



## Estudo de teste de Papanicolaou com resultado anormal em pacientes atendidas na consulta de ginecologia no centro de saúde polana caniço de janeiro 2003 a dezembro 2004

Norma Bismara Castro<sup>\*</sup>, Magda Elizabeth Ribeiro<sup>\*\*</sup>, Irene Carmen Rodriguez<sup>\*\*\*</sup>, Carla Carrillho<sup>\*\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup> Médica Gineco-Obstetra. Centro Saúde Polana Caniço. Maputo MOZAMBIQUE

<sup>\*\*</sup> Médica em pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia. Hospital Central de Maputo MOZAMBIQUE

<sup>\*\*\*</sup> Médica Especialista de 2º grau e professor auxiliar de Anatomia Patológica. Hospital Central de Maputo MOZAMBIQUE

<sup>\*\*\*\*</sup> Dra. em Ciências. Regente da cadeira de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina. Médica patologista. Hospital Central de Maputo MOZAMBIQUE

### Resumen

- a) **Objectivos:** Conhecer a frequência de teste de Papanicolaou com resultado anormal nas mulheres atendidas na consulta de ginecologia no Centro de Saúde da Polana Caniço e identificar os factores de risco nestas pacientes.
- b) **Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo, de Janeiro 2003 a Dezembro 2004. Foram revistos os processos clínicos das pacientes da consulta de ginecologia do Centro de Saúde da Polana Caniço com teste de Papanicolaou para seleção das que apresentavam resultado anormal. Recolheram-se dados das variáveis, idade, teste de HIV, procedência, estado civil, paridade, diagnóstico citológico, colposcópico e histológico da consulta de colposcopia do Hospital Central de Maputo (HCM) e dos registos do departamento de anatomia patológica do HCM. Os dados foram introduzidos e analisados no programa SPSS, versão 10.0 do Windows.
- c) **Resultados:** Em 2003 fizeram-se 436 teste de Papanicolaou o que representou 16,2% do total de testes realizados no Departamento de Anatomia Patológica do HCM e em 2004 (533) para igual percentagem. O grupo etário mais afectado foi o 25-35 anos, o hábito de fumar não constituo factor de risco. Nas pacientes HIV positivo a maior percentagem de lesões foram de alto grau. Dos casos com resultado anormal, estudamos 51 por apresentar todos os dados requeridos para nosso trabalho, dos quais a lesão intraepitelial de baixo grau foi a mais frequente (68,6%); 19,6% de lesão de alto grau e 11,8% de carcinomas com algum grau de infiltração.
- d) **Conclusões e recomendações:** Dos resultados anormais identificados, o grupo etário de maior risco foi o de 25-35 anos. A concordância entre o diagnostico citológico e o diagnostico final nas lesões de alto grau foi alta e no diagnostico de carcinoma houve concordância em todos os casos. Recomenda-se que se organize um programa de detecção precoce do cancro cervico uterino no país, o que levaria à diminuição da morbi-mortalidade por esta causa.

### Introduccion

#### 1. INTRODUÇÃO

O cancro cervical constitui um sério problema de saúde da mulher, especialmente nos países em desenvolvimento. A nível mundial, ocupa o terceiro lugar de entre os tipos de cancro mais comuns e é a principal causa de morte entre as mulheres dos países em desenvolvimento. Por ano, identificam-se pelo menos 466.000 novos casos e aproximadamente 80% destes ocorre nos países em desenvolvimento. As taxas mais altas apresentam-se na América Central, África Subsariana e na Melanésia <sup>(1)</sup>.

A falta de programas eficazes com o objectivo de pesquisar condições precancerosas e tratá-las precocemente é uma causa importante da alta incidência deste cancro. Estima-se que nos últimos 5 anos, só 5% das mulheres nos países em desenvolvimento tenham tido acesso aos exames para detectar displasia cervical, correspondendo esta percentagem a 40-50% das mulheres nos países desenvolvidos <sup>(2)</sup>.

O cancro do colo do útero é considerado como um cancro evitável pela sua prolongada fase pré-invasiva e pode ser prevenido pelas tecnologias de detecção e tratamentos de baixo custo para detectar as lesões iniciais, sem que estas tenham adquirido as características do cancro invasivo <sup>(3-4)</sup>.

Sabe-se que o cancro cervical se desenvolve lentamente e o seu estado precursor é a displasia grave. Quando a displasia é ligeira quase sempre experimenta um retrocesso de maneira espontânea o que pode também suceder, segundo alguns autores, quando a displasia é moderada, pelo que detectar o cancro na sua etapa inicial, diminuiria a mortalidade por esta causa. O cancro cervical tem o seu início "in situ" que pode ser tratado; o não tratamento converte-o numa fase invasiva a qual poderá ter um final fatal, necessitando de maior quantidade de recursos e tornando mais caro o tratamento <sup>(4)</sup>.

