

Expediente	38	
Normas para publicação	39	
Editorial	40	
Artigo Original	41	Margens comprometidas na conização por cirurgia de alta frequência: preditor de neoplasia intraepitelial cervical residual? Paula Gabriela Marin Figueira; Bárbara Fernandes Reis; Maricy Tacla
	46	Avaliação colposcópica e histopatológica das citologias cérvico-vaginais com diagnóstico de atipias de células escamosas de significado indeterminado Luiz Fernando Sommacal; Edson Natal Fedrizzi; Gustavo Coral Silveira; Thamyra Manenti Bonfante
Artigo de Revisão	52	Vulvovaginites na infância Adriana Bittencourt Campaner; Fernanda Araujo Cardoso
	56	Achados colposcópicos sugestivos de invasão Cíntia Irene Parellada; Elsa Aida Gay de Pereyra
Relato de Caso	61	Síndrome de Behçet: relato de caso Paulo César Giraldo; Ana Katherine da Silveira Gonçalves; Maria José Penna Maissonette de Attayde Silva; Gilzandra Lira Dantas; Francis de Assis Gomes; Rose Luce Gomes do Amaral; Iara Moreno Linhares
Premiação Científica 51 anos da Associação Brasileira de Genitoscopia	64	
Agenda de eventos	66	
Ficha de inscrição	67	

REVISTA BRASILEIRA DE GENITOSCOPIA

Órgão Oficial de Divulgação Científica da Associação Brasileira de Genitoscopia (ABG)

A Revista da **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GENITOSCOPIA**

é uma publicação trimestral dirigida aos associados da

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GENITOSCOPIA e tem como objetivo ser o elemento de comunicação entre os profissionais que, direta ou indiretamente, prestam seus serviços à comunidade médica nesta área de atuação, contribuindo para o aprimoramento profissional e desenvolvimento da colposcopia.

A Revista da ABG, respeitando a liberdade intelectual dos autores, publica, integralmente, os originais que lhe são entregues.

Não é permitida a reprodução de textos, total ou parcial, sem permissão expressa da **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GENITOSCOPIA**.

EDITORES

Rita Maria Zanine
Nelson Valente Martins

CO-EDITORES

Ana Katherine da S. Gonçalves (RN)
Sophie Françoise Mauricette Derchain (SP)
Angelina Farias Maia (PE)
Claudia Márcia de Azevedo Jacyntho (RJ)

Endereço:

Alameda Santos, 1.343,
cj. 612 - São Paulo (SP)
CEP 01419-001
Tel: (11) 3283-4121
www.colposcopia.org.br

PRODUÇÃO EDITORIAL

Zeppelini Editorial Ltda.
Rua Dr. César, 530, cj. 1.308
CEP 02013-002 - São Paulo - SP
Telefax: (11) 2978-6686
www.zeppelini.com.br
zeppelini@zeppelini.com.br

Tiragem: 10.000 Exemplares

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Bittencourt Campaner (SP)
Ana Carolina Silva Chuery (SP)
Carmen Regina Nogueira de Carvalho (SP)
Cecília Maria Roteli Martins (SP)
Cíntia Irene Parellada (SP)
Elisabeth Rautmann Cesarino Linhares (SP)
Elsa A. Gay Pereyra (SP)
Enísia Maria R. de Queiroz Fernandes (CE)
Fabio Bastos Russumano (RJ)
Felipe Rinald Barbosa Lorenzatto (PE)
Filomena Marino Carvalho (SP)
Gerson Botacini das Dores (SP)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)
Iara Moreno Linhares (SP)
Ildete Soares Caldas (SE)
Isa Maria Mello (DF)
Isabel Cristina C. do Val Guimarães (RJ)
José Humberto Belmino Chaves (AL)
Julisa Chamorro Lascasas Ribalta (SP)
Jupira Mesquita (SP)
Jurandyr Moreira de Andrade (SP)
Luís Fernando Sommacal (SC)
Manoel A. Guimarães Gonçalves (RS)
Márcia Fuzaro Terra Cardial (SP)

Margarida Santos Matos (BA)
Maristela Vargas Peixoto (MS)
Marlene Ferreira Freitas (CE)
Neide Aparecida T. Boldrini (ES)
Neila Maria de Góis Speck (SP)
Newton Sergio de Carvalho (PR)
Nilma Antas Neves (BA)
Paulo César Giraldo (SP)
Paulo Sergio Viero Naud (RS)
Sílvia Lima Farias (PA)
Yoshiko Aihara Yoneda (SP)

CONSELHO EDITORIAL - INTERNET

Cíntia Irene Parellada (SP)
Dulcimar Dias Bittencourt (PR)

Isa Maria Mello (DF)
Nelson Vespa Jr. (SP)

Wanusia Miranda (PB)

CONSELHO CONSULTIVO NACIONAL

Edmund Chada Baracat (SP)
Edson Natal Fedrizzi (SC)
Fátima Edilza Xavier de Andrade (RN)
Fernando A. Soares (SP)
Francisco Eduardo Prota (SP)
Garibaldi Mortoza Jr. (MG)

Geraldo Duarte (SP)
Ismael Dale Cotrin Guerreiro Silva (SP)
José Focchi (SP)
Luciene Maria Oliveira Brito (MA)
Luiza Lina Villa (SP)
Marcelo Zugaib (SP)

Maria de Lourdes Gonçalves (RN)
Nilson Roberto Melo (SP)
Paula Ribeiro de Miranda Maldonado (RJ)
Petrus Augusto Dornela Câmara (PE)
Raimunda Antonia Pires Fontenele (PI)
Waldemar Riviere (RS)

CONSELHO CONSULTIVO INTERNACIONAL

C. Bergeron (França)
Carlos Perez Moreno (Colômbia)
E. Cappolillo (Argentina)
F. Schmitt (Portugal)
Howard Jones III (USA)
J. Dexeus (Espanha)

Jorge Ojeda Ortiz (México)
L. Montevecchio (Itália)
L. Pardal (Portugal)
M. Bibbo (USA)
M. Mckay (USA)
M. Pelisse (França)

M. V. Beurden (Holanda)
Patrick Walker (UK)
R. Testa (Argentina)
S. Witkins (USA)
V. Schneider (Dinamarca)

Associação Brasileira de Genitoscopia (ABG)

DIRETORIA 2006-2008

PRESIDENTE
Dr. Nelson Valente Martins
VICE-PRESIDENTE
Dra. Angelina Farias Maia
SECRETÁRIA GERAL
Dra. Cíntia Irene Parellada
SECRETÁRIA ADJUNTA
Dra. Sílvia Lima Farias

TESOUREIRA

Dra. Yoshiko Aihara Yoneda

TESOUREIRO ADJUNTO

Dr. Manoel Afonso Guimarães Gonçalves

COORDENADORA CIENTÍFICA

Dra. Cláudia Márcia de Azevedo Jacyntho

**COORDENADORA DE ÉTICA MÉDICA
E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL**
Dra. Nilma Antas Neves

CONSELHO FISCAL

Dra. Maria de Fátima S. de Cunha Araújo
Dra. Julisa Chamorro Lascasas Ribalta
Dr. Luís Fernando Sommacal

COMISSÃO DE QUALIFICAÇÃO

Dra. Neila Maria de Góis Speck

Normas para publicação

1. A Revista Brasileira de Genitoscopia é periódico trimestral de Divulgação Científica editado pela ABG. Tem o propósito de publicar contribuições que versem sobre temas relevantes no campo da genitoscopia (patologia do trato genital inferior e colposcopia) e áreas correlatas e é aberta a contribuições nacionais e internacionais.
2. O manuscrito enviado para publicação deve ser redigido em português e se enquadrar em uma dessas três categorias: artigo original, artigo de revisão e descrição de caso clínico.
3. Os trabalhos podem ser encaminhados em formato eletrônico via e-mail: secretariaabg@uol.com.br ou por correio através de disquete/ CD com duas vias impressas. Deve ser enviada declaração assinada por todos os autores à secretaria da ABG (Rua Santa Clara 115, sala 504 Copacabana Rio de Janeiro - RJ - CEP 22041-011), onde deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão, transferência de copyright para à ABG e inexistência de conflitos de interesses entre os autores. Trabalhos originais devem encaminhar cópia da aprovação do Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o mesmo.
4. Na seleção dos manuscritos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todos os manuscritos submetidos à revista serão revisados por pareceristas anônimos e o sigilo é garantido em todo o processo de revisão. O material referente ao artigo recusado não é devolvido. O artigo aceito será enviado para os autores para que sejam efetuadas as modificações e para que os mesmos tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas no processo de edição.
5. O número de autores de cada manuscrito fica limitado a sete. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) deverão ter os responsáveis especificados. Trabalhos do tipo colaborativo e estudos multicêntricos deverão ter como autores os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados (no máximo cinco). Os demais colaboradores poderão ser citados na seção de agradecimentos ou como "Informações Adicionais sobre Autoria", no fim do artigo. Todos os autores deverão aprovar a versão final a ser publicada.
6. O trabalho deverá conter obrigatoriamente **página de rosto** a qual incluirá título (com tradução para o inglês), nome completo dos autores com respectivos títulos acadêmicos, local onde o trabalho foi desenvolvido e nome, endereço e e-mail do autor para o qual a correspondência deverá ser enviada. **Resumo do trabalho** em português, sem exceder limite de 250 palavras; para artigos originais deve ser redigido resumo estruturado dividido em seções identificadas: objetivos, métodos, resultados e conclusões. O resumo de casos clínicos não deve ser estruturado e será limitado a 100 palavras. **Palavras-chave** ou **unitermos** logo abaixo do resumo, em número de 3 a 5 (deverão ser baseados no DeCS - Descritores em Ciências da Saúde - disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>). Em outra página incluir **abstract** consistente com versão do resumo em português, seguido de **Keywords**.
7. Na categoria de **Artigo Original** deve constar: resumo, abstract, introdução, casuística e métodos (obrigatório incluir número de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição), resultados, discussão, conclusão e referências bibliográficas. Na categoria de **Artigo de Revisão**, deve fazer parte: resumo, abstract, introdução do Tema, revisão da literatura, discussão, comentários finais e referências bibliográficas; e na categoria **Relato de Caso** deve constar: resumo, abstract, introdução (com breve revisão da literatura), descrição do caso clínico, discussão, comentários finais e referências bibliográficas.
8. Tabelas, gráficos, figuras e fotografias deverão ser referidos em números arábicos (exemplos: Fig.5, Gráfico 10), constando sempre o respectivo título. Somente serão aceitas ilustrações que permitam boa reprodução.
9. Não se deve utilizar nomes comerciais de drogas, apenas o nome genérico.
10. As referências bibliográficas devem ser citadas no texto de acordo com o sistema numérico (número arábico), de acordo com a ordem de aparecimento no texto, utilizando-se o sistema Vancouver (<http://www.library.uwa.edu.au/guides/citingsources/vancouver.html>). Apenas artigos publicados devem ser incluídos. Até 3 autores listar todos; para 4 ou mais autores, listar os primeiros 3 seguido de "et al.". O número máximo de referências fica limitado a 30. Um total de 70% das referências devem ser de periódicos nacionais ou internacionais atuais (publicados há no máximo, dez anos).

Exemplos de referências bibliográficas:

- Ostor AG, Duncan A, Quinn M, et al. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: an experience with 100 cases. *Gynecol Oncol* 2000;79:207-10.
- Brosens JJ, Pijnenborg R, Brosens IA. The myometrial junctional zone spiral arteries in normal and abnormal pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1416-23.
- Hay R. Atlas of human tumor cell lines. San Diego: Academic Press; 1994.
- DiSaia PJ, Creasman WT. The adnexal mass and early ovarian cancer. In: DiSaia PJ, Creasman WT, editors. *Clinical gynecologic oncology*. 5th ed. St. Louis: Mosby-Year Book;1997. p. 253-61.
- Kim M. Amenorrhea: primary and secondary. In: Zuspan FP, Quilligan ED, eds. *Handbook of Obstetrics, Gynecology, and Primary Care*. St. Louis: Mosby; 1998:3-10.
- Breast Cancer Information Core (BIC) databases (http://www.nhgri.nih.gov/Intramural_research/)

Ana Carolina Chury

Mestre em Ciências da Saúde pela
Universidade de São Paulo.
Pós-graduanda nível doutorado pela
Escola Paulista de Medicina - UNIFESP.

Citologia ASC-US: qual a melhor conduta?

A citologia ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado) é assunto controverso, pois pode representar tanto alterações sem significado clínico quanto lesões intraepiteliais escamosas, como demonstrado pelo estudo publicado nesta edição da revista, realizado por Sommacal et al.¹. Durante a investigação de 100 mulheres com essa citologia, esses autores encontraram alterações histológicas de baixo grau em 20% e alto grau em 15%, sendo o restante dos casos normal. Não foi relatado casos de câncer invasor, porém a literatura mostra prevalência entre 0,1 e 0,2%².

Em virtude desses diferentes diagnósticos, dúvidas surgiram a respeito da melhor conduta nessa citologia, o que levou à realização do estudo Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance/Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions Triage Study (ALTS) nos Estados Unidos no final da década de 1990³. Esse estudo avaliou 3.488 mulheres com citologia ASC-US e 1.572 com lesão de baixo grau, que foram randomizadas em três grupos: colposcopia imediata, colposcopia apenas em mulheres com teste de DNA de Papilomavírus humano (HPV) positivo e seguimento com citologia oncológica. O estudo mostrou que, para detectar NIC 3 ou lesão mais grave, a sensibilidade do teste de HPV foi de 96,3% e da repetição da citologia de 44,1%.

Este estudo também demonstrou que o teste de HPV tem sensibilidade equivalente à colposcopia para a detecção de NIC 3 e câncer na citologia ASC-US⁴ e que mulheres com teste de HPV negativo são de baixo risco para NIC 3 independente do resultado de outros testes e, naquelas com HPV de alto risco, o risco absoluto de NIC 3 é de 11%⁵.

Baseada nos resultados do estudo ALTS, o Consenso da Sociedade Americana de Colposcopia e Patologia Cervical aceita a repetição da citologia em seis a 12 meses, encaminhamento para colposcopia imediata ou teste de HPV como condutas iniciais na citologia ASC-US⁶.

No Brasil, o acesso aos exames diagnósticos em patologia cervical é diferente em cada região e cada escola adota condutas particulares. Apesar dos evidentes benefícios do teste de HPV para os casos de citologia ASC-US em rastreamento populacional, este exame não está amplamente disponível no sistema de saúde brasileiro. Nesses casos prevalece a importância do triple diagnóstico clássico através da citologia, colposcopia e estudo histopatológico quando necessário.

Na Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), não há protocolo para a utilização de teste de HPV nos casos de citologia ASC-US. Em todos é realizada colposcopia com biópsia dirigida se houver alterações colposcópicas. Se a colposcopia for normal, preconiza-se tratamento de condições inflamatórias ou atróficas concomitantes, quando presentes. A citologia e colposcopia são repetidas em seis meses e, se ambas forem normais, a paciente retorna ao controle de rotina habitual.

Referências bibliográficas

1. Sommacal LF, Fedrizzi EM, Silveira GC, et al. Avaliação colposcópica e histopatológica das citologias cérvico-vaginais com diagnóstico de atipias de células escamosas de significado indeterminado. Rev Bras Genitoscopia 2008;3(2):46-51.
2. Jones BA, Novis DA. Follow-up of abnormal gynecologic cytology: a college of American pathologists Q-probes study of 16132 cases from 306 laboratories. Arch Pathol Lab Med. 2000;124:665-71.
3. Solomon D, Schiffman M, Tarone R, ALTS Study group. Comparison of Three Management Strategies for Patients With Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance: Baseline Results From a Randomized Trial. J Natl Cancer Inst. 2001;93(4):293-9.
4. Schiffman M, Solomon D. Findings to date from the ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS). Arch Patol Lab Med. 2003;127(8):946-9.
5. Walker JL, Wang SS, Schiffman M, et al.; ASCUS LSIL Triage Study Group. Predicting absolute risk of CIN3 during post-colposcopic follow-up: results from the ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS). Am J Obstet Gynecol. 2006;195(2):341-8.
6. Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, et al. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. Am J Obstet Gynecol. 2007;197(4):346-55.

