

Capítulo 10

Como evitar erros na avaliação colposcópica do colo uterino e no diagnóstico colposcópico provisório

- O conhecimento minucioso da anatomia, da fisiopatologia e da história natural das doenças do trato genital feminino é essencial para evitar erros na avaliação colposcópica.
- O cumprimento rigoroso de um protocolo de diagnóstico e o conhecimento das limitações da colposcopia são igualmente importantes.
- A interação regular com os patologistas e as auditorias clínicas ajudam a melhorar a qualidade da colposcopia.
- Recomenda-se fazer um diagnóstico provisório com base nos resultados colposcópicos.

Um conhecimento adequado da fisiopatologia e da história natural das doenças do trato genital feminino que podem ser diagnosticadas com o colposcópico e depois tratadas é essencial para o desempenho satisfatório da colposcopia. Um conhecimento minucioso do instrumental, dos métodos de exame e da terminologia é igualmente importante. Com bom julgamento clínico, pode-se obter um alto grau de precisão ao diagnosticar a neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) e descartar a neoplasia invasiva. O cumprimento rigoroso de um protocolo de diagnóstico e o conhecimento das limitações e dos artifícios da colposcopia são importantes.

Os erros estão normalmente relacionados à falta de conhecimento e ao desvio da prática e do protocolo colposcópico estabelecidos. Um bom treinamento, experiência, interesse inato e um algoritmo de diagnóstico estabelecido diminuem a possibilidade de erros. Esses fatores são sobretudo importantes em meios de poucos recursos, onde há oportunidades limitadas para interconsultas e educação extensiva. O colposcopista deve tentar conseguir o mesmo grau de precisão que o histopatologista consegue obter com amostras de conização cervical.

No quadro 10.1, é apresentado um resumo das fontes comuns de deficiências na prática colposcópica. A interação regular com o patologista e auditorias clínicas, para correlacionar os diagnósticos colposcópicos com os

histológicos, contribuem para melhorar a qualidade da colposcopia. É importante que o profissional aprenda a arte de fazer biopsias dirigidas por colposcopias da(s) área(s) apropriada(s) na zona de transformação com o uso de pinças de biopsia afiadas sem macerar as amostras. Se a junção escamocolumnar está oculta no canal endocervical, é necessário realizar a curetagem endocervical (CEC) ou biopsia por conização para investigar o canal de modo adequado. É obrigatório esperar 60 segundos depois de uma aplicação profusa de ácido acético para que seu efeito seja total. Deve ser mencionada, de modo específico, a localização da junção escamocolumnar e das áreas acetobranças com relação à junção. Independentemente da extensão das lesões cervicais, deve ser feita uma inspeção cuidadosa da vagina. É melhor examinar a vagina ao final de cada exame no momento de se retirar o espécuro. Os achados devem ser claramente documentados e de forma legível. O uso de um sistema de qualificação objetiva como a pontuação de Reid (apêndice 5) é sobretudo útil para ajudar os principiantes a chegarem a um diagnóstico colposcópico e a selecionarem os locais apropriados para biopsias dirigidas. A educação extensiva é importante para permitir que o colposcopista se mantenha atualizado. Não deixar passar ou tratar de modo satisfatório uma neoplasia invasiva e garantir um tratamento adequado depende em grande parte das habilidades do colposcopista.

Quadro 10.1: Causas comuns de erros colposcópicos

Treinamento e experiência inadequados
 Conhecimento inadequado da história natural das doenças
 Não usar um protocolo de diagnóstico estabelecido ou desvio do protocolo
 Não usar o maior espéculo possível
 Junção escamocolunar falsa causada por abrasão
 Não escolher os locais de biopsia apropriados nem fazer biopsias em quantidade suficiente
 Não fazer uma biopsia em caso de dúvida
 Usar um saca-bocado rombo, pouco afiado, para obter amostras teciduais
 Não fazer uma biopsia dirigida por colposcopia
 Não realizar biopsias de condilomas ou leucoplasia
 Não esperar pelo efeito total do ácido acético
 Não aplicar a solução de Lugol e depois examinar
 Não examinar o canal endocervical de modo adequado quando não é observado o limite da lesão ou a junção escamocolunar
 Não fazer a curetagem endocervical (CEC) quando não é observado o limite da lesão
 Não realizar a excisão quando o limite da lesão não é visto com um espéculo endocervical ou quando a CEC é dúbia ou positiva
 Não realizar a excisão quando há suspeita de microinvasão
 Não inspecionar a vagina e a vulva
 Não registrar de modo adequado e legível os achados colposcópicos
 Não se comunicar com o patologista
 Não correlacionar os achados histológicos e colposcópicos
 Não consultar especialistas em casos difíceis
 Não se manter atualizado mediante uma educação extensiva
 Não fazer controles internos

Adaptado de Popkin (1995)

