



ARTIGO ORIGINAL

PERSISTÊNCIA DO HPV EM MULHERES TRATADAS PARA O ADENOCARCINOMA CERVICAL
PERSISTENCE OF HPV IN WOMEN TREATED FOR CERVICAL ADENOCARCINOMA
PERSISTENCIA DEL VPH EN MUJERES TRATADAS POR ADENOCARCINOMA CERVICAL

Telma Maria Lubambo Costa¹, Aline Pereira Moraes², Adria Lins Gonçalves³, Marina Maria Souto Valadares⁴, Natália Lubambo Costa⁵, Gustavo Fonseca de Albuquerque Souza⁶, Paulo Roberto Eleutério Souza⁷, Alex Sandro Rolland Souza⁸

RESUMO

Objetivo: determinar a frequência da persistência do HPV em mulheres tratadas para o adenocarcinoma cervical. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, do tipo coorte, com 77 mulheres genotipadas para o HPV antes do tratamento e com adenocarcinoma cervical. Coletou-se novo material de secreção cervical após o tratamento para a realização da detecção do DNA do HPV por reação de cadeia da polimerase. Utilizou-se o programa estatístico Epi Info 7.1.4. para a análise dos dados. **Resultados:** observou-se que, das 77 pacientes, foi possível determinar a genotipagem do HPV após o tratamento em 30 mulheres e, destas, 7 (23,3%) apresentaram o HPV detectável. Encontraram-se os tipos de HPV dos quais quatro pacientes (57,1%) estavam com o HPV 31, sendo que, em uma paciente, estava associado ao HPV 18; o 33 em duas mulheres (28,6%), sendo que em uma estava associado ao HPV 16 e uma apresentou os HPV 11 e 56 associados (14,2%). **Conclusão:** detectou-se o HPV na secreção cervical em 23,3% das mulheres após o tratamento para o adenocarcinoma de colo uterino, sendo o HPV 31 o tipo mais frequente. **Descritores:** Adenocarcinoma; HPV; Falha de Tratamento; Prevalência; Colo do Útero; Doenças Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

Objective: to determine the frequency of persistence of HPV in women treated for cervical adenocarcinoma. **Method:** this is a quantitative, descriptive, retrospective, cohort study, with 77 women genotyped for HPV before treatment and with cervical adenocarcinoma. New cervical secretion material was collected after treatment to detect HPV DNA by polymerase chain reaction. The Epi Info 7.1.4 statistical program was used for data analysis. **Results:** it was observed that, out of 77 patients, it was possible to determine HPV genotyping after treatment in 30 women, and of these, seven (23.3%) had detectable HPV. HPV types were found, of which four patients (57.1%) had HPV 31, and in one patient it was associated with HPV 18; o 33 in two women (28.6%), one of whom was associated with HPV 16 and one had HPV 11 and 56 associated (14.2%). **Conclusion:** HPV was detected in cervical secretion in 23.3% of women after treatment for cervical adenocarcinoma, with HPV 31 being the most frequent type. **Descriptors:** Adenocarcinoma; Papillomaviridae; Treatment Failure; Prevalence; Cervix Uteri; Sexually Transmitted Diseases.

RESUMEN

Objetivo: determinar la frecuencia de persistencia del VPH en mujeres tratadas por adenocarcinoma cervical. **Método:** estudio de cohorte cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, con 77 mujeres genotipadas para el VPH antes del tratamiento y con adenocarcinoma cervical. Se recogió nuevo material de secreción cervical después del tratamiento para detectar el ADN del VPH por reacción en cadena de la polimerasa. Se utilizó el programa estadístico Epi Info 7.1.4. para el análisis de datos. **Resultados:** se observó que, de las 77 pacientes, fue posible determinar el genotipo del VPH después del tratamiento en 30 mujeres, y de estos, 7 (23.3%) tenían VPH detectable. Se encontraron tipos de VPH, de los cuales cuatro pacientes (57.1%) tenían VPH 31, y en una paciente se asoció con VPH 18; o 33 en dos mujeres (28,6%), una de las cuales estaba asociada con el VPH 16 y una tenía VPH 11 y 56 (14,2%). **Conclusión:** el VPH se detectó en la secreción cervical en el 23,3% de las mujeres después del tratamiento para el adenocarcinoma de cuello uterino, siendo el VPH 31 el tipo más frecuente. **Descriptor:** Adenocarcinoma; Papillomaviridae; Insuficiencia del Tratamiento; Prevalencia; Cuello del Útero; Enfermedades de Transmisión Sexual.

