

Avaliação colposcópica da neoplasia intra-epitelial cervical

- O diagnóstico colposcópico da neoplasia cervical depende do reconhecimento de quatro características principais: intensidade (tonalidade da cor) do acetobranqueamento; margens e contorno superficial das áreas acetobranças; características vasculares e alterações cromáticas depois da aplicação de iodo.
- O surgimento de características anormais em uma área localizada na zona de transformação aumenta a probabilidade de diagnóstico de lesão neoplásica.
- É preciso ter uma boa habilidade para fazer a diferenciação entre NIC de baixo grau, metaplasia escamosa imatura e lesões inflamatórias.
- Em caso de dúvida, é aconselhável fazer uma biopsia dirigida.
- A observação de áreas densas, opacas, acetobranças bem delimitadas na zona de transformação, próximas do limite ou no limite da junção escamocolunar, é um sinal distintivo do diagnóstico colposcópico da NIC.
- A NIC de baixo grau é, com frequência, vista como lesões acetobranças finas, planas, de margens bem delimitadas, mas irregulares, em forma de pena, angulares ou digitiformes.
- A NIC de alto grau é associada a áreas acetobranças, branco-acinzentadas, espessas, densas, de aspecto fosco, com margens bem delimitadas, que às vezes podem estar sobrelevadas e deiscientes. Podem ser mais extensas, e as lesões complexas estendem-se ao canal endocervical. Os contornos superficiais das áreas acetobranças associadas a lesões de NIC de alto grau costumam ser menos lisos, ou irregulares e nodulares. A visualização de uma ou mais margens dentro de uma lesão acetobrança ou de uma lesão acetobrança com variações de intensidade de cor está associada a lesões de alto grau.
- As características vasculares anormais, como pontilhados e mosaicos, são significativas somente se estas estiverem restritas às áreas acetobranças.
- As características vasculares, como pontilhados e/ou mosaicos finos, nas áreas acetobranças podem estar associadas à NIC de baixo grau.
- Pontilhados e/ou mosaicos grosseiros nas áreas acetobranças costumam aparecer em lesões de alto grau.
- As lesões de NIC não contêm glicogênio e, portanto, não se coram com iodo, permanecendo com uma coloração amarelo-mostarda ou cor de açafrão.
- Um sistema de qualificação como o índice colposcópico de Reid pode guiar a interpretação e o diagnóstico colposcópico.

O diagnóstico colposcópico da neoplasia cervical requer a compreensão e o reconhecimento das quatro características principais: tonalidade e intensidade do acetobranqueamento; margens e contorno superficial das áreas acetobranças; padrão vascular e de coloração de iodo. A colposcopia com biopsia dirigida é descrita como o método de referência ou “padrão de excelência” para o diagnóstico de lesões pré-neoplásicas do colo uterino (Cantor e Monaghan, 2000). A sensibilidade da colposcopia para diagnosticar a neoplasia cervical varia de 87% a 99%, mas sua especificidade é inferior, entre 23% e 87% (Mitchell *et al.*, 1998; Belinson *et al.*, 2001).

As características colposcópicas da neoplasia intraepitelial cervical (NIC) são descritas neste capítulo para dotar o aluno de habilidades que permitam a ele fazer a distinção entre os achados colposcópicos associados à NIC de alto grau (NIC 2-3) e às lesões de baixo grau (NIC 1). Embora a existência de uma única característica anormal não seja um forte indicador da presença de uma lesão, o surgimento de características anormais em uma área localizada na zona de transformação aumenta a probabilidade de existir uma lesão. É evidente que é preciso uma boa habilidade na prática colposcópica para fazer a diferenciação de lesões de baixo grau, metaplasia escamosa imatura e certas condições inflamatórias. Em caso de dúvida, incentiva-se que o aluno obtenha biopsias e examine os achados histopatológicos com o patologista. A estreita colaboração com os patologistas é indispensável e útil para a melhoria das próprias habilidades para fazer

um diagnóstico. Ao final deste capítulo, é apresentado um sistema que permite ao colposcopista classificar as anomalias. Esse sistema é útil como base para escolher a(s) área(s) de biopsia. É essencial biopsiar as áreas piores, ou seja, aquelas que apresentam as alterações com as características mais graves.

Os achados colposcópicos de uma zona de transformação anormal ou atípica podem compreender toda a zona de transformação, mas geralmente apenas atingem parte dela, podendo haver múltiplas lesões diferenciadas. Há em geral uma delimitação clara entre o epitélio normal e o anormal.

As características colposcópicas que permitem diferenciar uma zona de transformação anormal de uma normal são: tonalidade de coloração das áreas acetobranças; padrão superficial das áreas acetobranças; limite de separação entre as áreas acetobranças e o restante do epitélio; características vasculares e alterações cromáticas depois da aplicação de iodo.

Depois da aplicação de solução salina isotônica

Depois da aplicação de solução salina, o epitélio anormal pode apresentar-se muito mais escuro que o epitélio normal.

Vascularização

Com o filtro verde (ou azul) e um maior aumento, quando necessário, o melhor momento para avaliar os padrões de vascularização anormal é antes da aplicação do ácido

