



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva (INCA)

SESSÃO DE CASOS GINECOLÓGICOS



Série Citotecnologia





MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)

SESSÃO DE CASOS
GINECOLÓGICOS
Série Citotecnologia

Rio de Janeiro, RJ
INCA
2012

© 2012 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. A reprodução, adaptação, modificação ou utilização deste conteúdo, parcial ou integralmente, são expressamente proibidas sem a permissão prévia, por escrito, do INCA e desde que não seja para qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita.
Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Área Temática Controle de Câncer da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS/MS (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).

Tiragem: 1500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)
Coordenação-Geral de Gestão Assistencial
Divisão de Anatomia Patológica (Dipat)
Seção Integrada e Tecnológica em Citopatologia (Sitec)
Rua Cordeiro da Graça, 156 – Santo Cristo
20220-400 – Rio de Janeiro – RJ
Tels.: (21) 3207-3453/3207-3418
E-mail: escola.sitec@inca.gov.br
www.inca.gov.br

Organização

Simone Maia Evaristo

Elaboração

Shirley Borges de Souza Quintana

Revisora Técnica

Claudia Lopes Pires

Colaboradores

Em anexo

Edição

COORDENAÇÃO-GERAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS
Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica
Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro
20230-240 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5500

Supervisão Editorial

Letícia Casado

Edição e Produção Editorial

Taís Facina

Copidesque

Rita Machado

Revisão

Maria Helena Rossi Oliveira

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Jankley Costa Gomes

Ficha Catalográfica

Iara Rodrigues de Amorim

Ficha Catalográfica

159s Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação-Geral de Gestão Assistencial. Divisão de Anatomia Patológica. Seção Integrada e Tecnológica em Citopatologia.
Sessão de casos ginecológicos / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação-Geral de Gestão Assistencial, Divisão de Anatomia Patológica, Seção Integrada e Tecnológica em Citopatologia ; organização Simone Maia Evaristo. – Rio de Janeiro : Inca, 2012.
58 p. : il. – (Série Citotecnologia)

ISBN 978-85-7318-203-3 (versão impressa)
ISBN 978-85-7318-204-0 (versão eletrônica)

1. Neoplasias do colo do útero – Diagnóstico. 2. Técnicas de laboratório clínico.
3. Citodiagnóstico. 4. Pessoal de laboratório. I. Evaristo, Simone Maia, org. II. Título.
III. Série.

CDD 616.075 82

Catálogo na fonte – Seção de Bibliotecas

Títulos para indexação

Em inglês: Gynecological Cases Session - Cytotechnology Series

Em espanhol: Sesión de Sucesos Ginecológicos - Serie Citotecnología

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Luciano Queiroz que tão gentilmente autorizou o uso de imagens do site do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Ao Dr. Samuel Regis Araújo pela cordialidade e autorização para usar as imagens do Atlas de Citologia Cérvico-vaginal (2010), de sua autoria.

A todos os funcionários da Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia (Sitec) e da Divisão de Anatomia Patológica (Dipat) que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização desta publicação.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	3
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	7
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1. Casos clínicos.....	11
CAPÍTULO 2. Laudo técnico, definições, critérios e considerações.....	33
GLOSSÁRIO	52
ANEXO	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGC	Atipias de significado indeterminado em células glandulares (<i>atypical glandular cells</i>)
AIS	Adenocarcinoma <i>in situ</i>
Anacito	Associação Nacional de Citotecnologia
AOI	Atipia de origem indefinida
ASC-H	Células escamosas atípicas de significado indeterminado quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (<i>atypical squamous cells, cannot exclude high-grade squamous</i>)
ASC-US	Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (<i>atypical squamous cells of undetermined significance</i>)
AVG	Adenocarcinoma viloglandular
CT	Citotécnico/Citotecnologista
DES	<i>Diethyl etil bestrol</i>
Dipat	Divisão de Anatomia Patológica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
HPV	Papilomavírus humano (<i>Human Papillomavirus</i>)
HSIL	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (<i>high - grade squamous intraepithelial lesion</i>)
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
JEC	Junção escamocolunar
LSIL	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (<i>low-grade squamous intraepithelial lesion</i>)
ME	Metaplasia escamosa
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
Niva/Vain	Neoplasia intraepitelial vaginal / vaginal intraepithelial neoplasia
Sitec	Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia
TRH	Tratamento de reposição hormonal
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

INTRODUÇÃO

Esta publicação tem como objetivo servir de apoio aos Técnicos em Citopatologia (historicamente conhecidos e aqui tratados como citotécnicos), ou seja, trabalhadores da saúde que possuem como ocupação a elaboração de laudos técnicos dando apoio ao diagnóstico de grande número de doenças, como o câncer, a partir de análise de amostras celulares de praticamente todo o corpo humano. Eles constituem um grupo indispensável da força de trabalho e integram, o setor saúde no segmento de prevenção e detecção do câncer. O citotécnico é, de suma importância, para a ampliação da oferta e da cobertura de exames citopatológicos no país. Sua posição estratégica nos serviços de saúde é ressaltada tendo em vista a magnitude epidemiológica, econômica, social e política do câncer no Brasil.

Sendo assim, esta publicação destina-se a compartilhar experiências da prática clínica, traduzindo os conceitos clínicos e a terminologia vigente em exemplos, de forma a permitir que o citotécnico possa fazer o melhor uso dos critérios em um laudo técnico na área da citotecnologia.

Os casos clínicos dão vida ao processo do diagnóstico diferencial e exemplificam a importância que esse assume no plano de tratamento. Os casos presentes nesta publicação fazem parte da rotina do serviço e foram apresentados pelos citotécnicos e discutidos junto à equipe de citopatologistas e patologistas nas sessões mensais da Seção Integrada de Tecnologia em Citopatologia (Sitec), da Divisão de Anatomia Patológica (Dipat), do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/ Ministério da Saúde (MS).



A microscopic image showing a dense population of cells, likely from a tissue section. The cells have prominent, dark purple nuclei and lighter, pinkish cytoplasm and extracellular matrix. The overall appearance is that of a histological section stained with hematoxylin and eosin (H&E).

CAPÍTULO 1
Casos Clínicos

CASO CLÍNICO Nº 1

Exame: Colpocitologia.

Dados clínicos: 30 anos.

Inspeção do colo: Normal.

Descrição citomorfológica do caso – Figuras 1 e 2.

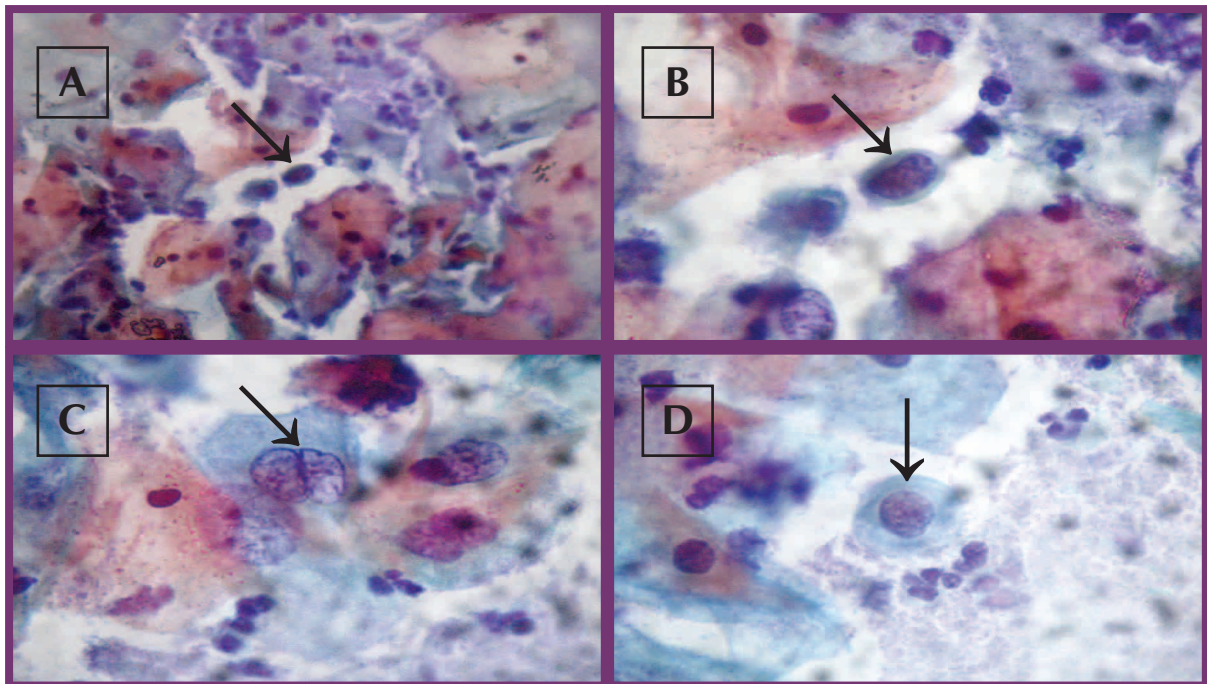


Figura 1. **A** – Observam-se, em menor aumento (400x), células escamosas, superficiais e intermediárias, ao redor de células metaplásicas pequenas e imaturas (seta). **B** – No maior aumento (1000x), observam-se critérios nucleares como irregularidade do contorno nuclear e hiperchromasia, além do aumento da relação núcleo-citoplasma. **C** – Bem ao centro, célula metaplásica com binucleação. **D** – Destaca-se, ao centro, outra imagem de célula metaplásica (1000x).

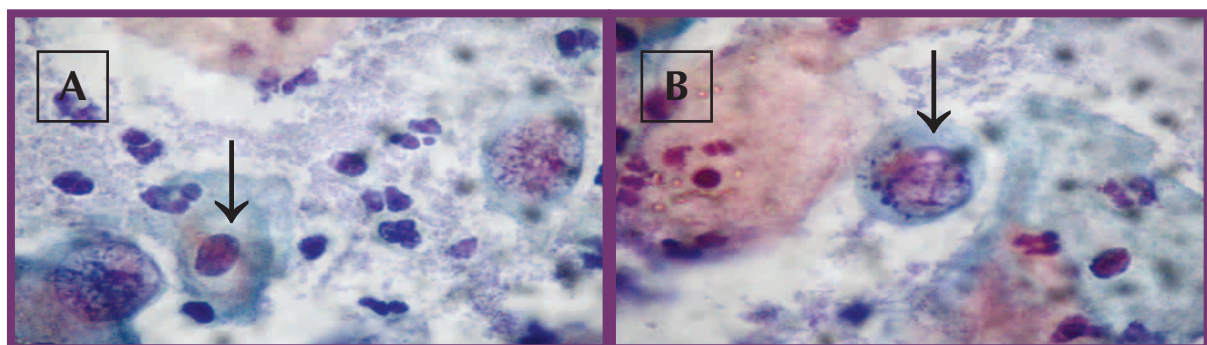


Figura 2. **A** – Ao centro, célula escamosa com esboço de coilocitose. Observam-se ainda duas células metaplásicas com aumento do volume nuclear, cromatina ligeiramente granular e nucléolo evidente. **B** – No centro, célula metaplásica com aumento do volume nuclear e irregularidade do contorno nuclear (1000x).

Laudo técnico (citotécnico): Vide página 35.

CASO CLÍNICO Nº 2

Exame: Colpocitologia.

Dados clínicos: 41 anos.

Descrição citomorfológica do caso – Figuras de 3 a 5.

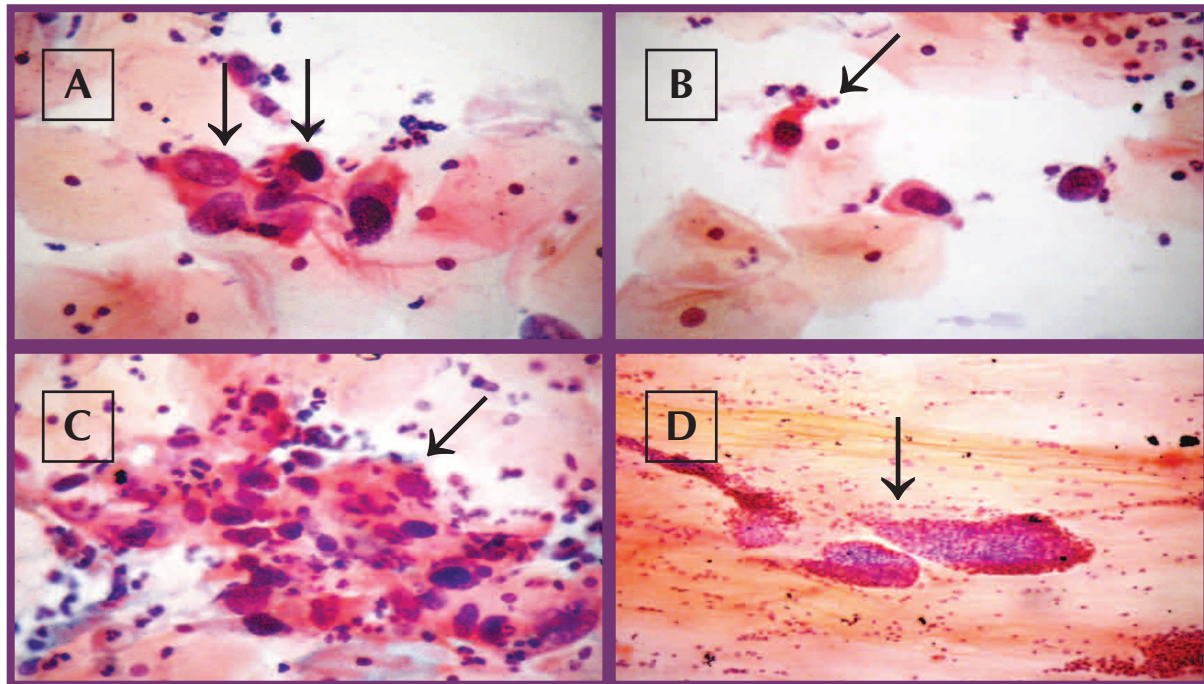


Figura 3. **A** – Células escamosas com relação núcleo-citoplasma aumentada, núcleos aumentados de volume e hiper cromáticos com citoplasma eosinófilo. **B e C** – Células ceratinizadas (400x). **D** – Grupamentos hiperpopulosos, densos, dando uma falsa percepção de formação glandular (100x).

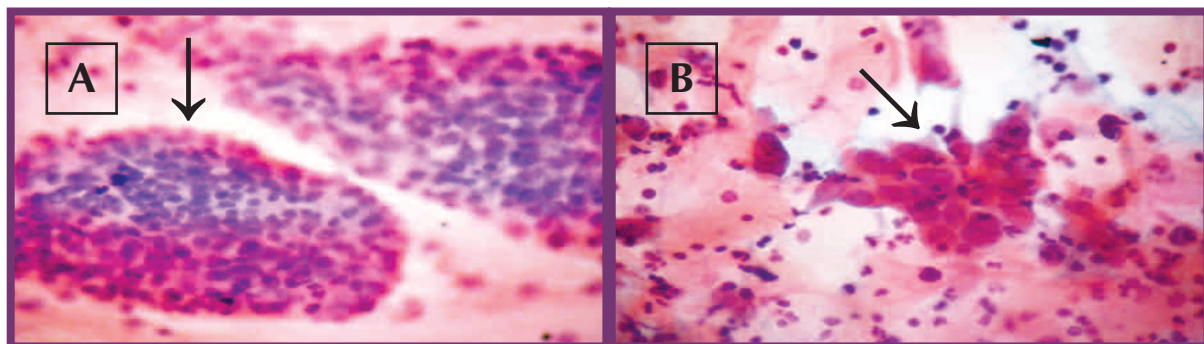


Figura 4. **A** – Grupamento de células escamosas lembrando formação glandular. **B** – Células escamosas atípicas agrupadas (400x).

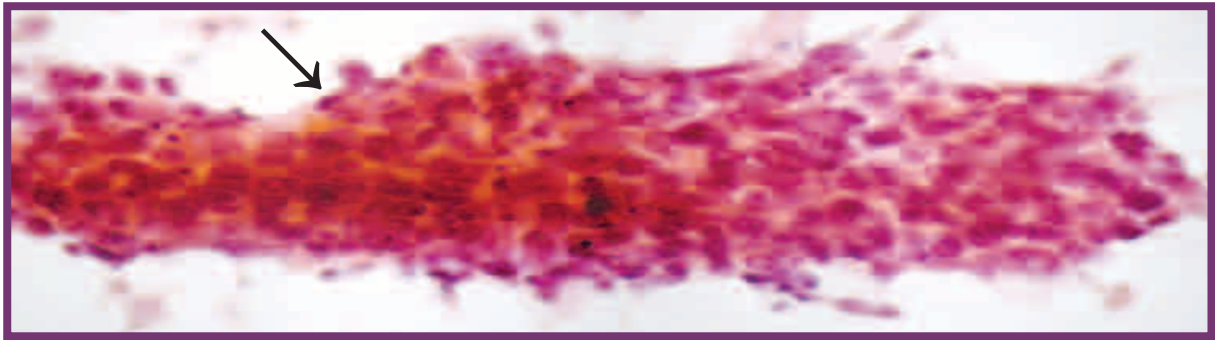


Figura 5. Visão panorâmica de grupamento superpopuloso, com sobreposição celular. Observam-se, na periferia, núcleos deitados, indicando ser grupamento de células escamosas (400x).

Laudo técnico (citotécnico): Vide página 37.

CASO CLÍNICO Nº 3

Exame: Colpocitologia.

Dados clínicos: 85 anos.

Descrição citomorfológica do caso – Figuras 6 e 7.

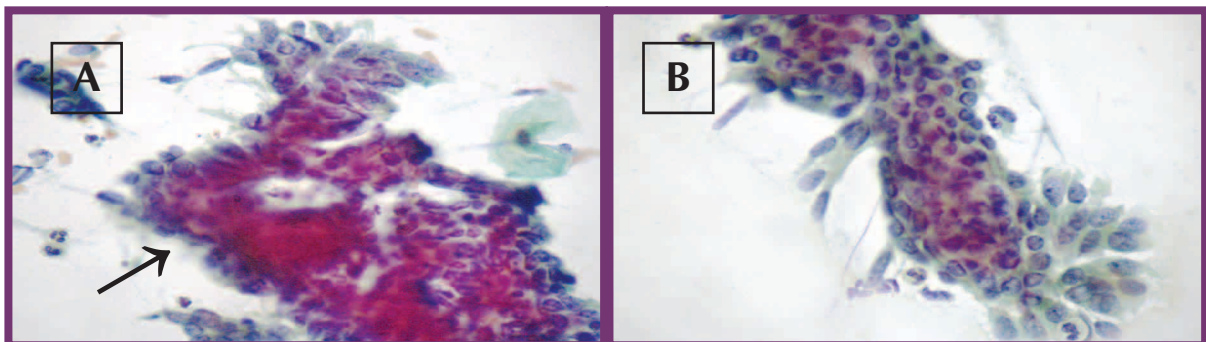


Figura 6. A e B – Hipercelularidade, desorganização, perda da formação “favo de mel”, superposição e aspecto plumagem periférica, além de pseudoestratificação e formação lembrando roseta (seta) (400X).