Investigações demonstram firmemente que o ADN do papilomavírus humano (HPV) pode ser detectado na maioria das mulheres com displasia cervical, pelo que é citado como agente etiológico principal do cancro do colo, estimando-se que a nível mundial a sua presença nos carcinomas cervicais seja de 97,7% <sup>(2-3)</sup>. Estudos recentes demonstram que em 90% das mulheres jovens a infecção poderá desaparecer num período de 36 meses após a contracção da mesma e que o risco de desenvolver lesões cervicais de alto grau poderá estar associado à persistência da infecção por HPV, em particular à persistência de cada tipo <sup>(5,6)</sup>.

Investigadores têm centralizado os seus estudos no possível papel dos homens expostos a infecções com o HPV de alto risco, através do contacto frequente com prostitutas e que por sua vez poderiam transmitir o vírus às suas esposas <sup>(6)</sup>.

Além da infecção por HPV existem outros factores de risco entre os quais se incluem certos comportamentos de actividade sexual, o tabagismo, o uso de contraceptivos orais, alta paridade e algumas doenças de transmissão sexual como a chlamydia trachomatis e o vírus do herpes simples <sup>(7,8)</sup>.

Alguns estudos demonstram concludentes diferenças regionais quanto à idade em que existe um maior risco de desenvolver cancro cervical, sendo o ponto máximo ao redor dos 50 anos e a displasia grave por volta dos 35 anos <sup>(4)</sup>.

Como estratégias de prevenção primária do cancro cervical, para além da detecção das lesões nos estádios precoces, estaria a prevenção da infecção pelo HPV, porém, esta redução apresenta um desafio maior que o resto das doenças de transmissão sexual. A infecção pelo HPV é em geral assintomática e facilmente transmissível, sabendo-se que o uso do condóm reduz de maneira significativa o risco de verrugas genitais. A abstinência sexual e as relações mutuamente monogâmicas ao longo da vida poderiam prevenir a transmissão do HPV, porém estas opções não são realísticas para muitas pessoas. Outras estratégias contemplam evitar o consumo de cigarros, fomentar dietas ricas em vitamina C e promover a educação sexual no sentido de mudar as condutas sexuais <sup>(5-9)</sup>.

Não há dúvida de que os testes de Papanicolaou têm diminuído consideravelmente a incidência do cancro cervical e a mortalidade a ele associada, nos países industrializados. Isto é possível pelo nível relativamente alto das infra-estruturas existentes, o que é difícil de implementar nos países em desenvolvimento <sup>(10,11)</sup>.

Um estudo realizado em 5 países de África revelou que mesmo naqueles lugares onde existia uma infra-estrutura básica, apenas a poucas mulheres lhes praticavam provas de detecção <sup>(12)</sup>.

Dados obtidos do registo de biópsias no serviço de Anatomia Patológica do Hospital Central de Maputo demonstram que o tumor maligno mais frequente na mulher moçambicana é o cancro do colo de útero, sendo a mortalidade por esta causa elevada. Em Moçambique não existem programas de detecção precoce do cancro cervical e há dificuldades na implementação de uma infra-estrutura básica para o desenvolvimento dos mesmos.

O objectivo fundamental da realização deste estudo é fazer uma avaliação do teste de Papanicolaou numa área de saúde (Centro de Saúde da Polana Caniço) com a finalidade de motivar a criação de infra-estruturas que permitam levar a cabo um programa de detecção precoce do cancro cervico-uterino em Moçambique e consequentemente lograr a diminuição da mortalidade por esta causa.

## Material y Métodos

### 2. METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo, retrospectivo, constituído por 51 pacientes com testes de Papanicolaou com resultado anormal, atendidas na consulta de ginecologia do Centro de Saúde da Polana Caniço (CSPC) de Janeiro de 2003 a Dezembro de 2004. Elaboraram-se fichas com dados extraídos dos processos clínicos do arquivo do CSPC, da consulta de colposcopia do HCM e dos registos do Departamento de Anatomia Patológica do HCM. Os dados foram processados segundo o programa SPSS, versão 10,0 para Windows.

#### VARIÁVEIS DO ESTUDO

##### Idade:

- a) 15 - 24 anos
- b) 25 - 35 "
- c) 36 - 45 "
- d) 46 - 55 "
- e) 56 ou mais

##### Procedência

- a) Dentro da área de saúde da Polana Caniço.
- b) Fora da área de saúde da Polana Caniço.

##### Estado civil

- a) Casada ou união de facto
- b) Solteira

##### História Obstétrica ou Paridade

- a) 0
- b) 1 - 3
- c) 4 - 6
- d) 6 e mais

##### Idade da primeira relação sexual

- a) < 15 anos
- b) 15 - 18
- c) > 19

##### Motivo da consulta

- ⊗ Leucorreia
- ⊗ Dor pélvica
- ⊗ Hemorragia pós-coito
- ⊗ Dispareunia
- ⊗ Infertilidade
- ⊗ Para exame ginecológico de rotina
- ⊗ Outros

##### Hábito de fumar

- a) Fumadora
- b) Não fumadora

##### Teste de HIV

- ⊗ Positivo
- ⊗ Negativo
- ⊗ Desconhecido

Diagnóstico citológico - para sua designação utilizar-se-á a classificação de Bethesda de 2001 para a citologia vaginal:

- ⊗ Lesão de baixo grau, quando as alterações citológicas são compatíveis com: Neoplasia cervical intra-epitelial grau I (CIN I) e infecção por HVP
- ⊗ Lesão de alto grau, quando as alterações citológicas estão em relação com: Neoplasia cervical intra-epitelial grau II - III (CIN II-III)
- ⊗ Carcinoma infiltrante: quando citologicamente se pode determinar a existência de infiltração.
- ⊗ Outras: quando o diagnóstico citológico se relaciona com outra patologia, por exemplo, adenocarcinoma.

