
Câncer do Colo do Útero

Estudo Comparativo dos Métodos de Detecção

VALOR DA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA, COLPOSCOPIA E ACHADOS HISTOLÓGICOS DE BIÓPSIAS CERVICAIS ORIENTADAS E DE PRODUTOS DE COMPARAÇÕES DO COLO DO ÚTERO

JORGE SAAD SOUEN *
GERALDO RODRIGUES DE LIMA **

Este estudo tem por objetivo contribuir através da experiência de nosso serviço, no estudo dos sempre atuais métodos de detecção do câncer do colo do útero. Faz a comparação entre os diversos métodos, procurando-se avaliar o auxílio que a conização do colo uterino possa ter como medida propedêutica e curativa.

I — MATERIAL E MÉTODOS

Devemos ressaltar, de início, que a colposcopia ainda não é realizada de maneira rotineira em nosso serviço. Ela é indicada quando a citologia demonstra ser suspeita ou positiva, ou quando o ginecologista a solicita, tendo em vista o aspecto macroscópico do colo do útero apesar da citologia ser negativa.

Este estudo inclui 50 observações nas quais realizou-se a conização. Destes 50 casos, a colpocitologia oncótica foi suspeita em 31 oportunidades (classe III de Papanicolau); positiva em 5 oportunidades (classes IV e V); negativas em 4 ocasiões (classes I e II). Nos restantes 10 casos, a colpocitologia apresentou resultado diferente após repetição, ou seja, em 4 oportunidades demonstrou suspeita e positiva e em 6 suspeita e negativa. É o que se observa na tabela I.

Nos 31 casos de citologias suspeitas, realizou-se colposcopia em 30. Em 1 caso, a mesma não pôde ser feita por motivos alheios à nossa vontade. Nos 30 casos em

* Médico Assistente do Grupo de Tumores Malignos Genitais Femininos do Hospital do Servidor Público Estadual, S. Paulo.

** Diretor do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual, S. Paulo.

que se realizou a colposcopia, a mesma revelou-se positiva em 17. Nestas, portanto, foram colhidas biopsias de áreas matrizes. Nas 13 restantes, não se achou zona colposcópica que merecesse a biópsia orientada.

Nos 5 casos em que o Papanicolau foi positivo, a colposcopia foi realizada em todos os casos. Ela demonstrou área suspeita em 2 pacientes, às quais, portanto,

submeteram-se à biópsia. Nas outras 3, a biópsia não foi realizada.

Nos 4 casos de colpocitologias negativas, a colposcopia revelou áreas matrizes em todos, submetidos posteriormente a biopsias dirigidas.

Naqueles casos de resultados duplos, suspeitos e positivos (4 casos), a biópsia orientada pela colposcopia demonstrou-se desnecessária em todos.

TABELA I

Distribuição dos 50 casos pesquisados, de acordo com o resultado da colpocitologia oncótica

	N.º de Casos
NEGATIVO (I ou II)	4
POSITIVO (IV ou V)	5
SUSPEITO (III)	31
SUSPEITO + POSITIVO	4
SUSPEITO + NEGATIVO	6
TOTAL	50

Finalmente, nas 6 pacientes com resultados duplos, suspeitos e negativos, o exame colposcópico demonstrou imagem suspeita em 2 ocasiões nas quais realizou-se, portanto, as biopsias nos locais. (Ver Tab. II).

TABELA II

Distribuição dos 50 casos pesquisados de acordo com o nº de biópsias, conizações e colposcopias realizadas

	N.º	N.º de biópsias	N.º de conizações	N.º de colposcopias
Suspeito	31	17	31	30
Positivo	5	2	5	5
Negativo	4	4	4	4
Suspeito e Positivo	4	4	4	4
Suspeito e Negativo	6	2	6	6
TOTAIS	50	29	50	49

