

Capítulo 9

Lesões inflamatórias do colo uterino

- As lesões inflamatórias da mucosa cervical e vaginal estão associadas a corrimento branco, cinza ou amarelo-esverdeado excessivo, fétido ou inodoro, com ou sem a formação de espuma, e sintomas como dor abdominal baixa, dor lombar, prurido e dispareunia.
- As características colposcópicas da inflamação cervical, como pontilhado, congestão e ulceração inflamatórias, assim como o acetobranqueamento mal definido e irregular são ampla e difusamente distribuídos no colo uterino e na vagina e não ficam restritos à zona de transformação.

As lesões inflamatórias do colo uterino e da vagina são comumente observadas, particularmente em mulheres de países tropicais em desenvolvimento. A inflamação cervical é devida principalmente a infecção (em geral, mista ou por vários microorganismos); outras causas compreendem corpos estranhos (dispositivo intra-uterino, tampão retido, etc.), traumatismo e irritantes químicos, como géis ou cremes. Neste capítulo são descritas as características clínicas e diagnósticas dessas lesões para facilitar o diagnóstico diferencial de lesões cervicais.

As lesões inflamatórias estão associadas a corrimento mucopurulento, soropurulento, branco ou seroso e a sintomas como dor abdominal baixa, dor lombar, prurido e dispareunia. Como mencionado anteriormente, são mais comumente causadas por infecções ou corpos estranhos irritantes. Os microorganismos infecciosos comumente causadores de tais lesões incluem protozoários, como *Trichomonas vaginalis*; fungos, como *Candida albicans*; crescimento excessivo de bactérias anaeróbias (*Bacteriodes*, *Peptostreptococcus*, *Gardnerella vaginalis*, *Gardnerella mobiluncus*) em uma afecção como a vaginose bacteriana; e outras bactérias, como *Chlamydia trachomatis*, *Haemophilus ducreyi*, *Mycoplasma hominis*, *Streptococcus*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus* e *Neisseria gonorrhoea* e vírus, como o vírus do herpes simples.

A inflamação cervical provoca um corrimento diário, que pode ser ou não pruriginoso, purulento, fétido ou espumoso, que mancha a roupa de baixo e requer o uso regular de absorventes higiênicos. Essas afecções inflamatórias são sintomáticas e devem ser identificadas,

diferenciadas da neoplasia cervical e tratadas. Em caso de dúvida, deve-se fazer uma biopsia.

O exame anogenital externo, da vagina e do colo uterino, em busca de vesículas, úlceras pouco profundas e úlceras em botão, e da região inguinal, para detectar gânglios linfáticos inflamados e/ou hipertrofiados, e a palpação baixa do abdome e bimanual, para avaliar a sensibilidade pélvica e a presença de massas, devem fazer parte do exame clínico para descartar quadros infecciosos.

Cervicovaginite

O termo cervicovaginite refere-se à inflamação do epitélio escamoso da vagina e do colo uterino. Nesse quadro, a mucosa cervical e vaginal responde à infecção com uma reação inflamatória caracterizada pela destruição das células superficiais. Esta conduz à descamação e à ulceração, que causam uma redução da espessura epitelial por causa da perda de células da camada superficial e de parte da camada intermediária (que contém glicogênio). Nas camadas mais profundas, as células sofrem tumefação com infiltração de neutrófilos no espaço intercelular. A superfície do epitélio é recoberta por resíduos celulares e secreções inflamatórias mucopurulentas. O tecido conjuntivo subjacente sofre congestão, com dilatação dos vasos superficiais e hipertrofia e dilatação das papilas do estroma.

Cervicite

Cervicite é o termo usado para indicar a inflamação que acomete o epitélio colunar do colo uterino. Causa

congestão do tecido conjuntivo subjacente, descamação celular e ulceração com secreção mucopurulenta. Se a inflamação persiste, as vilosidades tornam-se mais delgadas, há perda do aspecto botriíode (semelhante à uva) e a mucosa pode secretar menos muco.

Em ambas as afecções anteriores, depois de inflamação e necrose tecidual repetidas, as lesões regeneram-se e o tecido necrótico é eliminado. O epitélio recém-formado apresenta numerosos vasos, e a proliferação de tecido conjuntivo dá origem a fibrose de grau variável.