¹Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira/IMIP. Recife (PE), Brasil. ¹ <https://orcid.org/0000-0002-2276-8112> ^{2,3,4}Faculdade Pernambucana de Saúde/FPS. Recife (PE), Brasil. ² <https://orcid.org/0000-0002-1834-4544> ³ <https://orcid.org/0000-0001-9910-1626> ⁴ <https://orcid.org/0000-0002-9422-7606> ^{5,6}Universidade Católica de Pernambuco/UNICAP. Recife (PE), Brasil. ⁵ <https://orcid.org/0000-0002-9665-9242> ⁶ <https://orcid.org/0000-0002-1794-701X> ⁷Universidade Federal Rural de Pernambuco/UFRPE. Recife (PE), Brasil. ⁷ <https://orcid.org/0000-0002-9186-9849> ⁸Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. ⁸ <https://orcid.org/0000-0001-7039-2052>

Como citar este artigo

Costa TML, Moraes AP, Gonçalves AL, Valadares MMS, Lubambo N, Souza GFA. Persistência do HPV em mulheres tratadas para o adenocarcinoma cervical. Rev enferm UFPE on line. 2020;14:e244212 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244212>

INTRODUÇÃO

Define-se o adenocarcinoma cervical como um câncer do colo do útero que ocorre no epitélio colunar, com estimativa de incidência de 569 mil casos anualmente.¹ Caracteriza-se pela substituição do epitélio glandular normal, o qual apresenta aumento do tamanho das células e de seus núcleos, hiper cromasia nuclear, atividade mitótica e estratificação celular. Pode-se configurar, também, *in situ*, quando se limita à camada superficial do colo, ou invasivo, quando a ultrapassa.²⁻³ Apresentou-se, em um estudo, aproximadamente em 59% das mulheres com câncer de colo uterino,⁴ observando um aumento na frequência cada vez maior nos últimos anos.⁵

Entende-se que câncer do colo do útero é uma neoplasia com possibilidade de prevenção e grandes chances de cura, quando descoberto e tratado precocemente. Sabe-se que é a quarta causa de morte por câncer⁶ e o segundo mais frequente em mulheres de todo o mundo.⁷ Evidencia-se, no Brasil, como sendo a segunda causa de morbidade e mortalidade por câncer entre mulheres, sendo superado apenas pelo câncer de mama⁶. Espera-se, também, que ocorra um aumento de 22% da taxa absoluta de morte até 2030.⁸

Encontra-se associado ao câncer do colo do útero o Vírus Papiloma Humano (HPV) em 99% das pacientes.⁷ Observa-se, somado a isso, uma maior prevalência de câncer cervical nos países de média e baixa rendas, com aproximadamente 85% dos casos e 87% das mortes no mundo, devido às medidas preventivas ineficazes contra o HPV associadas ao hábito de vida das pessoas (tabagismo, número de parceiros, dieta e condição genética).¹

Sabe-se que o tratamento do câncer cervical ocorre de acordo com o estadiamento clínico e as condições das pacientes, por cirurgia e/ou quimioterapia e/ou radioterapia.⁹ Pontua-se, também, que o prognóstico depende do estado clínico, tamanho do tumor, tipo histológico e envolvimento do paramétrio e linfonodos, sendo o adenocarcinoma de pior prognóstico em relação ao carcinoma do colo uterino.¹⁰

Destaca-se que nenhum tratamento erradica de fato o HPV, mesmo com o tratamento utilizado para o câncer cervical, o qual objetiva remover a lesão para promover uma melhora clínica e evitar a transmissibilidade. Ressalta-se, assim, que, mesmo após alguns anos do tratamento, pode ocorrer recorrência ou recidiva da lesão, na dependência do tipo do HPV, tipo do câncer e imunidade da paciente.¹¹⁻²

Verifica-se que, dentre as fontes de dados consultadas não foram encontrados estudos relacionando a prevalência da infecção do HPV após o tratamento para adenocarcinoma.