Margens comprometidas na conização por cirurgia de alta frequência: preditor de neoplasia intraepitelial cervical residual?

Positive margins at loop electrosurgical excision procedure: are they a predictor of residual cervical intraepithelial neoplasia?

Paula Gabriela Marin Figueira¹
Bárbara Fernandes Reis¹
Maricy Tacla²

Resumo

Objetivo: Estudar as características da população submetida à conização por cirurgia de alta frequência (CAF) por neoplasia intraepitelial cervical (NIC) graus 2 e 3 no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 2006 e 2007, e avaliar a influência das margens comprometidas na persistência da doença. **Métodos:** Os dados das pacientes foram analisados retrospectivamente, sendo avaliados os exames de colpocitologia oncótica (CO) pré-tratamento, biópsia pré-tratamento, anatomopatológico de CAF, CO pós-tratamento e biópsia pós-tratamento, e seus resultados foram comparados em diferentes grupos: margens livres x comprometidas, CO pós-tratamento normal x alterado, sem doença residual x com doença residual. Para a análise de associação, utilizou-se o teste exato de Fisher. **Resultados:** A população foi constituída por 89 pacientes. Em 65,9% dos casos, houve correlação entre a biópsia pré-tratamento e a histologia do CAF. Em apenas 61,8% dos casos de NIC 2 e 3 diagnosticadas pelo CAF, a CO anterior indicou lesão de alto grau (LIEAG). Em 27 casos (30,3%), as margens estavam comprometidas e em 57 (64%), livres. A doença residual foi 4,9% considerando como desfecho apenas NIC 2 e 3 – mas 8,5% tendo como desfecho qualquer grau de NIC. Considerando como doença NIC de qualquer grau, pacientes com margens livres obtiveram prevalência de apenas 2% de doença residual, enquanto nos casos com margens comprometidas, a prevalência foi 22,2% ($p=0,006524$). Considerando doença apenas NIC 2 e 3, a prevalência de doença residual em margens comprometidas foi 14,8% e em nenhum caso de margem livre foi constatado NIC 2 ou 3 ($p=0,012969$). Assim, nos quatro casos de LIEAG pós-tratamento, as margens estavam comprometidas (100%). **Conclusões:** O comprometimento das margens certamente pode ser considerado preditor de doença residual. Importância deve ser dada ao seguimento das pacientes submetidas à CAF, notando que pacientes com margens comprometidas merecem maior atenção pelo maior risco de doença residual.

Palavras-chave: Conização. Margem. Neoplasia intraepitelial cervical. Neoplasia residual.

¹Residentes do primeiro ano do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo (SP), Brasil

²Médica assistente da Disciplina de Ginecologia do HC-FMUSP e doutora em Ginecologia pela FMUSP, São Paulo (SP), Brasil

Abstract

Objectives: To study the characteristics of a population which was submitted to loop electrosurgical excision procedure (LEEP) for cervical intraepithelial neoplasia (CIN) 2 and 3 at Hospital de Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, between 2006 and 2007, and evaluate the significance of positive margins in persistence of residual dysplasia. **Methods:** Patients' data were retrospectively analyzed and the following variables were studied: pretreatment Pap smear and biopsy, LEEP histology, and post-treatment Pap smear and biopsy. These results were compared in different groups: positive x negative margins, normal x abnormal post-treatment Pap smear, presence x absence of residual dysplasia. For the association analysis, the Fisher test was used. **Results:** A total of 89 patients participated in this study. In 65.9% of cases, the correlation between pretreatment biopsy and LEEP histology was established. In only 61.8% of cases of CIN 2 and 3 diagnosed by LEEP, pretreatment Pap smear has indicated high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL). Margins were positive in 27 cases (30.3%) and negative in 57 (64%). Persistence of disease was 4.9% considering as outcome only CIN 2 and 3, but it was 8.5% considering as outcome any CIN grade. Also, considering any CIN grade as disease, patients with negative margins had a prevalence of only 2% of residual dysplasia, while, in cases with positive margins, the prevalence was 22.2% ($p=0.006524$). Considering only CIN 2 and 3 as disease, the prevalence of residual dysplasia in positive margins was 14.8%, and no CIN 2 and 3 were diagnosed in any case of negative margins ($p=0.012969$). So, in the four cases of post-treatment HSIL, the margins were positive (100%). **Conclusions:** Margin status certainly can be considered a predictor of persistent disease. Importance must be given to the follow-up of patients submitted to LEEP, noting that patients with positive margins deserve grater attention because of the higher risk of residual dysplasia.

Keywords: Conization. Margin. Cervical intraepithelial neoplasia. Neoplasm, residual.

Introdução

O câncer cervical diferentemente de outras neoplasias é, em princípio, doença evitável, já que apresenta evolução lenta, com longo período desde o desenvolvimento das lesões precursoras ao aparecimento da doença, de aproximadamente 10 a 20 anos.

Quando se estuda a história natural das lesões precursoras, observa-se que a maior chance de progressão ocorre nos casos de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de alto grau, especialmente NIC 3. As evidências mostram que a maioria dos casos de NIC 1 apresentará regressão espontânea em até 70% dos casos em um ano, sendo a progressão para lesões de alto grau reservada a apenas 11% e para carcinoma invasor, a 0,3% dos casos^{1,2}. Quanto às lesões de alto grau, estima-se que 43 a 58% das NIC 2 regredem, enquanto 22% progredem para NIC 3 e 5% para câncer invasivo. Já em relação à NIC 3, a regressão ocorre em 32 a 47%, e a progressão para câncer invasor em 12 a 36%^{1,3}. Isso destaca a importância do tratamento da NIC com o objetivo de evitar a progressão para o câncer.

Entre os métodos para o tratamento, a cirurgia de alta frequência (CAF) apresenta taxa de cura entre 60

e 95%⁴. No entanto, após a CAF pode ocorrer doença residual ou recidivante, influenciada por alguns fatores, como: acometimento de múltiplos quadrantes, envolvimento glandular e endocervical e, principalmente, comprometimento das margens cirúrgicas, que ocorre em aproximadamente 20% dos casos. Entretanto, margens comprometidas não implicam necessariamente que haverá lesão residual, pois pode haver resolução de NIC remanescente pela resposta inflamatória local ou eletrocoagulação do leito do cone⁵. As taxas de doença residual após CAF variam de 39% a 79% na presença de margens comprometidas em comparação a 15% a 50% nas margens livres⁶⁻⁸.

Outros estudos mostram que o comprometimento de margens endocervicais oferece risco ainda maior de doença residual^{9,10}. Felix *et al.*¹⁰, estudando 57 mulheres submetidas à CAF, encontraram 63% de lesão residual em 19 mulheres que apresentavam comprometimento de margem endocervical ou curetagem endocervical positiva.

Por outro lado, Keen *et al.*¹¹ acompanharam 355 mulheres submetidas à CAF por NIC 3 durante três anos, e apenas no terceiro ano o grupo com margens livres obteve incidência de recorrência discretamente menor ($p=0,022$).

Dessa forma, consideramos de enorme importância organizar os dados de pacientes submetidas a CAF em serviço universitário de grande cobertura como o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, a fim de esclarecer melhor essa correlação e mesmo estudar as características dessa população.

Assim, os objetivos deste estudo foram estudar as características de população submetida à conização por CAF por NIC 2 e 3 e avaliar a influência das margens comprometidas na doença residual.

Material e método

O presente trabalho foi desenvolvido no Setor de Patologia do Trato Genital Inferior da Disciplina de Ginecologia do HC da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Foram avaliados, retrospectivamente, os dados de pacientes submetidas à conização por CAF devido à NIC 2 e 3, nos anos de 2006 e 2007. Foram excluídas do estudo pacientes com sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Nessa população, foram analisados: idade, uso de método anticoncepcional, número de parceiros sexuais, idade da primeira relação sexual, paridade, história de tabagismo, colpocitologia oncótica (CO) pré e pós-tratamento, biópsia pré-tratamento e anatomopatológico (AP) de CAF.

O resultado da CO foi dividido em normal; ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado)/ASC-H (células escamosas atípicas, não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau)/AGC (células glandulares atípicas); NIC 1/LIEBG (lesão intraepitelial de baixo grau); e NIC 2 e 3/LIEAG (lesão intraepitelial de alto grau). A CO foi realizada de três a seis meses após

a CAF, e seus resultados foram divididos em normal e alterado (ASC-US/ASC-H/AGC/LIEBG/LIEAG).

Os resultados da biópsia foram divididos em cervicite crônica, NIC 1, NIC 2 e NIC 3. Já o AP de CAF foi analisado comparando:

- LIEAG (NIC 2 e NIC3) *versus* ausência de lesão ou LIEBG;
- margens comprometidas *versus* livres (considerou-se comprometida qualquer margem, ecto ou endocervical).

O AP após o tratamento foi realizado apenas se resultados de CO e colposcopia viessem alterados e indicassem a realização de biópsia. Seus resultados foram classificados de acordo com o laudo do patologista.

Para tornar possível atender aos objetivos propostos, a população estudada foi agrupada segundo o resultado do AP de CAF e da CO pós-tratamento:

- margens livres versus margens comprometidas;*
- CO pós-tratamento normal versus CO pós-tratamento alterado;*
- sem doença residual versus com doença residual.*

Análise estatística

Para a constituição do tamanho amostral, não foram utilizados recursos estatísticos. Foram analisados todos os casos que preencherem os critérios de inclusão do presente trabalho entre 2006 e 2007.

Para a caracterização da população do estudo e para a descrição dos resultados encontrados nos exames realizados, as variáveis foram expressas em valores médios, máximos e mínimos.

Para a análise das tabelas de associação entre os grupos, foi utilizado o teste exato de Fisher. Foi adotado como nível de significância o valor 0,05 ($\alpha=5\%$). Com isso, níveis descritivos (p) inferiores a esse valor foram considerados significantes ($p<0,05$).

Resultados

No período de 2006 a 2007, foram realizadas, no Setor de Patologia do Trato Genital Inferior da Disciplina de Ginecologia do HC-FMUSP, 143 conizações por CAF. Dessas, 17 apresentavam sorologia positiva para HIV e foram excluídas. Não participaram também do estudo aquelas mulheres que, no AP de CAF, apresentaram o diagnóstico de cervicite crônica, NIC 1 e carcinoma epidermoide, que foram 14, 7 e 4 pacientes, respectivamente. Entre as mulheres que receberam diagnóstico de câncer, duas foram de carcinoma epidermoide invasivo, uma de carcinoma epidermoide microinvasivo e uma de adenocarcinoma microinvasivo.

Dessa forma, a população do estudo foi composta por 89 pacientes, das quais 31 (34,8%) receberam o diagnóstico no AP de CAF de NIC 2, 57 (64%) de NIC 3, e uma (1,1%) de LIEAG.

A média etária das pacientes do estudo foi de 35 anos (variação 20 a 64 anos). Dessas mulheres, 55 (61,8%) eram tabagistas, 28 (31,5%) não tabagistas, e em cinco, não foi obtida a informação.

Quanto ao método anticoncepcional usado, 28 (31,5%) referiam uso de anticoncepcional oral, 15 (16,8%) já haviam sido submetidas à laqueadura tubária, 12 (13,5%) usavam apenas condom, 6 (6,7%) usavam anticoncepcionais injetáveis, 3 (3,4%) tinham inserido dispositivo intrauterino, 1 (1,1%) possuía marido com vasectomia, 20 (22,5%) não utilizavam método contraceptivo e não se teve informação de 4 (4,5%) delas.

A média do número de parceiros foi 4,7 (variação 1 a 8) e a média etária da primeira relação sexual foi 16,6 anos (variação 13 a 29). Em relação à paridade, a média foi de dois partos (variação 0 a 6).

Na Tabela 1, pode-se observar a correlação dos resultados da CO pré-tratamento com o AP de CAF. Vale ressaltar que, em apenas 61,8% dos casos de NIC 2 e 3 diagnosticado pelo CAF, a CO anterior havia indicado LIEAG.

A Tabela 2 mostra a correlação dos resultados da biópsia pré-tratamento e do AP do CAF. Nota-se que, em 77,4% dos casos de NIC 2, os diagnósticos foram compatíveis, enquanto que essa correlação ocorreu em 60,7% dos casos de NIC 3. Ao analisar os dois graus de NIC conjuntamente, houve correlação em 65,9% dos casos.

Ao se analisar o comprometimento de margens, constatou-se que, em 27 casos (30,3%), as margens estavam comprometidas; em 57 (64%), elas estavam livres; e, em cinco casos (5,6%), não foram avaliadas pela fragmentação do cone, que impossibilitou a análise.

Como em sete casos não havia informações posteriores à conização (CO e AP), a população agora analisada constituiu-se de 82 mulheres. A alteração na CO atingiu proporção de 19,5% (16/82). Dos 16 casos de alterações encontradas na CO após tratamento com CAF, sete (43,7%) foram por ASC-US, sete (43,7%) por LIEBG e apenas 2

Tabela 1. Correlação dos resultados da CO pré-tratamento e AP de CAF

CO	AP do CAF			
	NIC 2	NIC 3	LIEAG	Total (%)
Normal	4	5	-	9 (10,1)
ASC-US/ASC-H/AGC	3	10	1	14 (15,7)
NIC 1/LIEBG	6	5	-	11 (12,4)
NIC 2 e 3/LIEAG	18	37	-	55 (61,8)
Total	31	57	1	89 (100)

Tabela 2. Correlação dos resultados de biópsia pré-tratamento e AP de CAF

Biópsia pré-tratamento	AP do CAF – n (%)			
	NIC 2	NIC 3	LIEAG	Total
Cervicite crônica	1 (3,2)	3 (5,4)	1 (100)	5
NIC 1	1 (3,2)	1 (1,8)	-	2
NIC 2	23 (74,2)	18 (32,1)	-	41
NIC 3	5 (16,2)	31 (55,3)	-	36
LIEAG	1 (3,2)	3 (5,4)	-	4
Total	31	56	1	88

(12,5%) por LIEAG. Portanto, considerando como desfecho apenas CO com resultado de LIEAG, a prevalência de CO com doença foi de apenas 2,4%.

Ao correlacionar o comprometimento das margens do cone com a alteração da CO, obteve-se prevalência de alteração de 29,6% nos casos com margens comprometidas, comparada a apenas 14% no grupo com margens livres ($p=0,133109$).

No AP pós-tratamento, houve quatro (4,9%) casos de LIEAG, três (3,7%) casos de LIEBG, um (1,2%) de cervicite crônica e, nos outros oito casos de CO alterada, a colposcopia foi normal. Portanto, a prevalência de persistência da doença foi de 4,9%, ao se considerar como desfecho apenas NIC 2 e 3, mas de 8,5% ao se considerar como desfecho qualquer grau de NIC.

Correlacionando o comprometimento das margens com a persistência da doença e considerando como doença NIC de qualquer grau, observou-se doença residual em apenas 2% nas mulheres com margens livres. No entanto, nos casos com margens comprometidas, esta taxa subiu para 22,2% ($p=0,006524$), conforme Tabela 3.

Por sua vez, considerando como doença apenas NIC 2 e 3, a prevalência de doença residual em margens comprometidas foi 14,8%, e em nenhum caso de margem livre foi constatado NIC 2 ou 3 ($p=0,012969$), de acordo com a Tabela 4.

Assim, considerando como doença residual NIC de qualquer grau, dos sete casos de doença, seis (85,7%) possuem margens comprometidas. Todavia, ao se considerar como desfecho NIC 2 e 3 apenas, as margens estavam comprometidas nos quatro casos de LIEAG (100%).

Ainda, ao se correlacionar comprometimento de margens e grau de NIC (2 ou 3), notou-se que a prevalência de margens comprometidas em NIC 2 foi de 27,6% e em NIC 3 foi de 39,5% ($p=0,8640$).

