

AMANDA HEINEN

**ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A CITOLOGIA, A
HISTOLOGIA E A COLPOSCOPIA DAS LESÕES
INTRA-EPITELIAIS CERVICAIS DAS PACIENTES DO
AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA GENITAL, HU-UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2004

AMANDA HEINEN

**ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A CITOLOGIA, A
HISTOLOGIA E A COLPOSCOPIA DAS LESÕES
INTRA-EPITELIAIS CERVICAIS DAS PACIENTES DO
AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA GENITAL, HU-UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Ernani Lange de S. Thiago

Orientador: Prof. Luiz Fernando Sommacal

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2004

Heinen, Amanda.

Análise comparativa entre a citologia, a histologia e a colposcopia nas lesões intra-epiteliais cervicais das pacientes do Ambulatório de Oncologia Genital, HU-UFSC / Amanda Heinen. — Florianópolis, 2004.
35 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Câncer de colo uterino. 2. Neoplasia intra-epitelial cervical. 3. Diagnóstico precoce. 4. Fatores de risco. I. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, meu porto seguro, meu maior exemplo. Aos meus pais, Liliam e Darcísio, pelo amor e dedicação infinitos, pelo incentivo e compreensão. A meu irmão, Luciano, amigo e cúmplice, que sempre acreditou no meu potencial. A meus avós, Mathilde e João Alberto, e demais familiares, sempre presentes em minhas lembranças, em meu coração. E a todos aqueles que trilham seu caminho com perseverança e fé, transformando sonhos em conquistas reais.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que sempre guia meus passos e concede-me serenidade para superar os momentos de desânimo e decepção.

Agradeço também à Professora Maria Cristina Marino Calvo, pela assistência na análise de dados deste trabalho.

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Universitário, Edésio Barbosa, Elza Laura Fernandes, Jeane Batista Farias e Odilon de Souza, por terem disponibilizado os prontuários a serem analisados, sempre de forma prestativa.

Às minhas amigas, Patrícia Viviane Medeiros e Vivian Karla Brognoli Franco, pelo apoio nos momentos difíceis, e pela amizade verdadeira com que me presentearam durante os anos de faculdade. Amizade que sei, será eterna. Relembro ainda os momentos de festa e descontração que vivi com Fernanda do Carmo De Stefani, Bianca Nicolini Toledo e Karina Maria Papp. E a alegria na enfermagem de Pediatria, graças à presença do quarteto: Daniel Mello, Marcos Roberto Gomes, Charles Ramos Souza e Charlyston Schmitt. Enfim, agradeço a todos os meus amigos da turma de medicina 99.1, por tudo o que compartilhamos nesse período tão importante de nossas vidas.

Por fim, agradeço aos pacientes, que nos permitem vivenciar a prática da medicina, contribuindo para nossa formação.

SUMÁRIO

- RESUMO.....	vi
- SUMMARY.....	vii
- 1 INTRODUÇÃO.....	01
- 2 OBJETIVOS.....	05
- 3 MÉTODO.....	06
- 4 RESULTADOS.....	07
- 5 DISCUSSÃO.....	18
- 6 CONCLUSÕES.....	23
- NORMAS ADOTADAS.....	24
- REFERÊNCIAS.....	25
- APÊNDICE.....	29

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar o grau de concordância entre a colpocitologia oncótica, a colposcopia e a histologia obtida a partir de biópsia colpodirigida e a partir de conização cirúrgica, nas lesões intra-epiteliais de colo uterino. Os objetivos específicos foram: analisar a presença ou não de associação entre a idade e o grau de lesão intra-epitelial, e avaliar se pacientes tabagistas apresentariam maior incidência de lesões intra-epiteliais de alto grau. Foram selecionadas 202 pacientes com diagnóstico citológico ou histológico de lesão intra-epitelial de colo uterino, do Ambulatório de Oncologia Genital do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 1999 a 2004. Os dados referentes aos sujeitos do estudo foram coletados dos respectivos prontuários no Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital Universitário e transcritos em protocolo previamente elaborado. A concordância entre colpocitologia e histologia a partir de conização cirúrgica foi de 87%. As lesões de alto grau à citologia foram confirmadas à histologia por CAF em 91,4% dos casos. Nas lesões de baixo grau a concordância foi de apenas 30%. A concordância cito-colposcópica foi de 63,8%; nas lesões de alto grau, 68,8%, e nas de baixo grau, 34,5%. A conização confirmou presença de lesão em 92% das colposcopias. Em 78,7% dos casos as lesões eram de alto grau. Maior concordância histo-colposcópica foi observada nas lesões de alto grau, 83,8%. Nas de baixo grau esse índice foi de 13,3%. A média de idade das pacientes foi de 35,4 anos. Não se observou relação entre a faixa etária e o grau de lesão apresentada. As incidências de lesões de baixo e de alto grau foram semelhantes em fumantes e em não fumantes. Palavras-chave: câncer de colo uterino, neoplasia intra-epitelial cervical, CAF.

SUMMARY

The aim of present study was to evaluate the correlation among the cytopathology, the colposcopy and the histopathology derived from biopsy and derived from LEEP specimen analysis. The specific objectives were: to analyze the presence or not of association between the age and the grade of intraepithelial lesion, and to evaluate if smokers would present larger incidence of high grade intraepithelial lesions. 202 patients were selected with cytological or histological diagnosis of intra-epithelial lesion of uterine cervix, from the Genital Oncology Service of the University Hospital of Federal University of Santa Catarina, from 1999 till 2004. The necessary data were obtained in the Service of Medical File and Statistics of the University Hospital. The results were submitted to statistical analysis. The mean of the patients' age was of 35,4 years old. Association was not observed between the age group and the grade's lesion. The incidences of low intra-epithelial lesions and of high intraepithelial lesions were similar in smokers and in nonsmokers. The agreement between cytopathology and histopathology from LEEP was 87%. The high intraepithelial lesions were confirmed in histopathology from LEEP in 91,4% of the cases. In the low intraepithelial lesions the agreement was of just 30%. The agreement between cytopathology and colposcopy was of 63,8%; in the lesions of high grade, 68,8%, and in the one of low grade, 34,5%. The histopathology from LEEP confirmed presence of lesion in 92% of colposcopies. The strongest association between colposcopy and histology it was observed in the high grade intraepithelial lesions, 83,8%. In the one of low grade that value was of 13,3%. Keywords: cervic cancer, cervical intraepithelial neoplasia, LEEP.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, estima-se que o câncer do colo do útero seja o terceiro mais comum na população feminina, sendo superado pelo câncer de pele não melanoma e pelo de mama. Representa 10% de todos os tumores malignos em mulheres ¹.

De acordo com dados absolutos sobre a incidência e mortalidade por câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de colo do útero foi responsável pela morte de 3.953 mulheres no Brasil em 2000. Para 2003, as Estimativas sobre Incidência e Mortalidade por Câncer previam 16.480 novos casos e 4.110 óbitos ¹.

Em Santa Catarina a estimativa para 2003 era de 2.330 novos casos e 400 óbitos. E em Florianópolis, 680 novos casos e 150 óbitos¹.

O câncer invasor do colo do útero é evitável, entre outros motivos, porque a detecção precoce de lesões pré-neoplásicas assintomáticas e sua erradicação podem impedir a ocorrência de lesões mais avançadas, na maioria dos casos ².

Nas últimas décadas a mortalidade e a incidência do câncer invasor diminuíram, enquanto o diagnóstico de lesões precursoras vem aumentando, graças ao advento da citologia oncótica e outros métodos diagnósticos ³.

A lesão intra-epitelial cervical tem origem em células metaplásicas imaturas que se alteram, provavelmente, devido a uma associação de fatores: agentes oncogênicos, perturbações imunológicas e características epidemiológicas.