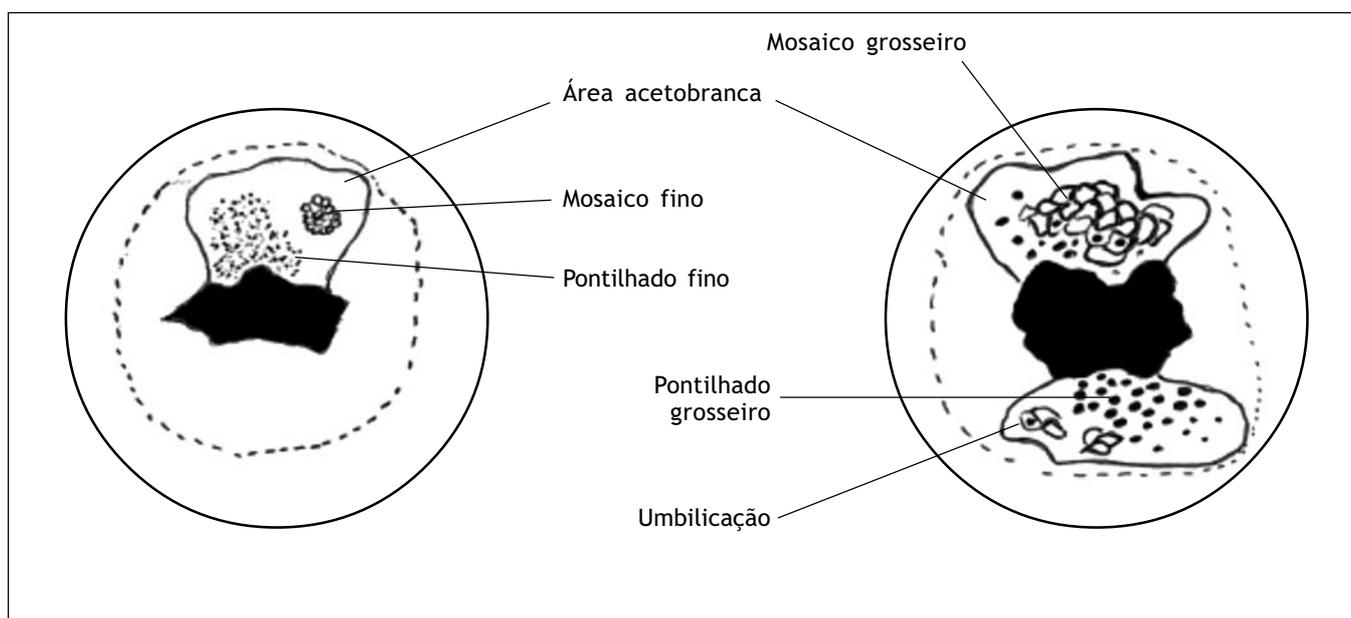


FIGURA 7.1: Representação esquemática de pontilhados e mosaicos

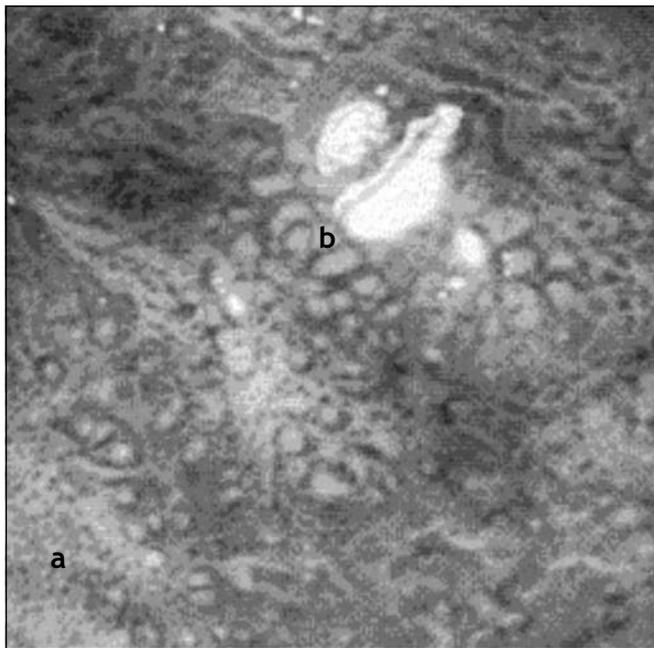


FIGURA 7.2a: Pontilhado fino (a) e mosaico grosseiro (b) vistos após aplicação de solução salina isotônica

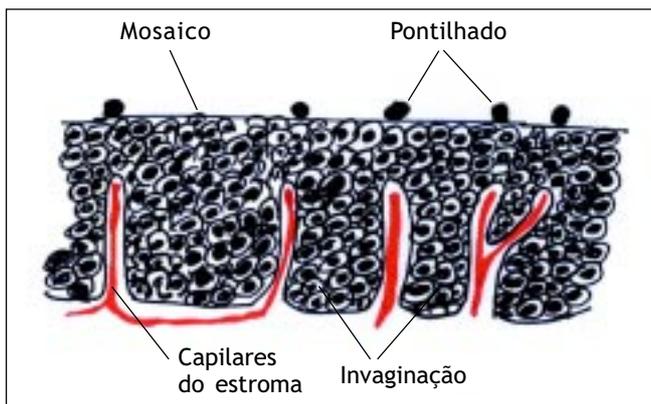


FIGURA 7.2b: Diagrama esquemático para mostrar as invaginações e os capilares do estroma que, vistos de cima, parecem pontilhados

acético, já que seu efeito pode mascarar parcial ou totalmente as alterações, sobretudo em uma área acetobranca. As anomalias de interesse são pontilhados, mosaicos e vasos atípicos.

Capilares: Os capilares aferentes e eferentes dentro das vilosidades (figura 6.4) do epitélio colunar são comprimidos durante o processo metaplásico normal e não são incorporados ao epitélio escamoso recém-formado. Em contrapartida, formam uma rede fina abaixo da membrana basal. Quando a NIC se desenvolve como resultado da infecção por HPV ou de uma metaplasia atípica, o sistema capilar aferente e eferente pode ser aprisionado (incorporado) no epitélio displásico doente

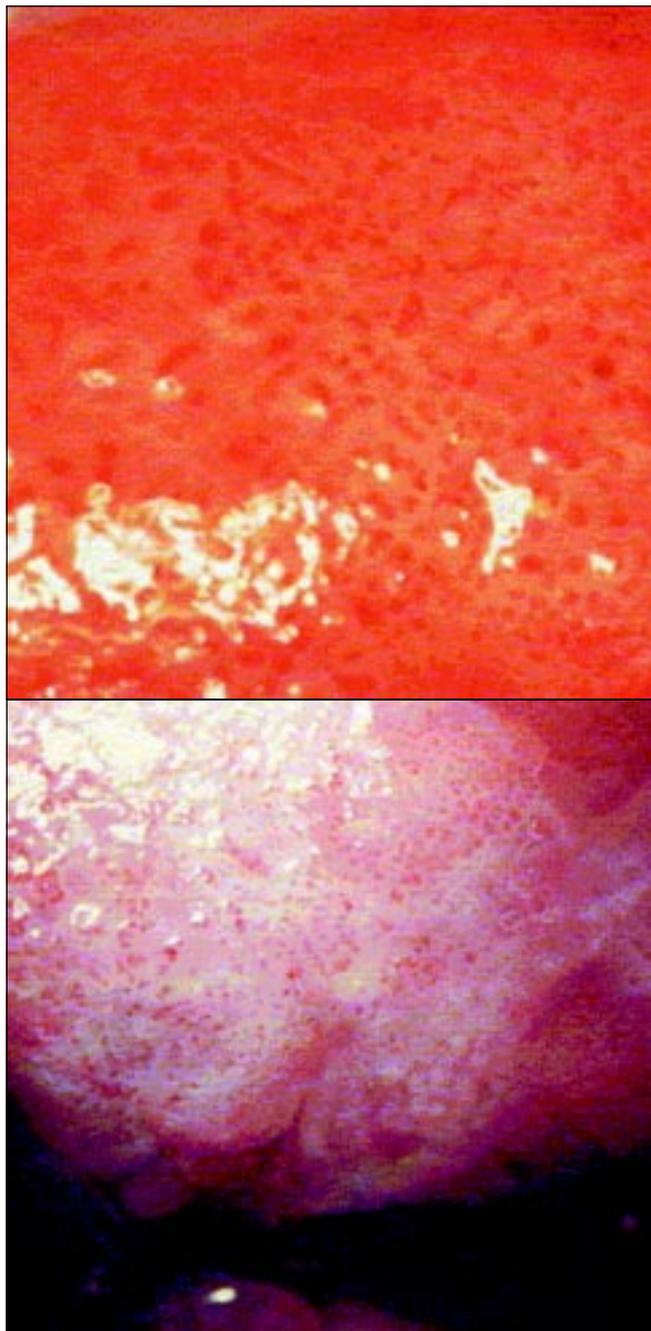


FIGURA 7.3: Pontilhado grosseiro antes e após a aplicação de ácido acético

em várias papilas alongadas do estroma (figuras 2.3 e 2.4), e uma fina camada do epitélio pode ficar sobre esses vasos. Isso constitui a base dos padrões vasculares de pontilhado e mosaico (figuras 7.1, 7.2 e 7.3). Os vasos terminais nas papilas do estroma subjacentes ao fino epitélio apresentam-se, na visão frontal do colposcópico, como um padrão de pontos pretos, constituindo o que se denomina de áreas pontilhadas (figuras 7.1, 7.2 e 7.3). Os vasos sanguíneos interconectados das papilas do estroma ao redor das invaginações interpapilares do epitélio,

paralelas à superfície, são vistos na colposcopia como áreas pavimentadas em padrão de mosaico (figuras 7.1 e 7.2). Nas áreas de mosaico, o epitélio apresenta-se como blocos individuais pequenos, grandes, redondos, poligonais, regulares ou irregulares. As alterações das áreas de pontilhado e mosaico são classificadas como finas ou grosseiras. As alterações grosseiras costumam estar associadas a graus mais graves de anomalia. Os critérios de avaliação usados na predição colposcópica da doença são os mesmos tanto quando os padrões de pontilhado e de mosaico se apresentam conjuntamente como quando são encontrados separadamente.