Aspectos colposcópicos

Antes da aplicação de ácido acético

O exame, antes da aplicação do ácido acético, revela secreções cervicais e vaginais, de moderadas a excessivas, que às vezes podem indicar a natureza da infecção subjacente. Na infecção por *T. vaginalis* (tricomoniase), bastante comum em áreas tropicais, há um corrimento copioso, fétido, amarelo-esverdeado, mucopurulento, com a formação de bolhas e espuma. As infecções bacterianas estão associadas a um corrimento ralo, líquido e soropurulento. O corrimento pode ser de odor fétido em caso de excessiva proliferação bacteriana anaeróbia, vaginose bacteriana e infecção por *Trichomonas*. Na candidíase (monilíase) e outras infecções por leveduras, a secreção é branca grumosa (caseosa) e espessa, com intenso prurido, que resulta em vermelhidão vulvar. Os corrimentos mucopurulentos de odor fétido e de cor escura estão associados a quadros inflamatórios devidos a corpos estranhos (por exemplo, um tampão retido). A gonorréia produz exsudato vaginal purulento e aumento da sensibilidade cervical. Vesículas pequenas com material seroso são observadas no colo uterino e na vagina na fase vesicular da infecção viral por herpes simples. As infecções herpéticas estão associadas a episódios de ulceração dolorosa vulvar, vaginal e cervical, com duração de duas semanas. Escoriações são evidentes com tricomoniase, candidíase e infecções bacterianas mistas.

Uma grande úlcera coalescente por herpes ou outras afecções inflamatórias pode ter aspecto semelhante ao de uma neoplasia invasiva. A inflamação crônica pode causar ulceração recorrente e cicatrização do colo uterino, resultando na sua deformação por causa da fibrose cicatricial. Pode haver também áreas necróticas associadas. Em caso de dúvida, deve-se realizar uma biopsia dirigida. Infecções cervicais raras, em razão de tuberculose, esquistossomose e amebíase, causam

ulceração e necrose extensa do colo uterino, com sintomas e sinais que imitam a neoplasia invasiva. A confirmação do diagnóstico é feita com uma biopsia.

Se o processo infeccioso vem acompanhado de ulceração acentuada (com ou sem necrose), a área ulcerada pode ficar recoberta de exsudato purulento e haver diferenças marcantes na superfície do colo uterino. Pode haver exsudação de gotículas serosas.

A inflamação e a infecção bacteriana, fúngica ou protozoária de longa data podem causar fibrose, que tem um aspecto branco ou róseo, dependendo do seu grau. O epitélio que recobre o tecido conjuntivo é frágil, levando à ulceração e à hemorragia. O aspecto depois da aplicação de ácido acético e de iodo é variável, dependendo da integridade do epitélio superficial.

No caso da cervicite, o epitélio colunar é intensamente vermelho, sangra ao toque e há um corrimento purulento opaco. Pode haver perda do aspecto viloso colunar ou botriíode por causa do achatamento das vilosidades, da inflamação repetida e por não haver papilas claramente definidas (figura 9.1). Observam-se áreas avermelhadas extensas do colo uterino e da mucosa vaginal infectada em razão da congestão do tecido conjuntivo subjacente.

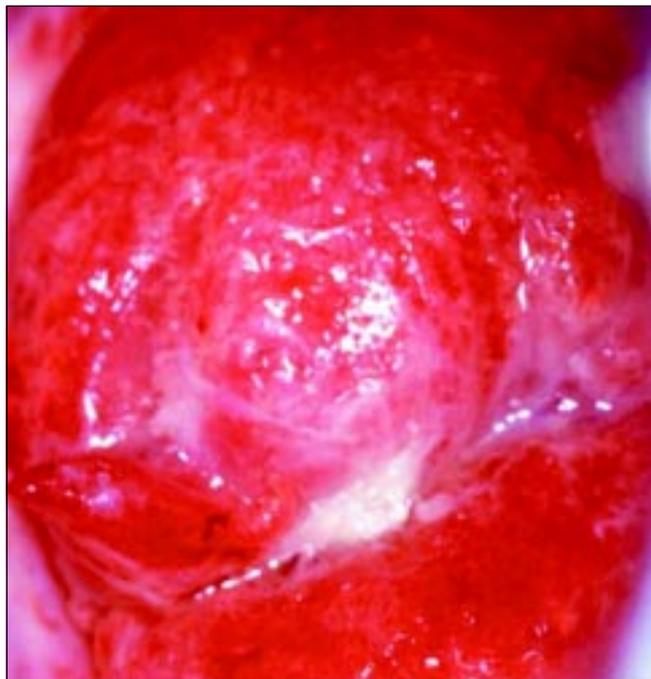


FIGURA 9.1: Epitélio colunar avermelhado com aspecto “irado”, inflamado, com perda da vilosidade e exsudato inflamatório (antes da aplicação de ácido acético a 5%)

Depois da aplicação de ácido acético

A aplicação profusa de ácido acético elimina as secreções do colo uterino e da vagina, mas pode causar dor. A cervicovaginite está associada a edema, dilatação capilar, hipertrofia das papilas do estroma – que contêm os feixes vasculares – e à infiltração do estroma com células



FIGURA 9.2: Cervicite crônica: este colo está extensivamente inflamado com aspecto avermelhado e sangramento ao toque; há áreas acetobranças mal definidas, em tiras, dispersas em todo o colo, após a aplicação de ácido acético



