

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO – COLO DO ÚTERO

1- TIPO DE AMOSTRA:

- Convencional Em base líquida

2- ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA:

- Satisfatória para avaliação

Componente endocervical/ zona de transformação:

- Ausente Presente

Insatisfatória:

Espécime rejeitado/ não processado por:

- Ausência ou erro na identificação da lâmina
 Lâmina denificada ou ausente
 Outras causas:

Espécime processado e avaliado como insatisfatório por:

- Material acelular ou hipocelular: células compõem <10% da amostra
 Sangue em mais de 75% da amostra
 Piócitos em mais de 75% da amostra
 Artefatos de dessecamento em mais de 75% da amostra
 Contaminantes externos em mais de 75% da amostra
 Intensa sobreposição celular em mais de 75% da amostra
 Outras causas

3- CATEGORIZAÇÃO DA AMOSTRA:

- Negativa para lesão intraepitelial ou malignidade na amostra analisada
 Anormalidades em células epiteliais (ver INTERPRETAÇÃO/RESULTADO)

4- INTERPRETAÇÃO/ RESULTADO

ACHADOS NÃO NEOPLÁSICOS:

- Variações celulares não neoplásicas

- () Metaplasia escamosa
- () Alterações ceratóticas
- () Metaplasia tubária
- () Atrofia
- () Alterações relacionadas à gravidez

- **Alterações celulares reativas associadas a:**

- () Inflamação (inclui reparo típico)
- () Cervicite linfocítica / folicular
- () Radiação
- () Dispositivo intrauterino (DIU)
- () Células glandulares pós histerectomia

5- ORGANISMOS:

- () *Trichomonas vaginalis*
- () Organismos fúngicos morfológicamente consistentes com *Candida spp.*
- () Desvio da flora sugestivo de vaginose bacteriana
- () Bactérias morfológicamente consistentes com *Actinomyces spp.*
- () Alterações celulares consistentes com vírus herpes simples
- () Alterações celulares consistentes com citomegalovírus

6- OUTRO:

- () Células endometriais (em mulheres com idade igual ou superior a 45 anos)

7- ANORMALIDADES EM CÉLULAS EPITELIAIS

- **CÉLULAS ESCAMOSAS:**

- () Células escamosas atípicas designificado indeterminado (ASC-US)
- () Células escamosas atípicas, não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)
- () Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL)
- () Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)
- () Lesão Intraepitelial escamosa de alto grau com características suspeitas de invasão
- () Carcinoma de células escamosas

- **CÉLULAS GLANDULARES:**

- () Células endocervicais atípicas, sem outras especificações
- () Células endometriais atípicas, sem outras especificações
- () Células glandulares atípicas, sem outras especificações
- () Células endocervicais atípicas, favorecendo neoplasia
- () Células glandulares atípicas, favorecendo neoplasia
- () Adenocarcinoma endocervical *in situ*
- () Adenocarcinoma endocervical
- () Adenocarcinoma endometrial
- () Adenocarcinoma extrauterino
- () Adenocarcinoma, sem outras especificações (SOE)

8- OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS (especificar)

9- OBSERVAÇÕES (200 caracteres)

O espaço destinado as observações, pode ser aplicado às notas explicativas e educativas, imprescindíveis para uma boa comunicação com o clínico.

NOTAS EDUCATIVAS: Objetivam instruir. Acrescentar conhecimento relacionado ao manejo das alterações citopatológicas identificadas. Deve ser concisa e objetiva.

NOTAS EXPLICATIVAS: Objetivam complementar e/ou esclarecer ao clínico tópicos relacionados aos achados citopatológicos. Deve ser concisa e objetiva.

TESTES ADJUVANTES:

As sugestões ao uso de exames auxiliares podem estar dispostas no espaço: “observações”. Dentre os testes adjuvantes existentes no mercado brasileiro, mencionamos a seguir:

- **Testes de Biologia molecular para HPV*:** Captura de híbridos para HPV e Reação de polimerase em cadeia – PCR.

As gerações mais atuais de ambos os testes voltam-se para detecção de HPV de alto risco.

A citologia em meio líquido foi admitida por alguns laboratórios privados e disponíveis em rastreamentos de pequenas regiões brasileiras como base para produção científica, apenas. O uso do método pelo serviço público de saúde não prevaleceu, embora sua leitura seja admitida e explícita nos laudos emitidos pelo Sistema Único de Saúde- SUS, desde a nomenclatura de 2006.

Amostras obtidas com o único fim de genotipar HPV, não estão contempladas pelo serviço público. Não há portanto recomendação formal pelas instituições governamentais de saúde para o uso dos testes de biologia molecular para HPV no Brasil.

Contudo, uma vez que os laudos citopatológicos emitidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS contemplam a possibilidade de leitura de amostras em meio líquido, abre precedente para a possibilidade de sugerir a realização de algum dos testes a partir do remanescente disposto em tubete da citologia em base líquida, ainda que a execução destes exames não seja realizada na rede pública de saúde.

