

Estudo Comparativo Entre Colpocitologia e Colposcopia em uma Série de 300 Casos Ginecológicos*

DR. NILO PEREIRA LUZ **

Estudo Comparativo entre Colpocitologia e Colposcopia em uma série de 300 casos ginecológicos

Considerando a pequena difusão que tem a colposcopia entre os ginecologistas, resolvemos apresentar apenas como contribuição à apreciação do seu valor os resultados que a mesma nos ofereceu em uma série contínua de pacientes não selecionados que vieram à consulta no Ambulatório da Cadeira de Clínica Ginecológica, comparando-os também com o que nos ofereceu a colpocitologia nos mesmos casos.

Afim de não prejudicar a apreciação do valor diagnóstico de ambos os processos, só foi considerado o diagnóstico fornecido pelo primeiro exame, colposcópico ou citológico, de vez que diversos casos sofreram exames sucessivos, o que, naturalmente, trouxe maior eficiência.

Vejamos agora o que nos forneceu a colposcopia no diagnóstico precoce do carcinoma e das alterações precursoras do mesmo no colo uterino.

A colposcopia encontrou em um total de 300 casos examinados entre 22 de junho e 8 de setembro do corrente ano:

- 63 casos de epitélio originário em toda a portio (21%)
- 167 casos de epitélio ectópico (55,66%)
- 199 casos de epitélio em transformação (66,3%)
- 69 casos de epitélio atípico nas suas diversas formas (23%)
- 4 casos de carcinoma do colo uterino (1,3%)
- 4 casos de suspeita de lesão maligna (1,3%)
- 5 casos de exame deficiente (1,6%)

* Trabalho apresentado na sessão do dia 9 de outubro da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul.

** Assistente voluntário da Cadeira de Clínica Ginecológica.

E' claro que houve coincidência de achados em diversos casos, principalmente de ectopias e zonas de transformação as quais habitualmente se encontram simultâneamente no mesmo colo.

Vejamos agora os resultados fornecidos pela citologia na mesma série de casos:

- 66 casos de grau I (22%)
- 220 casos de grau II (73,3%)
- 4 casos de grau III (1,3%)
- 3 casos de grau IV (1%)
- 5 casos de exame deficiente, impossível de classificar (1,6%)
- 2 casos de extravio por quebra de lâmina (0,66%)

Façamos agora o estudo comparativo destes dois processos semióticos nesta série de casos, no que se refere ao diagnóstico precoce do câncer; começando inversamente, pelos casos de carcinoma, vemos que foram encontrados *quatro* casos de carcinoma do colo uterino; em quatro destes, a colposcopia fez o diagnóstico da lesão, acarretando a necessidade da imediata biópsia para confirmação histológica do diagnóstico clínico.

Em dois destes casos (5 e 28) a colpocitologia também fez o diagnóstico na primeira lâmina; em outro o material colhido foi impróprio para um diagnóstico (caso 200); em outro finalmente foi negativo, aconselhando nova colheita apenas para melhor estudo (caso 199, grau citológico IIB).

Por outro lado o colposcópio levantou suspeitas injustificadas em 3 casos, dois de lesão endocervical e um de metaplasia; os dois primeiros foram afastados do grupo pela simples cura da lesão endocervical inflamatória, sem biópsia; o terceiro foi submetido a uma biópsia, mesmo contra a indicação da citologia, sendo identificado como metaplasia de epitélio ectocervical. Os casos são os de número 17, 189 e 97. Existe um quarto caso em que o colposcópio levantou uma suspeita de matriz IV A de Hinselmann, a citologia deu grau III e a paciente não voltou à consulta, não sendo possível localizá-la apesar dos esforços empregados neste sentido.

A colpocitologia também apresentou um falso positivo, caso 30, grau IV A, embora se ressaltasse a precariedade de elementos para atingir a este diagnóstico; a evolução posterior deste caso mostrou caracteres interessantes, de vez que com os estrógenos administrados, somente se obteve material citológico grau II, persistentemente; ao mesmo tempo, a pequena erosão do lábio ventral do colo uterino foi recoberto por um epitélio atípico com os vasos ectásicos e deformados, exuberante e saliente na superfície da mucosa epitélio que levantou sérias suspeitas de ser um microcarcinoma; a biópsia superficial feita em primeiro lugar não forneceu dados para um diagnóstico preciso; praticada a histerectomia por razões outras, o exame da peça mostrou tratar-se de lesão metaplásica, embora fosse feita somente a rotina histopatológica habitual.

