

Jessé de Paula Neves Jorge

INDICAÇÃO DA BIÓPSIA ORIENTADA E DA CONIZAÇÃO NO DIAGNÓSTICO DAS
FORMAS INICIAIS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO — MODELO PARA
PROGRAMAS DE DETECÇÃO

Tese apresentada à Faculdade de
Ciências Médicas da Universida-
de Estadual de Campinas para
obtenção do Título de Doutor

Orientador:

Prof. Dr. José A. Pinotti

Reitor da Universidade

ZEFERINO VAZ

Coordenador Geral da Universidade

PAULO GOMES ROMEIO

Coordenador Geral das Faculdades

ROGÉRIO CEZAR DE CERQUEIRA LEITE

Diretor da Faculdade de Ciências Médicas

JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI

Diretor Associado

JOHN COOK LANE

Chefes de Departamentos e Professores Titulares

ARMANDO DE AGUIAR PUPO

AURELIANO BAPTISTA DA FONSECA

FERNANDO BEIGUELMAN

EDUARDO LANE

GOTTFRIED KÖBERLE

JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI

JOSÉ LOPES DE FARIA

JOSÉ MARTINS FILHO

LUIZ SÉRGIO LEONARDI

MANILDO FÁVERO

MANUEL PEREIRA

NUBOR ORLANDO FACURE

OSWALDO VITAL BRAZIL

RACHEL VILLELA FÁVERO

RAUL RENATO GUEDES DE NELLO

SILVIO DOS SANTOS CARVALHAL

VICENTE AMATO NETO

Professores Eméritos

ANTONIO AUGUSTO DE ALMEIDA

GABRIEL OLIVEIRA DA SILVA PORTO

Dedicamos este trabalho a

ENEIDA (presença-razão-estímulo)

Ricardo

Guilherme

Fernando

INDICE

	página
Introdução	1
Revisão de Bibliografia	6
Material e Métodos	24
Resultados	29
Discussão	36
Conclusões	45
Referências Bibliográficas	47

INTRODUÇÃO

|||||
"O câncer da cérvix é, talvez, o mais importante câncer ao qual está sujeita a humanidade."

"Se todos -- paciente, semiólogo e terapeuta -- atuassem de modo mais perfeito, o câncer do colo desapareceria como ameaça grave."

".....podemos esperar a erradicação das mortes por câncer uterino através das técnicas diagnósticas e terapêuticas que atualmente manejamos."

||||| GUSBERG & FRICK |||||

É fácil concordar com a opinião sobre a importância deste câncer, por variadas razões: ocorre principalmente na multipara de relativa juventude, quando sua função maternal é imprescindível e sua falta traz consequências desastrosas para a família; permanece estacionário por mais de um lustro, à espera de diagnóstico e de tratamento efetivo; é uma neoplasia frequente, de incidência maior nas camadas menos favorecidas das populações, ou nos países menos desenvolvidos, necessitando empenho de elevadas verbas para tratamento dos estádios avançados.

Os Programas de Diagnóstico do Câncer do Colo, em todas as regiões onde foram estabelecidos, fizeram mudar radicalmente os índices de mortalidade por neoplasias em mulheres. Não podemos, porém, simplesmente, transportar para nossas regiões os planos

utilizados em outros países (Damos por pacífica a necessidade de implantação de Programas de Controle de âmbito nacional.)

Os estudos epidemiológicos do câncer do colo mostram a população mais exposta ao risco situada nos menos favorecidos estratos sociais, uma população que necessita ser "agressivamente" assistida.

Esta população precisa ser tutorada em todas as fases de um Programa: educadoras sanitárias, assistentes sociais e profissionais para-médicos são necessários ao trabalho. Grande parte dos recursos é dispendida em se manter a população sob controle, em "forçar" a paciente a ficar dentro da plataforma de segurança.

Não podemos pretender, em nosso País, um Programa que não seja o mais econômico - consideramos econômico o plano que dá destinos corretos aos recursos, canalizando-os no sentido de melhor rendimento, e não aquele menos dispendioso. Para um rendimento próximo do ideal, num Programa cuja pretensão seja afastar o câncer de colo das estatísticas de mortalidade, precisamos suprimir (sem prejuízo da segurança) etapas não necessárias, ou etapas de "perda". No Programa de Campinas, em 1972, de 360 mulheres detectadas com citologias positivas, 270 iniciaram propedêutica, 198 completaram propedêutica, 171 iniciaram a terapêutica, 148 completaram a terapêutica, 117 permaneciam sob controle (PINOTTI-1975b). Estes dados mostram a necessidade de, se pudermos, entre outras medidas, simplificar o procedimento. E economizaremos em recursos se pudermos evitar etapas

não absolutamente necessárias.

Participando do Programa de Campinas em uma das estações da jornada, a Colposcopia, vimos frequentemente que a biópsia orientada não encerrava a fase propedêutica. Quando positiva, no mais das vezes, era mister completá-la com a conização.

Analisamos, então, a situação da colposcopia como orientadora da biópsia: sua importância como método semiótico era notória, porém, não suficiente. Confirmava a presença da neoplasia, mas só fornecia fundamentos para terapêutica nos casos de carcinoma invasor; nos estádios pré-invasores, remetia a paciente à conização, seguindo a conduta do nosso Departamento de Tocoginecologia.

Reanalisamos a situação do Setor de Colposcopia, a mesma da maioria dos demais serviços referidos na literatura: organizado para agir de maneira "seletiva", o setor atende às pacientes encaminhadas pelo Programa de Controle, àquelas com alterações clínicas do colo e às que tinham indicação de cirurgia ginecológica. As descobertas de imagens colposcopicamente suspeitas foram sempre seguidas de biópsias, exceto quando, por serem extensas as áreas de imagens matrizes ou estas se estenderem para o canal cervical, ou por alterações morfológicas da cérvix não permitirem boa exposição, eram diretamente encaminhadas à conização.

Quando a biópsia resultava positiva para displasia, carcinoma in situ ou carcinoma microinvasivo, a etapa seguinte,

obrigatória, era a conização. Quando positiva para carcinoma invasor, a paciente era encaminhada para tratamento.

Verificamos os resultados histológicos das biópsias: eram previsíveis como dizem os livros de Colposcopia, e com maior segurança de previsão se havia apoio na Citologia.

Pareceu-nos, daí, útil tentar caracterizar condições em que a biópsia pode ser dispensada, indicando-se imediatamente a conização.

Em nosso estudo, revendo laudos de Colposcopia, resultados citológicos, comparando-os com os diagnósticos histológicos (biópsia e conização), procuramos mostrar que a biópsia, sem prejuízo da segurança, pode ser dispensada, em grupos determinados de casos.

.....

As imperfeições deste trabalho são de nossa inteira responsabilidade. Os méritos que lhe sejam atribuídos, entretanto, devem ser partilhados com todos quantos nos ajudaram na sua elaboração, ou nos acompanharam até seu início. Alguns nos favoreceram durante os tempos de FMUSP, outros na atividade universitária, todos influenciaram na vida profissional. Suas solitudes foram acima dos pedidos e além da obrigação. Todos compõem o meu todo. Cada favor foi de importância única no momento. Por isso não conseguimos hierarquizar, e usamos a nomeação alfabética com exceções facilmente entendíveis.

E nem colocamos os títulos, pois a gratidão é devida às pessoas. Saibam, Joaquim e Jessy(queridos pais que, sendo a base, deram o impulso e a direção), Joassy, Joessy e Flávio(queridos irmãos), João e Irma, Aloísio José Bedone, Benedicto da Costa Lima, Bussâmará Neme, Eduardo Lane, Gustavo Antonio de Souza, Hans Wolfgang Halbe, Ivanilde Rosária Milito dos Santos, Joaquim Affonso de Paula Neves, José Aristodemo Pinotti, Kazue Kawamura, Lenir Mathias, Maria Lúcia Vieira Alves Tojal, Paulo Marsiglio, que lhes somos muito gratos e devedores.

REVISÃO DE BIBLIOGRAFIA

A importância do câncer do colo do útero é reconhecida explícita ou implicitamente em quaisquer trabalhos sobre a moléstia.

Sua epidemiologia está exposta nas obras didáticas de ginecologia -- BREWER & DE COSTA(1967), NOVAK et alii(1971), DEWHURST(1972), KÄSER et alii(1974). Em nosso meio, FONSECA(1969) afirmava ser inegável que o enfoque do problema de prevenção do câncer do colo uterino há que ser feito em termos de Saúde Pública e Medicina Preventiva como manda a Organização Mundial de Saúde, deixando sua opinião: "a prevenção do câncer, no sentido necessariamente amplo, inclui, obrigatoriamente: 1) Estabelecer quais são os fatores causais conhecidos ou presumíveis e a) identificá-los; b) suprimi-los ou neutralizá-los(prevenção). 2) Identificar as lesões precursoras(detecção). 3) Tratar as lesões precursoras(prevenção)."

(c)

Consideram também problema de Saúde Pública, declarando-o enfaticamente, ARRUDA(1973) e PINOTTI(1975).

MORAES(1948) dizia "o que devemos considerar como diagnóstico precoce não é o diagnóstico precoce do câncer clínico, mas o diagnóstico precoce do câncer histológico, logo, assintomático."

BARUFFI & MARTINEZ(1962) são categóricos:"ou diagnosticamos o câncer nos primeiros estádios ou não o curamos, pelo menos com os meios terapêuticos atuais."