A incidência real das lesões precursoras na população em geral não é conhecida, por não serem de notificação compulsória. Porém, sabe-se que ocorrem principalmente em mulheres jovens, com pico de incidência em torno dos 30 anos. E vem aumentando entre as mais jovens³.

O tempo de evolução das lesões intra-epiteliais até o carcinoma *in situ* tem sido objeto de estudo de diversos autores, com resultados controversos na literatura. Piato et al. citam que lesão intra-epitelial de baixo grau evoluiria para carcinoma *in situ* em sete anos, e que o tempo de progressão do carcinoma *in situ* para carcinoma invasor é de aproximadamente dez anos⁴. Esses mesmos autores citam que cerca de 16% das lesões de baixo grau progridem para carcinoma *in*

situ e 62% regridem; enquanto nas lesões de alto grau a taxa de progressão é de 50% e de regressão, 28%². Citando Dexeus et al., Piatto refere tempo de progressão de NIC I, II e III a carcinoma *in situ* de 58, 38 e 12 meses, respectivamente⁴.

A epidemiologia do carcinoma escamoso de colo uterino e de suas lesões precursoras indica que há uma associação com diversos fatores, muitos deles relacionados a comportamento sexual. O início precoce da atividade sexual reveste-se de especial importância epidemiológica, devido à presença de ectopia cervical no período da adolescência, com metaplasia escamosa exacerbada. O início da atividade sexual nessa época aumenta o risco de transformação neoplásica³.

Outro fator de risco aventado é a multiparidade. Sabe-se que a gravidez e o parto podem causar erosão cervical, o que favoreceria a exposição da junção escamo-colunar à carcinogênese. Além disso defende-se a hipótese de que haveria uma imunossupressão temporária durante a gravidez, pela influência hormonal⁴.

A relação do hábito do tabagismo com o desenvolvimento de lesões pré-neoplásicas e câncer do colo uterino tem sido demonstrada em diversos estudos, propondo um risco relativo duas vezes maior entre as tabagistas em relação às não fumantes¹. Tem sido aventado que produtos do cigarro diminuem o número de células de Langerhans no epitélio cervical, prejudicando o sistema de defesa, facilitando a infecção pelo HPV^{3,5}.

O DNA-HPV está presente em praticamente todos os casos de câncer do colo uterino, sendo reconhecido como o fator etiológico mais relacionado ao câncer do colo do útero pela Organização Mundial de Saúde⁶. São conhecidos, atualmente, mais de 100 tipos desse vírus, alguns com baixo potencial oncogênico, e outros com alto potencial. Aproximadamente 20 deles afetam o trato genital. Os de baixo risco, como o HPV tipos 6 e 11 têm relação com condilomas benignos e NIC I. Os tipos 16 e 18 se relacionam com NIC III, carcinoma microinvasivo do colo e adenocarcinoma do colo. Em 90 a 95% dos cânceres invasores, adenocarcinomas e adenocarcinoma *in situ*, as células contêm HPV, e presume-se que, em 90% das lesões intra-epiteliais cervicais, ele também esteja presente².

A imunossupressão é fator contribuinte para agressão ao colo uterino, favorecendo a ação de patógenos, devido à defesa deficiente. É encontrada incidência maior do que a esperada entre as mulheres que utilizam imunossupressores, risco dez vezes maior². Mulheres com o vírus da

imunodeficiência humana (HIV) têm índice elevado da infecção pelo HPV e , também, risco elevado para o câncer do colo do útero³.

O uso de contraceptivos orais é considerado fator de risco por boa parte da literatura por propiciar maior exposição sexual, devido a menor utilização de métodos de barreira; e pela maior tendência à ectopia.

A identificação de lesão precursora do carcinoma cervical parece datar do início deste século, com estudos de Rubin⁴. Em 1943, Papanicolaou e Traut introduziram o exame citopatológico do colo do útero como método detector do câncer e de suas lesões precursoras, classificando as lesões em cinco classes (ver Apêndice). A popularização do método ocorreu de forma rápida, visto a facilidade de sua realização e seu baixo custo; sendo hoje o método de rastreamento universal para patologia do colo do útero.

O conceito de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) para caracterizar as lesões precursoras do câncer do epitélio pavimentoso cervical foi sugerido por Richart em 1967³. Foi estabelecida uma divisão em três graus: I, II e III, este incluindo carcinoma *in situ*; com o objetivo de definir prognóstico. Robertson, em 1989, propôs os conceitos de NIC de baixo grau, incluindo I e II, e de alto grau, III. A Classificação de BETHESDA (1988) introduziu o termo lesão intra-epitelial escamosa (LIE), de baixo grau, correspondendo a NIC I e alterações pelo HPV; e lesão intra-epitelial de alto grau, NIC II e III^{2,9}.

A American Cancer Society sugere a realização do primeiro exame aos vinte anos de idade, desde que haja atividade sexual. Preconiza-se que a coleta pode ser trienal após dois resultados negativos, entretanto o exame anual confere maior segurança, evitando que um exame falso-negativo somente venha a ser detectado três anos depois^{2,3}.

Antes do advento da citologia oncótica, a colposcopia era o único método de prevenção de câncer. A técnica da colposcopia foi idealizada por Hinselmann no ano de 1924, com o objetivo de orientar o diagnóstico de lesões pré-malignas e malignas. O instrumental consta do colposcópio com aumentos de 5 a 40 vezes; espéculo de tamanho adequado; além de pinças e soluções fisiológica, de ácido acético e de lugol. Conforme Halbe et al, citando Cartier, se realizada em condições adequadas, a colposcopia é satisfatória em 85% dos casos, com identificação da junção escamo-colunar e da zona de transformação³. O estudo da junção escamo-colunar e da zona de transformação constitui o tempo principal da colposcopia, pois a maioria das

lesões precursoras se origina em área de metaplasia. Conforme classificação estabelecida em 1990 pelo Comitê de Nomenclatura Colposcópica, os achados colposcópicos foram classificados como normais (zona de transformação típica – ZTT), anormais (zona de transformação atípica, com alterações menores e maiores – ZTA de baixo grau e de alto grau), sugestivos de carcinoma invasor, insatisfatórios e variados. A colposcopia deve ser realizada nas pacientes com citologia de NIC, pois propicia uma visualização do colo como um todo, auxiliando na biópsia de lesões suspeitas ou determinando a necessidade de excisão de parte do colo (conização cirúrgica) para correta análise histológica.

A histologia, último elemento da tríade diagnóstica, é o padrão-ouro para definição da conduta terapêutica. A biópsia é realizada com auxílio da colposcopia. Entretanto, quando a lesão penetra pelo orifício cervical e não se dispõe de aparelhagem adequada, como microcolpohisteroscópio, é indicada a conização.

A associação de colposcopia, colpocitologia oncológica e biópsia fazem, hoje, o diagnóstico de quase 100% dos casos de lesões no colo do útero, vulva e vagina^{3,4}. Inúmeros estudos vêm reiterando a necessidade desta associação, visto que, isoladamente, tanto a citologia quanto a colposcopia apresentam discordância com os achados histológicos³. Essa constatação motivou o desenvolvimento desse trabalho.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral: correlacionar os resultados dos diferentes métodos diagnósticos das lesões precursoras do câncer de colo uterino.

Objetivos Específicos:

1. Avaliar os níveis de concordância dos métodos do tripé diagnóstico;
2. Avaliar a associação entre a idade e o grau das lesões intra-epiteliais;
3. Avaliar a associação entre o hábito do tabagismo e a presença de lesão intra-epitelial de alto grau.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Estudo descritivo, transversal, observacional, realizado no Ambulatório de Oncologia Genital do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de janeiro a junho de 2004.

