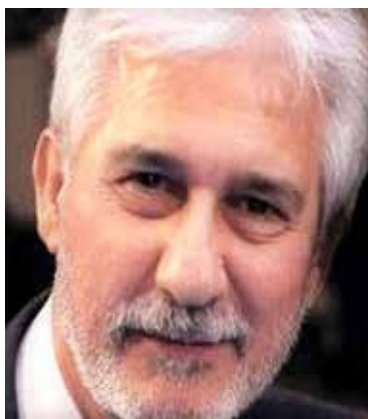


## O papel da colposcopia no diagnóstico do câncer cervical



Jefferson Elias Cordeiro Valença

Doutor em Medicina Tropical

Mestre em Ginecologia e Obstetrícia

Pós Graduado em Biologia Molecular

#Presidente Electo da FLPTGIC - Federação Latino-americana de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

## Board Member da IFPCP - Federação Internacional de Patologia Cervical

### Presidente da ABPTGIC de 2015 a 2020

Email: jeffersonvalenca25@hotmail.com

ORCID 0009-0004-2604-5140

Declaro não ter conflito de interesses no assunto abordado

**Palavras chaves:** câncer, colo uterino, diagnóstico, colposcopia.

O câncer do colo uterino atualmente encontra reduções em incidência e mortalidade em países com programas bem estabelecidos no rastreamento, tratamento, e na prevenção primária com a vacina HPV. Embora a citologia identifique as mulheres que correm maior risco de abrigar lesões pré-malignas cervicais de alto grau ou câncer invasivo, a colposcopia é necessária para mulheres com citologia anormal para a localização da anormalidade, confirmação do diagnóstico pela biópsia e conduta apropriada. O resultado da biópsia é que traz o diagnóstico mais confiável.<sup>1-5</sup>

A colposcopia é a principal modalidade de triagem para avaliação de pacientes com testes de rastreamento de câncer cervical anormais, o Papanicolaou com algumas alterações e testes moleculares com a presença de alguns tipos de HPV de

alto risco. A colposcopia permite: reconhecer, delimitar e diagnosticar os diferentes aspectos fisiológicos e patológicos do epitélio e do córion subjacente do trato genital inferior; identificar o local, a extensão e as características de topográfica da lesão; escolher a melhor técnica de biópsia frente à citologia de lesão pré-neoplásica ou neoplásica; estudar as características morfológicas e topográficas das lesões; e identificar a área de maior anormalidade para biopsiar. A colposcopia também é importante para descartar a invasão e o envolvimento glandular, bem como diagnosticar as neoplasias multicêntricas, identificar lesões pré-cancerosas e cancerosas de modo que se possa tratar mais precocemente, ou seja, é essencial para selecionar a conduta e a terapêutica.<sup>1-5</sup>

### Princípios de Colposcopia

O exame coposcópico deve ser precedido de uma anamnese e com o conhecimento do resultado da citologia; para alguns guidelines a presença de tipos de HPV de alto risco, principalmente o 16 e 18, também pode indicar ir direto para o exame. A anamnese deve ser dirigida e objetiva, além de contemplar os aspectos relevantes relacionados com o exame tais como idade, paridade, data da última menstruação, método contraceptivo e antecedente de doenças sexualmente transmissíveis. Deve-se relatar os resultados de citologia, histologia e tratamentos prévios.<sup>1-5</sup>

A colposcopia permite o exame do colo do útero e da vagina usando uma poderosa fonte de luz e ampliação da imagem. Este procedimento envolve a observação das alterações no epitélio cervical após aplicação consecutiva de solução salina normal, de ácido acético diluído e lugol. Considerando o resultado da citologia que levou à colposcopia e o achado colposcópico, uma biópsia guiada precisará ser direcionada para a área mais grave para confirmar ou descartar lesões pré-malignas ou malignas de alto grau.<sup>1-5</sup>

### Técnica do Exame Colposcópico

Introduz-se o espéculo vaginal de maneira delicada e sem traumatizar o colo ou as paredes vaginais. Não se deve usar lubrificante, se necessário, utilizar soro fisiológico. A visualização do colo do útero e muitas vezes a aparência de um exsudado possibilita prever uma possível etiologia infecciosa. Por meio da visualização é possível verificar também a presença de leucoplasia, ulceração ou erosão e apreciar as irregularidades da superfície. Segue-se com aplicação de solução de soro fisiológico para limpar cuidadosamente o muco para uma primeira avaliação da trama vascular vista por transparência da mucosa. O filtro verde é particularmente útil, pois absorve o comprimento de onda vermelho do espectro de luz e transmite a região verde, fazendo com que os vasos se tornem mais escuros, o que facilita o estudo da vascularização. A aplicação de ácido acético, 3% a 5%, tem por finalidade remover e coagular as proteínas intracelulares epiteliais aumentadas nas lesões intraepiteliais, efeito de aceto-branqueamento