- **Imunocitoquímica – p16 e ki67 dual stain.** Aplicados às amostras preservadas em meio líquido, os imunomarcadores p16 e ki-67 chegaram ao Brasil para serem aplicados simultaneamente (dual stain) aos espécimens disponíveis em citologia em base líquida. Alguns laboratórios privados já disponibilizam esta opção, contudo, ainda não a encontramos disponível para execução em laboratórios vinculados ao sistema único de saúde-sus.
- **Imunohistoquímica** - pode ser sugerida a partir da confecção de cell block com o conteúdo remanescente do material obtido e preservado em citologia em base líquida. Mediante a inviabilidade da imunocitoquímica ou a indicação de recorrer a outros tipos de imunomarcadores, tem-se a

possibilidade de sugerir a partir do material remanescente preservado em base líquida, a realização de cell block e sobre este aplicar o imunomarcador desejado.

Apesar da rede pública de saúde ainda não contemplar os exames auxiliares citados em nosso país, estes compõem recursos aplicados mundialmente para melhora do desempenho das avaliações citopatológicas e diante da necessária indicação observada pelo escrutinador, devem ser sugeridos, como parte do protocolo de investigação, em prol de uma melhor conduta e manejo clínico.

DISCUSSÃO

A Nomenclatura Brasileira para laudos Citopatológicos Cervicais editada em 2012 e dirigida aos profissionais de saúde do país, cujo teor compunha os laudos citopatológicos utilizados nacionalmente através do sistema Único de saúde – SUS e servia como base para os laudos descritivos emitidos pelos laboratórios privados, continha categorias celulares que deixavam à desejar em compreensão, além de, embora tendo como base alguns preceitos da nomenclatura de Bethesda 2001, termos e classificações defasados e impróprios para alguns tipos celulares identificados.

A opção da menção INTERPRETAÇÃO/ RESULTADO em substituição à DIAGNÓSTICO enfatiza o entendimento de que a avaliação citopatológica é um exame de rastreamento não de diagnóstico o qual se dá pela integração à avaliação citopatológica de dados adicionais do paciente, portanto é estabelecido pelo clínico. (DEMAY, 2005)

O uso do termo **Células Atípicas de Significado Indeterminado** para menção às células glandulares entrou em desuso desde Bethesda 2001 pela confusão com que os clínicos conduziam as suas pacientes à semelhança do que era preconizado para o equivalente escamoso ASC-US. O termo expresso pela sigla AGUS foi substituído por **ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES – AGC**.

A ausência de menção ao local de origem das atipias glandulares não possibilitava ao clínico estabelecer condutas investigativas ou terapêuticas as quais requerem métodos diferenciados de abordagem.

Tínhamos imposta uma subclassificação das atipias glandulares em POSSIVELMENTE NÃO NEOPLÁSICA ou NÃO PODENDO AFASTAR UMA LESÃO INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU a qual mostrava-se imprópria ao

referir-se tanto às atipias glandulares endocervicais quanto endometriais, uma vez que referindo-se à endocérvice, o termo “possivelmente não neoplásico” transmitia ao clínico uma impressão subestimada, resultando em condutas aquém das devidas para uma interpretação considerada de risco pela literatura científica.

O termo “não podendo afastar uma lesão intraepitelial de alto grau expressava muito mais um diagnóstico diferencial que uma classificação baseada em aspectos morfológicos celulares.

Em se referindo ao endométrio, esta subclassificação exibia o escasso conhecimento dos escrutinadores quanto à identificação e interpretação das células endometriais e da neoplasia endometrial.

A atual nomenclatura desfaz tais indefinições, estabelece a menção do local de origem da atipia glandular, contemplando, inclusive as limitações desta definição através do termo CÉLULAS GLANDULARES ATÍPICAS, SOE.

Aplica o termo FAVORECENDO NEOPLASIA apenas para as atipias em células glandulares endocervicais ou glandulares SOE e não faz menção adicional de malignidade às células endometriais por entender que o aspecto morfológico típico destas células não corresponde obrigatoriamente à ausência de neoplasia endometrial.

As **Atipias em Células de Origem Indefinida** foi categoria considerada como inovação introduzida na nomenclatura brasileira em 2006. Foi destinada à situações em que não se podia estabelecer com clareza a origem da célula atípica. (BRASIL; 2006)

Este termo gerava no clínico indefinições e imprecisão sobre a conduta mais adequada a ser estabelecida. A literatura científica mostra menções à respeito deste tipo celular relacionando-os à tumores extra uterinos, tumores raros, tumores de pobre diferenciação.

Em considerando estas possibilidades, a subclassificação da nomenclatura anterior dessa categoria em: possivelmente não neoplásica ou não podendo afastar uma lesão intraepitelial de alto grau, mostrava-se completamente descabida.

