

IE TJIE LIAN

**A ELETROCOAGULAÇÃO NA TERAPÊUTICA
DAS LESÕES INTRA-EPITELIAIS ESCAMOSAS
DE ALTO GRAU DO COLO UTERINO**

Dissertação apresentada ao Setor de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, área de concentração em Ginecologia, da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Traiman

BOTUCATU
2001

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO – CAMPUS DE BOTUCATU – UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ELZA NUMATA

Lian, Ie Tjie

A eletrocoagulação na terapêutica das lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau do colo uterino / Ie Tjie Lian – 2001.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2001.

Orientador: Paulo Traiman

1. Colo uterino – Pré-câncer – Tratamento

CDD 618.1406

Palavras-chave: Pré-câncer cervical; Displasia; Eletrocoagulação

DADOS CURRICULARES
IE TJIE LIAN

Nascimento	04/09/51 –Java - Indonésia
Nacionalidade	Brasileiro naturalizado
Filiação:	Ie Siu Jen Lie Pei Chen
1973-1978	Curso de Graduação em Medicina Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC- SP
1979-1981	Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC- SP
1982-1983	Assistente voluntário em Ginecologia. Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC- SP
1983-2000	Auxiliar de Ensino da Disciplina de Ginecologia. Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC- SP
1990-2000	Médico na Unidade Regional de Emergência do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, com atividades Docentes Assistenciais em Ginecologia para Residentes e Internos da Faculdade de Medicina de Sorocaba
1997-2000	Curso de Pós-Graduação em Ginecologia, nível de Mestrado. Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

ESTE TRABALHO É DEDICADO

A Marli,

William

e

Jéssica.

Aos meus queridos pais e irmãos,

cuja gratidão vai além das palavras.

Ao Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Filho (*in memoriam*)

À Prof^a. Dr^a. Martina Crespo Barreiros

Ao Prof. Dr. Antonio Rozas

Que Deus os abençoe.

AGRADECIMENTOS

O desejo de realizar esta tese somente pôde ser concretizado graças à formação que recebemos de nossos mestres, da escola médica na qual exercemos atividade didática e aos muitos colegas que emprestaram seu talento e o fruto de suas vivências para o desenvolvimento deste trabalho.

Assim sendo, nada mais justo que externemos agradecimentos. Muito mais que uma mera formalidade, é um testemunho sincero de minha gratidão, respeito e admiração.

Ao Prof. Dr. Laurival Antonio De Luca,

cuja devoção ao ensino enriqueceu a vida de todos que com ele tiveram contato. Os meus mais reconhecidos agradecimentos pela acolhida tão cordial no seu Departamento e pela oportunidade concedida de poder aprender.

Ao Prof. Dr. José Carlos Menegoci,

pela ajuda na elaboração deste trabalho, pelo imprescindível apoio e constante incentivo ao longo destes anos, a minha profunda gratidão.

Ao Prof. Dr. Paulo Traiman,

orientador e amigo, pelo constante auxílio durante todo o período da pós-graduação, pela maneira simpática com que sempre nos recebeu, pelo exemplo de dedicação e amor à profissão.

Ao Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Neto,

um agradecimento particular, pela amizade, dedicação, estímulo, apoio e colaboração, que constituíram os fundamentos básicos para a composição deste trabalho.

Aos amigos **Alexandre Vicente de Andrade** e **Eduardo Martins Marques,**

pela amizade, conselhos e companheirismo durante todos os momentos da jornada, tornando-a inesquecível.

Às pacientes, com respeito, carinho e humildade, procurando na ciência a melhor forma de retribuir sua participação.

Às amigas funcionárias do ambulatório Regional de Sorocaba, as senhoras **Maria das Graças Rodrigues de Almeida** e **Maria Aparecida Rodrigues Lopes**, pela dedicação, carinho e atenção para com as pacientes.

Agradecimentos sinceros aos colegas anesthesiologistas: **Cássio Neves Ferreira, Jorge Márcio Soranz, João Henrique Crespo Barreiros, Newton Hidequi Nakahara e Oslan Teobaldo.**

Aos colegas do Departamento de Anestesiologia do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, através de **Maria de Fátima Savioli Ficher.**

Aos colegas do Serviço de Anestesiologia “Dr. Tito”, através de **Márcio Augusto Viceconti.**

Não posso deixar de registrar com carinho eterno agradecimento à **Professora Doutora Maria Cecília Ferro**, da Disciplina de Patologia da Faculdade de Medicina de Sorocaba, com quem divido o mérito da realização deste trabalho.

Ao **Professor Doutor Neil Ferrera Novo**, pela análise e orientação no estudo estatístico.

.

Ao amigo **Marcio Duarte Pereira**, por ter subtraído horas de seu convívio familiar, de seu lazer e descanso, e se empenhado no trabalho de digitação gráfica, cuja colaboração foi inestimável.

Às funcionárias da Biblioteca da Faculdade de Medicina de Sorocaba, através da bibliotecária, **Sra. Sueli Inês Pizzo** e, em especial, a **Sra. Isabel Cristina Feitosa de Carvalho**, pela simpatia e orientação quanto à bibliografia.

À **Professora Maria Flávia Camargo Steffen**, da Universidade de Sorocaba - UNISO, pela inestimável assessoria quanto à revisão ortográfica e gramatical do texto.

Aos professores do Departamento de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Botucatu: **Prof^a. Dr^a. Anaglória Pontes**, **Prof. Dr. Rogério Dias**, **Prof. Dr. José Ricardo P. Rodrigues**, **Dr. Gilberto Uemura**, **Dr^a. Eliana Aguiar P. Nahás**, **Dr. Jorge Nahás Neto** e **Dr^a. Tereza Lúcia R. Pinaffi**, pelo contínuo aprendizado e apoio.

Aos funcionários do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu: **Aparecida B. Vasques**, **Luciléia S. Gothardi** e **Renato A. Ribeiro** e, em especial, a **Srta. Cristiane Abe**, por sua atenção e paciência infinita, secretária presente em todos os momentos do Curso.

À **Senhora Elza Numata**, bibliotecária responsável da Universidade Estadual Paulista, pela orientação dispensada.

Aos funcionários do Departamento de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista: Adnice Ruiz P. Leme, Lilian Cristina N. B. Nunes, Natanael Pinheiros Salles, Regina Célia S. Padin e Vera Lúcia A. Mengue, pela gentileza e atenção dispensada

Cumpre-me expressar meu reconhecimento à empresa farmacêutica CRISTÁLIA, através de seu representante, **Sr. Marcos Antonio de Oliveira**, que, sempre dentro de exemplar padrão ético, assegurou o recurso necessário para iniciar este trabalho.

As coisas que queremos e parecem impossíveis

só podem ser conseguidas com uma teimosia pacífica.

Mahatma Gandhi

SUMÁRIO

Resumo.....	18
1 – INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA	21
2 – OBJETIVO.....	30
3 – PACIENTES E MÉTODOS.....	32
3.1 – Pacientes.....	32
3.2 – Métodos.....	33
3.3 – Colpocitologia.....	34
3.4 – Colposcopia.....	35
3.4.a – Equipamento.....	35
3.4.b – Técnica.....	35
3.5 – Anatomopatológico.....	36
3.6 – Eletrocoagulação.....	37
3.6.a – Equipamento.....	37
3.6.b – Técnica operatória.....	37
3.7 – Conização.....	38
3.7.a – Equipamento.....	38
3.7.b – Técnica operatória.....	38
3.8 – Análise estatística.....	41

4 – RESULTADOS.....	44
5 – DISCUSSÃO.....	66
6 – CONCLUSÕES.....	79
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
LISTA DE FIGURAS.....	92
LISTA DE TABELAS.....	93
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	95
Anexos.....	97
Abstract.....	115

LIAN, I. T. *A eletrocoagulação na terapêutica das lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau do colo uterino*. Botucatu, 2001. 118p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

RESUMO

Objetivo: Analisar a eficácia da eletrocoagulação, como terapêutica nas pacientes portadoras de lesão intra-epitelial escamosa de alto grau de colo uterino.

Pacientes e métodos: Estudaram-se prospectivamente 116 pacientes portadoras de lesão intra-epitelial escamosa de alto grau do colo de útero, distribuídas aleatoriamente, com 49 pacientes no grupo de estudo e 67 pacientes no grupo controle. Ambos os grupos foram avaliados quanto à idade, coitarca, paridade, hábito de tabagismo, número de parceiros sexuais, uso de drogas, presença ou antecedente de lesão condilomatosa vulvar, raça e escolaridade. Essas variáveis apresentaram-se homogêneas em ambos os grupos. Todas as pacientes do grupo de estudo e do grupo-controle foram submetidas a colposcopia, citologia oncológica e biópsia do colo

uterino. As pacientes do grupo de estudo foram tratadas pela eletrocoagulação do colo uterino e posteriormente submetidas à conização, decorridos pelo menos 2 meses após a eletrocoagulação. As pacientes do grupo controle foram submetidas apenas à conização. Para avaliação da significância dos resultados, utilizamos teste qui-quadrado e o teste Kappa de concordância.

Resultados: No grupo de estudo, a eletrocoagulação de colo de útero produziu regressão da lesão em 73,5% dos casos, permaneceram inalterados 20,4% dos casos e houve progressão da lesão em 6,1% dos casos. No grupo-controle, os resultados mostraram regressão da lesão em 22,39% dos casos, permaneceram inalterados 41,79% dos casos, e progressão da lesão em 35,82% dos casos.

Conclusões: Em nossa casuística a eletrocoagulação não se revelou um bom método terapêutico para as lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau; no entanto, é uma alternativa razoável para a regressão de pelo menos um grau na classificação das neoplasias intra-epiteliais cervicais.

Palavras-chave: Pré-câncer cervical; Displasia; Eletrocoagulação.

**1 - INTRODUÇÃO
E REVISÃO DA LITERATURA**

O útero é um órgão que, por suas peculiaridades anatômicas e funcionais, permite fácil abordagem clínica, situação que auxilia no diagnóstico de grande parte de suas doenças ⁶.

Essas características e a evolução natural do câncer de colo de útero fazem com que tal doença seja detectável em fases precoces e, por vezes, em fases consideradas como pré-neoplásicas ⁴⁷. Apesar disso, o câncer de colo de útero é neoplasia de alta prevalência na população brasileira ^{3,11,36}.

Como em outras partes do mundo, o desenvolvimento de programas de prevenção do câncer de colo do útero conseguiu redução da prevalência em alguns locais do Brasil. Esses programas têm, como principais atuações médicas, a coleta de citologia oncológica e colposcopia ^{28,31,36,46}.

Pela citologia oncológica, descrita por George Papanicolaou em 1943, foi possível a classificação dos achados de acordo com as características morfológicas das células, estudadas em classes variando de I a V, que correspondiam às peculiaridades do tecido de onde foram exfoliadas ²¹.

A colposcopia é um exame cuja técnica foi idealizada por Hans Hinselmann em 1925, acreditando que, com

ela, seria facilitada a detecção do câncer em suas fases iniciais. Isso porque o conceito corrente na época era de que, nessas fases, existiria um tumor ou ulceração de pequena magnitude, que poderia passar despercebido ao exame especular e ao toque^{4,15,17,39}.