##### Satisfatoriedade da colposcopia

- Colposcopia satisfatória: quando o limite da zona de transformação é observado em toda a sua extensão.
- Colposcopia não satisfatória: quando não se consegue observar a zona de transformação em toda a sua extensão.

**Diagnóstico colposcópico** - utilizar-se-á a classificação de achados colposcópicos do IX Congresso Mundial de Patologia de Colo Uterino e Colposcopia. Austrália 1996.

#### Achados colposcópicos normais

- Epitélio escamoso original
- Ectopia (epitélio colunar)
- Zona de transformação típica

#### Achados colposcópicos anormais

- Keratosis (leucoplasia)
- Zona acetobranca
- Pontilhado
- Mozaico
- Irregularidades vasculares (vasos atípicos)

#### Carcinoma invasivo

#### Outros

- Mudanças inflamatórias
- Pólipos
- Erosão
- Mudanças atróficas

#### **Resultados histológicos**

- Por biópsia dirigida
- Por conização

Sempre que se tenha realizado biópsia ou conização, considera-se a lesão como de maior grau e o resultado classificar-se-á em:

- ≠ HPV: quando apenas se descreve HPV
- ≠ CIN I: quando só se descreve este achado, displasia leve
- ≠ HPV-CIN I: quando se descrevem os dois achados
- ≠ CIN II ou displasia moderada
- ≠ CIN III ou displasia severa (DS)
- ≠ CIN III ou carcinoma in situ (CIS)
- ≠ Carcinoma infiltrante
- ≠ Outros

Não se teve em conta a infecção por HPV quando esta esteve associada ao CIN II ou outras lesões mais graves.

[Ficha disponible en PDF](#)

## **Resultados y discusión**

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Em 2003 fizeram-se 436 testes de Papanicolaou no CSPC, o que correspondeu a 16,2% do total de testes analisados no Laboratório de Anatomia Patológica do HCM. No ano de 2004, a proporção manteve-se a mesma, embora o número de testes realizados tenha

subido para 533 (**gráfico 1**).

Os testes de Papanicolaou com resultado anormal (63 casos), representaram, em 2003, 14,4% do total de testes realizados e os não satisfatórios (4 casos), 0,9%. Em 2004, os resultados anormais atingiram 81 casos (15,1%) e os não satisfatórios 17 casos (3,1%) (**gráfico 2**). Apesar do aumento registado na percentagem dos não satisfatórios, esta mantém-se inferior a 5%, cifra que os países latino-americanos se propõem diminuir.

Os resultados da prova de Papanicolaou podem ser normais ou anormais. Normais, se não se observam células anormais ou só se observam mudanças benignas, geralmente secundárias a inflamação ou irritação. Anormais, quando são observadas células atípicas (ASCUS, AGUS), lesões escamosas de baixo grau (L-SIL) ou neoplasia intra-epitelial cervical de grau 1, lesões escamosas intra-epiteliais de alto grau (H-SIL) ou CINII ou III e por último quando se observa carcinoma<sup>(9,10,11)</sup>.

No tocante à sua proveniência, apenas 9 pacientes (18%) eram da área de Saúde da Polana Caniço, enquanto que as restantes eram de outras áreas (**gráfico 3**).

Das 51 colposcopias realizadas, 58,8% foram satisfatórias, 7,8% não satisfatórias e 33,3% não classificadas (**gráfico 5**). A proporção de colposcopias satisfatórias encontradas neste estudo é inferior a 96,6%, percentagem reportada por outros autores. Fazer as colposcopias mais minuciosas ajuda a reduzir o número de colposcopias não satisfatórias ou achados colposcópicos errados (13,14).

Em relação ao motivo da consulta (**tabela 3**), de salientar que das 51 pacientes só em 5 se realizou o papa-teste como exame de rotina; o resto das mulheres referiu algum sintoma, sendo a dor pélvica e a leucorreia os mais frequentes.

#### Factores de risco

Para a variável "hábito de fumar", das 51 pacientes com papa-teste anormal, só uma era fumadora, sendo a lesão de baixo grau. Embora alguns autores assinalem o hábito de fumar como factor de risco de lesão cervical, neste estudo as pacientes com lesões de alto grau e carcinoma não fumavam. (8).