Tal categoria está contemplada no ítem OUTRAS CÉLULAS MALIGNAS, em reconhecimento que nem todas as células observadas em amostras do trato ano-genital correspondem a células epiteliais em sua origem. (DEMARY; 2005)

Embora não sendo a finalidade inicial da avaliação citopatológica cervical, a menção de organismos observados nas amostras mostra-se útil. A lista de organismos foi modificada, mencionando-se apenas

aqueles que uma vez gerando sinais ou sintomas possam requerer um manejo terapêutico da parte do ginecologista.

Indicações para obtenção de amostras de outros locais além do colo uterino já são preconizadas como as obtidas do canal vaginal em mulheres submetidas a histerectomia por lesão de alto grau/ câncer de colo uterino, amostras do canal endocervical mediante identificação de uma atipia celular importante sem o correspondente achado anormal na colposcopia (BRASIL, 2016) e amostras obtidas do canal anal nos pertencentes ao grupo de risco para lesões de alto grau e câncer em canal anal (LEEDS; FANG, 2016), quais sejam: homens que fazem sexo com homens, mulheres e homens HIV positivos, imunossuprimidos por outras causas e mulheres com histórico de doença multicêntrica HPV induzida no trato genital inferior e lesão intraepitelial de alto grau cervical. (HERÁCLIO *et al*; 2015). A atual nomenclatura, permite ser estendida às avaliações citopatológicas dos sítios que compõem o trato ano-genital, além do colo do útero.

O Sistema Bethesda 2015 em concordância com a nomenclatura LAST, 2012 (DARRAGH; WINKLER, 2011), recomenda o uso desta nomenclatura extensivo, inclusive às avaliações histopatológicas de lesões induzidas pelo papiloma vírus humano –HPV do trato ano-genital.

A aplicação desta nomenclatura no Brasil pelo sistema único de saúde – SUS, será restrita apenas para avaliações citopatológicas de amostras obtidas do colo do útero.

CONCLUSÃO

Em consonância com a nomenclatura internacional adotada pela SBC para Laudos Citopatológicos cervicais no Brasil, recomendamos a não aceitação do ginecologista ou outro profissional que lide com resultados citopatológicos onde constem quaisquer outra nomenclatura anterior a atual.

Incitamos o desuso na escrita e na linguagem do termo neoplasia intraepitelial cervical - NIC, substituindo-o por lesão intraepitelial escamosa de alto ou baixo grau seguido do local de origem da amostra.

Atenta para a menção apenas de organismos que possam ser agressores ao meio vaginal e necessitem de manejo clínico mediante sinais e sintomas referidos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGUIAR, L. S. et al. Critical evaluation of the diagnostic nomenclatures of cervical cytopathological exams used in the Brazilian Unified Health System (SUS) Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.33 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. 2 ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2006. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: 2. ed. rev. ampliada e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 114 p.

DARRAGH, T. M.; WINKLER, B. Anal Cancer and Cervical Cancer Screening: Key Differences. Cancer Cytopathology, [s.l.], v. 119, n. 1, p. 5-19, 17 dez. 2010. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/cncy.20126>.

DEMAY, R. M. The Pap Test: exfoliative gynecologic cytology. Chicago: ASCP Press, 2005.

HERÁCLIO, S. A. et al. Anal cytology in women with cervical intraepithelial or invasive cancer: interobserver agreement. J Bras Patol Med Lab., Rio de Janeiro, v. 51, n. 5, p. 315-322, Oct. 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-2444.20150051>.

LEEDS, I. L.; FANG, S. H. Anal Cancer and Intraepithelial Neoplasia Screening: A Review. World J Gastrointest Surg., Pleasanton, CA, v. 8, n. 1, p. 41-51, Jan. 2016. Baishideng Publishing Group Inc. <http://dx.doi.org/10.4240/wjgs.v8.i1.41>.

NAYAR, R.; WILBUR, D. C. (ed.). The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: definitions, Criteria and Explanatory notes. 3. ed. Cham, Switzerland: Springer, 2015. ISBN 978-3-319-11073-8.

- 1- Bethesda system
- 2- **Critical evaluation of the diagnostic nomenclatures of cervical cytopathological exams used in the Brazilian Unified Health System (SUS)**
- 3- **Luciana Silva Aguiar^I; Talita de Paula Silva Moura^{II}; Daniela Etlinger^I; Luzia Setuko Umeda Yamamoto^I; Celso di Loreto^{III}; Lise Cristina Baltar Cury^{IV}; Sônia Maria Miranda Pereira^I**

3-(MS/INCA. Nomencl Bras, 2006). (INCA. Coordenação Geral de ações estratégicas. Divisão de apoio à rede de atenção oncológica.- Rio de Janeiro: INCA, 2011),