3.2 Casuística

Foram incluídas nesse trabalho todas as pacientes atendidas no Ambulatório de Oncologia Genital do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 1999 a 2003, com diagnóstico citológico ou histológico de lesão intra-epitelial de colo uterino. A amostra foi de 202 pacientes

3.3 Procedimentos

Após delineamento da população a ser estudada, foi realizada coleta de fatores de risco e resultados dos exames citológico, histológico e colposcópico, conforme protocolo previamente elaborado (ver Apêndice).

Para avaliação estatística, os dados foram analisados a partir do programa Epiinfo 3.2.2.

3.4 Variáveis estudadas

Nesse estudo foram analisadas as seguintes variáveis: idade, hábito do tabagismo, diagnósticos dos exames citológico, colposcópico e histológico (a partir de biópsia colpodirigida e a partir de conização cirúrgica).

4 RESULTADOS

A idade das pacientes estudadas variou de 17-79 anos, com média de 35,4 anos (desvio padrão = 11,6), mediana de 33 anos e moda, 27 anos. Nas lesões de alto grau a média de idade foi de 36,5 anos (desvio padrão = 11,49). Nas de baixo grau, 31,3 anos (desvio padrão = 8,12), com $p < 0,05$.

A tabela abaixo apresenta distribuição do número de casos de lesão intra-epitelial de baixo e de alto grau de acordo com a idade, em três grupos etários. Não se observou relação estatística entre faixa etária e o tipo de lesão.

Tabela 1 – Distribuição da lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau (LIEBG) e de alto grau (LIEAG) segundo faixa etária em número (N) e porcentagem (%).

Idade	LIEBG		LIEAG		Total	
	N	%	N	%	N	%
Até 30 anos	18	37,5	30	62,5	48	100
30 a 39 anos	16	36,3	28	63,7	44	100
Acima de 40 anos	8	21,6	29	78,4	37	100
Total	42	32,5	87	67,5	129	100

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

Qui-quadrado: 2,83
 $p = 0,24$

A média de idade da coitarca foi de 17,4 anos (desvio padrão = 2,4).

A média de número de gestações entre as pacientes estudadas foi de 2,95 (desvio padrão = 2,68).

Quanto à prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, observamos frequência de 17,4% (35 casos). Destes, 45,7% apresentavam HPV e 20% HIV.

Quando interrogadas sobre o hábito do tabagismo 64 pacientes (31,3%) responderam afirmativamente. Não se observou relação entre tabagismo e o grau da lesão. Dez pacientes tabagistas não apresentaram lesão intra-epitelial.

Tabela 2 – Distribuição das pacientes fumantes e não-fumantes conforme o grau de lesão em número de casos (N) e porcentagem (%).

	Não-fumante		Fumante		Total	
	N	%	N	%	N	%
LIE baixo grau	26	61,9	16	38,1	42	100
LIE alto grau	49	56,3	38	43,7	87	100
Total	75	58,1	54	41,8	129	100

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

p = 0,54

Do total de 202 prontuários utilizados para o estudo, 194 apresentavam resultado de colpocitologia oncótica. A citologia cérvico-vaginal apresentou resultado de lesão de alto grau, em 59 casos (30,4%) e lesão de baixo grau também em 59 casos (30,4%). Seguiram-se as citologias com atipias celulares de significado indeterminado (ASCUS e AGUS), com 45 casos (23,2%). Quatro pacientes apresentavam exame citopatológico indicando carcinoma invasor. Vinte e sete pacientes (13,9%) apresentaram resultado negativo para malignidade.(Figura 1)

Duzentos prontuários apresentavam descrição da colposcopia. Ao exame colposcópico 129 pacientes (64,5%) apresentaram lesões compatíveis com zona de transformação atípica, sendo 38,5% de alto grau e 26% de baixo grau. Em dezoito pacientes a colposcopia foi considerada insatisfatória, em sua maioria por não visualização da junção escamo-colunar. (Figura 2)

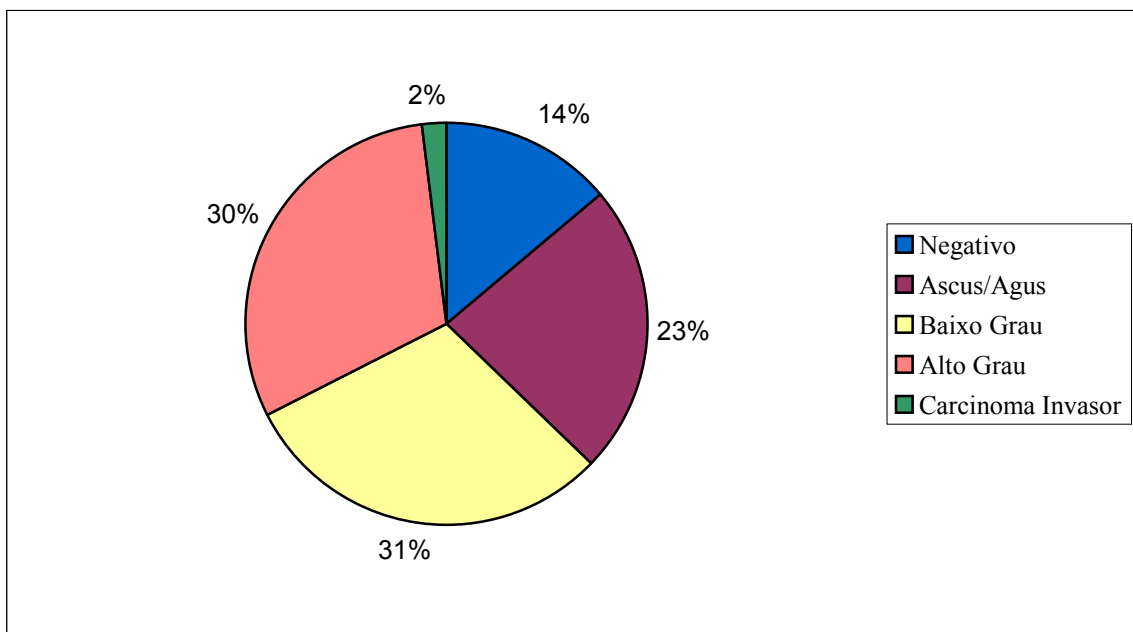


Figura 1 – Frequência relativa do diagnóstico do exame colposcópico.

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

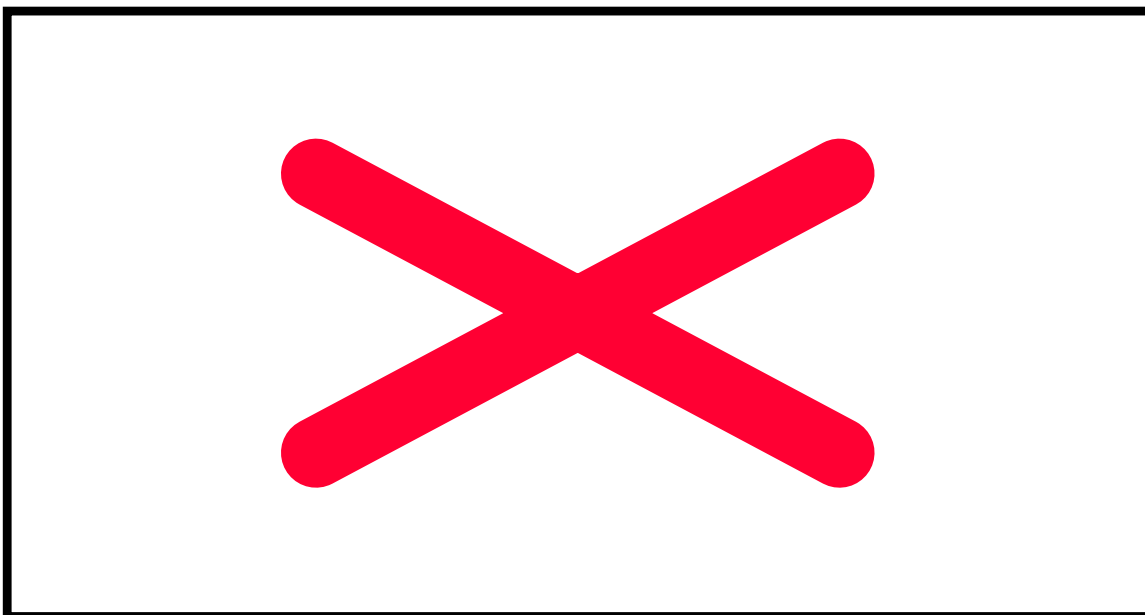


Figura 2 – Frequência relativa do diagnóstico do exame colposcópico.