Encontrou-se apenas um estudo relatando a sua prevalência no momento do diagnóstico de câncer cervical,¹³ sem comparativos, também, quanto ao seu resultado pós-tratamento.

Observa-se que o aumento na incidência do adenocarcinoma cervical tem sido desacompanhado de conhecimentos sobre a prevalência do HPV nas mulheres submetidas ao tratamento, tornando-se de grande importância a realização de novas pesquisas.

OBJETIVO

- Determinar a frequência da persistência do HPV em mulheres tratadas para o adenocarcinoma cervical.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, do tipo coorte, onde foram incluídas todas as mulheres submetidas ao tratamento para o adenocarcinoma cervical. Excluíram-se as mulheres que não retornaram ou foram a óbito no momento do contato. Diagnosticou-se o adenocarcinoma por meio do exame histopatológico entre 2001 e 2014, sendo a coleta de dados realizada entre 2015 e 2016.

Realizou-se a coleta de dados por meio dos prontuários das pacientes identificadas no ambulatório de colposcopia. Contataram-se todas as pacientes candidatas à entrada no estudo por meio do telefone ou quando retornaram para a consulta de acompanhamento e/ou o pesquisador dirigiu-se ao endereço da paciente, sendo convidada a participar da pesquisa.

Estudaram-se as variáveis: idade; município; mesorregião; zona urbana ou rural; estado; raça; situação conjugal; ocupação; escolaridade; idade da primeira relação sexual; número de parceiros sexuais; paridade; uso de contraceptivo; realização de exame Papanicolau anterior ao diagnóstico; etilismo; uso de drogas; tabagismo; histórico de doenças sexualmente transmissíveis; Índice de Massa Corpórea (IMC); genotipagem do HPV na secreção cervical; genotipagem do HPV na parafina; estadiamento; tipo de tratamento utilizado; evolução até um ano após o tratamento; evolução após cinco anos de tratamento; evolução após dez anos de tratamento e óbitos.

Colheu-se o material de secreção cervical, para a detecção viral, após o tratamento do câncer de colo uterino, utilizando-se a *cytobrush*. Realizou-se a pesquisa do DNA do HPV para a genotipagem dos HPV 16, 18, 31 e 33 na Universidade Federal Rural de Pernambuco, no laboratório Genoma, do Departamento de Biologia, por meio da Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) na qual foram utilizados os *primers* MY 09/11 e GP5+/6+ para a amplificação do DNA viral e os *primers* RS42 e KM29 para o controle interno da reação.

Utilizou-se o programa estatístico Epi Info 7.1.4. (Atlanta, GA, USA) para a análise dos dados. Obtiveram-se, inicialmente, tabelas de distribuição de frequências para as variáveis categóricas e para determinação das frequências dos genótipos de HPV, além do cálculo de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas.

Obteve-se a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) (Parecer no. 4.510-15 de 23 de dezembro de

2014). Colheu-se o material de secreção cervical, nas pacientes que retornaram ao ambulatório de colposcopia, após elas concordarem em participar e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Incluíram-se no estudo 77 mulheres tratadas para o adenocarcinoma cervical (Tabela 1).

Tabela 1. Características biopsicossociais em mulheres com adenocarcinoma do colo uterino. Recife (PE), Brasil, 2016.

Características		
Procedência (n=77)	n	%
RMR	49	63,6
Agreste	11	14,3
Zona da Mata	10	13,0
Sertão	7	9,1
Raça (n=69)	n	%
Parda	36	52,2
Branca	19	27,5
Negra	14	20,3
Escolaridade (n=65)	n	%
Nenhuma	12	18,5
1-3 Anos	23	35,4
4-7 Anos	11	16,9
8-11 Anos	11	16,9
>12 Anos	8	12,3
Ocupação (n=69)	n	%
Sem Renda Monetária	39	79,7
Com Renda Monetária	30	20,3
IMC Kg/M² (n=50): (Média ± DP)	27,9±13,6	
Acima do Peso	35	70,0
Abaixo do Peso	1	2,0
Drogas Ilícitas (n=72)	n	%
	1	1,4
Etilismo (n=70)	n	%
	8	11,1
Tabagismo (n=72)	n	%
	6	8,3
Uso de anticoncepcional hormonal (n=61)	n	%
	28	39,4
Papanicolau anterior ao diagnóstico (n=70)	n	%
	52	74,3
Colposcopia prévia com sinais de invasão (n=63)	n	%
	44	69,8
Idade no diagnóstico em anos (Média ± DP)	52,4 ± 13,6	
Idade 1ª relação sexual em anos (Média ± DP)	18,2 ± 3,8	
Nº parceiros (Mediana; IIQ)	1; 1-3	
Paridade (Mediana; IIQ)	3; 2-6	

RMR: Região Metropolitana do Recife; IMC: Índice de Massa Corpórea; DP: Desvio-padrão; IIQ: Intervalo interquartil. Fonte: IMIP (2001-2014).