Discussão

A população do estudo foi composta por 89 pacientes que realizaram CAF, das quais 31 (34,8%) tiveram diagnóstico

Tabela 3. Correlação do comprometimento das margens com a persistência da NIC, considerando como doença NIC de qualquer grau

	LIEBG+LIEAG (%)	Sem doença (%)	Total
Margens comprometidas	6 (22,2)	21 (77,8)	27
Margens livres	1 (2)	49 (98)	50
Total	7 (9,1)	70 (90,9)	77

Tabela 4. Correlação do comprometimento das margens com a persistência da NIC, considerando como doença apenas NIC 2 e 3

	LIEBG+LIEAG (%)	Sem doença (%)	Total (%)
Margens comprometidas	4 (14,8)	23 (85,2)	27
Margens livres	0 (0)	50 (100)	50
Total	4 (5,2)	73 (94,8)	77

de NIC 2, 57 (64,0%) de NIC 3 e uma (1,12%) de LIEAG. A taxa de concordância entre a biópsia colposcopicamente dirigida e a AP de CAF foi de 65,9%, consistente com dados da literatura, que variam de 50 a 93%, sendo esta taxa maior nas LIEAG e na suspeita de invasão franca¹². A literatura tem mostrado que a biópsia não é o padrão diagnóstico adequado para selecionar o tratamento, com taxas relatadas de discordância de 41 a 54%^{12,13}.

Essa taxa de concordância é ainda menor ao se estudar a CO pré-tratamento e o AP de CAF. Em apenas 61,8% dos casos de NIC 2 e 3 diagnosticado pelo CAF, a CO anterior havia indicado LIEAG.

Em relação ao estudo das margens, a proporção de margens comprometidas do presente estudo (30,3%) corresponde aos dados anteriores de literatura, em que foram obtidos números de margens livres entre 46 a 77%¹⁴. Sabe-se que esse número de margens comprometidas é maior em CAF do que na conização com bisturi a frio. O risco de lesão residual após conização com bisturi a frio é de cerca de 50% na presença de comprometimento das margens¹⁵.

No entanto, os estudos são conflitantes quando o procedimento envolvido é a CAF. O efeito da hemostasia do leito cruento do cone por cauterização gera destruição tecidual variável e questiona-se se isso não causaria a destruição de possíveis focos residuais.

Metanálise de 66 estudos envolvendo mais de 35 mil mulheres submetidas à CAF, conização a frio ou a laser por NIC de qualquer grau mostrou que as mulheres com margens positivas apresentaram maior risco de resultado de NIC de qualquer grau (risco relativo [RR]=5,47; IC 95%=4,37-6,83), mas também de NIC 2 e 3 (RR=6,09; IC95%=3,87-9,60). A prevalência de doença pós-tratamento foi de 16% se margem ectocervical comprometida, 21% se endocervical, e 23% se ambas comprometidas. No entanto, considerando apenas LIEAG como desfecho, a prevalência passou a ser de 3 e 18% nas margens livres e comprometidas, respectivamente¹⁶.

A análise isolada de 26 estudos de mulheres tratadas com CAF constatou que o RR de NIC de qualquer grau após tratamento foi menor do que os outros dois métodos (conização a frio e laser) (risco relativo [RR]=3,34; IC95%=2,66-4,19). No entanto, esse risco relativo menor deve-se à maior prevalência de persistência/recorrência naqueles casos com margens livres, e não ao menor risco naqueles com margens comprometidas (7% versus 22%, respectivamente)¹⁶. Esses achados mostram aumento considerável no risco de doença pós-tratamento em casos de margens comprometidas, independente do método utilizado.

Por outro lado, é imperioso enfatizar que margens negativas não garantem ausência de lesão residual. Há relatos na literatura de doença residual em até 22% de casos de cone com margens cirúrgicas livres^{3,17}.

Os dados acima são concordantes com os achados obtidos no presente estudo, que mostram 22,2% de doença residual em casos de margens comprometidas, mas

prevalência bem menor de doença em margens livres, de apenas 2% ($p=0,006$). Outros estudos também relatam lesão residual em 5 a 64% dos pacientes¹⁸.

Da mesma forma, nota-se essa importância do *status* das margens ao se considerar como doença apenas NIC 2 e 3. Nesse caso, doença residual ocorreu em 14,8% dos casos com margens comprometidas, porém em nenhum caso com margens livres ($p=0,012969$).

Quanto à CO alterada pós-tratamento, ao se correlacionar com o comprometimento das margens, obteve-se também maior prevalência de alteração no grupo com margens comprometidas (29,6 *versus* 14%; $p=0,1331$).

A grande importância de estudar o comprometimento de margens e sua correlação com a persistência da doença é o impacto que isso representa no seguimento dessas pacientes.

A conduta proposta e adotada pelo Serviço de Patologia do Trato Genital Inferior do HC-FMUSP para a condução dos casos pós-CAF envolve protocolo semelhante ao seguido pela sociedade americana. Realiza-se acompanhamento com CO e colposcopia semestral por dois anos, independente das margens, não estando incluso, até o presente momento, a

realização de captura híbrida para HPV para ditar conduta. Obtendo-se CO alterada, deve-se realizar a colposcopia com biópsia se necessário, em busca de detectar doença residual ou mesmo reinfecção. Nesses casos, opta-se pela reconização ou mesmo pela histerectomia.

Atualmente, a CAF é o método de escolha para o tratamento da LIEAG, tendo em vista as diversas vantagens e o bom resultado. O comprometimento das margens após a CAF pode ser considerado preditor de doença residual; no entanto, ênfase deve ser dada para o seguimento dessas mulheres – independente do *status* das margens.

A importância desse estudo baseia-se na percepção de que pacientes que apresentam margens comprometidas merecem maior atenção pelo maior risco de doença residual.

Endereço para correspondência

Paula Gabriela Marin Figueira
Rua Gil Fernandes, 76 – Jardim da Saúde
CEP 04148-020 – São Paulo (SP)
E-mail: paulagaby90@yahoo.com.br

Referências bibliográficas

- Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, *et al*. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine*. 2006;24 Suppl 3:S3/42-51.
- Cardial MFT, Speck NMG, Martins NV. Conduta terapêutica nas neoplasias intra-epiteliais escamosas. In: Martins NV. *Patologia do trato genital inferior*. São Paulo: Roca; 2005. p.714-29.
- Nucci MR, Crum CP. Redefining early cervical neoplasia: recent progress. *Adv Anat Pathol*. 2007;14(1):1-10.
- Livasy AC, Dominic TM, Van Le L. The clinical significance of a negative loop electrosurgical cone biopsy for high-grade dysplasia. *Obstet Gynecol*. 2004;104(2):250-4.
- Simões CB. *Patologia do trato genital inferior – questões de qualificação em colposcopia*. São Paulo: Roca; 2004.
- Sandweiss L, Thompson A, Natarajan S. Cervical LEEP margin status and post-LEEP Pap smear follow-up. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;100(3):284-5.
- Livasy CA, Maygarden SJ, Rajaratnam CT, *et al*. Predictors of recurrent dysplasia after a cervical loop electrocautery excision procedure for CIN-3: a study of margin, endocervical gland, and quadrant involvement. *Mod Pathol*. 1999;12(3):233-8.
- Fogle RH, Spann CO, Easley KA, *et al*. Predictors of cervical dysplasia after the loop electrosurgical excision procedure in an inner-city population. *J Reprod Med*. 2004;49(6):481-6.
- Tyler NL, Andrews N, Parrish RS, *et al*. Significance of margin and extent of dysplasia in loop electrosurgery excision procedure biopsies performed for high-grade squamous intraepithelial lesion in predicting disease. *Arch Pathol Lab Med*. 2007;131(4):622-4.
- Felix JC, Munderspach LI, Duggan BD, *et al*. The significance of positive margins in loop electrosurgical cone biopsies. *Obstet Gynecol*. 1994;84(6):996-1000.
- Keen CE, Pandey U, Philip G, *et al*. Is involvement of the surgical margins of large loop excision of the cervical transformation zone specimens for cervical intraepithelial neoplasia III a risk factor for persistent cervical intraepithelial neoplasia? *J Obstet Gynaecol*. 1999;19(4):408-11.
- Hopman EH, Kenemans P, Helmerhorst TJ. Positive predictive rate of colposcopic examination of the cervix uteri: an overview of literature. *Obstet Gynecol Survey*. 1998;53(2):97-106.
- Byrom J, Douce G, Jones PW, *et al*. Should punch biopsies be used when high-grade disease is suspected at initial colposcopic assessment? A prospective study. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16(1):253-6.
- Ramchandani AM, Houck KL, Hernandez E, *et al*. Predicting persistent/recurrent disease in the cervix after excisional biopsy. *Med Gen Med*. 2007;9(2):24.
- Lapaquette TK, Dinh TV, Hannigan EV, *et al*. Management of patients with positive margins after cervical conization. *Obstet Gynecol*. 1993;82(3):440-3.
- Ghaem-Maghani S, Sagi S, Majeed G, *et al*. Incomplete excision of cervical intraepithelial neoplasia and risk of treatment failure: a meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2007;8(11):985-90.
- Milojkovic M. Residual and recurrent lesions after conization for cervical intraepithelial neoplasia grade 3. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;76(1):49-53.
- Brockmeyer AD, Wright JD, Gao F, *et al*. Persistent and recurrent cervical dysplasia after loop electrosurgical excision procedure. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(5):1379-81.

Avaliação colposcópica e histopatológica das citologias cérvico-vaginais com diagnóstico de atipias de células escamosas de significado indeterminado

Colposcopic and histopathologic evaluation of atypical squamous cells of undetermined significance Pap smears

Luiz Fernando Sommacal¹
Edson Natal Fedrizzi²
Gustavo Coral Silveira³
Thamyra Manenti Bonfante³

Resumo

Introdução: A citologia de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), criada pelo Sistema Bethesda, é empregada para indicar células escamosas com anormalidades que não preenchem os critérios habitualmente encontrados em condições inflamatórias reativas, pré-neoplásicas ou neoplásicas. Porém, mulheres com ASC-US podem apresentar algum tipo de neoplasia intraepitelial na histologia. **Objetivo:** Este trabalho objetivou avaliar os aspectos colposcópicos e histopatológicos das mulheres com citologia ASC-US. **Métodos:** Estudo transversal no qual foram incluídas mulheres com citologia cérvico-vaginal ASC-US, do período de janeiro de 2005 a outubro de 2007, atendidas no Ambulatório Materno Infantil da Unisul. **Resultados:** A média etária das mulheres foi de 32,9 anos, com 62,0% delas na faixa etária entre 15 e 35 anos. A média etária da sexarca foi 17,3 anos e a paridade média foi de 2,0. Vinte por cento eram tabagistas e 47% faziam uso de anticoncepcional oral ou terapia hormonal. À colposcopia, zona de transformação normal foi encontrada em 56% das mulheres e anormal em 44%, sendo epitélio aceto-branco o principal achado anormal (44%). À histopatologia, cervicite crônica foi observada em 34,6% das biópsias, lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LIEBG) em 36,4% e lesão intraepitelial escamosa de alto grau (LIEAG) em 25,4%. **Conclusões:** A prevalência de 25,4% de LIEAG mostra a importância da avaliação colposcópica e histopatológica em mulheres com citologia ASC-US.

Palavras-chave: Neoplasia intraepitelial cervical. Esfregaço vaginal. Colposcopia.

Abstract

Introduction: ASC-US cytology, created by the Bethesda System, is used to indicate squamous cells with abnormalities that do not fulfill the criteria usually found in reactive inflammatory, pre-neoplasia and neoplasia conditions. However, patients with ASC-US cytology may have some type of squamous intraepithelial lesion (SIL) in the histopathology. **Objective:** The purpose of this paper was to evaluate colposcopic and histologic aspects in women with ASC-US. **Methods:** Transversal study including patients with cytological diagnosis of ASC-US, who were attended

Trabalho realizado no Ambulatório Materno Infantil da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Tubarão (SC), Brasil

¹ Professor da disciplina de Ginecologia da Unisul, Tubarão (SC), Brasil

² Professor assistente de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis (SC), Brasil

³ Estudante de Medicina da Unisul, Tubarão (SC), Brasil

at Ambulatório Materno-Infantil of Unisul from January 2005 to October 2007. **Results:** The mean age was 32.9 years old, with 62.0% of women between 15 to 35 years old. The mean age at the first sexual intercourse was 17.3 years old, and mean parity was 2.0. Twenty percent were smokers and 47% were using hormonal contraception or hormonal therapy. In colposcopy, typical transformation zone was found in 56% and atypical in 44%. Aceto-white epithelium was detected in 44%. Cervicitis was found in 34.6% of cervical biopsies, low-grade SIL in 36.4% and high-grade SIL in 25.4%. **Conclusions:** The prevalence of 25.4% of high-grade SIL shows the importance of colposcopic and histopathologic evaluations in women with ASC-US.

Keywords: Cervical intraepithelial neoplasia. Vaginal smears. Colposcopy.

Introdução

O câncer do colo uterino deve ser alvo de políticas de saúde pública bem estruturadas¹ por existir um potencial de efetividade em sua prevenção por meio do *screening*². A principal estratégia utilizada para rastreamento dessa neoplasia e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico do colo uterino³, sendo esse um método de exame simples, barato, seguro e aceitável pela população feminina⁴.

O Sistema de Bethesda foi desenvolvido para uniformizar a terminologia e proporcionar clara orientação na conduta de mulheres que realizaram seus exames preventivos⁵. Foram introduzidos os termos citológicos de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LIEBG), compreendendo as alterações sugestivas de infecção pelo HPV e neoplasias intraepiteliais de grau I (NIC I); lesão intraepitelial escamosa de alto grau (LIEAG), como expressões citológicas de NIC II e III; e atípicas em células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) definidas pela presença de achados citológicos insuficientes, tanto quantitativa como qualitativamente, para o diagnóstico de lesão intraepitelial escamosa^{3,5}. Essa categoria é empregada para indicar células escamosas com anormalidades que não preenchem os critérios habitualmente encontrados em condições inflamatórias reativas, pré-neoplásicas ou neoplásicas⁶.

A categoria ASCUS foi reclassificada, no ano de 2001 como ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado) e ASC-H (células escamosas atípicas não se podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau). O primeiro foi mantido para enfatizar que alguns casos de ASC-US estão associados a NIC 2 e 3, e porque ASC não é considerado diagnóstico de exclusão. Já o segundo, inclui aproximadamente 5 a 10% dos casos de ASC, sugerindo valor preditivo positivo (VPP) para NIC 2 e 3, estando entre ASC-US e LIEAG. ASC-H tem por objetivo ajudar na detecção e no tratamento rápido de alguns casos de NIC 2 e 3⁷. Apesar dessa proposta de subclassificação ter sido discutida e adotada pela Sociedade Brasileira de Citopatologia a partir de 2002, seu uso não é observado pela maioria dos clínicos, nem foi adotado

pelo programa governamental de prevenção do câncer de colo uterino^{1,4}.

ASC-US é a mais comum das anormalidades encontradas nas citologias^{7,8}, sendo a maioria dessas representativas de condições reativas e autolimitadas da infecção pelo HPV associada predominantemente a tipos oncogênicos⁸. Por outro lado, o diagnóstico de ASC-US não deve ser alarmante para o médico nem para a paciente, visto que cerca de um terço dessas mulheres terá segunda colpocitologia oncológica normal em curto intervalo de tempo⁹, e a maioria (>70%) apresentará lesões de caráter benigno (NIC I)^{4,10,11}.

Embora doenças sérias ocorram raramente, estudos têm reportado que de 3 a 36% das mulheres com ASC-US terão NIC 2 ou lesão mais grave^{10,12,13}.

Vários autores passaram a demonstrar a fraca correlação entre as análises de diferentes observadores e a grande variação na frequência dos diagnósticos de ASC-US. Observou-se que os achados na maioria dos casos não eram confirmados ao se revisarem as lâminas, constatando-se, assim, a existência de grau elevado de subjetividade nas avaliações pelos citopatologistas^{6,13-16}. Os resultados de ASC-US devem estar entre 3 e 5% do total dos esfregaços¹⁴, tornando-se inquestionável o auxílio colposcópico no diagnóstico das lesões cervicais¹⁷.

A tradução histológica de ASC-US denuncia, independentemente de sua subclassificação, amplo leque de possibilidades que varia desde o achado de normalidade até carcinoma escamoso invasor, não havendo, portanto, correlação direta entre o diagnóstico citológico e a lesão histológica¹⁷.

