

CÂNCER DO COLO UTERINO

Algumas considerações sobre o diagnóstico e tratamento

FERNANDO MACHADO MOREIRA *

SINOPSE : Correlação entre lesões benignas e o carcinoma da cérvix uterina. Principais métodos para o diagnóstico da neoplasia cervical em suas fases precoces. Medidas adotadas na erradicação.

INTRODUÇÃO:

Inicialmente é necessário fixar alguns conceitos, hoje admitidos pela maioria dos autores, a fim de que, num terreno tão cheio de incógnitas, tão rico de sinônimos e de opiniões contraditórias como este, possamos nos entender.

Denomina-se colo uterino à parte do útero separada do corpo pelo istmo, com uma porção supra e outra intravaginal (13). É ele recoberto por dois tipos de mucosas. Uma, que recobre a sua superfície vaginal, apresenta um corio denso, rico em fibras e um epitélio de tipo pavimentoso estratificado, idêntica à vaginal com a qual se continua sem solução de continuidade. A outra, que reveste o canal cervical, tem um corio frouxo, pobre em fibras e o seu epitélio é constituído por uma única camada de células cilíndricas, produtoras de muco. Se este epitélio forma verdadeiras glândulas ou se, como afirma Fluhmann, é, por revestir sulcos e fendas que ao corte histológico dá a impressão de glândulas, pouca importância prática tem.

O limite, o encontro das duas mucosas, ou seja, a junção escamo colunar (JEC), num número muito pequeno de casos se verifica ao nível do orifício externo do colo uterino. Na imensa maioria das vezes a JEC se situa ou para fora do contorno orifical, sobre a superfície vaginal do colo, ou para dentro, avançando mais ou menos, no canal cervical. No primeiro caso, diz-se que houve uma eversão e, no segundo, uma reversão.

* Chefe de Clínica da Cadeira de Ginecologia da Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre, Serviço do Professor João Gomes da Silveira.

Eversão e reversão se sucedem no decorrer da vida de mulher na dependência, principalmente, de influências hormonais. A reversão predomina na infância e na pós-menopausa. A eversão, na menacma ou idade adulta.

Quando há uma eversão, o que sucede? O epitélio cilíndrico, ao contrário do pavimentoso, não está preparado para enfrentar as condições adversas do meio vaginal (acidez, infecções, traumatismos). Em consequência disso procura o organismo protegê-la, revestindo-a de uma camada de epitélio estratificado. Este pode provir da proliferação do epitélio vaginal que circunda a eversão (epitelização escamosa) e pode, também, formar-se no seio da eversão a partir das células de reserva, situadas junto à base das células cilíndricas cervicais. Estas, por um processo de metaplasia indireta, são capazes de dar origem a epitélio estratificado. A proporção que estes dois tipos de epitélio, escamoso de origem vaginal e metaplásico, contribuem para recobrir a eversão, varia em cada caso e, é ainda objeto de discussão entre os autores.

As células pavimentosas, desta ou daquela origem, proliferam sobre o epitélio cilíndrico, ora penetrando nas glândulas e enchendo-as completamente, ora apenas obstruindo a sua comunicação com o exterior (origem dos cistos de retenção ou ovos de Naboth).

Deste processo resultará uma mucosa que não será mais do tipo vaginal nem cervical: terá um cório mucoso e um epitélio estratificado. Esta mucosa mista, denominada 3ª mucosa, corresponde à imagem colposcópica designada de «zona de transformação».

A importância desta 3ª mucosa é muito grande: é nela que se origina a quase totalidade dos carcinomas epidermóides do colo uterino, e isto ocorre, fundamentalmente, no epitélio de origem metaplástica. O proveniente do epitélio vaginal parece apresentar, como este, uma grande resistência à ação dos agentes cancerígenos (como se sabe o carcinoma primitivo da vagina é lesão muito rara).

A carcinogênese do colo uterino se processa através de várias etapas: displasia simples, displasia grave, carcinoma «in situ», carcinoma invasor (este dividido, com finalidade de orientação terapêutica, em vários estádios de acordo com os tecidos e órgãos comprometidos pela invasão).

