

ÁREA TEMÁTICA: (marque uma das opções)

- COMUNICAÇÃO
- CULTURA
- DIREITOS HUMANOS E JUSTIÇA
- EDUCAÇÃO
- MEIO AMBIENTE
- SAÚDE
- TECNOLOGIA E PRODUÇÃO
- TRABALHO

CORRELAÇÃO ENTRE A CITOPATOLOGIA E ANATOPATOLOGIA NO EXAME DE PAPANICOLAOU NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO UTERINO EM PONTA GROSSA

Karyn Vanessa Perek (karynperek@hotmail.com)¹
Jucélia de Fátima dos Anjos (jucelia.anjos@bol.com.br)²
Ednéia Peres Machado (edpmach@gmail.com)³

Resumo: Foram correlacionados os resultados da citopatologia com anatomopatologia dos exames realizados no rastreamento do câncer do colo uterino. Pesquisa descritiva longitudinal, utilizando dados do rastreamento de Ponta Grossa-PR em 2014, do Sistema de Informação do Câncer, analisados por frequência simples. Dos 11.732 citológicos, 267 apresentaram alterações celulares: 1 adenocarcinoma invasor, 2 AGUS, 35 ASC-H, 130 ASC-US, 1 HLIV, 61 HSIL e 37 LSIL. Encaminhadas para biópsia 45 amostras, sendo 35 para confirmação de positividade e 10 amostras negativas. Das amostras negativas as biopsias relataram 4 pólipos, 2 cervicites crônicas, 1 metaplasia escamosa e 3 NIC III. Das amostras alteradas as biopsias relataram: nos casos de ASC-US, biópsia com 4 NIC III, 1 carcinoma e 1 metaplasia com cervicite; dos ASC-H a biópsia relatou 1 NIC II, 4 NIC III e 1 metaplasia escamosa com cervicite; dos LSIL com HPV a biópsia relatou 2 NIC II e 1 NIC III; dos HSIL a biópsia relatou 1 NIC II, 15 NIC III, 2 carcinomas, e 1 caso negativo. O HLIV a biópsia relatou carcinoma de alto grau (HSIL). Houve correlação de 42% entre citopatológicos e biópsias.

Palavras-chave: Citologia. Programas de Rastreamento. Teste de Papanicolaou.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é um grave problema de saúde pública no mundo, correspondendo, no Brasil à terceira neoplasia mais incidente em mulheres (INCA, 2016). A evolução do câncer do colo uterino se dá de forma lenta, apresentando fases pré-invasivas caracterizadas por lesões conhecidas como neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC) ou lesões intra-epiteliais escamosas (SIL). Essas lesões quando diagnosticadas precocemente podem ser totalmente curadas (PINHO & MATTOS, 2002). Dentre todos os tipos de câncer, é

¹ Graduanda; UEPG; curso de Farmácia; karynperek@hotmail.com

² Supervisora; UEPG; Servidora do Ambulatório da UEPG; jucelia.anjos@bol.com.br

³ Coordenadora de projeto de extensão, UEPG, docente do curso do Farmácia; DELCIN; edpmach@gmail.com.

o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Seu pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 a 60 anos de idade (INCA, 2016).

No Brasil, o rastreamento do câncer do colo uterino é realizado pelo teste de Papanicolaou, tido como método de excelência na avaliação do grau de alteração celular do epitélio escamoso cervical, e tem ajudado a diminuir drasticamente a incidência deste tipo de tumor (MANOS, KINNEY, HURLEY, 1999). Porém a baixa sensibilidade do teste acarreta em resultados falso-negativos em torno 2% a 62% dos casos (KOSS, 2006), cujas principais causas são a baixa qualidade das amostras coletadas e a interpretação do citologista (ROBERTO NETO et al, 2001), por isso a qualidade do exame citológico é fundamental para a garantia do programa de rastreamento.

