

A INCIDÊNCIA E O TRATAMENTO DO EPITÉLIO ATÍPICO — EXPERIÊNCIA PESSOAL (*)

NILO PEREIRA LUZ
ZÉLIA GERENT

O presente trabalho visa apresentar a nossa experiência no tratamento do epitélio atípico em suas formas mais simples, bem como apresentar um estudo comparativo sobre a incidência do mesmo em pacientes de um ambulatório preventivo e em um grupo de prostitutas examinadas no Serviço de Doenças Venéreas do Departamento Estadual de Saúde, hoje Secretaria de Saúde. Aproveitaremos o ensejo para comentar alguns aspectos dos epitélios atípicos que, em nossa opinião, devem influenciar a conduta ante os mesmos.

Começamos porém por definir o que é epitélio atípico. O termo originou-se por conceitos de Hinselmann que em primeiro lugar descreveu a ausência de glicogênio e a similitude com as leucoplasias. Refere-se a um tipo especial de epitélio pavimentoso que não tem glicogênio nas suas células, apresenta uma excessiva celularidade, irrequietude nuclear e persistência de pontes celulares até as camadas mais superiores do epitélio. O patologista nem sempre descreve ou estuda bem estas características que são entretanto fundamentais ao conceito de epitélio atípico, já que o preocupa mais o diagnóstico de uma possível malignidade. É característico do epitélio atípico a sua terminação abrupta em linha reta ou oblíqua com o epitélio normal (linha oblíqua de Schiller).

O epitélio atípico simples, uma das matrizes de Hinselmann, apresenta-se ao exame colposcópico sob diversos aspectos. Na forma mais habitual é uma mancha ligeiramente descolorida que se encontra em terreno de epitélio pavimentoso, observada com alguma dificuldade à inspecção simples mas ressaltada com nitidez pela aplicação do

(*) Trabalho apresentado no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Associação Médica do Rio Grande do Sul na Sessão de 28-6-63.

ácido acético. Tem sempre os bordos nítidos, cortantes como os desenhados em um mapa, em perfeita correlação com os dados histológicos acima referidos. Ao se aplicar a solução de lugol, esta escorre sobre o mesmo, como água sobre óleo, não o corando em absoluto. Aqui deve ser chamada a atenção para dois fatos importantes: se o epitélio é muito atrófico, todo ele permanece mais ou menos iodonegativo, tornando-se difícil o reconhecimento de um epitélio atípico. É aconselhável em casos semelhantes a administração de hormônios estrogênicos locais ou parenterais antes de se concluir em definitivo pela presença ou ausência de um epitélio atípico. Outra eventualidade a ser lembrada é a de certas formas de colpíte que deixa áreas localizadas mais ou menos extensas, iodonegativas e de coloração alterada. Aqui a distinção é porém mais fácil, já que o simples estudo da borda da lesão nos permite na própria ocasião do exame o diagnóstico correto; nos casos de colpíte este bordo é sempre "flou", não se podendo precisar com exatidão a área em que começa a iodopositividade ou termina a iodonegatividade; nos epitélios atípicos não há transição de espécie nenhuma, a área iodonegativa termina em contato linear com a área iodopositiva.

O epitélio atípico pode porém se revestir de outros aspectos colposcòpicos:

leucoplasia,

zona iodonegativa colposcòpicamente muda,

outras lesões matrizes de Hindselmann.

Na leucoplasia o aspecto já é característico à simples inspecção colposcòpica; há porém que chamar a atenção para algumas características que lhe são próprias. A porção queratinizada da leucoplasia se destaca com extrema facilidade ao simples toque da torunda de algodão e facilmente se raspada com a borda do espécule, quando da introdução do mesmo. A leucoplasia pode ser confundida pelo seu aspecto colposcòpico com o condiloma acuminado nos primórdios de sua instalação e com certas formas de colpites micóticas que apresentam também placas brancas à vista. Nos dois últimos casos porém a crosta queratinizada é fortemente aderida ao tecido subjacente do qual freqüentemente não pode ser destacada ou, quando o é, com extrema dificuldade. Além disto a retirada das camadas superficiais de uma leucoplasia deixa à mostra com grande freqüência uma base de leucoplasia, lesão colposcòpicamente típica; sempre porém, com ou sem imagem de base, o terreno que jaz sob uma leucoplasia verdadeira é sempre iodonegativo

de bordos nítidos e típicos. Há a considerar aqui também o problema da localização das lesões e que pode também ser importante elemento de diagnóstico. Uma leucoplasia tem sempre a mesma localização e, salvo tratamento ou traumatismo, permanece localizada sempre no mesmo ponto, o que não ocorre com as lesões inflamatórias ou de condiloma que na evolução variam a sua localização, pelos processos de cura e regeneração, aparecendo em exames sucessivos em diversos locais da porção vaginal do colo uterino.