Em relação à idade, o grupo de 25 a 35 anos registou 45,1% de pacientes com resultado anormal, constituindo o grupo de maior risco, enquanto que os grupos de 36 - 45 anos registaram 31,4% (**tabela 1**). Comparando a idade com o diagnóstico final vemos que 35 mulheres tiveram lesão de baixo grau e 16 de alto grau ou carcinoma, sendo o número de casos com lesão de baixo grau com idade inferior a 35 anos maior do que as que tinham alto grau, 21 e 6 pacientes, respectivamente. No entanto, a diferença diminui à medida que aumenta a idade: no grupo de 36 a 45 anos, de 9 para 7 respectivamente, no grupo de 46 a 55 anos, de 4 para 2 e no grupo de idade superior a 56 anos de 1 para 3. O maior número de casos com carcinoma infiltrante esteve no grupo de 36 a 45 anos.

Publicações recentes assinalam a idade da paciente como factor de risco para o desenvolvimento do cancro cervico-uterino, alcançando o seu ponto mais alto próximo dos 50 anos e a displasia grave cerca dos 35 anos (4).

No tocante à idade de início da actividade sexual, apenas 3 mulheres (5,89 %) iniciaram as relações sexuais antes dos 15 anos. A maioria (40) teve relações entre os 15 a 18 anos, o que corresponde a 78,43 % e só 8 (15,68%) depois dos 19 anos (**tabela 2**). Muitos autores referem o início precoce das relações sexuais como factor de risco do cancro de colo (15).

Para a variável "paridade" (**tabela 4**), verificou-se que o maior número de pacientes (29 casos) tiveram de 1 a 3 partos, 6 foram nulíparas, 4 pacientes tiveram de 4 a 6 partos e com 6 ou mais, registaram-se 4 casos. A lesão de alto grau foi mais frequente nas mulheres com 1 a 3 partos (6 casos) e o carcinoma infiltrante nas que tinham entre 4 a 6 partos. De salientar que alguns autores reportam a importante associação entre a alta paridade e o aumento do risco de desenvolver cancro cervical a partir das células escamosas, associação que é mais estreita em mulheres com sete ou oito gravidezes a termo. (17)

A positividade ao teste do HIV foi um dos factores estudados. Dos papa-teste anormais, encontraram-se 7 pacientes com teste positivo, 23 com resultado negativo e em 21 desconhece-se. Nas pacientes com teste HIV positivo, 28,6% apresentaram lesão de baixo grau e as restantes, lesões de alto grau. Em relação ao teste HIV negativo, na maior percentagem dos casos, 60,9%, a lesão tinha baixo grau e as restantes apresentavam lesões de alto grau. De salientar que publicações recentes referem uma associação da condição HIV positivo e o aumento para o dobro da prevalência do HPV e para o triplo das lesões intra-epiteliais escamosas (LIE) de alto grau. (5, 18)

No diagnóstico citohistológico (**tabela 6**), constatou-se que das mulheres com citologia anormal, 39 apresentavam lesão de baixo grau, o que corresponde a 76,5%. A concordância entre o diagnóstico citológico e o diagnóstico final é de 87,1% neste tipo de lesão.

De referir que se registaram 5 pacientes com diagnóstico de lesão de baixo grau com diagnóstico final de alto grau, 4 com CINII e 1 com CINIII. Diversos estudos mostram a possibilidade de, em 20% dos diagnósticos histológicos de lesão de baixo grau, se poder também encontrar lesão de maior grau, daí a importância do seguimento destas pacientes (9,10,11).

Das 8 mulheres cujo diagnóstico citológico apresentou lesão de alto grau, só num caso a lesão final foi de baixo grau, verificando-se uma concordância de 87,5%, enquanto que das 4 mulheres cujo diagnóstico era o carcinoma infiltrante a concordância com o diagnóstico final foi de 100%. Em 2 mulheres diagnosticou-se lesão de alto grau como diagnóstico final de carcinoma infiltrante. Como se pode observar, à medida que o grau citológico vai aumentando, a percentagem de coincidência é maior. O estudo citológico é uma das formas mais importantes para diagnosticar as lesões cervicais intra-epiteliais e o carcinoma e continua a ser o principal meio de despistagem devido à sua simplicidade <sup>(10,11)</sup>.

Nas colposcopias realizadas, a lesão descrita com maior frequência (21 casos) é na zona acetobranca, seguindo-se as leucoplasias (15 casos). Em 11 das 51 mulheres estudadas não se realizou a descrição dos achados colposcópicos e nas pacientes com diagnóstico final de alto grau ou carcinoma infiltrante, não se descreveram irregularidades vasculares (**tabela 7**). Os achados colposcópicos nas pacientes estudadas não permitem estabelecer uma correlação entre o diagnóstico colposcópico e o diagnóstico final, mas só em dois casos não se encontrou nenhuma alteração, sendo portanto importante para indicar a zona onde se deve tomar a biópsia.

A biópsia colposcópica dirigida é quase tão efectiva quanto a citologia, para a detecção de anormalidades. São vários os autores que explicam que a probabilidade de falha da colposcopia é mais elevada que a da citologia, mas quando se conjugam ambos métodos, o número de lesões não diagnosticadas decresce <sup>(13,14)</sup>.