FIGURA 9.3: Cervicite crônica: o colo uterino fica extremamente inflamado e erodido com áreas em tiras acetobranças, mal definidas e dispersas

inflamatórias. O colo uterino cronicamente inflamado pode apresentar-se avermelhado, com áreas acetobranças mal definidas, irregulares e difusas, não restritas à zona de transformação, e pode sangrar ao toque (figuras 9.2 e 9.3). As papilas hipertróficas do estroma apresentam-se como pontos vermelhos (pontilhado vermelho) em um fundo branco-róseo, em geral na infecção pelo *T. vaginalis*, depois da aplicação de ácido acético. Um colposcopista sem experiência pode confundir os pontilhados inflamatórios com aqueles vistos na neoplasia intra-epitelial cervical (NIC). Contudo, pode-se fazer a diferenciação com os seguintes critérios: pontilhados inflamatórios são delicados, com distâncias intercapilares mínimas e de distribuição difusa (não restrita à zona de transformação) e abrangem o epitélio escamoso original e a vagina com a mucosa inflamada interposta. Se a inflamação persiste e torna-se crônica, aparecem pontilhados vermelhos grandes e focais por causa dos grandes acúmulos de capilares agrupados, que se apresentam como manchas vermelhas de tamanhos variados, visíveis contra um fundo branco-róseo, denominadas assim de “manchas moriformes” (figura 9.4). Na colposcopia, o colo uterino com inflamação crônica às vezes pode se assemelhar à neoplasia invasiva do colo uterino (figura 9.5).

Depois da aplicação de iodo

O resultado do teste depois da aplicação da solução de Lugol depende da descamação e da perda das camadas

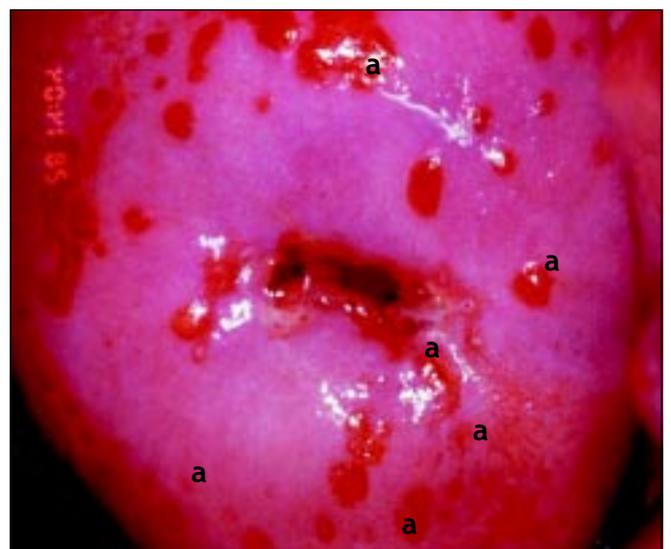
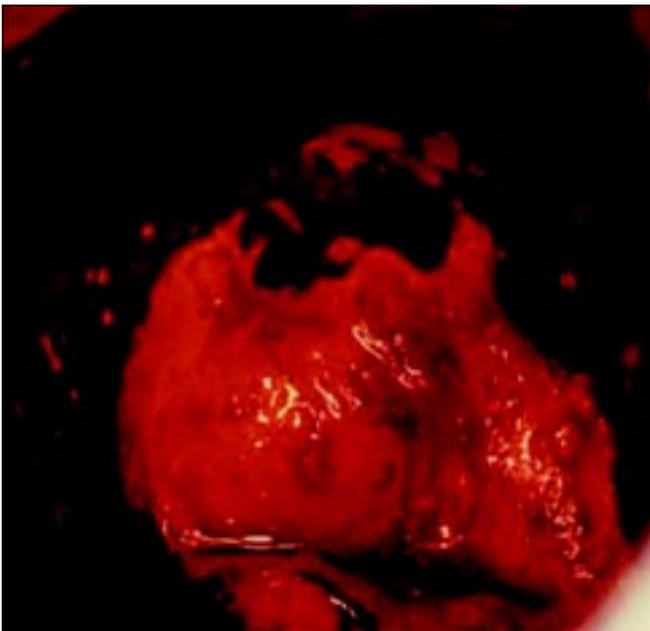


FIGURA 9.4: Múltiplas manchas vermelhas (a) sugestivas de colpíte por *Trichomonas vaginalis* (aspecto moriforme) (após aplicação de ácido acético a 5%)



Após aplicação de ácido acético a 5%



Após aplicação de solução de Lugol

FIGURA 9.5: Aspecto colposcópico de um colo uterino com inflamação crônica, com áreas de ulceração, necrose e cicatrização. As áreas em regeneração ficam um pouco brancas (a) após a aplicação de ácido acético. As áreas inflamadas não captam iodo

de células com glicogênio. Se a descamação está limitada ao topo das papilas do estroma, onde o epitélio escamoso é mais fino, pode ser vista uma série de finas manchas amarelas contra um fundo castanho escuro, produzindo um aspecto de pontilhado (figura 9.6). Quando a