As displasias não são lesões malignas nem pré-malignas obrigatórias. Elas podem permanecer como tais ou desaparecer. Mas, todo carcinoma de colo, ao que se admite, é precedido de uma fase de displasia.

O carcinoma in situ é hoje considerado como uma lesão maligna. Ele tem todas as características histológicas e histoquímicas do carcinoma invasor, exceto esta última: a invasão. Ele pode permanecer como lesão «in situ», contida na espessura do epitélio, por toda a vida da paciente, sem nunca ultrapassar a membrana basal. Este fato pode ser devido seja à capacidade defensiva do organismo, seja à pouca agressividade do tumor, seja a uma combinação dos dois fatores. A qualquer momento, porém, este equilíbrio se pode romper e, não temos

meios, por enquanto, que nos permitam, ante uma lesão dêste tipo, formular um prognóstico.

Transposta a membrana basal, o carcinoma pêneta no corio cervical. Vasos sanguíneos e linfáticos podem, assim, ser alcançados. Por estas vias, e por continuidade, se verifica a invasão.

DIAGNÓSTICO

Muita ênfase tem sido dada à necessidade de se realizar o «diagnóstico precoce do câncer do colo do útero». E isto, porque o resultado do tratamento dependerá da fase de evolução em que êle se encontrar.

Entretanto, se desconhecemos realmente o que é capaz de causar o câncer cervical, se, com maior ou menor razão suspeitamos dêste ou daquêle fator, um dado de importância fundamental é do nosso conhecimento: o tipo de tecido do qual se origina a imensa maioria dessas lesões. Ora, é óbvio que suprimi-lo significará impedir o desencadeamento do processo de malignização. Portanto, o nosso esforço deverá ser dirigido no sentido de esclarecer, sem perda de tempo, tôda a lesão cervical que encontrarmos. Caso se tratar de um carcinoma «in situ» será, evidentemente, muito melhor do que se já houver invasão, porém, será ainda melhor, se fôr sômente uma lesão benigna. Poderemos, então, realizar a prevenção da lesão maligna, em vez de apenas procurar curá-la quando já estiver constituída.

Fixada, assim, a nossa meta, analisemos os meios de que dispõe o ginecologista para alcançá-la.

a — *Exame clínico.*

Dados como a idade (o Ca in situ é mais freqüente dos 30 aos 40 anos, e o invasor dos 40 aos 50 anos), raça (raro nas israelitas, mais freqüente nas mulheres de raça negra), sangramento pós-coito (presente em cêrca de 40% dos carcinomas no Estádio I), paridade (maior incidência nas múltiparas), idade em que iniciou as relações sexuais (mais freqüente quando antes dos 20 anos), corrimento, dores no baixo ventre, etc., nos dizem, apenas, da maior ou menor probabilidade da existência de câncer. Além disso, o número de pacientes que se enquadram pelo menos em um dêsses itens é tão grande, que não teria sentido prático utilizá-los como meio de selecionar os casos para exame mais minucioso. Por outro lado, é comum encontrar lesões cervicais em pacientes assintomáticas. Inclusive neoplasias malignas avançadas podem existir, sem história clínica suspeita.

Por êsse motivos, o exame especular deverá ser realizado, em princípio, sempre que seja possível introduzir um espêculo, independentemente de qualquer outro dado. Assim, por exemplo, se dos 30 aos 50 anos é a faixa onde a freqüência de carcinoma cervical é maior, não quer isto dizer que não possa existir, como de fato existe, antes e depois dêsses limites etários. E, as lesões benignas, da eversão até a dis-

plasia se verificam, também, muito mais precocemente. Não deve, por este motivo, a idade servir como argumento para omitir o exame adequado do colo.