Pesquisar a colpocitologia com resultado de ASC-US e sua relação com possíveis anormalidades colposcópicas e histológicas permite condutas mais corretas para essas mulheres, proporcionando, assim, diagnóstico mais precoce de lesões pré-invasoras e invasoras, redução de custos e diminuição da mortalidade pela patologia frente ao manejo clínico mais adequado.

O presente estudo teve por objetivo avaliar os aspectos colposcópicos e histopatológicos das citologias cérvico-vaginais com diagnóstico de ASC-US no Ambulatório Materno Infantil (AMI) da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).

Métodos

Realizou-se estudo observacional e descritivo de delineamento transversal. A coleta de dados foi realizada por meio da análise de prontuários clínicos de mulheres submetidas à avaliação colposcópica que apresentaram exames citológicos com resultado de ASC-US. Todos os prontuários das mulheres atendidas no AMI da Unisul no período de janeiro de 2005 a outubro de 2007 fizeram parte do estudo.

O preenchimento do protocolo pré-elaborado foi realizado pelo autor, no qual constaram dados epidemiológicos, etiológicos e anatomopatológicos.

A classificação colposcópica utilizou os critérios adotados pela *International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy*¹⁸ realizado em Barcelona no ano de 2002, sendo que o diagnóstico colposcópico foi dividido em zona de transformação normal (ZTN) e zona de transformação anormal (ZTA) graus menor e maior.

O resultado do exame histopatológico foi coletado através do registro no prontuário da paciente. Os achados histopatológicos foram categorizados conforme a classificação de Bethesda⁵ de 2001.

Como critérios de inclusão foram analisados prontuários de mulheres atendidas no referido serviço no período supracitado e que apresentaram, em seus preventivos, o resultado citológico de ASC-US, sendo encaminhadas à colposcopia e, posteriormente submetidas ou não à biópsia para futura realização da histologia.

Foram excluídos os prontuários nos quais faltaram informações necessárias para o preenchimento do formulário de pesquisa, as mulheres que não foram submetidas à colposcopia e tiveram visualização insatisfatória ao exame colposcópico.

As variáveis de estudo foram: idade, tabagismo, início da atividade sexual, paridade, uso de terapia hormonal, história de lesão em colo uterino prévio, diagnóstico e imagem colposcópica e histologia cervical.

Foram selecionados cem prontuários aleatoriamente que continham os critérios de inclusão e dados básicos para a confecção da pesquisa.

Os dados obtidos com os formulários foram analisados pelos programas Epidata 3.1 e o Epi-info 6.04.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul (07.134.4.01.III).

Resultados

Foram analisados 100 casos de colpocitologia oncológica com ASC-US, tendo como média etária 32,9 anos (desvio padrão [dp]=10,8) e variando entre o mínimo de 15 e o máximo de 68 anos. A faixa etária dos 15 aos 35 anos foi responsável por 62,0% da amostra.

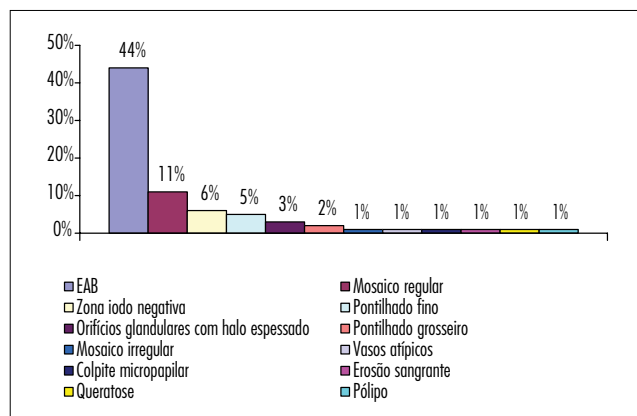


Gráfico 1. Achados colposcópicos anormais e miscelânea em mulheres com citologia ASC-US

Em 15% dos prontuários analisados não havia informações acerca do hábito de fumar. Dentre as 85 mulheres que apresentavam esse dado, 20% eram tabagistas no momento da consulta e 65% não eram ou pararam de fumar havia mais de dez anos.

A idade da primeira relação sexual ocorreu entre as idades de 12 a 24 anos, com média de 17,3 anos (dp=2,2).

A paridade média foi de 2,05 (dp=1,7), variando de zero (19 mulheres) até nove gestações. No momento do diagnóstico citológico de ASC-US, três mulheres apresentavam-se grávidas.

Com relação ao uso de anticoncepcional oral (ACO) ou terapia hormonal (TH), 47 mulheres faziam uso de ACO ou TH e 41, não.

Não houve relatos de qualquer tratamento prévio por parte de 45% das mulheres. Quatorze por cento apresentavam história prévia de lesão intraepitelial cervical. O dado não estava disponível em 41 prontuários.

À colposcopia, 56 (56%) mulheres com citologia ASC-US apresentaram ZTN e 44 (44%) ZTA, sendo, dessas, 38 (38%) como grau menor e 6 (6%) como grau maior. Os principais achados colposcópicos foram o epitélio acetobranco (EAB) em 44% e mosaico regular em 11%. Em menor frequência, observaram-se zona iodo negativa em 6%, pontilhado fino em 5%, mosaico irregular em 1% e vasos atípicos em 1% (Gráfico 1). Ectopia estava presente em 22% dos casos.

A biópsia de colo uterino foi realizada em 55 casos. O diagnóstico anatomopatológico de LIEBG foi observado em 36,4% (n=20), cervicite crônica em 34,6% (n=19), LIEAG em 25,4% (n=14), neoplasia intraepitelial vaginal grau 2 em 1,8% (n=1) e pólipo em 1,8% (n=1).

Mulheres com 35 anos ou menos apresentaram LIEBG em 51,7% dos casos, ao passo que 54,2% das mulheres acima de 35 anos apresentaram cervicite como laudo do anatomopatológico (p=0,024) (Tabela 1).

Das mulheres que apresentaram colposcopia com ZTN, 60,0% apresentaram o resultado de cervicite crônica ao exame histopatológico. Mulheres com ZTA de grau menor apresentaram, ao histopatológico, 57,1% de LIEBG. Cem por cento das mulheres com ZTA de grau maior apresentaram LIEAG como laudo anatomopatológico (p=0,00009) (Tabela 2).

Quando se correlacionaram os achados colposcópicos e o resultado histopatológico, 50% das mulheres com EAB plano tinham LIEBG e 20%, LIEAG. Todas as mulheres com EAB micropapilar tinham LIEAG e 85,7% das que apresentaram mosaico regular tinham LIEBG (Tabela 3).

Testando a acurácia da colposcopia e utilizando-se o diagnóstico histológico como padrão-ouro, encontramos o valor de 62,2%. A sensibilidade de 63,2% (intervalo de confiança, IC: 38,6-82,8%) e a especificidade de 76,5% (IC: 58,4-88,6%). Os valores preditivos foram de 60%

Tabela 1. Perfil das mulheres com ASC-US em relação ao resultado anatomopatológico

	Histologia			Valor de p
	Cervicite N (%)	LIEBG n (%)	LIEAG n (%)	
Idade				0,024
≤ 35 anos	6 (20,7)	15 (51,7)	8 (27,6)	
> 35 anos	13 (54,2)	5 (20,8)	6 (25,0)	
Sexarca				0,072
≤ 16 anos	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	
> 16 anos	19 (38,0)	17 (34,0)	14 (28,0)	
Fumo				0,14
Sim	3 (27,3)	3 (27,3)	5 (45,5)	
Não	8 (27,3)	16 (55,2)	5 (17,2)	
Paridade				0,61
0	6 (31,6)	7 (36,8)	6 (31,6)	
1-3	7 (31,8)	10 (45,5)	5 (22,7)	
> 3	0 (0,0)	3 (75,0)	1 (25,0)	
Terapia hormonal				0,95
Sim	7 (29,2)	10 (41,7)	7 (29,2)	
Não	6 (33,3)	7 (38,9)	5 (27,8)	

LIEBG: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; LIEAG: lesão intraepitelial escamosa de alto grau.

Tabela 2. Relação entre tipo de zona de transformação e achados histológicos em mulheres com citologia ASC-US.

Colposcopia	Histologia			Total
	Cervicite n (%)	LIEBG n (%)	LIEAG n (%)	
ZTN	12 (60,0)	4 (20,0)	4 (20,0)	20 (37,7)
ZTA grau menor	7 (25,0)	16 (57,1)	5 (17,9)	28 (52,8)
ZTA grau maior	0 (0)	0 (0)	5 (100)	5 (9,4)
Total	19 (35,8)	20 (37,7)	14 (26,4)	53 (100)

LIEBG: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; LIEAG: lesão intraepitelial escamosa de alto grau; ZTN: zona de transformação normal; ZTA: zona de transformação anormal.

(IC: 36,4-80,0%) para o positivo e 78,8% (IC: 60,6-90,4%) para o negativo (VPN).

Discussão

Neste estudo, a média etária das mulheres com ASC-US foi 32,9 anos, com variação entre 15 e 68 e a faixa etária de 15 a 35 anos responsável por 62% da amostra. Rinku *et al*¹⁹ e Gerber *et al*²⁰ encontraram média de 36 e 33 anos respectivamente, com limites de 25 a 75 e 16 a 76 anos, enquanto Yarandi *et al*²¹ apresentaram média de 42,1 anos. Lambert *et al*²² teve como média 32 anos (variando de 16 a 49) e as idades de 20 a 39 anos responsável por 55,8% dos casos. Entre as chilenas, a média etária foi de 41,3 anos, com variação de 20 a 70 anos²³. Em estudos brasileiros, Veiga *et al*³ obteve como média 36,1 anos e para Santos *et al*⁹, a média foi 31 anos (17 a 63 anos). No

Tabela 3. Relação entre os achados colposcópicos e resultados histopatológicos em mulheres com citologia ASC-US

	Histologia			Valor de p
	Cervicite n (%)	LIEBG n (%)	LIEAG n (%)	
Zona iodo negativa				0,15
Sim	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não	17 (33,3)	20 (39,2)	14 (27,5)	
EAB plano				0,10
Sim	9 (30,0)	15 (50,0)	6 (20,0)	
Não	10 (43,5)	5 (21,7)	8 (34,8)	
EAB micropapilar				0,01
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	
Não	19 (38,0)	20 (40,0)	11 (22,0)	
Mosaico regular				0,01
Sim	1 (14,3)	6 (85,7)	0 (0,0)	
Não	18 (39,1)	14 (30,4)	14 (30,4)	
Mosaico irregular				0,24
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	
Não	19 (36,5)	20 (38,5)	13 (25,0)	
Pontilhado fino				0,20
Sim	0 (0,0)	3 (75,0)	1 (25,0)	
Não	19 (38,8)	17 (34,7)	13 (26,5)	
Pontilhado grosseiro				0,05
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	
Não	19 (37,3)	20 (39,2)	12 (23,5)	
Orifícios glandulares com halo espessado				0,21
Sim	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Não	19 (38,0)	19 (38,0)	12 (24,0)	
Vasos atípicos				0,24
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	
Não	19 (36,5)	20 (38,5)	13 (25,0)	

LIEBG: lesão intraepitelial escamoso de baixo grau; LIEAG: lesão intraepitelial escamoso de alto grau; EAB: epitélio acetobranco.

estudo de Eleutério Jr *et al*¹⁷, 62,6% das mulheres com ASC-US tinham idade entre 15 e 35 anos.

O hábito de fumar variou de 26 a 35% entre mulheres com ASC-US^{8,20,24}, tendo o presente estudo apresentando um valor abaixo da literatura, em torno de 20%.

A prevalência de lesão intraepitelial cervical está fortemente associada à infecção por HPV sexualmente transmitido, que é altamente dependente do início da vida sexual e número de parceiros sexuais¹¹. Para Kiatpongson *et al*²⁵, a média da sexarca das mulheres estudadas foi 21,4 anos, enquanto no presente estudo a média foi de 17,3 anos.

Quarenta e sete por cento das mulheres faziam uso de algum tipo de medicação hormonal (ACO ou TH). Nos estudos de Boardman *et al*⁸, Santos *et al*⁹ e Gerber *et al*²⁰, os valores de mulheres com ASC-US que usavam ACO foi de 33, 53 e 59%, respectivamente, enquanto Eltabbakh

*et al*²⁴ encontraram 21,4% de uso de TH em mulheres menopausadas.

Em relação à paridade, estudos mostram média que varia de 1,5 a 3,6 gestações^{19,20,24}, e 9 a 40% de nulíparas^{19,20}. No presente estudo, a paridade média de 2,0 esteve entre os valores citados na literatura, variando de zero (19%) a nove gestações.

Na colposcopia, Neto *et al*¹⁴ classificaram como resultados colposcópicos anormais 57,9% das mulheres com ASC-US, enquanto Lima *et al*⁶ e Eleutério Jr *et al*¹⁷ classificaram 72 e 60%, respectivamente. Em seu trabalho, Solomon *et al*¹⁰ obtiveram 41% de amostra com ZTN, 51,4% de ZTA de grau menor e 7% como ZTA de grau maior. Quarenta e quatro por cento apresentaram ZTA, sendo 38% como grau menor e 6% como maior no presente trabalho.

Segundo Monsonogo *et al*²⁶, o exame colposcópico tem a sensibilidade para detectar lesão que apresente algum tipo de alteração histológica em 98,0% (IC: 95-99%). Nesse mesmo estudo, a especificidade foi 35,6% (IC: 29-42%) enquanto o VPP foi 62,8% (IC: 57-68%) e o VPN 94,1% (IC: 86-98%). Para Wensveen *et al*²⁷, LIEAG ou lesões mais graves possuem sensibilidade de 70%, especificidade de 90%, VPP de 33% e VPN de 98%. No presente trabalho, a acurácia da colposcopia foi de 62,2%, sensibilidade de 63,2% (IC: 38,6-82,8%) e especificidade de 76,5% (IC: 58,4-88,6%). O VPP foi 60% (IC: 36,4-80,0%) enquanto o VPN foi 78,8% (IC: 60,6-90,4%). Essa divergência entre os achados e a literatura deve-se ao fato de que essa amostra foi restrita e classificaram-se os achados colposcópicos em normal e anormal para a obtenção dos dados.

Os principais achados à colposcopia neste estudo foram EAB em 44%, mosaico em 13%, pontilhado em 7% e vasos atípicos em 1%. Para Eleutério Jr *et al*¹⁷, EAB foi observado em 56% dos casos, seguido por mosaico em 26% e pontilhado em 6%. Lima *et al*⁶ observaram EAB em 63%, mosaico em 18% e pontilhado em 3%. Já Neto *et al*¹⁴

visualizaram EAB em 34,9%, pontilhado em 21%, mosaico em 14% e vasos atípicos em 1,8%.

A histologia é o padrão ouro para o diagnóstico das patologias cervicais. Os diferentes estudos que avaliaram mulheres com citologia ASC-US encontraram normalidade em 38 a 46,7%, LIEBG em 11 a 52%, LIEAG em 6,3 a 40,8% e carcinoma invasor em 0,9 a 3,3%^{6,21,25,26,28,29}. Nosso estudo apresentou 36,4% das mulheres com LIEBG e, embora a prevalência de carcinoma invasor tenha sido nula, 25,4% apresentaram LIEAG, a segunda maior média encontrada na literatura.

Ao estudo anatomopatológico das mulheres com ASC-US, evidenciou-se que 36,4% apresentaram LIEBG e 25,4% LIEAG. Não foi obtido o achado histológico compatível com carcinoma escamoso ou adenocarcinoma invasor nas biópsias colhidas nas mulheres com ASC-US. Do montante de colposcopias alteradas (ZTA) foram encontradas 49,0% de lesão intraepitelial na histologia. Não houve associação entre as variáveis idade, tabagismo, início da atividade sexual, uso de terapia hormonal e paridade com a presença de atipias de caráter indeterminado no exame citológico.

Mesmo na presença de rigorosos critérios para o diagnóstico de ASC-US, o manejo clínico adequado permanece controverso. Como mostrado neste trabalho, o exame colposcópico pode não apresentar anormalidades em mais da metade dos casos, mas a biópsia dirigida pode trazer LIEBG e LIEAG em situações que ultrapassem 50% da amostra. Por isso, a citologia ASC-US enfatiza a importância da colposcopia no seguimento imediato dessa alteração ao invés da realização da citopatologia em seis meses, como é preconizado.