FIGURA 9.6: Aspecto pontilhado (a) por causa da colpíte por *Trichomonas vaginalis* após aplicação de solução de Lugol

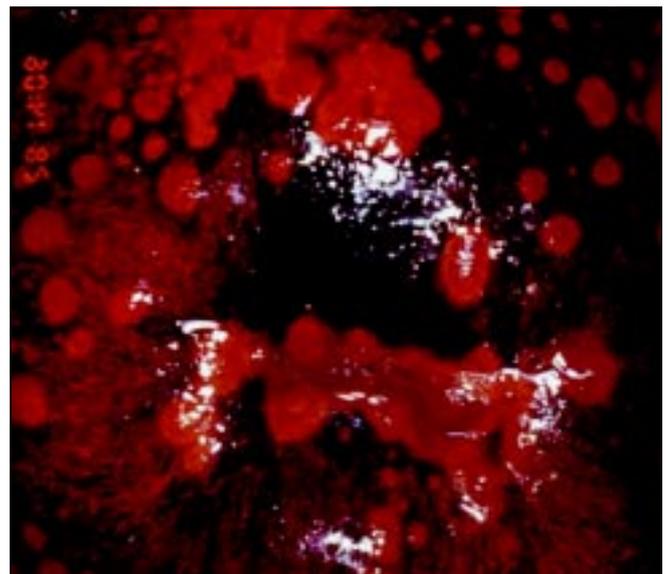


FIGURA 9.7: Colpíte por *Trichomonas vaginalis* após aplicação de solução de Lugol (aspecto de pele de leopardo)

inflamação persiste e a infecção torna-se crônica, as pequenas áreas descamadas confluem para formar grandes áreas descamadas que levam ao assim denominado aspecto de pele de leopardo (figura 9.7). Essas características são freqüentemente encontradas na infecção por *Trichomonas*, mas também podem ser observadas em infecções fúngicas e bacterianas. Se há descamação acentuada, o colo uterino apresenta uma cor vermelho-amarelada, com comprometimento da vagina (figura 9.8).



FIGURA 9.8: Cervicite crônica: existem áreas em tiras, mal definidas e dispersas, que não captam iodo no colo uterino e na vagina. Além disso, o colo uterino tem uma coloração vermelho-amarelada

Em resumo, os quadros inflamatórios do colo uterino estão associados a corrimentos copiosos, em geral fétidos, mucopurulentos, soropurulentos, esbranquiçados, pontilhados vermelho, ulceração e cicatrização por fibrose. A secreção é espumosa com bolhas no caso da tricomoníase, e caseosa, branca e pegajosa na candidíase. As lesões inflamatórias do colo uterino podem ser diferenciadas da NIC por seu comprometimento extenso e difuso do colo uterino, com extensão à vagina, tonalidade de cor vermelha e sintomas associados, como corrimento e prurido.

gerador eletrocirúrgico para o modo de fulguração. A superfície da cratera excisional é fulgurada com um eletrodo esférico de 3 mm a 5 mm no modo de coagulação. As margens da cratera também devem ser fulguradas para preservar a junção escamocolunar na ectocérvix visível. Se há hemorragia ativa que dificulta o controle do eletrodo de bola, pode-se recorrer a um eletrodo de macroagulha para fulgurar uma área hemorrágica de modo muito mais concentrado (maior densidade de corrente) e localizado. Se é obtida uma hemostasia satisfatória, a superfície da cratera é então recoberta com solução de Monsel e o espéculo é retirado. Costuma-se observar que uma paciente extremamente nervosa tende a sangrar mais que uma que se encontra relaxada, uma outra boa razão para falar com a paciente durante todo o procedimento e procurar tranquilizá-la.

Se o sangramento é difícil de ser controlado, apesar do uso dos métodos descritos anteriormente, deve-se recobrir a base da cratera excisional com solução de Monsel em profusão e abarrotar a vagina com gazes. Deve-se pedir à paciente que espere por várias horas antes de retirar as gazes. Essa complicação ocorre com maior frequência em mulheres com cervicite.

Excisão de uma lesão ectocervical com múltiplas passagens da alça diatérmica (figura 13.6)

Se o diâmetro de uma lesão excede a largura maior da alça diatérmica (em geral 2 cm), a lesão deve ser excisada com múltiplas passagens da alça diatérmica, que pode ser de tamanhos variados. Com o método básico descrito anteriormente (figura 13.3), costuma-se excisar primeiramente a parte central da lesão. As partes restantes da lesão na periferia são em seguida excisadas com uma ou mais passagens. Todas as amostras são enviadas para exame anatomopatológico.