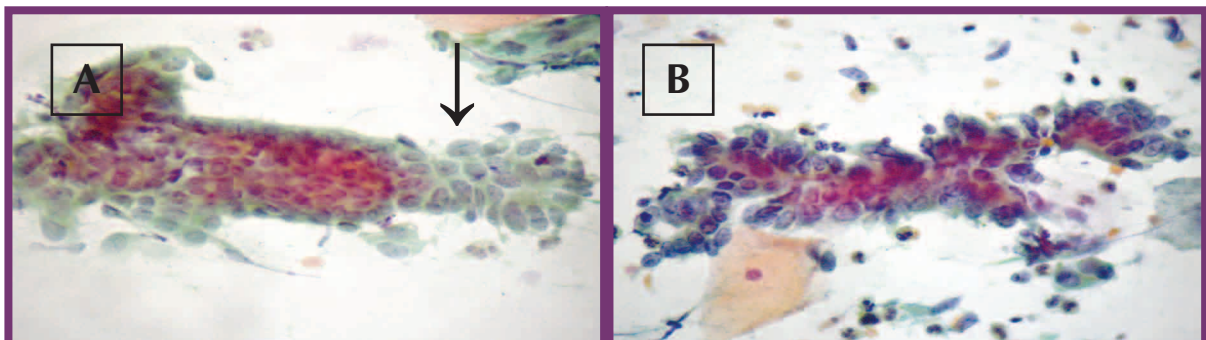


Figura 7. A e B – Marcante desorganização da arquitetura, formação em roseta, atípias nucleares leves, tais como: discreto aumento do volume, núcleos ovais ou alongados, além de hiper cromasia discreta (seta) (400X).

Laudo técnico (citotécnico): Vide página 39.

CASO CLÍNICO Nº 4

Exame: Colpocitologia.

Dados clínicos: 22 anos.

Descrição citomorfológica do caso – Figuras de 8 a 11.

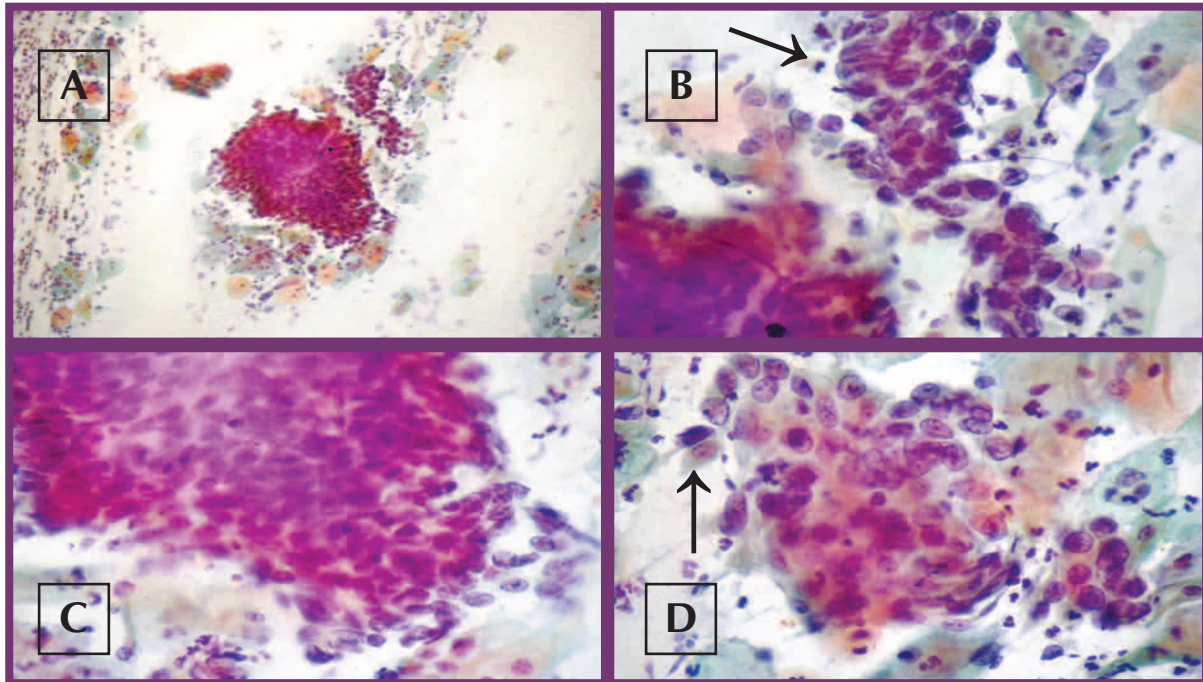


Figura 8. **A** – Grupamento muito denso de células em meio a componente inflamatório (100x). **B** – Células glandulares com perda da característica em "favo de mel", algumas em paliçada. **C** e **D** – Grupamentos densos, formação em lençol, mostrando núcleos ovais com cromatina moderadamente distribuída, além de pequenos nucléolos (seta) (400x).

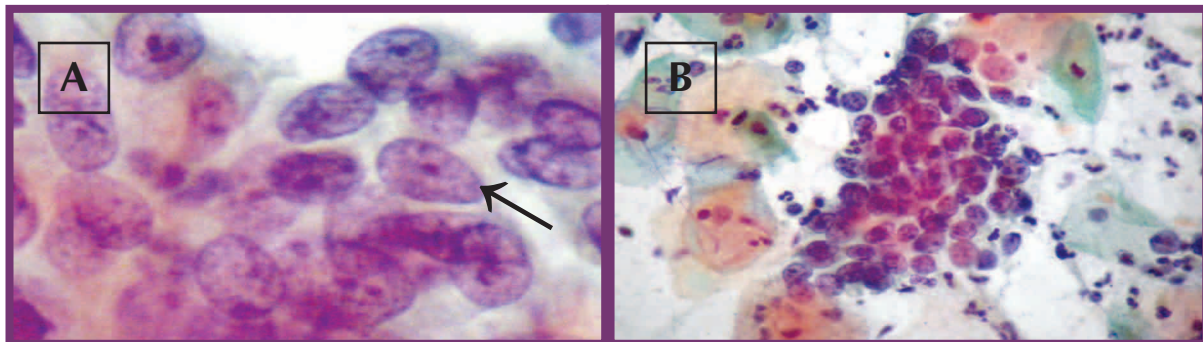


Figura 9. **A** – Grupamento de células glandulares com sobreposição nuclear, citoplasma diminuído, cromatina moderadamente distribuída e nucléolos evidentes (1000x). **B** – Grupamento de células glandulares (400x), em meio a células escamosas e componente inflamatório.

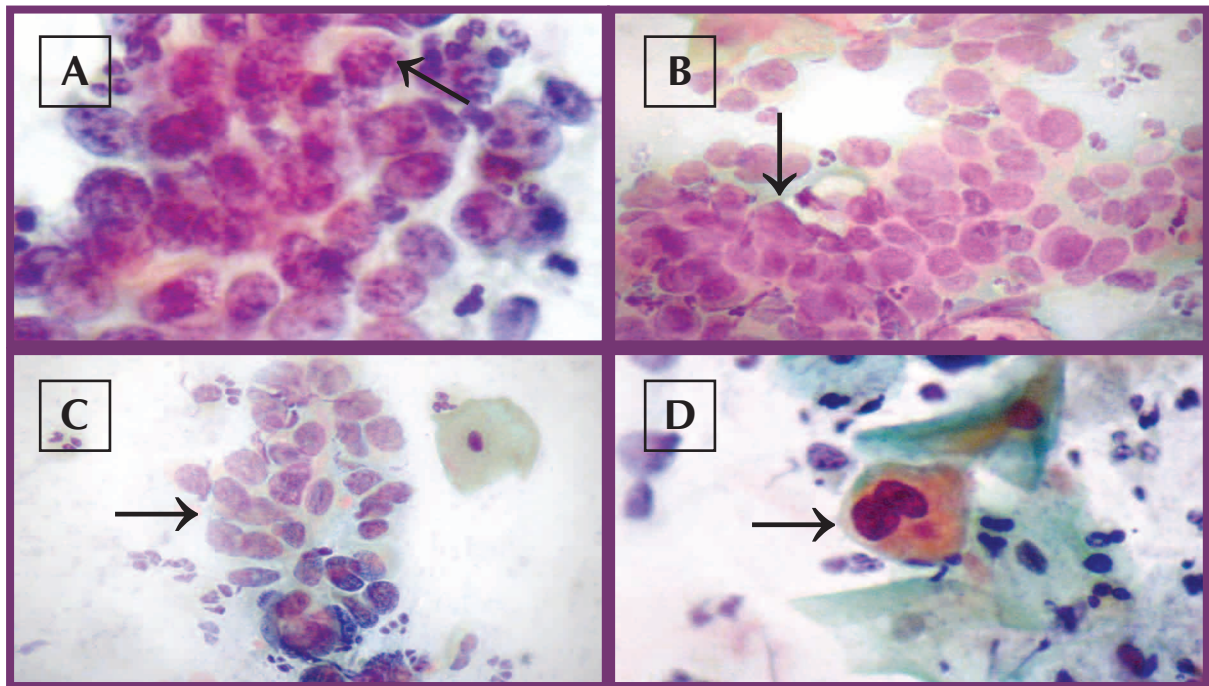


Figura 10. **A** – Arranjo celular em lençol, superposição nuclear, anisocariose, volume citoplasmático diminuído, cromatina moderada a grosseiramente granular e alguns núcleos com presença de nucléolos (seta) (1000x). **B e C** – Repetem-se os achados, da figura A, além do arranjo celular em forma de roseta (400x). **D** – Célula tipo metaplásica com binucleação, aumento do volume nuclear e hiperchromasia, e anfofilia (400x).

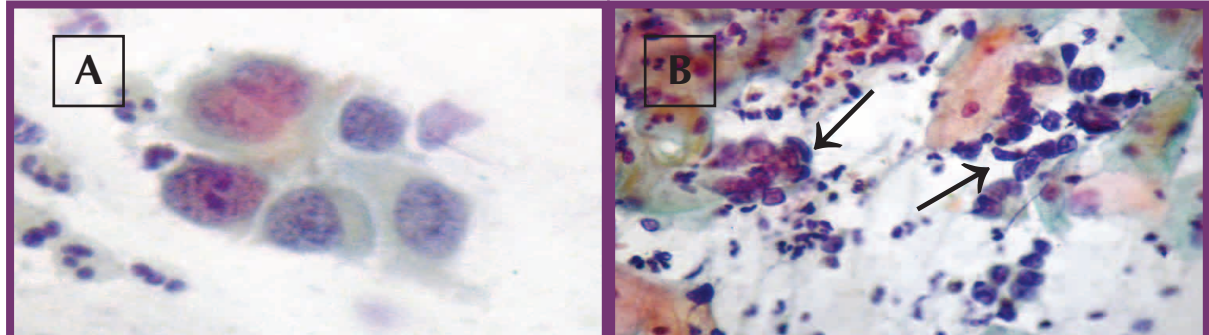


Figura 11. **A** – Células metaplásicas atípicas (1000x). **B** – Grupamentos de células glandulares em meio a escamosas e componente inflamatório (400x).

Laudo técnico (citotécnico): Vide página 41.

CASO CLÍNICO Nº 5

Exame: Colpocitologia.

Dados clínicos: 34 anos, colo normal, sem queixas.

Exames anteriores: Novembro de 2007: Inflamatório.

Novembro de 2008: Inflamatório.

Mai de 2009: Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL).

Novembro de 2009: Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US).

Descrição citomorfológica do caso – Figura 12.

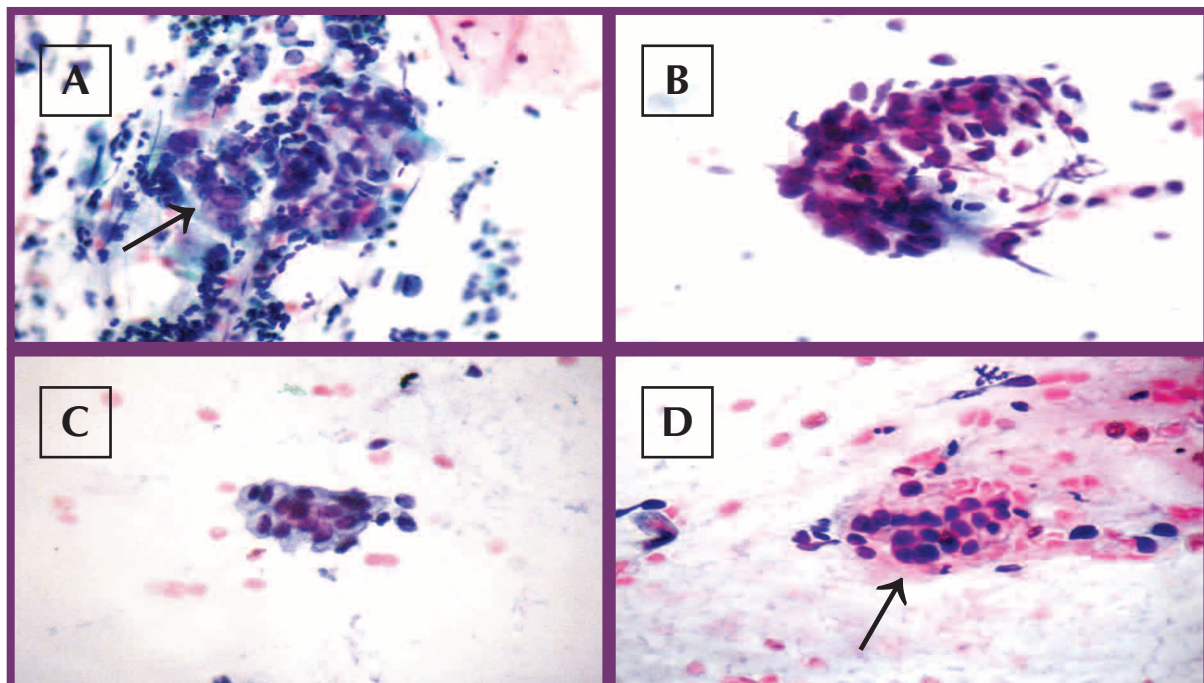


Figura 12. A, B, C e D – Grupamentos de células apresentando núcleos com discreta variação do tamanho, discreta hiperchromasia e citoplasma escasso de borda indistinta, e indefinida quanto à origem (seta) (400x).

Laudo técnico (citotécnico): Vide página 42.

CASO CLÍNICO Nº 6

Exame: Colpocitologia.

Dados clínicos: 22 anos. Inspeção do colo: normal, sem queixas.

Exames anteriores: Setembro de 2004: Inflamatório.

Dezembro de 2005: Inflamatório (ativação nuclear).

Mai de 2006: Inflamatório.

Julho de 2009: Inflamatório (ativação nuclear).

Descrição citomorfológica do caso – Figura 13.

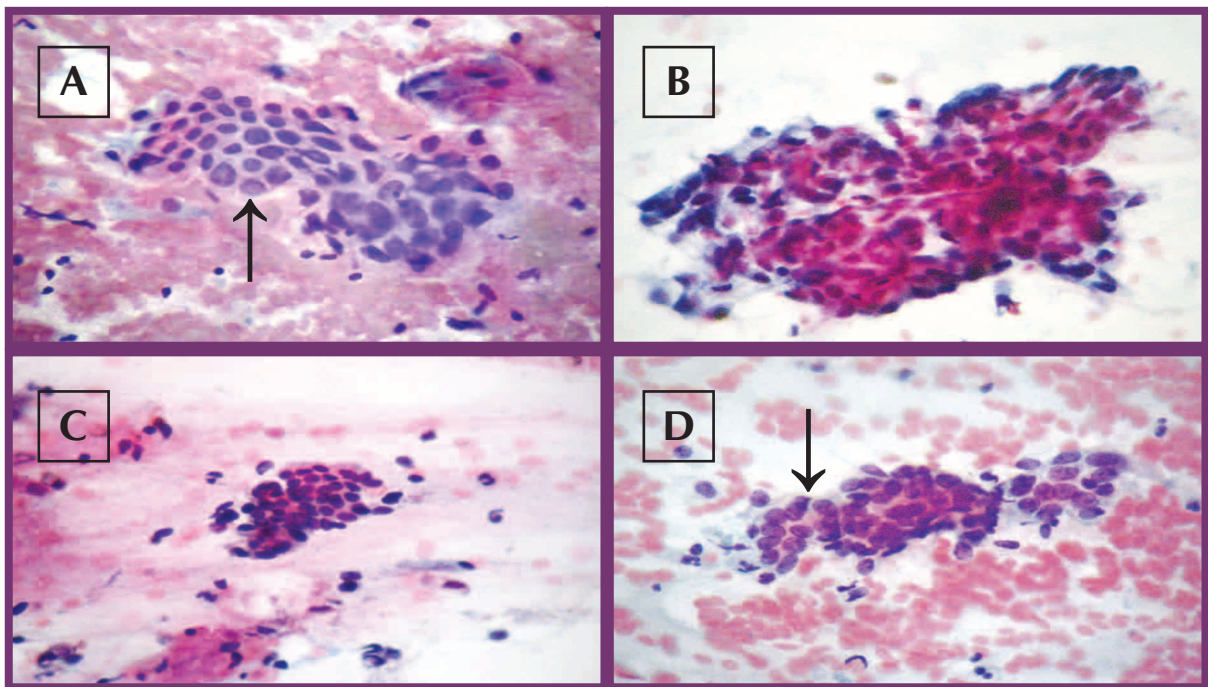


Figura 13. **A** – Grupamento de células apresentando escasso citoplasma (seta), discreta anisocariose e hiperchromasia discreta. **B**, **C** e **D** – Mostram grupamentos celulares com sobreposição nuclear, hiperchromasia e discreta variação do tamanho dos núcleos. **D** – Nota-se, ainda, formação lembrando roseta (seta) (400X).

Laudo técnico (citotécnico): Vide página 42.

CASO CLÍNICO Nº 7

Exame: Colpocitologia.

Dados clínicos: 54 anos.

Exame clínico: sem alterações.

Descrição citomorfológica do caso – Figuras de 14 a 16.