Vejamos também a distribuição do epitélio atípico nos diversos grupos fornecidos pela citopatologia:

entre 66 casos de grau I, 4 epitélios atípicos;
entre 220 casos de grau II, 1 carcinoma e 53 epitélios atípicos;
entre 4 casos de grau III, 3 epitélios atípicos;
entre 3 casos de grau IV, 3 epitélios atípicos;
entre 5 casos de classificação impossível, 1 epitélio atípico e 1 carcinoma.

Como vemos, em elevada proporção de casos, o colposcópico contribuiu para o diagnóstico de lesões que a citologia não tinha destacado.

No sentido do diagnóstico precoce do carcinoma do colo uterino foi pelo menos tão preciso quanto a colpocitologia; a inspecção melhorada do colo tornou desnecessária uma série de biópsias que de outra maneira deveriam ter sido feitas, mesmo com o emprego largo da colpocitologia; mais do que isto, a contribuição que ofereceu ao diagnóstico ginecológico adicional foi valiosa, seja pela identificação das diversas formas de colpíte, seja pela despistagem de maior número de epitélios atípicos, seja pela maior precisão que oferece ao identificar grande número de "erosões" da portio vaginalis.

Tem cabimento a apresentação desta casuística, por que os maiores argumentos contra a generalização do emprego do colposcópico em ginecologia, tem sido o demorado do exame adequado, a pequena contribuição adicional que fornece ao exame clínico e o demorado período de aprendizagem necessário ao emprego útil da técnica.

A respeito do primeiro tópico, deixemos Wespi responder por nós (obra citada, pp. 138 e 139):

"êste procedimento toma de trinta segundos a um minuto".

— "A não ser que hajam mudanças que são especialmente extensas e difíceis de determinar êste exame também é terminado em um ou dois minutos, de maneira que não toma tanto tempo".

Nós temos empregado rotineiramente a colposcopia em tôdas as pacientes que vêm à primeira consulta, fazendo uma média de dez a doze exames dentro da rotina de um ambulatório em que todos os exames colposcópicos são feitos pessoalmente por mim e com as demoras daí decorrentes; se cada mesa ginecológica, como é o caso na clientela privada fosse equipada com um colposcópico, o serviço é claro teria mais continuidade; pois bem, apesar destas deficiências graves, o tempo total de serviço não se modificou sensivelmente. Se não se quer usar o colposcópico é um ponto de vista que se pode respeitar, aceitar não; o que não se pode admitir é que se diga que o tempo de exame torna impossível o seu aproveitamento.

A respeito da contribuição adicional que traz, só diz que é pequena quem não conhece colposcopia, nem em teoria, quanto mais na prática; o possuir-se um aparelho nem sempre quer dizer que se

saiba utilizá-lo e aproveitá-lo devidamente; a descoberta de 69 casos de epitélio atípico em uma série de 300 casos ginecológicos é de per si eloquente.

O terceiro tópico, qual seja o do período de aprendizagem necessário ao emprego eficiente do método oferece porém maior delicadeza de conceitos. Não consideramos a colposcopia, à luz dos conhecimentos atuais como um método muito difícil de aprendizado, desde que este aprendizado esteja baseado em uma sólida base anátomo-patológica; além dos conhecimentos teóricos, ao alcance de qualquer estudioso no assunto, o nosso aprendizado baseou-se em um curso prático e intensivo com a duração de 5 dias, ministrado pelo próprio professor Hinselmann e na leitura de 3 textos de colposcopia que vão citados na bibliografia; ora, considerar esta parte da ginecologia como de difícil aprendizado, parecer-me-ia ligeiramente forçado; pessoalmente considere mais difícil aprender a operar bem um apêndice do que aprender colposcopia. Se me considerarem especialmente dotado por ter estudado um pouco de anatomia patológica durante o meu período de formação médica, o que não é verdade, eu diria em réplica:

O ginecologista que exerce a profissão sem a necessária base de conhecimentos de patologia, para o bem das suas pacientes antes não fora ginecologista.

O prisma portanto da dificuldade do aprendizado apresenta faces diferentes segundo o ponto de vista que se o encara; não considero a colposcopia como algo mais difícil de aprender que outras partes da medicina que necessariamente se devem ensinar.