Ainda com relação à idade, um fato merece ser lembrado. No período pré-menopáusic, onde tão freqüentes são as perdas sanguíneas anormais por disfunção ovariana, é quando o carcinoma invasor apresenta sua maior incidência. Como aquelas, as de causa hormonal, predominam sobre essas, há uma tendência, principalmente por parte dos clínicos, de atribuírem desde logo à sua etiologia «aos distúrbios da idade crítica», instituindo tratamentos hormonais ou não, sem uma investigação ginecológica adequada. E aqui é preciso não esquecer que o carcinoma de endométrio em 1/3 dos casos, ocorre antes da menopausa, em mulheres virgens ou não, sendo, em geral, a perda de sangue anormal o seu sinal mais precoce. O fato de a metrorragia poder ser aparentemente controlada pela medicação, não deve servir como elemento de diagnóstico diferencial.

A inspeção cuidadosa à vista desarmada, com boa iluminação, permitirá, quase sempre, diagnosticar uma lesão de colo ou um colo padrão. Lesões muito pequenas situadas na altura do orifício externo ou no canal cervical podem, entretanto, passar despercebidas. Assim, se a inspeção pode diagnosticar a existência de lesão cervical, não é suficientemente segura quando se trata de afastar essa possibilidade.

A palpação, tão importante no estadiamento clínico do câncer cervical, como fator decisivo para o plano terapêutico, sob o ponto de vista diagnóstico, pouco contribui. No máximo pode constatar zonas endurecidas ou rugosas, ou aumento de volume, que tanto poderão corresponder a alterações benignas como malignas.

Em resumo, a clínica permite diagnosticar o carcinoma avançado e a existência de lesão cervical, sem poder concluir pela sua exata significação. O diagnóstico de colo normal, como já foi mencionado, tem apenas valor relativo, não excluindo a necessidade de empregar outros meios semiológicos.

b — *Teste de Schiller*

Com relação a este teste, calcula-se que em apenas 5% das vezes a zona iôdo-negativa corresponda a uma lesão maligna. Assim, na realidade não nos indica mais do que zonas da superfície vaginal do colo onde podem existir desde atipias muito discretas, até um carcinoma. Portanto, como método único não nos permite adotar uma conduta terapêutica, a não ser que realizemos 95% de biópsias desnecessárias. E, ainda, nada nos informa sobre o que se passa no canal cervical. Sua utilidade é muito maior quando empregada junto com a colposcopia.

c — *Colposcopia*

Dentro das possibilidades diagnósticas da colposcopia estão as lesões precursoras do câncer, o câncer intra-epitelial e as fases mais incipientes do câncer invasor. Todas essas lesões se traduzem por alte-

rações de epitélio de revestimento da ectocérvice que o colposcópio reconhece, genêricamente. Nosso esforço é para o diagnóstico específico de cada uma delas. Temos progredido muito nêsse terreno, mas a segurança ainda aconselha, em cada caso, a identificação histológica. A biópsia continua a ser a última palavra. Mas só a colposcopia permite orientá-la devidamente (14).

A colposcopia permite:

1 — Dispensar a biópsia em numerosos casos nos quais à vista desarmada ela parecia indicada (14).

2 — Indicá-la em casos nos quais o olho nú nada descobre de suspeito (14).

3 — «Em todos os casos suspeitos guiar com precisão a tomada do fragmento no ponto mais conveniente, tornando assim «mais seguro o resultado da biópsia. Sem a indicação colposcópica, a retirada do fragmento pode recair em área aparentemente suspeita, deixando de lado alterações mais graves. Nessas condições, o resultado da biópsia poderá ser falsamente negativo, deixando evoluir lesão que o colposcópio seguramente descobriria. Essa biópsia seletiva é uma das virtudes essenciais da colposcopia (14).

A existência de uma lesão endocervical pode ser causa de um resultado colposcópico falsamente negativo. A êsse respeito muito se tem discutido: é possível ou não a inspeção do canal cervical com o colposcópio? De acôrdo com a nossa experiência, em certos casos ela é possível na porção inicial do canal cervical, na zona correspondente ao lábio posterior.

