



# Interpretação e conduta em laudos citológicos de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)

Yara Lucia Mendes Furtado de Melo

Professora adjunta de ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Declaro não ter conflito de interesses no assunto abordado.

**Palavras chaves:** Citologia, conduta, rastreamento

O uso da citologia como método de rastreio para cancer do colo uterino data de 1942, com a citologia descrita por Papanicolaou.<sup>1</sup> Desde esta época foram criadas terminologias para compor laudos citológicos, que devem ser interpretados pelos ginecologistas e condutas devem nascer desta interpretação.

As alterações citológicas são definidas por mudança na morfologia celular, por produto da interação do Papilomavírus humano (HPV) com epitélio escamoso<sup>2</sup>. Estas alterações podem seguir em duas vias: a primeira via se caracteriza por alterações em camadas mais profundas do epitélio (células bi ou multinucleadas, aumento do núcleo em três vezes o tamanho do núcleo normal e cromatina bem distribuída)<sup>3</sup>, que permite ao epitélio ainda sofrer maturação, e foi chamada de neoplasia intraepitelial cervical grau I (NIC 1) por

Richart em 1968 e no Sistema Bethesda de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (do inglês low-grade squamous intraepithelial lesion – LSIL); e a segunda via se caracteriza por alterações em 2/3 ou mais do epitélio (ocorre aumento nuclear com área citoplasmática bem diminuída, cromatina finamente ou grosseiramente granular, células podem aparecer isoladas, em grupos ou agregadas)<sup>3</sup>, tendo sido chamada por Richart de NIC 2 e NIC 3 e no Sistema Bethesda de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (high-grade squamous intraepithelial lesion – HSIL). As verdadeiras lesões precursoras do cancer são as HSIL, com maior chance de progressão para o carcinoma invasor aquela lesão chamada por Richart de NIC 3.2 A terminologia brasileira para laudos citopatológicos adotou o Sistema Bethesda tendo sido sua revisão e última publicação em 2020. 2



**ABPTGIC**

Associação Brasileira de  
Patologia do Trato Genital  
Inferior e Colposcopia

Do ponto de vista clínico, as citologias com resultado de HSIL devem ter conduta recomendadas por diretrizes, por serem os resultados que objetivamente buscamos diagnosticar no rastreo. Quando mulheres com diagnóstico de HSIL são tratadas, ocorre diminuição da chance de progressão para carcinoma invasor, gerando com isso um impacto importante na incidência e na mortalidade do cancer do colo uterino.<sup>1</sup> Em 70 a 75% dos casos da citologia com laudo de HSIL vamos realmente encontrar a lesão esperada ou em 1 a 2% vamos nos deparar com a lesão já invasora. Desta forma, com este resultado a conduta nunca poderá ser expectante, sempre encaminhar para colposcopia, e com a magnificação da imagem podermos realizar o “ver e tratar” ou biopsia para confirmar o laudo e indicar procedimento em centro cirúrgico (como uma incisão tipo 3, nossa conhecida conização).<sup>1</sup> (Fluxograma1).

O atual guideline da Sociedade Americana de Colposcopia e Patologia Cervical 2019 (ASCCP), publicada em 2020, onde se indica o rastreo com co-teste (usando teste de HPV de alto risco e citologia), mostrou que a estimativa de risco com o resultado HPV positivo e citologia HSIL é muito alta para NIC III, recomendando-se colposcopia e tratamento imediato.

Após o tratamento, a cuidadosa avaliação histológica da peça cirúrgica vai nos orientar da conduta de seguimento. Na dependência de doença nas margens da peça cirúrgica ou não, devemos seguir com rigor (usando colposcopia, citologia

ou teste de HPV),<sup>1,2</sup> pois independente do status da margem, toda HSIL tratada tem chance de recidivar em 5 a 15% nos 2 primeiros anos pós-tratamento, além de 16% dos carcinomas invasores se originarem dessas lesões já tratadas.<sup>2</sup>

A importância da conduta diante de um diagnóstico de HSIL foi claramente definida pela Organização Mundial de Saúde nas metas de eliminação do cancer do colo uterino no mundo, como um grave problema de saúde pública, envolvem principalmente países de baixa e média rendas. Entre as metas descritas foi preconizado que até 2030, 90% das mulheres com lesões precursoras que foram identificadas devem ser tratadas.<sup>5</sup>

## Referencias

1. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Cancer do Colo Uterino [internet]. Brasil; 2020. [Acesso em: 6/11/2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>
2. Darragh TM; Colgan TJ; Cox JT, et al. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: Background and Consensus Recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Arch Pathol Lab Med 2012;136:1266-97



3. Kurman & Solomon O sistema Bethesda para relato de diagnóstico citológico cervicovaginal. In: parte 2 diagnóstico descritivo. 1997. Revinter.
4. Egemen D, Cheung LC, Chen X, et al. Risk Estimates Supporting the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines. J Lower Genital Tract Disease. 2020;24(2):132-43.
5. Brisson M, Kim JJ, Canfell K, et al. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 lower-income and lower-middle income countries. Lancet. 2020;395:575-90