Com o uso do colposcópio, Hinselmann classificou as mucosas em três tipos, de acordo com imagem observada: mucosa original (O), ectopia (E) e de reepitelização ou transformação (U). Verificou-se posteriormente que, entre as portadoras de mucosas dos tipos O e E, não se encontravam tumores, ao passo que o ponto de partida para o processo oncogénico acontecia na mucosa que sofria reepitelização^{6,22,32,48}.

A colposcopia passou a ser utilizada como método complementar ao exame ginecológico. Com ela, tornou-se possível identificar as áreas consideradas suspeitas, que se constituíam no melhor local para fazer a biópsia. Mais do que isso, permitiu reconhecer e delimitar diferentes aspectos fisiológicos e patológicos do colo do útero. Foram especialmente valorizadas a textura do epitélio e a arquitetura vascular do córion subjacente às mucosas do trato genital inferior¹².

Quando associada às informações citológicas e histológicas, permite o diagnóstico de lesões pré-malignas do colo do útero em aproximadamente 99% dos casos ¹².

Foi a constatação da existência de lesões pré-neoplásicas no colo uterino e seu tratamento através de métodos adequados, que permitiram a redução da ocorrência desse câncer na população ⁴³.

REAGAN²⁰, em 1955, propôs o termo displasia para identificar as lesões pré-neoplásicas que não comprometiam a espessura total do epitélio estratificado cervical e que apresentavam certo grau de estratificação normal, com distúrbios da diferenciação celular ^{20,40}.

Sua classificação definiu três diferentes tipos de displasia: a leve, com presença de células indiferenciadas somente no terço inferior da espessura epitelial; a moderada, que implicava na presença de células indiferenciadas ocupando os dois terços inferiores da espessura epitelial; e a acentuada, com células indiferenciadas ocupando quase toda a espessura epitelial ⁴⁰.

RICHART⁴⁰, em 1967, estabeleceu quatro níveis histológicos dessas lesões, e propôs o termo neoplasia intra-

epitelial cervical (NIC), graus I, II, III e IV, que correspondiam respectivamente à displasia leve, moderada, acentuada e ao câncer *In situ*, para designar as diferentes etapas do processo da carcinogênese cervical ⁴⁰.

RICHART-³⁹ considerou que displasia acentuada e carcinoma *in situ* correspondiam à mesma lesão, cuja característica marcante era a ocupação total da espessura epitelial. Com isso, propôs que o NIC III englobasse a displasia acentuada e carcinoma *in situ*.

Em 1988, foi aprovada uma nova classificação para os relatórios citológicos de esfregaços cérvico-vaginais, denominada “Sistema de Bethesda”. Ela permitiu uma efetiva comunicação entre os citopatologistas e os clínicos, correlacionou os dados citológicos e histológicos, além de facilitar a análise dos aspectos epidemiológicos e fisiopatológicos da doença maligna cervical ^{20,39}.

Nesse consenso foi proposta a divisão das lesões neoplásicas epidermóides da cérvix. A displasia leve/NIC I e as alterações citológicas induzidas pelo Papilomavírus humano (HPV) foram denominadas lesões intra-epiteliais escamosas de baixo grau

(LIEBG). A displasia moderada/NIC II, a displasia acentuada e o carcinoma *in situ* /NIC III foram denominadas lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau (LIEAG)^{19,39}.

Objetivando reduzir erros na interpretação dos resultados da citologia, era importante que a coleta fosse cuidadosa, na ausência de processos infecciosos, afastada do período menstrual e evitando-se o coito no dia anterior^{10,20}.

A técnica de coleta deve respeitar certos princípios: o material deve ser estendido numa só direção sobre lâmina de vidro, previamente identificada com as iniciais da paciente e zona de colheita. Os esfregaços da junção escamo-colunar e da região endocervical devem ser separados¹².

As LIEBG, pelo menor potencial de malignização, têm como tratamento básico a destruição do epitélio afetado. Com esse intuito, pode-se usar eletrocoagulação, criocauterização ou vaporização com laser de gás carbônico. Todas essas técnicas apresentam resultados bastante semelhantes, com taxas de cura entre 90 e 95%^{1,20,27}.

Entre as LIEAG observaram-se menor índice de regressão e maior índice de persistência e, em decorrência, maior

possibilidade de evolução para o câncer invasor. Por tal razão, no que concerne ao tratamento dessas lesões, a conduta pode oscilar desde a destruição local com eletrocoagulação, criocauterização ou laserterapia até a extirpação do local comprometido, pela conização eletrocirúrgica, conização por alça diatérmica ou amputação cônica cirúrgica, chegando até mesmo à histerectomia total^{1,14,23,26}.

A eletrocoagulação, no tratamento das LIEAG, foi descrita por vários autores, que seguiram uma norma seqüencial, na qual se procede, em síntese, à destruição da área da zona de transformação atípica sob visão colposcópica, seguida da completa destruição do restante da junção escamo-colunar e, por último, da porção inferior do canal endocervical^{9,33}. A profundidade de eletrocoagulação necessária para o tratamento das lesões de colo deve ser aquela suficiente para promover a destruição das glândulas, ou seja, em torno de 2 a 4 milímetros^{25,38}. Esse controle pode ser obtido de maneira empírica, pela visualização colposcópica²⁶.

A terapêutica por destruição tissular, entretanto, somente pode ser indicada quando a atipia colposcópica é totalmente visível e a doença invasiva tiver sido definitivamente

afastada. Assim sendo, a maior restrição quanto ao uso das terapias destrutivas é a ausência de tecido para confirmação histológica⁴⁵. Procurando evitar infecções ou sangramentos da área tratada, alguns autores indicam o uso diário de cremes vaginais contendo antibióticos^{7,26} e abstinência sexual durante 4 semanas⁸.

A excisão cônica do colo do útero tem duplo objetivo: é terapêutica e permite obter material para o adequado estudo histopatológico, já que procura envolver a totalidade da área comprometida e uma margem de tecido considerado sadio^{13,18}.

SOUZA⁴⁴, em 1992, utilizando alça diatérmica, comprovou que o dano térmico tissular produzido pelas altas temperaturas, caso ocorram, limitou-se às proximidades da área por onde passou a alça diatérmica, permitindo uma correta avaliação histopatológica a seguir, o que foi ratificado por Taha⁴⁵, em 1999.

Contudo, alguns autores divergem dessa conduta, afirmando que, à semelhança da empregada nas lesões consideradas de baixo grau, é possível conduta mais conservadora, ou seja, eletrocoagulação do local, seguida de controle clínico, citológico e colposcópico periódico^{7,8,9,25,26,33,38}. Corroborando com esses autores, ABRÃO¹ afirmou que, em casos de lesões

consideradas de alto grau, a eletrocoagulação do colo do útero alcançou índices de cura que se situaram entre 85 e 92%.

A divergência de opiniões quanto à terapêutica da lesão intra-epitelial escamosa de alto grau e as controvérsias quanto ao valor da eletrocoagulação no seu tratamento incitaram-nos a realizar este trabalho.

2 - OBJETIVO

Analisar a eficácia da eletrocoagulação nas
pacientes portadoras de lesão intra-epitelial escamosa de alto grau
do colo uterino.

3 - PACIENTES E MÉTODOS

3.1 – PACIENTES

Estudamos cento e dezesseis mulheres encaminhadas dos Postos de Saúde da Rede Municipal com diagnóstico citológico de LIEAG. O período estendeu-se de janeiro de 1998 até abril de 2000 e compreendeu todos os casos que respeitaram os critérios de inclusão e exclusão, encaminhados para nossa avaliação.

O estudo foi aprovado previamente pela Comissão de Ética do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba-PUC/SP, e também pela Comissão de Ética da disciplina de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Medicina de Botucatu.

As pacientes estudadas, componentes dos grupos de estudo e controle, foram avaliadas quanto à idade, início da vida sexual, paridade, hábito de tabagismo, número de parceiros sexuais, uso de drogas, presença ou antecedentes de lesão condilomatosa vulvar, raça e grau de instrução, a fim de se assegurar a homogeneidade da casuística (anexos A e B).

3.2 - Métodos

As pacientes encaminhadas das unidades básicas de saúde foram atendidas no Ambulatório de Prevenção do Câncer da disciplina de Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Na primeira consulta, as pacientes freqüentaram palestra com recursos audiovisuais, em grupos de 5 a 10 mulheres, quando foram orientadas a respeito do motivo pelo qual foram encaminhadas ao nosso ambulatório.

Nessa ocasião, as pacientes foram orientadas para evitar duchas intravaginais, soluções ou cremes vaginais e manter abstinência sexual por 48 horas antes da coleta citológica.

Em outra consulta, após o preenchimento da ficha de anamnese (anexo D) e do consentimento pós-informado (anexo E), as pacientes foram divididas aleatoriamente, em grupo de estudo e grupo-controle.

A seguir, foram submetidas ao exame físico e ginecológico, quando se avaliou a existência de situações que caracterizassem algum dos critérios de exclusão (anexo F).

O exame ginecológico consistiu no exame das mamas, abdome, genitais externos e genitais internos (exame especular, coleta da citologia, colposcopia e biópsia do colo do útero), seguido de toque bimanual. Caso fossem identificados sinais de vaginite, a paciente era orientada para retornar em um mês após o tratamento.

3.3 - Colpocitologia

Durante o exame especular, sob o controle visual, com auxílio de espátula de madeira (espátula de Ayre), procedeu-se ao raspado da ectocérvice, englobando toda a zona de transformação, e à escova com cerdas de nylon (“cytobrush”) para a coleta de material endocervical.

O material foi estendido sobre lâmina de vidro, numa só direção, previamente rotulado com as iniciais do nome da paciente e a zona de coleta. Utilizamos uma lâmina para esfregação da junção escamo-colunar e outra para o esfregação endocervical, conforme o descrito por TERREIRO et al¹². Em seguida, as lâminas foram colocadas em frasco contendo solução de álcool a 95 % para a fixação do material e, posteriormente, foram coradas pela

técnica de Schorr. O diagnóstico citopatológico foi expresso segundo a classificação de Bethesda e/ou segundo a classificação de Richart.

3.4 - Colposcopia

3.4.a – Equipamento:

O exame colposcópico foi realizado com aparelho da marca D.F-Vasconcelos.

3.4.b - Técnica.

Terminada a colheita da citologia, o excesso do conteúdo vaginal foi removido, iniciando-se o estudo colposcópico do colo e da vagina. Após a aplicação de solução de ácido acético a 3%, o filtro verde foi usado para evidenciar as características vasculares³⁷. A etapa seguinte consistiu na aplicação da solução iodo-iodetada de Schiller. A classificação utilizada (anexo C) obedecia à nomenclatura instituída no VII Congresso Mundial de Patologia Cervical/Uterina e Colposcopia, em Roma, no ano de 1990^{20,37,42}.