A tabela 8 apresenta os tratamentos realizados às pacientes, desde o início do diagnóstico até ao resultado final. Dos 35 casos com CINI e HPV, 33 foram submetidos a tratamento médico, um caso a electrocoagulação e um a conização. No CINI, a maioria dos autores comenta que, em geral, se deve efectuar um tratamento médico com seguimento clínico até 24 meses <sup>(12)</sup>.

Da displasia moderada, 2 pacientes tiveram tratamento médico, uma paciente electrocoagulação e 2 conização. Todas as mulheres com CINIII foram submetidas a intervenção cirúrgica: 4 conizações e uma histerectomia. Os 6 carcinomas resultaram em histerectomia. De salientar que os resultados encontrados sobre a conduta tomada coincidem com a literatura mundial <sup>(12,19)</sup>.

TABELA 1

**Idade e Diagnóstico Final**

Diagnóstico	Idade										Total	
	15 - 24		25 - 35		36 - 45		46 - 55		56 ou mais		Nr	%
Final	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
HPV			1	33,3	2	66,7					3	100
CINI			1	25	1	25	1	25,0	1	25	4	100
CINI + HPV	2	7,1	17	60,7	6	21,4	3	10,7			28	100
CINII	2	40	2	40	1	20					5	100
CINIII uo DS					3	100					3	100
CINIII uo CIS			1	50			1	50			2	100
Carc. Infil.			1	16,7	3	50	1	16,7	1	16,7	6	100
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>7,8</b>	<b>23</b>	<b>45,1</b>	<b>16</b>	<b>31,4</b>	<b>6</b>	<b>11,8</b>	<b>2</b>	<b>3,9</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

tabela 1 -

TABELA 2

Idade das Primeiras Relações Sexuais e Diagnóstico Final

Idade das 1 <sup>ª</sup> Relac. Sex.	Diagnóstico Final								
	HPV	CINI	CINI-HPV	CINII	CINIII ou DS	CINIII ou CIS	Carci. Infil.	Total	%
< 15			3					3	5.89
15 -18	2	4	21	5	1	2	5	40	78.43
>19	1		4		2		1	8	15.68
Total	3	4	28	5	3	2	6	51	100

tabela 2 -

TABELA 3

Motivo da Consulta

Motivo da consulta	Nr de casos
Dor Pélvica	29
Leucorreia	20
Hemorragia post-coito	6
Dispareunia	1
Infertilidade	3
Rotina	5
Total	51

tabela 3 -

TABELA 4

Paridade e Diagnóstico Final

Diagnóstico Final	Paridade									
	0		1 a 3		4 a 6		6 e mais		Total	
	Hr	%	Hr	%	Hr	%	Hr	%	Hr	%
HPV			2	6,9	1	8,3			3	5,9
CINI			3	10,3			1	25,0	4	7,8
CINI+HPV	4	66,7	16	55,2	6	50,0	2	50,0	28	54,9
CINII	2	33,3	3	10,3					5	9,8
CINIII ou D.S			2	6,9	1	8,3			3	5,9
CINIII ou C.I.S			1	3,4	1	8,3			2	3,9
Car.Infil			2	6,9	3	25,0	1	25,0	6	11,8
Total	6	100,0	29	100,0	12	100,0	4	100,0	51	100,0

tabela 4 -

TABELA 5

Teste de HIV e Diagnóstico Final

Diagnóstico Final	Teste de HIV							
	Positivo		Negativo		Desconhecido		Total	
	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%
HPV			2	8.7	1	4.8	3	5.9
CINI			2	8.7	2	9.5	4	7.8
CINI+HPV	2	28.6	14	60.9	12	57.1	28	54.9
CINII	2	28.6	3	13			5	9.8
CINIII ou DS	1	14.3			2	9.5	3	5.9
CINIII ou CIS	1	14.3	1	4.3			2	3.9
Carc. Infil.	1	14.3	1	4.3	4	19	6	11.8
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

tabela 5 -

TABELA 6

Diagnóstico Citológico e Histológico

Diagnóstico Final	Diagnóstico Citológico						Total	
	Lesão de Baixo Grau		Lesão de Alto Grau		Carcinoma Infiltrante		Nr	%
	Nr	%	Nr	%	Nr	%		
HPV	3	100					3	100
CINI	4	100					4	100
CINI+HPV	27	96.4	1	3.6			28	100
CINII	4	80	1	20			5	100
CINIII ou DS	1	33.3	2	66.7			3	100
CINIII ou CIS			2	100			2	100
Carc. Infil.			2	33.3	4	66.7	6	100
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>76.5</b>	<b>8</b>	<b>15.7</b>	<b>4</b>	<b>7.8</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