A colposcopia, não obstante o seu valor, não se tem generalizado como seria de desejar. Entre os fatores que têm influido negativamente na sua divulgação está o elevado custo do aparelho e, também, o fato de que «para aprender a colposcopia é indispensável o treinamento individual em serviço especializado, sob a orientação do mestre». Nos últimos tempos têm sido publicados vários livros e atlas, inclusive com fotografias coloridas, que, por permitir uma auto-iniciação, assim despertando o interesse, provavelmente contribuirão para aumentar o número dos colposcopistas.

d — *Citologia*

A citologia, ou melhor, a citopatologia é a grande arma da prevenção e do diagnóstico precoce do carcinoma cervical. Ela permite não apenas diagnosticar as lesões malignas localizadas na superfície vaginal do colo como, também, as que se situam no canal cervical. E ainda, embora com margem de erro maior, as da cavidade endometrial. Carcinomas da trompa e do ovário também têm sido diagnosticados pela citologia, embora excepcionalmente.

Os falsos negativos e falsos positivos, num bom serviço de citologia, não excedem a 2%. Trata-se, pois, de um meio semiológico de alta

precisão. Por êsse motivo, tem autoridade, se empregado isoladamente, para afirmar um diagnóstico de benignidade.

Nos casos de dúvida ou de diagnóstico citológico de malignidade, em que se torna obrigatória a prática de uma biópsia para exame histológico, também a citologia pode delimitar a zona suspeita. A Citopatologia localizadora (10), por nós descrita há vários anos, não tem a mesma precisão da colposcopia. Mas, na impossibilidade de praticar um exame colposcópico ela pode prestar um bom auxílio.

A citologia apresenta, ainda, uma outra vantagem. É que a parte que deve ser executada pelo ginecologista, a colheita, é de fácil aprendizado e execução. A interpretação, que exige conhecimento e experiência, o que representa longo treinamento, cabe ao citologista. E, um só citologista pode examinar o material de um grande número de pacientes.

Embora possa parecer o contrário, não julgamos que a citopatologia deva ser empregada como método único. A colposcopia e a citologia não devem ser contrapostas. O ideal é empregá-las em conjunto, quando, então, uma poderá suprir e corrigir as deficiências e as falhas da outra, permitindo resultados quase que rigorosamente exatos. Apenas a citologia, a nosso ver, é mais precisa e tem maior possibilidade de difusão do que a colposcopia. Por êsses motivos é que constitui a grande arma da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer ginecológico. Várias entidades, como a Associação Mundial para a Prevenção do Câncer Ginecológico, estão se empenhando no sentido de formar mais citologistas e cito-técnicos, a fim de que a citopatologia se torne um meio semiológico de rotina, ao alcance do maior número possível de ginecologistas.

e — *Histopatologia*

O diagnóstico de malignidade é da competência exclusiva da anatomia patológica. Sem a comprovação histológica não há câncer. Ou seja, não estaremos autorizados a utilizar os nossos meios de tratamento anti-canceroso.

Não significa isto, porém, que toda a responsabilidade do diagnóstico repouse sobre o patologista. Ele pode errar, evidentemente, mas êste êrro poderá ser reduzido a um mínimo se o ginecologista realizar de maneira adequada a parte que lhe compete.

A forma pela qual o patologista procede ao exame do material que recebe, é consequência de um fato concreto determinado por várias razões de ordem técnico-econômica independentes da sua vontade: o número de cortes que pode realizar no laboratório comercial, qualquer que seja a peça, tem um limite máximo. Êste limite é muito baixo: em geral 10 ou 15, raramente um pouco mais. Na obtenção dos cortes, as técnicas variam ligeiramente mas, o que importa, é a quantidade de tecido realmente observado ao microscópio. Afastada a possibilidade de êrro de interpretação do patologista, quando tem sob as lentes de seu

microscópio, por exemplo, um carcinoma «in situ», vemos que a possibilidade de que lesões muito pequenas não cheguem a ficar sob as lentes de seu microscópio, não é desprezível. Um meio de aumentar a «chance» de que nos cortes examinados se inclua a lesão, é pelo emprêgo dos «cortes seriados». Esta técnica, porém, é impraticável: um fragmento de 1 mm forneceria cêrca de 200 cortes.