Endereço para correspondência:

Gustavo Coral Silveira
Rua Constante Casagrande, 207, apto. 301
CEP 88802-380 – Criciúma (SC), Brasil
E-mail: guga.sil@hotmail.com

Referências bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Citopatologia. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
2. World Health Organization. Cervical cancer screening in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva; 2002.
3. Veiga FR, Russomano F, Camargo MJ, *et al*. Prevalência das lesões intra-epiteliais de alto grau em mulheres com citologia com diagnóstico persistente de ASCUS. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(2):75-80.
4. Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. [Página da internet]. [Acesso em 5 abr, 2007]. Disponível em: www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/.
5. Solomon D, Davey D, Kurman R, *et al*. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. 2002;287(16):2114-9.
6. Lima DNO, Câmara S, Mattos MGG, *et al*. Diagnóstico citológico de ASCUS: sua importância na conduta clínica. J Bras Patol Med Lab. 2006;38(1):45-9.

7. Kulasingam SL, Kim JJ, Lawrence WF, *et al.* Cost-effectiveness analysis based on the atypical squamous cells of undetermined significance/low-grade squamous intraepithelial lesion triage study (ALTS). *J Natl Cancer Inst.* 2006;98(2): 92-100.
8. Boardman LA, Stanko C, Weitzen S, *et al.* Atypical squamous cells of undetermined significance: human papillomavirus testing in adolescents. *Obstet Gynecol.* 2005;105(4):741-6.
9. Santos ALF, Derchain SFM, Sarian LO, *et al.* Resultados histológicos e detecção do HPV em mulheres com células escamosas atípicas de significado indeterminado e lesão escamosa intra-epitelial de baixo grau na colpocitologia oncológica. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(6):457-62.
10. Solomon D, Schiffman M, Tarone R. Comparison of three management strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significance: baseline results from a randomized trial. *J Natl Cancer Inst.* 2001;93(4): 293-9.
11. Schiffman M, Solomon D. Findings to date from the ASCUS-LSIL triage study (ALTS). *Arch Pathol Lab Med.* 2003;127(8):946-9.
12. Wright JD, Rader JS, Davila R, *et al.* Human papillomavirus triage for young women with atypical squamous cells of undetermined significance. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):822-9.
13. Arbyn M, Buntinx F, Ransit MV, *et al.* Virologic versus cytologic triage of women with equivocal pap smears: a meta-analysis of the accuracy to detect high-grade intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(4): 280-93.
14. Neto AR, Ribalta JCL, Focchi J, *et al.* Avaliação dos métodos empregados no programa nacional de combate ao câncer do colo uterino do ministério da saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001;23(4):209-16.
15. Wachtel MS, Dahm PF. The ASCUS: SIL ratio and the reference laboratory pathologist. *Cytopathology.* 2003;14(5):249-56.
16. Confortini M, Carozzi F, Palma PD, *et al.* Interlaboratory reproducibility of atypical squamous cells of undetermined significance report: a national survey. *Cytopathology.* 2003;14(5):263-8.
17. Eleutério Jr J, Cavalcante DIM, Dias MTMP, *et al.* Atípicas de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) — estudo de 208 casos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000;22(3):135-9.
18. Walker P, Dexeus S, De Palo G, *et al.* International terminology of colposcopy: an updated report from the international federation for cervical pathology and colposcopy. *Obstet Gynecol.* 2003;101(1):175-7.
19. Rinku S, Vijayalakshmi B, Anupama J, *et al.* A prospective study of 86 cases of ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance) over two year. *J Obstet Gynecol India.* 2007;57(1):73-6.
20. Gerber S, De Grandi P, Petignat P, *et al.* Colposcopic evaluation after repeat atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS) smears. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;75(3):251-5.
21. Yarandi F, Izadi Mood N, Mirashrafi F, *et al.* Colposcopic and histologic findings in women with a cytologic diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2004;44(6):514-6.
22. Lambert B, Boivin Y, Lepage Y. Atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS): clinical-cytological significance. *Int J Gynecol Cancer.* 1999;9(4):329-32.
23. Nazzari NO, Reineiro CM, Abarzúa A, *et al.* Patología preinvasora del cervix. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003;68(3):189-96.
24. Eltabbakh GH, Lipman JN, Mount SL, *et al.* Significance of atypical squamous cells of undetermined significance on ThinPrep Papanicolaou smears. *Gynecol Oncol.* 2000;79(1):44-9.
25. Kiatpongson S, Niruthisard S, Mutirangura A, *et al.* Role of human papillomavirus DNA testing in management of women with atypical squamous cells of undetermined significance. *Int J Gynecol Cancer.* 2006;16(1):262-5.
26. Monsonego J, Pintos J, Semaille C, *et al.* Human papillomavirus testing improves the accuracy of colposcopy in detection of cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol Cancer.* 2006;16(2):591-8.
27. Wensveen C, Kagie M, Veldhuizen R, *et al.* Detection of cervical intraepithelial neoplasia in women with atypical squamous or glandular cells of undetermined significance cytology: A prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82(9):883-9.
28. Scheiden R, Wagener C, Knolle U, *et al.* Atypical squamous cells of undetermined significance: audit and the impact of potential litigation. Retrospective review of 682 cases. *Cytopathology.* 2003;14(5):257-62.
29. Massad LS, Collins YC, Meyer PM. Biopsy correlates of abnormal cervical cytology classified using the Bethesda System. *Gynecol Oncol.* 2001;82(3):516-22.

Vulvovaginites na infância

Vulvovaginitis in childhood

Adriana Bittencourt Campaner¹
Fernanda Araujo Cardoso²

Resumo

As vulvovaginites constituem a afecção ginecológica mais comum da infância. Podem ser classificadas dentro de duas categorias amplas: aquelas com causa microbiológica específica e aquelas de origem inespecífica. Anamnese detalhada e exame físico, incluindo inspeção da área genital, são essenciais. Nas vulvovaginites específicas, o tratamento deve ser guiado pelos achados da bacterioscopia e cultura de secreção vaginal. Quando nenhum agente microbiológico é isolado e a presença de corpo estranho é excluída, os objetivos do tratamento devem ser a orientação e reeducação da paciente, bem como de seus pais sobre boa higiene e eliminação de agentes potencialmente irritativos. O conhecimento adequado da fisiologia e anatomia da região genital na infância tem papel fundamental no diagnóstico e tratamento efetivo da vulvovaginite nessa fase da vida da mulher.

Palavras-chave: vulvovaginite; descarga vaginal; criança; doenças dos genitais femininos.

Abstract

Vulvovaginitis is the most common gynaecological problem in prepuberal girls. It can be categorized under two broad headings: those with specific microbiological causes and, in the absence of such, those that are nonspecific in origin. A detailed history and examination, including inspection of the genital area, are essential. For specific vulvovaginitis, treatment should be adapted to the findings on gram staining, microscopy and cultures. When a microbiological cause cannot be found and a foreign body has been ruled out, treatment goals should be aimed at reassuring and re-educating the patient and her parents in good hygienic practices as well as the elimination of potential irritants. Good knowledge of genital region physiology and anatomy in prepubertal girls plays an important role in the effective diagnosis and treatment of vulvovaginitis in this woman's life stage.

Keywords: vulvovaginitis; vaginal discharge; child; genital diseases, female.

Introdução

Do mesmo modo como ocorre na mulher adulta, as vulvovaginites constituem a afecção ginecológica mais comum da infância¹. Em 70% dos casos, a vulvovaginite

¹ Doutora; professora instrutora de ensino do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP, Brasil

² Pós-graduanda do departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FCMSCSP, São Paulo, SP, Brasil

pediátrica é inespecífica, sendo que nenhum agente etiológico específico é identificado. Para que se possa realizar um atendimento adequado desses casos, é necessário entendimento claro do complexo meio ambiente vaginal e sua homeostase e das inter-relações com os mecanismos de defesa do hospedeiro, que são distintos em meninas pré-púberes e daquela que já menstruaram¹⁻².

Fatores predisponentes na infância

Na infância, a pele vulvar fina é facilmente traumatizada por agressões físicas. A vulva é desprotegida, pois não tem os pequenos e grandes lábios totalmente desenvolvidos, não apresenta os coxins de gordura na raiz da coxa e nos grandes lábios, nem os pelos da mulher adulta. A vulva se localiza muito próxima ao ânus e, portanto, está constantemente exposta à contaminação. A pequena abertura himenal (0,5 cm) obstrui a saída de secreções vaginais, predispondo às infecções. Os meios de defesa vulvares e vaginais encontram-se, assim, debilitados pela falta da função trófica exercida pelos estrogênios¹⁻³.

Anamnese

Durante a anamnese, deve-se inquirir sobre a duração, quantidade, consistência, cor e/ou odor intenso e desagradável da secreção vaginal e sintomas associados. Os aspectos comportamentais devem ser pesquisados: hábitos urinários e intestinais incorretos como limpeza genital de trás para frente, manipulação genital com mãos sujas, pequenos traumas e fissuras ocasionados por pequenos corpos estranhos adquiridos acidentalmente nas brincadeiras infantis (areia, terra), uso de roupas apertadas e pouco absorventes, tipo de fralda e agentes de limpeza utilizados em banhos de banheira^{2,4}.

História progressiva de infecções sistêmicas na paciente (principalmente vias aéreas superiores, gastrintestinais, dermatológicas) ou reações alérgicas também devem chamar a atenção. Indiretamente, é preciso investigar a possibilidade de abuso sexual inquirindo sobre quem cuida da criança na maior parte do tempo, presença de estranhos e parentes que morem junto, procurando identificar uma variedade de queixas comportamentais e somáticas como: distúrbios do sono, dor abdominal, enurese, fraco desempenho escolar, cefaléias ou comportamento suicida^{4,5}.

Exame físico

Inicia-se o exame pela avaliação do estado geral, bem como exame dos diversos aparelhos. O conhecimento do desenvolvimento puberal é importante para a avaliação do estágio de desenvolvimento das mamas e pelos, reconhecendo o seu aparecimento precoce. Durante o exame deve-se prestar atenção a quaisquer doenças dermatológicas coexistentes, que podem se manifestar inicialmente na pele da vulva, ocasionando irritação vulvar. Na maioria dos exames, o instrumental pode ser dispensado e a visualização do canal vaginal e cérvix

não é rotineiramente realizada, a menos que haja sinais e sintomas que levem à suspeita de uma neoplasia ou corpo estranho^{1,4}.

Exames complementares

Sempre que possível, amostras de secreção vaginal para bacterioscopia e exame a fresco devem ser colhidos, utilizando-se swab umedecido com solução fisiológica para não traumatizar o tecido vaginal hipotrófico. Exame parasitológico de fezes com pesquisa de oxiúros e urocultura deve fazer parte da rotina de investigação. Em algumas situações, será necessário o emprego de vaginoscopia ou histeroscópio fino para avaliação de todo o canal vaginal e a cérvix, bem como ultrassonografia pélvica, com o intuito de se descartar tumores, corpos estranhos e outros tipos de lesões locais^{6,7}.

Conduta

Em relação às medidas gerais, o objetivo principal do tratamento é melhorar a higiene perineal. Medidas simples podem auxiliar na prevenção das vulvovaginites, dentre as quais poderíamos mencionar: banhar a criança de risco (aquela com corrimentos recidivantes) várias vezes ao dia, após as diureses e evacuações, com um sabonete suave ou neutro; realizar de banhos de assento com benzidamida, chá de camomila ou permanganato de potássio (substâncias anti-inflamatórias); usar roupas adequadamente folgadas e absorventes, evitando-se o uso constante de calcinhas de material plástico, lycra ou nylon; no momento da realização de atividades aquáticas, trocar maiôs e biquínis por um short leve, logo que a criança parar de nadar. A higienização com algodão e óleo é importante em cada troca de fralda^{2,3,7,8}.

As crianças maiores devem ser ensinadas a se limparem após as evacuações com movimento de frente para trás, para não trazer restos de fezes do ânus para a vagina. Ao urinar, as meninas devem ser ensinadas a urinar com as pernas afastadas e enxugar-se depois. Deve-se também lavar bem as mãos antes e depois de ir ao banheiro. Em relação à terapêutica específica para cada tipo de vulvovaginite, em crianças, dá-se preferência pela utilização de medicação tópica, devendo-se para tanto empregar "colírios" ou cremes ginecológicos habituais contendo o antibiótico selecionado. Na utilização de cremes emprega-se aplicador com prolongador de pequeno calibre que passe facilmente pelo orifício himenal^{7,8}.

Vulvovaginites inespecíficas

As vulvovaginites inespecíficas são aquelas nas quais não se identifica um agente etiológico responsável pela infecção. As bactérias coliformes, secundárias à contaminação fecal, estão associadas a 70% dos casos relatados. A *Escherichia coli* é a mais encontrada com a vulvite, bem como *Streptococcus* β -hemolítico e *Staphylococcus* coagulase positivos. A constipação intestinal é causa facilitadora da vulvovaginite; sabe-se que após tratamento da constipa-

ção as crianças geralmente permanecem sem sintomas vulvovaginais^{2,7}.

Na vulvovaginite inespecífica, a sintomatologia é geralmente representada por corrimento tipicamente esverdeado, castanho ou amarelado, com odor fétido e pH vaginal de 4,7 a 6,5. Prurido, disúria, sensação de ardor ou queimação, edema e eritema vulvar podem acompanhar o quadro. O tratamento incluiria a melhora da higiene local. Caso a secreção permaneça, realizar exame bacterioscópico e culturas da secreção vaginal e tratar conforme o antibiograma^{1,4}. É importante lembrar que algumas vezes a persistência do corrimento vaginal, mesmo após emprego de terapia adequada, pode estar relacionada à manifestação de cervicites, ectopias congênicas ou tumor de vagina ou colo, merecendo investigação mais detalhada⁷.

Em pacientes jovens com corrimento mal cheiroso, purulento e muitas vezes com sangue, deve-se suspeitar da presença de corpos estranhos no meio vaginal, tais como papel higiênico, algodão e brinquedos, ainda que a criança negue veementemente sua colocação. O diagnóstico é realizado pela visualização direta do mesmo através de vaginoscopia. O tratamento consiste em sua simples remoção e emprego de antibioticoterapia tópica^{4,6,7}.

Vulvovaginites específicas

As vulvovaginites específicas correspondem à infecção vulvovaginal por micro-organismos conhecidos, os quais determinam quadro clínico característico⁹. A *Gardnerella vaginalis* é o micro-organismo mais frequentemente cultivado em crianças, seguida por *Candida sp* e *Trichomonas*.

A *Candida albicans* parece preferir ambiente estrogênio, não representando agente causador habitual de vulvovaginites em meninas pré-púberes. Sua ocorrência na infância está associada a *diabetes mellitus*, uso de fraldas, estados de imunossupressão, uso de antibióticos e ingestão de grande quantidade de doces. Os sinais e sintomas se assemelham àqueles observados em pacientes adultas. O diagnóstico é feito pela história e exame físico, pelo exame a fresco ou com a utilização de KOH. O tratamento inclui cremes tópicos de antifúngicos ou imidazólicos por dez noites seguidas com aplicador próprio para crianças^{7,8}.

A infecção vaginal por *Shigella* spp em crianças, através do contato direto da região genital com as fezes contaminadas por esse agente, culminará em quadro de vulvovaginite, caracterizada por corrimento mucopurulento ou sanguinolento e prurido. A shigelose em vagina não ocorre quando o pH do meio é inferior a 5,5, sendo mais comum nas fases não estrogênicas. O diagnóstico é dado pela cultura de fezes para *Shigella* spp e o tratamento através do uso de antibioticoterapia apropriada com trimetoprim/sulfametoxazol, ampicilina ou cloranfenicol^{3,7}.

A *Giardia lamblia* é um protozoário flagelado que parasita o trato gastrointestinal do ser humano, com prevalência

elevada em crianças de 1 a 12 anos. Manifesta-se com diarreia aquosa ou pastosa, dor epigástrica e síndrome de má absorção. A contaminação é fecal e oral e grande parte dos indivíduos infectados é assintomática, apenas eliminando cistos desses protozoários nas fezes. A contaminação vulvovaginal ocorre por contaminação fecal assintomática⁷.