Considera-se que, em relação ao estadiamento clínico no momento do diagnóstico, duas se encontravam no estágio 0 (2,6%); 23 (29,9%), no estágio I; 21 (27,2%), no estágio II; 22 (28,6%), no estágio III e nove (11,7%), no estágio IV (Tabela 2).

Verificou-se, quanto ao tratamento, que 26 (33,8%) pacientes realizaram Radioterapia (RT) e Quimioterapia (QT) Associadas, seguidas de Cirurgia Isolada (30,0%), Cirurgia, RT e QT Associadas (10,4%), Cirurgia e RT Associadas (9,0%), RT Isolada (9,0%), Cirurgia e QT Associadas (1,3%) e nenhum tratamento (6,5%). Destaca-se que, nas pacientes que realizaram RT, poderia ou não estar acompanhada a braquiterapia.

Constatou-se o HPV 16 sem associações como sendo o principal tipo encontrado na genotipagem da parafina antes do tratamento. Identificou-se, na secreção após o tratamento, que sete (23,3%) apresentaram HPV, sendo que o tipo 31 foi o mais frequente, o qual foi diagnosticado em quatro pacientes (57,1%); destes, em três mulheres, apresentou-se isolado (42,8%) e em uma (14,3%), associado ao tipo 18, o qual também demonstrou os mesmos tipos na genotipagem da parafina no momento do diagnóstico. Diagnosticou-se o HPV 33 em duas mulheres, sendo que, em uma, isolado (14,3%) e na outra associado ao HPV 16 (14,3%).

Destaca-se que em uma paciente foi encontrado o HPV 11 e 56 associados (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2. Genotipagem do HPV antes do tratamento em mulheres com adenocarcinoma do colo uterino. Recife (PE), Brasil, 2016.

Genotipagem	n	%
Da parafina antes do tratamento (n=64)		
16 sem associação	13	20,3
31 sem associação	7	11
33 sem associação	4	6,3
16, 18 associados	3	4,7
16, 31 associados	1	1,5
18, 31 associados	2	3,2
18, 33 associados	1	1,5
31, 33 associados	5	7,8
16, 18, 31 associados	3	1,7
16, 31, 33, associados	6	9,3
16, 18, 33 associados	2	3,2
18, 31, 33 associados	3	4,7
16, 18, 31, 33 associados	6	9,3

HPV: Vírus Papiloma Humano. Fonte: IMIP (2001-2014).

Tabela 3. HPV diagnosticado antes e após o tratamento do adenocarcinoma cervical e o tratamento realizado. Recife (PE), Brasil, 2016.

HPV após o tratamento	HPV antes do tratamento	Tratamento realizado
1. 18, 31	18, 31	Cirurgia
2. 16, 33*	-	Cirurgia
3. 31*	-	QT + RT
4. 31*	-	Cirurgia
5. 31*	-	Cirurgia
6. 33*	-	Cirurgia
7. 11, 56	16, 18	QT + RT

*As pacientes 2 - 6 não tinham o tipo definido do HPV antes do tratamento pela genotipagem da parafina. QT: Quimioterapia; RT: Radioterapia. Fonte: IMIP (2001-2014).

Admite-se que, em relação ao ano do diagnóstico das pacientes, uma (1,3%) foi diagnosticada no ano de 2001; duas (2,7%), em 2002; uma (1,3%), em 2003; uma (1,3%), em 2004; duas (2,7%), em 2006; duas (2,7%), em 2007; cinco (6,7%), em 2008; dez (13,3%), em 2009; nove

(12%), em 2010; 13 (17,3%), em 2011; 16 (21,3%), em 2012; nove (12%), em 2013 e duas (2,7%), em 2014.