O outro meio é o de enviar ao laboratório não um colo inteiro, mas a menor porção de tecido capaz de conter a lesão suspeita. Quanto menor o fragmento a examinar, tanto menor a possibilidade de que os cortes de rotina omitam a zona de tecido onde se encontra a lesão que interessa ser examinada.

Esta é a parte que compete ao ginecologista: retirar uma pequena porção de tecido do lugar exato. Quando, num caso suspeito ou positivo pela citologia e/ou colposcopia, amputamos um colo e o enviamos ao laboratório, estamos transferindo a solução do problema a quem não tem os meios necessários para o resolver corretamente. Aqui é que a colposcopia e, na falta dela a citopatologia localizadora, são de enorme valor. Será possível, assim, proceder a uma excisão muito precisa. Isto se consegue da maneira mais satisfatória por meio da «biópsia rotatória». Com bisturi ou com pinça de biópsia também se pode obter material adequado. O ideal é que se faça a biópsia sob contrôle colposcópico.

Outra forma de proceder é realizar uma biópsia cônica periorificial. Junto com a peça se mandará ao patologista um «mapa» da colposcopia a fim de que, na zona suspeita, concentre os seus cortes. O inconveniente dêsse procedimento é que exige ambiente hospitalar e anestesia geral e, se o diagnóstico histológico fôr de Ca «in situ» nova intervenção será necessária, a fim de que, pela amputação alta do colo, se possa excluir o Ca invasor.

A anatomia patológica é soberana para diagnosticar a malignidade. Mas, um laudo histopatológico negativo não encerra o trabalho diagnóstico quando existe, do caso, um exame citopatológico positivo. Nessa eventualidade nova investigação deverá ser feita, pela citologia e pela colposcopia e, se novamente positiva ou positivas, outra biópsia se tornará necessária. Se a citologia antes positiva, fôr negativa após um exame anátomo-patológico que não acusou malignidade, o caso deverá ficar em observação. E isto porque a biópsia poderá corresponder, na realidade, a uma lesão maligna e esta ter sido mal interpretada. Assim sendo, à falta de um tratamento adequado, a lesão evoluirá e, se não estivermos atentos, o diagnóstico poderá ser feito demasiadamente tarde.

TRATAMENTO

O tratamento das displasias e do carcinoma, «in situ» ou invasor, não será aqui abordado. Vamos fazer apenas algumas considerações a

respeito da conduta a ser seguida em face da eversão e da mucosa mista.

Ambas são consideradas como fisiológicas e, por êsse motivo, não passíveis de tratamento mas, tão somente, de observação.

Teoricamente tal conduta é correta: tratar apenas essas lesões quando sintomáticas ou quando mostrarem alguma tendência a se agravar.

Desde o ponto de vista prático, entretanto, esta orientação nos parece passível de objeção.

Qual é a possibilidade de controle que existe no nosso meio? Não será exagêro calcular que um seguimento adequado é conseguido em menos de 50% dos casos. E' fato ainda comum as pacientes passarem sem consultar por longos períodos, não raro de vários anos, e, quando o fazem, quantas vezes um exame completo não é realizado?

Como vimos, a seqüência de eventos que levam ao carcinoma invasor, tem seu ponto de partida na eversão. Esta é a única alteração cervical, dentro do tema que aqui nos interessa, sobre a a qual podemos fazer um prognóstico: mais cedo ou mais tarde nela se formará uma mucosa mista. A partir desta, tôdas as outras poderão ou não sucederem-se em cadeia até o carcinoma invasor. Quantas vezes essa cadeia se completa? E' difícil responder esta pergunta em relação ao nosso meio onde faltam estatísticas corretas. Mas, como se sabe, a ocorrência de carcinoma do colo é influenciada por vários fatores: sócio-econômicos, raciais, paridade, etc. E ainda: êle é mais freqüente nos países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos. Por êsses motivos as estatísticas divergem, na dependência do agrupamento humano estudado. Trabalhos recentes, de autores alemães, avaliam em 2 a 3% a incidência de câncer em colos com eritroplasia (assim denominando tôdas as alterações cervicais que à vista desarmada se apresentam como mancha vermelha peri-orificial). Tomando por base essa incidência, verificada num país desenvolvido como a Alemanha, cremos que ficaremos mais ou menos dentro da realidade se calcularmos que, entre nós, 1 em cada 35 mulheres com tais lesões terá, no decorrer da sua vida, um câncer do colo uterino.