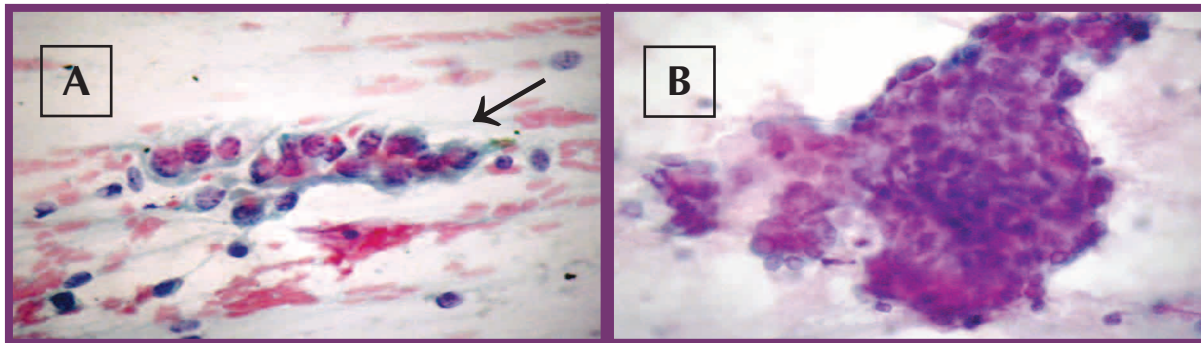


Figura 14. **A** – Mostra grupamento de células, ora lembrando metaplasia escamosa, ora formando paliçada com citoplasma impreciso e variação do tamanho dos núcleos, lembrando glandular. **B** – Mostra denso grupamento de células com sobreposição nuclear e citoplasma de borda indistinta (400x).

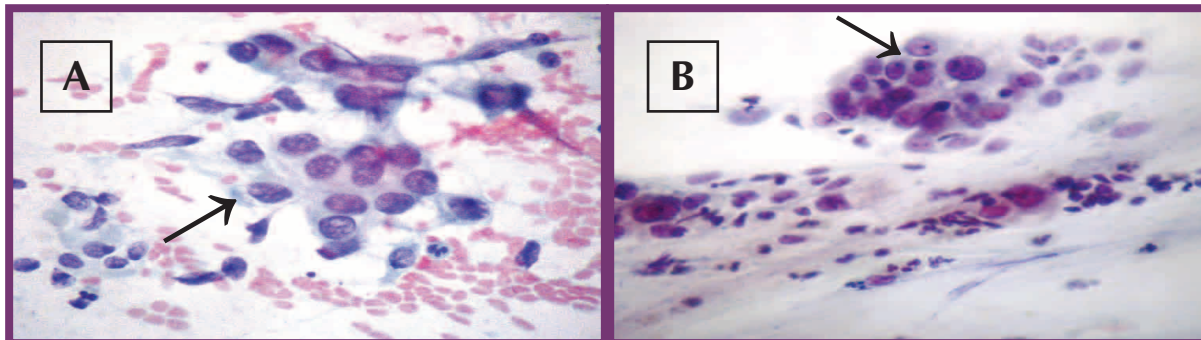


Figura 15. **A** – Mostra grupamento de células com escasso citoplasma, contorno indefinido e núcleos apresentando anisocariose e cromatina levemente distribuída. **B** – É marcante a anisocariose e de igual modo a escassez de citoplasma (400x).

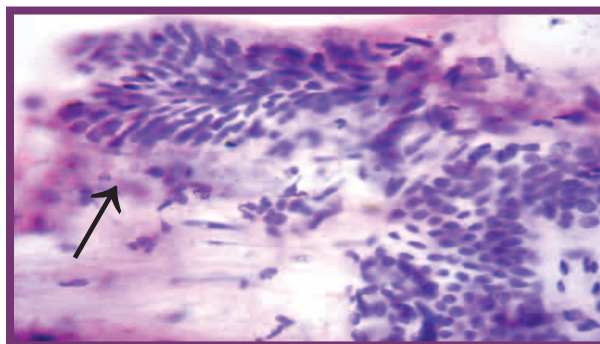


Figura 16. Grupamento lembrando pseudoestratificação, discreta anisocariose e hiper cromasia, além de citoplasma indefinido (400x).

Laudo técnico (citotécnico): Vide página 42.

CASO CLÍNICO Nº 8

Exame: Colpocitologia.

Dados clínicos: 62 anos. Realizada biópsia.

Descrição citomorfológica do caso – Figuras de 17 a 20.

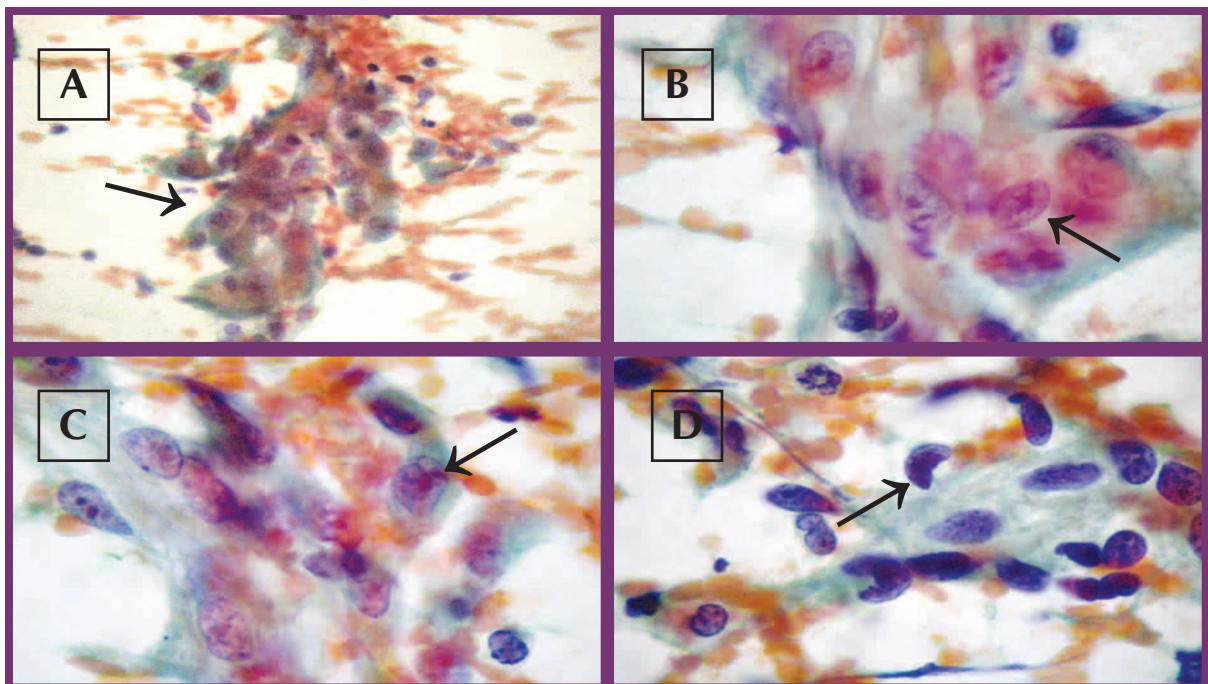


Figura 17. A, B e C – Grupamento de células em formato sincicial, com anisocariose e nucléolos evidentes (400x, 1000x e 1000x respectivamente). D – Observam-se núcleos ovais ou alongados, apresentando prolongamento espicular em uma das extremidades (1000x).

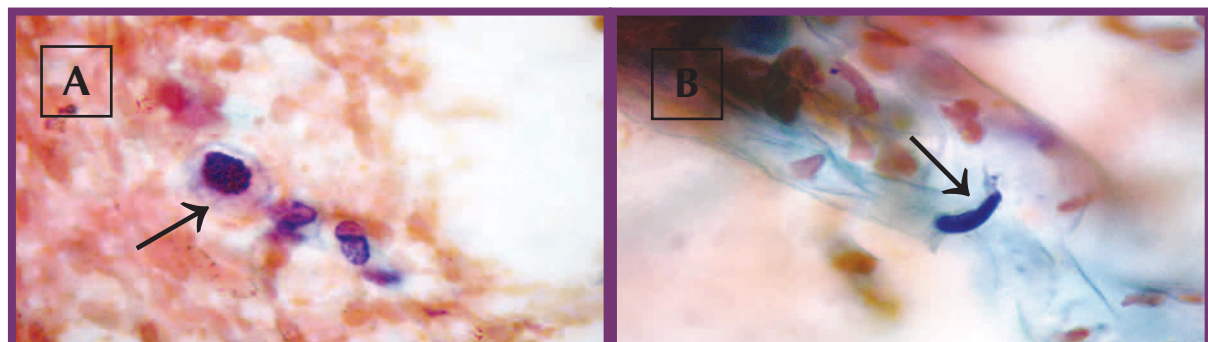


Figura 18. A – Figura de mitose. B – Célula com citoplasma escasso, mostrando núcleo com hiperchromatismo e prolongamentos em uma das extremidades (1000x).

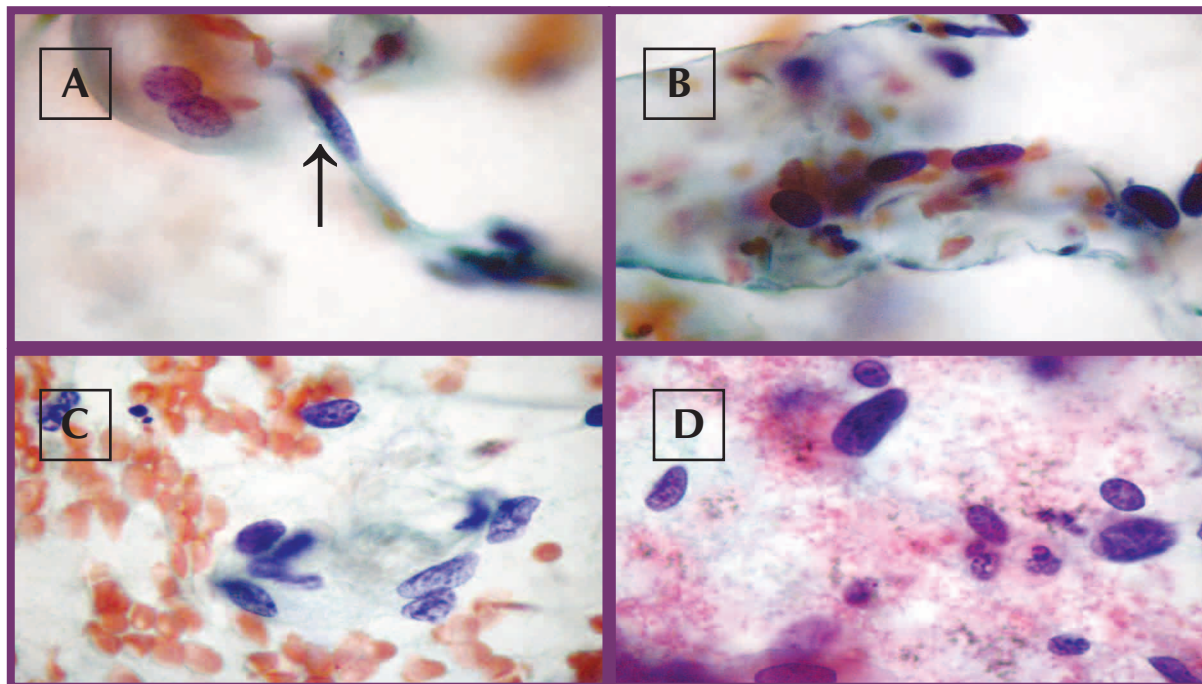


Figura 19. **A** – Célula alongada com hiperchromasia (seta), ao lado de célula binucleada atípica. **B**, **C** e **D** – Células com escasso citoplasma, núcleos alongados, por vezes desnudos, apresentando discreta hiperchromasia em fundo hemorrágico (1000x).

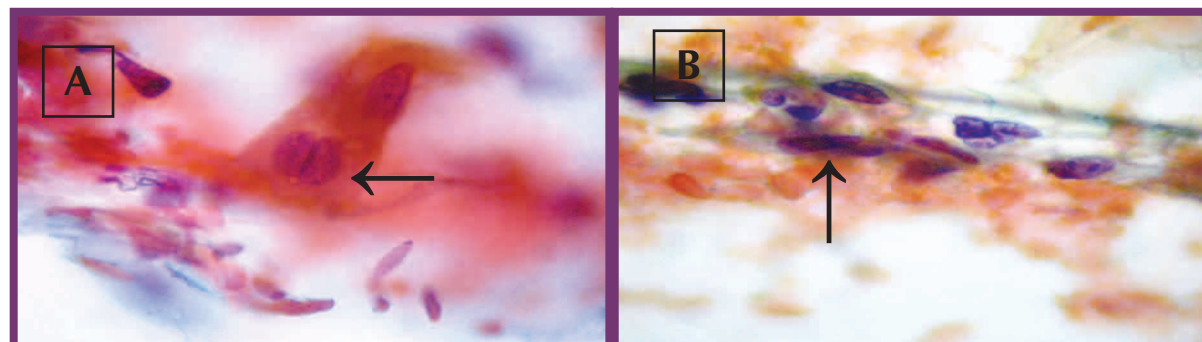


Figura 20. **A** – Célula com cromatina grosseira, irregularidade do contorno nuclear, além de binucleação. **B** – Células alongadas com núcleos hiperchromáticos (seta) (1000x).

Laudo técnico (citotécnico): Vide página 44.

CASO CLÍNICO Nº 9

Exame: Colpocitologia.

Dados clínicos: 75 anos. Radioterapia.

Descrição citomorfológica do caso – Figuras de 21 a 25.

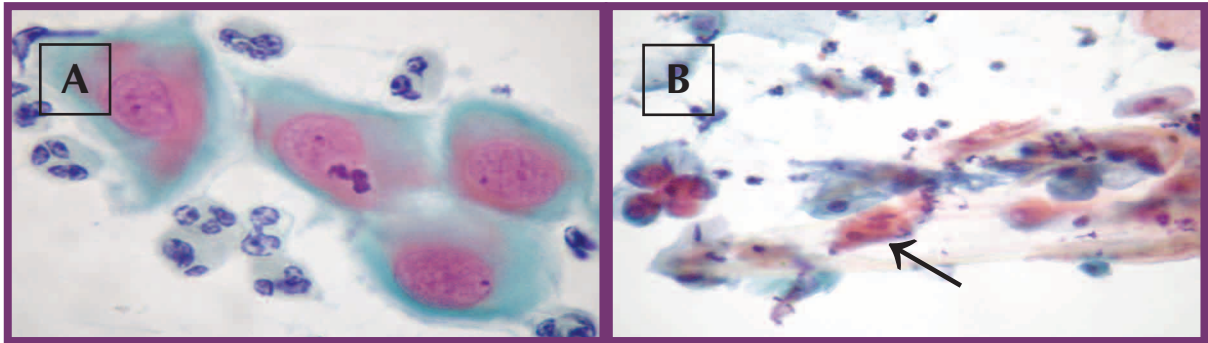


Figura 21 **A** – Células escamosas com relação núcleo-citoplasma aumentada, núcleos volumosos, citoplasma com anofilia (400x). **B** – Células ceratinizadas (seta) (200x).

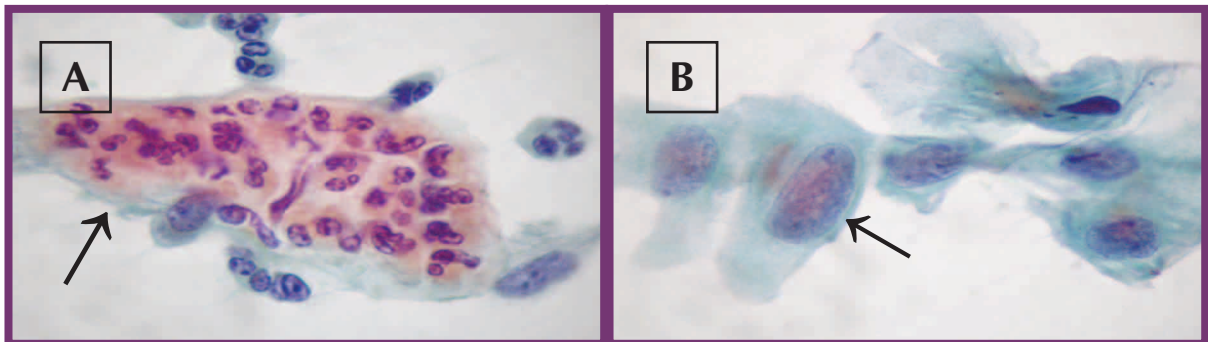


Figura 22. **A** – Inclusão leucocitária em histiócito multinucleado (400x). **B** – Células escamosas do tipo intermediária, com núcleos exibindo cromatina fina, irregular e anisocariose evidente (400x).

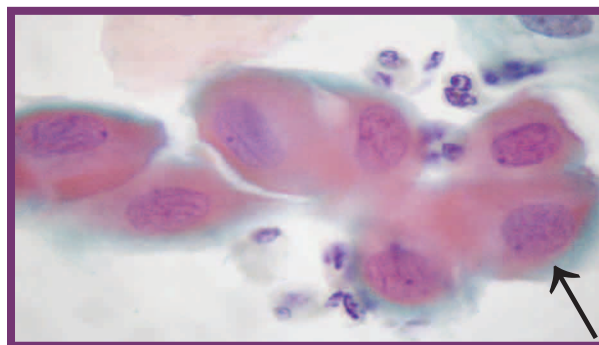


Figura 23. Células escamosas com intensa anofilia, núcleos com cromatina em pequenos grupos irregulares (400x).

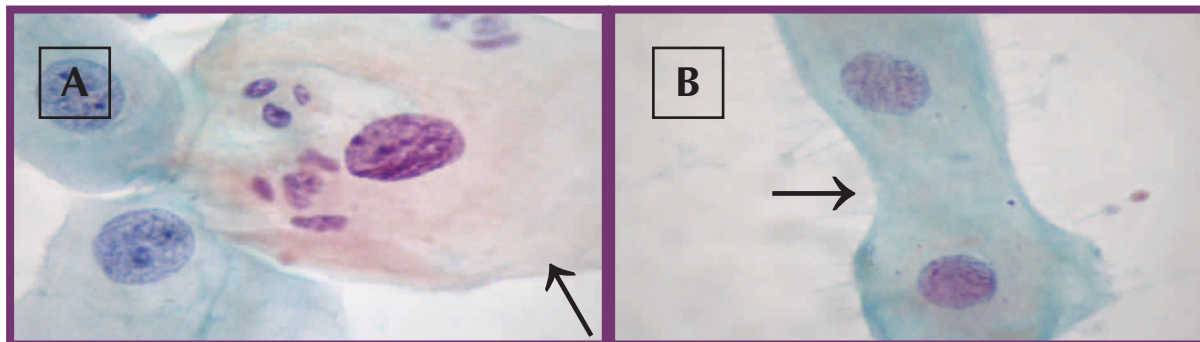


Figura 24. **A** – Destaque para célula gigante eosinófila. **B** – células escamosas unidas sem separação do citoplasma (1000x).