O *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A (*S. pyogenes*) é responsável por cerca de 10% dos casos de vulvovaginites em meninas pré-púberes. O corrimento por esse agente tem início abrupto, provoca secreção vaginal clara em moderada quantidade, às vezes sanguinolenta, com importante eritema vulvar, prurido e dor. Pode estar associada à infecção respiratória recente. O diagnóstico é realizado através da cultura em ágar sangue e o tratamento é feito com amoxicilina, penicilinas, cefalosporinas ou eritromicina orais¹⁰.

No caso da vulvovaginite por *Staphylococcus*, os sinais e sintomas se assemelham ao agente descrito previamente, com a possibilidade de ocorrência associada de abscessos genitais ou em outras partes do corpo. O diagnóstico é realizado através da cultura e o tratamento realizado com antibioticoterapia oral^{1,2,7}.

A infecção por *Enterobius vermicularis* é muito comum, com elevada incidência em crianças, estando associado à inadequada higiene genital. Os sintomas clínicos mais comuns dessa helmintíase são o prurido anal, principalmente noturno; a vulvovaginite se instala pela irritação e inflamação causadas pelo verme. O diagnóstico baseia-se na clínica e o emprego da fita adesiva anal possui elevada taxa de falso-negativo. Dessa maneira, prefere-se o tratamento empírico com mebendazol oral 5 mL duas vezes ao dia durante três dias ou albendazol 10 mL em dose única (para crianças acima de dois anos)¹¹.

A *Chlamydia trachomatis* é geralmente assintomática. A sua presença em meninas maiores de três anos de idade é fortemente sugestiva de abuso sexual (antes dessa idade, pode estar associada à transmissão perinatal por mães infectadas). O diagnóstico é realizado através de imunofluorescência direta ou PCR. O tratamento requer o emprego de eritromicina ou azitromicina^{6,7}.

Já a *Neisseria gonorrhoea* é de transmissão primordialmente sexual (no entanto pode ser transmitida pela mãe durante a passagem pelo canal de parto e se manifestar no período perinatal). O período de incubação varia de dois a cinco dias. Infecta a vulva e a vagina das meninas produzindo vulvite e vaginite severas com corrimento em quantidade e de aspecto purulento. O diagnóstico é sugerido pela bacterioscopia que mostra *diplococcus* gram negativos e pela cultura em meio de Thayer Martin. O tratamento para crianças com menos de 45 kg é feito com 125 mg IM de ceftriaxone em dose única^{2,4}.

A *Trichomonas vaginalis* é, em geral, de transmissão sexual, embora possa sobreviver algumas horas em ambientes úmidos. Manifesta-se por corrimento vaginal esverdeado e com odor desagradável, associado a sinais de irritação

do epitélio vulvovaginal inespecíficos, como prurido, ardência e eritema. A detecção de *Trichomonas* móveis à microscopia de esfregaços a fresco da secreção vaginal e/ou bacterioscopia garantem o diagnóstico. O tratamento em crianças requer metronidazol via oral na dose de 10 a 30 mg/kg/d em três tomadas por sete dias⁷.

Quanto à *Gardnerella vaginalis*, sua transmissão sexual é controversa, devendo-se também suspeitar de abuso sexual. O diagnóstico e o tratamento são os mesmos utilizados para o agente anterior³.

Conclusão

É muito importante que na abordagem inicial da criança com corrimento vaginal, seja determinado se a causa é fisiológica ou patológica, evitando-se tratamentos desnecessários. A presença de secreção visível, sem

sinais ou sintomas de inflamação pode ser considerada fisiológica em duas situações: na recém-nascida e no período da pré-menarca. Sabe-se, ainda, que a maioria dos corrimentos vaginais cessa com adequada higiene dos genitais, o que pode ser garantido pela simples orientação das crianças por suas mães ou cuidadores. O sucesso do tratamento depende, além do correto diagnóstico etiológico da patologia, do minucioso esclarecimento para a família da sua importância e consequência.

Endereço para correspondência:

Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Rua Cesário Mota Junior, 112 – Vila Buarque
CEP 01221-020 – São Paulo (SP)
E-mail: abcampaner@terra.com.br

Referências bibliográficas

1. Deligeoroglou E, Salakos N, Makrakis E, *et al.* Infections of the lower female genital tract during childhood and adolescence. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004;31(3):175-8.
2. Dodds M. Vulvar disorders of the infant and young child. *Clinic Obstet Gynecol.* 1997;40(1):141-51.
3. Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, *et al.* Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *BMJ.* 2005;330(7484):186-8.
4. Jones R. Childhood vulvovaginitis and vaginal discharge in general practice. *Fam Pract.* 1996;13(4):369-72.
5. Kokotos F. Vulvovaginitis. *Pediatr Rev.* 2006;27(3):116-7.
6. Wanderley M, Magalhães EMS, Trindade ER. Avaliação clínica e laboratorial de crianças e adolescentes com queixas vulvovaginais. *RBGO.* 2000;22(3):147-52.
7. Malheiros AFA. Vulvovaginites na infância. 2002. [documento na internet]. Disponível em: <http://www.uff.br/mmi/ped/vulvovaginite.pdf>. [Acesso em 10 mar, 2009].
8. Milagre M. Vulvovaginite na infância. 2001. [documento na internet]. Disponível em: <http://www.sogirgs.org.br/Boletins%20Anteriores/A2001/SetOut01/vulvovaginite.htm>. [Acesso em 21 mai, 2007].
9. Mogielnicki N, Schwartzman J, Elliot J. Perineal group A streptococcal disease in a pediatric practice. *Pediatrics.* 2000;106(2):276-81.
10. Fontoura ARH. *Enterobius vermicularis*: uma importante causa de vulvovaginites na infância. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2003;27(2):277-86.

Achados colposcópicos sugestivos de invasão

Suggestive invasion colposcopic findings

Cíntia Irene Parellada¹
Elsa Aida Gay de Pereyra¹

Resumo

A colposcopia não fornece o diagnóstico definitivo de câncer, porém sugere forte suspeita, que deverá ser confirmada pela histologia. As características colposcópicas associadas ao câncer invasor vão depender do grau de invasão e tipo histológico. É necessário diferenciar os achados colposcópicos associados ao carcinoma escamoso francamente invasivo, daqueles do estágio IA e do câncer oculto. Enquanto o primeiro é facilmente diagnosticado a olho nu, os achados colposcópicos do estágio IA se confundem facilmente com a neoplasia intraepitelial (NIC) de alto grau (principalmente NIC 3 e *in situ*).

Palavras-chave: Colposcopia. Neoplasias do colo do útero. Diagnóstico.

Abstract

The colposcopy does not provide final cancer diagnosis, although it suggests strong suspicion, which needs to be confirmed by histology. The colposcopic features associated with invasive cancer depend on invasion grade and histological type. It is necessary to differentiate the colposcopic findings related to frank squamous carcinoma from IA stage and occult cancer. The diagnosis of the former one is easily made by naked eyes; however, the colposcopic findings of IA stage are very similar to high grade cervical intraepithelial neoplasia (mainly grade 3 and in situ).

Keywords: Colposcopy. Uterine cervical neoplasms. Diagnosis.

Introdução

Hinselmann, em 1924, insatisfeito com os métodos existentes para o diagnóstico precoce do câncer do colo uterino imaginou ser possível a descoberta de lesões iniciais através do exame minucioso da cérvix com lente de aumento e boa iluminação. Assim nasceu a colposcopia, que hoje é instrumento essencial no arsenal diagnóstico do câncer cervical e seus precursores. A colposcopia não fornece o diagnóstico definitivo de câncer, porém sugere forte suspeita que deverá ser confirmada pela histologia. A biópsia dirigida pelo colposcópico deve ser realizada no local de maior alteração epitelial e vascular. É essencial que a biópsia seja profunda o suficiente a fim de permitir a pesquisa de invasão do estroma.

¹Doutoras em Ginecologia pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil.

Na tentativa de tornar mais reprodutível todos os aspectos observados do revestimento epitelial da cérvix saudável ou alterada à colposcopia, a Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia (IFCPC) aprovou terminologia colposcópica básica no 11º Congresso Mundial em Barcelona realizado em junho de 2002, e recomenda que este formato atualizado seja usado imediatamente para diagnóstico clínico, tratamento e pesquisa. Segundo esta, os achados colposcópicos anormais pertencem ao Grupo II e a suspeita de invasão pertence ao Grupo III¹.

As características colposcópicas associadas ao câncer invasor vão depender do grau de invasão e tipo histológico.

Grau de invasão

De acordo com a última classificação de estadiamento para câncer cervical, proposta pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)² o estágio IA compreende os casos em que a invasão somente pode ser diagnosticada pela microscopia. Todas as lesões visíveis, mesmo com invasão superficial, são estágio B. O estágio IA é, ainda, subdividido em IA1 e IA2. No estágio IA1, a invasão do estroma não ultrapassa os 3 mm de profundidade e 7 mm de largura. O carcinoma microinvasor enquadra-se no estágio IA1 se houver somente um ponto de invasão em toda extensão do mesmo, caso contrário o estágio passa a ser IB. No IA2 a invasão atinge mais que 3 mm, mas não ultrapassa 5 mm de profundidade, e possui até 7 mm de extensão.

Já a expressão 'câncer oculto' é utilizada quando a lesão é maior que as anteriormente descritas (estádio IB1), porém não é clinicamente aparente. O carcinoma oculto faz parte do estágio IB, e o item IB1 engloba todas as lesões pré-clínicas maiores que as do IA, até 4 cm de extensão. O câncer oculto representa um desafio para o ginecologista². Habitualmente, localiza-se no canal endocervical e deve ser sempre suspeitado na presença de discordância entre citologia, histologia e colposcopia bem como na presença de sintomas clínicos.

Tipo histológico

Dois tipos de câncer cervical podem ser definidos: o carcinoma epidermoide ou escamoso, que é o mais frequente, e o adenocarcinoma, que apesar de ser significativamente menos comum (10 a 20% do total de cânceres cervicais), mostra tendência de aumento de sua incidência. A colposcopia tem sido instrumento de grande utilidade na detecção das lesões escamosas do trato genital inferior. Infelizmente, sua eficácia na avaliação das anormalidades glandulares é limitada³.

Achados colposcópicos sugestivos de invasão

Devem-se diferenciar os achados colposcópicos associados ao carcinoma escamoso francamente invasivo, daqueles do estágio IA e do câncer oculto.

Enquanto o primeiro é facilmente diagnosticado a olho nu, os achados colposcópicos do estágio IA se confundem facilmente com a neoplasia intraepitelial (NIC) de alto grau (principalmente NIC 3 e *in situ*) e o câncer oculto, como o próprio nome sugere, não é clinicamente aparente. A colposcopia não é bom fator preditivo da gravidade da lesão cervical e tende a subestimar o carcinoma microinvasivo, pois as imagens, além de não serem características, são difíceis de interpretar e as lesões microinvasoras frequentemente são endocervicais. Os sinais colposcópicos são ainda mais inconsistentes quando o foco de invasão é pequeno e superficial. A taxa de microinvasão descrita na literatura, em mulheres submetidas à conização por biópsia compatível com NIC 3, varia de 0,8 a 26%^{4,5}. A colposcopia mostra melhor desempenho em identificar doença pré-maligna ou francamente invasora, do que lesões microinvasoras². Diante dos seguintes achados, é necessário excluir foco de invasão:

- *lesões extensas, ocupando três dos quatro quadrantes da ectocérvice – 83% das NIC III não têm comprimento linear maior que 10 mm. Lesões maiores que 10 mm e com envolvimento de canal endocervical têm maior risco de transformação neoplásica. A extensão endocervical da lesão, via de regra, contém o diagnóstico histológico de maior gravidade. A probabilidade de invasão aumenta de acordo com a extensão da NIC 3 na superfície epitelial e para dentro das criptas endocervicais. O tamanho da NIC 3 contendo foco de microinvasão é sete vezes maior do que na NIC 3 isolada e 100 vezes maior que na NIC 1⁶.*
- *imagem colposcópica complexa: presença de tipos diferentes de imagens no mesmo colo. É a associação de epitélio acetobranco denso com bordos elevados e proeminentes ao pontilhado irregular, mosaico irregular, orifícios glandulares espessados e desprendimento epitelial⁶.*
- *lesões endocervicais adentrando canal endocervical: com o avanço da idade a maior parte da zona de transformação pode estar localizada dentro do canal e, portanto patologias associadas mais frequentemente se estendem para o mesmo. Lesões de alto grau, estendendo-se mais que 5 mm dentro do canal em qualquer idade, possuem risco mais significativo de serem lesões invasoras, mesmo com um componente ectocervical claramente identificado. Na microinvasão ou carcinoma oculto, a gravidade das imagens atípicas da zona de transformação anormal é maior em direção centrípeta e penetram no canal⁷.*
- *anormalidades vasculares: antes da aplicação de ácido acético, a lesão aparece como área vermelha congesta. Todo colo que sangra facilmente ao toque, na relação sexual ou sem motivo aparente, deve ser investigado, cuidadosamente, em relação à vascularização atípica. A presença de vasos atípicos é alteração maior e altamente significativa de lesão de alto grau ou invasiva, sendo que os vasos focal ou difusamente perdem o padrão arboriforme normal e se apresentam como vasos irregulares com distância intercapilar grande e irregular, e que podem sofrer interrupções abruptas e/ou mudar bruscamente de calibre e de direção. Podem ter aparência de vírgulas, vasos espiralados,*

*grampos ou outras formas bizarras*⁵. A angioarquitetura pode ser estudada em detalhes com a utilização do filtro verde.

Convém lembrar que a mucosa normal, que reveste o colo, não deixa reconhecer vasos ao exame colposcópico. A zona de transformação normal mostra variedade de vasos, tais como alças capilares de calibre fino ou rede de capilares uniforme, principalmente, vasos terminais arborizados em forma de feixe. Todos estes vasos correm ao mesmo nível e podem ser se-

guidos em todo seu percurso. Deve-se tomar cuidado com a interpretação de vasos em zonas exulceradas, as quais muitas vezes, apresentam formas irregulares. São também curtos, porém de calibre uniforme e não apresentam a disposição bizarra ou caótica dos vasos atípicos e do tecido canceroso. Na pós-irradiação, a vascularização pode ser bastante irregular e, por vezes bizarra, podendo dificultar a diferenciação diagnóstica com a doença maligna (Figura 1)^{6,7}.



Figura 1. Angiarquitetura atípica encontrada no carcinoma escamoso (a,b,c,d,e,g,h ,i) e adenocarcinoma (a,b,c,d,f,g,h,i).

Câncer francamente invasor

Classicamente, a presença de vasos atípicos e áreas de necrose são aspectos bem sugestivos de câncer francamente invasor. O câncer invasor produz elevações nodulares e papilares e excrescências difusas que são irregulares tanto na forma como no tamanho (Figura 2).

A presença de epitélio amarelado e de aspecto degenerado no colo é um alerta para a possibilidade de carcinoma franco do colo, sendo que a coloração amarelada acompanha a necrose tecidual. Sangramento ao contato, fragilidade tecidual e odor característico são outros indicadores de possível carcinoma. Os vasos atípicos estão relacionados à patologia de maior gravidade. São representados por grupo de capilares intraepiteliais com ramificação muito bizarra e descritos como em forma de *spaghetti*, saca-rolha e vírgula. Comumente, estes vasos apresentam variação brusca do calibre e direção. Esta configuração anormal é o resultado da compressão contínua do estroma papilar pelo epitélio anormal. À medida que os capilares sofrem compressão, a única via de expansão é ao longo da superfície epitelial. Enquanto aspectos menos bizarros podem ser vistos na neoplasia intraepitelial, vasos atípicos grosseiros são característicos do carcinoma invasor. Dilatação grosseira da superfície de um vaso pode ocorrer perto da superfície de um carcinoma invasor, mas também pode ocorrer no epitélio metaplásico normal. A vascularização de um condiloma exofítico pode imitar carcinoma, embora os vasos sejam usualmente mais regulares na forma, distância e ramificação^{8,9}.