Excisão combinada de lesões ectocervicais e endocervicais (figuras 13.7 e 13.8)

Se uma lesão ocupar o canal endocervical, dificilmente será excisada com a profundidade da passagem habitual de camada única descrita anteriormente (figuras 13.4 e 13.5), podendo-se recorrer a um método de excisão em duas camadas. A maior parte das lesões que ocupam o canal cervical costuma estender-se a uma profundidade de até 1 cm. Pacientes com idade mais avançada e aqueles com NIC 3 em geral apresentam lesões mais

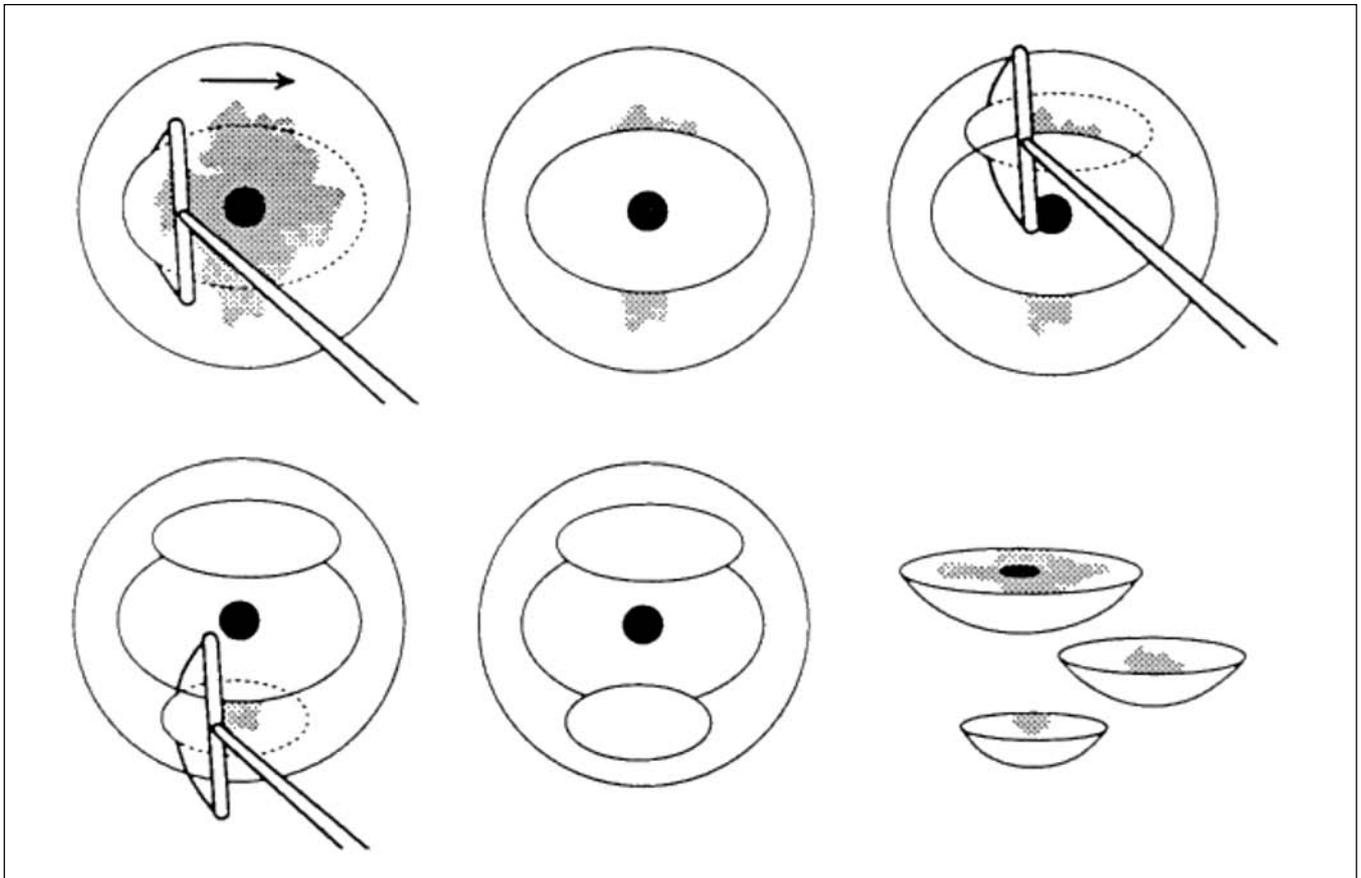


FIGURA 13.6: Excisão de uma lesão ectocervical em várias passagens

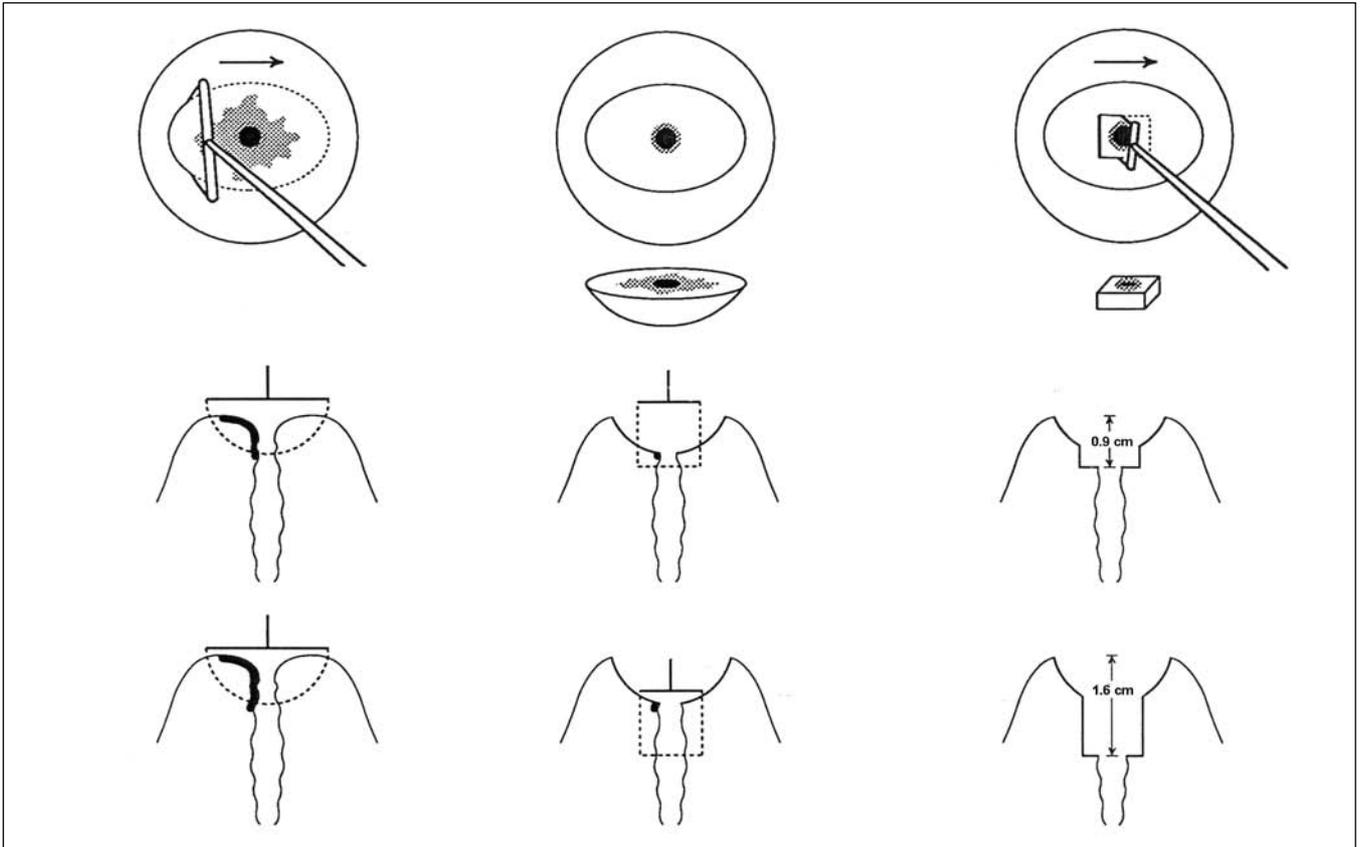


FIGURA 13.7: Excisão de lesões ectocervicais e endocervicais

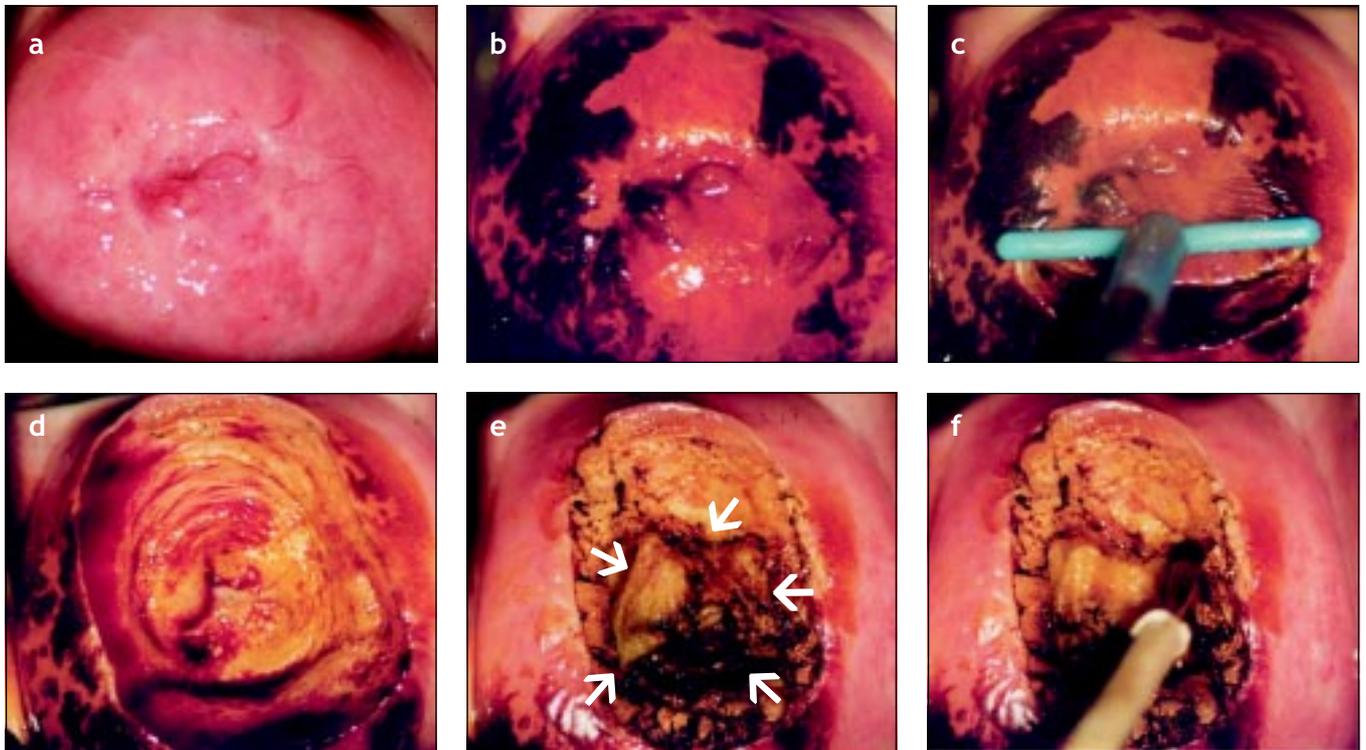


FIGURA 13.8: Excisão de uma lesão ectocervical que se estende para o canal endocervical por meio de método de excisão de duas camadas; (a) aspecto de lesão NIC 3 após aplicação de ácido acético a 5%; (b) aspecto após aplicação de solução de Lugol; (c) excisão de lesão ectocervical em progressão; (d) incisão