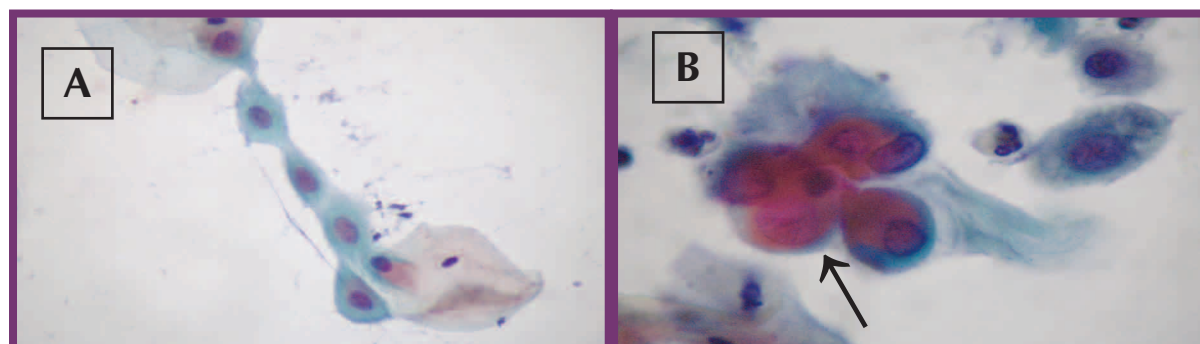


Figura 25. **A** – Células apresentando citoplasmas unidos e núcleos aumentados, cromatina homogênea (200x). **B** – As células apresentam citoplasma fortemente corado dificultando a visualização nuclear (400x).

Laudo técnico (citotécnico): Vide página 46.

CASO CLÍNICO Nº 10

Exame: Colpocitológico 4 anos após a radioterapia.

Dados clínicos: 40 anos. Colo ausente. Carcinoma de colo em 2001. Radioterapia.

Descrição citomorfológica do caso – Figuras de 26 a 29.

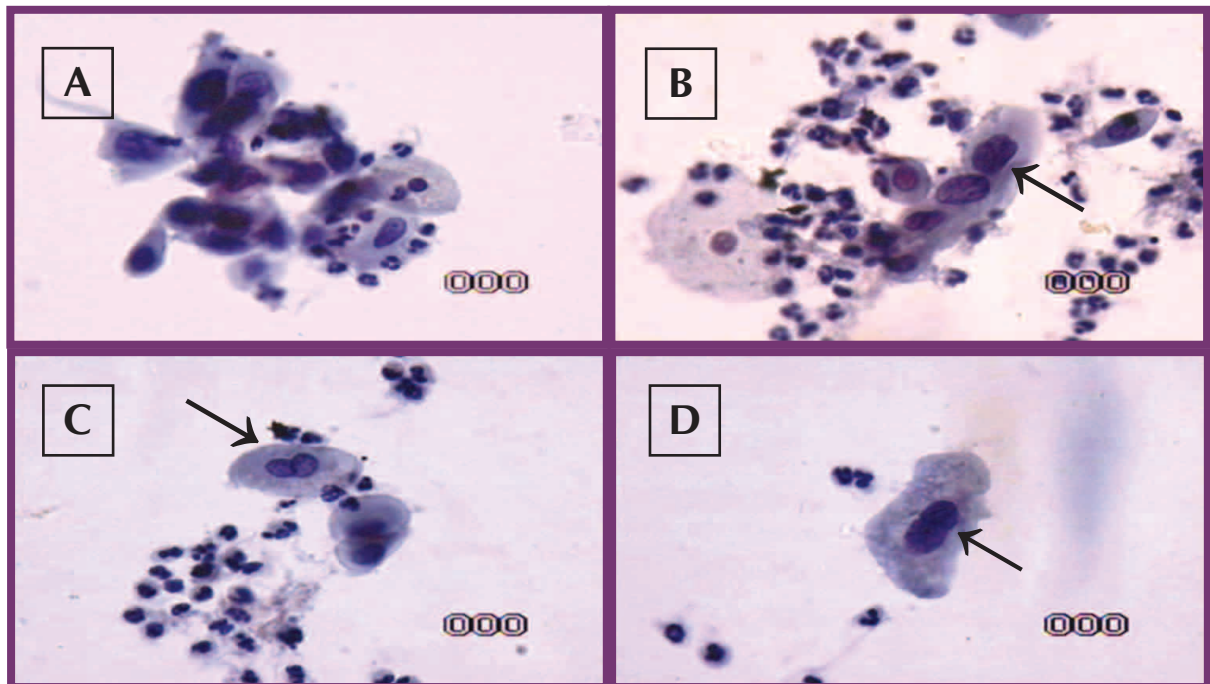


Figura 26. A e B – Células escamosas com relação núcleo-citoplasma moderadamente aumentada, aumento nuclear e hiperchromasia (400x). C e D – São notáveis binucleações (400x).

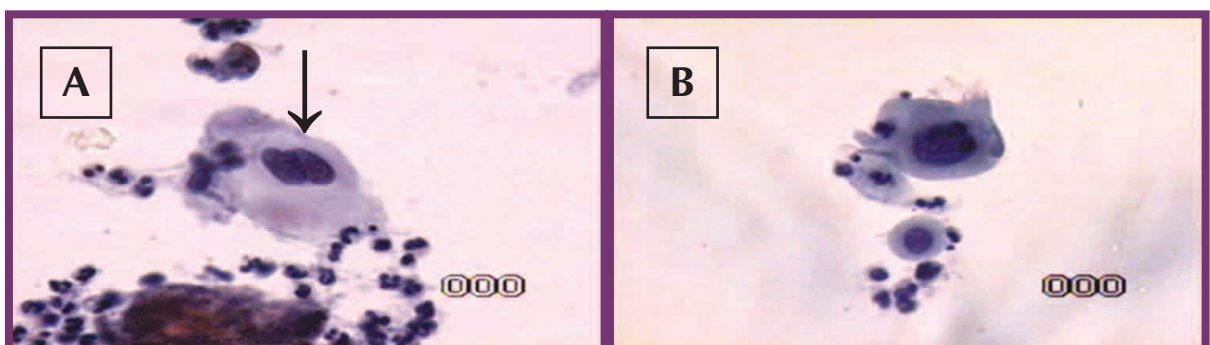


Figura 27. A e B – Observam-se células escamosas com marcante hiperchromasia, binucleação e irregularidade do contorno nuclear (400x).

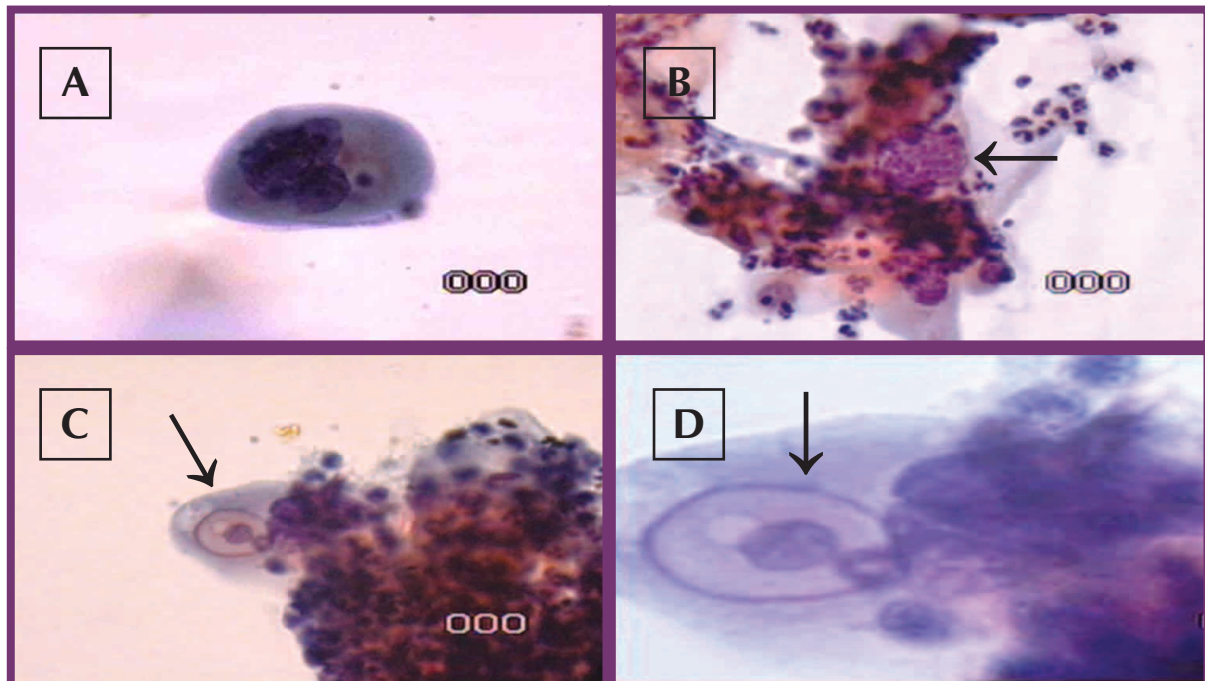


Figura 28. **A** – Célula escamosa multinucleada, apresentando relação núcleo citoplasma aumentado, nota-se marcante hiperchromasia e vacúolo citoplasmático. **B** – Visualizam-se núcleos aumentados de volume e cromatina com degeneração (1000x). **C** – Observa-se grande vacúolo citoplasmático fagocitando um núcleo (400x), detalhe melhor visto no maior aumento mostrado na figura **D** (1000x).

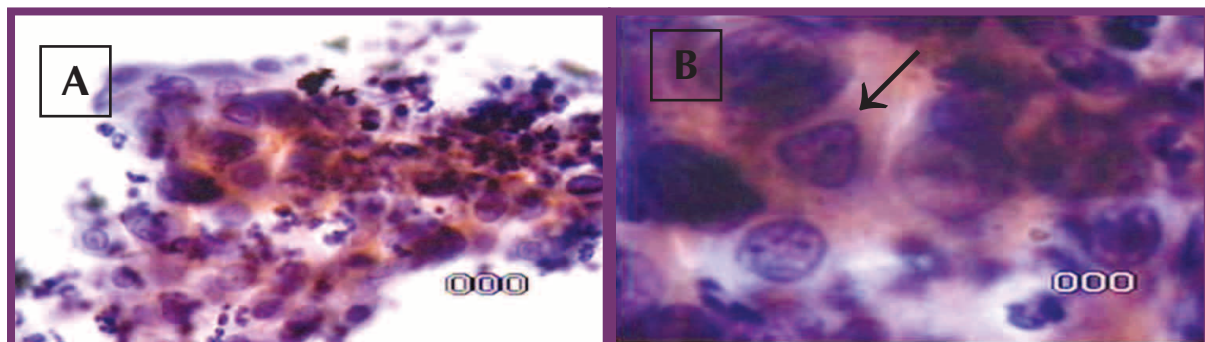


Figura 29. **A** – Grupamento mostrando células com marcante contorno nuclear, anisocariose e nucléolo (400x). Mesmo grupamento melhor detalhado em **B** (1000x).

Laudo técnico (citotécnico): Vide página 46.

Caso clínico nº 10: nova coleta, seis meses depois.

Descrição citomorfológica do caso – Figuras de 30 a 32.

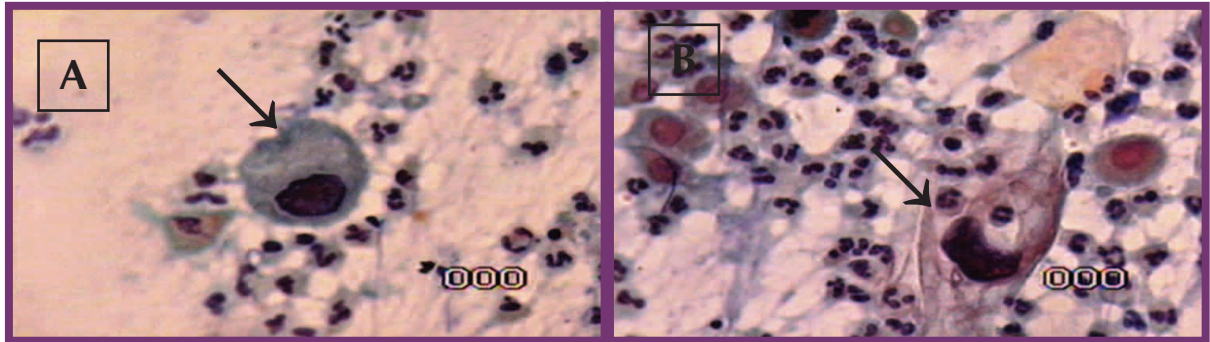


Figura 30. A e B – Células escamosas com marcante hiper Cromasia e relação núcleo-citoplasma aumentada.

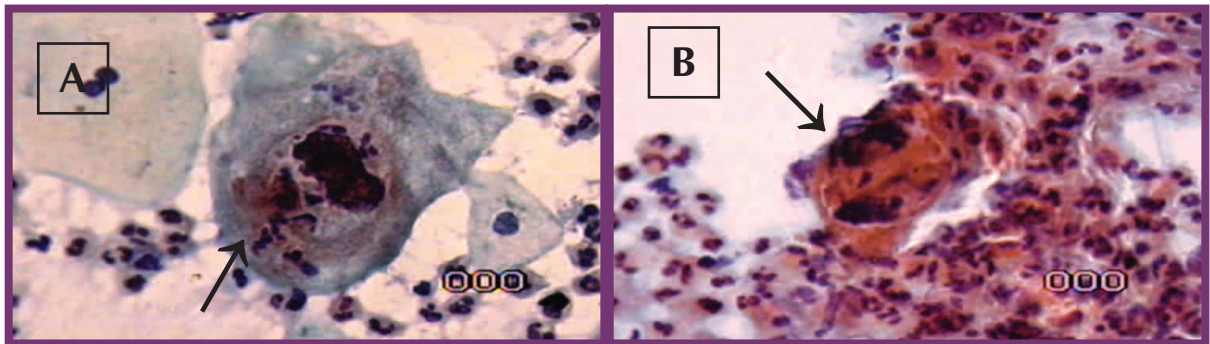


Figura 31. A – Observa-se célula com marcada degeneração nuclear e citoplasmática (1000x). **B** – Chama atenção marcada ceratinização citoplasmática (400x).

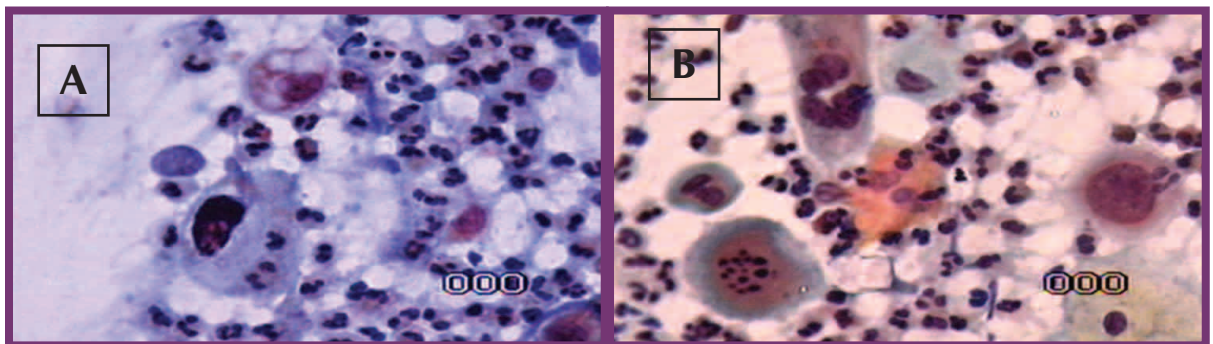


Figura 32. A – Célula com vacuolização citoplasmática na parte superior da imagem, logo abaixo outra célula com núcleo hiper Cromático, apresentando degeneração com quebra da borda nuclear. **B** – Observa-se célula multinucleada na parte superior e, abaixo, célula com cariorexe (400x).

Laudo técnico (citotécnico): Vide página 46.

CASO CLÍNICO Nº 11

Exame: Colpocitologia.

Dados clínicos: 29 anos.

Descrição citomorfológica do caso – Figuras de 33 a 37.

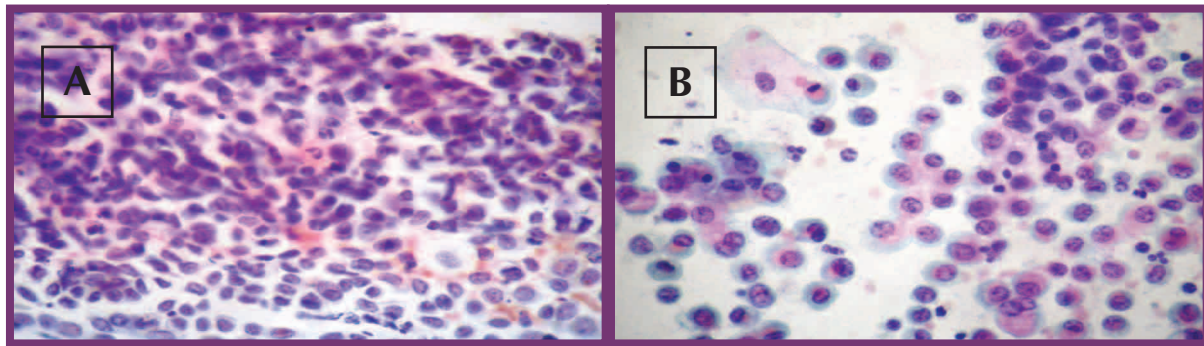


Figura 33. **A** – Células aglomeradas com aumento da relação núcleo-citoplasma, com núcleos discarióticos (400x). **B** – Numerosas células aglomeradas com grande relação núcleo-citoplasma, nucléolos evidentes, núcleo redondo ou oval (400x).