3.5 - Anatomopatológico

As biópsias do colo do útero foram efetuadas por eletrocirurgia, com alça metálica medindo 0,5 x 0,5 centímetro, acoplada a gerador para cirurgia de alta frequência (modelo Wavetronic 5000 Llep Master da Loctal Medical Eletronics Ltda), aplicada na modalidade corte, sobre as áreas suspeitas. O material foi imediatamente fixado em solução de formol a 10% e encaminhado para processamento, fixação em parafina e coloração pela hematoxilina-eosina.

Os materiais (lâminas e fragmentos do colo) foram encaminhados ao Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Sorocaba, onde foram analisados sempre por um mesmo patologista .

Os resultados histológicos foram classificados em cervicite, NIC I, NIC II, NIC III, câncer *in situ* e carcinoma invasor.

Após a obtenção dos resultados, as pacientes do grupo de estudo foram submetidas à eletrocoagulação e, após pelo menos oito semanas, encaminhadas para conização do colo uterino.

As pacientes do grupo controle foram encaminhadas diretamente para conização do colo uterino.

3.6 - Eletrocoagulação

3.6. a – Equipamento

Utilizamos o aparelho modelo Wavetronic 5000 Llep Master da Loctal Medical Eletronics Ltda, acoplado a um aspirador de vapores com filtro biológico (wavecac da Loktal). A eletrocoagulação foi efetuada com eletrodo em forma de bola de 5 milímetros, no modo de coagulação.

3.6. b - Técnica operatória

A técnica de eletrocoagulação seguiu as normas sequenciais descritas por CONNER et al.⁹ e RICHART et al.²³, procurando-se observar a profundidade descrita por ODELL et al.²⁵ e SCHUURMANS et al.³⁸, profundidade esta controlada por visão colposcópica, como preconizado por ORTIZ et al.²⁶.

Não foi necessária anestesia para executar o procedimento, pois as pacientes geralmente o toleravam bem.

Após a eletrocoagulação, as pacientes eram orientadas para inserir diariamente, por 10 dias, ao deitar, cremes vaginais contendo anfotericina-B e tetraciclina, e mantendo abstinência sexual durante 4 semanas.

3.7 - Conização

3.7. a – Equipamento:

Usamos o mesmo equipamento descrito para a eletrocoagulação, contudo agora na modalidade corte/coagulação.

3.7. b - Técnica operatória:

Decorridas pelo menos oito semanas da eletrocoagulação, as pacientes eram admitidas no hospital, em regime de internação de curta permanência. A conização de colo de útero foi executada sempre no centro cirúrgico, sob anestesia geral endovenosa, às custas de propofol. Após a anestesia, a paciente era colocada em posição de litotomia. Realizados os cuidados de antisepsia e assepsia, introduziu-se o espéculo vaginal acoplado a um aspirador, realizando-se a embrocção do colo uterino com solução de ácido acético e, a seguir, com a solução de Schiller. Isso permitiu que as lesões visualizadas pelo exame colposcópico prévio, quando ainda presentes, fossem reconhecidas, possibilitando o planejamento do traçado da incisão eletrocirúrgica e a escolha do modelo e do tamanho da alça a ser usada em cada caso.

O procedimento eletrocirúrgico propriamente dito começava com a aproximação da alça com a unidade eletrocirúrgica já acionada. A incisão iniciava-se na posição correspondente às 12 horas.

Nesse momento, a mão do cirurgião deveria tomar o formato da metade de uma elipse, progredindo de trás para diante e de cima para baixo, abrangendo todas as áreas consideradas suspeitas da ectocérvice, com pequena margem de segurança e terminando pelo ponto correspondente às 6 horas.

O procedimento executado do lábio anterior em direção ao lábio posterior do colo podia também ser executado de um dos lados para o outro lado do colo, na dependência do formato e volume do órgão²⁴.

O sangramento, em alguns pontos do leito do cone, às vezes exigiu coagulação adicional, com eletrodo de ponta em esfera. A técnica era completada pela coagulação superficial de toda a borda da mucosa.

Em seguida, realizou-se tamponamento vaginal para hemostasia, recomendando-se à paciente que a retirasse no dia seguinte. Empregamos de forma rotineira a antibiótico-profilaxia,

com os mesmos cremes vaginais já descritos na ocasião da eletrocoagulação. Também recomendamos abstinência sexual por 4 semanas

O lábio anterior do colo uterino era identificado na peça cirúrgica com a fixação de uma agulha. Essa peça era imersa em solução de formol a 10% e remetida ao laboratório de Patologia.

3.8 - Análise estatística

Para a análise dos resultados foram utilizados os seguintes testes:

1- Teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes (SIEGEL, 1975)*, com o objetivo de comparar os grupos Estudo e Controle em relação à idade e à coitarca.

2- Teste do quiquadrado para tabelas de contingência (SIEGEL,1975)*, com a finalidade de se comparar os grupos Estudo e Controle, em relação ao número de parceiros, paridade, resultado de colpocitologia e da anatomia patológica.

3- Teste do quiquadrado ou teste exato de Fisher para tabelas 2x2 (SIEGEL, 1975)*, com o objetivo de comparar os

grupos Estudo e Controle, quanto à presença de lesão condilomatosa vulvar, tabagismo, uso de drogas e resultado da biópsia inicial.

4- Teste Kappa de concordância (LANDIS, 1977)**, para estudar as concordâncias entre os graus de lesão observados no início e no final do tratamento, em separado para os grupos Estudo e Controle.

5- O teste de concordância foi complementado pelo teste de Mc Nemar (SIEGEL, 1975)*, com a finalidade de comparar as frequências observadas acima e abaixo da diagonal de concordância.

Em todos os testes, fixou-se em 0,05 ou 5% o nível para a rejeição da hipótese de nulidade, assinalando-se com um asterisco os valores significantes.

* SIEGEL, S. – **Estadística no paramétrica**. Ed. Trillas. México – 1975. 346p.

** LANDIS, J.R.; KOCK, G.G.; **The measurement of observer agreement for categorical data**. Biometrics, 1977.V.33. p.159-74.

4 - RESULTADOS

Participaram do nosso estudo prospectivo cento e dezesseis pacientes com diagnóstico histológico de LIEAG.

A divisão aleatória permitiu compor os grupos de estudo com 49 pacientes e grupo controle com 67 pacientes.(anexos A e B).

Ambos os grupos mostraram-se semelhantes com relação à idade, sendo que tivemos média etária de 33,24 anos no grupo de estudo (a mais jovem com 16 anos e a mais idosa com 60 anos); e o grupo-controle, com média etária de 34,55 anos (sendo que a mais jovem estava com 17 anos e a mais idosa com 68 anos) (Tabela 1, figura 1).

A idade de início de vida sexual também foi semelhante para ambos os grupos, sendo que o grupo de estudo teve idade média de início de vida sexual com 17 anos, e o grupo controle 17,6 anos (Tabela 2, figura 2).

Nas tabelas 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 e nas figuras correspondentes, observam-se, respectivamente, o número de parceiros sexuais, paridade, antecedente pessoal de condiloma acuminado, tabagismo, uso de droga, raça e grau de instrução.

Tabela 1 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo a idade em anos.

Estudo		Controle		
21	28	38	38	36
29	45	46	45	27
22	43	38	41	44
33	39	37	23	48
42	29	27	54	24
34	26	29	36	52
25	35	29	38	34
31	35	61	45	51
45	31	33	17	45
40	37	43	39	33
35	34	44	20	35
24	36	26	41	19
44	22	39	17	26
26	32	29	29	48
23	24	17	36	37
18	41	68	30	37
26	30	28	22	21
60	27	31	42	59
16	53	20	29	19
29	39	30	18	23
47	29	29	48	33
31	33	23	40	33
34	45	18		
40	35			
26				
Média	33,2		34,5	

Teste de Mann-Whitey
Z calculado = 0,53
Z crítico = 1,96

Figura 1 – Idade média das pacientes dos grupos de estudo e controle.

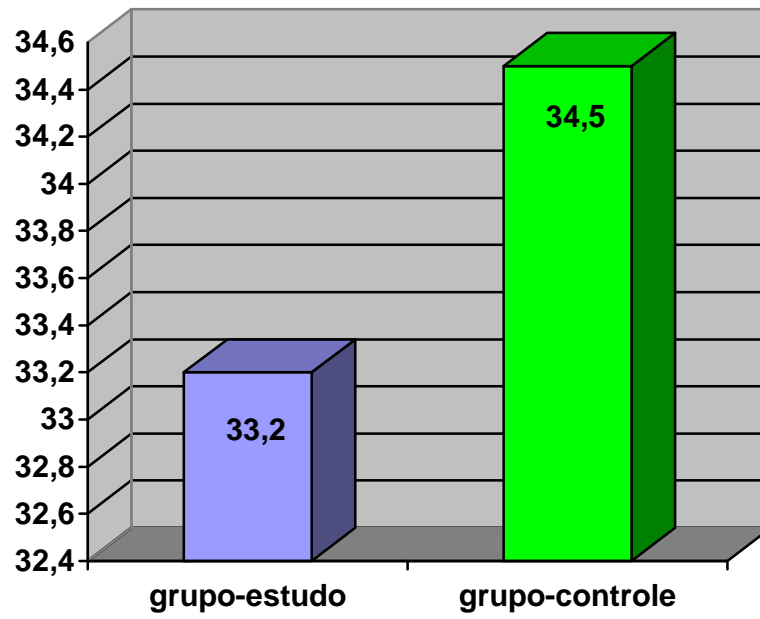


Tabela 2 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo a coitarca, em anos.

Estudo		Controle		
14	18	14	23	15
15	25	18	18	13
12	19	19	15	18
16	15	15	16	22
18	16	18	18	15
16	16	15	14	26
15	15	17	21	22
15	16	28	16	17
17	17	28	16	26
18	17	22	17	18
14	18	18	15	25
15	20	14	16	18
20	14	17	15	12
15	17	15	20	15
14	14	13	17	14
16	20	16	20	19
19	21	22	15	14
20	16	15	26	19
14	19	16	19	13
16	18	17	16	13
16	18	17	14	14
17	18	15	16	20
17	18	18		
17	20			
15				
Média	16,9		17,6	

Teste de Mann-Whitey

Z calculado = 0,35

Z crítico = 1,96

Figura 2 – Idade média das pacientes dos grupos de estudo e controle segundo a coitarca.

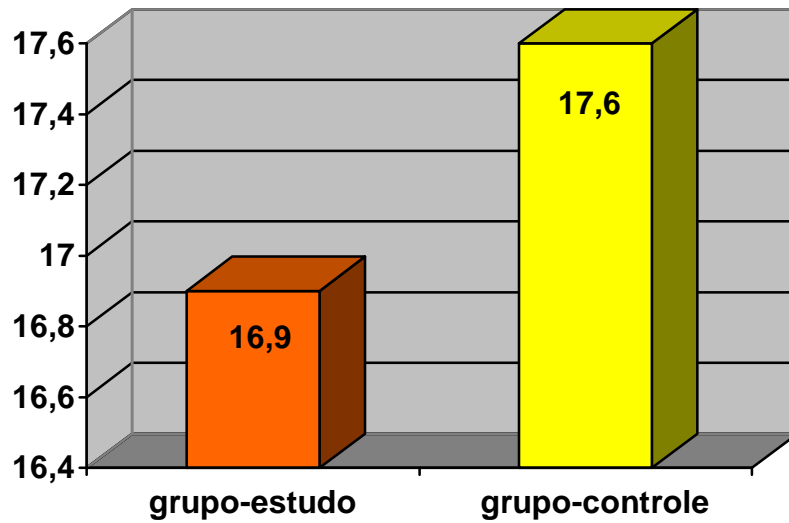


Tabela 3 - Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de parceiros sexuais.