tabela 6 -



TABELA 7

Achados Coloscópicos e Diagnóstico Final

Achados Coloscópicos	Diagnóstico Final							Total
	HPV	CINI	CINI + HPV	CINII	CINIII ou DS	CINIII ou CIS	Carc. Infil.	
Ectopia			2					2
Leucoplasia	2	3	5		2	1	2	15
Zona Acetobranca	1	1	16	1		1	1	21
Pontilhado	1	1	6					8
Mozaico			1	1		1	1	4
Carcinoma Invasivo							3	3
Não descrita			6	3	1		1	11
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>36</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>64</b>

tabela 7 -

TABELA 8

Tratamentos Realizados e Diagnóstico Final

Diagnóstico Final	Tratamento								Total	
	Médico		Electrocoagulação		Conização		Histerectomia		Nr	%
	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%		
HPV	3	100							3	100
CINI	4	100							4	100
CINI+HPV	26	92.9	1	3.6	1	3.6			28	100
CINII	2	40	1	20	2	40			5	100
CINIII ou DS					3	100			3	100
CINIII ou CIS					1	50	1	50	2	100
Carci. Infil.							6	100	6	100
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>68.6</b>	<b>2</b>	<b>3.9</b>	<b>7</b>	<b>13.7</b>	<b>7</b>	<b>13.7</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

tabela 8 -

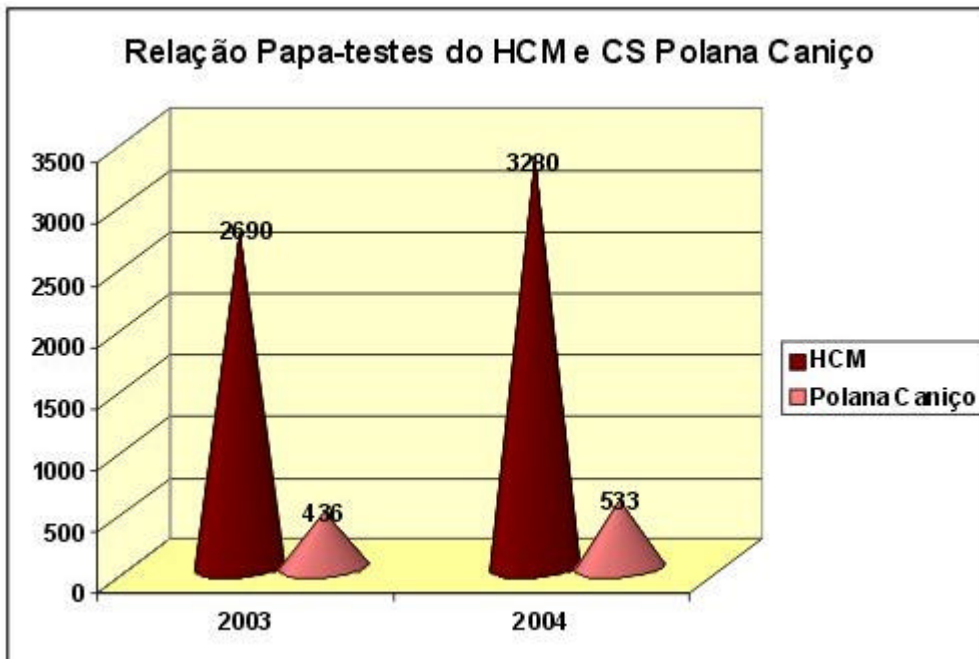


Gráfico 1.

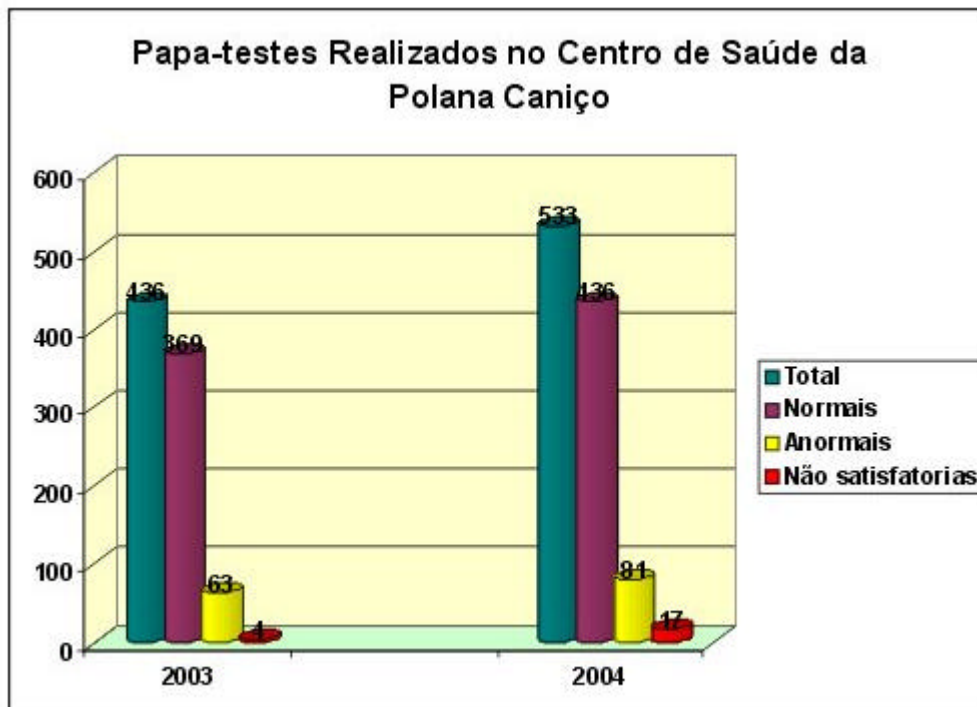


Gráfico 2.