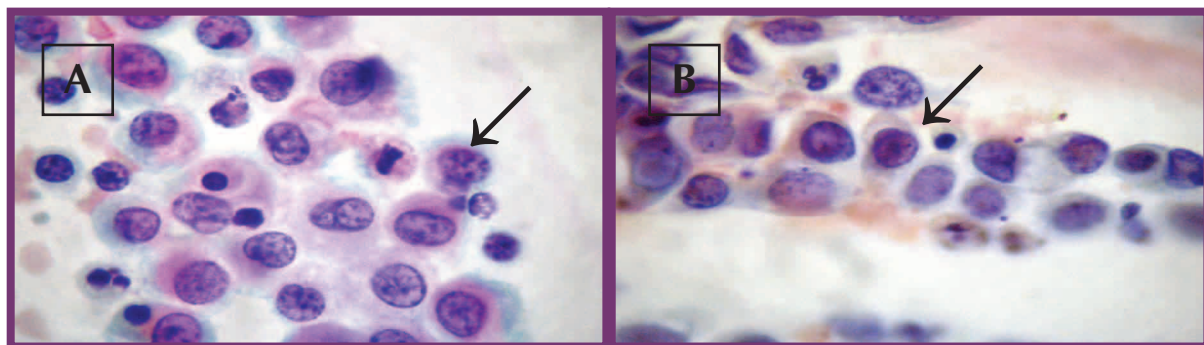


Figura 34. **A** – Núcleos esféricos, citoplasma delicado com limite mal definido (1000X). **B** – Células com membrana nuclear irregular, cromatina grosseira em agregados e hiper cromasia, dentre outros hipocromáticos (1000X).

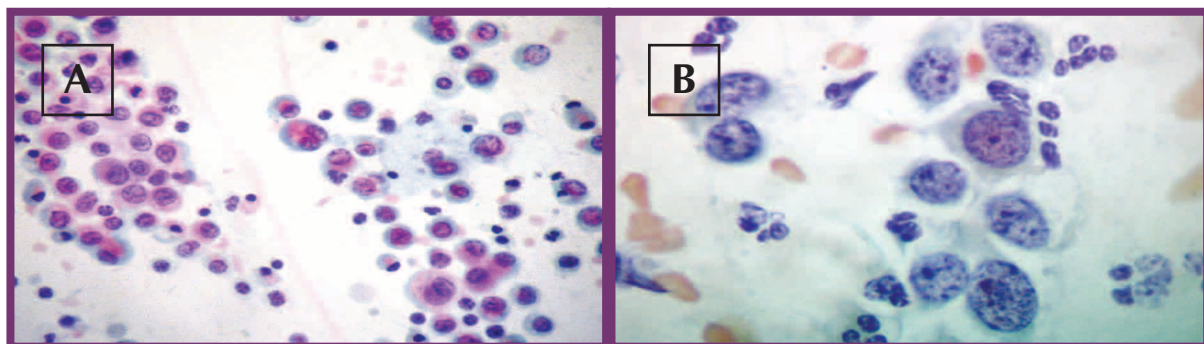


Figura 35. **A** – Células que, em pequeno aumento, podem ser tomadas como linfócitos ou células endometriais, núcleo redondo ou oval, limite citoplasmático mal definido, contendo material ingerido ou células mortas (400x). **B** – Núcleos que preenchem toda a célula, respeitando apenas um delicado anel citoplasmático, presença de cromatina grosseira em agregados e hiper cromasia (1000x).

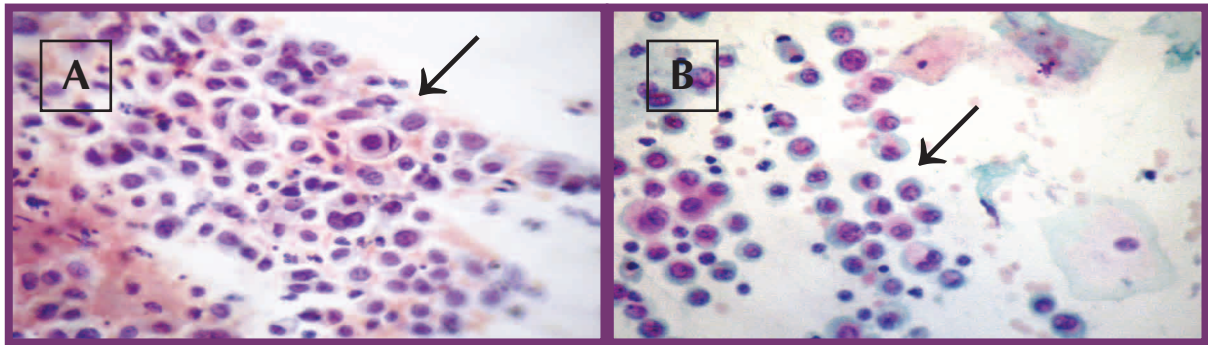


Figura 36. **A** – Células discarióticas, núcleos hiper cromáticos, inversão da relação núcleo citoplasma (400x). **B** – Núcleos hiper cromáticos, coloração basofílica e citoplasma oval (400x).

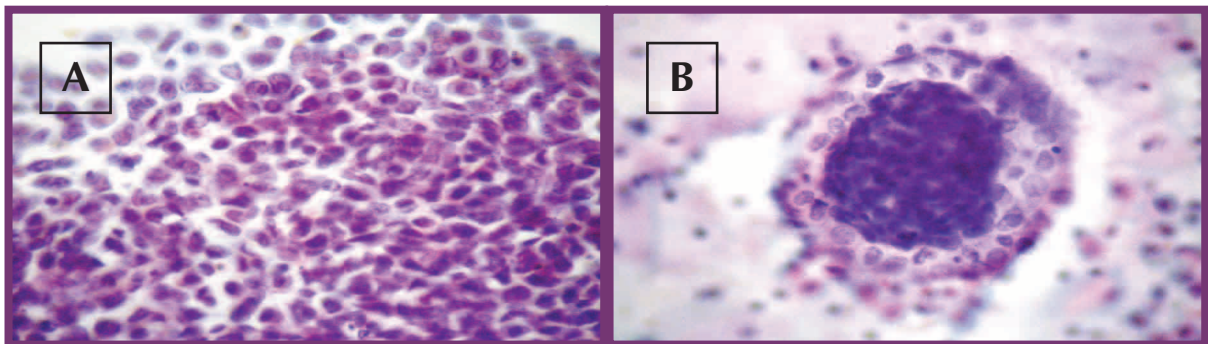


Figura 37. **A** – Numerosas células com cromatina grosseira, perda da coesão celular e citoplasma escasso (400x). **B** – Grande quantidade de células formando uma imagem de êxodo (400x).

Laudo técnico (citotécnico): Vide página 48.

CASO CLÍNICO Nº 12

Exame: Colpocitologia.

Dados clínicos: 24 anos. Gestante; sem sinais de doença sexualmente transmissível (DST); sem exame anterior.

Descrição citomorfológica do caso – Figuras de 38 a 44.

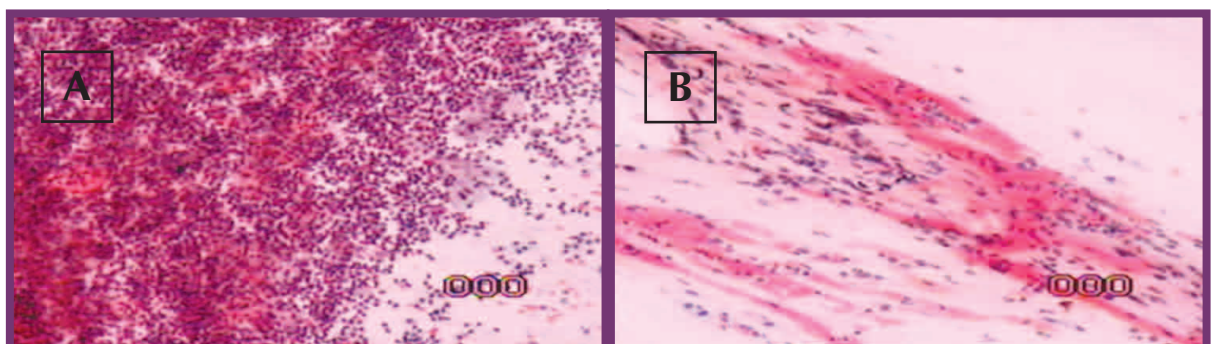


Figura 38. **A** – Intenso exsudato leucocitário (100x). **B** – Destaca-se a presença de um fundo hemorrágico (100x).

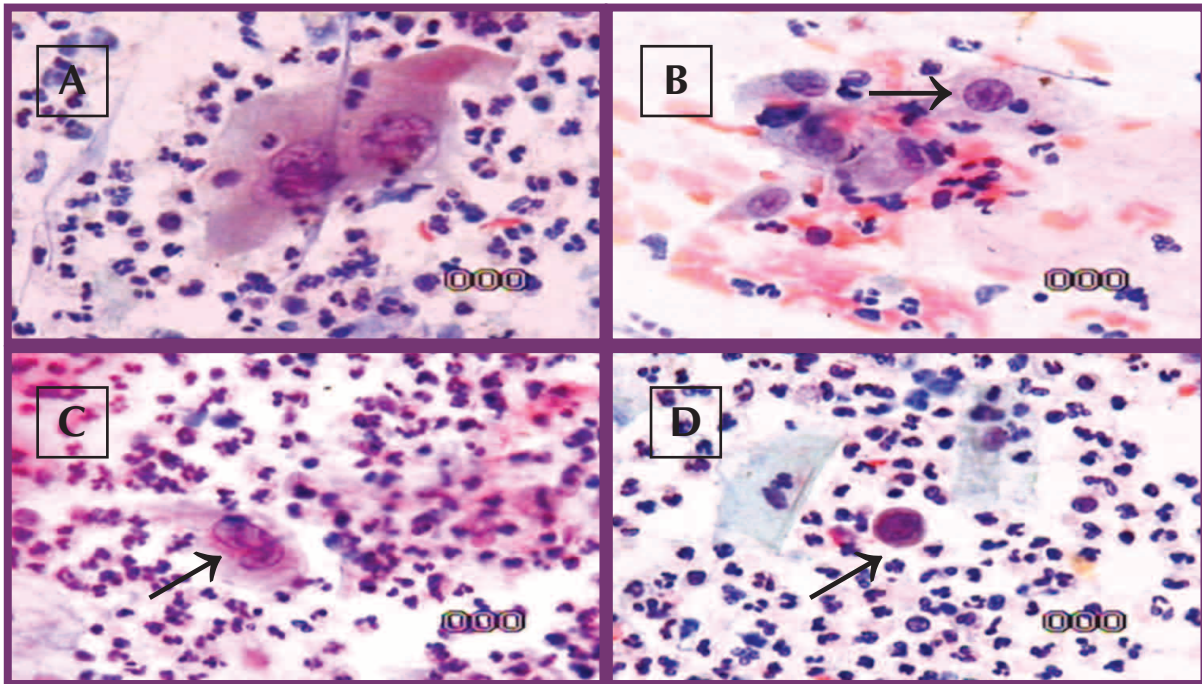


Figura 39. A e B – Células com aumento do volume citoplasmático e cariomegalia (1000x). C – Destaca-se nucléolo proeminente, além de citoplasma vacuolizado. D – Célula isolada, tipo deciduoide, que mimetiza célula do 3º Tipo (400x).

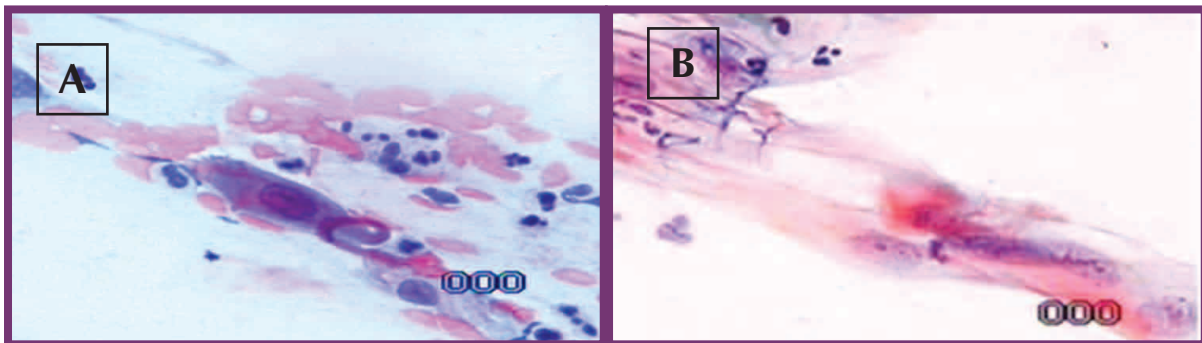


Figura 40. A – Célula pleomórfica (400x). B – Grupamento de células com citoplasma escasso e núcleos apresentando cromatina levemente granular e nucléolo evidente (1000x).

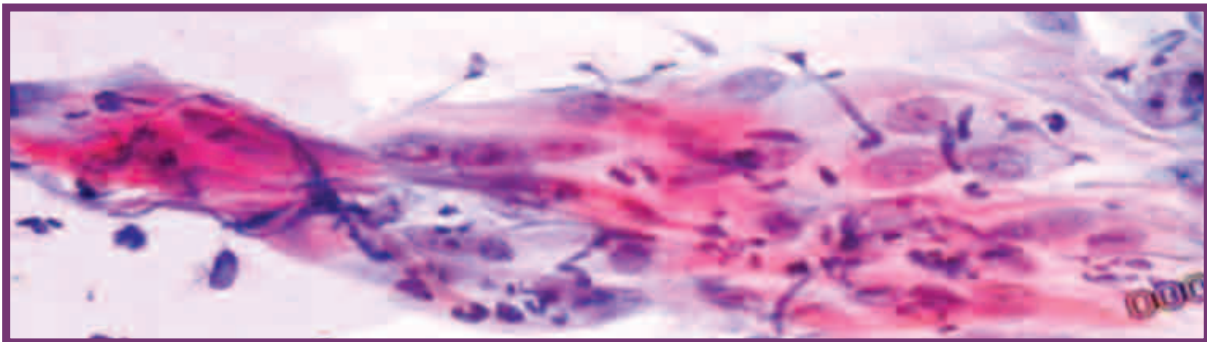


Figura 41 – Visão panorâmica de um grupamento em arranjo tipo lençol com nucléolos evidentes, lembrando um reparo atípico (1000x).

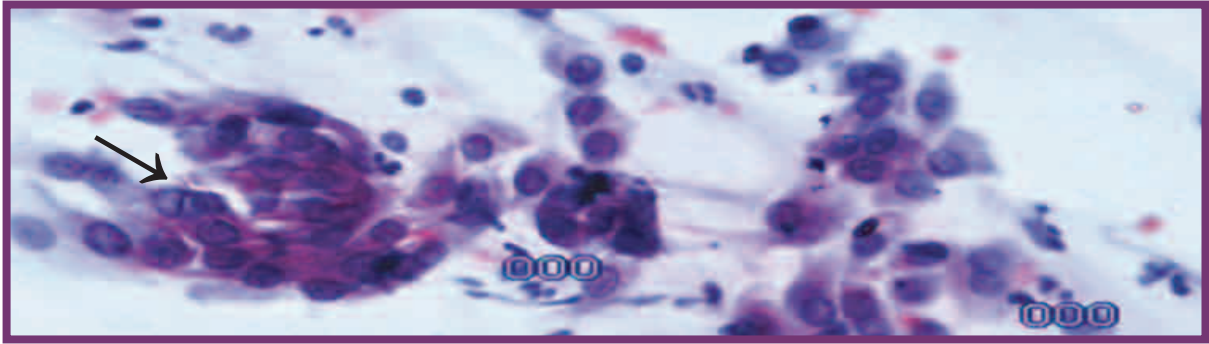


Figura 42 – Visão panorâmica de células apresentando pleomorfismo nuclear, por vezes com binucleação, conforme mostra a seta (1000x).

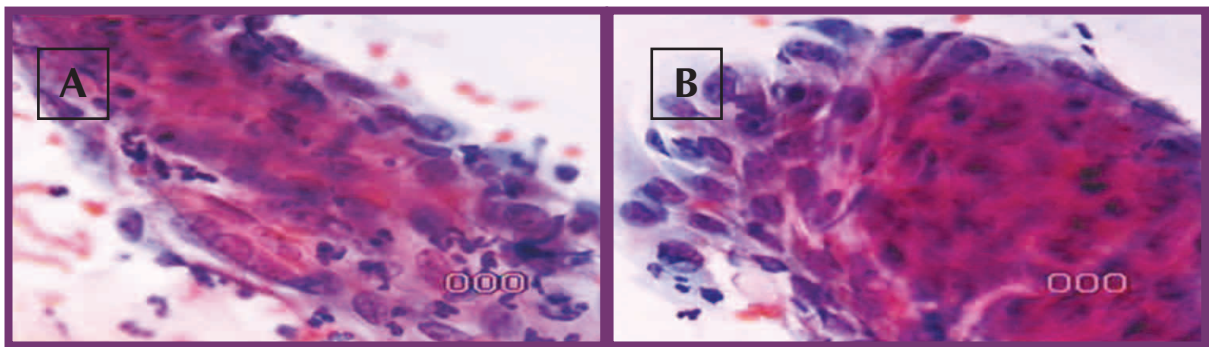


Figura 43. A e B – Grupamentos densos de células em formação sinciciais, com aumento do volume nuclear, discreta hiperchromasia e nucléolo proeminente (1000x).

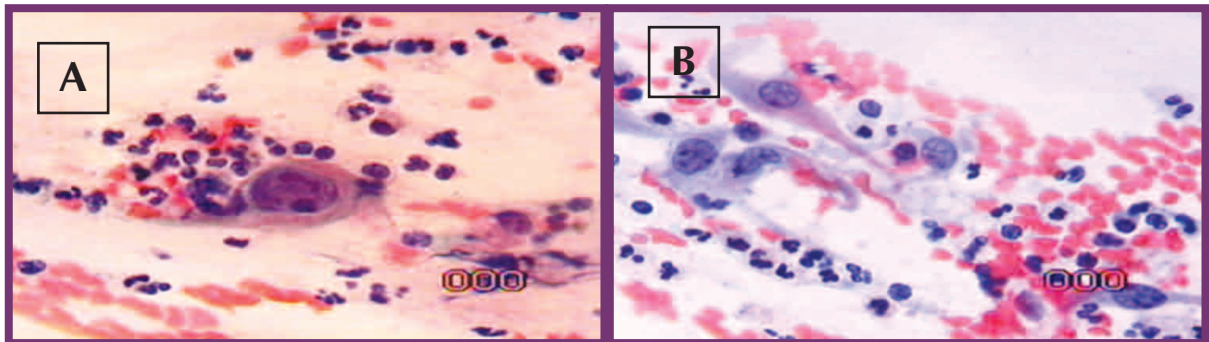


Figura 44. A – Célula isolada, cariomegálica, cromatina irregularmente distribuída e nucléolo evidente (400x). **B** – Células com citoplasma aberrante, discreta variação do tamanho dos núcleos e fundo hemorrágico em ambas as figuras (400x).

Laudo técnico (citotécnico): Vide página 50.



A microscopic image showing a field of cells, likely from a tissue section. The cells have large, dark, round nuclei and some have prominent nucleoli. The cytoplasm is light blue, and there are some orange-stained structures. A dark purple rounded rectangle with a white border is overlaid on the center of the image, containing white text.