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

Cento e trinta e nove prontuários (68,4%) continham laudo de biópsia dirigida, a maioria indicava lesão de alto grau (61,2%).(Figura 3)

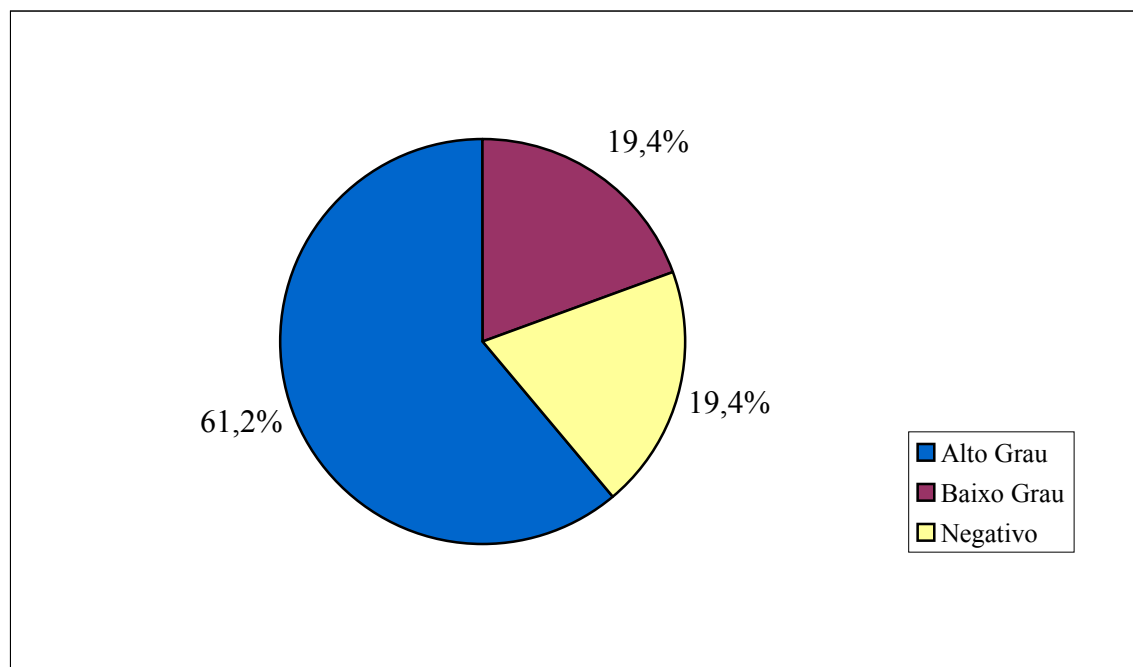


Figura 3 – Frequência relativa do diagnóstico histológico por biópsia dirigida.

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

Setenta e uma pacientes apresentaram indicação de realização de cirurgia de alta frequência (CAF). Destas, cinquenta e oito apresentaram laudo histopatológico de lesão de alto grau (81,7%).(Figura 4)

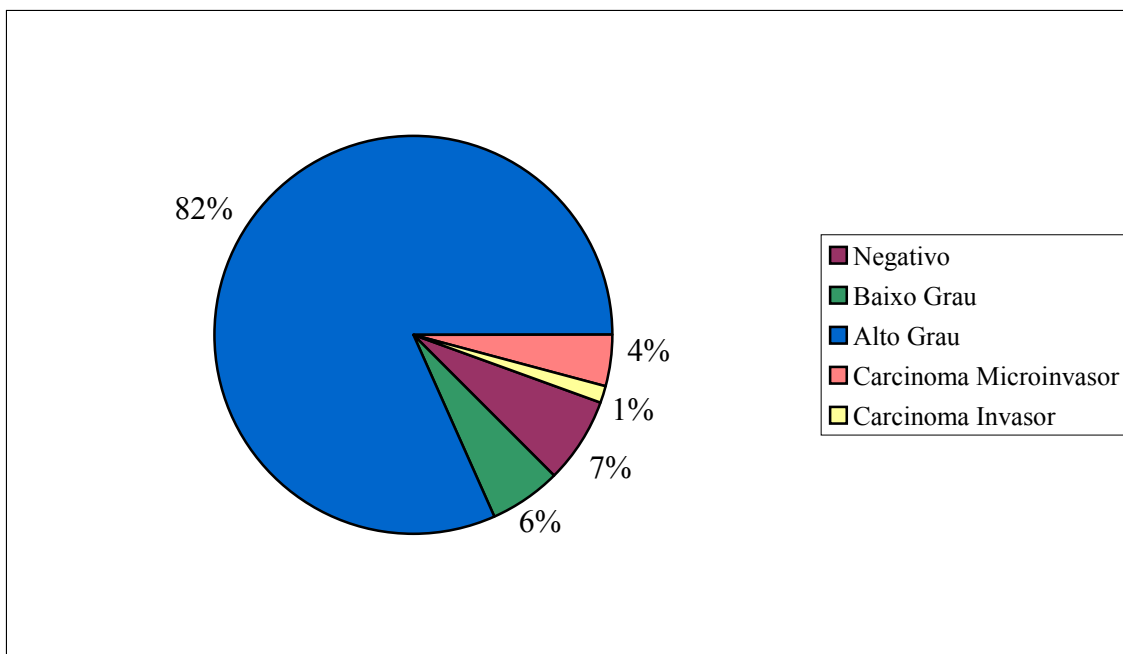


Figura 4 – Frequência relativa do diagnóstico histológico a partir de conização cirúrgica.

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

Considerando apenas a presença ou ausência de lesão, a correlação entre a citologia e a histologia a partir de conização foi de 87% (valor preditivo positivo de 93,6%).(Tabela 3)

Quando correlacionados os resultados especificando-se o tipo de lesão, se de baixo ou alto grau, se Ascus/Agus ou se carcinoma, maior índice de concordância foi verificado nas lesões de alto grau, em 91,4% dos casos.

Quanto às lesões diagnosticadas pela citologia como de baixo grau, a concordância ocorreu em 30% dos casos. Nessa categoria citológica, a avaliação histopatológica revelou lesão de alto grau em 60% das pacientes.(Tabela 4)

Na categoria colpocitológica de lesões de significado indeterminado (Ascus/Agus), na maioria dos casos (92,9%) foi detectada lesão de alto grau na análise histopatológica. Dos dois casos diagnosticados citologicamente como carcinoma não houve concordância, em todos os casos a histopatologia indicou lesão limitada ao epitélio.

Tabela 3 – Concordância entre os exames citológico e histológico a partir de conização cirúrgica (CAF) em número de casos (N) e porcentagem (%), segundo ausência ou presença de lesão.