Parceiros Sexuais	Grupo-estudo		Grupo-controle	
	N	%	N	%
Único	16	32,65	22	32,84
2 a 4	31	63,27	36	53,73
5 a 7	1	2,04	6	8,96
Mais de 8	1	2,04	3	4,47
TOTAL	49	100,00	67	100,00

Teste do quiquadrado

X^2 calculado = 3,18

X^2 crítico = 7,82

Figura 3 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de parceiros sexuais.

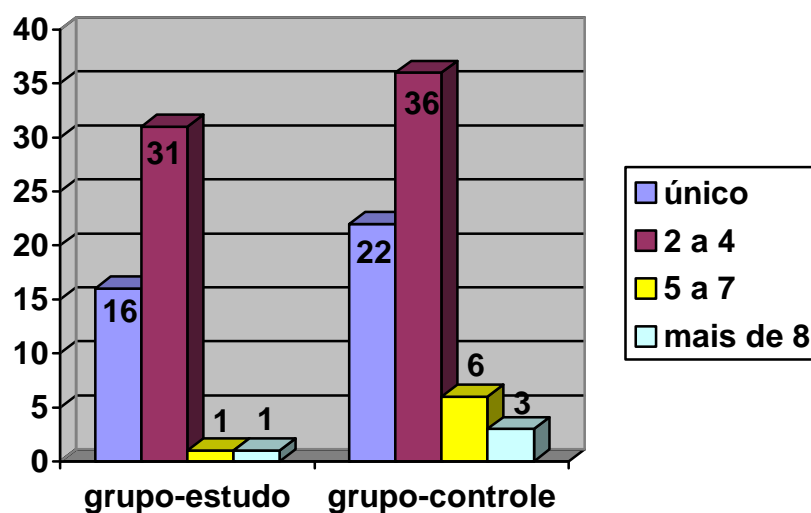


Tabela 4 - Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo a paridade.

Paridade	Grupo-estudo		Grupo-controle	
	N	%	N	%
Nuligesta	3	6,12	6	8,96
Primípara	10	20,41	15	22,39
Múltipara	28	57,14	42	62,68
Grande múltipara	8	16,33	4	5,97
TOTAL	49	100,00	67	100,00

Teste do quiquadrado

X^2 calculado = 3,42

X^2 crítico = 7,82

Figura 4 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo a paridade.

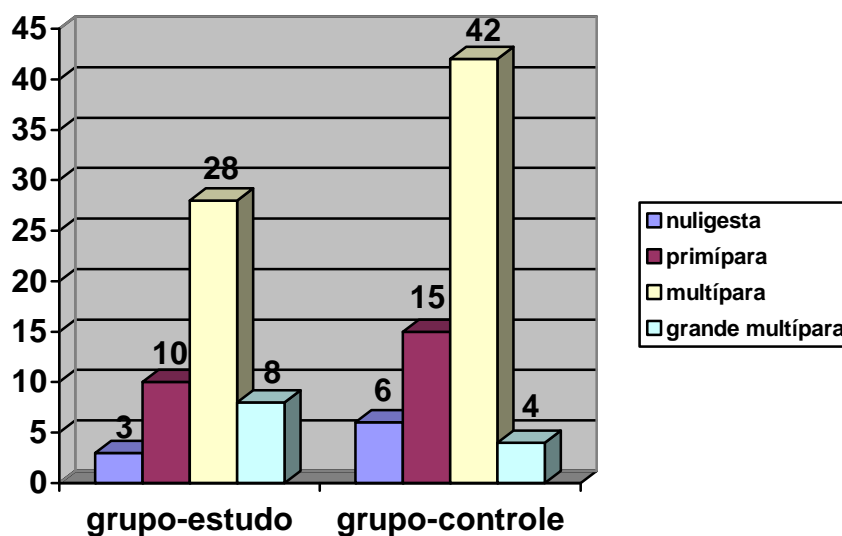


Tabela 5 - Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de lesão condilomatosa vulvar.

Grupo	Condiloma vulvar		total	%
	sim	Não		
Estudo	2	47	49	4,10
Controle	5	62	67	7,46
TOTAL	7	109	116	6,03

Teste exato de Fisher
P = 0,3671

Figura 5 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de lesão condilomatosa vulvar.

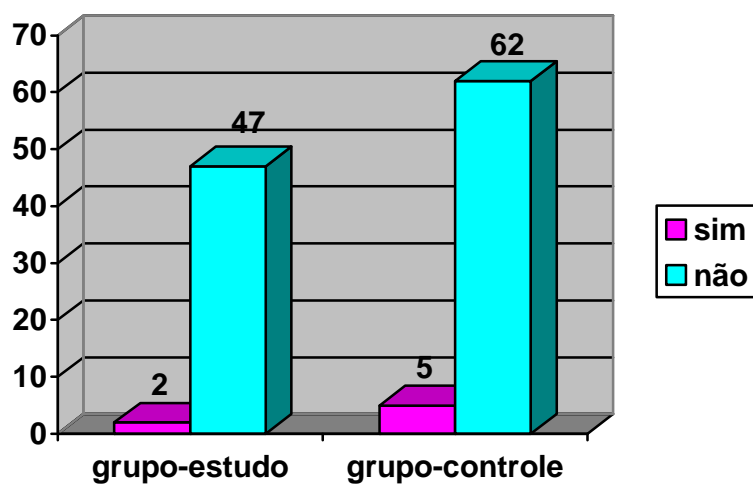


Tabela 6 - Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de tabagismo.

Grupo	Tabagismo		total	%
	sim	Não		
Estudo	20	29	49	40,81
Controle	26	41	67	38,8
TOTAL	46	70	116	39,65

Teste do quiquadrado

X^2 calculado = 0,05

X^2 crítico = 3,84

Figura 6 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de tabagismo.

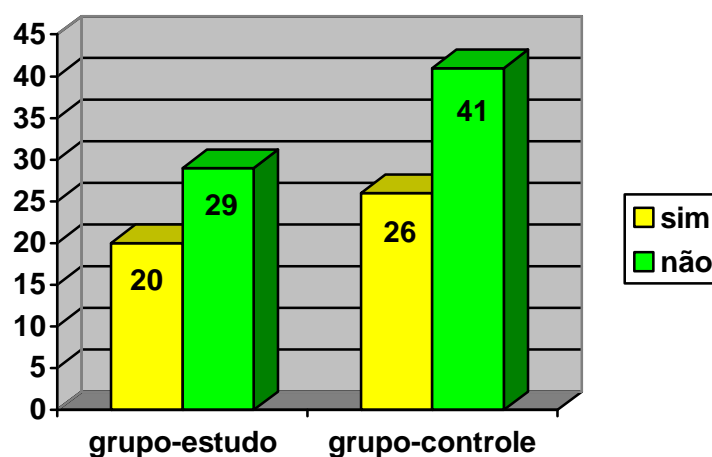


Tabela 7 - Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de uso de drogas.

Grupo	Drogas		total	%
	sim	Não		
Estudo	5	44	49	10,20
Controle	8	59	67	11,94
TOTAL	13	103	116	11,20

Teste do quiquadrado
 X^2 calculado = 0,09
 X^2 crítico = 3,84

Figura 7 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de uso de drogas.

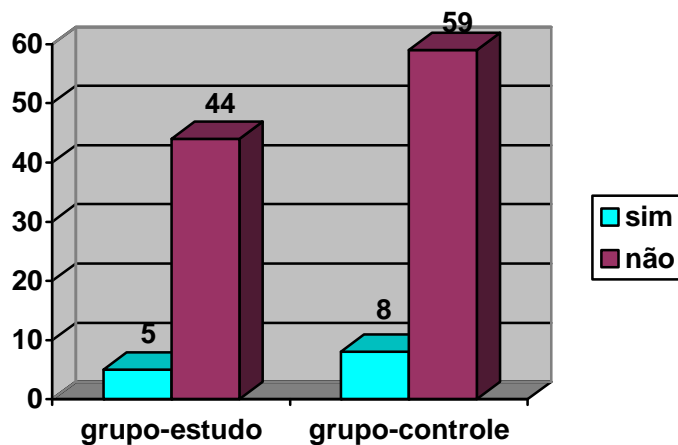


Tabela 8 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo a raça.

Raça	Grupo-estudo		Grupo-controle	
	N	%	N	%
Branca	37	75,51	62	92,53
Não branca	12	24,49	5	7,47
TOTAL	49	100,00	67	100,00

Figura 8 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo a raça.

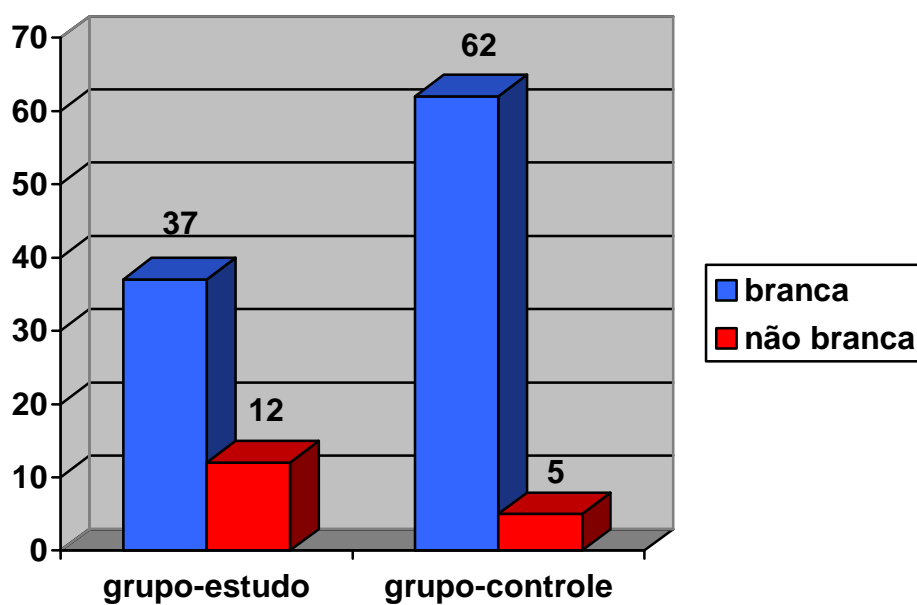


Tabela 9 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo o grau de instrução.

Grau de Instrução	Grupo-estudo		Grupo-controle	
	N	%	N	%
Analfabeta	4	8,16	11	16,42
1º grau completo ou incompleto	39	79,60	48	71,64
2º grau completo ou incompleto	4	8,16	7	10,44
Superior	2	4,08	1	1,50
TOTAL	49	100,00	67	100,00

Figura 9 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo o grau de instrução.