CAPÍTULO 2

Laudo técnico, definições,
critérios e considerações

CASO CLÍNICO Nº 1

Laudo técnico (citotécnico): Satisfatório. Metaplasia escamosa imatura. Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H). Encaminhado ao citopatologista.

Diagnóstico final (médico): Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL).

Metaplasia Escamosa

Definições

Segundo Robbins e Cotran (2010), metaplasia escamosa (ME) é definida como alteração escamosa reversível na qual um tipo celular diferenciado (epitelial ou mesenquimal) é substituído por outro tipo celular igualmente diferenciado.

Critérios

Segundo Solomon e Nayar (2005), as células metaplásicas podem se apresentar em grupos ou isoladas, ter formato arredondado ou ovalado e mostrar, por vezes, citoplasma aracniforme. Apresentam maior proporção entre o núcleo e o citoplasma do que as células maduras, com membranas nucleares lisas e cromatina finamente granular com distribuição regular. O grau de diferenciação, conforme ilustração em Araújo (2010), pode ser observado na Figura 45. Nota-se pequenos nucléolos arredondados, entretanto, nas células atípicas, os critérios observados são significativos, tais como: células pequenas, imaturas, com inversão da relação núcleo-citoplasma bastante alterada a favor do núcleo, cromatina grosseira formando espaços claros, espessamento e irregularidade da membrana nuclear, hipercromatismo e anisocariose (Figura 46). As células podem apresentar-se isoladas ou em agregados sinciciais.

Considerações

A ME representa uma substituição adaptativa de células sensíveis ao estresse, por outras capazes de suportar as alterações do ambiente, de agentes agressivos, que podem ser físicos, químicos ou biológicos.

O epitélio escamoso estratificado é mais resistente e capaz de sobreviver sob circunstâncias nas quais o epitélio colunar, mais frágil, certamente não suportaria. Entretanto a metaplasia é vista como uma faca de dois gumes: embora confira ao epitélio maior proteção, em contrapartida, tira a função mucossecretora e a ação dos cílios, tornando-se uma área de risco, suscetível a neoplasias. A metaplasia imatura tanto pode reepitelizar o epitélio e se transformar no epitélio escamoso

estratificado, como pode evoluir para uma metaplasia atípica e desenvolver uma HSIL. Sabe-se que 98% dos cânceres ocorrem na Zona de Transformação, que é a junção das duas mucosas, escamosa e glandular (Junção escamocolunar - JEC).

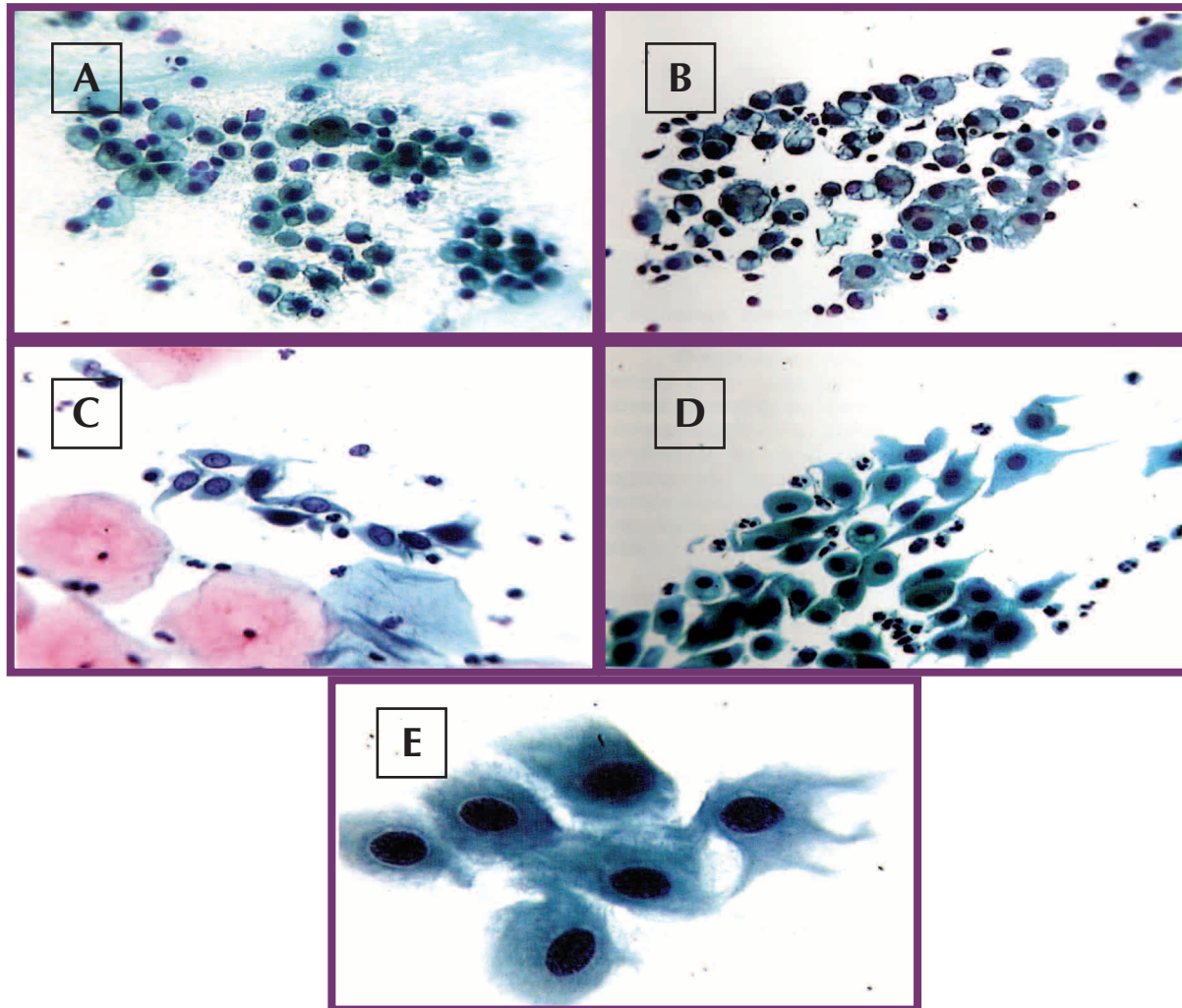


Figura 45. Células metaplásicas em diferenciação: **A** – Células pequenas, arredondas, com citoplasma denso, cianofílico e núcleo relativamente volumoso. **B** – Citoplasma cianofílico, às vezes vacuolizado e contornos bem marcados. **C** – Prolongamentos espiculados. **D** – O citoplasma principia a assumir contornos nitidamente de células escamosas. **E** – Células metaplásicas quase totalmente diferenciadas.

Fonte: Araújo (2010).

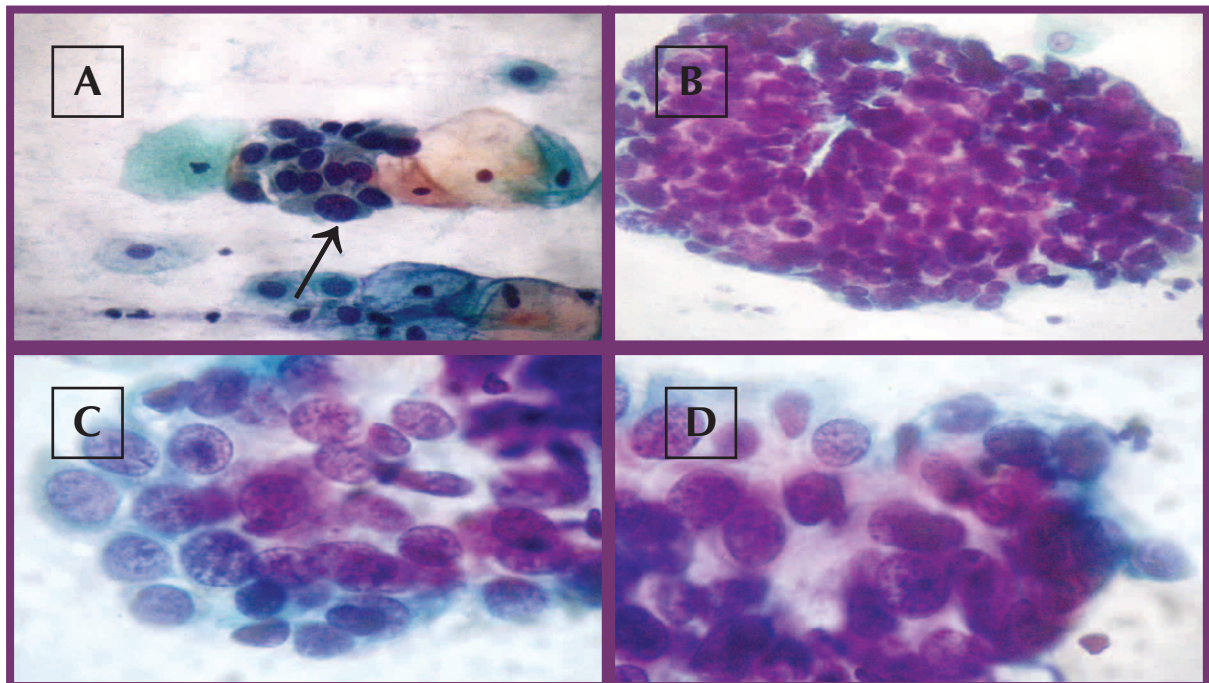


Figura 46. Células metaplásicas atípicas. **A** – Observam-se células metaplásicas atípicas, exibindo núcleos hiper Cromáticos, anisocariose e cromatina finamente irregular (400x). **B** – Observa-se agrupamento de células escamosas metaplásicas exibindo sobreposição, hiper Cromatismo anisocariose, espessamento da membrana nuclear e cromatina granular e espaços claros (1000x). **C e D** – HSIL. Padrão metaplásico, observa-se alta relação núcleo-citoplasma, cromatina grosseira, podendo ocorrer franca hiper Cromasia, os nucléolos em geral são inaparentes (1000x).

Fonte: Sitec/Dipat/INCA.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. R. **Atlas de Citologia Cérvico-vaginal** – Passo a Passo. 1ª ed. Paraná: APP, 2010.

ROBBINS, S.; COTRAN, R. **Patologia – Bases Patológicas das doenças**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

SALOMON, E.; NAYAR, R. **Sistema Bethesda para citopatologia cérvico-vaginal**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2005.

KURMAN, R. J.; SOLOMON, D. **Sistema Bethesda para citopatologia cérvico-vaginal**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 1997.

CASO CLÍNICO Nº 2

Lauda técnico (citotécnico): Satisfatório. HSIL. Com ocupação glandular? Encaminhado ao citopatologista.

Diagnóstico final (médico):

- Citopatológico: HSIL, não podendo excluir microinvasão.
- Histopatológico: Carcinoma *in situ* com ocupação glandular (Figura 47).

Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)

Definição

Em Kurman (1997), encontra-se HSIL definida como uma lesão intraepitelial escamosa que compreende as anormalidades epiteliais cervicais não invasivas que envolvem as displasias moderadas e acentuadas.

Crítérios

Solomon (2005) cita os seguintes critérios: células usualmente isoladas, em grupos ou em agregados tipo sincício; notável aumento da proporção núcleo-citoplasma; tamanho das células menor que na LSIL; hipercromasia evidente; cromatina fina ou grosseiramente granular, com distribuição uniforme; nucléolos geralmente ausentes; membranas nucleares irregulares.

Considerações do HSIL com ocupação glandular (imagem histológica)

Geralmente associado à presença do Papilomavírus humano (HPV) de alto risco, tais como os tipos 16 e 18. Araújo (2010) considera que as lesões de alto grau tendem à progressão e à multifocalidade, além de se expandirem ao longo da mucosa na zona de transformação, ocupando glândulas, parcial ou completamente, ou mesmo aparecendo de início apenas dentro do corpo glandular ou em ilhas metaplásicas esparsas na mucosa glandular, conforme ilustrado na Figura 48A.

Na Figura 48B, ao centro do grupamento, veem-se células colunares em paliçada, benignas, e, nas duas extremidades, observa-se parte da glândula ocupada por lesão escamosa.

Para o diagnóstico diferencial entre HSIL com ocupação glandular e adenocarcinoma *in situ* (AIS), Reddy (2010) chama atenção quando, em agrupamento de células atípicas, há presença de um núcleo achatado à beira do grupamento, conforme é visto na Figura 49.

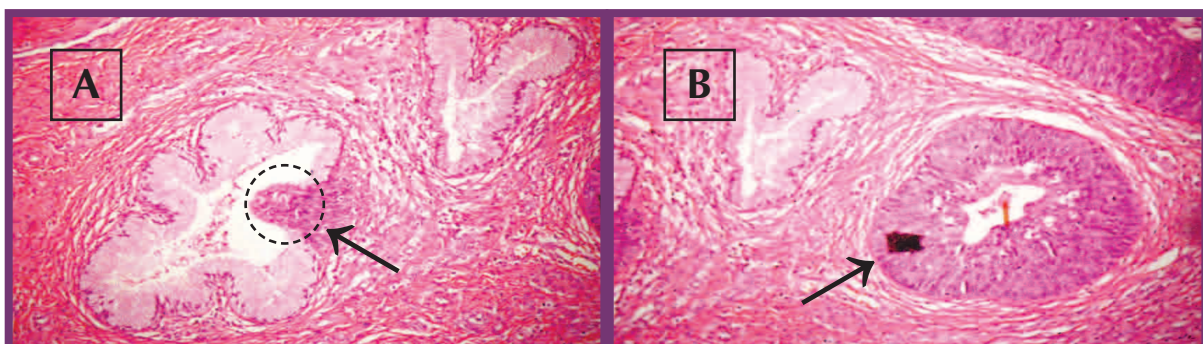


Figura 47. A – Corte histológico do caso apresentado, mostrando a glândula sendo invadida por contiguidade do epitélio atípico escamoso (seta), por lesão de alto grau (100x). **B** – Glândula normal ao lado de glândula totalmente ocupada por lesão de alto grau (seta) (100x).

Fonte: Sitec/Dipat/INCA.

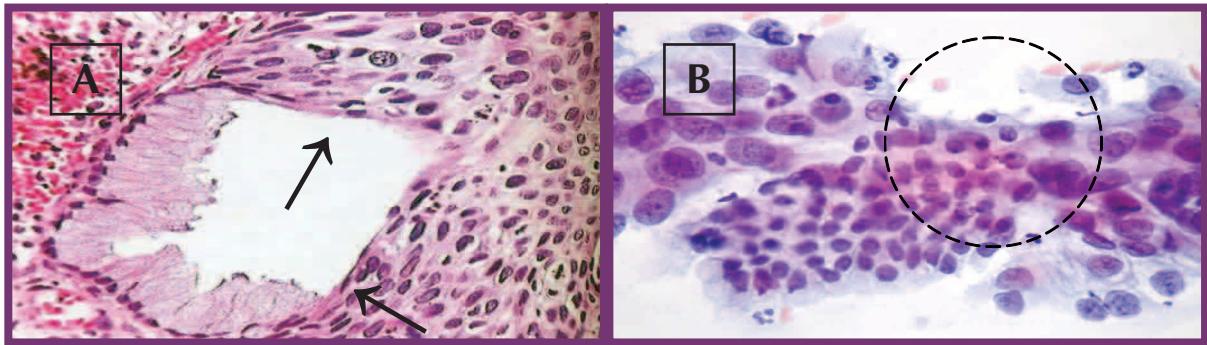


Figura 48. A – Imagem com detalhe do processo chamado de extensão ou ocupação glandular em áreas de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) III*. B – Ao centro do grupamento, células colunares em paliçada e, nas duas extremidades, parte da glândula ocupada por lesão escamosa. (400x).**

Fontes: *Araújo (2010) e **Sitec/Dipat/INCA.



Figura 49. Células colunares na borda do grupamento podem simular um AIS de endocérvice. Características celulares semelhantes às encontradas em HSIL, apresentam, geralmente, um núcleo achatado à beira do grupamento.

Fonte: Reddy (2010).

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, S. R. **Citologia cérvico-vaginal – Passo a Passo**. 1ª ed. Paraná: APP Freegraf, 2010.
- REDDY, S. M. **Differential diagnosis in cytopathology**. Londres: Cambridge University Press, 2010.
- ROBBINS, S.; COTRAN, R. **Patologia – Bases Patológicas das doenças**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- SALOMON, E.; NAYAR, R. **Sistema Bethesda para citopatologia cérvico-vaginal**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2005.

CASO CLÍNICO Nº 3

Laudo técnico (citotécnico): Satisfatório. Lesão intraepitelial escamosa de alto grau? Encaminhado ao citopatologista.

Diagnóstico final (médico): Adenocarcinoma *in situ* (AIS).

Adenocarcinoma *in situ* de endocérvice

Definição

Solomon (2005) define AIS de endocérvice como lesão de alto grau, que se caracteriza por aumento nuclear, hipercromasia, estratificação e atividade mitótica, mas sem invasão.

Crítérios

Encontram-se, em Solomon (2005), os seguintes critérios: é raro o achado de células anormais isoladas; os agrupamentos celulares apresentam uma disposição nuclear em paliçada com protrusão de núcleos e fragmentos citoplasmáticos a partir da periferia (“plumas” ou “bordas franjadas”); núcleos discretamente aumentados, tamanhos variados, ovais ou alongados e pseudoestratificados; comum a presença de mitoses e corpos apoptóticos; geralmente há poucas atipias, os núcleos tendem a ser regulares, cromatina granular, hipercromasia pode estar presente e os nucléolos pequenos ou inconspícuos; base tipicamente limpa; pode haver exceção, com grande variação do volume celular e nuclear, além de hipercromasia acentuada.

Considerações

Araújo (2010) considera o AIS como lesão precursora do adenocarcinoma invasivo; está fortemente relacionado com infecção pelo HPV de alto risco (16 e 18). Existe também um grau de associação com lesões precursoras escamosas tipo NIC I/II/III. A grande diferença das lesões escamosas é que, citologicamente, sua morfologia é bem menos precisa, baseando-se, essencialmente, mais em desarranjo arquitetural e aumento da celularidade do que em atipias citológicas propriamente ditas.

O AIS pode ocasionalmente demonstrar nucléolos, o que coloca o diagnóstico diferencial de carcinoma endocervical invasivo.

A Figura 50 mostra um recorte histopatológico de glândula endocervical com foco de AIS.