Os vasos que apresentam pontilhados e mosaicos são, em geral, mais evidentes que os vasos normais do estroma, porque estes penetram no epitélio e estão assim mais próximos da superfície. Quando o ácido acético é aplicado, esses padrões vasculares anormais ficam limitados às áreas acetobranças.

O termo *pontilhado fino* refere-se às alças capilares vistas de frente que apresentam um pequeno calibre e estão localizadas umas próximas das outras, produzindo um efeito de pontilhado delicado (figuras 7.1 e 7.2a). Os *mosaicos finos* são uma rede de vasos sanguíneos de pequeno calibre que se apresentam muito próximos uns dos outros, em padrão de mosaico, quando vistos ao coloscópio (figura 7.1). Esses dois aspectos vasculares podem ocorrer conjuntamente e serem encontrados em lesões de baixo grau (NIC 1). Os padrões não são necessariamente encontrados em toda a lesão.

O *pontilhado grosseiro* (figura 7.3) e os *mosaicos grosseiros* (figuras 7.1 e 7.2) são formados por vasos de maior calibre, com distâncias intercapilares maiores, em contraste com as alterações finas correspondentes. Ambos costumam aparecer em lesões neoplásicas graves, como NIC 2, NIC 3 e neoplasia invasiva pré-clínica precoce. Às vezes, os dois padrões são sobrepostos em uma área, de modo que as alças capilares são vistas no centro de cada "ladrilho" de mosaico. Esse aspecto é denominado de umbilicação (figura 7.1).

Leucoplasia (hiperqueratose)

A leucoplasia ou hiperqueratose (figura 7.4) é uma área branca bem delimitada no colo uterino e evidente a olho nu antes da aplicação do ácido acético. A cor branca é devida à presença de queratina e é uma observação importante. Em geral, a leucoplasia é idiopática, mas também pode ser causada por irritação crônica provocada por corpos estranhos, por infecção pelo HPV ou por neoplasia escamosa. Seja qual for a área que a leucoplasia ocupe no colo uterino, ela deve ser biopsiada para

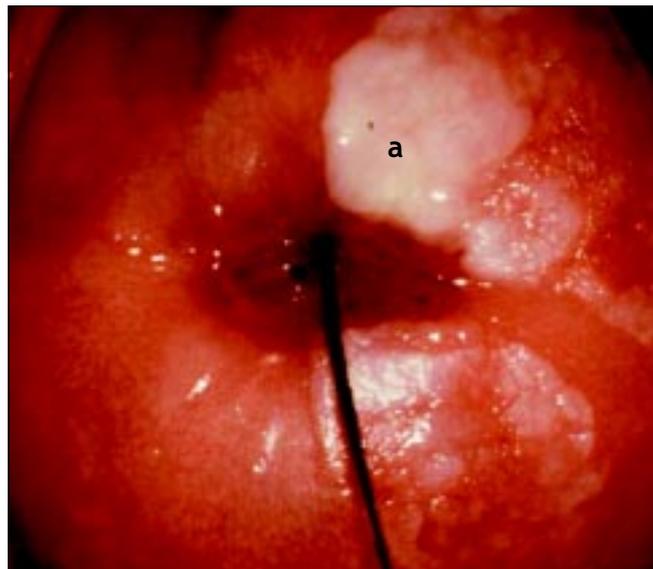


FIGURA 7.4: Hiperqueratose (leucoplasia) (a)

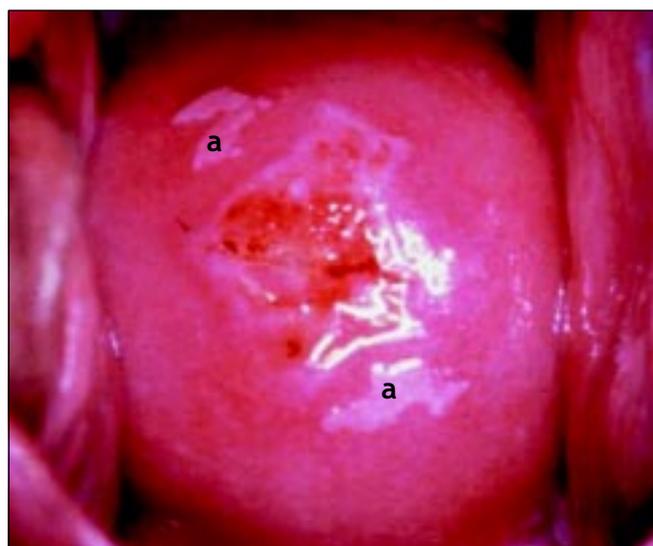


FIGURA 7.5: Lesões geográficas satélites (a) distantes da junção escamocolunar, sugestivas de condiloma

descartar NIC ou neoplasia maligna de alto grau. Nessas áreas, costuma ser impossível avaliar por colposcopia a vascularização subjacente.

Condilomas

Uma lesão exofítica no colo uterino em geral representa e apresenta aspectos característicos de condiloma (figuras 7.5 a 7.8). Os condilomas são lesões exofíticas múltiplas poucas vezes encontradas no colo uterino e mais comumente vistas na vagina ou na vulva. Dependendo do seu tamanho, podem ser visíveis a olho nu. Antes da aplicação do ácido acético, eles se apresentam como

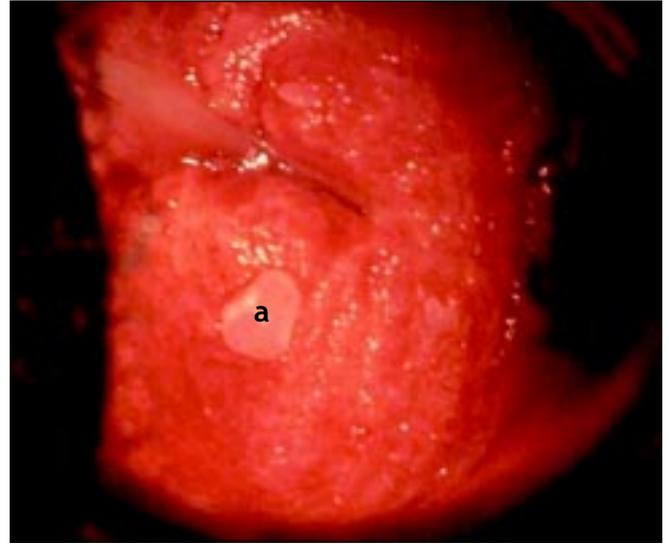
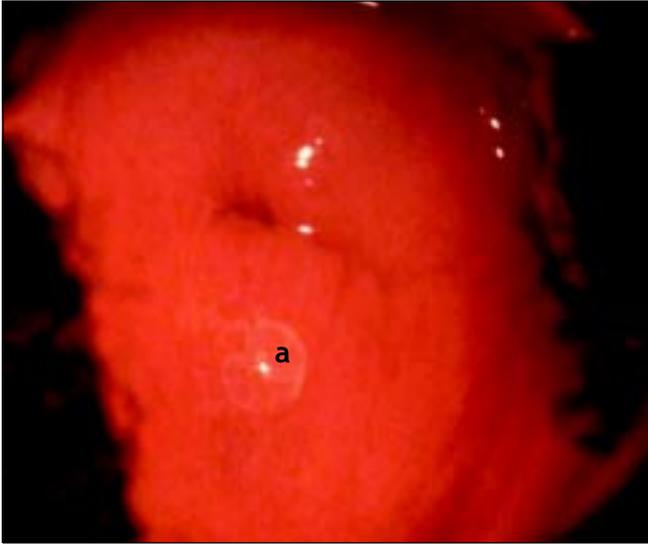