ectocervical completa; (e) incisão endocervical completa e amostra no lugar (setas finas); (f) amostra endocervical retirada e pontos hemorrágicos no assoalho da cratera que passaram por fulguração para hemostasia

profundas, cuja excisão requer uma outra passagem numa segunda camada do canal endocervical.

Em geral, a porção ectocervical desse tipo de lesão que se estende no canal pode ser excisada com uma passagem de uma alça diatérmica oval grande (2 cm x 0,8 cm). O restante do tecido no canal endocervical pode ser excisado com uma alça diatérmica menor, que costuma ser quadrada com 1 cm x 1 cm. Deve-se tomar cuidado para não aprofundar mais que o necessário para excisar completamente a lesão, evitando-se a retirada de uma margem de tecido normal. Esse tipo de excisão pode penetrar até 1,6 cm no canal endocervical (figura 13.7). A excisão nessa profundidade deve ser tentada somente quando for absolutamente necessário, em razão de um maior risco de sangramento e estenose com o aumento da profundidade de excisão. A CAF não deve ser usada se não for visto o limite distal ou cranial da lesão no canal ou se a parte distal da lesão se estender mais do que 1 cm no canal. Deve ser feita uma conização com bisturi a frio em tais pacientes. Como esse método em duas passagens requer habilidade no desempenho da CAF básica, recomenda-se que esta não deve ser tentada até que o operador esteja bem familiarizado e domine seu procedimento básico. As pacientes com lesões que se estendem ainda mais profundamente no canal endocervical devem ser submetidas à conização com bisturi a frio para avaliar adequadamente o canal.

Lesões com extensão vaginal

Se a lesão se estende para a vagina, é preferível usar o eletrodo esférico para fulgurar a parte periférica (vaginal) da lesão e realizar a CAF na parte central (cervical). O tratamento das lesões vaginais foge ao âmbito deste manual; o tratamento com a CAF descrito aqui aborda somente o tipo de lesões apresentado nas figuras 13.4 e 13.6 a 13.8. Os leitores interessados podem consultar os livros de texto padrão (Wright *et al.*, 1992; Wright *et al.*, 1995).