A zona iodonegativa colposcopicamente muda tem as mesmas características das que foram descritas antes mas se distingue por ser inconspíqua antes da aplicação da solução de Schiller. Ao contrário do que se observa nas leucoplasias e epitélios atípicos simples, que têm sempre um desnível em relação ao tecido circundante, a zona iodo negativa colposcopicamente muda não se edemacia ao se pôr em contato com o ácido acético, o que explica em parte a dificuldade do seu reconhecimento antes da aplicação do Schiller.

O epitélio atípico simples pode se revestir do aspecto colposcópico que Hinselmann atribuiu às suas matrizes, tanto a base de leucoplasia, quanto o mosaico propriamente dito. Poder-se-ia discutir a propriedade de se dar o nome genérico de epitélio atípico às lesões matrizes de Hinselmann; entretanto, quando fizermos a comparação com os resultados colpocitológicos, esta inclusão ficará melhor justificada, como descreveremos depois.

Estas considerações tem por justificativa a necessidade de sabermos sobre o que vamos tratar, a fim de que nos possamos entender. Foram propositadamente deixadas de fora as lesões de vascularização atípica e da zona de transformação atípica por se tratarem de imagens colposcópicas cuja correspondência histológica nem sempre pode ser depreendida do aspecto primário colposcópico; as lesões por nós encaradas neste trabalho tem a correspondência histológica referida, a ressalva feita para a possibilidade de que possam albergar na intimidade da sua espessura alterações mais graves relacionadas mais de perto com a malignidade. Sobre isto também voltaremos.

O trabalho apresentado se refere à incidência de epitélios atípicos encontrados no decorrer do exame de um grupo de 729 pacientes que foram consultar o Ambulatório Preventivo Professor Arnaldo de Moraes, desde a instalação e reflete a experiência dos que ali exercem a sua atividade. Com fins de comparação e para confirmar os achados de

autores alemães de anos atrás se apresentam os resultados dos exames colposcópicos efetuados em um grupo de 250 prostitutas do Serviço de Doenças Venéreas do então Departamento Estadual de Saúde, por um dos autores. Por razões diversas, os dados do exame colposcópico só puderam ser reconstituídos em 653 pacientes do grupo do ambulatório e 231 pacientes do grupo das prostitutas. Os dados a seguir esmiuçados pertencem a estes casos em que o exame colposcópico estava adequadamente documentado. Para ilustrar os resultados do tratamento, são apresentados 50 casos de tratamento pelo método preconizado, tanto do Ambulatório preventivo como da Clínica privada de um de nós.

ANÁLISE DO MATERIAL

Entre as 653 pacientes do ambulatório foram encontrados 106 casos de epitélio atípico, o que dá uma incidência global de 16,23%. A idade das examinandas variou entre 16 e 34 anos.

Entre os 106 casos de epitélio atípico, houve 9 casos em que havia base e mosaico concomitante, 4 casos de base simples, 2 casos de mosaico simples e 6 casos de leucoplasia. É interessante ressaltar que em 78 dos 106 casos a lesão matriz incidia em uma zona de transformação.

A colpocitologia nos mostrou 44 casos classificados no grupo I, 52 casos no grupo II e 3 casos no grupo III. Este resultado é um pouco surpreendente se considerarmos a alegada relação etiopatogênica entre lesão matriz e carcinoma da cérvix; menos de 3% dos casos mostraram lesões citologicamente suspeitas, o que não seria de esperar.