FIGURA 7.6: Condiloma exofítico no lábio posterior do colo (a), antes e depois da aplicação de ácido acético a 5%

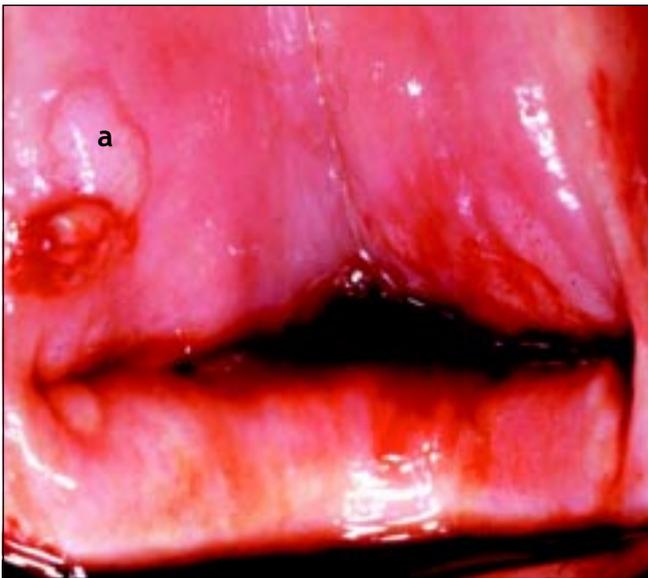


FIGURA 7.7: Condiloma exofítico no colo (a) após aplicação de ácido acético

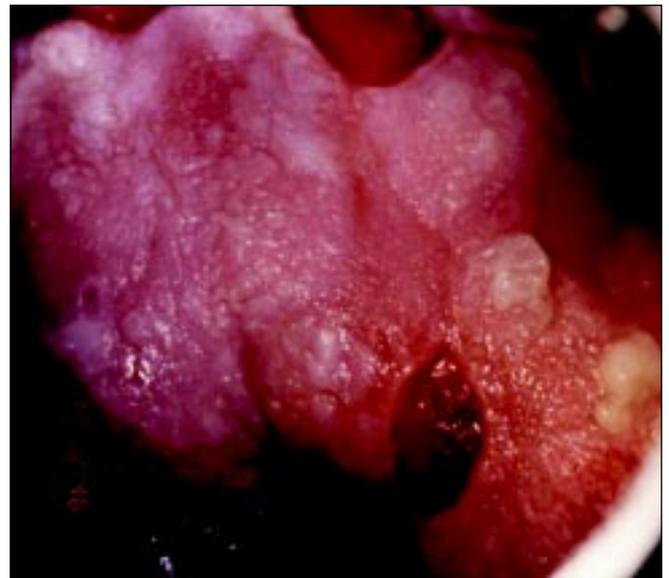


FIGURA 7.8: Condiloma com padrão encefaloide (cerebriforme)

tumores vasculares moles, róseos ou brancos com múltiplas projeções digitiformes delicadas em sua superfície. Sob o colposcópico, têm um aspecto característico e apresentam-se com uma superfície vascular papiliforme ou arborescente, cujos elementos possuem um capilar central. Às vezes, a superfície de um condiloma pode apresentar um aspecto espiralado, empilhado, de textura semelhante ao tecido cerebral, conhecido como padrão cerebriforme (figura 7.8). Frequentemente, a superfície da lesão é densamente hiperplástica. Essas lesões podem estar localizadas dentro da zona de transformação, mas costumam ser encontradas fora dela.

Depois da aplicação do ácido acético, ocorre o branqueamento da superfície com alteração acetobranca que persiste por algum tempo. Um condiloma na junção escamocolumnar às vezes pode ser confundido com uma área proeminente de vilosidades epiteliais columnares. Ambos costumam ser acetobranco, mas o condiloma é de uma brancura maior. Convém sempre obter uma biopsia para confirmar o diagnóstico de qualquer lesão exofítica e descartar a neoplasia maligna. As lesões condilomatosas não costumam captar iodo ou adquirem apenas uma coloração parcialmente castanha.

Depois da aplicação da solução de ácido acético a 5%

É fundamental a observação de uma área bem delimitada, densa, opaca, acetobranca, próxima ou contígua à junção escamocolunar na zona de transformação depois da aplicação de ácido acético a 5%. De fato, é o mais importante de todos os sinais colposcópicos e é a marca distintiva do diagnóstico colposcópico da neoplasia cervical. O grau em que o epitélio adquire a coloração acética está correlacionado à tonalidade ou à intensidade da cor, ao brilho superficial, à duração do efeito e, por sua vez, ao grau de alteração neoplásica da lesão. É mais provável que lesões de grau maior adquiram uma coloração branca intensa mais rapidamente. As características vasculares anormais, como o pontilhado, o mosaico e os vasos atípicos, são significativas somente se vistas nas áreas acetobranças.

O ácido acético desidrata as células e coagula de forma reversível as proteínas nucleares. Portanto, as áreas de maior atividade nuclear e conteúdo de DNA apresentam alterações de coloração mais evidentes. Os efeitos mais pronunciados são observados nas lesões de alto grau e na neoplasia invasiva. Existe uma correlação direta entre a intensidade da cor branca fosca e a gravidade da lesão. As áreas menos diferenciadas estão associadas a lesões de aspecto branco fosco, intensamente opacas, na zona de transformação.

O condiloma plano e a NIC de baixo grau podem se apresentar, raras vezes, como finas lesões acetobranças satélites, separadas (distantes) da junção escamocolunar com padrões geográficos (lembrando regiões geográficas) e margens irregulares, angulares ou digitiformes ou em forma de pena (figuras 7.9 a 7.13). Muitas lesões de NIC de baixo grau revelam áreas acetobranças menos densas,

Quadro 7.1: Extensão superficial das áreas acetobranças associadas à neoplasia cervical

Neoplasia cervical	Casos	Um dos lábios do colo uterino (%)	Ambos os lábios (%)
NIC 1	27	21 (78)	6 (22)
NIC 2	30	17 (57)	13 (43)
NIC 3	87	36 (41)	51 (59)
Neoplasia invasiva em estágio inicial	66	10 (15)	56 (85)

Adaptado de Burghart *et al.*, 1998.