Citologia	Histologia a partir de CAF					
	Presença de lesão		Ausência de lesão		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ausência de lesão	5	83,4	1	16,6	6	100
Presença de lesão	57	93,4	4	6,6	61	100
Total	62	92,6	5	7,4	67	100

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

Tabela 4 – Concordância entre os exames citológico e histológico a partir de conização cirúrgica (CAF) em número de casos (N) e porcentagem (%), segundo categorias diagnósticas.

Citologia	Histologia a partir de CAF									
	Negativo %		Baixo Grau %		Alto Grau %		Carcinoma %		Total %	
Negativo	1	16,7	-	-	2	33,3	3	50,0	6	100
Baixo Grau	1	10,0	3	30,0	6	60,0	-	-	10	100
Alto Grau	2	5,7	-	-	32	91,4	1	2,9	35	100
Carcinoma	-	-	-	-	2	100,0	-	-	2	100
Ascus/Agus	1	7,1	-	-	13	92,9	-	-	14	100
Total	5	7,5	3	4,5	55	82,0	4	6,0	67	100

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

Nos casos em que a citologia foi negativa e a conização indicada a partir de achados colposcópicos, 83,3% (5 casos) apresentaram lesão na histologia. Em 50% dos casos, foi diagnosticado carcinoma invasor, e em 33,3%, lesão de alto grau.

Correlacionando-se a citopatologia com a histopatologia a partir de biópsia dirigida, a concordância levando-se em consideração apenas presença ou ausência de lesão, foi de 67% (valor preditivo positivo de 79,2%).

Tabela 5 - Concordância entre os exames citológico e histológico a partir de biópsia dirigida em número de casos (N) e porcentagem (%), segundo ausência ou presença de lesão.

Citologia	Histologia a partir de biópsia dirigida					
	Presença de lesão (%)		Ausência de lesão (%)		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ausência de lesão	21	80,8	5	19,2	26	100
Presença de lesão	80	79,2	21	20,8	101	100
Total	101	79,5	26	20,5	127	100

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

Ao correlacionarmos todos os critérios citológicos e histológicos descritos, os índices de maior concordância ocorreram no diagnóstico de carcinoma invasor (100%), porém computando apenas dois casos. Na categoria de lesões de alto grau, observou-se concordância com a histologia em 73,2% dos casos.(Tabela 6)

Tabela 6 - Concordância entre os exames citológico e histológico a partir de biópsia dirigida em número de casos (N) e porcentagem (%), segundo categorias diagnósticas.

Citologia	Histologia a partir de biópsia dirigida							
	Negativo %		Baixo Grau %		Alto Grau %		Total %	
Negativo	5	19,3	7	26,9	14	53,8	26	100
Baixo Grau	8	29,6	4	14,8	15	55,6	27	100
Alto Grau	4	9,8	7	17,1	30	73,2	41	100
Carcinoma	-	-	-	-	2	100,0	2	100
Ascus/Agus	9	29,0	5	16,1	17	54,8	31	100
Total	26	20,5	23	18,1	78	61,4	127	100

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

Nas lesões de baixo grau a concordância foi de 14,8%. Já na categoria citológica Ascus/Agus, a histologia indicou lesão de alto grau em mais da metade dos casos (54,8%).

Na colposcopia, a concordância com a citologia com relação a presença ou não de lesão foi de 63,8% (valor preditivo positivo de 72,1%).

Tabela 7 - Concordância entre os exames citológico e colposcópico em número de casos (N) e porcentagem (%), segundo ausência ou presença de lesão.

Citologia	Colposcopia					
	Presença de lesão		Ausência de lesão		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ausência de lesão	22	81,5	5	18,5	27	100
Presença de lesão	106	72,1	41	27,9	147	100
Total	128	73,5	46	26,5	174	100

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

O maior índice de concordância foi observado nas lesões de alto grau; 68,8% das citologias de alto grau, apresentaram o mesmo diagnóstico à colposcopia. Das 27 citologias negativas, 13 (48,1%) foram diagnosticadas como lesão de alto grau à colposcopia e 9 (33,4%) como de baixo grau.

Tabela 8 - Concordância entre os exames citológico e colposcópico em número de casos (N) e porcentagem (%), segundo categorias diagnósticas.

Citologia	Colposcopia											
	ZTT %		ZTA baixo g. %		ZTA alto g. %		CMI %		CI %		Total %	
	Negativo	5	18,5	9	33,4	13	48,1	-	-	-	-	27
Baixo Grau	24	41,4	20	34,5	14	24,1	-	-	-	-	58	100
Alto Grau	5	10,4	10	20,8	33	68,8	-	-	-	-	48	100
Carcinoma	-	-	1	33,3	1	33,3	-	-	1	33,4	3	100
Ascus/Agus	12	31,6	11	29,0	14	36,8	1	2,6	-	-	38	100
Total	46	26,4	51	29,3	75	43,1	1	0,6	1	0,6	174	100

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

A maioria das citologias de baixo grau foi definida como zona de transformação típica à colposcopia (41,4%). Das citologias que indicaram carcinoma invasor, apenas uma confirmou-se pela colposcopia, as outras duas foram classificadas como zona de transformação de alto e baixo grau, respectivamente. A categoria diagnóstica Ascus/Agus apresentou-se à colposcopia como zona de transformação atípica em 68,4% dos casos. Dos vinte e sete casos de citologia negativa, apenas cinco foram confirmados como sendo zona de transformação típica (18,5%).

Das 71 pacientes que foram submetidas à conização cirúrgica, apenas uma não apresentava laudo de colposcopia em seu prontuário. Comparando-se os resultados dos exames

histopatológicos com as colposcopias que indicaram esse procedimento, encontramos concordância de 92%.

Tabela 9 - Concordância entre os exames colposcópico e histológico a partir de conização cirúrgica (CAF) em número de casos (N) e porcentagem (%), segundo ausência ou presença de lesão.

Colposcopia	Histologia a partir de CAF					
	Presença de lesão		Ausência de lesão		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ausência de lesão	2	100,0	-	-	2	100
Presença de lesão	58	92,0	5	8,0	63	100
Total	60	92,3	5	7,7	65	100

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

Em cinco colposcopias não foi possível visualizar a junção escamo-colunar, e tiveram histologia a partir de conização com indicação de alto grau.

Tabela 10 - Concordância entre os exames colposcópico e histológico a partir de conização cirúrgica em número de casos (N) e porcentagem (%), segundo categorias diagnósticas.

Colposcopia	Histologia a partir de CAF											
	Negativo %		Baixo G.%		Alto G. %		CMI %		Carcinoma %		Total %	
ZTT	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-	2	100
ZTA Baixo G.	2	13,3	2	13,3	9	60,0	1	6,7	1	6,7	15	100
ZTA Alto G.	3	7,0	2	4,6	36	83,8	2	4,6	-	-	43	100
Carcinoma	-	-	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100
Total	5	8,2	4	6,6	48	78,7	3	4,9	1	1,6	61	100

Fonte: SAME/HU-UFSC, 1999-2004.

Duas pacientes com colposcopia negativa foram submetidas a conização por apresentarem citologia positiva, e a histologia indicou alto grau. O caso de carcinoma à colposcopia não se confirmou na histologia.

O maior índice de concordância ocorreu nas lesões de alto grau (83,8%). Nas lesões de baixo grau à colposcopia, na maioria dos casos (60%), a histologia indicou lesão de alto grau.

5 DISCUSSÃO

Estudos morfoepidemiológicos demonstraram que dentre as lesões precursoras do câncer do colo uterino, as de baixo grau teriam uma prevalência maior nas mulheres no início da terceira década de vida, enquanto as de alto grau apareceriam mais no final da terceira década e início da quarta década¹⁰. Neste trabalho observou-se média de idade de 31,3 anos para as lesões intra-epiteliais de baixo grau, e 36,5 anos para as de alto grau.