WAY et alii(1968) são muito claros ao afirmar que "qualquer câncer que pode ser visto pelos olhos e sentido com o dedo é um câncer avançado."

FLUHMAN(1961), explana, em seu livro sobre Patologia da Cérvix, a evolução tumoral, do epitélio normal ao carcinoma invasor, passando por displasia, carcinoma in situ e carcinoma microinvasivo. Analisa com clareza o significado clínico das displasias, considerando-as como início do processo evolutivo do tumor.

As displasias(leve, moderada e grave) constituem motivo de discussão quanto à sua natureza, daí decorrendo opiniões diversas sobre a importância de sua procura e a conduta necessária após sua descoberta.

FERREIRA(1962), em seu livro sobre Colpocitologia, emite parecer importante, pois não pode deixar de raciocinar como mulher: " sob o ponto de vista científico, de pesquisa, o problema é um:

indagar se a lesão intraepitelial é ou não um câncer, se é uma lesão que se pode transformar em câncer. Do ponto de vista clínico, importantíssimo para a vida da paciente, a questão está em que, sabendo-se que em certo número de casos ela evolue para uma lesão invasiva, toda vez que esta lesão for encontrada terá que ser eliminada radicalmente para não lhe permitir a chance de invasão."

RICHART(1967), engloba todos os precursores do carcinoma invasivo como Neoplasia Intraepitelial Cervical(NIC) e diz que a divisão entre os termos displasia e carcinoma in situ se efetua principalmente como comodidade histórica, pois não há dados importantes de que sejam enfermidades diferentes, e sua diferença se baseia exclusivamente em requisitos morfológicos. A NIC começa com o epitélio escamoso da união escamo-cilíndrica, é unifocal e tem o aspecto do que se chama displasia benigna."Se se aceita a hipótese de que a neoplasia intraepitelial cervical é um fenômeno contínuo, que começa no período morfológicamente identificável em forma de displasia benigna e termina no momento em que seleciona uma célula, a qual atravessa a membrana basal, tem pouca importância se discutir se uma lesão dada é displasia ou carcinoma in situ."

Em 1968, KOSS, concordando com os anteriores, analisa também outros aspectos: é impossível, com os conhecimentos atuais, precisar com base morfológica o destino de qualquer lesão individual; as lesões displásicas tendem a recorrer e tais lesões recorrentes mostram tendência a produzir carcinoma in situ; as biópsias podem modificar a distribuição e afetar o comportamento ulterior

da displasia e do carcinoma in situ. Relata trabalho anterior, de 1963, no qual 40% das displasias leves e moderadas progrediram a carcinoma in situ, e até a carcinoma invasor, em três anos.

Têm a mesma opinião sobre displasia NELSON & HALL(1970), KAUFMAN & CONNER(1971), DENURST(1972), BURCHARDT(1974), FARIA(1975), SEDLIS(1975), este afirmando que estudo realmente prospectivo não pode ser feito, pois as biópsias repetidas podem interferir com o desenvolvimento normal do processo, além do que, considerações éticas e morais podem tornar tal estudo impraticável.

DUARTE(1975) tem opinião contrária, sendo suas palavras: "as chamadas displasias do epitélio do colo do útero são aspectos correspondentes a fases de regressão de lesões atípicas e do carcinoma in situ."

LIMBURG(1965) afirma que a Colposcopia, a Citologia e a Histologia formam uma unidade indissolúvel; a Colposcopia foi o primeiro aperfeiçoamento significativo para o diagnóstico clínico precoce do câncer do colo, e a lacuna existente no terreno preventivo foi coberta pela Citologia Oncótica.

Hoje não se duvida do valor da Colposcopia. Entretanto nem sempre foi assim.

FILSELMANN(1956), discorrendo sobre o processo que desenvolveu, dando como de 1927 sua primeira publicação sobre o assunto, define o diagnóstico precoce clínico como objetivo final

da Colposcopia, dá como sua a idéia de cortes histológicos seriados, reconhece o teste de Schiller como importante auxiliar da Colposcopia, relata como a segunda grande guerra e a situação política dela decorrentes prejudicaram a divulgação do método, e admite com relutância("eu não necessito dela") o valor da Citologia Oncótica.

NAVRATIL(1958), publicando em periódico norte-americano, possivelmente tentando difundir a Colposcopia no país entusiasta da Citologia, analisa o grau de eficácia desta e apregoa o uso combinado dos dois métodos, argumentando que, sendo diferentes no rastreio da neoplasia, é pouco provável a ocorrência simultânea de erros.

SALVATORE et alii(1976), analisando seu material de 57000 casos de emprego sinérgico de citologia e colposcopia concluem que, "um compensando a falha do outro, somente houve 2,5% de casos de carcinoma in situ não descobertos no primeiro exame."

Em 1970 SALGADO & RIEPER lançam o primeiro livro brasileiro sobre Colposcopia, pequeno, simples, porém completo e prático. Em capítulo assinado pelo segundo temos:"O colposcopista deve fazer diagnósticos que sejam compreendidos pelos não colposcopistas, expressando o valor clínico das modificações observadas. Deve declarar francamente se o seu diagnóstico é negativo, suspeito ou positivo em relação ao câncer."

Verificando as referências bibliográficas desta obra notamos o interesse de brasileiros pela Colposcopia nas últimas três décadas, e se percebe também a pequena presença de autores de

língua inglesa. COPPLESON et alii(1971) e CARRERA et alii(1973) em seus atlas sobre Colposcopia, nos permitem verificar também, até então, o pequeno interesse de autores ingleses e norte-americanos pelo método.

KOLSTAD(1970) fala do valor da Citologia exfoliativa na detecção das lesões pré-cancerosas da cérvice e afirma sua convicção de que o colposcópio é primordial na investigação e tratamento das lesões benignas, pré-malignas e malignas do colo, permitindo a escolha do tipo e o local da biópsia cervical, ou assinando o ponto do início do exame histológico se a conização é indicada. Diz mais, que a conização pode ser primária, indicada em função de dados positivos ou negativos da Colposcopia.

RIEGER(1974), em relatório sobre o III Congresso Brasileiro de Colposcopia e Patologia Cervical nos dá conhecimentos de que, na mesa-redonda sobre "Quando e como biopsiar em Colposcopia" (participantes: RIEGER, PAAL, LAYNES, LEITZKE, SALOMÉ, PONTES DA CUNHA, CASANOVA e BICALHO) foi aceita, em princípio, uma classificação simplificada dos aspectos colposcópicos entre os que exigem e os que não exigem biópsia, com a eventual subdivisão em casos de biópsia obrigatória, aconselhável e desnecessária. Em outra mesa-redonda, "Diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer cérvico-uterino durante o ciclo grávido-puerperal" (participantes: CAVALCANTI, NENE, MARTINS, ROCHA, PINOTTI e RODRIGUES LIMA) ficou esclarecida a possibilidade de execução de biópsia e conização plana sem prejudicar a gravidez.

DE PETRILLO et alii(1975), em artigo sobre Colposcopia em Gravidez, dizem que as várias técnicas usadas para obter o diagnóstico histológico têm desvantagens. Biópsia às cegas pode esquecer o carcinoma invasivo ou falhar em dar um material representativo da lesão mais grave. Biópsias múltiplas podem dar um diagnóstico mais preciso porém podem causar trauma com sangramento significativo. Uma colonização diagnóstica é ideal para verificação histológica porém é carregada com sérias complicações, particularmente na gravidez. A colposcopia revolucionou a avaliação do teste anormal de Papanicolaou no estado não gravídico, permitindo localização precisa e a extensão da anormalidade: a área mais atípica pode ser escolhida para biópsia. Dizem mais: "com a experiência adquirida na interpretação dos aspectos colposcópicos as biópsias se limitaram às pacientes nas quais a colposcopia era sugestiva de microinvasivo ou invasão inicial."

TROMBETTA(1975) diz que até quando o cone é escolhido como procedimento diagnóstico a avaliação colposcópica pré-operatória aumenta a capacidade diagnóstica.

STAFL(1975) analisa a renascença (termo do autor) da colposcopia nos EEUU, estimulada por, entre outros fatores, nova terminologia colposcópica, simples e facilmente inteligível. Divide os achados em Normais, Anormais (1. zona de transformação atípica, matrizes, atipias vasculares e zonas iodonegativas, - 2. suspeita de câncer invasivo), Insatisfatórios e Outros. Coloca a Colposcopia e a Citologia como métodos complementares e não competitivos, sendo aquela

instrumento clínico e esta exame de laboratório; a citologia avalia as transformações morfológicas nas células desprendidas, enquanto a colposcopia avalia principalmente as mudanças no padrão vascular da cérvice; a citologia é o método para "screening", a colposcopia ajuda a localização do epitélio neoplásico.

AVERTTE(1976), em revisão sobre novidades de Ginecologia e Obstetrícia, para importante periódico norte-americano, o SGO, diz que a colposcopia continua a modificar o diagnóstico e tratamento da neoplasia do trato genital baixo, porém com maior importância, a posição do colposcópio, como um instrumento no arsenal da oncologia, foi claramente definida.

Depois da Colposcopia e do teste de Schiller, úteis no cuidado individual, surgiu a colpocitologia oncótica, capaz de descobrir os casos que devem ser cuidadosamente examinados.