Configurou-se que, na evolução até um ano de tratamento (Tabela 4).

Tabela 4. Evolução após tratamento realizado em mulheres com adenocarcinoma do colo uterino. Recife (PE), Brasil, 2016.

Evolução após tratamento	n	%
1 ano (N=73):		
Óbito	2	2,74
Persistência da doença na colposcopia	3	4,11
Necessidade de nova cirurgia	2	2,74
Metástase*	4	5,48
Outro câncer**	2	2,74
Atipia	1	1,37
Sem alterações	46	63
5 anos (N=75):		
Alteração na colposcopia	1	1,3
Metástase***	2	2,6
Retinite actínica	1	1,3
Óbito	11	14,7
Sem alterações	21	28
10 anos (N=74):		
Atipia	1	1,35
Recidiva	1	1,35
Óbito	2	2,7
Sem alterações	4	5,4

*Intestino, pulmão, ósseo e hepático. **Endométrio e intestino. *** Cérebro; Locorregional. Fonte: IMIP (2001-2014).

DISCUSSÃO

Evidenciou-se, neste estudo, uma prevalência de HPV de 23,3% em mulheres tratadas para o adenocarcinoma de colo uterino, sem estudos encontrados na literatura pesquisada. Pode-se dizer que, no momento do diagnóstico, a prevalência de HPV em mulheres com carcinoma de colo do útero chega a 90%,¹ sugerindo que o tratamento preconizado diminuiu a presença do vírus. Destaca-se que houve uma perda significativa devido aos óbitos, que podem ser explicados tanto pela idade avançada da maioria das pacientes que tiveram esse desfecho quanto pela alta mortalidade do adenocarcinoma cervical, a quarta causa de morte por câncer em mulheres, e alta morbidade devido ao tipo histológico com pior prognóstico e pior resposta no tratamento.¹ Nota-se, ainda, uma taxa elevada do diagnóstico inicial acima do estágio IIB, considerado estágio inoperável.²

Observou-se que a raça parda/negra, a baixa escolaridade (equivalente <12 anos de estudo) e a baixa renda familiar, seguindo a tendência vista em outros estudos, foram as condições mais frequentes nesse grupo de mulheres, pois são fatores que predisõem ao retardo no diagnóstico e, conseqüentemente, a um pior prognóstico.¹⁴ Notou-se, da mesma forma, que o IMC elevado e a obesidade/sobrepeso demonstram ter um papel importante como fator de risco para o desenvolvimento de alguns tipos de câncer.¹⁵

Sugere-se, na literatura, que o uso de drogas ilícitas é considerado um fator de risco para o câncer cervical.¹⁶ Declarou-se, neste estudo, por apenas uma paciente, fazer uso dessas substâncias. Pode-se ocorrer o baixo uso de drogas ilícitas devido à maioria das pacientes apresentarem-se em idade avançada, não sendo o uso frequente nessa faixa etária, além do preconceito em informar sua utilização. Somam-se a esse fator de risco o etilismo e o tabagismo,¹⁷ os quais também não foram frequentes na amostra deste estudo. Questiona-se que a amostra possa ter sido pequena e o estudo não foi desenhado para determinar os fatores associados ao adenocarcinoma de colo uterino.

Compreende-se que o início precoce da atividade sexual, antes dos 14 anos, é um fator de risco associado ao adenocarcinoma cervical.¹⁷ Encontrou-se, porém, neste estudo, uma média de 18,2 anos, não sendo considerada precoce. Configurou-se esse fato, muito provavelmente, haja vista que as pacientes incluídas foram mais idosas e, na época passada, a atividade sexual era reprimida e iniciada mais tardiamente. Relatou-se, em estudo, uma idade mais precoce que a encontrada neste estudo, entre a terceira e quarta décadas de vida, como fator de risco para o adenocarcinoma cervical.¹⁸