A relação entre o tabagismo e o desenvolvimento de lesões pré-neoplásicas e o câncer do colo uterino tem sido demonstrada em diversos estudos, propondo um risco relativo duas vezes maior entre as tabagistas em relação às não fumantes². Tem sido aventado que o fumo poderia acelerar a evolução da lesão, por isso estudos vêm avaliando se a prevalência de alto grau seria maior nas pacientes fumantes. Neste estudo não se observou relação com valor estatístico significantel³.

A efetividade da detecção precoce do câncer do colo do útero por meio do exame colpocitológico, associada ao tratamento deste câncer em seus estádios iniciais, têm resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer cervical invasor que pode chegar a 90%, quando o rastreamento apresenta boa cobertura e é realizado dentro dos padrões de qualidade¹¹.

Em nosso estudo a concordância entre os diagnósticos citológico e histológico a partir do cone ocorreu em 87%, considerando-se apenas presença ou não de lesão. Índice semelhante foi encontrado por Collaço et al.¹², 83%. Bertuol et al. ao correlacionarem exame citológico com histologia do cone encontraram índice de discordância de 18,3%. Sendo que em 15,7%, os achados citológicos indicavam normalidade ou inflamação⁴.

Analisando-se a correlação exata entre as categorias citológicas e as histológicas, verificamos concordância de 67,9%. Collaço et al.¹² encontraram 53,3% de concordância e Heatley et al.¹⁴, 49%.

Halbe et al. citam índice de falso-negativo citológico de 6,1%³. Já Roberto Netto et al. citam estudos com variações na sensibilidade do esfregaço citológico cujos índices variavam de 15 a 50%¹⁵. Outros estudos citam valores de 50 a 90%². Pinho et al. em estudo que teve por

objetivo avaliar a acurácia diagnóstica da citologia cérvico-vaginal em um Hospital Universitário, encontraram uma taxa de sensibilidade alta (96%), porém especificidade baixa (51,5%)¹⁶.

Em nosso estudo a maioria dos esfregaços citológicos foram realizados em Centros de Saúde e alguns no Hospital Universitário, coletados por profissionais de diferentes níveis, limitando com isso o valor da citologia. Alguns fatores podem limitar o valor da citologia, como coleta inadequada, não representatividade da junção escamo-colunar, atrofia intensa, hemorragia, entre outros.

Excluindo-se as categorias ASCUS e AGUS, o maior índice de concordância foi observado na categoria citológica lesões de alto grau, com 91,4%. Valor superior ao estudo de Collaço et al., de 63%¹². Este alto índice de concordância pode ser explicado pelo fato de que os critérios citológicos dessa categoria são bem definidos. Entretanto alguns estudos, como o realizado por Lonky et al. mostram valor bem inferior, de 17%¹⁷. Deve-se ressaltar a importância de diagnosticar essas lesões precocemente, devido ao seu alto potencial de progressão. Estima-se que cerca de 70% das lesões de alto grau não tratadas evoluem para câncer invasor em um período médio de 10 anos¹¹.

No que diz respeito às lesões de baixo grau, a concordância foi de apenas 30%, três casos. Em seis casos (60%), de um total de dez, as lesões foram consideradas de alto grau pela histologia. Esse fato pode estar associado a limitações na amostra, interpretação errônea ou a características próprias da lesão que ao ser esfoliada não libera esse tipo de célula de sua superfície. No estudo realizado por Collaço et al. o valor de concordância também foi baixo, 9%¹². Guimarães et al.¹⁸, em estudo que avaliou 155 casos de displasia leve, observaram concordância de 37,3% com a histologia; em 38,8% diagnosticou-se lesão de alto grau ou carcinoma à histologia.

Ao contrário das lesões intra-epiteliais de alto grau cujo índice de progressão está bem definido na literatura, as lesões intra-epiteliais de baixo grau carecem de mais estudos. Nenhum estudo prospectivo, duplo-cego, randomizado conseguiu provar que tratando as lesões intra-epiteliais de baixo grau diminuiríamos o índice de carcinoma invasor¹⁸.

Guimarães et al. consideram as pacientes com citologia de lesão intra-epitelial de baixo grau como um grupo de risco para carcinoma invasor. Flannelly et al.¹⁹, sugerem que seja realizado o exame colposcópico de todos esses casos com o objetivo de confirmar o resultado

inicial ou detectar lesão de maior gravidade. Caso não seja possível realizar a colposcopia, recomendam citologia semestral até o esclarecimento do caso^{18,19}.

Piatto et al citam que lesão intra-epitelial de baixo grau evoluiria para carcinoma in situ em sete anos, e que o tempo de progressão do carcinoma in situ para carcinoma invasor é de aproximadamente dez anos⁴. Esses mesmos autores citam que cerca de 16% das lesões de baixo grau progridem para carcinoma in situ e 62% regredem. Guimarães et al., ao avaliar 155 casos de lesão intra-epitelial de baixo grau, observaram que 25% dessas lesões evoluíram para alto grau ou carcinoma, num tempo médio de cinco anos¹⁸.

Nas categorias de Ascus e Agus, dos catorze casos, treze (92,9%) foram identificados como lesão de alto grau pela histologia. Outros estudos como o de Burja et al.²⁰ chamam a atenção para alta porcentagem de casos Ascus ou Agus, classificados posteriormente pela histologia como de alto grau ou carcinoma. Esses autores concluem ser útil continuar utilizando essa qualificação de diagnóstico citológico.

Alguns autores recomendam que após um exame citológico com padrão Ascus, seja realizada colposcopia e acompanhamento semestral até três resultados negativos^{10,21,22}. Entretanto a conduta ainda é controversa. Fator limitante é a falta de uniformização de critérios citológicos para essa categoria²³. Lima et al.²¹, em estudo que avaliou 111 casos citológicos de Ascus, observaram que em 61% diagnosticou-se lesão intra-epitelial ou carcinoma à histologia. Essa taxa comprova a relação de Ascus com lesão pré-neoplásica, inclusive com as lesões intra-epiteliais de alto grau. Esses autores consideram que a biópsia dirigida deve ser realizada quando a colposcopia confirmar anormalidade epitelial.

Correlacionando a citologia com a histologia a partir de biópsia dirigida, observou-se concordância em 85 casos (67%). O valor de kappa também foi baixo nessa comparação, devido aos 21 casos de falsos-positivos e mais 21 de falsos-negativos.

Correlacionando o exame citológico com a colposcopia, encontramos concordância em 63,8% dos casos, ao analisarmos apenas presença ou ausência de lesão.

Avaliando todas as categorias diagnósticas, maior concordância é observada nas lesões de alto grau, índice de 68,8%. Na maioria das lesões citológicas de baixo grau (41,4%) a colposcopia determinou zona de transformação típica, ou seja, sem lesão patológica. Em

contrapartida, em 48,1% (13 casos) das citologias negativas, a colposcopia caracterizou como zona de transformação atípica de alto grau.

Dos 38 casos de categoria citológica Ascus/Agus, a colposcopia classificou 14 como zona de transformação atípica de alto grau, 11 como de baixo grau e 12 como zona de transformação típica.

Em estudo realizado por Bertuol et al.³ no Hospital Universitário da PUC-RS, o índice de discordância entre exame citológico e colposcópico, em 50 pacientes com exames alterados, foi de 34%. Sendo que em 30% o exame colposcópico era mais grave³. Nesse estudo o valor de discordância foi semelhante (36,2%), e em 26,5% dos casos a colposcopia indicou lesão mais grave.