O carcinoma invasor pode se apresentar macroscopicamente nas seguintes formas⁸:

- *exofítica*: tumoração com aspecto de "couve-flor", macia, friável e com sangramento espontâneo ao contato. Corresponde à apresentação mais comum, cerca de 75% dos casos;
- *endofítica ou ulcerativa*: úlcera escavada com necrose central e de margens irregulares, duras, infiltradas. Esta corresponde a 25% dos casos.

Adenocarcinoma do colo

Até o momento, não existe aspecto colposcópico que permita reconhecer com exatidão o adenocarcinoma, porém alguns aspectos particulares podem ser observados: papilas numerosas, irregulares e desiguais, acompanhadas por vasos volumosos e superficiais e orifícios glandulares largos cheios de muco em meio ao epitélio pavimentoso normal^{8,9,10}.

O adenocarcinoma *in situ* (AIS) geralmente é difuso, contíguo com a zona de transformação, raramente multifocal, envolvendo as glândulas acima de 4 mm de profundidade, e estendendo-se dentro do canal mais de 3 mm. O achado colposcópico mais comum do AIS é "imitando" zona de transformação; após aplicação de ácido acético, é observada fusão dos vilos com aumento da acetorreatividade dos mesmos. Ao passo que as lesões de NIC estão quase sempre unidas à junção escamocolunar, as lesões glandulares precursoras podem se

apresentar como ilhotas densamente brancas perdidas no epitélio colunar. Os vilos glandulares extremamente acetobranco, contrastando com os vilos circundantes podem ser sugestivos de lesões glandulares⁸.

Lesão moteada irregular vermelha e branca, com pequenas excrescências papilares e brotos epiteliais e grandes aberturas das criptas no epitélio colunar também podem estar associadas com adenocarcinoma. Algumas vezes, é possível observar cistos de Naboth volumosos circundados por áreas de congestão vascular e vasos atípicos (Figura 3). No AIS e adenocarcinoma, variedade de vasos sanguíneos anormais pode existir. As variedades mais comuns são: em fiapos, ramificação irregular; em vírgula, podendo existir associação com vasos radiculares

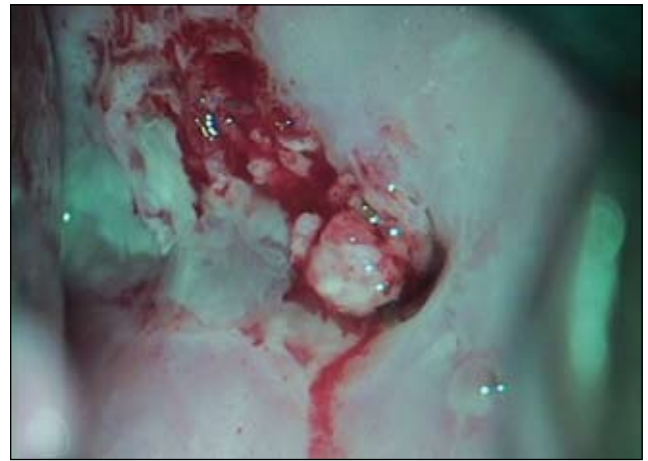


Figura 2. Achado colposcópico de suspeita de invasão. Zona de transformação anormal extensa ocupando toda a cérvix, observa-se excrescências papilares com forte reação acetobranca, facilmente sangrantes ao toque e com desprendimento epitelial. O anatomopatológico da biópsia confirmou adenocarcinoma mucinoso.

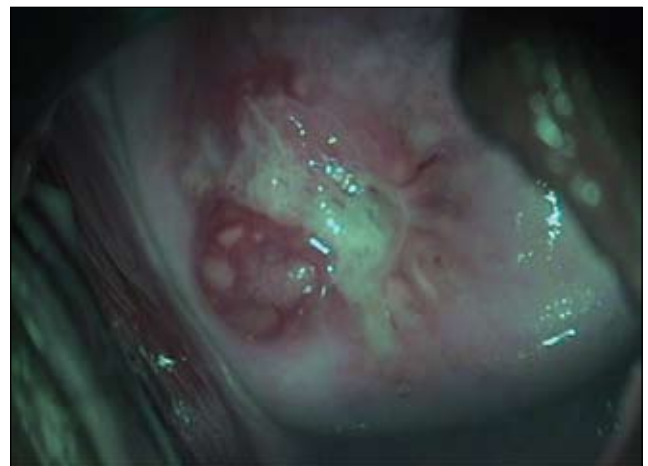


Figura 3. Zona de transformação anormal com epitélio acetobranco em lábio anterior; área de congestão vascular ao redor de cisto de Naboth volumoso em lábio posterior. O anatomopatológico da biópsia confirmou adenocarcinoma mucinoso.

irregulares ou em fiapos com ramificação bizarra. Apesar de vasos sanguíneos atípicos poderem ser vistos no AIS e adenocarcinoma, eles são vistos mais comumente no último. Pontilhado, mosaico e vasos em saca-rolhas, apesar de comuns na doença escamosa não são vistos na doença glandular. Vasos com ramificação irregular e em fiapo podem ser vistos tanto na doença escamosa como na glandular. Formações radiculares relacionam-se com a doença glandular. Adenocarcinomas em estádios mais avançados consistem de massas papilares largas e de cor branca acentuada e que podem se projetar em várias direções^{9,10}.

Situações que simulam malignidade

Imagens colposcópicas que podem mimetizar malignidade estão relacionadas a modificações na superfície epitelial e vascularização, entre as quais destacam-se o condiloma, as alterações pós-radioterapia, os pólipos cervicais ou endometriais degenerados, o tecido decidual e os miomas paridos que prolapsam através do canal endocervical.

Conclusões

As características colposcópicas associadas ao câncer invasor vão depender do grau de invasão e tipo histológico. Dois tipos de câncer cervical podem ser definidos: o carcinoma epidermoide ou escamoso e o adenocarcinoma. A colposcopia tem sido instrumento de grande utilidade na detecção das lesões escamosas do trato genital inferior. Infelizmente, sua eficácia na avaliação das anormalidades glandulares é limitada. Enquanto o carcinoma escamoso francamente invasivo é facilmente diagnosticado a olho nu, os achados colposcópicos do estágio IA se confundem facilmente com a neoplasia intraepitelial (NIC) de alto grau (principalmente NIC 3 e *in situ*) e o câncer oculto, como o próprio nome sugere, não é clinicamente aparente.

Endereço para correspondência

Cíntia Irene Parellada

Rua Dr. Pinto Ferraz, 115, apto. 24 – Vila Mariana

CEP 04117-040 – São Paulo (SP)

E-mail: parellada@uol.com.br

Referências bibliográficas

1. Walker P, Dexeus S, De Palo G, Barrasso R, Campion M, Girardi F, *et al.* International terminology of colposcopy: an updated report from the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol.* 2003;101(1):175-7.
2. Pecorelli S, Benedet JL, Creasman WT, Shepherd JH. FIGO staging of gynecologic cancer. 1994-1997 FIGO Committee on Gynecologic Oncology. International Federation of Gynecology and Obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet.* 1999;65(3):243-9.
3. Singer A, Monaghan JM. Diagnosis of cervical precancer- the use of colposcopy. In: *Lower genital precancer.* 2th ed. Oxford: Blackwell Science; 2000.
4. Figueiredo PG, Gontijo RC, Derchain SFM. Carcinoma microinvasor no cone pós biópsia dirigida compatível com NIC 3. *RBGO.* 2002;24(1):37-43.
5. Carvalho JP. Estudo de fatores relacionados ao estado das margens cirúrgicas no tratamento das neoplasias intra-epiteliais cervicais escamosas de alto grau [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
6. Pereyra, EAG, Parellada, CI. Colposcopia – achados sugestivos de invasão. In: *Câncer do colo do útero.* 1 ed. São Paulo: Tecmedd; 2008.
7. Pereyra EAG, Parellada CI. Achados colposcópicos de invasão. In: *Tratado de Ginecologia.* 1 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
8. Parellada CI, Pereyra EAG. Adenocarcinoma cervical. In: *Conhecendo o HPV: Patologia do trato genital inferior, colposcopia e CAF.* 1st ed. São Paulo: Frôntis Editorial; 2000. p. 85-98.
9. Lickrish GM, Colgan TJ, Wright VC. Colposcopy of adenocarcinoma in situ and invasive adenocarcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1993;20(1):111-22.
10. Wright VC. Colposcopy of adenocarcinoma in situ and adenocarcinoma of the uterine cervix: differentiation from other cervical lesions. *J Low Genit Tract Dis.* 1999;3(2):83-97.

Síndrome de Behçet: relato de caso

Behçet syndrom: case report

Paulo César Giraldo¹
Ana Katherine da Silveira Gonçalves²
Maria José Penna Maissonette de Attayde Silva³
Gilzandra Lira Dantas⁴
Francis de Assis Gomes⁵
Rose Luce Gomes do Amaral⁶
Iara Moreno Linhares⁷

Resumo

A síndrome de Behçet é patologia inflamatória, crônica e multissistêmica. Sua etiopatogenia ainda não é completamente conhecida, mas fatores genéticos, imunológicos e ambientais estão envolvidos no processo de vasculite que caracteriza a doença. Os autores relatam um caso atípico de ulcerações orais e vaginais recidivantes que, em associação à uveíte, são as manifestações mais frequentes da síndrome de Behçet. O tratamento é sintomático, utilizando corticosteróides, colchicina ou azatioprina e depende da gravidade das lesões.

Palavras-chave: úlcera, úlcera oral, uveíte, vasculite.

Abstract

The Behçet syndrome is a chronic, multisystemic and inflammatory disease. The pathogenic is not clear, but environmental, genetic and immunological factors are present in the vasculitis of the disease. The authors report an atypical case of recurrent vaginal and oral ulcerations which, in association with uveitis, are the most frequent manifestations of Behçet's syndrome. The treatment is symptomatic, using corticoids, colchicine or azathioprine and depends on the severity of injuries.

Keywords: ulcer, oral ulcer, uveitis, vasculitis.

Introdução

A síndrome de Behçet se caracteriza por um processo inflamatório crônico, recidivante e multissistêmico que pode provocar lesões mucocutâneas, oculares, vasculares, articulares, gastrintestinais, neurológicas, pulmonares e cardíacas¹⁻⁵.

O processo etiopatogênico é multifatorial e ainda não está completamente elucidado. Fatores ambientais, genéticos e imunológicos estão envolvidos. O papel do gen HLAB*51 justifica a suscetibilidade em aproximadamente 20% dos casos e, atualmente, a hipótese mais difundida relaciona a síndrome de Behçet a um processo de vasculite autoimune iniciada por agentes virais como herpes vírus ou *Streptococcus* em indivíduos geneticamente predispostos¹⁻⁵.

O diagnóstico da síndrome de Behçet é predominantemente clínico, não havendo testes laboratoriais patognomônicos. O Grupo Internacional da Doença de

¹Livre-docente do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas (SP), Brasil.

²Doutora; professora adjunta do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal (RN), Brasil.

³Mestre; professora-assistente do Departamento de Tocoginecologia da UFRN, Natal (RN), Brasil.

⁴Aluna do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da UFRN, Natal (RN), Brasil.

⁵Médico do Ambulatório de Infecções Genitais do Departamento de Tocoginecologia da Unicamp, Campinas (SP), Brasil.

⁶Doutoranda de Tocoginecologia da Unicamp, Campinas (SP), Brasil.

⁷Professora do Departamento de Tocoginecologia da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil.

Behçet definiu critérios diagnósticos como ulceração oral recorrente (aftas menores ou maiores ou ulceração herpética, observadas pelo médico ou relatada pelo paciente pelo menos três vezes ao ano) e mais dois critérios menores: úlcera genital (pelo menos dois episódios), lesões oculares (uveíte anterior ou posterior ou vaculite retiniana), lesões cutâneas (eritema nodoso, pseudofoliculite ou lesões papulopustulares ou nódulos acneiformes em pacientes pós-adolescência sem uso de corticoide), teste de patergia positivo em 24 a 48 horas^{1,5}.

Várias drogas vêm sendo utilizadas no tratamento da síndrome de Behçet, dentre as quais se destaca a colchicina, pois exerce efeito na inibição da função neutrofílica e tem bons resultados na remissão das úlceras genitais^{1,5}.

Relato do caso

M.M.C., 14 anos, sexo feminino, natural de Indaiatuba (SP). Iniciou sintomatologia há dois anos com apareci-



Figura 1. Presença de ulceração na parte inferior da mucosa oral.



Figura 2. Presença de úlceras genitais rasas de fundo limpo e bem definido localizada nos pequenos lábios.

mento de lesões ulceradas e dolorosas localizadas em região de pequenos lábios. Refere que foi internada nesse período e fez uso de medicação intravenosa cujo nome não sabia informar. Evoluiu com melhora completa do quadro e, há um ano, teve quadro semelhante que cedeu com uso de agentes tópicos. A paciente relata que o episódio atual teve início há cinco meses com aparecimento de lesões dolorosas e ulceradas em região genital, que não melhoraram com uso de medicamentos tópicos. Refere que desde a infância vem apresentando repetidos episódios de ulcerações orais e há quatro anos tem tido diminuição progressiva da acuidade auditiva. Teve menarca aos 12 anos, com ciclos menstruais regulares e ainda não iniciou vida sexual. Nega doença na família. Ao exame clínico, observa-se desenvolvimento pândero-estatural compatível com sexo e idade, pele íntegra e hidratada, ausência de adenomegalias em região cervical, axilar e inguinal. Tórax e abdome dentro da normalidade. Presença de pequena ulceração na mucosa oral localizada na parte interna do lábio inferior (Figura 1). Na região genital externa, encontram-se úlceras difusas localizadas em pequenos lábios, rasas, dolorosas ao toque, com fundo limpo e superfície bem definida (Figura 2). Ao final do exame, em função do caráter crônico intermitente, realizou-se biópsia em elipse, com cuidado de abranger tanto pele saudável quanto ulcerada. O diagnóstico histológico revelou processo inflamatório crônico com desordem vascular e infiltração linfocitária perivascular associada à trombose e dano epitelial. O teste de patergia foi positivo. Confirmando-se o diagnóstico de vasculite autoimune inespecífica ou doença de Behçet atípica, iniciou-se tratamento com colchicina (1,5 mg por dia) associado à prednisolona em dose inicial de 30 mg por dia durante 28 dias, obtendo-se remissão completa do quadro. A paciente realiza acompanhamento semestral regular sem agudização do quadro há quatro anos.

Discussão

A síndrome de Behçet é doença que raramente se desenvolve antes da puberdade ou depois dos 50 anos, não apresentando grande diferença entre os sexos. No sexo masculino é mais frequente a apresentação com lesões papulopustulares, uveíte e tromboflebite¹.

A chave para o diagnóstico é a presença de lesões ulceradas orais em mucosa não queratinizada com recorrência de pelo menos três episódios ao ano¹. Fato que, na grande maioria das vezes, pode passar despercebido na história ginecológica.

As lesões orais estão presentes no início da manifestação clínica em 85% dos casos e o completo diagnóstico ocorre geralmente após o segundo ano da doença, quando a recorrência das lesões e outras manifestações da doença se fazem presente¹⁻³.

O atraso no diagnóstico e tratamento pode interferir no curso da doença, aumentando a possibilidade de

aparecimento de lesões em outros órgãos e, consequentemente, a ocorrência de morbimortalidade⁵.

Os achados histopatológicos não são específicos, mas confirmam os diagnósticos diferenciais de úlceras genitais crônicas e, ainda, reforçam a teoria da ocorrência de vasculite autoimune, observando-se inicialmente uma reação induzida por imunocomplexos de neutrófilos sobre o endotélio vascular^{1,5}.

No que tange ao tratamento das úlceras genitais, podem ser instituídos agentes tópicos (antissépticos, corticoides e anestésicos) por um período de sete dias ou tratamento sistêmico com corticoterapia em monoterapia ou associado à colchicina (1 a 2 mg/dia), dapsona (100 a 150 mg/dia), α -interferon (3 a 12.000 U três vezes por semana) ou azatioprina (100 mg/dia) por no mínimo quatro semanas, dependendo da gravidade do caso⁵.

