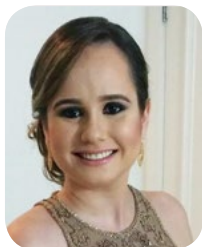


## Relato de Caso – Oncologia

# Metástase de Câncer de Colo Uterino para Região Selar: Relato de Caso e Revisão de Literatura



Marília Sampaio<sup>1</sup>, Miguel Silva<sup>1</sup>, Daniela Barros<sup>1</sup>, Adroaldo Rossetti<sup>2</sup>, Tâmara Santos<sup>1</sup>, Isabela Oliva<sup>1</sup>

**Palavras-chave:** colo uterino, sela túrcica, metástase

**Key words:** cervix, sellaturcica, metastases

### INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero corresponde à segunda neoplasia mais frequente entre mulheres no Brasil. Ocupa a primeira colocação na região Norte e a terceira na região Nordeste, segundo os dados do INCA para 2016, sendo, desta forma, considerado um problema de saúde pública.<sup>1</sup>

O carcinoma escamocelular (CEC) corresponde a 80% dos casos de neoplasia do colo uterino e a infecção pelo vírus HPV é o fator de risco mais importante.<sup>1,2</sup> Ao diagnóstico, um quarto dos pacientes apresenta doença avançada, (localmente ou à distância), sendo o comprometimento dos órgãos pélvicos adjacentes o fator de maior impacto na sobrevida e qualidade de vida.

Em algum momento da história natural desta neoplasia é frequente a ocorrência de fístulas vesicais ou retais que predisõem a infecções de repetição, hemorragia genital e dor, além do comprometimento dos ureteres na junção vesical desencadeando hidronefrose e insuficiência renal. Metástase à distância é infrequente, (principalmente para sistema nervoso central) e ocorre preferencialmente para linfonodos, osso e pulmões.

Relatamos o caso clínico de paciente com diagnóstico de CEC de colo uterino com metástase para região selar. As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário e registro fotográfico dos métodos diagnósticos por imagem. Realizamos revisão da literatura através do Pubmed.

### CASO CLÍNICO

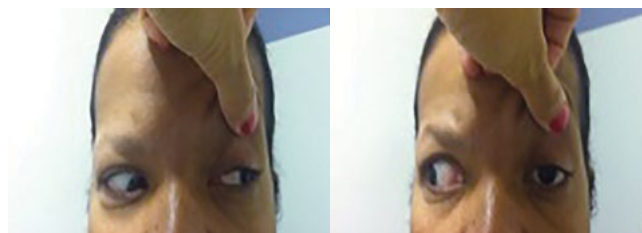
Mulher, 39 anos, previamente hígida, apresentou diagnóstico de CEC de cérvix em abril de 2013, com estadiamento clínico da FIGO IIIB, submetida a tratamento oncológico radical padrão com radioterapia com 45 Gy concomitante com quimioterapia semanal (cisplatina 40 mg/m<sup>2</sup>), por seis semanas. A braquiterapia foi contraindicada por presença de fístula vesicovagi-

nal, sendo, então, dado por concluído seu tratamento oncológico.

A paciente evoluiu com metástase para linfonodos retroperitoneais 13 meses após a finalização de seu tratamento, evidenciada através de tomografia computadorizada de abdome, que demonstrava tumorção paravertebral ao nível do músculo iliopsoas com invasão de corpos vertebrais (L4/L5).

Foi submetida à radioterapia antiálgica e iniciou quimioterapia paliativa de primeira linha com Carboplatina (AUC 5) e Paclitaxel (175 mg/m<sup>2</sup>) a cada 21 dias, por quatro ciclos, suspenso por ausência de benefício clínico. Optado por iniciar segunda linha de tratamento quimioterápico paliativo com Ifosfamida 1,2g/m<sup>2</sup> por 5 dias, a cada 3 semanas, e após o sexto ciclo foi constatada resposta parcial por exame de imagem e obtido controle álgico satisfatório.

Após dois meses do término do tratamento quimioterápico, a paciente evoluiu com cefaleia de localização retro-orbitária e temporal bilateral, sendo evidenciado no exame físico ptose palpebral à esquerda e alteração da movimentação ocular extrínseca (paralisia do III e VI pares cranianos). (Figura 1)

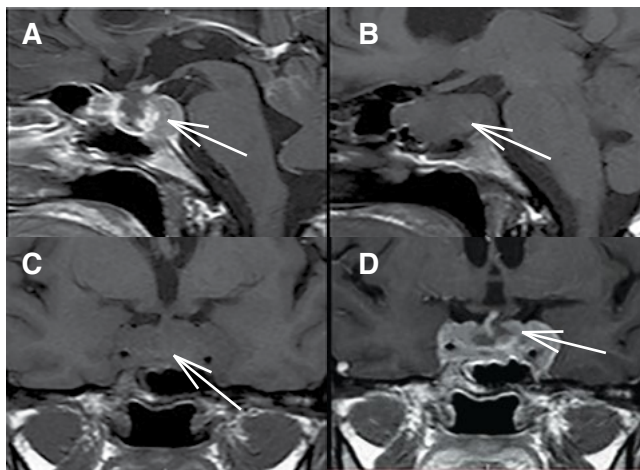


**Figura 1** - Paralisia do III par craniano esquerdo.

A paciente realizou uma tomografia computadorizada de crânio, que evidenciou formação expansiva em

região selar sugestiva de macroadenoma hipofisário, e, em seguida, uma ressonância magnética de crânio que observou formação expansiva selar, com componente parasselar bilateral envolvendo seio cavernoso e a artéria carótida interna, exibindo íntimo contato com nervo óptico esquerdo e contato suave com tronco encefálico. (Figura 2)