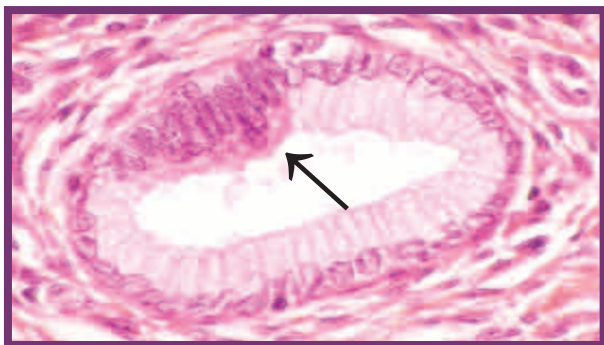


Figura 50. Recorte histopatológico de glândula endocervical com foco de AIS.

Fonte: Araújo (2010).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S. R. **Atlas de Citologia Cérvico-vaginal** – Passo a Passo. 1ª ed. Paraná: APP, 2010.
SALOMON, E.; NAYAR, R. **Sistema Bethesda para citopatologia cérvico-vaginal**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2005.

CASO CLÍNICO Nº 4

Lauda técnico (citotécnico): Satisfatório. HSIL? Encaminhado ao citopatologista.
Diagnóstico final (médico): Adenocarcinoma *in situ* (AIS). Lesão mais grave?

N.B. O caso chama atenção considerando o diagnóstico e a idade do paciente.

Adenocarcinoma Endocervical e sua variante: Adenocarcinoma bem diferenciado viloglandular papilar

Considerações

Estudos epidemiológicos mostram um aumento na incidência do adenocarcinoma endocervical, principalmente em mulheres com até 35 anos (Gonçalves, 2007). Esses tumores glandulares apresentam variações cuja morfologia leva a problemas diagnósticos (Young, 2002). Uma variante importante do adenocarcinoma endocervical é o adenocarcinoma bem diferenciado viloglandular papilar (AVG) que ocorre predominantemente em mulheres jovens (Gonçalves, 2007).

Segundo Colgan (1993), AVG é um subtipo do carcinoma mucinoso.

Afeta usualmente mulheres no menacme, período de vida em que a menstruação se faz presente, com idade entre 33 e 37 anos. Entretanto, outros autores encontraram pacientes com esse diagnóstico e idade média de 45 anos. A incidência tem sido estimada entre 2% e 5% dos adenocarcinomas da cérvix. O prognóstico do AVG foi relatado como melhor em relação a outros tipos de adenocarcinomas. Pode ser observado em três quadros morfológicos principais: proliferação exofítica, arquitetura papilar e leve a moderada atipia.

O reconhecimento de células de AVG na citologia de Papanicolaou é bastante difícil, pois traz algumas similaridades citomorfológicas tanto com células colunares reativas, quanto com o AIS. Além disso, por vezes apresenta apenas atipias glandulares leves. Wiesenfeld (1997).

Segundo Ayala (2003), se confunde também com o carcinoma *in situ* e as células endometriais recolhidas com Cytobrush.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, S. R. **Atlas de Citologia Cérvico-vaginal** – Passo a Passo. 1ª ed. Paraná: APP, 2010.
- CHANG, W. C.; MATISIC, J. P.; ZHOU, C.; THOMSON, T.; CLEMENT, P. B.; HAYES, M. M. Cytological features of villoglandular adenocarcinoma of the uterine cervix: comparison with typical endocervical adenocarcinoma with villoglandular component and papillary serous carcinoma. **Cancer**. 1999; 87(1):5-11.
- COLGAN, T. J.; AUGER, M.; MCLAUGHLIN, JR. Histopathologic classification of cervical carcinomas and recognition of mucin-secreting squamous carcinoma. **Int J Gynecol Pathol**. 1993; 12(1):64-9.
- WIESENFELD, U.; BARAGGINO, E.; MELATO, M. Adenocarcinoma villogliandolare del collo uterino. Descrizione di un caso e analisi della letteratura. **Minerva Ginecol**. 1997; 49(5):221-4.
- Manoel Afonso Guimarães Gonçalves, Fernando Anschau, Chrystiane Marc, Luise Meurer, **Adenocarcinoma viloglandular de cérvice uterina**, Rev Bras Ginecol Obstet 2007; 2911: 575-9
- Young R H & Clement P B **Endocervical adenocarcinoma and its variants: their morphology and differential diagnosis** Histopathology 2002, 41, 185–207
- Matías Jiménez-Ayala¹, Beatriz Jiménez-Ayala Portillo² **Citopatología glandular del endocérvix Diagnóstico diferencial** REV ESP PATOL 2003; Vol 36, n.º 1: 11-20

CASOS CLÍNICOS Nº 5, Nº 6, Nº 7

Caso nº 5

Laudo técnico (citotécnico): Satisfatório. ASC-US. Encaminhado ao citopatologista.
Diagnóstico final (médico): Atipias de origem indefinida, possivelmente não neoplásica.

Caso nº 6

Laudo técnico (citotécnico): Satisfatório. ASC-H, não se pode afastar lesão de alto grau. Encaminhado ao citopatologista.
Diagnóstico final (médico): Atipias de origem indefinida, não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau.

Caso nº 7

Laudo técnico (citotécnico): Satisfatório. ASC-US e atipias de significado indeterminado em células glandulares (AGC). Encaminhado ao citopatologista.
Diagnóstico final (médico): Atipias de origem indefinida, não se pode afastar lesão de alto grau.

Atipias de significado indeterminado e de origem indefinida

Definição

Pinto (2006) define como diagnóstico de categoria rara, caracterizado como exceção, destinado a situações em que não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica: Escamosa? Glandular?

Crítérios

Segundo Pinto (2006), os critérios são: quando o arranjo celular e/ou a observação cuidadosa do citoplasma das células não foram suficientes para caracterizar a sua origem como escamosa ou glandular; células em grupamentos tridimensionais; núcleos discretamente aumentados de volume, variáveis em tamanho e forma; cromatinas hipercromáticas e discretamente granulares; citoplasma escasso de borda indistinta e indefinível quanto à origem.

Considerações

Em 2002, foi realizada a revisão da *Nomenclatura Brasileira para Laudos de Citopatologia Cervical Uterina* (INCA, 2006), em uma normatização para a uniformização de relatórios citológicos cervicovaginais em âmbito nacional. Novos conhecimentos morfológicos e moleculares, incluindo elementos propostos pela reunião de consenso do Sistema de Bethesda, realizada no ano anterior, foram a base para essa revisão. Os casos de atipias de origem indefinida (AOI) mostram forte associação com alterações glandulares na histologia. A maior parte dessas correspondeu a alterações reacionais e benignas.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas** – recomendações para profissionais de saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

PINTO, A. P. et al. Investigação do valor da categoria diagnóstica de células epiteliais atípicas, de significado indeterminado, e origem indefinida da nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais. **J. Bras Patol Med Lab**, v. 42, 133-141, 2006.

CASO CLÍNICO Nº 8

Laudo técnico (citotécnico): Satisfatório. Carcinoma pouco diferenciado? Encaminhado ao citopatologista.

Diagnóstico final (médico):

- Colpocitológico: Outras neoplasias malignas: Sarcoma.

Obs.: Presença de células fusiformes. Raras células escamosas. Esfregaço hemorrágico.

- Histopatológico: Sarcoma de células fusiformes pouco diferenciado com hemorragia e necrose.

Obs.: A imuno-histoquímica realizada no INCA mostrou resultado semelhante ao laudo enviado, com positividade para vimentina e S100. Marcadores musculares, neuroendócrinos e para melanoma foram negativos (desmina, caldesmon, actina muscular lisa, AE1/AE3, HMB45, melan-A, sinaptofisina).

Outras Neoplasias: Sarcoma

Definição

Tavassoli e Devilee (2003) definem como uma variedade de espécies raras benignas ou malignas de tumores mesenquimais que surgem no colo do útero e que se apresentam nos músculos liso e esquelético, tecido nervoso e vascular periférico.

Crítérios

Segundo Carvalho (2009), a forma nuclear desempenha um dos mais importantes papéis na individualização dos sarcomas: o tamanho varia grandemente, é comumente oval ou alongado, mas, em alguns deles, observa-se um prolongamento do tamanho e forma variáveis em uma extremidade. Esse prolongamento pode ser digitiforme, espicular, mamilar, triangular, pequena protrusão oval, etc. Espaços vazios e nucléolos grandes corados em vermelho são marcadamente nítidos nesses núcleos (Figuras 51 e 52).

Considerações

Segundo Solomon (2005), os sarcomas primários do aparelho genital feminino são raros. Podem se originar da vagina, colo e corpo do útero, tuba uterina ou ovários, mas a maioria surge com maior frequência no corpo uterino.

Carvalho (2009) apresenta uma lista dos tipos de sarcomas que podem ser encontrados no trato genital feminino:

- Sarcoma botrioide ou sarcoma embrionário.
- Tumor misto mesodérmico.
- Carcinosarcoma.
- Leiomiossarcoma.
- Rabdomiossarcoma.
- Sarcoma do estroma endometrial.

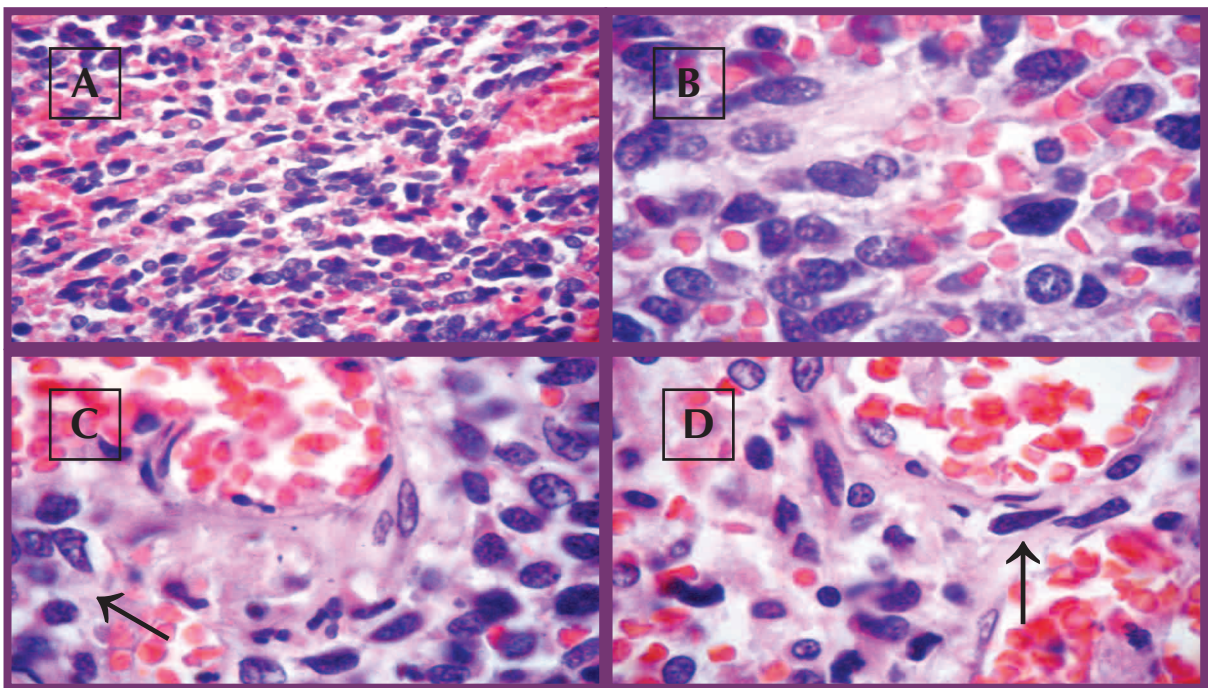


Figura 51. A (400x), B, C e D (1000x) – Corte histológico do caso apresentando células muito semelhantes às encontradas no colposcópico, tais como: células com escasso citoplasma eosinófilo, núcleos hiper cromáticos, alongados, em meio a fundo hemorrágico, alguns apresentando prolongamento nas extremidades, como mostram as figuras C e D.

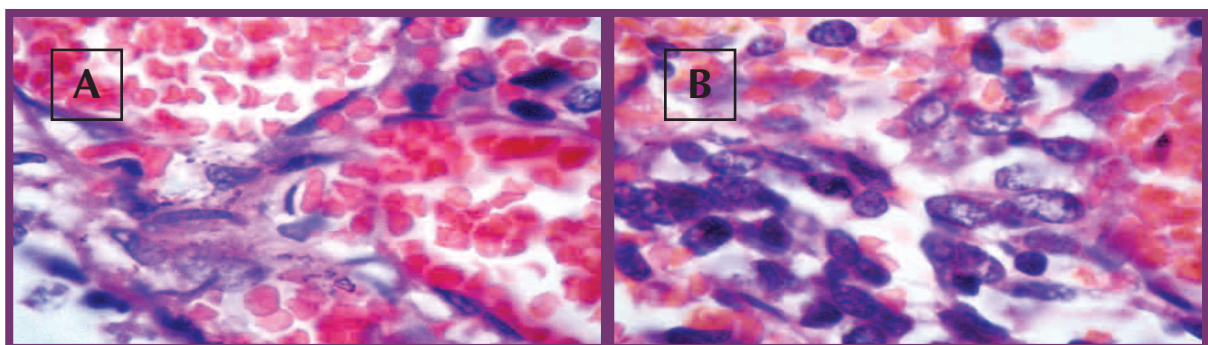


Figura 52. A e B – Corte histológico contendo células alongadas, citoplasma escasso, eosinófilo e núcleos hiper cromáticos e alongados (1000x).

REFERÊNCIAS

- CARVALHO, G. **Citologia do Trato Genital Feminino**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2009.
- SOLOMON, D.; NAYAR, R. **Sistema Bethesda para citopatologia cérvico-vaginal**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2005.
- TAVASSOLI, F.A.; DEVILLE, P. **Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs**. Lyon: IARC Press, 2003.

CASOS CLÍNICOS Nº 9, Nº 10

Caso nº 9

Laudo técnico (citotécnico): Satisfatório. Células atípicas com efeito pós-radioterapia. Encaminhado ao citopatologista.

Diagnóstico final (médico): Alterações celulares benignas reativas ou reparativas (efeito actínico).

Caso nº 10

Laudo técnico (citotécnico): Satisfatório. Células atípicas com efeito pós-radioterapia. Encaminhado ao citopatologista.

Diagnóstico final (médico): Células escamosas displásicas (Niva II), com efeito de radioterapia. Não se pode afastar recidiva da lesão.

Nova coleta, após seis meses

Laudo técnico (citotécnico): Satisfatório. Células atípicas com efeito pós-radioterapia. Encaminhado ao citopatologista.

Diagnóstico final (médico): Atipias celulares sugestivas de efeito pós-radioterapia.

Efeitos citológicos da radioterapia no tratamento do câncer do colo do útero

Radioterapia

Encontra-se no Medical Dictionary (2008) a definição de radioterapia como radiação de alta frequência que é usada para destruir células malignas e parar o crescimento e a divisão celular.

O objetivo da radioterapia é liberar uma dose precisamente calculada a um volume ou leito tumoral com o mínimo de danos às estruturas vizinhas saudáveis, resultando em erradicação do tumor, com melhoria da qualidade de vida e seu prolongamento.

Critérios citológicos do efeito da radioterapia

Segundo os autores Kurman (1997), Koss (1979) e Bibbo (1997), há um consenso entre os critérios observados: células notavelmente aumentadas com alteração da relação núcleo citoplasma. Células bizarras podem aparecer, núcleos aumentados com alterações degenerativas incluindo palidez, condensação da cromatina e vacuolização citoplasmática frequente. As células exibem ainda discreta hiper cromasia nuclear com variação de tamanho nuclear, bi ou multinucleação. É comum visualizar nucléolos proeminentes, únicos ou múltiplos, se a ação reparatória estiver presente.

Reação policromática do citoplasma também pode ser observada. O fundo vem acompanhado de infiltrado inflamatório e há presença de grandes histiócitos multinucleados.

Considerações

Segundo Kurman (1997), alterações agudas induzidas por radiação geralmente desaparecem algumas semanas após a terapia ter sido completada. No entanto, algumas alterações podem persistir indefinidamente. Essas alterações crônicas podem incluir aumento nuclear, hiper cromasia discreta e reação policromática do citoplasma. Essas modificações, se não forem corretamente interpretadas, podem levar a erros de diagnóstico.

Segundo Bibbo (2008), a radiação interrompe a replicação celular, causando modificações no DNA, nas proteínas e no citoplasma da célula.

Lesão intraepitelial escamosa – Vaginal/ Neoplasia Intraepitelial Vaginal (Niva)

Definição

Segundo Koss (2006), o termo neoplasia intraepitelial vaginal (Niva) foi introduzido há vários anos, em substituição aos nomes displasia e carcinoma *in situ*. Essas lesões, que podem ser divididas em baixo e alto grau, e são mais raras do que os seus correspondentes cervicais (NIC).

Considerações

Segundo Grega e Zanini (2011), os fatores predisponentes para o seu desenvolvimento são história de neoplasia do trato genital, radioterapia pélvica, infecção pelo HPV, imunodepressão, tratamentos imunossupressivos e quimioterápicos, além de exposição ao Dietil etil bestrol (DES) intrauterino.

As mulheres entre 24 e 74 anos podem ser acometidas pela Niva, porém há maior prevalência na idade mediana (52 anos).

É geralmente diagnosticada por meio de anormalidades na colpocitologia oncótica, na ausência de alterações cervicais ou em mulheres hysterectomizadas. A Niva geralmente envolve o terço superior da vagina e algumas são multifocais, conforme afirma Koss (2006).

Podem ser classificadas histologicamente em:

Niva I – Terço inferior da espessura epitelial (displasia leve).

Niva II – Extensão da atipia a 2/3 do epitélio (displasia moderada).

Niva III – Mais de 2/3 da totalidade da espessura do epitélio (displasia acentuada).

REFERÊNCIAS

BIBBO, M. **Comprehensive Cytopathology**. 2ª ed. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders Company, 1997.

_____. **Comprehensive Cytopathology**. 3ª ed. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders Company, 2008.

KOSS, G. L. **Diagnostic Cytology**. Volume 1, 1ª ed. J.B. Philadelphia: Lippincott Company, 1979.

_____; GOMPEL, C. **Introdução à Citopatologia Ginecológica com Correlações Histológicas e Clínicas**. São Paulo: Roca, 2006.

KURMAN, R. J.; SOLOMON, D. **O Sistema Bethesda para o Relato de Diagnóstico Citológico Cervicovaginal**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

Webster's New World, Medical Dictionary, 3ª edition, 2008.

GRECA, L. M.; ZANINE, R. M. Neoplasia intraepitelial vaginal / Vaginal intraepithelial neoplasia. Disponível em: <http://bases.bireme.br>. Acesso em: 18 de abril de 2011.

CASO CLÍNICO Nº 11

Laudo técnico (citotécnico): Satisfatório. HSIL. Encaminhado ao citopatologista.