II — RESULTADOS

a) Nos casos com colpocitologias negativas

Como já se afirmou, nestes 4 casos, a colposcopia revelou áreas suspeitas. Em 3 oportunidades a biopsia revelou Carcinoma **in situ** e no último, cervicite crônica com displasia. Neste caso o exame anátomo-patológico do cone demonstrou apenas cervicite crônica. Nos 3 casos restantes que apresentavam Carcinoma **in situ**, em um, no cone continuava a haver área de Carcinoma **in situ**, porém nos outros dois detectou-se apenas displasia. Portanto, tivemos neste grupo 4 casos em que o exame de Papanicolau foi falso-negativo. (Ver. Tab. III).

b) Nos casos de citologias positivas

Nas 2 pacientes que se submeteram à biópsia, encontrou-se Carcinoma **in situ**. Nestes 2 casos, a conização confirmou o Carcinoma **in situ**, em um, e, no outro, não se encontrou resquícios da neoplasia. Nos 3 casos restantes, o estudo histológico do cone revelou Carcinoma **in situ** 2 vezes (um localizado no endocervix explicando a falha da colposcopia, porém o outro em ambos os epitélios), e no último caso a paciente apresentava um tumor mesodérmico misto maligno do corpo, que foi diagnosticado através de curetagem realizada conjuntamente com a conização, como é norma em nosso serviço. Neste grupo, portanto, a colposcopia falhou apenas 1 vez (Ver Tab. III).

c) Nos casos de citologia suspeita

Aqui, como já se disse, a biopsia foi realizada 17 vezes e não realizada em 13. Em 1 oportunidade, a paciente, por motivos alheios à nossa vontade, não se submeteu à colposcopia.

Nas 17 pacientes em que se praticou a biopsia, esta revelou Carcinoma **in situ** (12

casos), displasia (1 caso), cervicite crônica (4 casos). Nos 12 casos em que a biopsia revelou Carcinoma **in situ**, o cone confirmou o diagnóstico em 10 e, em 2 oportunidades, não havia neoplasia residual, tão-somente cervicite crônica. No caso em que a biopsia desvelou displasia, o cone revelou, por sua vez, Carcinoma **in situ**, pressupondo, portanto, que a displasia estava, provavelmente, nas margens do Câncer pré-invasivo. Nos casos em que a biopsia revelou simplesmente cervicite crônica, o cone, em 3 oportunidades demonstrou Carcinoma **in situ** localizado: uma vez no endocervix (não houve, portanto, falha da citologia ou colposcopia); duas vezes no exocervix e, por fim, no exo e no endocervix (houve, portanto, provável falha da biópsia que não foi praticada no local adequado). No 4º caso de cervicite, o cone confirmou o diagnóstico. Portanto, neste subgrupo de classe III o Papanicolau foi falso-suspeito apenas 1 vez, a colposcopia falso-positiva em 1, e a biopsia falhou em 3 casos.

No outro subgrupo, no qual a colposcopia foi negativa e, portanto, não se realizou biópsia, o cone revelou Carcinoma **in situ** em 5 oportunidades, estando uma vez no endocervix. Das 4 pacientes restantes, em 2 estava no exocervix, em 1 no limite entre os dois epitélios e, por fim, em 1 em ambos os epitélios. Pode-se dizer que nestes 4 casos houve, portanto, falha da colposcopia. Em 2 casos o cone revelou cervicite crônica e, portanto, o Papanicolau foi falso-suspeito. Em 5 oportunidades revelou displasia, e, também aqui, houve relativa falha da colposcopia. No último caso, o diagnóstico foi realizado através da curetagem e tratava-se de **hiperplasia adenomatosa**.

Finalmente, no último caso, onde o Papanicolau mostrou classe III, e no qual não se praticou a colposcopia, o cone revelou

displasia, estando, pois, o Papanicolau correto.

d) Casos de citologia em que o resultado foi duplo, ou seja, suspeito e depois positivo

