**gutya [gutya@terra.com.br]**

**CÂNCER E LESÕES PRÉ-CANCEROSAS DO COLO UTERINO: UMA VISÃO INTERDISCIPLINAR**

Ana Caroline Matoso1

 Michele Bender1

Bruno Ricardo Moraes1

Ursula Virginia Coelho1

 Luciane Tucholski2

O câncer de colo uterino, depois do câncer de mama, é a enfermidade mais frequente entre as mulheres de todo o mundo apesar de possuir um dos maiores potenciais de prevenção e cura, se detectado em estágios iniciais. Estima-se que foi responsável por 265 mil mortes em todo o mundo, em 2005, no Brasil ocorrem cerca de 4 mil mortes por ano, e no Paraná, em 2003, foram registradas 276 mortes por câncer de colo do útero. O colo uterino apresenta uma porção interna que está em contato com o istmo - região mais estreita do útero - chamada endocérvice, que é revestida por uma camada única de epitélio cilíndrico glandular. A parte externa, que mantém contato com a vagina, denominada ectocérvice, tem em seu revestimento epitelial estratificado células planas sem a produção de muco. Entre esses dois epitélios encontra-se a junção escamocolunar (JEC), uma faixa que pode estar tanto na ecto como na endocérvice, dependendo da situação hormonal da mulher, nessa região é onde se localizam mais de 90% dos cânceres do colo do útero. Segundo Floriano *et al.*, 2007,o câncer de colo uterino é uma doença conseqüente do acúmulo de lesões no material genético celular, resultando em crescimento, reprodução e dispersão anormal das células, com invasão neoplásica da membrana basal, a metástase. A nomenclatura aceita em todo o mundo atualmente para emissão de laudos é o Sistema Bethesda 2001, que classifica as lesões em três categorias, sendo elas: lesão intraepitelial de baixo grau, que corresponde a NIC I (neoplasia intraepitelial grau I); a lesão intraepitelial de alto grau, correspondente a neoplasia intraepitelial grau II e III; e carcinoma *in situ,* carcinoma epidermóide que corresponde ao câncer invasivo. Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, em hospitais que tem registro hospitalar de câncer, mais de 70% das pacientes apresentam-se em estágios avançados da doença no momento do diagnóstico. O pico de incidência é em mulheres de 40 a 60 anos, e são considerados fatores de risco: (a) a multiplicidade de parceiros e a história de infecções sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro) ‑ infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) e os fatores que favorecem a infecção e a persistência viral como a imunossupressão; (b) idade precoce na primeira relação sexual – devido a fatores carcinogênicos atuando em uma cérvice imatura, associado a um maior tempo de exposição da cérvice a esses agentes; (c) multiparidade – fator relacionado a supressão do sistema imunológico no período gestacional. Além desses fatores, estudos epidemiológicos sugerem outros, cujo papel ainda não é conclusivo, e ainda carecem de maiores investigações, como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes – fator duvidoso, pois a má alimentação está muitas vezes associada a baixo nível socioeconômico; o uso de anticoncepcionais – que é de difícil relação, já que as usuárias de anticoncepcional normalmente são sexualmente ativas e consultam-se com frequencia no ginecologista, e que possivelmente por esta razão reforcem os dados epidemiológicos. Desde 1992, a OMS reconhece o HPV (sobretudo os tipos 16 e 18) como o principal responsável pelo câncer de colo uterino. O período de latência viral é variável, e estudos comprovam que há atuação de cofatores no processo. Os HPVs são da família *Papillomaviridae*, constituídos por DNA em dupla fita disposto em forma circular que ao se unir ao genoma da célula hospedeira inibe a ação dos genes supressores tumorais, como p53 e pRb e assim desencadeia a produção de proteínas virais oncogênicas E6 e E7, resultando em transformação e imortalização celular, *Chlamydia trachomatis* e vírus herpes podem ser colaboradores desse processo*.* Os métodos diagnósticos hoje empregados são exames citopatólogicos, seguidos de colposcopia e biópsia para análise histopatológica. O tratamento das pacientes varia desde acompanhamento até tratamento por cauterização, radioterapia e histerectomia uterina. A escolha clínica do tratamento a ser empregado está relacionada com o estágio da lesão e o quadro geral da paciente. A metodologia empregada foi de revisão integrativa, que permitiu a síntese de múltiplos estudos publicados os quais possibilitaram apontamentos gerais sobre o assunto estudado. As fontes bibliográficas utilizadas foram artigos científicos e livros publicados entre 1994 a 2009.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.

Falando sobre câncer do colo do útero. **Instituto Nacional de Câncer**, 2002.

FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em Ginecologia.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIRALDO, P.C., *et.al.* Prevenção da infecção por HPV e lesões associadas com o uso de vacinas. **Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v 20, v.2, p. 132-140, 2008

NADAL, L.R.M.; NADAL, S.R. Indicações da Vacina Contra o Papilomavirus Humano, **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 28, n. 1, p.124-126, jan/mar 2008.

WOLSCHICK, N. M; *et al*.Câncer do colo do útero: tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, vol. 39(2): 123-129, 2007.