Diagnóstico final (médico): HSIL.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico citológico é baseado na análise de critérios já pré-estabelecidos levando-se em conta as variações morfológicas da célula esfoliada. Por vezes, ocorrem situações em que as formas semelhantes podem levar a uma falsa interpretação, sendo necessário neste momento se fazer uma reavaliação crítica, comparativa dos critérios para a conclusão diagnóstica.

Neoplasia intraepitelial escamosa de alto grau X Histiócitos

Critérios morfológicos da HSIL

São características morfológicas da HSIL, segundo Schneider (1998): fundo limpo, as alterações citológicas afetam células menores e menos maduras do que as células da LSIL; células isoladas, em grupos ou em agregados do tipo sincicial; margem celular mal definida, borrada; tamanho celular variável, desde células similares no tamanho às observadas na LSIL até células do tipo basal, bastante pequenas. Já Solomon (2005) descreve que o citoplasma pode parecer “imaturo”, enlaçado, delicado ou densamente metaplásico. Ocasionalmente o citoplasma é maduro e densamente ceratinizado; relação núcleo-citoplasma com aumento acentuado da proporção; cromatina fina ou grosseiramente granular e com distribuição regular; nucléolos geralmente ausentes; núcleo: redondo ou oval, membrana nuclear é bastante irregular e frequentemente demonstra entalhes proeminentes ou sulcos (Figuras 33A, 34B, 35B, 36A e 37A).

Critérios morfológicos do histiócito

Características morfológicas do histiócito segundo Schneider (1998): citoplasma oval, algumas vezes de forma indefinida; coloração basófila; numerosos vacúolos dando aparência de espuma; nucléolos com cromatina muito ativa, com grande variação em relação ao número, tamanho e forma; núcleos em posição excêntrica no citoplasma, podendo variar entre redondos, ovais ou em forma de rim; muitas vezes a membrana nuclear se superpõe à membrana citoplasmática; a presença de micronúcleolos redondos indica atividade metabólica (Figuras 33B, 34A, 35A, 36B e 37B).

Considerações

A partir da demonstração de lesões típicas em citologia ginecológica, assim como formas semelhantes e seus aspectos no diagnóstico diferencial, pode-se chegar a uma excelência no diagnóstico citológico e evitar erros que geram condutas traumáticas ou muito dispendiosas para a paciente.

REFERÊNCIAS

SALOMON, E.; NAYAR, R. **Sistema Bethesda para citopatologia cérvico-vaginal**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2005.

SCHNEIDER, M. L.; SCHNEIDER, V. **Atlas de Diagnóstico diferencial em citologia ginecológica**. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 1998.

CASO CLÍNICO Nº 12

Laudo técnico (citotécnico): Satisfatório. ASC-US. Encaminhado ao citopatologista.

Diagnóstico final (médico): Inflamatório. Reparação. Negativo para malignidade.

Obs.: Esse exame foi encaminhado para revisão devido à presença de células por vezes bizarras, outras com aumento de volume nuclear marcante e algumas lembrando células do terceiro tipo. Considerando a história clínica de gravidez, foi feita uma correlação com a literatura sobre a Reação Arias-Stella.

Reação de Arias-Stella

Definição

Segundo Koss (2006), trata-se da presença de alterações em células glandulares do endométrio ou endocérvice, que apresentam núcleos grandes, que podem ser hipercromáticos e multilobulados em casos de gestação normal ou ectópica. Foram identificadas na década de 1970, por Javier Arias Stella, patologista de Lima, Peru.

Crítérios

A morfologia das células de Arias-Stella é: citoplasma abundante microvacuolizado, presença de marcantes atipias nucleares, tais como: aumento de tamanho, pleomorfismo e hipercromasia.

Considerações

Na gravidez, as células do estroma endometrial, sob acentuada atuação progesterônica, mostram-se volumosas, com citoplasma abundante, róseo, às vezes vacuolado, em razão da abundante secreção, e podem assumir contorno arredondado (Figura 53). O endométrio gravídico é também chamado de decídua e a modificação das células estromais é referida como decidualização ou transformação decidual. Em muitas, observa-se hipercromatismo nuclear, por vezes acentuado, o que constitui o fenômeno Arias-Stella, próprio da gravidez. A Figura 54A mostra alterações em células glandulares endocervicais, e a Figura 54B ilustra algumas células deciduais.

Observadas em pacientes com gestação tópica ou ectópica; pacientes que façam tratamento de reposição hormonal (TRH), uso prolongado de medicação anovulatória ou tratamento para estimular a fertilidade.

Segundo Schneider (1998), existem vários tipos de alterações em células glandulares que podem gerar dúvidas quanto ao diagnóstico de Arias-Stella, tais como: atipia glandular reacional, hiperplasia atípica, AIS, metaplasia tubária, efeito radioterápico e células de reparo atípicas.

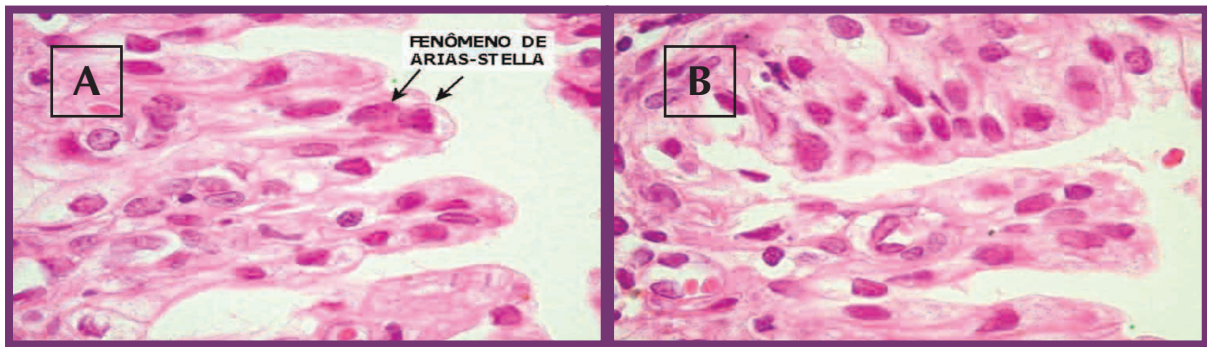


Figura 53. A e B – Estroma endometrial gravídico apresentando células volumosas, com citoplasma abundante róseo, assumindo contorno arredondado.

Fonte: Banco de imagens do Depto. de Anatomia Patológica da FCM-Unicamp. Disponível em: <http://anatpat.unicamp.br/lamgin7.html>

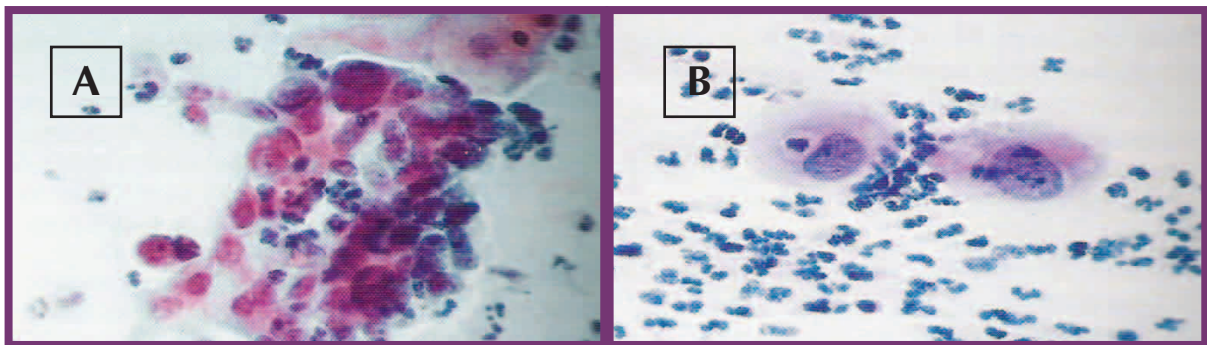


Figura 54. A – Grupamento de células endocervicais, algumas com núcleos aumentados e hiper cromáticos, encontradas em um esfregaço cervical de uma mulher de 23 anos e grávida de 5 meses. Essas células representam, muito provavelmente, o fenômeno de Arias-Stella na endocérvice. **B** – Imagem citológica de células decíduais.

Fonte: Koss (2006).

REFERÊNCIAS

Banco de imagens: Depto. de Anatomia Patológica da FCM-Unicamp. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/deptos/anatomia/lamgin7.html#arias>. Acesso em: 18 de abril de 2011.

KOSS, G. L.; GOMPEL, C. **Introdução à citopatologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas**. São Paulo: Roca, 2006.

SCHNEIDER, M. L.; SCHNEIDER, V. **Atlas de diagnóstico diferencial em citologia ginecológica**. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 1998.

GLOSSÁRIO

ACIDOFILIA	Afinidade por corantes ácidos. Sinônimo de oxifilia.
ADENOCARCINOMA	Carcinoma originado de tecido glandular ou de um epitélio mucoso.
ANISOCITOSE	Desigualdade no tamanho das células.
ANISOCARIOSE	Variação do tamanho nuclear, observável em um grupo de células do mesmo tipo.
ANACROMASIA	Ausência de uma reação tintorial, habitual em uma célula ou tecido (negatividade de uma coloração habitualmente positiva).
ANFOLILIA	Capacidade de se corar tanto pelos corantes ácidos como pelos corantes básicos.
ATIPIA	Variações na morfologia celular que vão desde leves diferenças do normal até grosseiras alterações próximas da anaplasia (na citologia esfoliativa).
AUTÓLISE	Autodigestão de um tecido ou célula por ação de enzimas normalmente presentes neles e observadas em organismos vivos.
BASOFILIA	Afinidade por corantes básicos.
BENIGNO	Propício à cura.
BIÓPSIA	Excisão de um fragmento de tecido de um organismo vivo para estudo histopatológico. Também designa o fragmento retirado.
BLASTOMA	Tumor cujas células parenquimatosas têm certas características embrionárias como fibroblastomas ou condroma. Termo utilizado também quando não se sabe se o tumor é benigno ou maligno.
CARCINOMA	Tumor maligno cujo parênquima é formado por células epiteliais.
CARCINOMA <i>IN SITU</i>	Distúrbio do crescimento da superfície epitelial, no qual as células normais são substituídas por células anaplásicas que não apresentam comportamento biológico do câncer, tais como: invasão e metástase.
CARIOPICNOSE	Alteração celular caracterizada por diminuição e homogeneização do núcleo.
CARIORREXE	Condensação do conteúdo nuclear (cariopicnose), seguida de sua fragmentação em densas partículas de cromatina.
CITOPATOLOGIA	Ramo da Patologia especializado nas alterações que ocorrem dentro das células e especialmente demonstradas com técnicas, tais como: citologia esfoliativa, por <i>imprint</i> , por punção biópsia aspirativa etc.
CITOPLASMA	Toda porção do protoplasma celular que não está contida dentro do núcleo (nucleoplasma).
COILOCITOSE	Presença de coilócitos nas preparações histológica e citológica. O coilócito é patognomônico da infecção pelo HPV. Geralmente apresenta-se como uma célula superficial ou grande intermediária com uma zona perinuclear muito ampla, clara (vazia) e irregular.
CONDILOMA	Tumor ou crescimento tipo verruga associado à infecção por vírus (HPV).
CONIZAÇÃO	Excisão de um cone de tecido do colo uterino.

CROMOSSOMOS	Estruturas cromatínicas, basofílicas e filamentosas, que se originam do conteúdo nuclear durante a mitose ou a meiose e que encerram os fatores hereditários (gens). Na espécie humana, existem 46 cromossomas nas células, exceto nos gametas, que possuem apenas 23.
CROMATINA	Material nuclear que contém o DNA cromossômico e que se cora pelos corantes básicos.
DECIDUOSE	Acúmulo de glicogênio em fibrócitos e fibroblastos do tecido conjuntivo da cérvice uterina com alterações pseudoepiteliais das células durante a gravidez.
DIFERENCIAÇÃO	Evolução de uma célula desde o seu estado germinativo, basal, passando por estágios de amadurecimento, até atingir um estado morfológico e funcional final, específico.
DISCARIOSE	(Do grego <i>dis</i> = diferente, inadequado + <i>Karyon</i> = núcleo). Literalmente significa um núcleo anormal, atípico, em um citoplasma preservado.
DISPLASIA	Crescimento ou o desenvolvimento anormal de um tecido ou órgão.
ENDOCÉRVICE	Membrana mucosa glandular da cérvice uterina.
ENDOMÉTRIO	Membrana mucosa glandular que reveste a cavidade do corpo uterino.
EOSINOFILIA	Característica tintorial de componentes celulares corados com corantes acidofílicos (eosina), como por exemplo: citoplasma rosa ou laranja amarelado das células escamosas utilizando-se o método de Papanicolaou. Sinônimo de acidofilia.
EXSUDATO	Material com elevado conteúdo proteico e celular (leucócitos) que passa através das paredes vasculares para os espaços vizinhos, principalmente na inflamação.
FAGOCITOSE	Englobamento e destruição de partículas sólidas.
HIPERCERATOSE	Hipertrofia da camada córnea da epiderme, habitualmente associada com hipertrofia das camadas granulosa e espinhosa.
HIPERCROMATISMO	Qualidade do que se cora em excesso. Diz-se dos núcleos que têm a sua afinidade pela hematoxilina aumentada.
HIPERCROMÁTICO	Esse termo refere-se normalmente a uma alteração nuclear em que a coloração da cromatina encontra-se aumentada. Essa alteração está, em geral, associada a um aumento do conteúdo de DNA.
HIPERPLASIA	Excessiva formação de tecido; aumento de tamanho de um tecido ou órgão, devido ao aumento do número de células que o compõe.
HISTERECTOMIA	Remoção cirúrgica do útero.
INFLAMAÇÃO	Reação de um tecido vivo à agressão de um agente irritante.
IRRADIAÇÃO	Aplicação de qualquer radiação (Raios X, Radium, Ultravioleta).
MACRÓFAGO = HISTIÓCITO	Célula fagocítica pertencente ao Sistema Reticuloendometrial (SRE), importante no processo de resistência à infecção e resposta imunológica.
METAPLASIA	Transformação de um tipo de tecido adulto em outro tecido adulto, tal como a substituição do epitélio respiratório por epitélio pavimentoso estratificado.

MITOSE	Divisão nuclear que geralmente ocorre em etapas: prófase, metáfase, anáfase e telófase. Divisão do citoplasma e do núcleo.
MUCOSA	Membrana de revestimento, recoberta por epitélio e que se assenta sobre um tecido conjuntivo denominado córion.
NECROSE	Morte de uma célula ou grupo de células em contato com tecido vivo.
NEOPLASMA = NEOPLASIA	Crescimento novo, aberrante, de células ou tecidos anormais; tumor.
NÚCLEO	Corpo esférico ou ovoide contido na célula, constituído de DNA e que comanda as atividades vitais da célula.
NUCLÉOLO	Pequeno corpo esférico contido no núcleo da célula, constituído por RNA.
PAPILOMA	Padrão de crescimento de tumores epiteliais no qual as células proliferadas crescem para fora da superfície, acompanhadas por córion vascularizado, para formar uma estrutura ramificada.
PÉROLA CÓRNEA	Fragmento do epitélio escamoso estratificado benigno ou maligno que, visto transversalmente, mostra arranjo celular concêntrico.
PLEOMÓRFICO	Termo utilizado para uma população celular de um determinado tecido que apresenta variações morfológicas.
QUERATINIZAÇÃO ou CERATINIZAÇÃO	Cornificação de um tecido. O processo pelo qual a queratina é formada. Cobertura de células com uma camada de queratina.
RABDOMIOMA	Tumor benigno formado por células musculares estriadas.
SARCOMA	Neoplasia maligna mesenquimal.
SINCÍCIO	Conjunto de células que se fundem, perdendo parte de sua membrana, e formando uma única massa citoplasmática multinucleada.
TUMOR	Aumento de volume de uma parte do corpo, produzido por excessiva multiplicação celular, coleção de transudado, sangue, pus etc.
VACÚOLO	Cavidade, espaço claro dentro de uma célula. Cavidade delimitada por uma membrana. Habitualmente contém gordura, glicogênio, secreções, líquidos, detritos etc.

ANEXO

Equipe de Colaboradores

AMAURY LIMEIRA MARTINS NETO

ANA CELINA PALMIERI P. MOREIRA

ANTONIO DA COSTA FEITOZA

ANTONIO DE OLIVEIRA GUTMAN

BÁRBARA CRUZ BASSINI CAVALLINI

BERNARDETE PEGORINI

CARLA FATIMA DE OLIVEIRA CHAGAS

CATIA MARTINS LEITE PADILHA

DINORAH NASCIMENTO LOPES

EDESIO BEZERRA DOS SANTOS

ELIANE DRUMOND D. MACHADO

EMANUELLE COELHO DE PAULA

EMERSON PINTO DE MESQUITA

FABIOLA ALVES SOARES

FILOMENA RAMIREZ ARAOZ

FLÁVIO PAIVA DE PAULA RIBEIRO

FRANCISCA MORAES

GIOVANA MARQUES DE ANDRADE

GLÓRIA REGINA FERREIRA DA SILVA

IDALINA MARIA DO PRADO

IZOLDA GONÇALVES BRANCO

JEANNE SOARES SANT'ANNA MENEZES

JOANA DA CRUZ VELOSO RAMOS

LEDA MARIA DA SILVA KÜLL

LUCIANO ALVES MARTINS

MARCIA PIMENTA PAIM

MARIA BEATRIZ TEIXEIRA CAMPOS

MARIA CONCEIÇÃO DA SILVA MAIA

MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO GARCES DE ASSUNÇÃO

NILZA MARIA SOBRAL REBELO HORTA

NORMA IMPÉRIO MEYRELLES

PATRÍCIA DA SILVA LAZZARI

RACHEL DE CARVALHO SILVEIRA DE PAULA FONSECA

REGINA AGNESE BARROS

ROSANA SOARES DA SILVA

SANDRA REGINA ABREU MARTINS

TEREZINHA ROCHA GOMES DA SILVA

VALÉRIA DE ANDRADE

VANDERLEI LUCENA TAVARES

WALTER JABLONOSFSKY JÚNIOR

Colaborador Externo

ANA PAULA PIMENTA/ Minas Gerais



Este livro foi impresso em offset,
papel couché mate, 90g, 4/4.
Fonte: Ottawa, corpo 11
Rio de Janeiro, agosto de 2012.

Versão Eletrônica

ISBN 978-85-7318-204-0



9 788573 182040

Versão Impressa

ISBN 978-85-7318-203-3



9 788573 182033

Série Citotecnologia



Ministério da
Saúde