Aliás esta pequena série de pacientes representa o início do meu aprendizado sistemático de colposcopia, de vez que nunca tinha feito antes uma rotina como a que executo agora, com a necessária representação gráfica dos achados colposcópicos; a precisão que atingiu o meu diagnóstico nesta série de casos não é consequência de nenhuma qualidade especial mas simplesmente decorre do fato de eu ter resolvido a aprender colposcopia pelo único caminho real que me levará à meta desejada:

fazendo exames colposcópicos em todas as pacientes.

Não existe exemplo de nenhum colposcopista que, ao fazer colposcopia de uma maneira adequada e persistente, tenha tido reais dificuldades em aprender o processo; o que se observa sempre é a reação dos que nunca fizeram colposcopia por não acreditar nela; este trabalho mais do que uma demonstração é um apelo a que se não despreze o processo tão útil em ginecologia por apreciações apriorísticas ou gratuitas, mesmo se provenientes de pessoas que possuem o colposcópio; o labor paciente e continuado por cientistas de valor em um período que já cobre trinta anos, com centenas de milhares de exames colposcópicos efetuados não pode ser posto de lado por uma apreciação indevida ou um conceito irônico de quem por preferências pessoais não considera útil o processo.

Esta casuística é a primeira notícia da nossa experiência sobre o assunto; à medida que a mesma se amplie, continuará a ser reportada, afim de que no cáos atualmente existente no terreno do diagnóstico precoce do carcinoma uterino, possamos aos poucos ir formando conceitos racionais baseados em experiência pessoal; o primeiro destes já pode ser emitido desde já:

A colposcopia oferece o suficiente número de vantagens para não ser desprezada na organização da luta contra o câncer ginecológico, sendo obrigatório o seu uso rotineiro em toda a paciente examinada adequadamente do ponto de vista ginecológico.

BIBLIOGRAFIA

1. Bourg, R. and Gompel, Cl.
Quelques reflexiones au sujet de la citologie dans l'épithélioma débutant du col.
Bull. Fed. Soc. Gynec. et Obst. Lang. Franç. 4:3bis, 430-431, 1952
2. Douglas, G. W. and Studdiford, W. E.
The diagnosis of early carcinoma of the cervix
Surg. Gyn. Obst. 91:728-741, 1950
3. Gebara, D. ...
A citologia cervico-vaginal como rotina no diagnóstico do câncer uterino
Med. Cir. Farm. 186:503-518, 1951
4. Hinselmann, H.
Sobre la colposcopia. Problemas elegidos
Pat. e Clin. 1:513-526, 1951
5. Hinselmann, H.
The colposcope in the diagnosis of cervical lesions
Em Davis, C. H. — Gynecology and Obstetrics
W. F. Prior Co, vol. III, cap. IV, seção I ppl-4
6. Hinselmann, H.
Einführung in die Kolposkopie
P. Hartung Verlag, Hamburg, 1933
7. Mestwerdt, G.
Atlas der Kolposkopie
Gustav Fischer, Jena, 1949
8. Novak, E.
What constitutes an adequate cancer detection examination of the cervix
Am. J. Obst. Gyn. 58:851-866, 1949
9. Rieper J. P.
Colposcopia na Gravidez. Considerações etiopatogênicas sobre o carcinoma do colo uterino.
An. Bras. Gin. 35:25-32, 1953

10. Scheffey, L. C. and Lang, W. R.
Adequate measures in diagnosis of uterine cancer (with regard to management and treatment).
Surg. Clin. of North Amer. — Symposium on safeguards in surgical diagnosis, pp. 1729-1744.
W. B. Saunders Co, Philadelphia, 1952
11. Rocha, A. H.
Contribuição da colposcopia ao diagnóstico ginecológico
Tese à F. M. de Belo Horizonte, 1947
12. Val S. O.
Colposcopia e colpocitologia
An. Clín. Gin. S. Casa S. Paulo 2:129-134, 1952
13. Varangot, Nuovo et Vassy
Recherches sur le diagnostique des cancers génitaux féminins par les frottis cervico-vaginaux.
Gyn. et Obst. 51:426-439, 1952 — 52:113-153, 1953
14. Watteville, H. Geisendorf, W. et Danon, L.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Lang. Franç. 4:1bis:37-79, 1952
15. Waegeli, C. Treize annés de colposcopie pour le dépistage précoce du cancer du col uterin.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Lang. Franç. 4:3bis:435-438, 1952
16. Wespi, H.
Early carcinoma of the uterine cervix
Grune & Stratton, New York, 1949
17. Arenas, N.
El problema del diagnóstico precóz del carcinoma de cuello y de endometrio
II congresso brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia
São Paulo, 1948