Entre as 231 paciente do Serviço de Doenças Venéreas houve 50 casos de epitélio atípico, o que dá uma incidência global de 21,64%. Houve 11 casos de base e mosaico e 1 caso de leucoplasia. 40 dos 50 casos estavam localizados sobre lesões de zona de transformação. A idade das examinandas oscilou entre 16 e 49 anos. Não foi feito estudo citológico deste grupo por impossibilidades materiais presentes na ocasião da realização do trabalho. A incidência dos achados é comparada em um gráfico com os resultados sobre a mesma matéria apresentados por Mestwerdt e por Wespi. Pode-se ver que a incidência deles é bastante menor do que a observada, tanto no ambulatório preventivo quanto no Serviço Público antes referido (gráfico 1).

A distribuição por idade é discriminada nos gráficos 2, 3 e 4, sendo no último gráfico comparadas as incidências

relativas por idade entre os dois grupos em estudo. A análise destes dados permite fazer algumas considerações sobre o período do aparecimento mais freqüente da lesão; pode ser visto que a maior freqüência do achado se situa mais de 10 anos antes da maior incidência do carcinoma intra-epitelial e mais de 20 anos antes da maior incidência de carcinoma desenvolvido da porção vaginal do colo; ora, a correlação entre estes valores nos leva desde logo a teorizar se as lesões consideradas têm a mesma significação e relação com o carcinoma em estudo do que este com relação ao último.

A análise estatística mostrou que, apesar da maior incidência aparente do epitélio atípico entre as prostitutas, não houve um aumento na incidência em termos de significação estatística entre os dois grupos. Em ambos os grupos é de assinalar que a maior incidência dos epitélios atípicos ocorreu nos primeiros anos da segunda década de vida, seguindo linha descendente desde então.

COMENTÁRIOS

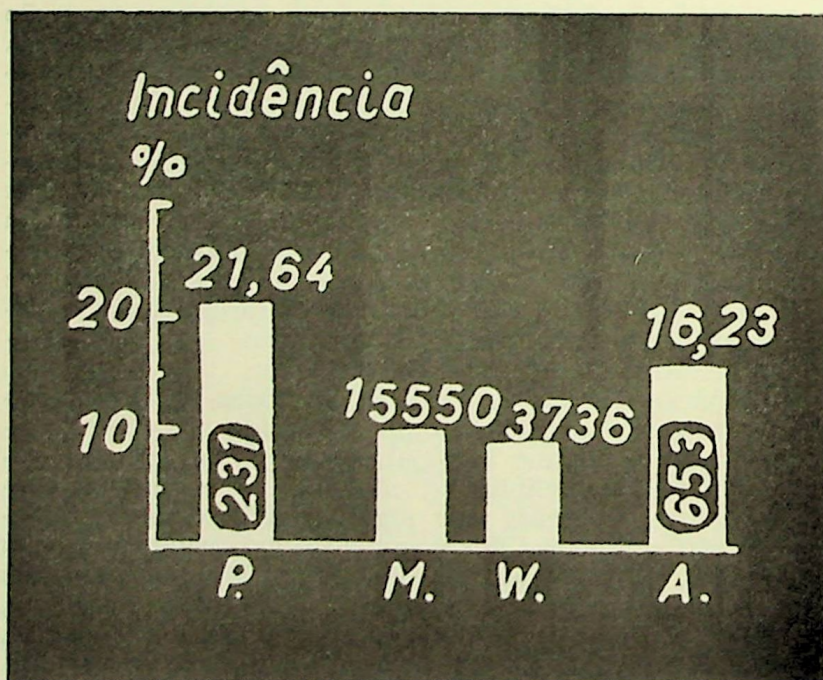
Merecem ser aflorados aqui alguns aspectos da lesão colposcópica em estudo. Em primeiro lugar a incidência mínima de lesões citologicamente suspeitas no grupo considerado. Houve só 3 casos de citologia suspeita que já foram esmiuçados. Considerando estes achados, mais a segurança de uma citologia negativa e as dificuldades técnicas e financeiras que envolveriam a execução das técnicas preconizadas por Henselmann (excisão a bisturi, secção em tecido são e exame em corte seriado dos fragmentos retirados), decidimos fazer uma tentativa de sistematização de tratamento dos epitélios atípicos, considerando-os ainda potencialmente pré-cancerosos a longo prazo.