Da comunicação original de PAPANICOLAOU & TRAUT(1941) transcrevemos: "Se, por sorte, um método simples e barato de diagnóstico pudesse ser desenvolvido para aplicação a grande número de mulheres na idade do câncer, estaríamos na posição de poder descobrir a doença no seu início, com muito mais frequência do que agora é possível..... Um de nós (Papanicolaou) está convencido de que células da superfície do tumor tendem a se desgarrar e cair na vagina." Após descreverem a técnica do exame e seu fundamento citológico dizem: " O exame é tão simples e barato que pode ser aplicado a grande número de mulheres." Terminam querendo

prever a época atual: "Apresentando este método de diagnóstico agora, nós esperamos que ele prove ser mais seguro, por intermédio do qual a principal doença maligna do útero possa ser descoberta e, ainda mais, devido à sua simplicidade, possa ser aplicado tão largamente, que as fases incipientes entrem prontamente no alcance das modernas técnicas do tratamento altamente eficazes no carcinoma inicial."

Desde então, as palavras de PAPANICOLAOU & TRAUT se confirmaram.

RIOTTON & CHRISTOPHERSON(1973) em publicação oficial da Organização Mundial de Saúde, mostram a intenção do Organismo em "substituir a escala numérica de Papanicolaou, usando termos de diagnóstico, tendo em vista que era importante seguir uma classificação histológica uniforme." Na introdução da obra situam o câncer do colo do útero como forma mais frequente de neoplasia maligna depois do câncer cutâneo, e de maior incidência nos países em desenvolvimento; afirmam que os estádios pré-clínicos duram vários anos e se podem descobrir por métodos citológicos simples, reprodutíveis e seguros; admitem que as campanhas de detecção em massa permitem combater eficazmente o câncer cervical, ressaltando, porém: "é evidente que um programa de diagnóstico citológico será ineficaz e estará condenado ao fracasso se não se dispõem de meios idôneos para a confirmação histológica, tratamento e vigilância ulterior." Apresentam, a seguir, a Classificação Citológica dos Tumores do

do Aparelho Genital Feminino:

I. Células procedentes de lesões cervicais:

- A. Displasia - 1) leve
 2) moderada
 3) grave
- B. Carcinoma epidermóide in situ
- C. Carcinoma epidermóide in situ com invasão mínima do estroma
- D. Microcarcinoma epidermóide invasor
- E. Carcinoma epidermóide invasor:
 - 1) Carcinoma queratinizante
 - 2) Carcinoma não queratinizante de células grandes
 - 3) Carcinoma não queratinizante de células pequenas
- F. Adenocarcinoma da endocérvice
- G. Carcinoma cervical de células claras (tipo mesonéfrico)
- H. Carcinoma adenocarcinomatoso (muco epidermóide)

CARDOSO DE ALMEIDA(1974) na tese em que conclui pelo exame citológico como método ideal para o rastreamento do câncer do colo e do endométrio, pelo seu índice de correção e possibilidade de repetição, demonstra preferência pela classificação em 5 classes de Papanicolacu.

A citologia usada como "screening" e a colposcopia examinando clinicamente a cérvice, levam à possibilidade do diagnóstico histológico.

HALBE et alii(1973) - referem que grande número de

citologistas omitem a colposcopia, omissão não justificável, pois a maioria dos autores concorda que os melhores resultados são obtidos pela associação dos dois métodos, e que, "na medida em que o pessoal especializado e o equipamento necessário se fazem disponíveis, a associação é rotineira, pelo menos na área universitária."

RIEGER(1966) diz: "O princípio de toda biópsia deve ser o de fornecer ao anátomo-patologista o material suficiente para que ele possa avaliar bem o caso..... Ficou provado que não é maior o número de biópsias que faz descobrir maior número de carcinomas e que a colposcopia é capaz de fazer uma triagem eficiente, determinando os casos que devem ser e o local onde deve ser feita a biópsia."

AUGUSTO et alii(1973), tecem a seguinte consideração:
" o resultado obtido da biópsia, deve ser considerado provisório, sendo necessário rastrear a presença de lesões mais graves situadas além da zona da biópsia."

A conização é estudada por STAFL et alii(1973): a fim de ser considerada adequada para propósitos diagnósticos, a peça operatória deve incluir epitélio endocervical livre acima da lesão e ectocérvice livre além de qualquer lesão da portio. Quanto tecido cada peça compreende deve variar com o caso individual. Durante a idade de reprodução, a maioria das lesões é encontrada na portio, então o cone usualmente tem base larga e ângulo obtuso. Nas mulheres mais velhas, quando a junção escamosolunar foi deslocada para uma posição mais alta, o cone deve ser alto e estreito, com um ângulo agudo. A

A extensão lateral de dissecação isto é, diâmetro da base, é bem determinada pela inclusão, dentro das margens do cone, de todas as áreas Schiller positivas.

NELSON et alii(1975) ensinam que a conização deve ser realizada se 1) não há lesão colposcopicamente visível e se imagina que o tecido anormal esteja no canal; 2) não se pode ver toda a lesão com o colposcópio; 3) a paciente é considerada uma pessoa de difícil acompanhamento; 4) um diagnóstico de microinvasão é feito por biópsia e 5) as biópsias colposcopicamente orientadas falham em explicar a citologia.

Outros também têm discorrido sobre o assunto, sempre enfatizando que, do ponto de vista de segurança do diagnóstico, o cone é superior à biópsia, por fornecer mais volume de material para estudo: RAINER & STUCIN(1970), KNAPP & FELDMAN(1970), KULLANDER & SJOBERG(1971).

São referidos casos(TAVARES DE LIMA 1963)(KOSS 1968) nos quais, após biópsia, estudando-se o cone exaustivamente, não se encontrou mais tecido de carcinoma in situ.

Objecções ao uso liberal da conização são feitas devido à necessidade de internação hospitalar e possibilidade de complicações decorrentes do ato anestésico ou da própria cirurgia(DORAN & SHIER 1963)(HOLLYOCK & CHANEN 1972).

Atente-se, porém, ao fato de que, antes do uso da colposcopia ou na impossibilidade deste, a conização necessitava sistematicamente ser feita no caso de citologia suspeita ou positiva. Os trabalhos que mostram quanto diminuiu o número de cones propedêuticos devem ser analisados com isto em mente, pois, frequentemente, este é indicado depois, visto ser a biópsia, em caso de "lesão menor que carcinoma invasor", sempre diagnóstico provisório.

O objetivo final dos programas de "screening" citológicos dirigidos para a detecção de carcinoma pré-invasivo e pré-clínico é reduzir índices de morbidade e mortalidade do carcinoma invasor. A sua eficácia pode ser avaliada somente após uma década ou mais de constante procura na maior parte da população (AHLGREN et alii 1975); neste artigo os autores usam a classificação da Organização Mundial de Saúde e não a numérica.

A utilidade dos Programas é patente. São fartos na literatura os trabalhos mostrando como fizeram mudar as estatísticas de incidência de casos avançados nas regiões onde foram implantados. Seus roteiros de funcionamento, no que respeita aos procedimentos semiológicos, seguem esquemas semelhantes aos reproduzidos nas figuras 3 a 7.

Figura 3
Roteiro proposto por FREDWAY et alii (1972)

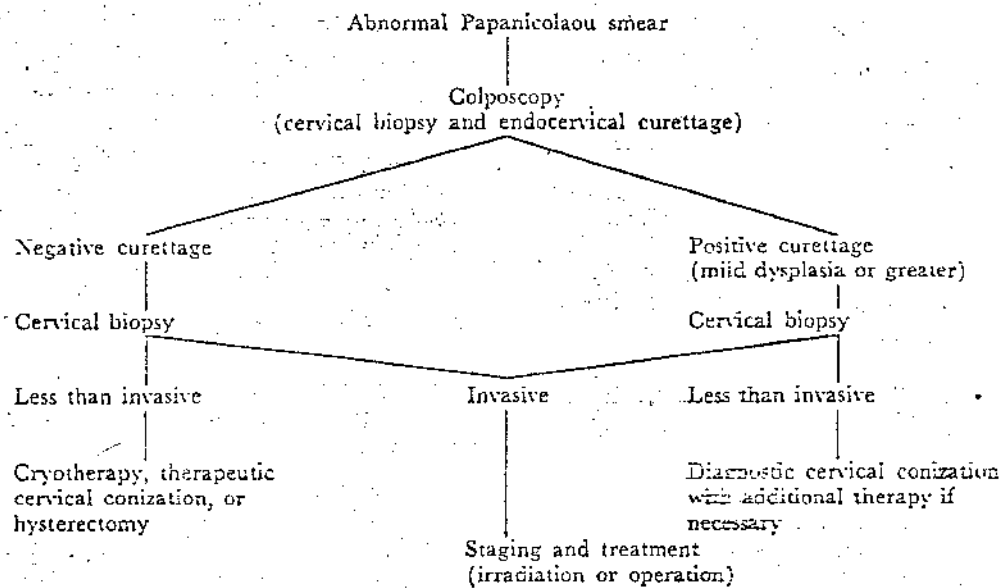


Figura 4

Roteiro proposto por CAMARGO & SOUEN (1974)