Tendo em vista que a colposcopia apresenta um custo duas a três vezes maior que a citologia, pesquisadores têm se dedicado à melhoria da sensibilidade do exame colposcópico. Sabe-se que o melhor caminho é o treinamento correto dos profissionais^{23,24,25}. Atualmente a citologia em meio líquido tem propiciado esfregaço de melhor qualidade, aumentando a sensibilidade.

Nos países desenvolvidos, estudiosos desenvolveram aparelhos automatizados para a leitura dos esfregaços de Papanicolaou, como o AutoPap¹⁵. A análise citológica automatizada dos esfregaços convencionais, pela capacidade de definir a natureza das lesões, pode também ser usada para selecionar pacientes para o exame colposcópico. Porém, nos países em desenvolvimento seu uso é limitado pelo alto custo.

Roberto Netto et al. afirmam que pesquisadores indicam que mulheres com atipia cervical de repetição deveriam ser submetidas ao uso de ácido acético logo após a citologia¹⁵. Somente as alterações aceto-brancas deveriam ser encaminhadas à colposcopia, reduzindo assim os custos em programas de rastreamento. Seguimento somente com citologia poderia significar dano à paciente, tendo em vista o índice de falsos negativos¹⁵.

A colposcopia é considerada método mais sensível do que a citologia para a detecção das alterações no epitélio cervical. Entretanto, a falta de sistematização, a heterogeneidade de treinamento, o custo, a alta taxa de falsos positivos, e o tempo necessário para cada exame

inviabilizam a colposcopia como procedimento inicial no rastreamento de populações assintomáticas^{2,24}.

Todas as mulheres com esfregaço cérvico-vaginal compatível com lesão intra-epitelial ou de caráter indeterminado devem ser avaliadas pela colposcopia. Nos casos em que a lesão é inacessível à visão colposcópica, deve-se pesquisar o canal cervical através da colposcopia endocervical, microcolposcopia e curetagem em cone do canal.

A colposcopia exige treinamento adequado e cuidadosa correlação entre os achados morfológicos e a histologia^{26,27}. Sua indicação primordial é a localização e delimitação das lesões epiteliais. Reis et al.²⁶ citam como fatores que influenciam a validade da colposcopia: o tamanho e a gravidade da lesão, o número de biópsias, a idade das pacientes, a variabilidade na observação, a variabilidade da interpretação histológica, a inflamação e o diagnóstico citológico.

Segundo esses especialistas, a colposcopia apresenta índices de sensibilidade comparáveis à citologia. Chamam a atenção para o fato de que as falhas encontradas na aplicação dessa técnica se devem em geral pela falta de qualificação dos profissionais. E recomendam que a colposcopia seja realizada por médicos com treino específico na aplicação dessa técnica^{14,15,28}.

Ao correlacionarmos a colposcopia com a histologia a partir de conização encontramos concordância de 92%, Em 58 dos 63 casos, a histologia confirmou lesão vista à colposcopia. Avaliando as lesões intra-epiteliais, maior grau de concordância foi observado nas de alto grau (83,8%). Assim como o observado com a citologia, as lesões de baixo grau apresentaram baixa concordância, 13,3%.

Bertuol et al.³ citam em seu estudo índice de discordância entre colposcopia e histologia do cone de 14,7%. Nosso estudo mostrou discordância de 8%. Em 11,5% dos casos do estudo de Bertuol et al. a colposcopia revelou zona de transformação atípica e a histologia indicou normalidade ou inflamação. Neste trabalho o percentual de falsos-positivos foi de 8,2%.

O controle da incidência e mortalidade do câncer do colo uterino depende da implantação de programas efetivos de triagem citológica, rastreamento adequado e tratamento das lesões cervicais em fase inicial. É de grande importância que os exames do tripé diagnóstico tenham boa sensibilidade, para que as lesões precursoras do câncer do colo uterino sejam diagnosticadas precocemente, diminuindo assim a incidência de carcinoma invasor.

6 CONCLUSÕES

1. A média de idade das pacientes com diagnóstico de lesão intra-epitelial de baixo grau foi de 31,3 anos, e nas com lesão intra-epitelial de alto grau, 36,5 anos.
2. Não se observou relação entre a faixa etária e o grau de lesão apresentada.
3. Não foi observada associação entre o tabagismo e as lesões intra-epiteliais de alto grau. As incidências de lesões de baixo e de alto grau foram semelhantes em fumantes e em não fumantes.
4. A concordância entre colpocitologia e histologia a partir de conização cirúrgica foi de 87%. As lesões de alto grau foram confirmadas à histologia por CAF em 91,4% dos casos. Nas lesões de baixo grau a concordância foi de apenas 30%. À colposcopia, a concordância foi de 63,8%; nas lesões de alto grau, 68,8%, e nas de baixo grau, 34,5%.
5. A conização confirmou presença de lesão em 92% das colposcopias. Maior concordância foi observada nas lesões de alto grau, 83,8%. Nas de baixo grau esse índice foi de 13,3%.
6. Em todas as comparações as lesões de alto grau apresentaram nível de concordância superior ao das de baixo grau.
7. A associação desses métodos diagnósticos deve sempre ser utilizada devido à importância do diagnóstico precoce dessas lesões, principalmente as de alto grau, pelo seu alto grau de progressão.

NORMAS ADOTADAS

Foi utilizada a Normatização para os Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina, segundo a Resolução n.º 001/2001, aprovada em Reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina em 05 de julho de 2001.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil em 2003. Disponível em <http://inca.gov.br/cancer/epidemiologia/estimativa2003>
2. Andrade JM; Marana HRC. Lesões Pré-Neoplásicas do Colo do Útero. In: Tratado de Ginecologia FEBRASGO, vol. II. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.1257-77.
3. Halbe HW. Tratado de Ginecologia, 3 ed. São Paulo: Roca; 2000.vol. I: p.138-41, 513-29; vol. III: p.2150-67.
4. Piato S. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Artes Médicas, 1997.p.333-37.
5. Kiviat N. Natural history of cervical neoplasia: overview and update. Am J Obstet Gynecol 1996, outubro; 175: 1099-104.
6. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Controle do câncer do colo do útero: Programa nacional do controle do câncer do colo uterino. Brasília, DF; 2001. 32p.
7. Boyle DCM, Smith JR. Infection and cervical intraepithelial neoplasia. Int J Gynecol Cancer 1999, 9: 177-186.
8. Becker TM, Wheeler CM, McGough NS, Parmenter CA, Jordan SW, Stidley CA, et al. Sexually transmitted diseases and other risk factors for cervical dysplasia among southwestern Hispanic and non-hispanic white women. JAMA 1994, abril 20; 271 (15): 1181-8.

9. The Bethesda System for Reporting Cervical/Vaginal Cytologic Diagnosis. *Acta Cytologica* 1993; 37: 115-120.
10. Rivoire W, Capp E, Monego HI, Appel M, Reis R. Lesões de baixo e alto grau no colo uterino. In: Freitas F, cols. *Rotinas em ginecologia*, 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p.261-72.
11. Periodicidade de Realização do Exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero [Normas e Recomendações do INCA] *Rev. Bras. Cancerologia* 2002; 48(1): 13-15.
12. Collaço LM, Tuon FFB, Soares MF, Totsugui JT et al. Correlação cito-histológica em 326 pacientes submetidas a cirurgia de alta frequência (CAF) no Programa de Prevenção de Câncer Ginecológico do Estado do Paraná. *J. Bras. Patol.* 2000, maio; 36(3): 191-97.
13. Petri A, Salin C. *Medical Statistics*, London: Blackwell, 2002.
14. Heatley MK, et al. The correlation between the grade of dyskaryosis on cervical smear, grade of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) on punch biopsy and the final histological diagnosis on cone biopsies of the cervix. *Cytopathology* 1998, 9(2): 93-99.
15. Netto AR, Ribalta JCL, Focchi J, Baracat EC. Alternativas para o Rastreamento do Câncer do Colo Uterino. *Femina* 2002, dezembro; 30: 693-7.
16. Pinho AA, Mattos MCFI. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. *J. Bras. Patol. Med.Lab.*, jul.-set. 2002; 38(3): 225-231.
17. Lonky NM, et al. The clinical significance of the poor correlation of cervical dysplasia and cervical malignancy with referral cytologic results. *Am J Obstet Gynecol* 1999, 181(3): 560-66.

