical Carcinoma after Radical Hysterectomy **Obstetrics and Gynecology** Jan 1988 v. 71 n.1 p. 6-9
18. LARSON, DM et al Recurrent Cervical Carcinoma after Radical Hysterectomy **Gynecologic Oncology** Jul 1988 v.30 n.3 p.381-7
19. LEE, YN et al Radical Hysterectomy with Pelvic Lymph Node Dissection for Treatment of Cervical Cancer: A Clinical Review of 954 Cases **Gynecologic Oncology** Feb 1989 v.32 n.2 p.135-42
20. LEVRANT, SG, FRUCHTER, RG & MAINMAM, R Radical Hysterectomy for Cervical Cancer: Morbidity and Survival in Relation to Weight and Age **Gynecology Oncology** Jun 1992 v.45 n.3 p.317-22
21. MENDES, JT et al Adenocarcinoma de Colo Uterino e Gravidez: Relato de caso **Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia** Jul/Ago 1991 v.13 n.4 p.177-80

22. MONK, BJ & MONTZ, FJ Invasive Cervical Cancer Complicating Intrauterine Pregnancy:  
Treatment with Radical Hysterectomy **Obstetric and Gynecology** Ago 1992 v.80  
n.2 p.199-203
23. MORRIS, M Early Cervical Carcinoma: Are Two Treatments Better than One?  
**Gynecologic Oncology** Jul 1994 v.54 n.1 p.1422-37
24. POTTER, ME Early Invasive Cervical Cancer with Pelvic Node Involvement: to complete  
or not to complete hysterectomy **Gynecologic Oncology** Apr 1990 v.37 n.1 p.78-81
25. REMY, JC et al Complications of Combined Radical Hysterectomy and Pelvic Radiation  
**Gynecologic Oncology** Jul 1986 v.24 n.3 p.317-26
26. ROMAN, LD et al Prognostic Factors for Patients Undergoing Simple Hysterectomy in the  
Presence of Invasive Cancer of the Cervix **Gynecologic Oncology** Aug 1993 v.50 n.2  
p.179-84
27. THAN, GN Wertheim-Meigs or Shauta-Amreich Hysterectomy **Am J Gynecology** Jul  
1994 v.171 n.1 p.287-8

TCC  
UFSC  
TO  
0026

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0026

Autor: Boing, Ana Cristina

Titulo: Wertheim-meigs.no.tratamento.do



972813815 Ac. 254172

Ex.1 UFSC BSCCSM