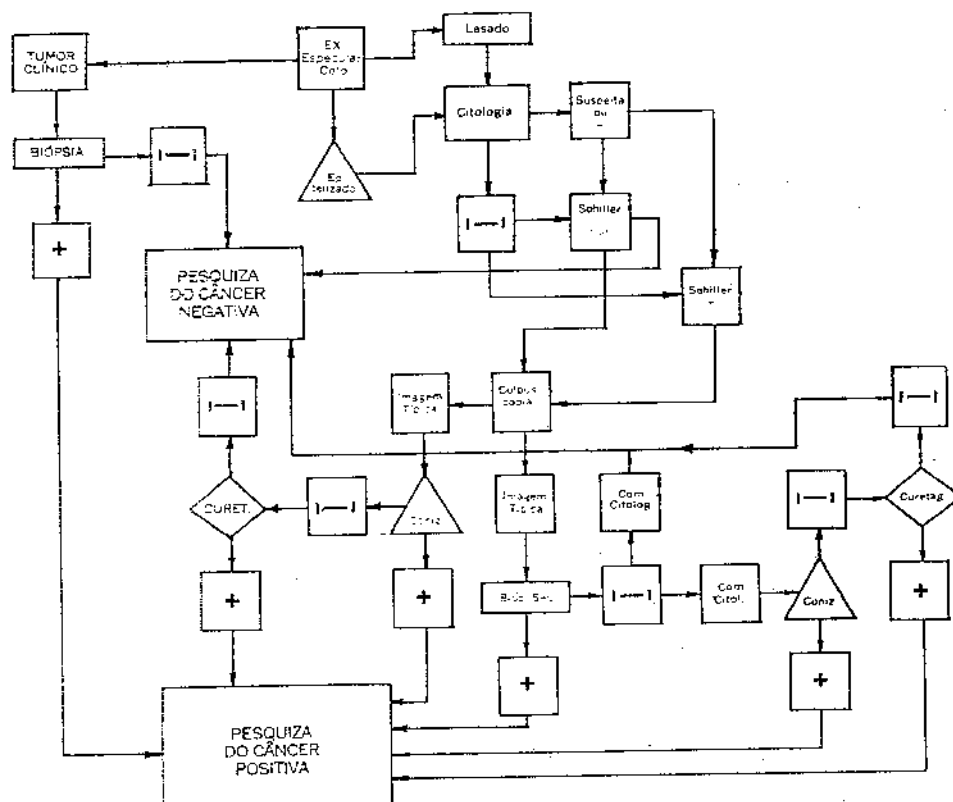


Figura 5
Roteiro proposto por NELSON Jr. et alii (1975)

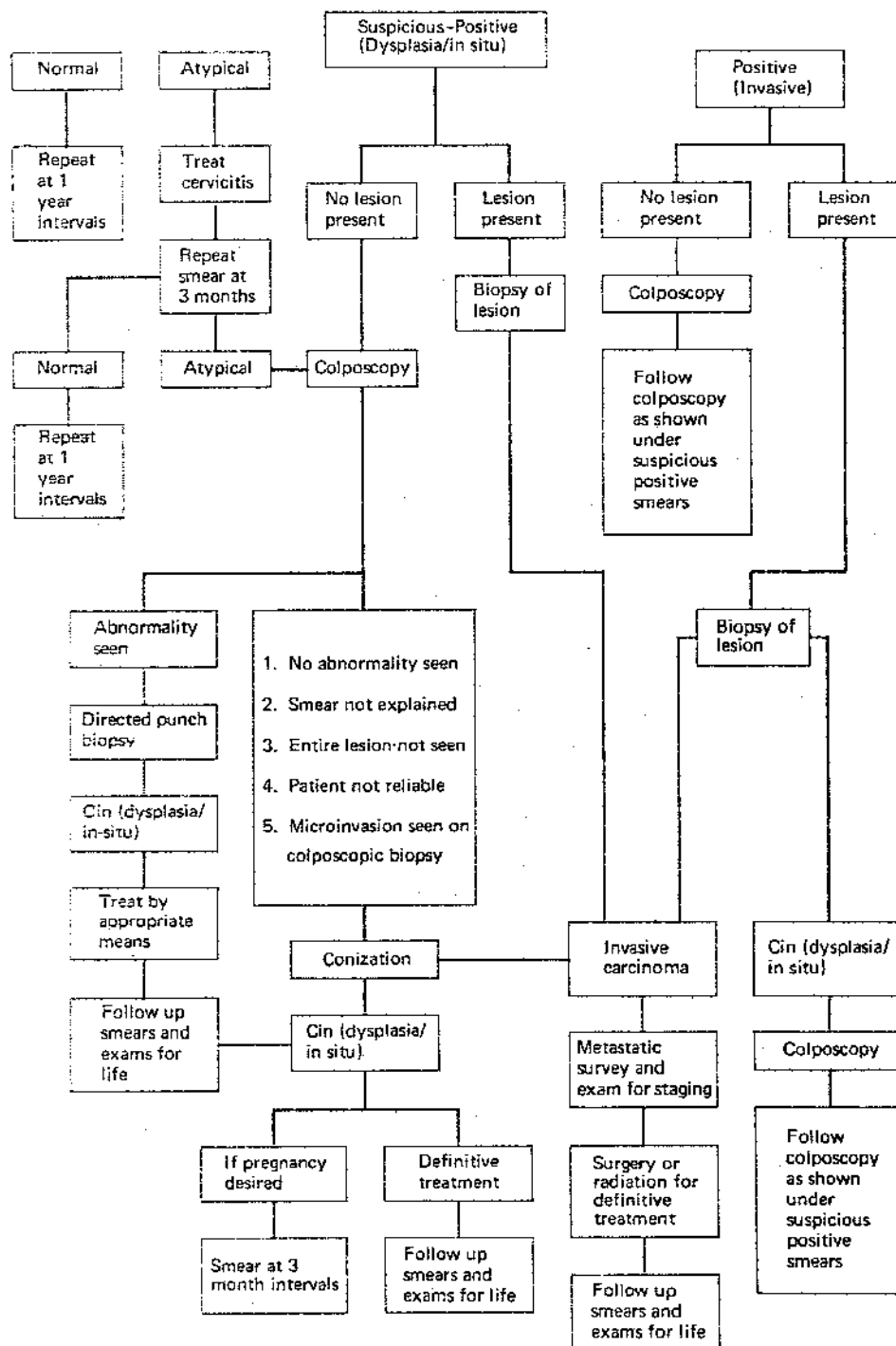
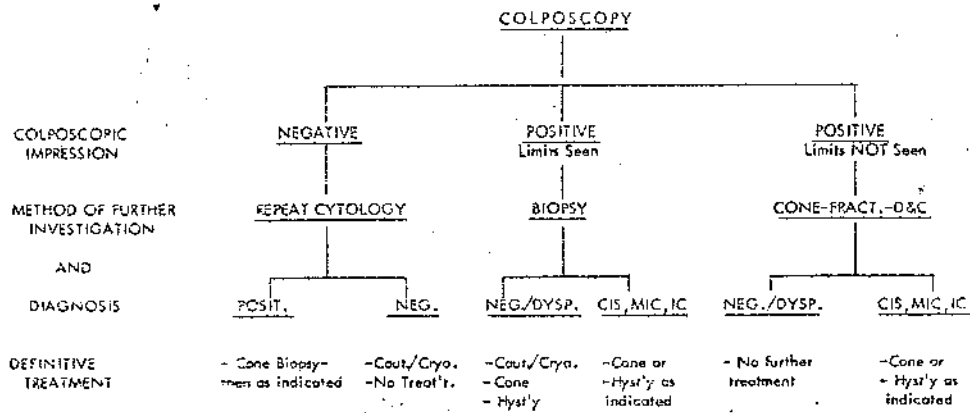


Figura 7
 Roteiro proposto por TOVELL et alii (1976)



MATERIAL E MÉTODOS

São utilizados neste trabalho resultados de exames colposcópicos, citológicos e histopatológicos de mulheres que foram submetidas a biópsias orientadas ou conizações, registradas no Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas(HC-Unicamp), compreendidas no Programa de Controle do Câncer Cérvico-Uterino de Campinas(PCCCUC) e tratadas no Departamento de Tocoginecologia(DTG-Unicamp).

As colposcopias foram efetuadas no Setor de Colposcopia do DTG-Unicamp no período compreendido entre 1/1/1971 a 30/6/1975, sendo observados critérios de diagnóstico e nomenclatura referidos por SALCADO & RIEPER(1970) (Figura 1). Foram realizados neste período 1846 exames, nos quais se indicaram 318 biópsias ou conizações. Cinquenta e cinco biópsias foram efetuadas em polipos endocervicais, lesões de vagina, condilomas, tumor endometrial ou para controle. São considerados 263 casos.

A indicação do exame foi "seletiva", isto é, foi realizada em mulheres encaminhadas pelo PCCCUC por apresentarem citologia III, IV ou V de PAPANICOLAOU (Figura 2), ou em pacientes, atendidas nos ambulatorios do DTG-Unicamp, que tinham alteração macroscopicamente visível da cérvice ou indicação de cirurgia ginecológica. Para esta investigação os resultados dos exames colposcópicos são agrupados em NEGATIVA, SUSPEITA ou POSITIVA, agrupamentos que têm a seguinte correspondência com os aspectos colposcópicos apresentados na Figura 1.

