



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

Márcia Farina Kamilos (ORCID: 0000-0003-2558-3997)

Responsável pelo setor de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia do Hospital Heliópolis, UGA 1, São Paulo
Presidente do Capítulo de São Paulo da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

Declaro não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras-chave: Neoplasia intraepitelial cervical, Câncer, Colo uterino, Tratamento, radiofrequência

O carcinoma escamoso in situ, ou lesão intraepitelial escamosa de alto grau, é o real precursor do carcinoma escamoso do colo uterino, relacionado à infecção persistente por alguns tipos do Papilomavirus humano (HPV).¹

A Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais foi atualizada em 2020 com a finalidade de melhora da qualidade e reprodutibilidade, adotando o uso da nomenclatura de Bethesda (2015). Desde 2006 os achados citopatológicos de carcinoma escamoso in situ e neoplasia intraepitelial escamosa (NIC) de graus 2 e 3, foram reunidos em uma única nomenclatura de “Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau”, com o acrônimo em inglês HSIL. Ressalta-se a importância do resultado citológico de HSIL, uma vez que nestas paciente, 70-75 confirmam HSIL no exame histopatológico e 1-2% terão diagnóstico de carcinoma invasor.³

Quanto à nomenclatura histopatológica, apesar do consenso LAST - Lower Anogenital Squamous Terminology, 2012 – faça a sugestão de que o antigo NIC 1 seja definido como lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL), NIC 3 seja definido como HSIL, e NIC 2 seja submetido a imunohistoquímica para p16ink4a e em casos positivos seja classificada como HSIL, ao passo que casos negativos sejam classificados como LSIL, alguns patologista ainda têm preferido manter laudos com diagnósticos utilizando a terminologia antiga de NIC 1, NIC2 e NIC3/carcinoma in situ. A vantagem do uso da nomenclatura LAST está no auxílio a conduta clínica.⁴

Frente ao diagnóstico de HSIL (NIC3/ carcinoma escamoso in situ) o tratamento excisional está indicado com finalidade de afastar lesão invasora não detectada e servir de tratamento da lesão intraepitelial.³



O tratamento excisional ou excisão da zona de transformação, terá a profundidade no canal endocervical conforme a localização/extensão da lesão e tipo de zona de transformação (ZT): excisão do tipo 1 retira uma ZT1, totalmente ectocervical; excisão do tipo 2 retira ZT2, componente endocervical totalmente visível; e excisão tipo 3/conização retira uma ZT3, aquela com componente endocervical parcialmente visível ou não visível (nomenclatura da IFPCP—International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy).⁵

O método considerado de 1ª linha para a excisão é a cirurgia de alta frequência (CAF), utilizando alça diatérmica ou agulha, com vantagens de realização ambulatorial (em ambiente hospitalar) na maioria dos casos, sob anestesia local, com rápida execução e hemostasia, preferível em mulheres sem prole definida. Excisão com laser é uma opção com ótima cicatrização, porém com limitações de disponibilidade da aparelhagem e efeito hemostático limitado.⁵

A conização clássica com bisturi frio tem sido frequentemente substituída pela CAF, apesar das suas indicações primordiais nos casos de condições técnicas desfavoráveis do colo uterino; como lateralidade acentuada e incorporação às paredes vaginais, lesões glandulares, lesões escamosas altas no canal endocervical e idade acima de 50 anos. Este procedimento necessita internação e raqui-anestesia, apresenta maior incidência de complicações tardias como estenose cervical e incompetência istmo-cervical, aumentado até 3 vezes o risco de parto prematuro e rotura prematura de membranas. ⁵

É essencial o controle após tratamento, devido possibilidade de lesão residual e recidiva. Risco aproximado de recidivas: até 10-15% nas margens cirúrgicas livres, 18-30% em margem ectocervical comprometida, e de até 50% na margem endocervical comprometida, principalmente nas mulheres acima de 50 anos, onde se indica controle precoce em 4 meses ou até mesmo nova intervenção. Em geral, nas margens comprometidas por NIC3 indica-se controle cito/colposcópico semestral/2 anos (nas margens livres ou comprometidas por NIC1 pode ser citologia em 6 e 12 meses), citologia anual/3 anos, passando a trienal, se todos negativos, por 20-25 anos, devido ao maior risco de câncer de colo e vaginal em relação à população em geral.⁵

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. - 2. ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2021.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2.ed. Rio de Janeiro: Inca; 2016. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu>>.



- sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaoraostreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigeido.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2 ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2006. 56p.
 4. Alan G. Waxman, MD, MPH, David Chelmow, MD, Teresa M. Darragh, MD, Herschel Lawson, MD, and Anna-Barbara Moscicki, MD. Revised terminology for cervical histopathology and its implications for management of high-grade squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstet Gynecol* 2012;120:1465–71. DOI: <http://10.1097/AOG.0b013e31827001d5>.
 5. Terminologia colposcópica de 2011 da Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia. Bornstein J et al. *Obstet Gynecol* 2012 Jul; 120 (1): 166-72.