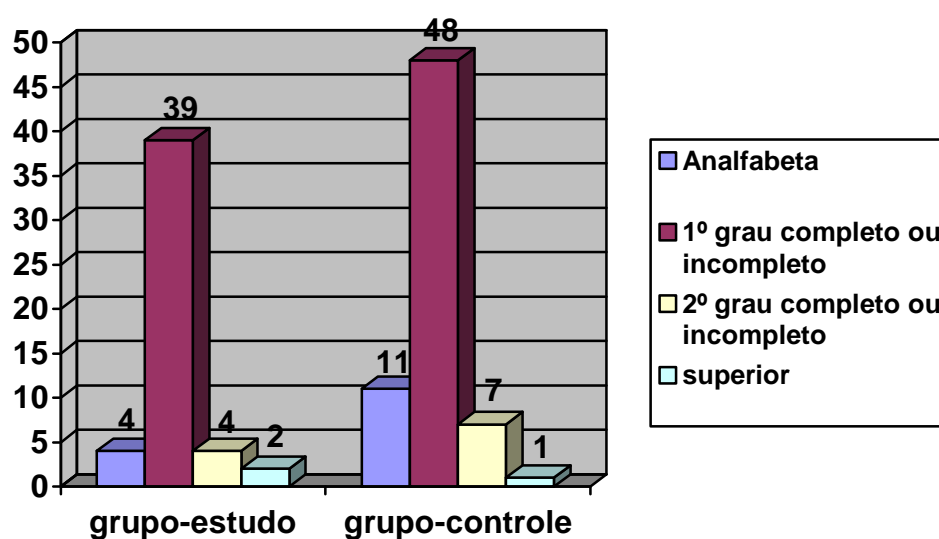
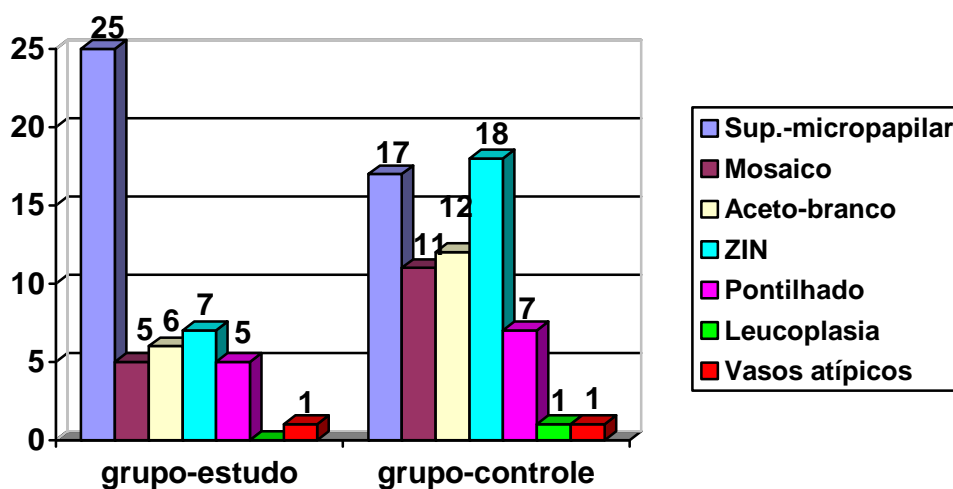


Tabela 10 – Pacientes dos grupos de estudo e controle segundo os aspectos colposcópicos.

Aspectos colposcópicos	Grupo-estudo		Grupo-controle	
	N	%	N	%
Sup. micro papilar	25	51,02	17	25,38
Mosaico	5	10,20	11	16,41
Aceto branco	6	12,24	12	17,91
Zona iodo negat.	7	14,30	18	26,86
Pontilhado	5	10,20	7	10,44
Leucoplasia	0	0	1	1,50
Vasos atípicos	1	2,04	1	1,50
TOTAL	49	100,00	67	100,00

Figura 10 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo os aspectos colposcópicos



Na tabela 10 e figura correspondente, podem-se verificar os aspectos colposcópicos das pacientes. Em todos os casos, a colposcopia foi satisfatória e os achados classificados segundo a nomenclatura estabelecida em Roma, no ano de 1990. No diagnóstico colposcópico, consideramos exclusivamente a lesão mais característica, mesmo nos casos em que coexistiam vários achados.

Na análise das tabelas 11 e 12, pode ser verificado que os grupos também foram semelhantes nos resultados de citologia e de anatomia patológica da biópsia do colo uterino. O principal resultado observado na citologia foi compatível com NIC II, 13 pacientes (26,5% dos casos), no grupo de estudo, e 28 pacientes (41,8% dos casos), no grupo-controle; contudo, encontramos também citologias compatíveis com processo inflamatório, NIC I e NIC III. Todas as citologias foram consideradas satisfatórias.

O resultado de anatomia patológica da biópsia cervical também foi compatível com NIC II, 37 pacientes (75,51% dos casos), no grupo de estudo, e 42 pacientes (62,68% dos casos), no grupo-controle.

Tabela 11 - Resultados de colpocitologias oncóticas cervicais dos grupos de estudo e controle, nas admissões das pacientes.

Colpocitologia	Grupo-estudo		Grupo-controle	
	N	%	N	%
Inflamatório	16	32,70	16	23,88
NIC I	13	26,50	11	16,41
NIC II	13	26,50	28	41,80
NIC III	7	14,30	12	17,91
TOTAL	49	100,00	67	100,00

Teste do quiquadrado

X² calculado = 4,30

X² crítico = 7,82

Tabela 12 – Resultados de anatomias patológicas das biópsias cervicais dos grupos de estudo e controle, nas admissões das pacientes.

biópsia inicial	Grupo-estudo		Grupo-controle	
	N	%	N	%
NIC II	37	75,51	42	62,69
NIC III	12	24,49	25	37,31
TOTAL	49	100,00	67	100,00

Teste do quiquadrado

X^2 calculado = 2,14

X^2 crítico = 3,84

Durante a execução da eletrocoagulação, para as pacientes do grupo de estudo e após as conizações para ambos os grupos, poucas pacientes queixaram-se de desconforto pélvico transitório semelhante a câibra ou cólica.

Não tivemos casos de sangramento vaginal ou infecção importante que merecessem hospitalização ou tratamento específico.

Quando estudamos os achados de anatomia patológica na peça obtida através da conização do colo uterino, verificamos que, no grupo de estudo, ou seja, após as pacientes terem sido submetidas à eletrocoagulação da lesão, houve um maior acúmulo de casos em que as lesões tinham aspectos histológicos menos agressivos do que no grupo-controle (Tabela 13); esses resultados revelaram-se estatisticamente significativos.

Tabela 13 – Resultados de anatomias patológicas das conizações dos colos de úteros, dos grupos de estudo e controle.

Anatomopatológico	Grupo estudo		Grupo controle	
	N	%	N	%
Negativo	11	22,45	1	1,50
NIC I	19	38,78	10	14,92
NIC II	14	28,57	14	20,90
NIC III	5	10,20	39	58,20
Câncer invasor	0	0,00	3	4,48
TOTAL	49	100,0	67	100,0

Teste do quiquadrado
 X^2 calculado = 38,53*
 X^2 crítico = 9,49

A conclusão de que tivemos menos casos de progressão da lesão pode ser observada pelos testes de concordância de Kappa e de Mc Nelmar (tabela 14).

No grupo de estudo, quando comparamos o resultado histológico da biópsia de colo de útero e do cone, no início e no final do tratamento, verificamos que, das 49 pacientes submetidas à eletrocoagulação prévia à conização, 36 pacientes (73,5% dos casos) tiveram regressões das lesões, aqui representadas abaixo da diagonal de concordância.

Tabela 14 – Correlações entre os resultados histológicos das biópsias e dos cones segundo o grau de lesão, no início e no final do tratamento, para o grupo de estudo.

Início	Final				Total
	Negativo	NIC I	NIC II	NIC III	
Negativo	0	0	0	0	0
NIC I	0	0	0	0	0
NIC II	9	17	8	3	37
NIC III	2	2	6	2	12
TOTAL	11	19	14	5	49

Teste Kappa de concordância

Coefficiente de concordância Kw = 0,03

Z calculado = 1,40

Z crítico = 3,84

Teste de Mc Nemar

X² calculado = 27,93*

X² crítico = 3,84

Concordância diagonal (lesão inalterada) = 20,4%

Discordância acima da diagonal (progressão da lesão) = 6,1%

Discordância abaixo da diagonal (regressão da lesão) = 73,5%

Na tabela 15, no grupo-controle, quando comparamos o resultado histológico da biópsia de colo de útero e do cone, no início e no final do tratamento, observamos progressão da lesão em 24 pacientes (35,82% dos casos), sendo que, destas, em 3 pacientes (4,47% dos casos) a lesão progrediu para carcinoma invasor, em 28 pacientes (41,79% dos casos) as lesões permaneceram inalteradas e apenas 15 pacientes (22,39% dos casos) tiveram regressão da lesão.

Tabela 15 – Correlações entre os resultados histológicos das biópsias e dos cones segundo o grau de lesão, no início e no final do tratamento para o grupo-controle.

Início	Final					Total
	Negativo	NIC I	NIC II	NIC III	Ca Invasor	
Negativo	0	0	0	0	0	0
NIC I	0	0	0	0	0	0
NIC II	1	8	10	21	2	42
NIC III	0	2	4	18	1	25
Ca invasor	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	10	14	39	3	67

Teste Kappa de concordância
 Coeficiente de concordância Kw = 0,13
 Z calculado = 7,45
 Z crítico = 1,96

Teste de Mc Nemar
 X² calculado = 2,07
 X² crítico = 3,84

Concordância diagonal (lesão inalterada) = 41,79%
 Discordância acima da diagonal (progressão da lesão) = 35,82%
 Discordância abaixo da diagonal (regressão da lesão) = 22,39%

5 - DISCUSSÃO

As lesões pré-neoplásicas de colo do útero foram inicialmente denominadas “displasias”. São alterações do epitélio pavimentoso estratificado, que apresentava anomalia de maturação e proliferação aquém daquela apresentada pelo carcinoma *in situ* ⁴³.

Os conceitos de REAGAN²⁰ e RICHART⁴⁰, aparentemente confusos quanto aos termos de displasia e NIC, na verdade expõem um problema de caráter terminológico. São expressões diferentes para definir os mesmos estádios da histogênese do carcinoma da cérvix ³⁹.

As modificações celulares encontradas nas neoplasias intra-epiteliais cervicais podem ser degenerativas (cariomegalia com hipocromasia, espessamento regular da membrana nuclear, contorno nuclear irregular, ruptura do envelope nuclear, cariorrexes, cariopicnose ou cariólise) ou regenerativas (cariomegalia com hipercromasia, cromatina espessada, multinucleação e nucléolos exuberantes).

Tais modificações acontecem em proporções maiores ou menores, em células das diferentes camadas do epitélio, e permitem o diagnóstico citológico de presunção da lesão epitelial ².