NEGATIVA (CLASSE I
CLASSE II
SUSPEITA (CLASSE III
CLASSE IV
POSITIVA CLASSE V

Os exames colpocitológicos, realizados pelo Laboratório de Citologia do PCCCUC*, são considerados com seus resultados referidos segundo a classificação de PAPANICOLAOU.

Obtivemos oito colposcopias no agrupamento NEGATIVA, 246 SUSPEITA e nove POSITIVA.

Dos casos cujas colposcopias são consideradas, quinze traziam citologia Classe I, 125 Classe II, 24 Classe III, 44 Classe IV, 39 Classe V, 16 citologia desconhecida ou Classe zero.

Em seis casos de colposcopia SUSPEITA houve indicação de conização porque a imagem matriz se prolongava para o canal cervical

*Responsável pelo Lab. de Citologia do PCCCUC: Dr. DARCY G. DE VITA

ou tinha superfície muito ampla.

Houve um caso de colposcopia POSITIVA no qual não se biopsiou por se tratar de útero em prolapso.

Foram efetuadas 248 biópsias orientadas e 105 conizações nos casos estudados.

Os exames anátomo-patológicos foram todos realizados no Departamento de Anatomia Patológica da Unicamp, sendo considerados com os seguintes resultados: AUSÊNCIA DE NEOPLASIA, DISPLASIA, CARCINOMA IN SITU, CARCINOMA MICROINVASIVO, CARCINOMA INVASOR.

As biópsias orientadas pela colposcopia foram realizadas com broca de Baliú, conforme técnica descrita em SALGADO & RIEPER (1970).

As conizações foram todas realizadas segundo técnica igual à descrita em TE LINDE (1953).

A análise estatística dos resultados de exames histopatológicos obtidos de biópsias nos diversos grupos CITOLOGIA-COLPOSCOPIA foi realizada por JOASSY DE PAULA NEVES JORGE*, utilizando-se intervalos de confiança do nível de significância de 5% para as proporções encontradas.

* Estatístico. Pesquisadora do Instituto Agronômico de Campinas

Figura I

Classificação dos aspectos colposcópicos segundo SALGADO & RIEPER

-
- CLASSE I - a) Mucosa ideal, cobrindo o epitélio estratificado original de toda exocérvice até a junção escamo colunar, visível na proximidade do orifício externo do canal cervical
- b) Ectopia do epitélio cilíndrico sobre a exocérvice com transição direta para o epitélio estratificado original
- CLASSE II - a) Zona de transformação, com óvulos de Naboth, pequenas glândulas fechadas, orifícios glandulares, ilhotas residuais do epitélio cilíndrico, espessamento nas linguetas que avançam sobre o epitélio cilíndrico, vasos de aspecto, percurso e calibre normais e uniformes
- b) Processos inflamatórios. Cervicite com hiperemia, edema e mucopus. Colpíte generalizada, em focos, senil
- c) Traumatismos, úlceras de decúbito e espessamento epitelial em prolapso
- d) Condilomas, pólipos com cobertura epitelial normal, endometriose, tumores benignos
- CLASSE III - a) Zonas de transformação com zonas matrizes (mosaico, base, leucoplasia) na periferia. Zonas matrizes de pequena extensão, sem relevo, com distância intercapilar pequena e vascularização normal
- b) Zonas iodonegativas "mudas"
- CLASSE IV - a) Zonas matrizes em relevo, distância intercapilar grande (macromosaico, base grosseira)
- b) Zona de transformação atípica com espessamento gelatinoso, coloração amarelada, áreas cornificadas e vasos atípicos
- CLASSE V - a) Tecido carcinomatoso cerebróide, ulcerado e proliferado com vasos atípicos, eventualmente, zonas matrizes na periferia
-

Figura 2

Classificação de Papanicolaou utilizada no PCCCUCh

Classe I - Ausência de células atípicas ou anormais

Classe II - Citologia atípica porém sem evidência de malignidade

Classe III - Citologia sugestiva de, porém não conclusiva para, malignidade

Classe IV - Citologia fortemente sugestiva de malignidade*

Classe V - Citologia conclusiva para malignidade

*DE VITA, D.G. (1976)

Comunicação Pessoal

"A classe IV para Papanicolaou não é conclusiva de malignidade. Nós consideramos a classe IV positiva, isto é, conclusiva de malignidade."

RESULTADOS

Os resultados obtidos nos exames histológicos das biópsias orientadas ou conizações são apresentados nas TABELAS 1 a 5; a seguir são demonstrados outros números de interesse.

TABELA 1

Resultados dos exames histológicos de biópsias obtidas em cada um dos grupos CITOLOGIA-COLPOSCOPIA

GRUPO CIT-COLP	RESULTADO DO EXAME HISTOLÓGICO				
	AUS NEO	DISP	CIS	CMI	CI
ZERO SUSPEITA	6	6	3	-	-
ZERO POSITIVA	-	-	-	-	1
I SUSPEITA	9	6	-	-	-
I POSITIVA	-	-	-	-	-
II SUSPEITA	75	35	13	-	-
II POSITIVA	-	-	-	-	-
III SUSPEITA	6	4	9	1	1
III POSITIVA	-	-	-	-	-
IV SUSPEITA	6	4	24	5	-
IV POSITIVA	-	-	-	-	1
V SUSPEITA	2	1	14	5	5
V POSITIVA	-	-	-	-	6

AUS NEO = AUSÊNCIA DE NEOPLASIA

DISP = DISPLASIA

CIS = CARCINOMA IN SITU

CMI = CARCINOMA MICROINVASIVO

CI = CARCINOMA INVASOR

I, II, III, IV, V = Classificação citológica de PAPANICOLAOU

ZERO = esfregaço inadequado ou resultado desconhecido

TABELA 2

Resultados de exames histológicos de conizações indicadas em OITO casos de CITOLOGIA III, IV e V e COLPOSCOPIA NEGATIVA

CITOLOGIA	RESULTADOS DE EXAMES HISTOLÓGICOS				
	AUS NEO	DISP	CIS	CMI	CI
III	-	-	2	-	-
IV	-	1	3	-	-
V	-	-	2	-	-

TABELA 3

Resultados de exames histológicos de conizações indicadas em casos de COLPOSCOPIA SUSPEITA ou POSITIVA quando matrizes eram extensas ou se estendiam para canal cervical

GRUPO CIT-COLP	RESULTADOS DE EXAMES HISTOLÓGICOS				
	AUS NEO	DISP	CIS	CM	CI
II - SUSPEITA	-	-	2	-	-
III - SUSPEITA	-	-	1	-	-
V - SUSPEITA	-	-	1	2	-
V - POSITIVA	-	-	-	-	1*

*caso de útero em prolapso - material de histerectomia

TABELA 4

Resultados de exames histológicos de biópsias obtidos nos casos de
COLPOSCOPIA-POSITIVA

GRUPO CIT-COLP	RESULTADOS DE EXAMES HISTOLÓGICOS				
	AUS NEO	DISP	CIS	CMI	CI
ZERO - POSITIVA	-	-	-	-	1
IV - POSITIVA	-	-	-	-	1
V - POSITIVA	-	-	-	-	6

TABELA 5

Estudo dos exames histológicos de biópsias e conizações realizadas em 46 casos de CITOLOGIA III e IV com COLPOSCOPIA SUSPEITA

BIÓPSIA	CONIZAÇÕES				
	AUS NEO	DISP	CIS	CMI	CI
NEGATIVA	2	5	2	-	-
DISPLASIA	-	3	2	-	-
CIS	8	3	14	1	-
CMI	-	1	2	3	-

Outros resultados:

1. Número de conizações indicadas nos grupos CIT III e IV e colposcopia SUSPEITA	59
2. Número de conizações realizadas das indicadas em 1.	46
3. Número de conizações realizadas por assistentes do DTG-Unicamp em Hospital não universitário	27
4. Número de complicações decorrentes das conizações	2
5. Número de displasias diagnosticadas	56
6. Displasias diagnosticadas por biópsias orientadas por Colposcopia SUSPEITA em casos de CIT III, IV ou V	9
7. Número de Carcinomas in situ diagnosticados por biópsia(Tabela 1)	63
8. Número de CIS com Citologia I ou II	13
9. Número de CIS com Colposcopia NEGATIVA	7

DISCUSSÃO

Até 1967 o número de mulheres portadoras de carcinoma do colo do útero em estádios avançados(E II, III e IV, FIGO - 1965) internadas na enfermaria do DTG-Unicamp, foi significativamente maior que o daquelas no estágio I, e não havia nenhum caso de carcinoma in situ. Depois de 1968 houve inversão de predominância, passando a existir maioria de casos curáveis ou incipientes(61% de carcinoma in situ em 1971)(PINOTTI, 1975). A única alteração por nós conhecida, na comunidade de onde provêm as doentes, foi o início do funcionamento do PCCCU. Repetiu-se o fenômeno observado em outras regiões: a procura sistematizada do câncer cérvico-uterino na fase inicial, ou de lesões precursoras, faz aumentar o número de diagnósticos(leve, moderada e grave), carcinoma estágio zero e microinvasivo, com possibilidades de vir a causar, depois, a queda do número de óbitos devido à moléstia(SYMONDS, 1975). Esta última consequência não ocorreu ainda em Campinas, onde o número de óbitos por carcinoma da cérvix uterina não se alterou.....

significativamente nos últimos seis anos, conforme levantamento feito na Delegacia Regional de Saúde*.