Visando a qualidade do exame citológico, o Ministério da Saúde elaborou um manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia, que estabelece métodos de controle de qualidade interno, e dentre eles está a correlação entre os resultados citológicos e histológicos como um dos indicadores de qualidade (INCA, 2106)

Os laudos de citopatologia são baseados no Sistema Bethesda cujas orientações visando a qualidade da análise microscópica, recomenda que os laudos devem ser descritivos, o esfregaço deve conter entre 8.000 a 12.000 células escamosas e pelo menos 10 células endocervicais e/ou metaplásicas. A nomenclatura para lesões intraepiteliais cervicais são classificadas como lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) para as displasias leves (NIC I) com alterações celulares causados pelo HPV (coilocitos) e lesão intraepitelial de alto grau que engloba as displasias moderas (NIC II), severas (NIC III) e carcinoma “in situ”, e carcinoma invasor. O Sistema Bethesda permite o uso do “dilema da dúvida” com o uso das classificações: células escamosas atípicas de resultado indeterminado (AS-CUS), células escamosas atípicas não sendo possível excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H). Inclui também as alterações em células glandulares considerando AGUS os casos de células glandulares atípicas, adenocarcinoma endocervical “in situ” (AIS) e adenocarcinoma endocervical invasor (SALOMON & NAYAR, 2005).

O exame histopatológico é considerado padrão ouro para diagnóstico do câncer do colo uterino cuja classificação para a lesão é NIC I quando menos de um terço do epitélio apresenta células atípicas, NIC II quando dois terços do epitélio contém atípicas celulares e NIC III (ou carcinoma “in situ”), quando mais de dois terços ou toda a espessura do epitélio

apresenta células atípicas e figuras de mitose, sem invasão do estroma e carcinoma invasor, quando a membrana basal se rompe e há invasão estromal.

OBJETIVOS

Correlacionar os resultados da análise citopatológica com a anatomopatológica dos exames realizados no rastreamento do câncer do colo uterino em Ponta Grossa no ano de 2014.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva longitudinal, utilizando dados do rastreamento do câncer do colo uterino do município de Ponta Grossa-PR no ano de 2014, os quais foram obtidos do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e analisados estatisticamente por frequência simples pelo programa Excel 2010. Esta pesquisa foi aprovada na Comissão de Ética em Pesquisa da UEPG sob parecer número 1.614.753.

Em 2014, foram realizados 11.732 exames preventivos do câncer do colo uterino. Dos 267 (2,27%) exames citológicos alterados, foram relatadas as seguintes alterações celulares baseadas no Sistema Bethesda: células escamosas atípicas de resultado indeterminado (ASC-US), células escamosas atípicas não sendo possível excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H), lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) e lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL). As alterações citológicas glandulares encontradas foram: células glandulares atípicas (AGUS) e adenocarcinoma invasor. Foi relatada uma lesão de alto grau em vulva (HLIV). As análises histológicas relataram a presença de NIC I, NIC II e NIC III.

RESULTADOS

Dos 11.732 exames citológicos pelo Papanicolaou realizados em Ponta Grossa em 2014, 267 (2,28%) apresentaram as seguintes alterações celulares: 1 adenocarcinoma invasor, 2 AGUS, 35 ASC-H, 130 ASC-US, 1 HLIV, 61 HSIL e 37 casos de LSIL. Foram encaminhadas para biópsia 45 amostras, e destas 35 para confirmação dos resultados positivos e 10 amostras negativas. Das amostras citológicas negativas, as biopsias relataram 4 pólipos, 2 cervicites crônicas, 1 metaplasia escamosa e 3 NIC III. Das 35 (13,1%) das amostras com alterações citopatológicas, as biopsias relataram: nos 6 casos de ASC-US, biópsia com 4 NIC III, 1 carcinoma e 1 metaplasia com cervicite; dos 6 ASC-H a biópsia relatou 1 NIC II, 4 NIC

III e 1 metaplasia escamosa com cervicite; dos 3 casos de LSIL com HPV a biópsia relatou 2 NIC II e 1 NIC III; dos 19 casos de HSIL no citopatológico, a biópsia relatou 1 NIC II, 15 NIC III, 2 carcinomas, e 1 caso negativo. O caso de HLIV a biópsia relatou carcinoma (Quadro 1).