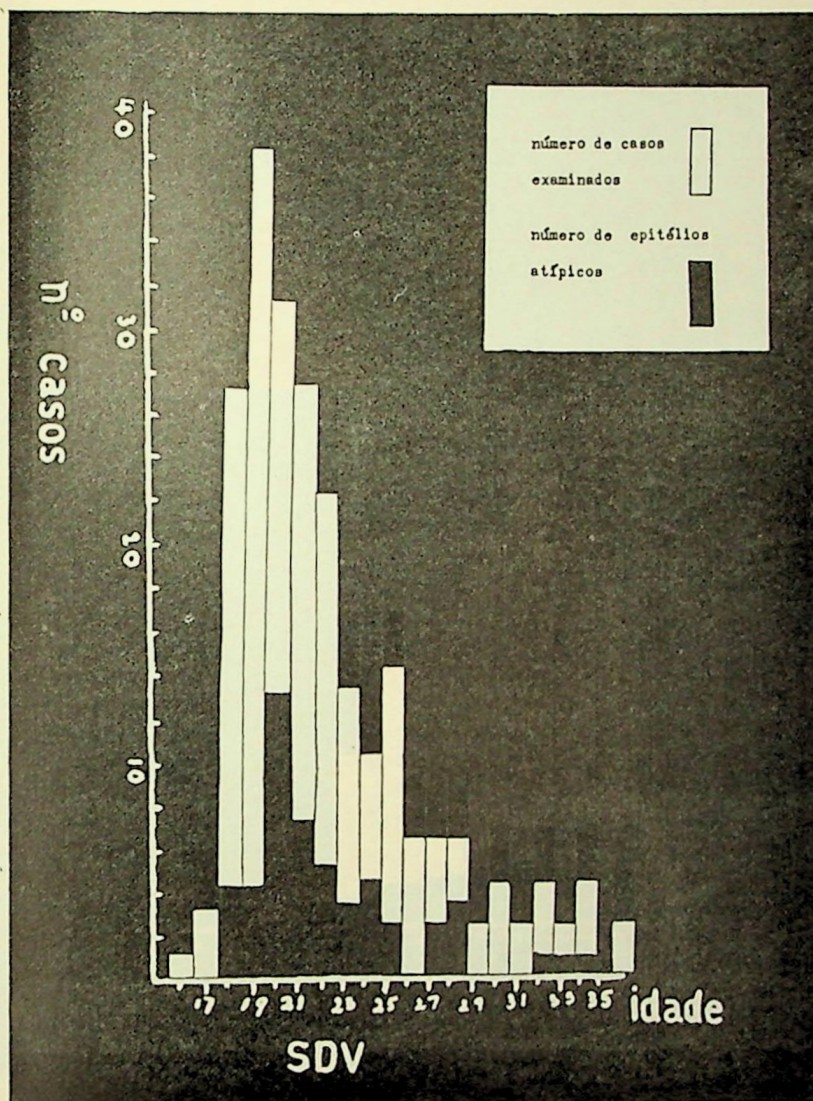
Tal tratamento consiste no seguinte:

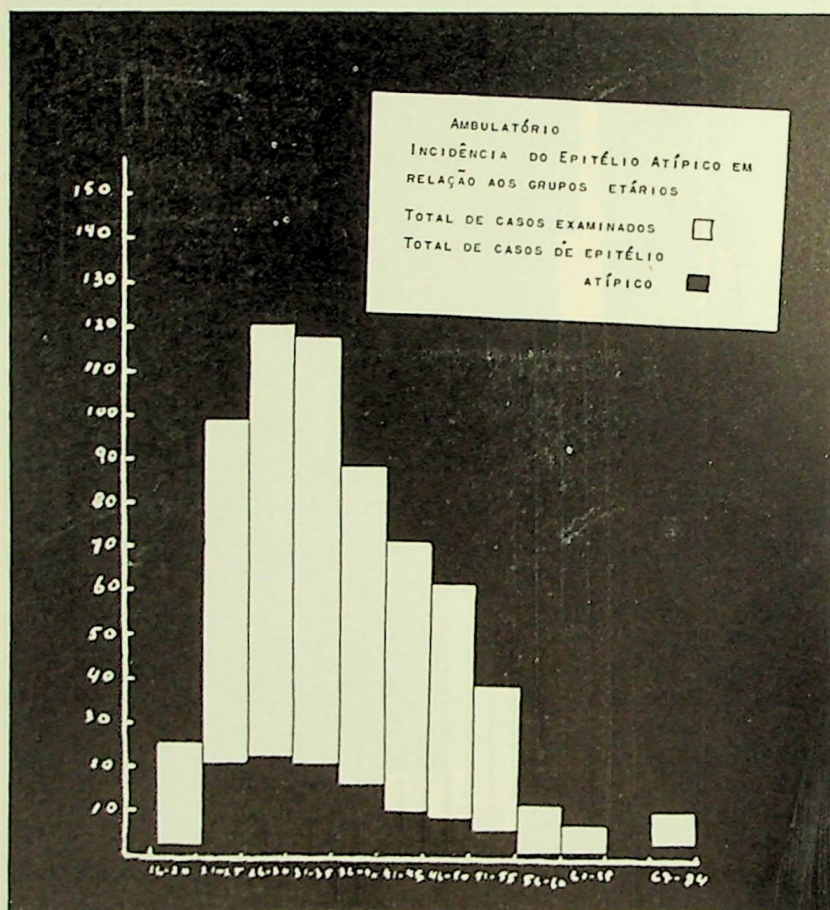
Extirpação a alça de cautério de tôdas as lesões displásicas do colo, partindo sempre de tecido são, prévia citologia negativa. Exame histopatológico só por suspeita especial, colposcópica, clínica ou citológica. A necrose de coagulação sempre presente traz algumas dificuldades à interpretação histopatológica dos fragmentos extirpados, mas não impossibilita um diagnóstico adequado. Mesmo lesões de base e mosaico, se não enquadrados no ítem de suspeição, foram por nós assim tratados, com reintegração total da normalidade epitelial ao nível do colo e junção escamo-colunar. A retirada é praticamente indolor, pode na maioria

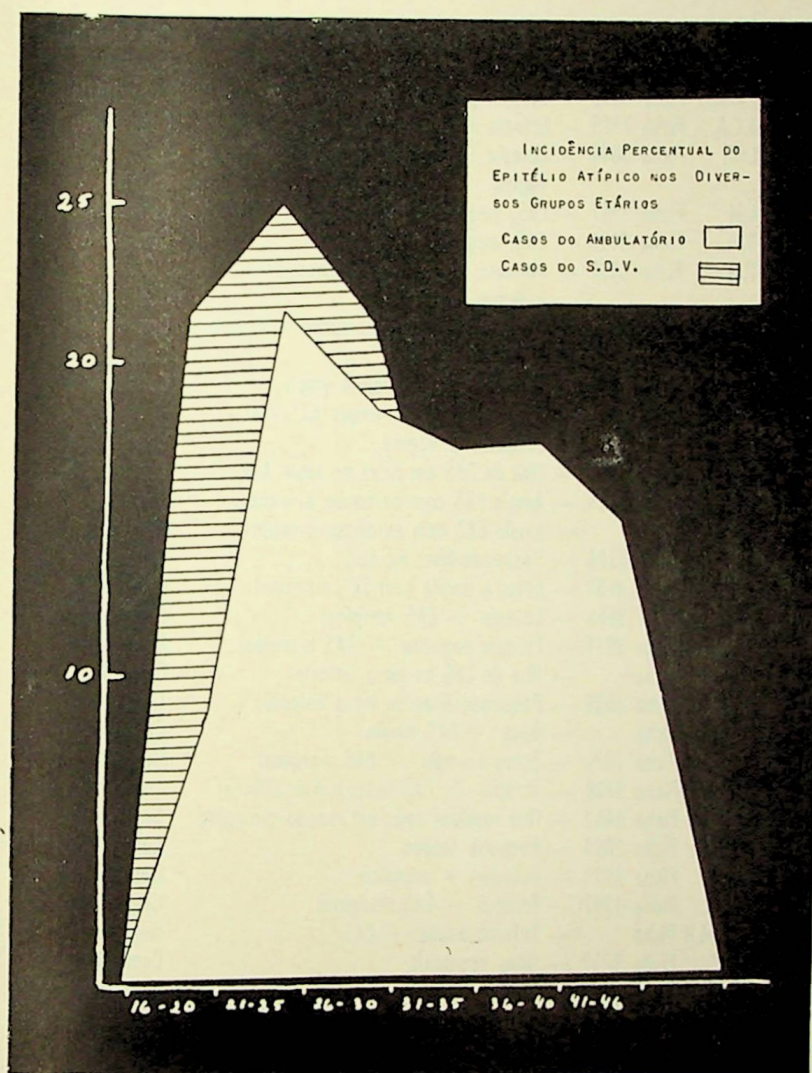
das vêzes ser feita no próprio consultório do ginecologista, o sangramento ausente e a convalescença se completando rapidamente. Acreditamos que a simples destruição pela eletrocoagulação apresenta o risco de se deixar porções mais profundas do epitélio, especialmente nas luzes glandulares invadidas pelo epitélio displásico; ora então o risco de recidiva é grande.