Avaliou-se que o uso de Contraceptivos Hormonais Orais (ACH) aumenta o risco em 1,9 vezes em relação às mulheres que não o utilizaram.¹⁷ Observou-se, neste estudo, uma frequência elevada do uso regular de ACH. Adiciona-se a isso que o número maior de filhos também aumenta a incidência de câncer de colo do útero,¹⁷ o que foi semelhante neste estudo, com uma mediana de três filhos. Confirma-se que, quanto maior o número de parceiros sexuais, maior o risco de desenvolver infecções sexualmente transmissíveis e, conseqüentemente, o HPV.¹⁷ Obteve-se, contudo, que, nas mulheres avaliadas, a mediana foi de um parceiro. Justifica-se pela idade avançada das pacientes e pelos costumes da época passada, relacionando-se os exames de Papanicolau e a colposcopia, que são importantes, como métodos de rastreamento do câncer de colo uterino, para o diagnóstico precoce, assim como para o tratamento e melhor prognóstico, pois a maioria das mulheres relatou ter sido submetida ao exame de prevenção, porém, sem regularidade. Encontrava-se, dentre essas, mais da metade das mulheres com sinais de invasão colposcópica prévia, representando sinais de diagnóstico tardio.

Constata-se que o tratamento varia de acordo com o estadiamento e o tamanho da lesão.⁸ Estádios IA, IB1 e IIA, menores que dois centímetros, trata-se de diversas formas que variam de conização à histerectomia com terapia adjuvante (QT + RT); e os estádios IIB a IVA, grupo que incluiu a maioria das pacientes avaliadas neste estudo, compõem-se como tratamento padrão a QT + RD acompanhadas ou não de Braquiterapia (BT).¹⁶ Utilizou-se, dentre as pacientes avaliadas, a QT e/ou RT associadas ou não à cirurgia como principal forma de tratamento escolhido, o que revela o porquê das alterações encontradas em algumas pacientes após o tratamento, já que, segundo alguns estudos, tem-se um prognóstico favorável com o tratamento cirúrgico ao longo dos anos, interferindo apenas momentaneamente, enquanto que a RT tem efeitos negativos ao longo da vida, podendo ser tanto de diminuição da qualidade de vida quanto de alterações psicológicas.¹⁹

Fez-se a pesquisa de genotipagem em dois estágios: o primeiro, a genotipagem da parafina foi realizada no momento do diagnóstico em 64 das pacientes devido à falta de material na hora da coleta. Obteve-se, dessas, resultado positivo para o HPV de todas as pacientes, seguindo-se, então, para a avaliação dos tipos mais comuns para o desenvolvimento de câncer: o 16, 18, 31 e 33. Realizou-se, no segundo estágio, a genotipagem da secreção após o tratamento para os mesmos tipos, sendo negativa para o HPV em 76,7% das pacientes. Verificou-se, em apenas uma paciente, o resultado positivo para a presença do HPV, mas não foi verificado nenhum dos tipos

listados acima, então, foi realizado teste para os tipos 11 e 56, que deram positivos. Destaca-se a importância desse fato, pois a paciente pode apresentar um tipo de HPV e, em outro momento, não ter mais ou possuir outros tipos associados.

Sabe-se que o tipo 18 do HPV é o mais frequente relacionado ao adenocarcinoma de colo do útero, no entanto, na genotipagem no momento do diagnóstico do adenocarcinoma, a maioria das pacientes tinha positividade para o tipo 16 do HPV.²⁰ Explica-se essa diferença de dados existente pelo mesmo ser um estudo retrospectivo de modo que algumas informações podem ter sido perdidas. Acrescenta-se que outra limitação foi decorrente do uso de diferentes métodos de tipagem do HPV no diagnóstico e após o tratamento.

Mensurou-se a evolução, após o tratamento, por meio de exames de rotina e exame ginecológico (colposcopia) e, em um ano, revelou-se alteração em cerca de 1/5 das pacientes, que variou de óbito a atipia colposcópica, demonstrando não haver uma regra ou uma uniformidade nas alterações. Descreveu-se, ainda, a metástase ou o desenvolvimento de outro tipo de câncer dentre as alterações mais graves, além dos óbitos.

Repetem-se as características ditas acima após cinco anos de tratamento, sendo as alterações tanto de sequelas do tratamento, como a retinite actínica, quanto pela morbidade devido ao histórico da paciente. Revela-se que, nesse grupo, para a maioria das pacientes, não se aplica o critério de cura, por não ter completado cinco anos pós-tratamento ou não ter alterações na colposcopia. Lembra-se que, desde o ano do diagnóstico até o ano da coleta de dados para este estudo, menos da metade (46,7%) das pacientes avaliadas tinha o equivalente a cinco anos pós-diagnóstico.