A reunião de consenso em Bethesda, Maryland, Estados Unidos, em 1988, idealizou uma nova classificação, cuja aplicação prática permitiu a racionalização das condutas terapêuticas para as NIC ¹⁹.

O Sistema de Bethesda agrupou os termos “displasia” ou “NIC” em apenas dois termos: LIEBG e LIEAG ¹⁹.

Aspecto importante dessa classificação foi a sua relação com o comportamento biológico das lesões. O risco de progressão de lesão pré-cancerosa cervical para doença invasiva aumenta paralelamente com a gravidade da lesão. Quanto mais próximo do normal, maior a probabilidade de regressão da lesão; quanto maior o comprometimento do epitélio, maior a possibilidade de progressão da lesão ^{15,27}.

Em nosso estudo, usamos a colpocitologia oncótica como método de seleção dos casos. Com esse exame é possível detectar alterações celulares sugestivas de lesões subjacentes. Porém é imprescindível obter amostra para o estudo histológico, a fim de caracterizar o grau de atipia que definirá a conduta terapêutica ²⁰.

Tivemos, na maioria das pacientes (Tabela 11), colpocitologias suspeitas: 33 pacientes no grupo de estudo, sendo que

13 pacientes com NIC I, 13 pacientes com NIC II e 7 pacientes com NIC III; e 51 pacientes no grupo controle, sendo que 11 pacientes com NIC I, 28 pacientes com NIC II e 12 pacientes com NIC III, totalizando em ambos os grupos 84 pacientes. Algumas pacientes, entretanto, mostraram colpocitologia característica de processo inflamatório: 16 pacientes no grupo de estudo e 16 pacientes no grupo de controle, totalizando 32 pacientes que corresponderam a esses falsos-negativos.

Consideram-se como causas de resultados falsos-negativos: coleta inadequada, maior adesividade das células nas NIC e proliferação celular restrita às camadas mais profundas do epitélio. Constatam-se, ainda, problemas de ordem técnica, como esfregaço pobre em células, falta de controle de qualidade do laboratório e defeitos advindos de inadequações na fixação e coloração do material.^{5,10,16,20,41}

Acreditamos que os nossos resultados falsos-negativos correspondam àqueles incluídos em erros de coleta, as lesões com menor capacidade de descamação ou ainda à subjetividade do método citológico¹⁰.

Com o objetivo de reduzir os fatores de erro, procuramos observar ao máximo os cuidados na coleta da citologia: o material deverá ser coletado longe do período menstrual, as pacientes não deveriam apresentar processos infecciosos vaginais e evitar o coito no dia anterior. O coito em si pode ser traumático e o líquido seminal pode conter bactérias prejudiciais à qualidade do material ²⁰.

Essas informações eram passadas às pacientes na preleção que antecedia sua inclusão no protocolo. Tal procedimento tinha por objetivos dirimir as dúvidas, permitir o diálogo, deixar as pacientes mais seguras, contribuir para minimizar o *stress*, reduzir o abandono do programa de tratamento proposto e facilitar o seguimento clínico.

Com isso, acreditamos que o relacionamento médico-paciente foi beneficiado, tendo em muito contribuído para o adequado acompanhamento do grupo.

O estudo colposcópico do colo uterino, juntamente com a citologia oncótica e a histopatologia, constituem a base da prevenção do câncer de colo uterino ^{12,41,42}.

O exame colposcópico é considerado “satisfatório”, quando é possível verificar a junção escamocolunar em toda a sua extensão ¹².

A colposcopia denominada de alargada é complementada pelo uso de soluções de ácido acético a 3%, solução iodada de Schiller, solução de azul de toluidina a 1% e uso de filtro verde ^{12,34,37}.

A aplicação do ácido acético a 3% constitui o tempo fundamental do exame. Promove a aglutinação do muco cervical e facilita a sua remoção. O epitélio anormal tende a assumir coloração tanto mais branca quanto maior for a anormalidade, pois haverá coagulação de proteínas que estão presentes em maior quantidade, quanto maior for a atipia ³⁷. A nível de epitélio cilíndrico evidencia o relevo papilar, tornando mais nítida a junção escamocolunar. A aplicação deve ser repetida quantas vezes forem necessárias ^{12,20,42}.

Após o exame colposcópico, aplicamos a solução de Schiller. O iodo dessa composição impregna o glicogênio das células superficiais e intermediárias do epitélio escamoso, fazendo com que adquira cor marrom escura ou negra, o que permite diferenciá-la daquela do epitélio colunar metaplásico imaturo e do neoplásico ¹².

Eventualmente, podemos usar a solução de hipossulfito a 2%, que deve ser aplicada quando se deseja descoloração do epitélio previamente corado pela solução de Schiller.

O uso da solução de azul de toluidina é menos freqüente, e presta-se a evidenciar áreas com maior concentração de ácido nucléico, caracterizando possíveis atipias nucleares^{12,42}.

Todos os nossos casos apresentaram exame colposcópico satisfatório e, dentre os diagnósticos colposcópicos, tivemos como aspectos colposcópicos mais comuns (Tabela 10) a superfície micropapilar, zona iodo-negativa, epitélio aceto branco e mosaico. Nos anexos A-1 e B-1, pudemos verificar os resultados colposcópicos e sua correlação com os respectivos diagnósticos histológicos.

O estudo histopatológico da biópsia do colo uterino permite caracterizar o tipo de atipia visualizada no exame colposcópico, a existência de neoplasia intra-epitelial e o grau.

A biópsia do colo do útero é realizada com uma pequena alça metálica medindo 0,5 x 0,5 centímetro, acoplada a um gerador de alta freqüência e aplicada na modalidade corte, sobre as áreas suspeitas⁴².

Pequenas biópsias de alça produzem fragmentos de colo uterino qualitativamente superiores às retiradas com as convencionais realizadas a forceps, e pequenos sangramentos podem ser controlados mudando a modalidade corte para coagulação ^{29,30}.

A adequada caracterização da lesão epitelial permite o prognóstico evolutivo e a proposta de tratamento. Efetuado o diagnóstico da lesão, a retirada do colo uterino através da conização é indicada na abordagem das lesões de alto grau, pois, além de tratar a lesão, permite a análise da peça cirúrgica em toda sua extensão, o que é de fundamental importância para confirmar a associação com as neoplasias intra-epiteliais, diagnosticadas pela citologia e pela biópsia, confirmando assim a ausência de invasão e preservando a função do órgão.

O desenvolvimento da técnica com cirurgia de alta frequência permitiu a execução do tratamento de maneira mais rápida, com menor morbidade e menores custos. Assim sendo, as internações hospitalares são diurnas, as pacientes admitidas e operadas pela manhã recebem alta no mesmo dia, no final da tarde, após o cessar dos efeitos da anestesia. Quanto à mesma, consideramos adequado utilizar a anestesia geral, para maior tranquilidade do ato cirúrgico.

Os bons resultados verificados na literatura, na retirada do cone com cirurgia de alta frequência, permitiram-nos aplicar essa técnica tanto para a conização quanto para a biópsia, pois as margens da peça não são alteradas no processo ⁴⁴.

As alterações térmicas provocadas pelo efeito diatérmico, caso ocorram, limitam-se às proximidades da área por onde passou a alça diatérmica, que englobaria os limites da ressecção na ectocérvice e no ângulo superior do cone, no canal cervical, regiões importantes para avaliação da extensão da doença. O restante do tecido incisado corresponde a tecido conjuntivo muscular do colo em área afastada dos epitélios, portanto sem maior significado para o diagnóstico histopatológico, em se tratando de lesões não-invasoras ou invasoras incipientes ⁴⁴.

TAHA⁴⁵, em 1999, avaliou o grau e a extensão das alterações térmicas produzidas pela cirurgia de alta frequência no colo uterino e concluiu, que apesar do dano térmico causado por essa técnica, não ocorreu impedimento na avaliação histológica das peças cirúrgicas.

Baseados nos achados de literatura e em nossos resultados, acreditamos que, tanto para execução da biópsia quanto

para a realização da conização, a cirurgia de alta frequência permite adequada interpretação dos espécimes histológicos.

A eletrocoagulação do colo do útero foi uma das formas utilizada para tratar de maneira conservadora as lesões do colo de útero. Vários autores, tais como RICHART et al.³³, CONNER et al.⁹, ORTIZ et al.²⁶, CHANEN et al.⁷, SCHUURMANS et al.³⁸, mostraram bons resultados terapêuticos utilizando tal técnica, nesses casos.

Nas tabelas 3, 4, 5, 6 e 7, observa-se que os números de parceiros sexuais, paridade, antecedente pessoal de condiloma acuminado, tabagismo e referência a uso de droga se mostraram estatisticamente equivalentes, mostrando serem os grupos semelhantes quanto à sua composição.

Através da metodologia anteriormente apresentada, verificamos que, após a eletrocoagulação de colo de útero, em pacientes portadoras de NIC II e NIC III (tabela 14), tivemos 36 delas (73,5% dos casos) com lesão caracterizada histologicamente como menos intensa do que a verificada na biópsia inicial, ou seja, a lesão regrediu, sendo que, destas, 11 pacientes (22,44% dos casos) tiveram remissão da lesão. Em 10 pacientes (20,4% dos casos), as lesões

permaneceram inalteradas, e, em 3 pacientes (6,1% dos casos) houve progressão da lesão.

Comparando-se com o grupo controle, que não sofreu a eletrocoagulação prévia (Tabela15), os resultados mostraram regressão da lesão em 15 pacientes (22,39% dos casos), sendo que, destas, 1 (1,5% dos casos) teve remissão da lesão, 28 (41,79% dos casos) tiveram as lesões inalteradas, e , em 24 (35,82% dos casos) houve progressão da mesma, sendo que, destas, 3 pacientes (4,47% dos casos) tiveram a lesão evoluída para a forma invasora.

Podemos, portanto, concluir que, em nossos casos, a eletrocoagulação interferiu na evolução das lesões precursoras de neoplasia de colo uterino.

Contudo, não há segurança de total remissão das lesões após a eletrocoagulação, já que 3 pacientes (6,12% dos casos) apresentaram resultados que permitiram caracterizar a progressão da mesma nesses casos (Tabela 14).

Ademais, se considerarmos a eficiência máxima como a ausência de lesão precursora de neoplasia de colo de útero, encontramos apenas 11 pacientes (22,44% dos casos) que tiveram, na

análise do cone após a eletrocoagulação, remissão completa da lesão (Tabela 14).

Acredita-se que a regressão da lesão, induzida pela eletrocoagulação de colo uterino, possa ser causada pelo grande aporte de fibroblastos na área cicatricial, pois essas células produzem interferon, o que melhora a imunidade local. A regressão da lesão pode também ser devida à destruição mecânica da mesma ou a uma associação de vários fatores ²³.

JULIATO et al.¹⁸ verificaram que a simples execução da biópsia permite induzir, de alguma forma, a redução no grau histológico das lesões precursoras de neoplasia de colo de útero. De fato, em nossos casos, verificamos que, mesmo no grupo-controle, 15 pacientes (22,39% dos casos) tiveram regressões das lesões, nas análises dos cones (Tabela 15).