Outro aspecto a ser considerado é a importância da zona de transformação como terreno propício ao desenvolvimento das displasias epiteliais; como vimos da citação anterior em cerca de 75% dos casos a lesão se instalou sobre ZT típica; seria o caso de chamarmos a atenção para o significado de que se reveste a ZT na etiologia do carcinoma e passarmos os colposcopistas a encarar com mais seriedade as potencialidades desagradáveis que viriam da persistência de uma zona de tanta irrequietude celular em terreno hostil do meio vaginal.









CASOS TRATADOS PELA EXCISÃO COM ALÇA DIATÉRMICA

IDENTIDADE	LESÃO	TRATAMENTO
1 — F.F.	Ficha 2454 — Pequena Ectopia + EAS	Consultório
2 — A.M.	Ficha 3544 — Ectopia circular + EAS	Hospital
3 — E.M.B.	Ficha 3993 — Ectopia pequena + EAS	Consultório
4 — D.C.T.	Ficha 1919 — Ectopia ampla + EAS	Consultório
5 — J.v.E.	Ficha 3844 — Ectopia + amplo EAS com extensão à vagina	Hospital
6 — A.M.	Ficha 3967 — EAS, pequenas lesões	Consultório
7 — B.M.	Ficha 3128 — EAS, pequenas lesões	Consultório
8 — T.M.	Ficha 4132 — Mosaico em ambos os lábios, áreas extensas	Hospital
9 — W.M.	Ficha 2656 — Resíduo de EAS após extirp. cirúrgica	Consultório
10 — N.M.	Ficha 2064 — Pequenas ilhas	Consultório
11 — N.P.	Ficha 3940 — Ectopia e EAS marginal amplo	Consultório
12 — H.G.O.	Ficha 3551 — Ectopia ampla + amplo EAS com extensão à vagina	Consultório
13 — G.G.D.	Ficha 4193 — Ilha de EAS em faixa no lábio Ant.	Consultório
14 — L.B.	Ficha 4115 — Amplo EAS com extensão à vagina	Hospital
15 — W.S.F.	Ficha — Amplo EAS com extensão à vagina	Hospital
16 — D.R.	Ficha 2226 — Pequenas ilhas de EAS	Consultório
17 — N.H.	Ficha 4161 — Ectopia ampla com EAS marginal	Consultório
18 — L.G.	Ficha 3655 — Ectopia + EAS marginal	Consultório
19 — Y.Q.L.	Ficha 3879 — Ectopia pequena + EAS marginal	Consultório
20 — T.A.	Ficha — Ilha de EAS no lábio anterior	Consultório
21 — G.V.C.	Ficha 4038 — Pequenas ilhas no lábio anterior	Consultório
22 — N.S.B.	Ficha — Base + EAS amplo	Consultório
23 — N.S.	Ficha 2371 — Ectopia ampla + EAS marginal	Consultório(**)
24 — Z.S.	Ficha 3700 — Ectopia + EAS marginal multifocal	Consultório
25 — E.M.	Ficha 3452 — Ilha residual após extirpação cirúrgica	Consultório
26 — M.P.S.	Ficha 2069 — Pequena lesões	Consultório(***)
27 — M.F.P.	Ficha 4237 — Ectopia + mosaico	Hospital(****)
28 — Z.M.A.	Ficha 4297 — Ectopia + EAS marginal	Consultório
29 — A.M.M.R	Ficha — Ectopia ampla + EAS	Hospital
30 — E.T.C.	Ficha 3719 — Ilhas residuais	Consultório(*****)
31 — M.A.T.	Ficha 3640 — Pequenas ilhas	Hospital(*****)
32 — L.R.	Ficha 3422 — Pequena ilha	Consultório
33 — T.B.	Ficha — EAS + hipertrofia do colo por cervicite	Hospital