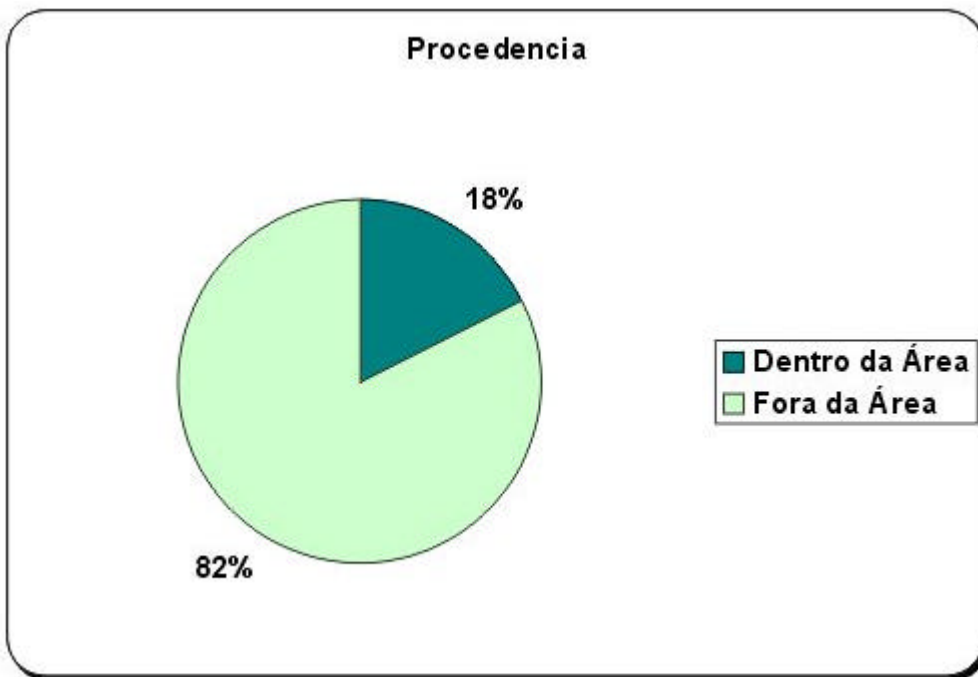


Gráfico 3.



Gráfico 4.

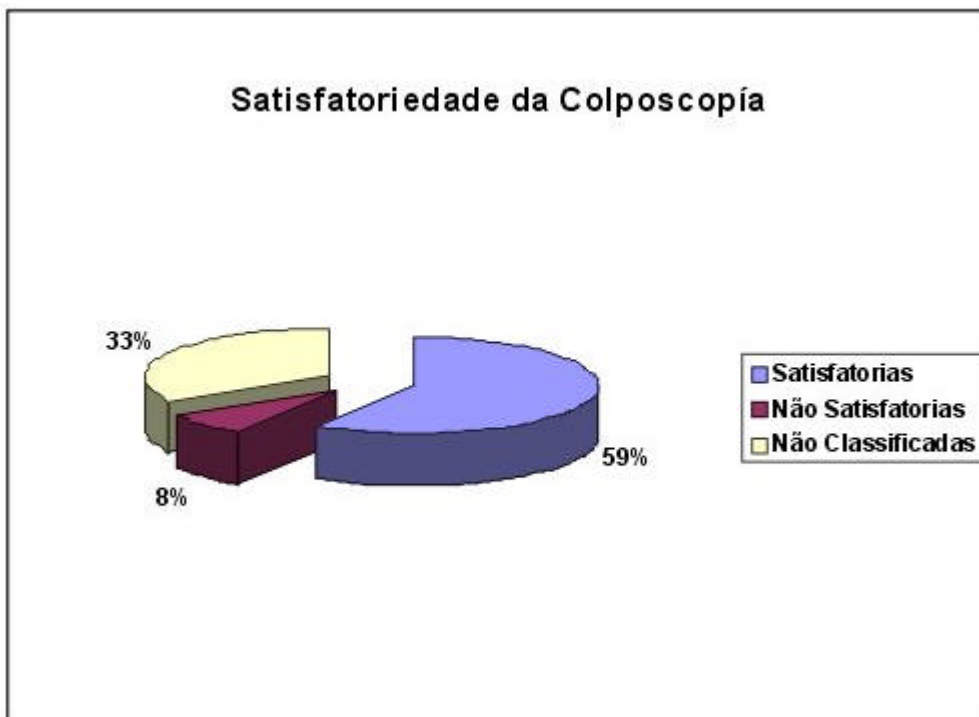


Gráfico 5.

