

<p>diagnóstico</p>	<p>classificação cito-oncótica dos esfregaços cérvico-vaginais</p>	<p>ONOFRE DE CASTRO *</p>
--------------------	---	---------------------------

* Patologista do Instituto Nacional de Câncer. Livre-Docente de Anatomia e Fisiologia Patológicas. Cito-patologista da Maternidade Escola.

RESUMO

O autor, depois de tecer considerações sôbre nomenclatura de neoplasias epiteliais cervicais uterinas (displasia, carcinoma "in situ" e carcinoma invasor) recomenda classificação cito-oncótica dos esfregaços cérvico-vaginais baseada na separação morfológica das células neoplásicas e discute correlação cito-histopatológica.

SUMMARY

The author, after some considerations about terminology of uterine cervical epithelial neoplasia (dysplasia, carcinoma "in situ" and invasive carcinoma), recommends cyto-oncotic classification of cervico-vaginal smears based upon the morfologic separation of the neoplastic cells and discusses the cyto-histopathologic correlation.

CLASSIFICAÇÃO CITO-ONCÓTICA DOS ESFREGAÇOS CERVICO-VAGINAIS

A utilização pura e simples de um sistema de classificação de esfregaços cérvico-vaginais em "negativos, suspeitos e positivos" cria grandes dificuldades de correlação cito-histológica das lesões cervicais. Reconhece-se, pois, a necessidade de classificação que permita correlação fácil entre os achados citológicos e o diagnóstico histopatológico.

NOMENCLATURA

Para que a correlação cito-histopatológica seja possível é necessário que se definam as lesões histológicas em relação aos seus constituintes celulares. Adotamos os conceitos de carcinoma "in situ" e de displasia da Comissão de Nomenclatura do I Congresso Internacional de Citologia:

"**Carcinoma "in situ"**: epitélio superficial no qual não há diferenciação em toda a sua espessura; o processo pode comprometer as glândulas cervicais sem criar com isto novo grupo; pode-se admitir que as células da camada superficial mostrem ligeiro achatamento; os casos muito raros de carcinoma "in situ" característicos que mostram um alto grau de diferenciação pertencem as exceções que nenhuma classificação pode prever. **Displasia**: todos os outros distúrbios de diferenciação do revestimento escamoso epitelial, glandular ou do revestimento de superfície".

As displasias são catalogadas em quatro graus segundo a intensidade: leve, moderada, grave e em transição para carcinoma "in situ" (Fig. 1). Englobamos displasia, carcinoma "in situ" e carcinoma invasor como neoplasias epiteliais e as células que

deixam descamar, as denominamos tôdas, de células neoplásicas (Fig. 2).

Por células neoplásicas não bizarras entendemos aquêles elementos celulares em que os núcleos mostram alterações do tipo discariose porém guardam morfologia citoplasmática característica da camada de que provém (superficial, intermediária, basal) (Fig. 2 a, b, c). Este grupo equivale, em parte, ao de células discarióticas (Papanicolaou); porém não pretendemos, porque consideramos irreal e acadêmico, distinguir célula discariótica basal de célula maligna basal; ambas são incluídas com o nome de células neoplásicas basais. Enquanto as células neoplásicas superficiais e intermediárias são características das displasias, as células neoplásicas basais, dependendo da percentagem, identificam o carcinoma "in situ".

Células neoplásicas bizarras são as que se caracterizam por alterações pronunciadas dos núcleos e citoplasmas a ponto de serem reconhecidas mais pela bizarria de forma e aspecto. Algumas são bem definidas em sua forma (girino, "fiber cell"); outras têm a mais variada morfologia nuclear e citoplasmática. Identificam o carcinoma invasor.

CLASSIFICAÇÃO

A classificação que utilizamos obedece a esboçada por Takeuchi & col. e foi desenvolvida por Virginia Lerch; apoia-se básicamente na percentagem de células neoplásicas basais em relação a população de células neoplásicas de cada lâmina.