O PCCCUUC tem vários postos de coleta de material para exame citopatológico instalados nos Centros de Saúde, Ambulatório da APCC, Postos de Assistência Pré-Natal, Ambulatório da FCM. Quando é feito um diagnóstico citológico classificado como III, IV ou V, o Serviço Social do Programa comunica ao posto de origem do material e convoca a mulher para exames ginecológico e colposcópico.

A classificação de Papanicolaou, hoje considerada imperfeita por muitos citologistas (RIOTTON & CHRISTOPHERSON 1973) (AHLGREN 1975), por entenderem ser possível um laudo de exame mais representativo e classificador das alterações dos tecidos de onde se desprendem as células, continua utilizada pelo Programa como em muitos outros serviços (CARDOSO DE ALMEIDA 1974) por ser de fácil compreensão por todos os constituintes do sistema (médicos e paramédicos) e por sua facilidade de referência.

Os exames colposcópicos foram considerados sempre como devendo orientar o raciocínio clínico, sendo possível agrupar seus resultados em COLPOSCOPIA NEGATIVA, COLPOSCOPIA SUSPEITA, COLPOSCOPIA POSITIVA. Este critério talvez provoque reações contrárias de colposcopistas ortodoxos; julgamo-lo, porém, necessário para os propósitos de um programa de detecção e controle das neoplasias da cérvix. Os programas ligados à Universidade devem ter por função criar, através de pesquisa operacional, modelos de atenção médica

*BEDONE, A.J. - Comunicação Pessoal - 1976.

reprodutíveis.

Discutiu-se muito (HILSELMANN 1956) (NAVRATIL 1958) e ainda hoje se discute em alguns países (STAFL 1975) (AVERETTE 1976) o lugar da colposcopia no "screening" do câncer do colo do útero, porém se está chegando ao consenso de ser tal exame o principal da "segunda linha", devendo ser usado de maneira seletiva, como no DTC-Unicamp e no PCCCUC.

As dificuldades referidas para maior e mais rápida aceitação da colposcopia no mundo foram: a segunda grande guerra e suas consequências para Alemanha e Europa, o predomínio de literatura em língua alemã, no início, alto preço do colposcópico, tempo demorado necessário para cada exame e, principalmente, dificuldade no entendimento das classificações das rubricas utilizadas por HILSELMANN e seus seguidores (HILSELMANN 1956) (RIEPER 1974). Destas dificuldades, umas deixaram de existir, outras não podemos resolver, porém pretendemos interferir na última delas. Será indefensável tentar contestar o mérito da sistematização do diagnóstico e do estudo de detalhes das imagens colposcópicas como foi proposta por seu criador, como errado será considerar bizantinas as discussões sobre finuras de detalhes de variação cromática nas mucosas, de formas de vasos, pequenas alterações de relevo. Não é este nosso propósito. Consideramos, porém, necessário colocar o ato do exame colposcópico como meio de resolução do problema de orientar o patologista para o ponto mais suspeito do colo, onde, com maior probabilidade, deverão estar as lesões

precursoras e iniciais da moléstia; julgamos prejudicial a colocação da colposcopia como objetivo, a maneira de busca de afirmação e prestígio acadêmico, para cujo fim se faz necessária a repetição periódica de exames no acompanhamento de alterações epiteliais potencialmente malignas, obrigando a mulher a um sem número de retornos, onerando o sistema, afastando as pacientes. Entendemos a colposcopia como método clínico, a serviço da paciente, orientando os casos para solução rápida e segura, como deve ser dentro de um Programa Preventivo. Por assim pensar, agrupamos os diagnósticos colposcópicos.

Existem publicações do tipo "colposcopia versus citologia" (HILSELMANN 1956), ou "biópsia versus conização" (DORAN & SHIER 1963) (HOLLIOCK & CHANEN 1972) (KULLANDER & SJOBERG 1971) nas quais os autores partidários de um e de outro procedimento, buscam a superioridade de seu método favorito sobre o outro quanto à segurança de diagnósticos corretos, ausência de riscos, facilidade de execução, baixo custo operacional. Desconhecemos trabalho onde se caracterize especificamente quando ou em que caso se deva praticar a biópsia orientada, quando ou em que caso se possa indicar a conização, usando-se em conjunto o resultado da citologia e da colposcopia. Sabemos que há indicações formais para conização como primeira atitude: citologia III, IV ou V e colposcopia NEGATIVA; colposcopia SUSPEITA com áreas extensas de suspeição, ou quando estas se prolongam para canal cervical. Temos oito casos da primeira condição com resultados histológicos de sete CARCINOMA IN SITU, e uma

DISPLASIA(TABELA 2); na outra condição, seis casos, quatro CARCINOMA IN SITU e dois CARCINOMA MICROINVASIVO(TABELA 3). Sabemos também ser correto que uma colposcopia POSITIVA, sugestiva de carcinoma in vador, indica biópsia. Em oito dos nossos casos isto sucedeu; com oito resultados CARCINOMA INVASOR(TABELA 4).

Julgamos que não mais se deva tentar mostrar um método como superior ao outro, e sim estabelecer a sistematização de seu uso combinado, lembrando sempre: a detecção do câncer de colo na fa se de neoplasia intra-epitelial(displasia ou carcinoma in situ) é prevenção da evolução da doença.

Admitem muitos autores(FLUHMAN 1961)(RICHART 1967)(BURGHART 1974)(SEDLIS 1975), embora haja voz discordante(DUARTE 1975), que displasia leve, moderada ou grave, e carcinoma in situ sejam etapas na evolução da mesma doença, que depois alcançará os estádios invasores, passando ainda pela fase de microinvasão. O fato de haver regressão em certo número de displasias, segundo dados da literatura(FERREIRA 1962)(TAVARES DE LIMA 1963)(KOSS 1968), e o mesmo sendo citado como possível no carcinoma in situ(FERREIRA 1962), não autoriza um programa de controle do câncer a assumir atitude contemplativa perante um caso com diagnóstico de NIC. Temos por mais correto ser necessária a semiologia completa, verificar se a NIC detectada não é circunjacente à lesão invasora ou microinvasiva, em bora a biópsia, bem orientada pela colposcopia, possibilite ao Pa tologista um diagnóstico com grande probabilidade de ser igual ao da maior lesão obtida em material de cone uterino(TAVARES DE LIMA 1963)

(KAWAMURA 1976). Consideramos as displasias tão importantes quanto o carcinoma in situ nos objetivos de um programa de detecção.

Tomamos, então, os casos com citologia e colposcopia conhecidas e verificamos os resultados histopatológicos obtidos por biópsia orientada. Foram separados, cada classe citológica formando grupo com COLPOSCOPIA SUSPEITA ou com COLPOSCOPIA POSITIVA. Os resultados do exame histopatológico são apresentados em correspondência a cada um dos grupos no capítulo de RESULTADOS(TABELA 1).

Analisemos os resultados obtidos das biópsias feitas em casos de CITOLOGIA Classe I e II, COLPOSCOPIA SUSPEITA: foram 138 casos, 84 resultados AUSÊNCIA DE NEOPLASIA, 41 DISPLASIA, 13 CARCINOMA IN SITU(54 NIC), nenhum CARCINOMA MICROINVASIVO e nenhum CARCINOMA INVASOR. Destes casos 84 retornarão ao controle do Programa, 54 deverão ser conizados, dentro dos critérios utilizados no DTC-Unicamp.

Analisemos agora os resultados das biópsias efetuadas nos casos de CITOLOGIA Classe III, IV e V com COLPOSCOPIA SUSPEITA: 87 casos, 14 AUSÊNCIA DE NEOPLASIA, 9 DISPLASIA, 47 CARCINOMA IN SITU, 11 CARCINOMA MICROINVASIVO, 6 CARCINOMA INVASOR. Como um caso com AUSÊNCIA DE NEOPLASIA em presença de citologia positiva é levado à conização, como um diagnóstico de NIC ou carcinoma microinvasivo em biópsia é sempre provisório, teremos 81 indicações para conização e 6 "não indicações" de conização. Anotemos, porém, que dos casos de carcinoma invasor, 5 ocorreram em citologia V.

Consideremos, então, apenas os casos de citologia III e IV e colposcopia SUSPEITA: 60 casos, 12 AUSÊNCIA DE NEOPLASIA, 8 DISPLASIA, 33 CARCINOMA IN SITU, 6 CARCINOMA MICROINVASIVO, 1 CARCINOMA INVASOR. Pelo mesmo raciocínio teremos 59 indicações para conização e 1 "não indicação" para feitura de cone.

Verificando a evolução destes casos sabemos que, ^{dos} 12 casos com AUSÊNCIA DE NEOPLASIA apenas 9 se submeteram à conização (com resultados de 2 CARCINOMA IN SITU, 5 DISPLASIA e 2 AUSÊNCIA DE NEOPLASIA). Das 47 demais pacientes com NIC ou CARCINOMA MICROINVASIVO, 37 foram operadas, com 8 resultados AUSÊNCIA DE NEOPLASIA (a NIC teria sido extirpada na biópsia), 7 DISPLASIA, 18 CARCINOMA IN SITU, 4 CARCINOMA MICROINVASIVO, nenhum CARCINOMA INVASOR (TABELA 5).