Por outro lado, a experiência mostrou que um colo padrão, em que a JEC se encontra ao nível do orifício externo, sem mucosa mista, com o epitélio cilíndrico protegido dentro do canal cervical, a ocorrência de carcinoma é raríssima.

Portanto, em face de uma mucosa mista — resultante obrigatória de uma eversão, considerando que não podemos prever o rumo que seguirá, considerando que uma vez em cada 35 êste rumo será o da malignização e considerando que em mais da metade dos casos não temos a possibilidade, por falta de um controle adequado, de surpreender estas alterações em tempo útil sob o ponto de vista do resultado terapêutico, não nos parece que apenas «observar» seja a conduta mais aconselhável.

Destruir ou extirpar um epitélio metaplásico são processos simples que praticamente não alteram o colo na sua anatomia nem na sua fisiologia. E, como dissemos, só excepcionalmente ocorrerá um câncer num colo que foi corretamente tratado. Na nossa experiência, baseada em muitas centenas de casos, nossos e de outros, nunca vimos um câncer originar-se num colo que tivesse sido levado às condições padrão. O mesmo tem sido verificado por muitos autores.

Se, entretanto, a lesão se agravou, o tratamento será mais complexo, mutilações progressivamente mais amplas serão necessárias, maior será a morbidade e um controle mais rigoroso da paciente se tornará obrigatório.

Por êsses motivos, considerando os fatores reais e não apenas os teóricos, a conduta a seguir, na nossa opinião, deverá ser, em princípio, a de tratar ambas lesões. Dizemos em princípio, porque em pacientes jovens, que não tiveram filhos ou que pretendem ter mais, que apresentam eversão ou mucosa mista assintomáticas, com citopatológico negativo, poderão ficar em observação, desde que contemos com razoável possibilidade de controle.

E' claro que tomando por base a provável incidência de câncer cervical (2 a 3% de tôdas as «eritroplasias») (12), 97 a 98% dos tratamentos seriam, a rigor, desnecessários. Mas, em se tratando de realmente evitar o câncer, é um preço, certamente, muito baixo. Além disso, deve-se, também levar em consideração que um colo padrão se defende melhor dos processos infecciosos do que um colo com eversão ou com mucosa mista. Ele é, por isso, um fator de normalidade do aparelho genital.

Dois métodos terapêuticos são fundamentais para resolver, de forma definitiva, o problema da eversão e da 3ª mucosa: a diatermocoagulação e a amputação cônica baixa à Sturmdorf.

A diatermocoagulação tem a nossa preferência. Corretamente realizada permite obter um colo padrão em quase todos os casos. Por «corretamente» queremos dizer na extensão e na profundidade necessárias para destruir tôda a mucosa cilíndrica. Este objetivo é melhor conseguido quando se a realiza sob visão colposcópica. A vista desarmada com freqüência se procede a uma cauterização insuficiente. Esta, não resolvendo o problema, é a causa principal da «recidiva». A «ferida» que voltou é, em geral, a ferida que não foi...

Entretanto, mesmo com controle colposcópico, uma ou outra glândula pode não ser atingida. E' por esta razão que, após algum tempo, pode surgir um ovo de Naboth num colo que havia ficado perfeitamente cicatrizado. Raras vezes acontece que ficam na zona cauterizada hematomas que, recobertos por uma camada epitelial muito delgada, podem sangrar a um traumatismo como o da relação sexual. Em ambos os casos, ovos de Naboth ou hematomas, é suficiente, para resolvê-los, um retoque com o cautério.

O perigo de estenose, excessivamente exagerado, tem sido o motivo pelo qual muitos não empregam a diatermocoagulação. Também é

êle ocasionado responsável pela prática de cauterizações muito superficiais e por isso insuficientes para destruir a lesão. Em nossa experiência, a ocorrência de estenose que ocasione distócia de colo capaz de impedir o parto pélvico ou dsmenorréia é certamente excepcional.