em diferentes graus, e que ocorre conforme a densidade nuclear. Esse efeito é evanescente e, para que possa ser mantido, é necessária a reaplicação da solução durante o procedimento. É também o momento de avaliação da zona de transformação determinando os seus limites. Sempre que possível deve-se entreabrir o orifício cervical para melhor observação de alterações glandulares ou escamosas, seja com auxílio de pinças, como as de Mecken ou Koogan, ou pela introdução de bolinha de algodão umedecida em soro fisiológico ou em ácido acético. A aplicação da solução de iodo (lugol) permite, pela intensidade da coloração observada, correlacionar o grau de diferenciação das células determinada pela quantidade de glicogênio intracelular. De acordo com este teste, as imagens podem ser iodo-positivas (que fixam o Lugol), iodo-negativa (quando não se coram) e iodo-parcialmente positivas (quando a coloração é parcial e irregular). A aplicação da solução de hipo ou bissulfito provoca descoloração imediata do lugol, tornando mais evidentes os campos anormais, principalmente aqueles acetobranços. Isso é particularmente útil para o estudo das áreas de colo e das paredes vaginais que passaram despercebidas ao teste de ácido acético e, posteriormente, não se coram bem ou se apresentam iodo negativas ao teste de Schiller.<sup>1-5</sup>

A zona de transformação (ZT) tem sido reconhecida como a região preferencial para as lesões pré-invasivas do colo uterino. Dessa maneira, é de suma importância ver a JEC em toda a sua circunferência. As lesões intraepiteliais cervicais são, na maioria das vezes, colposcopicamente visíveis em toda sua extensão, especialmente em pacientes jovens. A proporção de lesões localizadas no canal endocervical aumenta com a idade, uma vez que a junção escamo colunar (JEC) e a zona de transformação (ZT) movem-se em direção ao interior do canal no climatério. Em situações em que a JEC não é visível ou vista parcialmente, é recomendável abrir mais o espéculo ou fazer pressão por meio de pinça na transição entre o colo e a vagina, ou a retirada do muco cervical ou sua introdução no canal por meio de uma bolinha de algodão embebida de ácido acético ou ainda o uso de espéculos endocervicais (pinças de Mencken ou Kogan. O uso dos ramos de uma pinça de dissecação longa ou Cheron podem facilitar a visualização da JEC que adentra o canal. Nas mulheres menopausadas, o uso de estrogênios (estradiol 1mg ou 2mg ou estrogênios conjugados 0,625mg por via oral por até 10 dias ou vaginal (estriol ou estrogênios conjugados 0,625mg) entre cinco e 14 dias antes de uma nova colposcopia auxilia muito o exame.<sup>(1-5)</sup>

### **Precisão e limitações da Colposcopia**

A colposcopia é de natureza subjetiva e sua precisão depende principalmente dos conhecimentos, do treinamento e da habilidade do colposcopista para reconhecer anormalidades cervicais. As sensibilidades e especificidades relatadas da colposcopia variam amplamente entre os estudos. O diagnóstico de colposcopia correlaciona-se bem com anormalidades de alto grau e para a detecção de neoplasia intraepitelial e câncer. No entanto, devido à baixa

reprodutibilidade e especificidade, é menos eficiente para mulheres com pequenas anormalidades citológicas.<sup>1-5</sup>

A maioria dos estudos sobre a precisão da colposcopia vem de configurações onde as referências são baseadas em anormalidades citológicas. Isso é potencialmente vantajoso para os colposcopistas, porque o grau de anormalidade citológica fornece alguma indicação das alterações esperadas durante o procedimento de colposcopia. Adicionalmente, a colposcopia é limitada pela incapacidade de avaliar o epitélio cervical em risco dentro do canal endocervical. Os espéculos endocervicais podem permitir a inspeção da porção distal da endocérvice, mas a inspeção e a biópsia direcionada podem ser limitadas.<sup>1-5</sup>

#### REFERÊNCIAS:

1. Hariprasad R, Mittal S, Basu P. Role of colposcopy in the management of women with abnormal cytology. *Cytojournal*. 2022 Jun 14;19:40. doi: 10.25259/CMAS\_03\_15\_2021. PMID: 35928528; PMCID: PMC9345135.
2. Corrêa FM, Migowski A, de Almeida LM, Soares MA. Cervical cancer screening, treatment and prophylaxis in Brazil: Current and future perspectives for cervical cancer elimination. *Front Med (Lausanne)*. 2022 Aug 24;9:945621. doi: 10.3389/fmed.2022.945621. PMID: 36091685; PMCID: PMC9449345.
3. Cartier R. *Colposcopia prática: 3a edição*. Editora Roca, 1994: ISBN: 8572410872, 9788572410878: Length: 350 p. :
4. Massad LS, Perkins RB, Naresh A, Nelson EL, Spiryda L, Gecsi KS, Mulhem E, Kostas-Polston E, Zou T, Giles TL, Wentzensen N. Colposcopy Standards: Guidelines for Endocervical Curettage at Colposcopy. *J Low Genit Tract Dis*. 2023 Jan 1;27(1):97-101. doi: 10.1097/LGT.0000000000000710. Epub 2022 Oct 12. PMID: 36222824; PMCID: PMC9770112.
5. Liu AH, Walker J, Gage JC, Gold MA, Zuna R, Dunn ST, Schiffman M, Wentzensen N. Diagnosis of Cervical Precancers by Endocervical Curettage at Colposcopy of Women With Abnormal Cervical Cytology. *Obstet Gynecol*. 2017 Dec;130(6):1218-1225. doi: 10.1097/AOG.0000000000002330. PMID: 29112672; PMCID: PMC5709212.