Acompanhamento médico depois da CAF

As mulheres devem ser orientadas sobre os cuidados pessoais e os sintomas que podem vir a apresentar depois do tratamento. Se apropriado, essas orientações devem ser dadas por escrito. As mulheres devem ser informadas de que terão um corrimento marrom ou preto que dura de uns dias a duas semanas. Elas devem informar sem demora caso o corrimento persista por mais de duas semanas, se este se tornar fétido e/ou estiver associado a dor abdominal baixa ou ocorrer hemorragia intensa. As mulheres devem ser desaconselhadas a usar ducha vaginal ou



FIGURA 13.9: Aspecto do colo três meses após a CAF; observe os vasos sanguíneos paralelos no colo cicatrizado (seta)



FIGURA 13.10: Aspecto do colo uterino um ano após a CAF

tampões e a ter coito durante um mês depois do tratamento. O aspecto do colo uterino aos três meses e um ano depois da CAF é apresentado nas figuras 13.9 e 13.10.

Não se conhece o efeito da CAF sobre a transmissibilidade em potencial (para ou de mulheres) da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) durante a fase de cicatrização. Demonstrou-se a eliminação do HIV-1 nas secreções vaginais depois do tratamento da NIC em mulheres HIV-positivas (Wright *et al.*, 2001). Portanto, os autores sugerem que se informe a todas as mulheres que a CAF pode aumentar a transmissibilidade do HIV e que o uso de preservativos é um meio eficaz de prevenção.

Preservativos devem ser usados por um período de 6 a 8 semanas. Em condições ideais, deve haver a distribuição gratuita de preservativos em consultórios de colposcopia em locais onde a infecção pelo HIV é endêmica.

Deve ser marcada uma consulta de acompanhamento 9 a 12 meses depois do tratamento. O plano de conduta segue o esquema apresentado no capítulo 11. Na seção a seguir, é discutida a conduta para mulheres que apresentam lesões persistentes na(s) consulta(s) de acompanhamento.

Efeitos adversos, complicações e seqüelas da CAF a longo prazo

A maioria das mulheres apresenta um pouco de dor transitória pela injeção do anestésico local no colo uterino. Hemorragia perioperatória grave ocorre em até 2% dos procedimentos da CAF. As mulheres devem ser orientadas a entrar em contato com o consultório se tiverem dúvidas durante o período pós-operatório. É aconselhável dar instruções por escrito no pós-operatório que cubram os aspectos que se seguem. Poucas mulheres queixam-se de dor no pós-operatório. Se houver dor, em geral costumam ser semelhantes a cólicas; deve-se orientar as pacientes a usar analgésicos orais como paracetamol ou ibuprofeno, se necessário. Um corrimento mucoso castanho escuro com laivos de sangue (da solução de Monsel) pode persistir uma a duas semanas depois do tratamento. Algumas mulheres tratadas apresentam hemorragia pós-operatória moderada ou intensa, precisando ser examinadas sem demora. A cicatrização depois da CAF ocorre, em geral, em um mês.

Quando ocorre hemorragia no pós-operatório, costumar aparecer 4 a 6 dias depois do tratamento e com frequência origina-se no lábio posterior do colo uterino. Essa hemorragia em geral pode ser controlada com fulguração, aplicação da solução de Monsel ou uso de aplicador de nitrato de prata. Em raras ocasiões, é necessário fazer uma sutura no local da hemorragia. O risco

de infecção no pós-operatório é muito pequeno e provavelmente pode ser reduzido ainda mais ao postergar-se o tratamento cirúrgico até uma paciente com um provável diagnóstico de DPI, cervicite, tricomoníase vaginal ou vaginose bacteriana ser tratada de modo adequado e se recuperado. Se uma paciente apresentar no pós-operatório um corrimento fétido, se possível deve ser feita a cultura e prescrito tratamento empírico com antibióticos eficazes para DPI (ver quadro 11.1). Em países em desenvolvimento, é preferível instituir o tratamento presuntivo rotineiro com antibióticos depois da CAF (doxiciclina 100 mg por via oral, duas vezes ao dia, por sete dias, e metronidazol 400 mg por via oral, três vezes ao dia, por sete dias).

Na avaliação de acompanhamento, em aproximadamente 2% das mulheres pode-se observar que a junção escamocolumnar está no canal endocervical. Isso apresenta dificuldades para o exame colposcópico e a coleta adequada da amostra. Deve-se alertar as pacientes que raras vezes (provavelmente menos de 1%) ocorre a estenose parcial ou completa do canal cervical, mais comum em mulheres na menopausa.

Conduta para mulheres com lesões persistentes no acompanhamento

Todas as mulheres, independentemente de o exame anatomopatológico indicar margens excisionais sem comprometimento, devem retornar para consulta de acompanhamento 9 a 12 meses depois do tratamento para avaliar a regressão ou a persistência das lesões e das complicações. Insucesso de tratamento (lesões persistentes no acompanhamento) ocorre em menos de 10% das mulheres controladas. Para descartar a presença de carcinoma invasivo ou não-suspeito, é aconselhável biopsiar todas as lesões persistentes. As lesões persistentes devem ser tratadas novamente com crioterapia, CAF ou conização a frio, como for apropriado.