Quadro 1 – Resultados obtidos no exame citopatológico e respectivas biópsias no rastreamento do câncer do colo uterino em Ponta Grossa-PR no ano de 2014

Laudo Citológico		Ecaminhados para Biópsia			Confirmação da Biópsia	
Quantidade	Classificação	Quantidade	Classificação		Sim	Não
130	ASC-US	6	4	NICIII		X
			1	Carcinoma		
			1	metaplasia com cervicite		
35	ASC-H	6	4	NIC III	X	
			1	NIC II		
			1	metaplasia com cervicite		
37	LSIL	3	1	NIC III		X
			2	NIC II		
19	HSIL	19	15	NIC III		X
			1	NIC II		
			2	Carcinoma		
			1	Negativo	X	
1	HLIV	1	1	Carcinoma		X
10	NEGATIVO	10	5	Negativo	X	
			4	Pólipo	X	
			1	Metaplasia		X
			2	Cervicite		X
			4	Pólipos	X	

Fonte: Pesquisa de Campo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que os casos de ASC-US apresentem um resultado de biópsia com lesão não mais grave que LSIL, e neste caso 83% das biópsias identificaram lesões mais avançadas. Estudos relatam que o ASC-US, em cerca de 5% a 17% dos casos apresentam diagnóstico histopatológico de NIC II e NIC III, e 0,1% a 0,2% de carcinoma invasor (Jones & Neves, 2000). Os casos de ASC-H em citopatologia, por tratar-se de atipias onde não se pode excluir

lesão de alto grau, 83% foram confirmadas em biópsia, apresentando excelente correlação, condizente com outros estudos encontrados na literatura pelo fato de metade dos casos de ASC-H apresentarem resultado de NIC III em biópsia, demonstrando lesões de alto grau. Os casos de LSIL, sugere biópsia compatível com NIC I e nesse estudo 100% demonstrou lesão mais avançada, contudo os dados deste estudo são compatíveis com os dados de outras pesquisas que relatam NIC II e NIC III em biópsia com citológico LSIL. Casos de HSIL demonstraram confirmação em 94,7% do diagnóstico em biópsias. Estudos demonstram que cerca de 70% a 75% dos casos de HSIL apresentam resultado de biópsia compatíveis com carcinoma invasor (KINNEY et al, 1998). No caso do citopatológico com resultado HLIV, houve um cuidado especial no momento da coleta, em que o material foi coletado de lesão de vulva, cuja biópsia confirmou o resultado de carcinoma. Ao comparar os total dos laudos citopatológicos com os resultados das biópsias no presente estudo, observou-se uma correlação de 42% dos casos, semelhante aos dados encontrados em um estudo realizado na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, onde a análise comparativa entre os diagnósticos citopatológicos e as biópsias correspondentes demonstraram concordância absoluta em 48% dos casos (DORNELAS, 2013).

O exame histopatológico é obrigatório nos casos de lesões suspeitas. A correlação cito-histológica é tida como um dos indicadores para o aprimoramento da citologia, sendo considerada eficiente para garantia da qualidade em citologia, porém o intervalo entre as coletas citológicas e histológicas não devem ser grandes pelo risco da não correlação entre ambos os métodos pela regressão ou progressão da lesão inicialmente detectada. **APOIO:** (se for o caso de contar com órgãos financiadores).

REFERÊNCIAS

DORNELAS, B. C. **Análise de dados secundários sobre a concordância entre o rastreamento e o diagnóstico histopatológico para o câncer do colo uterino numa unidade de saúde de Uberlândia-Minas Gerais.** 26 f. Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, Minas Gerais, 2013

INCA. **Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia.** 2 ed., Rio de Janeiro, INCA, 2016.

KINNEY, W.K., MANOS, M.M., HURLEY, L., RANSLEY, J.E. Where's the high-grade cervical neoplasia? The importance of minimally abnormal Papanicolaou diagnoses. **Obstet Gynecol.**, v. 91, n. 6, p.973-976, 1998.

KOSS, Leopold G., GOMPEL, Claude. Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas. **ROCA**, v.261, n. 5, p. 137-143, 2006.

MANOS, M.M., KINNEY, W.K., HURLEI, L.B. et al. Identifying women with cervical neoplasia: using human papillomavirus DNA testing for equivocal Papanicolaou results. **JAMA**, v. 17, mai., p. 1605-1610, 1999.

PINHO, A. A. e MATTOS, M. C. F. I. Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero. **J.Bras.Patol e Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v.38, n.3, p. 225-231, 2002

ROBERTO NETO, A. et al. Avaliação dos métodos empregados no PNCCCU do Ministério da Saúde. *Rev.Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 23, n. 4, p. 209-216, 2001.

SALOMON, D. & NAYAR, R. **Sistema Bethesda para citopatologia cervicovaginal**. 2 ed., Livraria e Editora Revinter, 2005.