Abrange 4 casos, nos quais a colposcopia revelou alguma área suspeita onde se realizou a biopsia. Esta revelou em 2 oportunidades Carcinoma **in situ** e, em 2 cervicite crônica. O cone confirmou em 1 vez o Carcinoma **in situ** já indicado pela biopsia e, na outra, o câncer já se mostrava invasivo. Este achado confirma que o Carcinoma **in situ** pode estar nas margens de um câncer invasivo. Destarte o cone, antecedendo o tratamento definitivo do câncer, beneficiou a paciente, pois, se ela se submetesse, logo após a biopsia, à terapêutica cirúrgica (histerectomia total), ficaria incompletamente tratada. Dos 2 ca-

sos em que se diagnosticou cervicite crônica, em ambos, o cone revelou Carcinoma **in situ**, atingindo os 2 epitélios. Houve, pois, falha da biópsia.

e) Casos em que a citologia mostrou resultados díspares: sujeito e depois negativo

Inclui 6 casos dos quais 2 se submeteram à biopsia orientada pela colposcopia. O exame do fragmento revelou Carcinoma **in situ** que foi posteriormente confirmado pela conização. Em 2 casos, o cone revelou apenas cervicite crônica. Portanto, aqui, o Papanicolau foi em parte falso-suspeito. Nos 2 casos restantes o diagnóstico foi Carcinoma **in situ** endocervical (1 vez) sem falha da colposcopia. No último, a lesão situava-se nos limites entre os epitélios endo e exocervicais, tendo ocorrido falha da colposcopia.

TABELA III

Resultados dos diversos grupos pesquisados

GRUPO	N.º	Citol. falso negat.	Citol. falso suspeito ou posit.	Colpos. falso negat.	Colpos. falso posit.	Biópsias em casos indevidos	Falharam todos os métodos
Citologia negativa	4	4	0	0	0	0	0
Citologia positiva	5	0	0	1	0	0	0
Citologia suspeita	31	0	3	9	1	3	1
Citologia suspeita e positiva	4	0	0	0	0	2	0
Citologia suspeita e negativa	6	0	2	1	0	0	0
TOTAIS	50	4 (8%)	5 (10%)	11 (22%)	1 (2%)	5 (10%)	1 (2%)

III — CONCLUSÕES

Conclui-se, por este estudo, ser ideal para detectar o câncer cervical, a associação da citologia e da colposcopia, pois, um método complementa o outro, possibilitando menor quantidade de falsos-negativos. Veja-se, por exemplo, as pacientes do grupo **a**, onde tivemos vários casos de Papanicolaou falsos-negativos. Por outro lado, comprova-se nos grupos **b** (1 caso) e no **c** (9 casos) e no **e** (1 caso), exemplos nos quais se se fizesse apenas a colposcopia, teríamos um diagnóstico errado.

Devemos atentar para o fato de que a displasia pode ser margem de câncer como nos mostraram 2 casos do grupo **a** e em 1 dos do grupo **b**. E isto aponta quão falsa é a tranquilidade de alguns especialistas que, na vigência da displasia diagnosticada através da biópsia, adotam atitude conservadora e prejudicial à paciente.

Da mesma forma, a curetagem deve sempre complementar a conização, pois, em primeiro lugar, permite estudar possível "resto" de endocervix deixado pela conização, além de permitir naturalmente o estu-

do do endométrio, que, como ficou demonstrado em 1 caso do grupo **b** e em outro do **c**, pode ser foco de exfoliação de células neoplásicas.

Notar, por igual, como ocorreu em 1 dos casos do grupo **d**, que o Carcinoma **in situ** pode ser a margem de Câncer invasivo, constatação esta muito importante se levarmos em conta a terapêutica que se deva seguir, pois, se apenas a histerectomia total abdominal for realizada, estaremos correndo o risco de realizar cirurgia incompleta. Nestas circunstâncias, se a peça mostrar Câncer invasivo, estaremos deixando "in loco" as primeiras estações teciduais ganglionares da neoplasia invasiva. Se levarmos em conta que a complementação terapêutica, quer cirúrgica, como a Colpoparametrectomia, quer a Actinoterapia, trazem sérios problemas técnicos, conclui-se ser pequena a desvantagem de um tempo cirúrgico a mais (conização), antes de se proceder à terapêutica definitiva. Claro está que, em tais casos, a conização traz a grande vantagem de não incorrerem no risco de tratar indevidamente um caso de eventual invasão neoplásica.