## Conclusões

### 4. CONCLUSÕES

1. No Centro de Saúde da Polana Caniços realizaram-se 16,2% dos testes de Papanicolaou analisados no Laboratório de Anatomia Patológica do HCM, com uma boa tomada da amostra, obtendo-se uma percentagem baixa de testes não satisfatórios.
2. Os testes de Papanicolaou com resultado anormal foram mais frequentes nas idades entre 25 a 45 anos com 1 a 3 partos. O hábito de fumar não parece ser factor de risco para o CIN.
3. Nas pacientes com teste de HIV positivo a maior percentagem de lesões encontradas foi as de alto grau, enquanto que nas mulheres HIV negativas predominaram as lesões de baixo grau.
4. A maior percentagem de pacientes com citologia anormal apresentou lesões de baixo grau. A concordância entre o diagnóstico citológico e o diagnóstico final nas lesões de alto grau foi alta e no diagnóstico de carcinoma houve concordância em todos os casos.
5. A discrepância dos achados colposcópicos não permitiu prever o tipo de lesão que histologicamente se encontraria, mas permitiu decidir a zona onde se devia tomar a biópsia.

## Recomendaciones

### 5. RECOMENDAÇÕES

1. Aplicar a Classificação de achados colposcópicos aprovado no IX Congresso de Patologia do Colo Uterino e Colposcopia (Austrália, 1996)
2. Aumentar o número de testes de Papanicolaou em pacientes sem sintomas que acudam à consulta.
3. Implementar programas que permitam diminuir a morbi-mortalidade por esta patologia.

## Bibliografía

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Parkin, D.M. et al. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *International Journal of Cancer* 80:827-841 (1999).
- 2.- Wright, T.C. et al. HPV DNA testing of self-collected vaginal samples compared with cytologic screening to detect cervical cancer. *JAMA* 283(1):81-86 (January 5, 2000).
- 3.- Lazcano-Ponce, E.C. et al. Cervical cancer screening in developing countries: why is it ineffective? The case in Mexico. *Archives of Medical Research* 30:240-250 (1999).
- 4.- PATH (Program for Appropriate Technology in Health). Planning appropriate cervical cancer Prevention Programs. 2<sup>nd</sup> Edition Seattle: PATH 2001
- 5.- Kjaer, S.K. et al. **Type specific persistence of high risk human papillomavirus (HPV) as indicator of high grade cervical squamous intraepithelial lesions in younger women: population based prospective follow up study.** *British Medical Journal* 325(7364):572 (September 14, 2002).
- 6.- Thomas, D.B. et al. Human papillomaviruses and cervical cancer in Bangkok. III. The role of husbands and commercial sex workers. *American Journal of Epidemiology* 153(8):740-748 (2001).
- 7.- Zenilman, J.M. Chlamydia and cervical cancer: a real association? *JAMA* 285(1): 81-83 (January 3, 2001).
- 8.- Kjellberg, L. et al. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. *British Journal of Cancer* 82: 1332-1338 (2000).
- 9.- ACCP. Papa smears: An important but imperfect method. Cervical Cancer Prevention fact sheet (October 2002)
- 10.- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), Evaluation of cervical Cytology. Evidence Report / Technology Assessment, No.5. Rockville, MD. (1999)
- 11.- Salomeno. The 2001 Bethesda System: Terminology for reporting results of cytology. *JAMA* 2002;287:2114-9.
- 12.- Chirenje Z.M. et al. Situation analysis for cervical cancer diagnosis and treatment in East, Central and Southern African countries. *Bulletin of the World Health Organization* 79(2): 127-132 (2001).
- 13.- Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia, A beginners Manual, John W. Sellors, MD. R. Sankaranarayanan, MD
- 14.- Cabral Berreira LE, de Camargo MJ, Russomano F, Athie MS, et al. The colposcopy examination validity in the diagnosis of intraepithelial neoplasia and invasive cervical carcinoma: use of likelihood ratio. *J Brasileiro Ginecol* 1997;107(7):243-9.
- 15.- Sellors, J.W., Mahony, JB, et al. Prevalence and predictors of human papillomavirus infection in women in Ontario, Canada. *Canadian Medical Association Journal* 163(5):503-508 (Sept. 5, 2000).
- 16.- Biswas, L.N. et al. Sexual risk factors for cervical cancer among rural Indian women: a case-control study. *International Journal of Epidemiology* 26(3):491-495 (June 1997).

- 17.- Muñoz, N. et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 359: 1093-1101 (March 30, 2002).
- 18.- La Roche, G. Et al. Squamous Intraepithelial Lesions of the cervix, Invasive Cervical Carcinoma, and Immunosuppression Induced by Human Immunodeficiency virus in Africa. *Cancer* 82 (12): 2401-2408 (June 15, 1998)
- 19.- Jariene K, Cigrigiene V. Some aspects of diagnosis and treatment of cervical intraepithelial neoplasia (review of the literature). *Medicina (Kaunas)* 2002; 38(9):876-87

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 29/09/2005 21:56:28