Necessário se faz expor nossa experiência no atendimento às pacientes da Santa Casa-Faculdade de Ciências Médicas durante quase dez anos: é mais fácil indicar a uma mulher sua internação para ser submetida à conização, e convencê-la da necessidade de tal procedimento, logo após um exame colposcópico, que conseguir seu retorno para tomar conhecimento do tratamento necessário após uma tomada biópsia. Conhecida a indicação da conização em tais casos, não havendo comparecido a mulher ao Ambulatório no dia marcado, o Serviço Social do PGCCM é encarregado de localizá-la e "provocar" sua vinda: muitas vezes não o consegue, pois o endereço referido não é encontrado, se é encontrado frequentemente lá já não mais reside a mulher e ninguém sabe informar seu destino, ou a pessoa é encontrada e às vezes se recusa a retornar ao tratamento.

Conhecidos tais fatos e de posse dos resultados do atendimento habitual para detecção do carcinoma inicial do colo, vemos que, se houvésssemos realizados, nos casos de citologia III ou IV e colposcopia SUSPEITA (TABELA 1), a conização logo após a colposcopia (assinalando a área mais alterada da ectocérvice), teríamos chegado aos diagnósticos em todos, sem perda de 13 pacientes, sem sobrecarregar o laboratório de anatomia patológica com 60 biópsias "desnecessárias".

A análise estatística destes casos nos leva a esperar, com 95% de confiança e se usarmos os mesmos critérios de citologia e colposcopia, que o intervalo unilateral indo de 0,0% a um máximo de 7,7% contenha a verdadeira porcentagem de casos de carcinoma invasor, o que, em nosso entender, não desaconselha, ou melhor, autoriza o procedimento de dispensar a biópsia.

Nos casos de citologia I e II e colposcopia SUSPEITA, onde encontramos 84 (60,87%) AUSÊNCIA DE NEOPLASIA, consideramos mais apropriada a continuação da prática da biópsia orientada, sem a paciente correr o risco de ser submetida a cirurgia desnecessária.

Nos 27 casos de citologia V e colposcopia SUSPEITA a biópsia encontrou 5 CARCINOMA INVASOR e o procedimento de conizar levaria às porcentagens de 5,3 a 32,8 de operações não indicadas, com um coeficiente de confiança de 95%.

Encontramos, nos dados expostos, que a colposcopia

realizada sem conhecimento da citologia indicou a biópsia 16 vezes, obtendo 6 AUSÊNCIA DE NEOPLASIA, 5 DISPLASIA, 3 CARCINOMA IN SITU, nenhum CARCINOMA MICROINVASIVO, nenhum CARCINOMA INVASOR quando foi a colposcopia SUSPEITA e 1 quando foi POSITIVA.

Cinquenta diagnósticos DISPLASIA, nos casos com citologia conhecida, foram obtidos (41 vezes nos grupos citologia I e II e colposcopia SUSPEITA).

O carcinoma in situ foi diagnosticado 13 vezes com citologia "falso negativo" e oito quando a colposcopia foi NEGATIVA.

Consideremos agora os atos cirúrgicos da biópsia e da conização. O primeiro é um procedimento simples, ambulatorial, realizado no próprio tempo do exame colposcópico, dispensando anestesia, de hemostasia fácil, com raras complicações. A conização é uma operação pequena, necessitando, entretanto, internação hospitalar e anestesia; necessita o cumprimento de técnica correta para que se obtenha material adequado ao exame e sejam pequenas as complicações. Em levantamento de 27 casos operados por nós ou por assistentes do DTG-Unicamp, pacientes de clínica privada, tivemos duas complicações.

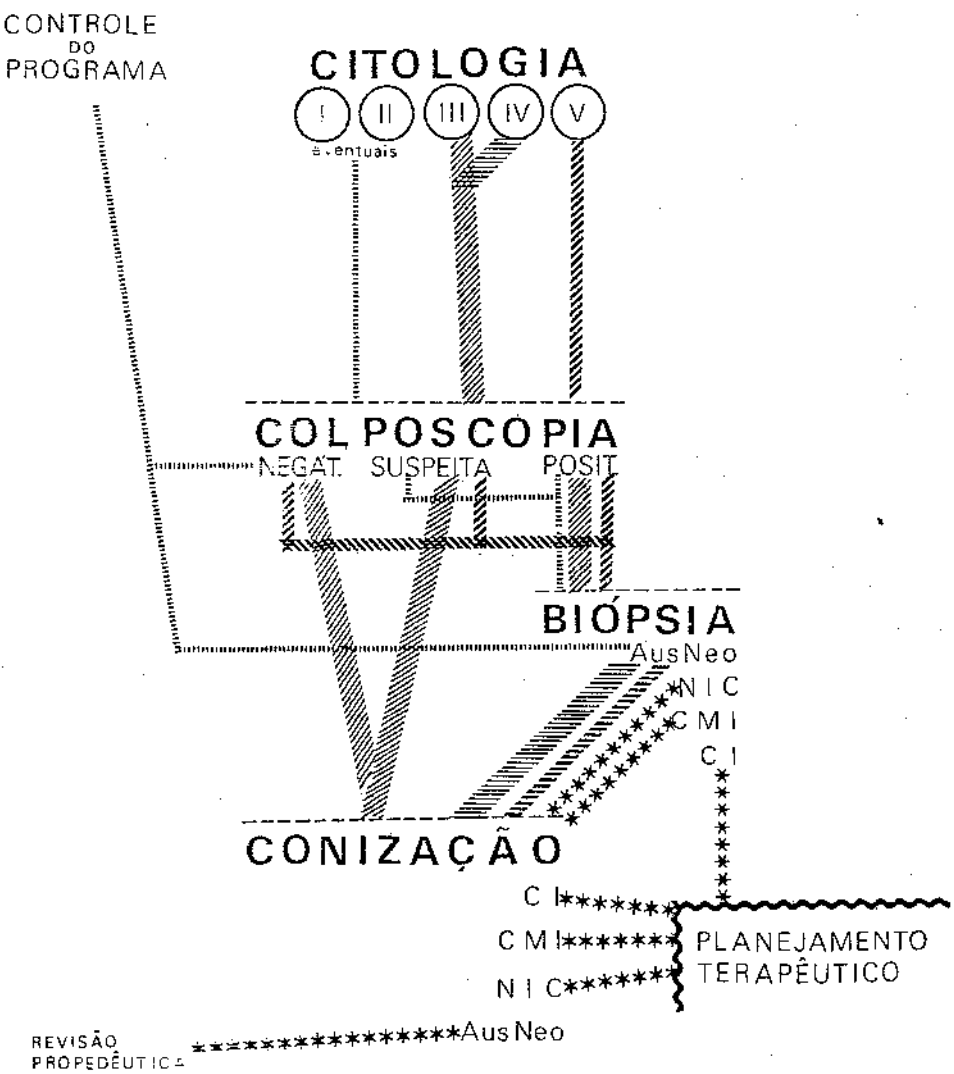
CONCLUSÕES

Parece-nos possível concluir que, em material equivalen
te ao estudado, com citologia e colposcopia utilizando os mesmos
critérios apresentados,

1. A Citologia e Colposcopia, se consideradas métodos com
plementares e não competidores para a detecção e diagnós
tico das lesões precursoras e dos estádios iniciais do
câncer do colo do útero, podem, analisadas em conjunto,
sugerir a etapa propedêutica seguinte.
2. A Colposcopia permite suspeitar com segurança da ocorrên
cia de carcinoma invasor do colo do útero.
3. O conjunto de Citologia I, II ou V e Colposcopia SUSPEI
TÁ sugere a biópsia orientada como etapa propedêutica
seguinte.
4. O conjunto de Citclogia III ou IV e Colposcopia SUSPEI
TA sugere a conização como etapa propedêutica seguinte.
5. É possível estabelecer um novo roteiro para utilização
em Programas de Detecção e Controle do Câncer do colo
do útero(Figura 8).

Figura 8

Roteiro para Programa de Detecção e Controle do Câncer do Colo do Útero.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHLGREN, M.; INGEMARSSON, L.G. & NORDQVIST, S.R.B. (1975)

Conization as Treatment of Carcinoma in situ of the uterine
Cervix

Obstetrics and Gynecology

46, 2:135-140

ALMEIDA, A.M. CARDOSO DE (1974)

O Valor do Diagnóstico citológico nas Neoplasias malignas
do Aparelho genital feminino. Considerações sobre o Confronto
histológico de 7726 Diagnósticos.

Tese. Fac. Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro

ARRUDA, B.K.G. (1973)

Epidemiologia do Câncer do Colo do Útero no Recife

Revista Brasileira de Cancerologia

Nov: 85-89

AUGUSTO, A.; SANCHES, L.R.; CANELLA, P.R.B.; SERZEDELLO, M.A. &

DA COSTA, R.M. (1973)

Considerações em Torno de 80 Conizações de Colo uterino pela
Técnica de Scott

Ginecologia Brasileira

5, 1:7-11

AVERETTE, H.E. (1976)

What's new in Surgery (Gynecology and Obstetrics)

Surgery, Gynecology & Obstetrics

142:201-205

BARUFFI, I. & MARTINEZ, A.R. (1962)

A Detecção do Câncer do Colo uterino no Dep. de Obstetrícia e
Ginecologia da Fac. Medicina de Ribeirão Preto da U.S.P.