Observa-se que, com dez anos após o tratamento, as únicas alterações vistas foram a atipia colposcópica, óbitos e uma recidiva, repetindo-se o que foi visto nas outras evoluções nas quais a maioria não se aplica ao critério de cura por não ter alterações clínicas. Ressalta-se, também, que duas pacientes desse grupo que foram a óbito tinham genotipagem da secreção com resultado negativo para os tipos de HPV testados neste estudo.

Encontraram-se algumas dificuldades na realização deste estudo, principalmente, a perda da amostra, devido a vários fatores, como a dificuldade de contatá-las por mudança de endereço em relação ao prontuário, por moradia de difícil acesso ou por não comparecimento das pacientes no ambulatório para exames de rotina. Somam-se a isso prontuários incompletos ou que não foram achados na hora da coleta de dados. Acredita-se que, felizmente, o adenocarcinoma de

colo do útero não é tão frequente, sendo esse fator um limitante da casuística deste estudo.

Admite-se que, como o tempo do estudo varia desde o diagnóstico até a data de coleta da genotipagem do HPV pela secreção, há uma variação de mais de dez anos e menos de um ano de diagnóstico entre as pacientes, podendo, nesse período, as mulheres avaliadas terem tido contato com os mesmos tipos já apresentados por elas ou com novos tipos. Sugere-se, assim, a realização de mais estudos sobre a persistência ou não do HPV de acordo com os tipos de tratamento e com os anos após tratadas, e sua influência na saúde das mulheres, para melhor avaliação da influência desse vírus no grupo pesquisado, como, também, para verificar a relevância dos dados obtidos neste estudo.

CONCLUSÃO

Observou-se, neste estudo, a prevalência de persistência do HPV de 23,3% em mulheres tratadas para o adenocarcinoma de colo uterino, sugerindo que o tratamento preconizado diminuiu a presença do vírus. Destaca-se que houve perda significativa devido aos óbitos com taxa elevada do diagnóstico inicial acima do estágio IIB.

FINANCIAMENTO

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) - Recife (PE), Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, et al. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papilloma virus and Related Diseases in the World. Summary Report [Internet]. Barcelona: ICO/IARC HPV Information Centre; 2019 [cited 2020 Jan 17]. Available from: <https://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
2. Carmen MG, Schorge J. Cervical adenocarcinoma in situ. UpToDate [Internet]. 2019 Aug [cited 2019 Dec 23]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cervical-adenocarcinoma-in-situ>
3. Santos JA, Sousa R, Coelho MC, Sá JL. Cervical adenocarcinoma in situ: factors associated with residual lesion after cone biopsy. Acta Obstet Gynecol Port [Internet]. 2017 Mar [cited 2019 Oct 08];11(1):22-7. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302017000100004&lng=pt.
4. Horst JVD, Siebers AG, Bulten J, Massuger LF, Kok IMCM. Increasing incidence of invasive and in situ cervical adenocarcinoma in the Netherlands

during 2004-2013. *Cancer Med.* 2017 Feb;6(2):416-23. DOI: [10.1002/cam4.971](https://doi.org/10.1002/cam4.971)

5. Ntzeros K, Thomakos N, Sotiropoulou M, Papapanagiotou I, Rodolakis A, Loutradis D. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix and the value of conservative management. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019 Mar; 234:e43. DOI: [10.1016/j.ejogrb.2018.08.248](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.08.248)

6. Santos MO. Estimativa 2018: incidência do câncer no Brasil. *Rev Bras Cancerol [Internet].* 2018 May [cited 2019 Aug 10];64(1):119-20. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v01/pdf/15-resenha-estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf

7. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, *et al.* Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer.* 2015 Mar;136(5):e359-86. DOI: [10.1002/ijc.29210](https://doi.org/10.1002/ijc.29210)

8. Sousa AMV, Teixeira CCA, Medeiros SS, Nunes SJC, Salvador PTCO, Barros RMB, *et al.* Cervical cancer mortality in the state of Rio Grande do Norte, Brazil, 1996-2010: time trends and projections up to 2030. *Epidemiol Serv Saúde.* 2016 June;25(2):311-22. DOI: [10.5123/s1679-49742016000200010](https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000200010).