FIGURA 7.9: Lesão satélite geográfica após a aplicação de ácido acético a 5% (a) distantes da junção escamocolunar, sugestivas de lesão de baixo grau

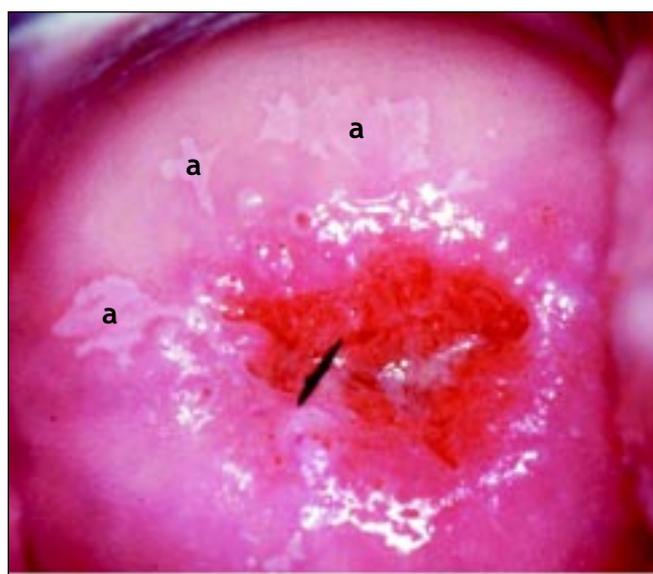


FIGURA 7.10: Lesões geográficas satélites após a aplicação de ácido acético a 5% (a), distantes da junção escamocolunar, sugestivas de lesões de baixo grau



FIGURA 7.11: Lesão acetobranca fina com margens geográficas no lábio superior. Histologia indicou NIC 1



FIGURA 7.13: Lesões acetobrancas levemente densas que se originam na junção escamocolunar na posição de 12 e 6 horas, com margens geográficas irregulares, que a histologia confirmou ser uma lesão NIC 1



FIGURA 7.12: Lesão acetobranca levemente densa, fina e alongada, com margens regulares com limites com a junção escamocolunar. Observe o mosaico fino na extremidade distal da lesão. Histologia indicou NIC 1

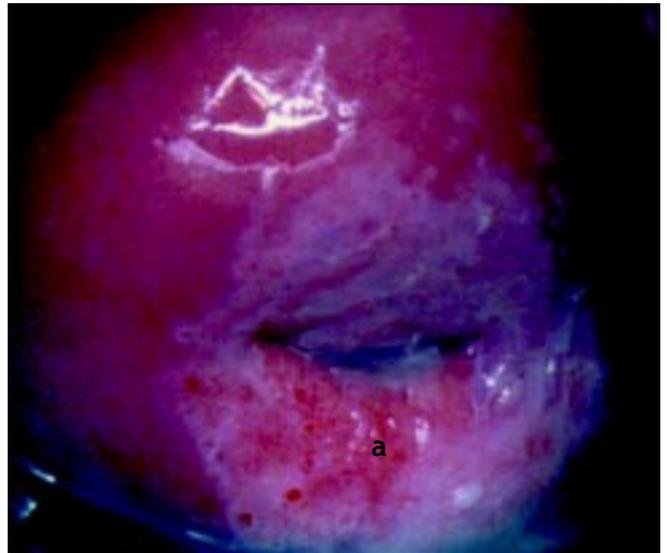


FIGURA 7.14: Observe a lesão acetobranca NIC 1 ao redor do orifício com margens irregulares e mosaicos finos (a)

menos extensas e menos complexas próximas do limite ou no limite da junção escamocolunar, com margens bem delimitadas, mas irregulares, em forma de pena ou digitiformes (figuras 7.10 a 7.16) em comparação com lesões de NIC de alto grau (figuras 7.17 a 7.27). Lesões de alto grau revelam margens bem delimitadas, regulares, que às vezes podem apresentar margens

sobrelevadas e deiscuentes (figuras 7.25 e 7.26). As lesões de alto grau, como NIC 2 ou NIC 3, têm um aspecto branco-calcário ou branco-acinzentado espesso ou denso (figuras 7.17 a 7.27). Em relação às lesões de baixo grau, podem ser lesões mais extensas e complexas que se estendem para o canal endocervical (figuras 7.22 a 7.27). As lesões de alto grau com frequência costumam atingir



FIGURA 7.15: Lesões acetobranças moderadamente densas com margens irregulares nos lábios anterior e posterior (NIC 1)



FIGURA 7.17: Lesões acetobranças moderadamente densas com margens bem definidas e pontilhados grosseiros no lábio anterior e na posição de 3 horas (lesão NIC 2)



FIGURA 7.16: Lesão acetobranca leve a moderada em torno do orifício com mosaico fino (seta). Histologia indicou NIC 1. Observe as margens internas dentro da lesão (a)

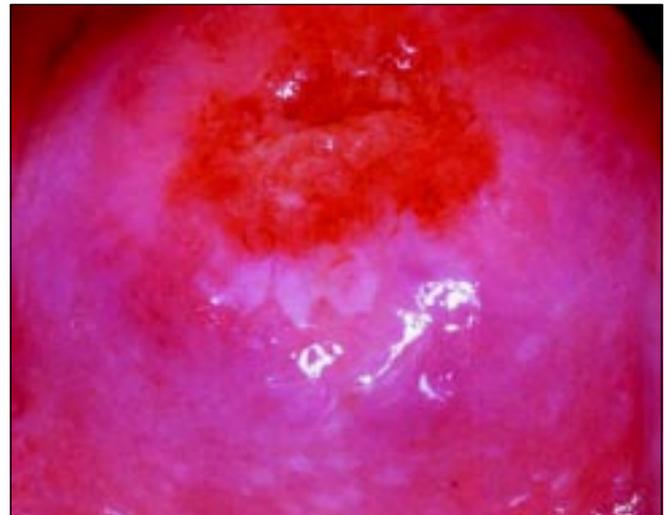


FIGURA 7.18: Área acetobranca densa, bem-definida, com margens regulares e mosaico grosseiro (lesão NIC 2)

ambos os lábios (Burghardt *et al.*, 1998) (quadro 7.1). As lesões malignas graves ou precoces podem obstruir o orifício cervical externo (figuras 7.22 e 7.25).

À medida que as lesões se tornam mais graves, suas superfícies costumam ficar menos lisas e refletir menos luz, como no epitélio escamoso normal. As superfícies podem se tornar irregulares, sobrelevadas e nodulares em relação ao epitélio circundante (figuras 7.20 e 7.23 a 7.27).

A linha de delimitação entre as áreas normais e as anormais na zona de transformação é nítida e bem delineada. As lesões de alto grau costumam ter margens regulares, mais nítidas (figuras 7.17, 7.18, 7.19, 7.21, 7.23, 7.25 e 7.26) que as lesões de baixo grau (figuras 7.13 a 7.16). A visualização de uma ou mais margens dentro de uma lesão acetobranca (“lesão dentro da lesão”) (figura 7.21) ou de uma lesão com intensidade variada de cor (figura 7.16) é uma observação importante que

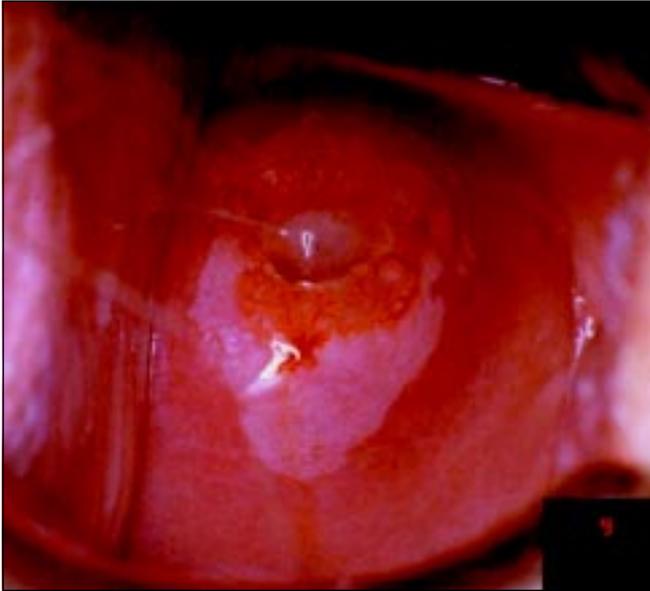


FIGURA 7.19: Lesão acetobranca densa com cor de intensidade variável e mosaicos grosseiros (a) em lesão NIC 2