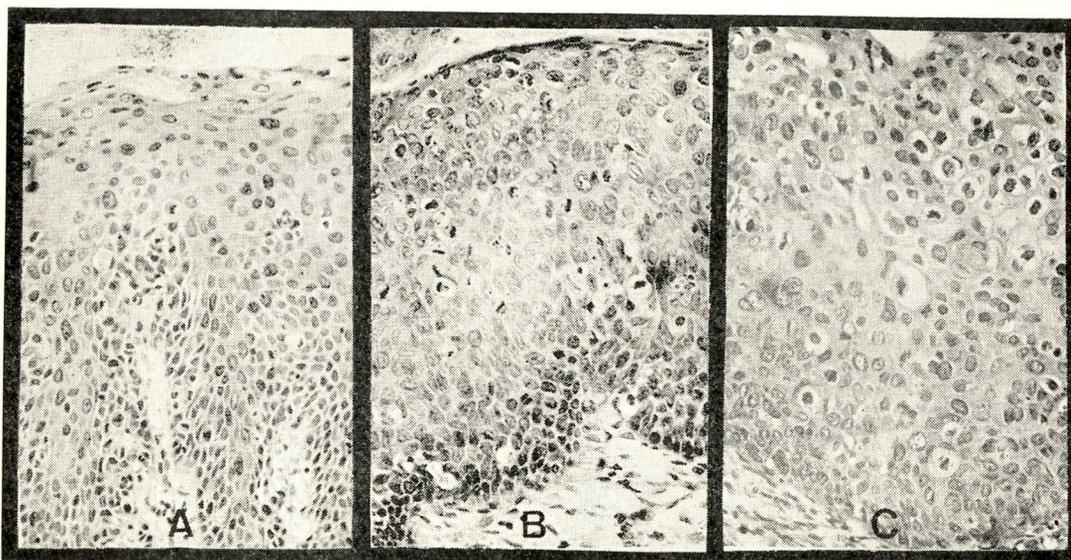
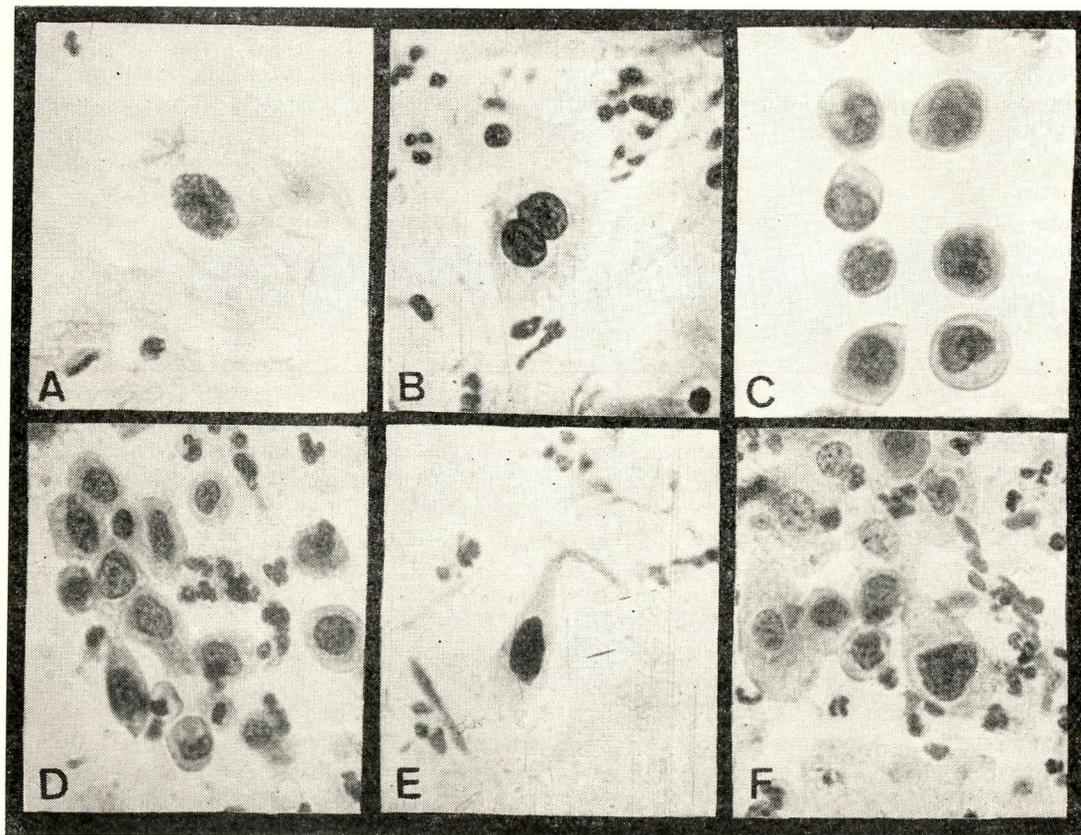


Fig. 1 — Displasia. A: leve. B: moderada. C: grave.

Fig. 2 — Células neoplásicas. A: célula neoplásica superficial (Classe III). B: célula neoplásica intermediária (Classe III). C: células neoplásicas parabasais e basais (Classe IV). D: células neoplásicas parabasais (Classe IV). E: célula neoplásica bizarra (Classe V). F: Observa-se uma célula neoplásica bizarra (Classe V).



I — Esfregaço negativo para células neoplásicas. O esfregaço é constituído simplesmente por células normais ou contém também células com atipias decorrentes de processo inflamatório.

II R — (Dois-Repetir): Neste grupo estão classificados todos os esfregaços que, por deficiência técnica ou pela presença de raras células incaracterísticas, não são conclusivos para avaliação. Recomenda-se sua repetição no prazo de 30 a 90 dias.