Possivelmente isso se deve à remoção de uma porção significativa da lesão e ao aumento da imunidade do hospedeiro, estimulada pela trauma epitelial.

6 - CONCLUSÕES

A análise dos nossos resultados permitiu concluir:

1 – A eletrocoagulação não é um bom método terapêutico para as lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau.

2 – A eletrocoagulação, no entanto, é uma alternativa razoável para a regressão de pelo menos um grau na classificação das neoplasias intra-epiteliais cervicais.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Observação: Foram assinalados com asterístico os trabalhos relevantes.

1. ABRÃO, F.S. Lesões precursoras e câncer invasor do colo do útero. **Bol. SOGESP**, n.10, p.3-4, 1993.
2. ALPEROVITCH, D.; ALPEROVITCH, S.K. **Diagnóstico e prevenção do câncer na mulher**. São Paulo: Santos, 1992. 152p.
3. ALVES, A.L.L.; ALMEIDA, G.M.; MELO, V.H. Uso de uma espátula de Ayre modificada para colheita colpocitológica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.21, n.6, p.327-31. 1999.
4. CARTIER, R. **Colposcopia prática**. 2.ed. São Paulo: Roca, 1986. p.13-199.
5. CARVALHO, F.M. Papanicolaou: um exame em evolução. **Bol. Soc.Bras. Patol. Cerv. Uter. Colposc.**, n.2, p.2-3, 1991.

6. CASANOVA, L. Citologia del cuello uterino. Citologia de la metaplasia e de la displasia. In: GONZALES MERLO, J. **El cuello uterino: anatomia patologica, citologia y colposcopia.** Barcelona: Salvat, 1974. p.97-114.
7. *CHANEN, W.;ROME, R.M. Electrocoagulation diathermy for cervical dysplasia and carcinoma in situ: a 15 year survey. **J. Am. Coll. Obstet. Gynecol.**, v.61, n.6, p.673-9, 1983.
8. CHANEN, W.; HOLLYOCK, V.E.Colposcopy and electrocoagulation diathermy for cervical dysplasia and carcinoma in situ. **J. Am. Coll. Obstet. Gynecol.**, v.37, n.4, p.623-8, 1971.
9. *CONNER, J. S.; KAUFMAN, R.H. Treatment of dysplasia of the cervix utery by electrocauterization. **Surg. Gynecol. Obstet.**, v.131, n.4, p.726-8, 1970.
10. *DÔRES, G.B. Rastreamento do câncer do colo uterino com métodos morfológicos e biomoleculares. **J. SOGESP**, n.16, p.117-9, 2000.

11. FRISTACHI, C.E.; ALECRIN, I.N.; ALDRIGHI, C.M. et al. Câncer do colo uterino, HPV e esteróides sexuais. **Ginecol. Obstet. Atual**, n.6, p.12-4, 2000.
12. FOCCHI, J.; BOVO, A. C.; SILVA, I.D.C.G.; GÓIS, N.M. Técnicas de exame e nomenclatura colposcópica. **Ginecol. Obstet.**, v.3, n.7, p.119-23, 1994.
13. FOCCHI, J.; BOVO, A.C.; SILVA, I.D.C.G. Papilomavírus humano (HPV). **J. SOGESP.**, n.10, p.61-2, 1999.
- 14.*FOCCHI, J.; LEITZKE, G.; LIMA FILHO, O.A. Lesões precursoras do câncer do colo uterino – diagnóstico e tratamento. **J. Bras. Ginecol**, v.97, n.6, p.299-303, 1987.
15. FOCCHI, J.;TERREIRO, L.M.; RIBALTA J.C.L. et al. Displasia cervical. **J. Bras. Ginecol.**, v.97, n.9, p. 449-54, 1987.
16. GALL, S.A. Pap smears. **Postgrad. Med.**, v.85, n.6, p.235-9, 1989.

17. HINSELMANN, H. História da colposcopia. **Femina**, v.19, n.7, p.563-80, 1991.
18. JULIATO, C.R.T.; TEIXEIRA, J.C.; DERCHAIN, S.F.M. et al. Correlação entre o diagnóstico histológico da biópsia e o da conização por cirurgia de alta frequência por alça (CAF) no tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.22, n.2, p.65-70, 2000.
19. *KURMAN, R.J. ; SOLOMON, D. – **O sistema Bethesda para o relato de diagnóstico citológico cervicovaginal**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. 75p.
20. MARCOS, J.B. **Colposcopia e patologia cervical** São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1997. 158 p.
21. MARTINS, N.V.; MARTINS, C.G.; SAKANO, C.R. Citopatologia. In: LIMA, G.R.; GEBRIM, L.H.; OLIVEIRA, V.C. et al. **Ginecologia oncológica**. São Paulo: Atheneu, 1999. p.162-7.

22. MARTINS, N.V.; OLIVEIRA, V.C.; PEREZ, C.A. et al. Colo do útero. In: LIMA, G.R.; GEBRIM, L.H.; OLIVEIRA, V.C. et al. **Ginecologia oncológica**. São Paulo: Atheneu, 1999. p.294-324.
23. *MARTINS, N.V.; FOCCHI, J. Tratamento das lesões intra-epiteliais de alto grau (NIC II e NIC III). In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR E COLPOSCOPIA. **HPV na patologia do trato-genital inferior e na colposcopia**. São Paulo: Frôntis, 1999. p.101-10.
24. *MOR-YOSEF, S.; LOPES, A.; PEARSON, S. et al. Loop diathermy cone biopsy. **Obstet. Gynecol.**, v.75, n.5, p.884-6, 1990.
25. *ODELL, L.D.; RIMKUS, K.; HAGERTY, C. Electrocautery for early cervical neoplasia. **J. Reprod. Med.**, v.6, n.3, p.91-4, 1971.

26. *ORTIZ, R.; NEWTON, M.; FACOG et al. Eletrocautery treatment cervical intraepithelial neoplasia. **Obstet. Gynecol.**, v.41, n1, p.113-6, 1973.
27. *PEREYRA, E.A.G.; PARELLADA, C.I. NIC I: conservar apenas ou tratar sempre?. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR E COLPOSCOPIA. **HPV na patologia do trato-genital inferior e na colposcopia**. São Paulo: Frôntis, 1999. p.93-100.
28. PINOTTI, J. A., NISIDA, A.C. Detecção precoce e prevenção. In: LIMA, G.R.; GEBRIM, L.H.; OLIVEIRA, V.C. et al. **Ginecologia oncológica**. São Paulo: Atheneu, 1999. P.34-41.
29. *PRENDIVILLE, W. Excisão em alça larga da zona de transformação. In: TINDALL, B. **Clínicas obstétricas e ginecológicas**. Rio de Janeiro, 1995. v. 1. p.187-219.

30. *PRENDIVILLE, W. A low voltage diathermy loop for taking cervical biopsies: a qualitative comparison with punch biopsy forceps. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v.93, n.7, p.773-6, 1986.
31. REIS, A. F. F.; SILVA, R.J.O . Prevenção do câncer cérvico-uterino. **Ginecol. Obstet. Atual**, n.7, p.40-2, 2000.
32. RIBALTA, J.C.L. A zona de transformação, a carcinogênese e o HPV. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR E COLPOSCOPIA. **HPV na patologia do trato-genital inferior e na colposcopia**. São Paulo: Frôntis,1999. p.1-6.
33. *RICHART, R.M.; SCIARRA, J.J. Treatment of cervical dysplasia by outpatient electrocauterization. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.101, n.1, p.200-5, 1968.
34. SALGADO, C.; RIEPER, J.P.; SANCHES, L.R.; **Colposcopia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Fename, 1978. 134p.

36. SAMPAIO GOES JR, J., SAMPAIO GOES, J.C. - **Modelo de programa para prevenção e detecção do câncer ginecológico em países em desenvolvimento.** Fundação "Centro de Pesquisa de Oncologia"/IBCC, 1981. 24p.
37. SCHIVARTCHE, P.L. Diagnóstico diferencial entre achados vários e neoplasia. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR E COLPOSCOPIA. **HPV na patologia do trato genital inferior e na colposcopia.** São Paulo: Frôntis, 1999. p.37-48.
38. *SCHUURMANS, S.N.; OHLKE, R.N.; CARMICHAEL, J.A. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia with electrocautery: Report of 426 cases. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.148, n.5, p.544-6, 1984.
39. SILVA FILHO, A.M. - **O colo uterino humano.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 293p.

40. SILVEIRA, G. G; PESSINI, S. A. Câncer de colo uterino: lesões precursoras. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Roca. 1987. p.1788-806.
41. SIMÕES, P.M.; ALMEIDA FILHO, G.L.; VINAGRE, J.B.F. et al. Estudo comparativo entre colposcopia, citopatologia e histopatologia em 291 pacientes conizadas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.7, n.6, p.217-22, 1984.
42. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR E COLPOSCOPIA. **Manual de normas e rotinas em patologia do trato genital inferior e em colposcopia**. Rio de Janeiro: SBPTGIC, 1999. 77p.
43. SOUEN J.S.; SALVATORE, C.A. **Pré-câncer em ginecologia**. São Paulo: Manole, 1981. p.71-137.
44. *SOUZA, R.C. **Conização eletrocirúrgica: apresentação de nova técnica com alça diatérmica**. Rio de Janeiro. 1992. 56p. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro.

45. *TAHA, N.S.A **Avaliação da intensidade e da extensão das alterações térmicas produzidas pela cirurgia de alta frequência no colo uterino.** São Paulo. 1999. 74p. (Tese de Mestrado). Universidade Federal de São Paulo.
46. ZEFERINO, L.C.; NISIDA, A. A.C.; PINOTTI , J.A. Epidemiologia da neoplasia intraepitelial cervical. **Rev. Ginecol. Obstet.**, v.1, n.1, p.22-33, 1990.
47. ZANINI-KOSLINSKI, R.M.Z. O carcinoma pré-invasivo do colo uterino. **Femina**, v.23, n.5, p.427-31, 1995.
48. ZANINI-KOSLINSKI, R.M.Z. A importância da zona de transformação. **Femina**, v.23, n.6, p.499-501, 1995.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Idade média das pacientes dos grupos de estudo e controle.....	46
Figura 2 – Idade média das pacientes dos grupos de estudo e controle segundo a coitarca.....	48
Figura 3 - Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de parceiros sexuais.....	49
Figura 4 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo a paridade.....	50
Figura 5 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedentes de lesão condilomatosa vulvar.....	51
Figura 6 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de tabagismo.....	52
Figura 7 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de uso de drogas.....	53
Figura 8 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo a raça.....	54
Figura 9 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo o grau . de instrução.....	55
Figura 10 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo os aspectos colposcópicos.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo a idade em anos.....	45
Tabela 2 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo a coitarca em anos.....	47
Tabela 3 - Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de parceiros sexuais.....	49
Tabela 4 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo a paridade.....	50
Tabela 5 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedentes de lesão condilomatosa vulvar.....	51
Tabela 6 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de tabagismo.....	52
Tabela 7 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo antecedente de uso de drogas.....	53
Tabela 8 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo a raça.....	54
Tabela 9 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo o grau de instrução.....	55
Tabela 10 – Pacientes dos grupos de estudo e controle, segundo os aspectos colposcópicos.....	56
Tabela 11 – Resultados de colpocitologias oncóticas cervicais dos grupos de estudo e controle, nas admissões das pacientes.....	58
Tabela 12 – Resultados de anatomias patológicas das biópsias cervicais dos	

grupos de estudo e controle, nas admissões das pacientes.....	59
Tabela 13 – Resultados de anatomias patológicas das conizações dos colos de útero, dos grupos de estudo e controle.....	61
Tabela 14 – Correlações entre os resultados histológicos das biópsias e dos cones segundo o grau de lesão, no início e no final do tratamento, para o grupo de estudo.....	62
Tabela 15 - Correlações entre os resultados histológicos das biópsias e dos cones segundo o grau de lesão, no início e no final do tratamento para o grupo-controle.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS = *síndrome de imuno deficiência adquirida*