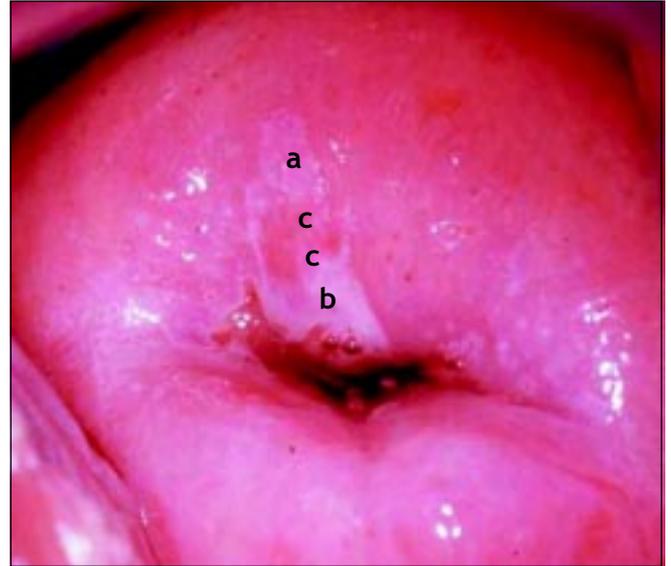


FIGURA 7.21: Lesão acetobranca que se origina na posição 12 horas, com limite com a junção escamocolunar. Observe as duas intensidades de cor na mesma lesão (a e b) com uma margem interna dentro da mesma lesão (c). Este é um exemplo de uma lesão dentro da lesão

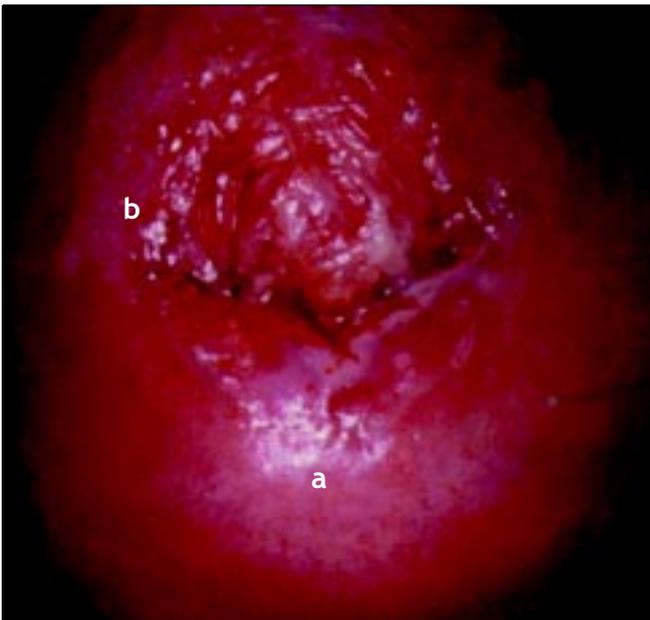


FIGURA 7.20: Lesões acetobrancas com pontilhado (a) e mosaicos grosseiros (b) em lesão NIC 2



FIGURA 7.22: Área circunferencial densa opaca acetobranca, com mosaicos grosseiros (lesão NIC 3)

indica lesão neoplásica, sobretudo de alto grau. As aberturas das criptas que se encontram nas lesões precursoras de alto grau podem ter bordas acetobrancas espessas, densas e amplas, denominadas de orifícios glandulares cornificados (figura 7.26). Estes são mais brancos e maiores que os anéis acetobrancos lineares e discretos que às vezes são vistos ao redor das aberturas das criptas normais.

As características fundamentais que permitem diferenciar as lesões de NIC da metaplasia imatura são a natureza menos densa e translúcida do acetobranqueamento associado à metaplasia e a ausência de uma margem bem definida entre as áreas acetobrancas da metaplasia imatura e o epitélio normal. A linha da delimitação entre o epitélio normal e as áreas acetobrancas da metaplasia na zona de transformação é difusa e invariavelmente se



FIGURA 7.23: Lesão acetobranca densa com margem regular e pontilhado grosseiro irregular em lesão NIC 3

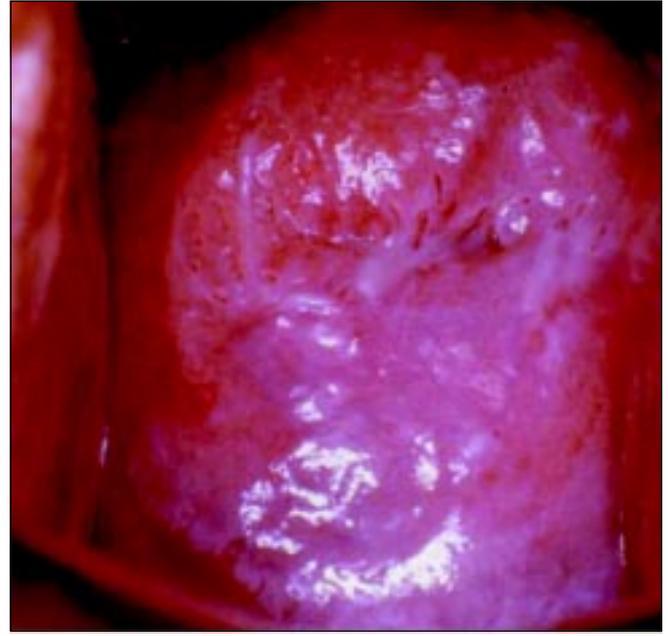


FIGURA 7.25: Observe a lesão acetobranca intensamente densa e complexa (lesão NIC 3) com margens sobrelevadas e deiscências que obliteram o orifício cervical externo

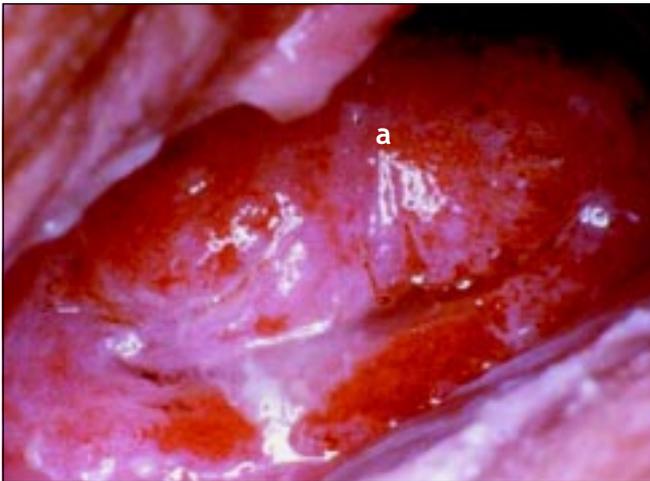


FIGURA 7.24: Mosaicos grosseiros (a) em lesão NIC 3

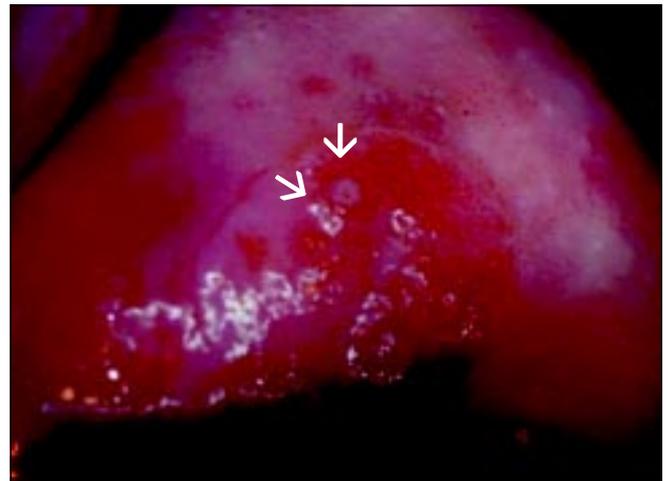


FIGURA 7.26: Lesão acetobranca densa com margens sobrelevadas e deiscências com a abertura da crista cornificada (seta grossa) e mosaicos grosseiros com umbilicação, sugestiva de lesão NIC 3

funde ao restante do epitélio (figuras 6.8 a 6.13). As projeções do epitélio metaplásico, digitiformes ou em forma de lingüeta apontam com frequência centripetamente em direção ao orifício cervical externo (figuras 6.11 a 6.12). As lesões acetobranca associadas à NIC invariavelmente estão localizadas na, e parecem originarse da, zona de transformação mais próxima e contígua à junção escamocolunar (figuras 7.11 a 7.21). Elas se estendem centrifugamente em relação ao orifício cervical externo. A linha de delimitação entre o epitélio escamoso normal, as lesões inflamatórias e o epitélio em regeneração é também difusa (figuras 9.2 e 9.5).