Para maior controle de sintomas e confirmação histológica, foi proposta, em reunião multidisciplinar, ressecção cirúrgica parcial da lesão, seguida de radioterapia paliativa local. Desta forma, a paciente foi submetida a neurocirurgia transesfenoidal da lesão selar/ parasselar, com o resultado do estudo anatomopatológico conclusivo para metástase de CEC pouco diferenciado, porém, a paciente evoluiu com rápida deterioração clínica e óbito em 4 semanas, antes da realização de radioterapia paliativa.



**Figura 2** - RNM de sela túrcica demonstrando formação expansiva selar, com componente parasselar bilateral, em íntimo contato com nervo óptico esquerdo e contato suave com tronco encefálico. A - Corte sagital na ponderação em T1 sem contraste; B - Corte sagital na ponderação em T1 após infusão do contraste. C - Corte coronal na ponderação em T1 sem contraste; D - Corte coronal na ponderação em T1 após infusão de contraste.

## DISCUSSÃO

Neoplasias malignas do colo do útero são tumores que marcadamente apresentam maior comprometimento locorregional que sistêmico, mas podem apresentar disseminação por contiguidade, por via linfática, e menos comumente disseminação hematogênica.<sup>3</sup> Quando esta ocorre, há maior frequência de acometimento de

pulmão, fígado, osso e raramente metástase para sistema nervoso central. Nesse caso, este comprometimento acontece num curso tardio da doença, quando já há evidência de extensão para outros órgãos, e mais tipicamente em tumores pouco diferenciados, sugerindo um prognóstico mais reservado. Estima-se que 80% das metástases cerebrais ocorrem nos hemisférios, secundariamente, nas meninges, sendo raro o acometimento de hipófise.<sup>1,2,3</sup>

Metástase selar é uma manifestação incomum de neoplasia avançada em geral, sendo o câncer de mama e pulmão os principais sítios primários de disseminação para esta região, mas que ocorrem predominantemente em pacientes idosos e com doença sistêmica não controlada.<sup>4,5,6</sup> A diferenciação entre metástases de outros tumores da hipófise por exame de imagem pode ser difícil, sendo a rápida evolução clínica e o comprometimento de pares cranianos aspectos que auxiliam a diferenciação de lesões de baixa atividade mitótica. Características na ressonância, como espessamento da haste hipofisária, invasão do seio cavernoso e esclerose da sela turca circundante, podem sugerir metástase para a glândula pituitária.<sup>7,8,10</sup>

## CONCLUSÃO

Metástase única de CEC de colo uterino para região selar corresponde a uma manifestação incomum, principalmente no contexto de doença sistêmica controlada, como no caso relatado. A realização de estudo anatomopatológico nas apresentações atípicas de lesões é imprescindível para diagnóstico e tratamento adequados.

## REFERÊNCIAS

1. Silva, J. A. G. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro: INCA, 2015.
2. Aleixo, A. N. Aspectos Epidemiológicos do Câncer Cervical. Rev. Saúde Públ., São Paulo 25(4): 326-33, 1991.
3. Focchi J, Bovo AC, Speck NMG. Câncer do colo do útero: rastreamento, detecção e diagnóstico precoce. In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 2150-8.
4. Cordeiro, JG. et al. Cerebral metastasis of cervical uterine cancer: report of three cases. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 64, n. 2a, p. 300-302, June 2006.
5. Daniel R. Fassett and William T. Couldwell. Metastases to the pituitary gland. Journal of Neurosurgery

2004. Vol. 16: Issue. 4: Pages. 1-4.

6. Fassett DR, et al. Metastases to the pituitary gland. Neurosurg Focus. 2004. Apr 15;16(4):E8.

7. Komninos, J. et al. Tumors Metastatic to the Pituitary Gland: Case Report and Literature Review: The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism: Vol 89, No 2. January 14, 2009.

8. Komninos J, et al. Tumors metastatic to the pituitary gland: case report and literature review. J Clin Endocrinol Metab. 2004 Feb;89(2):574-80.

9. Aaberg TM Jr, et al. Metastatic tumors to the pituitary. Am J Ophthalmol. 1995 Jun;119(6):779-85.

10. Sioutos P, et al. Pituitary gland metastases. Ann Surg Oncol. 1996 Jan;3(1):94-9.

1- Serviço de Oncologia Clínica do HSI

2- Serviço de Neurocirurgia do HSI

Endereço para correspondência:

danielagbarros@gmail.com