Comentários finais

O caso ilustra a importância do significado clínico das lesões ulceradas em mucosa oral e vaginal no diagnóstico das vasculites autoimunes e da síndrome de Behçet. Apesar de a etiopatogenia ainda não estar completamente esclarecida, existe grande potencial terapêutico capaz de alcançar a remissão das lesões e mudar o curso natural da doença. Para isso, é importante que o profissional da área reconheça os achados clínicos e pense nessa possibilidade diagnóstica.

Endereço para correspondência

Ana Katherine da Silveira Gonçalves
Rua Major Laurentino de Morais, 1.218, apto 1.301 – Barro Vermelho
CEP 59020-390 – Natal (RN), Brasil
Tel.: (84) 3222-4131
Fax: (84) 3202-1711
E-mail: anakatherine@ufrnet.br

Referências bibliográficas

1. Alpsoy E, Zoubovius CC, Ehrlich GE. Mucocutaneous lesions of Behçet's disease. *Yonsei Med J.* 2007;48(4):573-85.
2. Li K, Zhao M, Hou S, *et al.* Association between polymorphisms of *FCRL3*, a non-HLA gene, and Behçet's disease in a Chinese population with ophthalmic manifestations. *Mol Vis.* 2008;14:2136-42.
3. Yi SW, Kim JH, Lim KY, *et al.* The Behçet's disease quality of life: reliability and validity of the Korean version. *Yonsei Med J.* 2008;49(5):698-704.
4. Poon W, Verity DH, Larkin GL, *et al.* Behçet's disease in patients of west African and Afro-Caribbean origin. *Br J Ophthalmol.* 2003;87(7):876-8.
5. Hirohata S, Kikuchi H. Behçet's disease. *Arthritis Res Ther.* 2003;5(3):139-46.

Premiação Científica

51 anos da Associação Brasileira de Genitoscopia

É com grande orgulho que podemos dizer: fomos os primeiros... Aqui, no Brasil, foi fundada a primeira Sociedade de Colposcopia, em 1958, e realizado o primeiro Congresso Mundial de Colposcopia, em 1964.

O Brasil foi pioneiro na prática, no ensino e no emprego da colposcopia, por meio do serviço do Prof^o. João Paulo Rieper, discípulo de Hinselmann, que publicou, em 1942, sua tese sobre o "Valor prático da Colposcopia". Desde então, o interesse brasileiro em relação a essa área de atuação tem sido surpreendente pelo grande volume e valor das contribuições publicadas, com mais de 200 dissertações de mestrado e teses de doutorado defendidas tratando desse tema. Com esse mesmo espírito inovador, guerreiro e visionário, queremos continuar crescendo e estimulando o estudo da Patologia do Trato Genital e da Colposcopia.

Em 2008, lançamos a premiação científica em comemoração aos 50 anos da Associação Brasileira de Genitoscopia (ABG) no Brasil. Trabalhos de extrema importância e qualidade científica foram premiados e muitos outros receberam menção honrosa. Notamos a importância de continuar o estímulo à pesquisa científica na área da patologia do trato genital inferior e da colposcopia em nosso país e decidimos manter esta premiação em 2009, a qual deverá ocorrer durante o XIII Simpósio de Genitoscopia, em São Luís do Maranhão.

Em comemoração aos 51 anos da ABG, gostaríamos de homenagear os grandes homens e mulheres do passado, do presente e do futuro da Colposcopia. E, nesse contexto, premiaremos os três melhores trabalhos originais enviados para publicação na Revista Brasileira de Genitoscopia até 15/6/09. As normas de publicação da Revista Brasileira de Genitoscopia podem ser vistas em nossa home page www.colposcopia.org.br, ou na própria revista.

1º) PRÊMIO PROF^o. HANS HINSELMANN

Em 1925, Hans Hinselmann desenvolveu o primeiro coloscópio. Este gênio está ligado à Medicina brasileira por vínculos particularmente fortes, tanto científicos como de amizade. Quando, em 1949, foi convidado pelo professor Arnaldo de Moraes a visitar a Clínica Ginecológica sob sua direção, estava a colposcopia numa fase crítica e ameaçada de desaparecer. A tempestade da Segunda Guerra Mundial varreu esse ramo da ciência ginecológica quase que totalmente do mundo, resistindo apenas como núcleos mais importantes a Suíça e o Brasil. Nessa hora tenebrosa da colposcopia, veio o convite do Brasil, o qual, segundo as palavras de Hinselmann, foi uma verdadeira libertação, como se um avião tivesse furado as nuvens "para alcançar o azul aberto do céu"! Estabeleceu-se, então, essa amizade entre Hinselmann e um grupo de ginecologistas brasileiros.

R\$ 2.500,00

2º) PRÊMIO PROF^o. JOÃO PAULO RIEPER

João Paulo Rieper publicou sua tese sobre o "Valor prático da Colposcopia", em 1942, no Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Junto com outros eminentes colegas, fundou a Sociedade Brasileira de Colposcopia, em 1958, e criou o Ambulatório Preventivo no Instituto de Ginecologia da UFRJ, o primeiro no mundo a utilizar a citologia e a colposcopia no rastreamento das lesões precursoras. A vitalidade da colposcopia brasileira foi assinalada por Rieper. Ele investigou não apenas o problema do câncer, mas também outros pontos da fisiologia e da patologia da cérvix. Um deles é a questão das cervicites crônicas, outro é a localização da JEC; ele concluiu que é na altura dessa junção, ou em sua proximidade imediata, que se origina o câncer do colo, em 85% dos casos.

R\$ 1.500,00

3º) PRÊMIO PROF^o HILDEGARD STOLTZ

Magdalena Hildegard Stoltz, nascida em 25 de abril de 1912, foi uma carioca de Santa Tereza, onde viveu na rua Aprazível, nº5, formou-se em Medicina na Universidade Federal Fluminense (UFF). Mulher pioneira nas atividades que exerceu, destacou-se como fundadora e Presidente da Sociedade de Mulheres Médicas. Seu combate ao câncer do colo uterino teve início no Serviço de Radioterapia do Instituto de Ginecologia da UFRJ, em 1958, onde introduziu, junto com o Dr. João Paulo Rieper, um cadastro de todos os pacientes tratados pelo Instituto de Ginecologia da UFRJ. Durante 50 anos, foi diretora técnica do Hospital Amparo Feminino, fundado por sua mãe e pioneiro na assistência pré-natal e ao parto de gestantes carentes.

R\$ 1.000,00

Cursos de atualização profissional em Genitoscopia à distância

Os cursos de Educação Continuada à Distância em Genitoscopia são mais uma iniciativa da ABG em parceria com Conexão Médica e vale créditos para a Revalidação do Título de Especialista da AMB/CFM. Cada módulo tem duração aproximada de duas horas e pode ser acessado no horário mais conveniente para o sócio.

Sócios da ABG quites com a anuidade terão acesso livre ao curso pela internet. O valor da anuidade da ABG para o exercício de 2009 é de R\$ 160,00, podendo ser paga por meio de seu capítulo ou solicitada à nossa secretaria. Quem não for associado, poderá também acessar o conteúdo pagando taxa de R\$ 50,00 por módulo ou R\$ 400,00 por todos os módulos, por meio da Conexão Médica, no telefone (11) 4003-5007, para capitais e regiões metropolitanas, e no telefone 0800-8881212, para outras localidades, ou ainda no site www.conexao medica.com.br.

1. Envie a ficha cadastral (disponível na última página da revista ou em nossa home page) junto com o comprovante de quitação da anuidade de 2009 aos cuidados de Helaine, no Telefax (21) 22562295, ou as folhas digitalizadas para o e-mail: secretariaabg@uol.com.br
2. A secretaria da ABG enviará para seu e-mail a senha e todos os detalhes necessários para acessar o conteúdo das aulas no site da Conexão Médica.

I Curso de educação continuada à distância

1º Módulo

Epidemiologia

1. O que é o HPV: epidemiologia
2. Rastreamento no Brasil do câncer do colo uterino
3. Testes DNA-HPV têm indicação na moderna estratégia para prevenção e screening?

6º Módulo

Colposcopia

1. Técnica e indicações. Pode ou deve ser indicada concomitante ao Pap em screening no grupo populacional de grande risco?
2. Dúvidas, dilemas e causas de erro em colposcopia
3. Diagnóstico diferencial entre metaplasia, lesão de baixo e de alto grau

2º Módulo

Imunidade

1. Sistema imunológico e HPV
2. Imunomodulação tópica é boa arma terapêutica?
3. Perspectivas com uso de vacinas Dra Elsa Pereyra

7º Módulo

Patologia vulvar

1. Diagnóstico das lesões vulvares intraepiteliais e invasoras
2. Outras dermatoses na visão do dermatologista
3. Sintomas vulvares inespecíficos: dor, prurido, úlceras, rágade

3º Módulo

HPV/HIV e carcinoma de colo uterino

1. Binômio HPV/HIV
2. Carcinoma de colo uterino

8º Módulo

Patologia endocervical

1. Como examinar o canal endocervical com o colposcópico e caracterizar as lesões intraepiteliais e invasoras?
2. Diagnóstico cito-histológico. Vantagens e desvantagens da escovagem e da curetagem endocervical.
3. Conduta terapêutica em pacientes com AGC, adenocarcinoma *in situ* do colo uterino

4º Módulo

Diagnóstico cito-histopatológico e biomolecular

1. Citopatologia convencional ou em meio líquido
2. Histopatologia, quando não é padrão-ouro?
3. Captura híbrida

9º Módulo

Conduta terapêutica nas pacientes com ASC-US e com lesões de baixo e alto grau

1. Quando indicar vaporização com laser ou outra metodologia destrutiva
2. CAF ou cone clássico, indicações, contraindicações, vantagens e desvantagens. E na gestante?
3. Importância das margens cirúrgicas

5º Módulo

Vacinas

1. Tipos de vacina
2. Quem deve ser vacinado?
3. O HPV na era da vacina

10º Módulo

Patologia anal

1. Diagnóstico na visão do ginecologista
2. Diagnóstico na visão do proctologista
3. Prevenção e orientação no grupo de risco

II Curso de educação continuada à distância

– credenciado pelo CNA – início em 2009

1. Aspectos normais em citologia, colposcopia e contracepção
2. Prevenção na era das vacinas e aspectos dos diagnósticos citológico e colposcópico
3. Hormônios, adolescência, adenocarcinoma *in situ*
4. Diagnóstico de lesões de alto grau e HPV na infância e adolescência
5. Diagnóstico na suspeita de invasão estromal e indicações de CAF e cone clássico
6. Imunologia e vacinas quadrivalente e bivalente
7. Propedêutica laboratorial, marcadores tumorais e testes biomoleculares
8. Diagnósticos e conduta em lesões vulvares
9. Condiloma acuminado, neoplasias intraepiteliais vaginais e peniscopia
10. Epidemiologia e seguimento de lesões intraepiteliais genitais e anais, calendário de vacinação

Agenda de eventos

2009 – Congressos / Jornadas / Reciclagens

Abril

- 25 **Simpósio de Infecções e Imunizações**
Capítulo Bahia
Local: Salvador/BA (ABM/Ondina)
Fone/Fax: (71) 3235-9491
E-mail: sbpcuc@terra.com.br

Maio

- 14 a 16 **CERVICOLP 2009**
Capítulo São Paulo
Local: São Paulo/SP
Fone/Fax: (11) 3283-4121
E-mail: sbptgicsp@uol.com.br
Home page: www.colposcopiasp.org.br
- 28 a 30 **I Simpósio de Genitoscopia do DF**
Capítulo DF
Local: Brasília/DF
Informações: Secretaria da UGON
Fone: (61) 3325-4424

Junho

- 3 a 5 **III Simpósio de Patologia do Trato Genital Inferior e DST**
II Seminário de Transmissão Vertical
Reforço para a prova de título de qualificação em Genitoscopia
Capítulo do Rio Grande do Norte
Local: Hotel Praia Mar Natal/RN
Informações: Secretaria da ABG/RN ou Coordenação Estadual de DST (84)-32322551
Fone/FAX: (84) 3202 1711 (Kaynara) ou (84) 88637698 ou (84) 88319399 ou (Cristina)
E-mail: genitoscopia_rm@yahoo.com.br
- 5 a 6 **Curso de Vulva e Preparatório para a Prova de Título de Genitoscopia**
Capítulo do Paraná
Local: SOGIPA Curitiba/PR
Fone/Fax: (41) 3223-6300
Inscrições on line: www.colposcopia.org.br
- 5 a 6 **Curso Latino-americano de Citopatologia Cérvico-uterina e de Mama**
Sociedade Brasileira de Citopatologia
Local: Recife/PE
Fone/Fax: (81) 3222-0592 ou 3222-6613
E-mail: faugpinto@hotmail.com
- 6 **Reciclagem para Prova de Título de Qualificação em Genitoscopia**
Capítulo Bahia
Local: Salvador/BA (ABM/Ondina)
Fone/Fax: (71) 3235-9491
E-mail: sbpcuc@terra.com.br
- 19 a 20 **I Colpominas: Jornada de PTGI e Colposcopia**
Capítulo de Minas Gerais
Local: Belo Horizonte/MG
Fone: (31) 3227-8544
E-mail: eventos@rhodeseventos.com.br

Julho

- 2 a 5 **XII Simpósio Brasileiro de Genitoscopia – PTGI e Colposcopia - Prova de qualificação em Genitoscopia**
Capítulo Maranhão
Local: São Luís do Maranhão/MA
Informações: Secretaria da ABG
Capítulo Maranhão
Fone/Fax: (98) 3232-0286
E-mail: abg.capituloma@gmail.com
Home page: www.colposcopia.org.br

Agosto

- 27 a 29 **Trocando Ideias**
Capítulo do Rio de Janeiro
Local: Rio de Janeiro/RJ
E-mail: www.abgrj.org.br
- 27 a 29 **IV Congresso Baiano de Patologia Cervical Uterina e Colposcopia**
Capítulo Bahia
Local: Salvador/BA (Hotel Othon)
Fone/Fax: (71) 3235-9491
E-mail: sbpcuc@terra.com.br

Setembro

- 4 a 5 **I Curso Paraíba de Dermato-patologia Vulvar e Encontro para Atualização em Genitoscopia**
Capítulo da Paraíba
Local: João Pessoa/PB (Hotel Atlântico Praia de Tambaú)
Fone/Fax: (71) 3235-9491
E-mail: wk13miranda@hotmail.com

Outubro

- 21 a 23 **IV Curso de Cirurgia de Alta Frequência**
Capítulo do Rio Grande do Norte
Local: Natal/RN
E-mail: genitoscopia_rm@yahoo.com.br

Novembro

- 19 a 20 **IV "Up Date" em Genitoscopia/DST**
Capítulo do Rio Grande do Norte
Local: Natal/RN
E-mail: genitoscopia_rm@yahoo.com.br

2010 – Congressos / Jornadas / Reciclagens

Setembro

- 3 a 5 **XIV Congresso Brasileiro de Genitoscopia**
Local: Gramado/RS (Hotel Serrano)
Informações: secretariaabg@uol.com.br
Home page: www.colposcopia.org.br

2011 – Congressos / Jornadas / Reciclagens

- XIV World Congress of Cervical Pathology & Colposcopy**
Local: Rio de Janeiro/RJ



Ficha Cadastral

PROPOSTA () NOVO SÓCIO

() ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO

() INSCRIÇÃO NO I CURSO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

() SELO DE QUALIDADE EM GENITOSCOPIA

POR QUAL CAPÍTULO (ESTADO) DESEJA SE FILIAR ?

NOME

ENDEREÇO RES.

CIDADE

UF

CEP

ESPECIALIDADE

CRM

TÍTULO - QUALIFICAÇÃO - ANO

Número

TEGO - ANO

Número

ENDEREÇO COM.

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

FAX

TEL. COM.

TEL. RES.

TEL. CEL.

()

()

()

Onde deseja receber sua correspondência:

Endereço Comercial

Endereço Residencial

Enviar aos cuidados de Gleisa Munari no
TEL/FAX (11) 5571-3025
ou para o endereço:
Alameda Santos, 1343 - cj 612
São Paulo - SP - CEP 01419-001