Resumindo, a coloração acetobranca não é específica para a NIC e pode também ocorrer, até certo ponto, em áreas de metaplasia escamosa imatura, zona de transformação congênita, inflamação e epitélio cicatricial e regenerativo. Contudo, na zona de transformação, podem ser encontradas alterações acetobranca associadas à NIC que têm limite com a junção escamocolunar e são bem delimitadas em relação ao epitélio circundante. As lesões de baixo grau costumam ser



FIGURA 7.27: Lesão acetobranca NIC 3 densa, opaca, complexa em torno do orifício

estreitas, menos densas e menos extensas, com margens irregulares, chanfradas, geográficas ou angulares e com pontilhado e/ou mosaico fino; às vezes, as lesões de baixo grau são separadas da junção escamocolunar e, raras vezes, contêm vasos atípicos. Por outro lado, as lesões de alto grau estão associadas a áreas densas, opacas, branco-acinzentadas, acetobranças, com pontilhado e/ou mosaico grosseiro e com margens regulares e bem delimitadas; essas lesões com frequência incluem ambos os lábios e, às vezes, podem conter vasos atípicos; as lesões da NIC 3 costumam ser complexas e ocupar o orifício cervical externo.

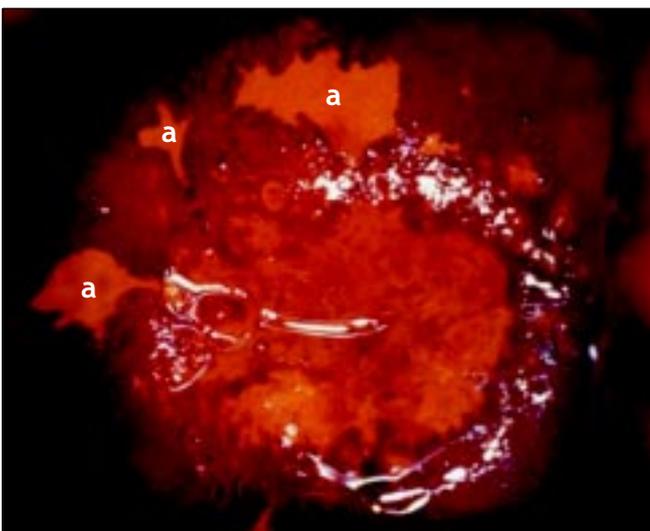


FIGURA 7.28: Lesões satélites (a) que não se coram com iodo após aplicação de solução de Lugol e permanecem como áreas amarelas finas (ver o aspecto após aplicação de ácido acético na figura 7.10)

Depois da aplicação de solução de Lugol

A solução de Lugol é aplicada abundantemente com um swab de algodão em todo o colo uterino e nas partes visíveis da vagina. Deve-se observar a periferia do colo uterino, fundos de sacos e paredes vaginais até que o epitélio adquira uma coloração castanha bem escura ou quase preta pela ação do iodo. O epitélio escamoso vaginal e cervical normal e o epitélio metaplásico maduro contêm células ricas em glicogênio e, assim, captam o corante de Lugol e adquirem uma coloração castanha ou preta. O epitélio displásico contém pouco ou nenhum glicogênio e portanto não se cora com iodo, permanecendo de cor amarelo-mostarda ou cor de açafraão (figuras 7.28 a 7.32). Essa diferença de cor ajuda a distinguir as áreas normais das anormais na zona de transformação que apresentaram um acetobranqueamento fraco. O epitélio colunar não se cora com iodo, e a metaplasia imatura, quando se cora, o faz apenas de modo parcial. O epitélio atrófico também se cora parcialmente com iodo, o que dificulta a interpretação em mulheres na pós-menopausa. As lesões condilomatosas também não se coram com iodo, ou o fazem apenas parcialmente (figura 7.33).

O epitélio atípico da NIC pode estar aderido menos firmemente ao estroma subjacente e pode separar-se ou destacar-se facilmente deste depois da aplicação repetida com diferentes soluções, resultando em uma erosão verdadeira (falha epitelial) que expõe o estroma. Tais erosões verdadeiras podem ser facilmente observadas depois da aplicação de solução de Lugol, já que o estroma não se cora com iodo.

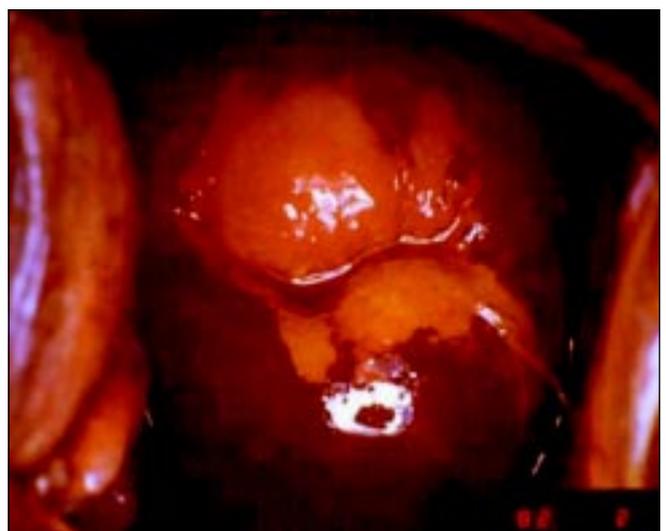


FIGURA 7.29: Lesão NIC 1 com área amarelo-mostarda negativa para iodo com margens irregulares (ver aspecto após aplicação de ácido acético na figura 7.15)



FIGURA 7.30: Área amarelo-mostarda negativa para iodo no lábio anterior (lesão NIC 2) após aplicação de solução de Lugol

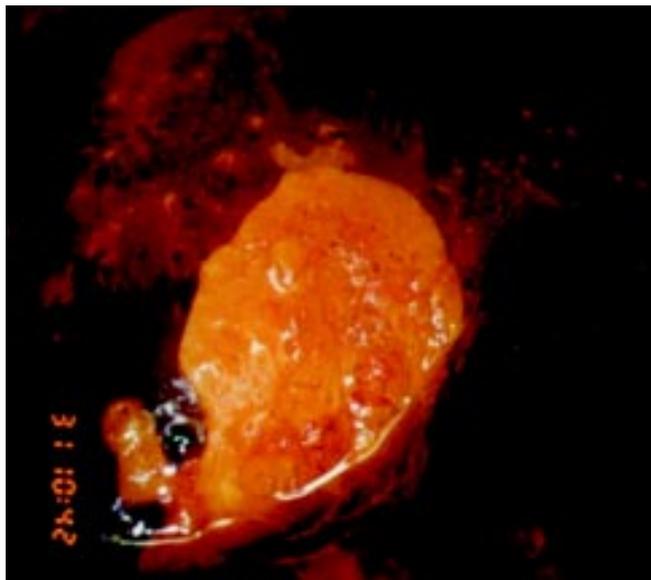


FIGURA 7.32: Área densa de cor amarelo-mostarda, negativa para iodo no lábio superior, sugestiva de lesão NIC 3 (ver aspecto após aplicação de ácido acético na figura 7.26)

