



Interpretação e conduta em laudos citológicos/histopatológicos de células glandulares atípicas e adenocarcinoma

Rita Maira Zanine

Profª. Associada do Departamento de Tocoginecologia da UFPR. Chefe do Setor de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia do HC/UFPR

Declaro não ter conflito de interesses no assunto abordado.

Palavras chaves: adenocarcinoma, colo uterino, rastreamento

A incidência do carcinoma escamoso de colo uterino diminuiu nos países que adotaram um rastreio organizado com a citologia, simultaneamente foi observado um aumento no adenocarcinoma especialmente nas mulheres jovens. ¹

O adenocarcinoma compreende 25% de todos os tumores de colo, sendo que o mesmo cresceu 3 vezes em meio a população na faixa etária de 20-34 anos e duas vezes entre os 35 a 49 anos. ²

A interpretação dos achados citológicos de células glandulares sempre foi desafiadora. O Sistema Bethesda sofreu três modificações no que concerne as alterações glandulares sendo que em 1988 foi criada a categoria AGUS que foi substituída por atipias em células glandulares (AGC) na segunda revisão, acrescida da subdivisão em favorecendo a neoplasia. Houve também uma

modificação em relação a origem das células, especificando se endocervicais ou endometriais. A nova revisão feita em 2014 mudou o ponto de corte para a descrição da presença de células endometriais para 45 anos.

AGC são células glandulares com alterações morfológicas que podem sugerir um processo de reparação, mas ao mesmo tempo são insuficientes para um diagnóstico de um adenocarcinoma in situ (AIS). São pouco frequentes, correspondendo a 0.5% a 2.5% dos esfregaços. ²

A identificação de lesões glandulares na citologia é mais desafiadora comparado com as escamosas. Isto ocorre devido as limitações de amostragem, a baixa frequência destes achados citológicos e a uma abundância de mimetismos que poderão resultar em uma grande variabilidade interobservadores. ³



ABPTGIC

Associação Brasileira de
Patologia do Trato Genital
Inferior e Colposcopia

AGC pode corresponder tanto a lesões intraepiteliais escamosas como a adenocarcinoma in situ, adenocarcinoma invasor de colo, adenocarcinoma de endométrio e neoplasias extrauterinas. Ele também pode corresponder a achados benignos como pólipos endocervicais, endometriais, hiperplasia microglandular, reação a presença de dispositivo intra-uterino (DIU), gestação entre outros.⁴

Muitos critérios citológicos e morfológicos, associados a outras técnicas de processamento foram sugeridos para auxiliarem na identificação do AGC.³

A utilização da citologia líquida reduziu as taxas de esfregaços insatisfatórios, mas não melhorou a detecção do AGC em relação a convencional. Porém esta técnica permite a utilização da citoinclusão (cell block) que possibilita uma melhora no diagnóstico, excluindo os mimetismos através da imuno-citoquímica com o p16/Ki67.²

Em 2017 a International Endocervical Adenocarcinoma Criteria and Classification (IECC) classificou o adenocarcinoma em 2 grupos: associado ao HPV (HPVA): tipo usual (viloglandular e micropapilar) e tipo mucinoso e o grupo não associado ao HPV (NHPVA): gástrico, células claras, endometrióide e mesonefrico. Apesar de 80% dos casos estarem associados com o vírus as outras variáveis não seriam detectadas com o uso do teste para o rastreamento das lesões glandulares.⁵

O teste do HPV é recomendado nas mulheres com diagnóstico citopatológico de AGC e nas situações em que não é possível assegurar, pela colposcopia, ausência de doença glandular. No caso do

teste ser negativo a doença pré-invasora e invasora estarão excluídas.⁴

Estudos recentes sugerem que o AGC está associado histologicamente com lesões escamosas de alto grau (HSIL/NIC 2+) numa proporção considerável de casos. Existe uma variação significativa no desfecho histológico em relação a citologia AGC, isto se dá pela heterogeneidade das análises histopatológicas. Estudos feitos com material provenientes de biópsia apresentam muitas limitações se comparados com as avaliações realizadas nas peças cirúrgicas provenientes das conizações ou histerectomias.²

A frequência real dos desfechos histológicos só será possível através de estudos de larga escala comparando os diagnósticos citológicos de AGC através de uma análise padronizada.²

Mais estudos deverão ser realizados para a melhoria das técnicas de análise morfológica como também no desenvolvimento de biomarcadores para detecção das lesões precursoras e invasoras tanto glandulares como escamosas do colo uterino.

Referências

1. Xie Fengxiang, Zhang Liran, Zhao Dongman, Xafen Wu, Wei Mingsong, Zhang Xulian et al. Prior cervical cytology and high-risk HPV testing results for 311 patients with invasive cervical adenocarcinoma: a multicenter retrospective study from China's largest independent operator of pathology laboratories. BMC Inf Dis 2019; 19(1): 962-69.



2. Kumar Neeta, Gupta Ruchika, Gupta Sanjay. Glandular cells abnormalities in cervical cytology: What has changed in this decade and what has not? Eur J Obstet Gynecol Reprod 2019; 240 (2): 68-73.
3. Vicari Marco, Guidobaldi Leo, Perrela Eleonora, Bianchi Antonella, Ferrari Simona, Martucci Mariarosaria et al. MOρφometric analysis of atypical glandular cells correctly classifies normal reactive and atypical cels in cervical smears. Diag Cytopathol 2020; 48(1): 10-16.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer[internet]. DiretrizesBrasileiraspara o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA; 2016[Acesso em 18 abr 2021]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Participação_da_sociedade/2016_gt_oncorede_reuniao7_diretrizes_cancer_colo.pdf.
5. Stolnicu Simona, Hoang Lien, Saslow Robert. Recent advances in invasive adenocarcinoma of the cervix. Virchows Arch 2019; 475(5): 537-49.