Diagnóstico colposcópico provisório

Recomenda-se enfaticamente que os colposcopistas façam um diagnóstico provisório baseado nos achados do exame colposcópico. O diagnóstico provisório pode ser: normal, inflamação, leucoplasia, condiloma, NIC de baixo grau, NIC de alto grau, neoplasia invasiva precoce, neoplasia invasiva evidente, outros (atrofia, pólipos cervical, alterações por radiação, etc.) e inconclusivo. Tal diagnóstico é baseado na avaliação dos achados bem como das características das áreas acetobranças, nas características vasculares, na alteração de coloração depois da aplicação de iodo, nas características superficiais, como a ulceração, e em outros sinais, como sangramento ao toque, natureza do exsudato cervical e vaginal e achados da anogenitália externa, inguinal e do abdome inferior. Estes últimos são descritos em detalhes nos capítulos 6 a 9. Uma vez que é feito um diagnóstico provisório, deve-se elaborar um plano para o tratamento do quadro diagnosticado. O quadro 10.2 proporciona um resumo dos achados colposcópicos que facilitam o diagnóstico provisório.

Quadro 10.2: Resumo das características colposcópicas que guiam o diagnóstico provisório

Diagnóstico	Acetobranqueamento						Características vasculares	Captação de iodo	Sangramento ao toque	Ulceração	Corrimento
	Tonalidade da coloração	Delimitação	Margem	Superfície	Relação quanto à ZT e à JEC	Duração do efeito					
Normal	-	-	-	-	-	-	Epitélio escamoso de cor preta; epitélio colunar, nenhuma alteração de cor	Ausente	Ausente	Ausente	Secreção clara do epitélio colunar
Normal, metaplasia imatura	Branco-róseo ou branco-níveo, áreas acetobranças translúcidas, irregulares	Ausente	Indistinto, funde-se ao restante do epitélio	Lisa; observam-se aberturas das criptas, ilhotas de epitélio colunar	Restrito à ZT; acentuada próxima à JEC	< 1 minuto	Nenhuma ou captação parcial	Ausente	Ausente	Ausente	Secreção clara do epitélio colunar
Normal, metaplasia madura	Matiz branco-róseo. Não há áreas acetobranças confluentes.	Ausente	Funde-se ao restante do epitélio	Lisa, revela aberturas das criptas, cistos de Naboth	Restrito à ZT	-	Capta iodo, torna-se preto ou castanho escuro	Ausente	Ausente	Ausente	Secreção clara do epitélio colunar
Inflamação	Áreas pálidas, irregulares, com áreas vermelhas e/ou necróticas interpostas	Ausente	Indistinta, funde-se com o restante do epitélio	Aspecto irregular, moteado	Não restrito à ZT, pode estar amplamente difundido	< 2 minutos	Captação parcial de iodo	Pode estar presente	Pode estar presente	Pode estar presente	Corrimento profuso/fétido, mucopurulento ou soropurulento ou branco, espesso, pegajoso e sem odor

Quadro 10.2: Resumo das características colposcópicas que guiam o diagnóstico provisório

Diagnóstico	Acetobranqueamento						Características vasculares	Captação de iodo	Sangramento ao toque	Ulceração	Corrimento
	Tonalidade da coloração	Delimitação	Margem	Superfície	Relação quanto à ZT e à JEC	Duração do efeito					
NIC de baixo grau	Lesões moderadamente densas, brilhantes, opacas, estreitas	Lesões bem delimitadas, confluentes	Lesões bem delimitadas, confluentes	Plana, lisa ou microcon-dilatada ou micropapilar	Principalmente visto na ZT, faz limite com a JEC. Lesões muito precoces podem ser externas à ZT como lesões satélites	1-2 minutos	Não há captação	Ausente	Ausente	Ausente	
NIC de alto grau	Lesão opaca, densa, branco-cinza ou branco nacarada opaca	Lesões bem delimitadas, confluentes; podem existir delimitações e margens internas presentes	Margens lisas, regulares; às vezes podem ser sobrelevadas e deiscientes	Menos lisa, mais irregular e/ou às vezes a superfície é nodular	Restrito à ZT, com limite com a JEC	2-4 minutos	Não há captação de iodo	Pode estar presente em lesões graves	Ausente	Ausente	
Neoplasia invasiva pré-clínica	Lesões branco-calcárias, espessas, densas e opacas	Lesões bem delimitadas	Irregular, nodular ou padrão de picos e depressões	Irregular, nodular ou padrão de picos e depressões	Pode ocupar todo o colo uterino, grandes lesões complexas que obliteram o orifício cervical externo	> 3 minutos	Não há captação de iodo	Sangramento/exsudato superficial comuns	Pode ser vista	Pode estar presente em razão da infecção secundária	
Neoplasia invasiva evidente	Áreas brancas densas, podem ser obliteradas por hemorragia profusa	Todo o colo uterino substituído com o crescimento	Todo o colo uterino substituído pelo tumor	Tumor ulceropro-liferativo	Todo o colo uterino substituído pelo tumor, que se estende aos tecidos adjacentes	Aspecto acetobranco em geral obliterado pelo sangramento	Não há captação, mas a hemorragia oblitera os padrões de captação de iodo	Hemorragia profusa	Sempre presente	Corrimento purulento fétido, com laivos de sangue em razão da infecção secundária	

ZT: zona de transformação; JEC: junção escamocolunar