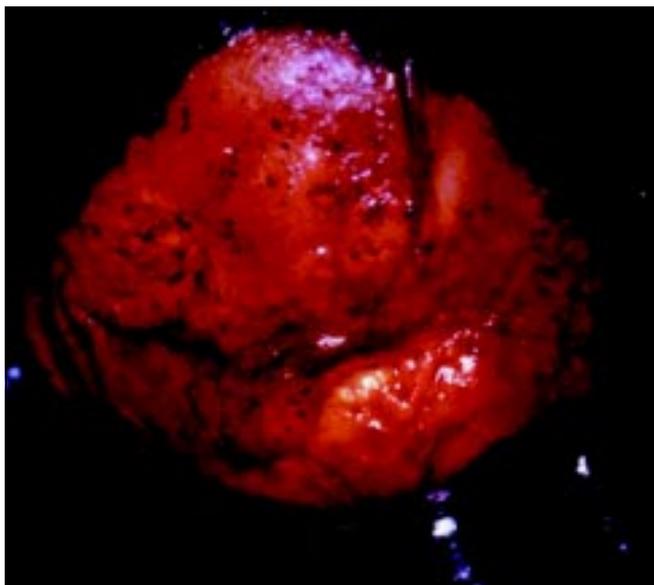


FIGURA 7.31: Área de cor amarelo-açafrão densa negativa para iodo de uma lesão NIC 3 após a aplicação de solução de Lugol. Observe a irregularidade da superfície

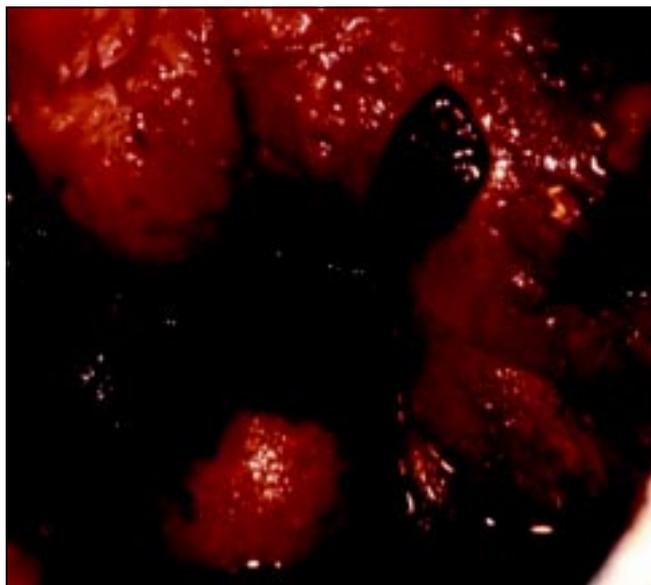


FIGURA 7.33: Lesão condilomatosa que não se cora com iodo (ver aspecto após aplicação de ácido acético na figura 7.8)

Determinação da natureza da lesão

A detecção colposcópica da NIC inclui essencialmente o reconhecimento das seguintes características: tonalidade da cor, margem e contorno superficial do epitélio acetobranco na zona de transformação, assim como a disposição do leito vascular terminal e a coloração pelo iodo. As variações na qualidade e na quantidade dos aspectos atípicos mencionados anteriormente contribuem para diferenciar a NIC de alterações fisiológicas beni-

gnas, infecciosas, inflamatórias e reativas no colo uterino. A classificação em graus, baseada nessas variações, serve de guia para o diagnóstico colposcópico. Recomenda-se que o aluno conheça bem a terminologia colposcópica atual, apresentada no apêndice 4, e a use para registrar os achados colposcópicos (Staf e Wilbanks, 1991).

Incentiva-se também que o colposcopista faça um diagnóstico colposcópico presuntivo (ou preditivo) ao final do exame colposcópico em termos de: normal (ou

negativo), NIC de baixo grau, NIC de alto grau, neoplasia invasiva, outros (por exemplo, inflamação, etc.) ou colposcopia insatisfatória. O uso de uma qualificação ou sistema de classificação pode guiar a interpretação e o diagnóstico colposcópico de uma maneira menos subjetiva e ajudar no desenvolvimento de uma abordagem sistemática na colposcopia. A pontuação colposcópica de Reid modificada (quadro 7.2 e apêndice 5), baseada no índice colposcópico proposto por Reid e Scalzì (1985), é

muito útil para esse fim. Recomenda-se que os principiantes usem habitualmente esse sistema de qualificação para decidir se uma lesão é ou não NIC e para selecionar os locais de biopsia. Uma opção pode ser o sistema de classificação de duas classes desenvolvido por Coppleson *et al.* (1993) (quadro 7.3). Recomenda-se também que o aluno use os sistemas citados anteriormente somente quando for observada uma área acetobranca.

Quadro 7.2: Índice colposcópico de Reid modificado

Característica	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Cor da área acetobranca (AB)	Acetobranqueamento de baixa intensidade; AB brilhante, branco-nívea; AB indistinta; AB transparente; AB ultrapassa a zona de transformação	AB branco-cinza com superfície brilhante	Branco nacarado opaco; cinza
Margem da lesão AB e configuração da superfície	Margens em forma de pena; lesões angulares, denteadas; lesões planas com margens indistintas; superfície microcondilomatosa ou micropapilar	Lesões regulares de contornos bem definidos e retilíneos	Margens deiscidas, enroladas; delimitações internas (área central de alteração de alto grau e zona periférica de alteração de baixo grau)
Vasos	Vasos finos/uniformes; padrões mal formados de pontilhado e/ou mosaico finos; vasos ultrapassam a margem da zona de transformação; vasos finos no interior das lesões microcondilomatosas ou micropapilares	Vasos ausentes	Pontilhado grosseiro bem definido ou mosaico grosseiro
Coloração de iodo	Captção positiva de iodo que dá ao tecido uma cor castanho escura; captção negativa de lesões qualificadas com 3 pontos ou menos nas três categorias precedentes	Captção parcial de iodo por uma lesão qualificada com 4 ou mais pontos nas três categorias precedentes – aspecto moteado, espiculado	Captção de iodo negativa por uma lesão qualificada com 4 ou mais pontos nas três categorias precedentes

Pontuação:

Pontuação de 0 a 2 pontos = provável NIC 1; 3-4 pontos = lesão sobreposta: provável NIC 1-2; 5 a 8 pontos = provável NIC 2-3

Quadro 7.3: Qualificação de achados colposcópicos anormais em duas categorias

Grau	Achados
1. Não-significativo	O epitélio acetobranco é em geral brilhante ou semitransparente. As margens não são bem definidas, com ou sem vasos de pequeno calibre (pontilhado e/ou mosaico fino), com padrões mal definidos e distâncias intercapilares curtas. Ausência de vasos atípicos.
2. Significativo	Epitélio acetobranco denso ou opaco cinza com margens bem definidas. Há vasos de calibre dilatado, irregulares ou espiralado (pontilhado e/ou mosaico grosseiros). Vasos atípicos e às vezes o contorno irregular de superfície indicam neoplasia iminente ou invasiva.

Adaptado de Copleson *et al.*, 1993 b