18. Guimarães EM, Pires J, Pelá LB, Aguiar RS. Evolução de displasia leve diagnosticada por citopatologia: análise retrospectiva de 155 casos. *J Bras Patol* 1999; 35: 136-140.
19. Flanelly G. et al. Management of women with mild and moderate cervical dyskariosis. *BMJ* 1994, 308: 1383-384.
20. Burja IT, et al. Atypical glandular cells of undetermined significance on cervical smears. A study with cytohistologic correlation. *Acta Cytol.* 1999, 43(3): 351-56.
21. Lima DNO, Câmara S, Mattos MG, Ramalho R. Diagnóstico citológico de Ascus: sua importância na conduta clínica. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, mar.2002; 38(1): 45-49.
22. Alves RRF, Teixeira TS, Netto JCA. Performance da citologia e colposcopia frente a histopatologia no rastreamento e diagnóstico das lesões precursoras do cancer do colo uterino. *DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, 2002; 14(6): 33-38.
23. van Niekerk AW, Duton CJ, Richart RM. Colposcopy, cervicography, speculoscopy and endoscopy. *IAC Task Force Summary. Acta Cytol* 1998; 42: 33-49.
24. Deery A. Ascus, Borderline changes, Epithelial abnormality, Pap Class III – What's in a name. *Cytopathology*, out.2003; 14(5): 231-34.
25. Simões PM, Almeida Filho GL, Vinagre JBF et al. Estudo comparativo entre colposcopia, citopatologia e histopatologia em 291 pacientes conizadas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*1984, 6 (6):217-222.
26. Reis AFF, Silva RJO, Camargo MJ, Silveira CMG. Validade da Citologia e da Biópsia Orientada pela Colposcopia no Diagnóstico do Carcinoma Cervical Pré-clínico. *RBGO*, 1999; 21(4): 193-200.

27. Oliveira LJ, Curcio Jr LR, Hatschbach SBB et al. Correlação colposcópica, citopatológica e histológica do câncer do colo uterino. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 1989, 11(8):150-152.
28. Zmudzinska E, Kobierski J, Krolikowska B, Szczurowicz A, Emerich J. Biopsy correlates of abnormal colposcopy findings for women with Pap III Smear. Int J Gynecol Cancer 2003, março; 13: 101-104.

APÊNDICE

Apêndice 01 – Protocolo de Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROFESSOR POLYDORO HERNANI DE SÃO THIAGO

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE CITOLOGIA, HISTOLOGIA E COLPOSCOPIA DAS LESÕES INTRA- EPITELIAIS CERVICAIS DAS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA GENITAL, HU- UFSC.

DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Idade: _____ anos

Registro: _____

Gesta: _____ Para: _____ Cesárea: _____ Aborto: _____

FATORES DE RISCO

1) Início de relação sexual: _____ anos

2) DST:

() prévia Qual: _____

atual Qual: _____

3) Anticoncepcional:

não

oral

injetável

Qual: _____

Tempo de uso: _____

4) Terapia de Reposição Hormonal:

não

sim

Qual: _____

Tempo de uso: _____

5) Tabagismo:

fumante

não fumante

6) Status Imunológico:

Diabetes Mellitus

Uso de corticóide

Lupus

HIV

transplantada

outros

COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA

- negativa
- NIC I
- NIC II
- NIC III
- Carcinoma invasor
 - escamoso
 - adenocarcinoma

ANÁTOMO-PATOLÓGICO

- Cervicite crônica
- NIC I
- NIC II
- NIC III
- Microinvasor
- Carcinoma invasor

COLPOSCOPIA

- ZTT
- ZTA de baixo grau
- ZTA de alto grau
- Carcinoma microinvasor
- Suspeita de carcinoma
- Carcinoma invasor

Apêndice 2

Sistema de Classificação Citológica de Bethesda, 2002

I. Adequação do espécime para avaliação

1. Satisfatório
2. Insatisfatório

II. Categorização geral

1. Dentro dos limites da normalidade
2. Negativo para atipias intra-epiteliais ou malignidade
3. Células epiteliais anormais

III. Diagnóstico descritivo

1. Alterações celulares benignas
 - Infecções
 - Alterações reativas
 - Inflamação
 - Atrofia
 - Radiação
 - DIU
 - Outros
2. Anormalidades de células epiteliais
 - Células epidermóides
 - Células atípicas de significado indeterminado (ASCUS)
 - Lesão intra-epitelial de baixo grau, displasia leve (NIC I) ou HPV
 - Lesão intra-epitelial de alto grau, displasia moderada e grave (NIC II e III/Cis)
 - Carcinoma epidermóide
 - Células glandulares
 - Células endometriais, citologicamente benignas, pós-menopausa
 - Anormalidade de células glandulares
 - Adenocarcinoma endocervical
 - Adenocarcinoma endometrial
 - Adenocarcinoma extra-uterino
 - Adenocarcinoma de origem indeterminada
3. Outras neoplasias malignas

4. Avaliação hormonal
- Padrão hormonal compatível com idade e história
 - Padrão hormonal incompatível com idade e história
 - Impossível a avaliação hormonal

Citologia Oncótica – Papanicolaou

0 – Material Inadequado

Classe I – Normal

Classe II – Inflamatório

Classe IIIa – Sugestivo de displasia leve

Classe IIIb – Sugestivo de displasia moderada

Classe IIIc – Sugestivo de displasia acentuada

Classe IV – Sugestivo de Carcinoma in situ

Classe V – Sugestivo de Carcinoma invasor

Neoplasia Intra-epitelial Cervical – Richart

NIC I – LIE de baixo grau: atipia em menos de um terço da espessura epitelial

NIC II – LIE de alto grau: atipia atinge metade a dois terços do epitélio

NIC III – LIE de alto grau: atipia atinge mais de dois terços da espessura epitelial

**Classificação Colposcópica da Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia
– Roma, 1990**

I. Achados Colposcópicos Normais

- epitélio escamoso original
- epitélio colunar
- zona de transformação normal (típica)

II. Achados Colposcópicos Anormais

1. Dentro da zona de transformação:
 - epitélio acetobranco*
plano, micropapilar ou microcircunvoluções
 - pontilhado*
 - mosaico*
 - leucoplasia*
 - zona iodo-negativa
 - vasos atípicos

2. Fora da zona da transformação:
 - epitélio acetobranco*
plano, micropapilar ou microcircunvoluções
 - pontilhado*
 - mosaico*
 - leucoplasia*
 - zona iodo-negativa
 - vasos atípicos

* Indicar alterações maiores ou menores

III. Achados Colposcópicos sugestivos de câncer invasor

IV. Achados Colposcópicos insatisfatórios

- junção escamocolunar não visível
- inflamação intensa ou atrofia intensa
- colo não visível

V. Achados vários

- superfície micropapilar não acetobranca
- condiloma exofítico
- inflamação
- atrofia
- úlcera
- outros achados

1. Alterações Menores

- Epitélio acetobranco tênue
- Mosaico fino
- Pontilhado fino
- Leucoplasia tênue

2. Alterações Maiores

- Epitélio acetobranco acentuado
- Mosaico áspero
- Pontilhado áspero
- Leucoplasia densa
- Vasos atípicos
- Erosão