III — Caracteriza-se pela presença de células neoplásicas não bizarras (superficiais, intermediárias e basais). Pelas percentagens relativas de células neoplásicas basais presentes no esfregaço o grupo é subdividido em 4 com as seguintes conotações.

III — Presença apenas de células neoplásicas superficiais e intermediárias. Não há células neoplásicas basais. Provável Displasia Leve.

IIIa — Presença de células neoplásicas não bizarras superficiais, intermediárias e basais das quais apenas 1 a 10% são basais. Provável Displasia Moderada.

IIIb — Presença de células neoplásicas não bizarras (superficiais, intermediárias e basais) das quais 10 a 20% são de células neoplásicas basais. Provável Displasia Grave.

IIIc — Presença de células neoplásicas não bizarras nas quais 20 a 30% são do tipo basal. Provável quadro de transição de Displasia para carcinoma "in situ".

IV — Presença de células neoplásicas não bizarras (superficial, intermediária e basal) sendo que mais de 30% são de células neoplásicas do tipo basal. Provável carcinoma "in situ".

V — Presença de células neoplásicas bizarras (girino, "fiber cell"), anaplásica, células glandulares malignas) com qualquer número de células neoplásicas não bizarras no esfregaço. Provável Carcinoma Invasor.

COMENTÁRIOS

Em nosso meio é tradicional a utilização da classificação original de Papanicolaou pela qual os esfregaços são divididos em 5 classes:

I — Ausência de células atípicas ou anormais.

II — Citologia atípica mas sem evidência de malignidade.

III — Citologia sugestiva, mas não conclusiva, de malignidade.

IV — Citologia fortemente sugestiva de malignidade.

V — Citologia conclusiva de malignidade.

As informações transmitidas por esta classificação tornaram-se insuficientes porque os conhecimentos atuais permitem afirmações mais objetivas e completas sobre os esfregaços cérvico-vaginais. Por exemplo: não acrescenta nenhum dado efetivo saber se o esfregaço é Classe I ou Classe II de Papanicolaou; ambos são negativos para células neoplásicas e estão colocados na Classe I da presente classificação. Assim o reconhecimento das células das displasias dentro de suas gradações histológicas dá maior sentido diagnóstico e prognóstico à Classe III, considerada apenas "sugestiva", mas "não conclusiva, de malignidade". As Classes IV e V de Papanicolaou separadas pelos termos "fortemente sugestivo" e "conclusivo" para malignidade passam a constituir duas classes bem individualizadas: Classe IV (provável carcinoma "in situ") e Classe V (provável carcinoma invasor). Sobre sua eficiência, para citar apenas número do grupo de Boston que a idealizou, Okagaki & col., encontraram índice de 97,5% de acuidade na separação entre displasia e carcinoma "in situ".

A presente classificação tem, portanto, a vantagem de classificar a lesão neoplásica e não o esfregaço. Possibilita o confronto fácil e imediato do quadro citológico com o histopatológico e a conseqüente avaliação se a biópsia atingiu a lesão principal ou se precisa ser repetida. Não visa a substituir o exame histológico e sim fortalecê-lo, obrigando sempre seja feita a correlação citohistológica, especialmente, nas Classes IIIb, IIIc, IV e V.

A experiência que adquirimos da sua utilização no Sloane Hospital for Women do Columbia-Presbyterian Center de New York nos permitiu introduzi-la na rotina do Laboratório de Citopatologia da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro e nos incentivou a recomendá-la pela sua grande utilidade prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASTRO, O.: Um estudo histotopográfico do carcinoma epidermóide do colo uterino. Tese. Rio de Janeiro, 1966.
- COMMITTEE ON TERMINOLOGY. Proceedings of the First Congress of Exfoliative Cytology, Vienna, 1961.
- LERCH, V.: Comunicação pessoal. New York, 1968.
- OKAGAKI, T.; LERCH, V.; YOUNGE, P.; MC KAY, D. G. & KERVORKIAN, A. Y.: Diagnosis of anaplasia and carcinoma "in situ" by differential cell counts. *Acta Cytol.*, 6:343, 1962.
- PAPANICOLAOU, G. N.: Atlas of Exfoliative Cytology. Harvard University Press, Cambridge (Mass), 1954.
- PRADO, R.: El programa de detección de cancer en Chile. Información preliminar. Santiago, 1968.
- RICHART, R. M.: Clinical and laboratory studies of cervical dysplasia. *Trans. of the New England Obst. and Gynec. Soc.*, Vol XVIII, 1964.
- RICHART, R. M. & BARRON, A. B.: Long term study of 557 patients with cervical dysplasia followed without biopsy or therapy. Abstracts of papers, third International Congress of Cytology. Rio de Janeiro, 1968.
- RICHART, R. M.: Comunicação pessoal. New York, 1968.
- TAKEUCHI, A. & MC KAY, D. G.: The area of the cervix involved by carcinoma "in situ" and anaplasia (atypical hyperplasia). *Obst. & Gynec.*, 15:134, 1960.