A diatermocoagulação deve ser controlada, após a queda da escara, até completar-se a cicatrização. Nsamos, de rotina, curativos com nitrato de prata duas vêzes por semana.

Quando há suspeita colposcópica com citopatológico negativo realizamos, em geral, a amputação cônica baixa à Sturmdorf. Junto com a peça enviamos à patologia um esquema da colposcopia, pelos motivos já citados. Esta conduta se justifica pelo fato de que, via de regra, a razão está com a citologia (é bem possível que isso decorra da «nossa» colposcopia e não de deficiência própria do método). E assim, ao mesmo tempo que se obtém material para esclarecer a dúvida, já se está fazendo um tratamento adequado da lesão. Também nos casos de laceração ampla, ou de pólipos, lançamos mão da amputação.

Em síntese, pois, conhecemos da carcinogênese do colo uterino o suficiente para poder evitá-la; os meios diagnósticos estão ao alcance de um número cada vez maior de ginecologistas; os processos terapêuticos fundamentais — a diatermocoagulação e a amputação cônica baixa à Sturmdorf, são de fácil execução. Assim, para que a prevenção do câncer cervical se torne rotina, dependemos, agora, de dois fatores: de um lado, da educação do povo, no sentido de uma divulgação cada vez mais ampla dessa possibilidade, de outro, que nós, os ginecologistas e os obstetras, passemos a dar às lesões benignas do colo uterino a importância que realmente têm, instituindo em tempo útil o seu correto tratamento.

SUMMARY : The author outlines a correlation between benign lesions and cervix neoplasms, explaining the more valuable diagnostic procedures for the early stages of this carcinoma. In the otherhand, the author discuss the therapeutic procedures.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — ARENAS, N. — «El problema del diagnostico precoz del carcinoma de cuello y endometrio». In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA, 2º, São Paulo. São Paulo, 1948. p.319-448.
- 2 — BARCELLOS, J.M. & NAHOUM, J.C. — A carcinogênese no colo uterino. GO, 2: 17-32, 1968.

- 3 — FLUHMANN, C.F. — *The cervix uteri*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1961.
- 4 — FOX, C.H. — Biologic behavior of dysphasia and carcinoma in situ. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 99:960-74, Dec.1, 1967.
- 5 — GANSE, R. — *Initiation a la colposcopie*. Trad. da 1.ed. alem. Paris, Maloine, 1966.
- 6 — GRAHAM, R. — *Diagnostico citologico del cancer*. Trad. esp. da 2.ed. ing. Barcelona, Científico-Médica, 1966.
- 7 — GRAHAM, J.B.; SOTTO, L.S.J.; PALOUCZEK, F.P. — *Carcinoma of the cervix*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1962.
- 8 — HALL, J.E. & WALTON, L. — Dysplasia of the cervix: a prospective study of 206 cases. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 100:662-71, Mar.1, 1968.
- 9 — JEFFCOATE, T.N.A. — Cervical cytology; its value and limitations. *British Medical Journal*, 2:1091-4, Nov.5, 1966.
- 10 — MOREIRA, F.M. — Exame citopatológico localizador. *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia*, 47:711-6, 1957.
- 11 — MOREIRA, F.M. & GOMES DA SILVEIRA, J.C. — Conduta terapêutica frente ao diagnóstico do câncer estágio 0 do colo uterino. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 106:461-80, 1960.
- 12 — PSCHYREMBEL, W. — *Ginecologia practica*. Madrid, Alhambra, 1960.
- 13 — RODRIGUES, F.V. — *Um estudo histotopográfico das mucosas do colo uterino*. Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1962. (Tese) (Cat. Clin. Gin.) — Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 14 — SALGADO, C.; RIEPER, J.P.; SANCHES, L.R. — *Colposcopia*. Rio de Janeiro, Ministério de Educação e Cultura, 1970.

Praça D. Feliciano, 126, ap. 211 — Pôrto Alegre, RS, Brasil