9. Céspedes N, Aparicio C. Depression and quality of life in women with cervical cancer at the Regional Hospital of Encarnación. *Rev Nac (Itauguá).* 2017;9(2):32-45. DOI: [10.18004/rdn2017.0009.02.046-066](https://doi.org/10.18004/rdn2017.0009.02.046-066)

10. Kfoury CFA, Lombardi W, Romania MCFN, Puls ML, Martins-Ferreira RA, Lombardi LB, *et al.* Prognostic factors for response to chemotherapy in advanced tumors of the uterine cervix: the role of neoangiogenesis. *Rev Col Bras Cir.* 2019 Feb;46(1):e2077. DOI: [10.1590/0100-6991e-20192077](https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192077)

11. Stratton P, Battiwalla M, Tian X, Abdelazim S, Baird K, Barrett AJ, *et al.* Immune response following quadrivalent human papillomavirus vaccination in women after hematopoietic allogeneic stem cell transplant: a nonrandomized clinical trial. *JAMA Oncol.* 2020 Feb. DOI: [10.1001/jamaoncol.2019.6722](https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2019.6722)

12. Abbas KM, van Zandvoort K, Brisson M, Jit M. Effects of updated demography, disability weights, and cervical cancer burden on estimates of human papillomavirus vaccination impact at the global, regional, and national levels: a PRIME modelling study. *The Lancet.* 2020 Feb. DOI: [10.1016/S2214-109X\(20\)30022-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30022-X).

13. Costa TML, Heráclio S, Amorim MMR, Souza PRE, Lubambo N, Souza GFA, *et al.* Human papillomavirus and risk factors for cervical adenocarcinoma in the state of Pernambuco, Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2019 July/Sept;19(3):641-9. DOI: [10.1590/1806-93042019000300009](https://doi.org/10.1590/1806-93042019000300009)

14. Rangel G, Lima LD, Vargas EP. Conditioning factors in the late diagnosis of cervical cancer from the perspective of women treated at Inca. *Saúde Debate.* 2015 Oct/Dec;39(107):1065-78. DOI: [10.1590/0103-110420161070261](https://doi.org/10.1590/0103-110420161070261)

15. Rezende LFM, Arnold M, Rabacow FM, Levy RB, Claro RM, Giovannucci E, *et al.* The increasing burden of cancer attributable to high body mass index in Brazil. *Cancer Epidemiol.* 2018 June;54:63-70. DOI: [10.1016/j.canep.2018.03.006](https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.03.006)

16. Guedes DS, Carvalho AZFT, Lima ICV, Cunha GH, GalvãoMTG, Farias OO. Vulnerability of women with human immunodeficiency virus to cervical cancer. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2019 Apr;23(2):20180203. DOI: [10.1590/2177-9465-ean-2018-0203](https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0203)

17. Muentes GDG, Rodríguez LKG, Galarraga RIB, Carpio FA, Cabezas JCR. Genotypes distribution of human papillomavirus in cervical samples of Ecuadorian women. *Rev Bras Epidemiol.* 2016 Jan/Mar; 19(1):160-6. DOI: [10.1590/1980-5497201600010014](https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010014)

18. Silva DSM, Silva AMN, Brito LMO, Gomes SRL, Nascimento MDSB, Chein MBC. Cervical cancer screening in the State of Maranhão, Brazil. *Ciênc Saúde Colet.* 2014 Apr;19(4):1163-70. DOI: [10.1590/1413-81232014194.00372013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.00372013)

19. Singh U, Verma ML, Rahman Z, Qureshi S, Srivastava K. Factors affecting quality of life of cervical cancer patients: a multivariate analysis. *J Can Res Ther.* 2019 Oct/Dec;15(6):1338-44. DOI: [10.4103/jcrt.JCRT_1028_17](https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_1028_17)

20. Araújo AF, Castro Júnior AR, Freitas MC, Pereira MLD, Rodrigues DP, Torres RAM, *et al.* Young people in web radio: social representations about human Papillomavirus. *J Nurs UFPE on line.* 2019;13:e239855 DOI: [10.5205/1981-8963.2019.239855](https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239855)

Correspondência

Alex Sandro Rolland Souza
E-mail: alexrolland@uol.com.br

Submissão: 10/02/2020

Aceito: 03/04/2020

Copyright© 2020 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.