Arquivos de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo

III, 2:11-12

BREWER, J.I. & DECOSTA, E.J. (1967)

Textbook of Gynecology 4th Ed

Williams & Wilkins Co

Baltimore

BURCHARDT, E. (1974)

Carcinoma cervical. Evolución hacia el Carcinoma cervical

In KÄSER, O. ed, Obstetricia y Ginecologia

Salvat Editores

Barcelona

CAMARGO, J.S. de & SOUEN, J.S. (1974)

A Assistência Médica Integrada e a sua Adaptação à Ginecologia
e aos Processos ditos de Detecção do Câncer Ginecológico

Maternidade e Infância

33, 1:69-82

CARRERA, J.M.; DEXEUS, S.Jr. & COUPEZ, F. (1973)

Tratado y Atlas de Colposcopia

Salvat Editores, S.A.

Barcelona

COPPLESON, M.; PIXLEY, E. & REID, B. (1971)

Colposcopy

Charles C. Thomas. Publisher

Springfield. Illinois. U.S.A.

DEWHURST, C.J. (1972)

Integrated Obstetrics and Gynaecology for Postgraduates

Blackwell Scientific Publications

Oxford

DORAN, T.A. & SHIER, C.B. (1964)

Conization of the Cervix

American Journal of Obstetrics and Gynecology

88, 3:367-374

FARIA, J. LOPES (1975)

Anatomia Patológica

Guanabara Koogan

Rio de Janeiro

FERREIRA, C.A. (1962)

Colpocitologia

Rio de Janeiro (s. ed)

FLUHMAN, C.F. (1961)

The Cervix uteri and its Diseases

W.B. Saunders Co

Philadelphia

FONSECA, A.S.C. (1969)

A Prevenção do Câncer do Colo uterino como Problema
toco-ginecológico

Maternidade e Infância

28, 4:255-259

GUSBERG, S.B. & FRICK, H.C. (1971)

Corseaden Câncer Ginecológico

Editorial Médica Panamericana

Buenos Aires

***DUARTE, E. (1975)

A displasia, fase regressiva do carcinoma in situ

Jornal Brasileiro de Ginecologia

76, 6:415-420

HALBE, H.W.; CASADEI, C.M.; PEREIRA, A.P.; GELÁS, G.; CUNHA, D.C. & CERÂNTOLA, H. (1975)

Prevenção e Detecção do Câncer do Colo uterino. I. Colposcopia e Histologia cervical

Jornal Brasileiro de Ginecologia

76, 6:421-428

HILSELMANN, H. (1956)

História da Colposcopia

Anais Brasileiros de Ginecologia

59: 330-362

HOLLYOCK, V.E. & CHANEN, W. (1972)

The use of the Colposcope in the Selection of Patients for cervical cone Biopsy

American Journal of Obstetrics and Gynecology

114, 2:185-189

KÄSER, O.; FRIEBERG, V.; OBER, K.G.; THOMSEN, K. & ZANDER, J. (1974)

Obstetrícia y Ginecologia III tomo

Salvat Editores

Barcelona

KAUFMAN, R.H. & CONNER, J.S. (1971)

Cryosurgical Treatment of cervical Dysplasia

American Journal of Obstetrics and Gynecology

104, 8:1167-1174

KAWAMURA, K. (1975)

Acuracidade diagnóstica de Material obtido por Biópsia orientada por Colposcopia e por Conização

Tese. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

KNAPP, C.R. & FELDMAN, G.B. (1970)

The Problem of optimal Management of cervical Carcinoma in situ
Clinical Obstetrics and Gynecology
13, 4:889-897

KOLSTAD, P. (1970)

Diagnóstico e Terapêutica das Lesões pré-cancerosas do colo uterino
GO
Out:13-35

KOSS, L.G. (1968)

Diagnostic Cytology and its Histopathologic Bases 2nd Ed
J.B. Lippincott Co
Philadelphia

KULLANDER, S. & SJOBERG, M-O (1971)

Treatment of Carcinoma in situ of the Cervix uteri by conization
Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica
50: 153-157

LIMA, M.L.M. TAVARES DE (1963)

Carcinoma pré-invasivo do Colo do Útero. Estudo histo-patológico
Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

LIMBURG, H. (1965)

Valor da Colposcopia, Citologia e Histologia no Diagnóstico precoce do Carcinoma do Colo uterino

Anais Brasileiros de Ginecologia

59, 5:287-299

MORAES, A. (1948)

Problema do Diagnóstico precoce do Câncer do corpo e do Colo uterino

Anais Brasileiros de Ginecologia

Julho: 5-28

NAVRATIL, E.; BURGHARDT, E.; BAJARDI, F. & NASH, W. (1958)

Simultaneous Colposcopy and Citology used in Screening for Carcinoma of the Cervix

American Journal of Obstetrics and Gynecology

75, 6:1292-1297

NELSON, J.H., Jr. & HALL, J.E. (1970)

Detection, Diagnostic Evaluation, and Treatment of Dysplasia and early Carcinoma of the Cervix

Ca

20, 3:150-163

NELSON, J.H. Jr., AVERETTE, H.E. & RICHART, R.M. (1975)

Detection, Diagnostic Evaluation and Treatment of Dysplasia and early Carcinoma of the Cervix

American Cancer Society

NOVAK, E.; JONES, G.S. & JONES, H.W. Jr (1971)

Gynecology

Williams & Wilkins Co

Baltimore

PAPANICOLAOU, G.N. & TRAUT, H.F. (1941)

The Diagnostic Value of vaginal Smears in Carcinoma
of the Uterus

American Journal of Obstetrics and Gynecology

42, 2:193-206

DePETRILLO, A.D.; TOWNSEND, D.E.; MORROW, C.P.; LICKRISH, G.M.;

DISAIA, P.J. & ROY, M. (1975)

Colposcopic Evaluation of abnormal Papanicolaou test in
Pregnancy

American Journal of Obstetrics and Gynecology

121, 4:441-445

PINOTTI, J.A. (1975)

Tratamiento de las formas iniciales del Carcinoma de Cuello
uterino

Revista Española de Obstetricia y Gynecologia

XXXIV : 193-206

PINOTTI, J.A. (1975 b)

Experiencia crítica del Programa de Control del Cáncer
Cérvico-Uterino de Campinas (Brasil)

Revista Española de Obstetricia y Gynecologia

XXXIV :554-559

RAINER, S. & STUCIN, M. (1970)

Directed Biopsy or Conisation

Minerva ginecologica

22, 24:1158-1159

RICHART, R.M. (1967)

Natural History of cervical intraepithelial Neoplasia
Clinical Obstetrics and Gynecology
10, 4:748-784

RIEGER, J.P. (1966)

A Biópsia do Colo uterino. Considerações técnicas
Anais Brasileiros de Ginecologia
61, 4:331-336

RIEGER, J.P. (1974)

Relatório sobre o III Congresso Brasileiro de Colposcopia e
Patologia Cervical
Ginecologia Brasileira
6, 3:123-125

RIOTTON, C. & CHRISTOPHERSON, W. (1973)

Citologia del aparato genital femenino (Classificación histo-
lógica Internacional de Tumores, nº 8)
Organización Mundial de la Salud
Genebra

SALGADO, C. & RIEGER, J.P. (1970)

Colposcopia
Fenane
Rio de Janeiro

SALVATORE, C.A.; PAAL, M.A.F.; SILVEIRA, J.M. da; SCHIVARTCHE, P.L.;

OKUMURA, H.; ZYNGIER, S.B. & ALMEIDA, A.C. (1976)

A Detecção do Carcinoma do Colo do Útero pela Colposcopia e
Colpocitologia na Faculdade de Medicina da Universidade de São
Paulo

Journal Brasileiro de Ginecologia
81, 2:53-57

SEDLIS, A. (1975)

Cervical intraepithelial Neoplasia: A continuing
Diagnostic & Therapeutic Challenge
The Journal of Reproductive Medicine
14, 6:263-264

STAFL, A.; FRIEDRICH, E.C., Jr. & MATTINGLY, R.F. (1973)

Detection of cervical Neoplasia - Reducing the Risk of error
Clinical Obstetrics and Gynecology
16, 2:238-260

STAFL, A. (1975)

Colposcopy
Clinical Obstetrics and Gynecology
18, 3:195-213

SYMMONDS, R.E. (1975)

Some surgical Aspects of gynecologic Cancer
Cancer
36, 2 (supplement):649-660

TE LINDE, R.W. (1953)

Operative Gynecology, 2nd Ed
J.B. Lippincott Co
Philadelphia

TOVELL, H.M.M.; BANOGAN, P. & NASH, A.D. (1976)

Cytology and Colposcopy in the Diagnosis and management of
preclinical Carcinoma of the Cervix uteri: A learning
Experience
American Journal of Obstetrics and Gynecology
124, 8:924-934

TREDWAY, D.R.; TOWNSEND, D.E.; HOVLAND, D.N. & UPTON, R.T. (1972)

Colposcopy and Cryosurgery in cervical intraepithelial
Neoplasia

American Journal of Obstetrics and Gynecology

114, 8:1020-1024

TROMBETTA, G.C.(1975)

Colposcopy: a Prerequisite for cone Biopsy

The Journal of Reproductive Medicine

14, 2:86-87

WAY, S.; HENNINGAN, M. & WRIGHT, V.C. (1968)

Some Experience with pre-invasive and micro-invasive Carcinoma
of the Cervix

The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British

Commonwealth

75, 6:593-603