B = *branca*

Ca = *câncer*

HPV = *Papilomavírus humano*

INFLAM. = *inflamatório*

LIEAG = *lesão intra-epitelial escamosa de alto grau*

LIEBG = *lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau*

N = *número de casos*

NB = *não branca*

neg. = *negativo*

NIC = *neoplasia intra-epitelial cervical*

Sup. Micro pap. = *superfície micro papilar*

ZIN = *zona iodo negativa*

Anexo A – (GRUPO DE ESTUDO)

nome (iniciais)	paciente	idade (anos)	raça	grau de instrução	coitarca	número de parceiros	número de gestações	número de paridades	Número de abortamentos	antecedente lesão condilomatosa	tabagismo	antecedente de uso de drogas
CVO	1	21	B	3º série	14	3	3	3	0	NÃO	SIM	NÃO
CNN	2	28	NB	superior	18	4	0	0	0	NÃO	SIM	NÃO
MSN	3	29	B	6º série	15	1	1	1	0	NÃO	NÃO	NÃO
LOS	4	45	B	2º série	25	1	8	8	0	NÃO	NÃO	NÃO
LMS	5	22	NB	8º série	12	6	1	1	0	NÃO	NÃO	NÃO
RPVR	6	43	B	analfabeta	19	3	4	4	0	NÃO	NÃO	NÃO
DRS	7	33	NB	2º série	16	2	7	6	1	NÃO	NÃO	NÃO
MCSN	8	39	B	4º série	15	1	2	2	0	NÃO	SIM	NÃO
RML	9	42	NB	6º série	18	3	3	3	0	NÃO	NÃO	NÃO
MSMO	10	29	B	4º série	16	2	3	3	0	NÃO	NÃO	NÃO
RSLR	11	34	NB	5º série	16	1	3	3	0	SIM	NÃO	SIM
APF	12	26	NB	6º série	16	1	5	4	1	NÃO	SIM	NÃO
ALFM	13	25	B	3º série	15	3	4	4	0	NÃO	SIM	NÃO
VLBA	14	35	B	4º série	15	1	6	4	2	NÃO	NÃO	NÃO
CAAP	15	31	B	8º série	15	2	6	3	3	NÃO	NÃO	NÃO
EMA	16	35	NB	5º série	16	2	5	5	1	NÃO	SIM	NÃO
EAL	17	45	B	analfabeta	17	2	6	6	0	NÃO	NÃO	NÃO
MEDA	18	31	B	4º série	17	3	3	3	0	NÃO	SIM	NÃO
GSS	19	40	NB	1º colegial	18	2	2	1	1	NÃO	NÃO	SIM
AM	20	37	B	série	17	2	3	2	1	NÃO	SIM	NÃO

Anexo A - (GRUPO DE ESTUDO) CONTINUAÇÃO

nome (iniciais)	paciente	idade (anos)	raça	grau de instrução	coitarca	número de parceiros	númro de gestações	número de paridades	Número de abortamentos	antecedente lesão condilomatosa	tabagismo	antecedente de uso de drogas
MRPB	21	35	B	3º série	14	3	3	3	0	NÃO	SIM	NÃO
OFSM	22	34	B	8º série	18	1	4	4	0	NÃO	NÃO	NÃO
CUFS	23	24	NB	3º série	15	1	1	1	0	NÃO	NÃO	NÃO
LCS	24	36	B	4º série	20	1	0	0	0	NÃO	SIM	NÃO
DMS	25	44	B	superior	20	3	3	3	0	NÃO	NÃO	NÃO
SAS	26	22	B	5º série	14	4	2	2	0	NÃO	NÃO	NÃO
MFC	27	26	B	4º série	15	2	1	1	0	NÃO	NÃO	NÃO
LPS	28	32	B	5º série	17	2	3	2	1	NÃO	SIM	SIM
AML	29	23	B	3º série	14	1	2	2	0	NÃO	SIM	NÃO
MPR	30	24	B	4º série	14	3	2	2	0	NÃO	NÃO	SIM
ECA	31	18	B	1ºcolegial	16	2	0	0	0	NÃO	NÃO	NÃO
LMCC	32	41	B	4º série	20	3	4	4	0	NÃO	NÃO	NÃO
MHC	33	26	B	1ºcolegial	19	4	1	1	0	NÃO	NÃO	NÃO
NAOS	34	30	B	5º série	21	2	2	2	0	NÃO	SIM	NÃO
CCC	35	60	B	analfabeta	20	1	6	6	0	NÃO	NÃO	NÃO
RMB	36	27	B	3º série	16	3	1	1	0	NÃO	SIM	NÃO
ED	37	16	B	3ºcolegial	14	1	1	1	0	NÃO	NÃO	SIM
BAR	38	53	B	analfabeta	19	3	10	10	0	NÃO	NÃO	NÃO
NG	39	29	B	3º série	16	2	5	5	0	SIM	SIM	NÃO
MCSP	40	39	B	7º série	18	2	6	6	0	NÃO	NÃO	NÃO

Anexo A - (GRUPO DE ESTUDO) CONTINUAÇÃO

nome (iniciais)	paciente	idade (anos)	raça	grau de instrução	coitarca	número de parceiros	númeo de gestações	número de paridades	número de abortamentos	antecedente lesão condilomatosa	tabagismo	antecedente de uso de drogas
GSG	41	47	NB	2º série	16	1	10	10	0	NÃO	NÃO	NÃO
CCPS	42	29	B	8º série	18	3	2	2	0	NÃO	NÃO	NÃO
MSPS	43	31	B	4º série	17	2	4	4	0	NÃO	SIM	NÃO
MAS	44	33	B	3º série	18	2	1	1	0	NÃO	NÃO	NÃO
DOL	45	34	NB	2º série	17	1	4	3	1	NÃO	SIM	NÃO
IVCS	46	45	B	4º série	18	2	6	6	0	NÃO	SIM	NÃO
MLL	47	40	B	4º série	17	1	5	5	0	NÃO	NÃO	NÃO
MASG	48	35	NB	4º série	20	1	7	4	3	NÃO	SIM	NÃO
MCM	49	26	B	3º série	15	8	2	1	1	NÃO	SIM	NÃO

Anexo B - (GRUPO-CONTROLE)

nome (iniciais)	paciente	idade (anos)	raça	grau de instrução	coitarca	número de parceiros	númeo de gestações	número de paridades	Número de abortamentos	antecedente lesão condilomatosa	tabagismo	antecedente de uso de drogas
IFADP	1	38	B	7º série	14	12	1	1	0	SIM	SIM	SIM
ZYN	2	38	B	4º série	23	1	4	4	0	NÃO	SIM	NÃO
RCCF	3	36	B	analfabeta	15	5	2	2	0	NÃO	SIM	SIM
NÃO	4	40	NB	1º série	18	3	6	6	0	NÃO	SIM	NÃO
AMMA	5	45	B	8º série	18	36	2	2	0	NÃO	NÃO	NÃO
AA	6	27	B	5º série	13	2	3	3	0	NÃO	SIM	NÃO
MLFS	7	38	B	4º série	19	2	0	0	0	NÃO	NÃO	NÃO
RSC	8	41	B	5º série	15	2	4	4	0	NÃO	NÃO	NÃO
QCF	9	44	B	analfabeta	18	2	5	4	1	NÃO	NÃO	SIM
RMP	10	37	B	5º série	15	4	4	4	0	NÃO	SIM	NÃO
PC	11	23	B	8º série	16	4	1	1	0	NÃO	SIM	SIM
TCC	12	48	B	3º série	22	1	2	2	0	NÃO	NÃO	NÃO
LJI	13	27	B	4º série	18	1	1	1	0	NÃO	NÃO	NÃO
JOR	14	54	B	analfabeta	18	1	11	11	0	NÃO	SIM	NÃO
SFCB	15	24	B	8º série	15	4	4	4	0	NÃO	NÃO	NÃO
MFF	16	29	B	2º série	15	2	2	1	1	NÃO	SIM	NÃO
HS	17	36	B	4º série	14	5	5	5	0	NÃO	NÃO	NÃO
BBF	18	52	B	4º série	26	2	3	3	0	NÃO	NÃO	NÃO
ZFV	19	29	B	3º série	17	2	3	3	0	NÃO	SIM	NÃO
SMGM	20	38	B	superior	21	3	1	1	0	NÃO	SIM	NÃO

Anexo B - (GRUPO-CONTROLE) CONTINUAÇÃO

nome (iniciais)	paciente	idade (anos)	raça	grau de instrução	coitarca	número de parceiros	número de gestações	número de paridades	Número de abortamentos	antecedente lesão condilomatosa	tabagismo	antecedente de uso de drogas
RPC	21	34	B	1º série	22	2	5	3	2	NÃO	NÃO	NÃO
AVM	22	61	B	analfabeta	28	1	3	3	0	NÃO	NÃO	NÃO
OR	23	45	B	3º série	16	2	3	3	0	NÃO	SIM	NÃO
ESO	24	51	B	3º série	17	2	7	6	1	NÃO	SIM	NÃO
ERS	25	33	B	2ºcolegial	28	1	0	0	0	NÃO	SIM	NÃO
VPO	26	17	B	analfabeta	16	2	1	1	0	NÃO	NÃO	NÃO
DRC	27	45	B	analfabeta	26	1	8	6	2	NÃO	SIM	NÃO
SMO	28	43	B	5º série	22	1	5	4	1	NÃO	NÃO	NÃO
DSS	29	39	B	8º série	17	3	3	3	0	SIM	NÃO	NÃO
MATL	30	33	B	2º série	18	4	1	1	0	NÃO	NÃO	NÃO
MSS	31	44	B	5º série	18	2	5	4	1	NÃO	NÃO	NÃO
PLA	32	20	B	3ºcolegial	15	2	0	0	0	NÃO	NÃO	NÃO
TRMP	33	35	B	2º série	25	1	3	3	0	NÃO	SIM	NÃO
RFS	34	26	B	8º série	14	3	2	2	0	NÃO	NÃO	NÃO
NA	35	41	B	6º série	16	2	4	4	0	NÃO	NÃO	NÃO
SMN	36	19	NB	1ºcolegial	18	7	1	1	0	NÃO	NÃO	NÃO
IDQ	37	39	B	analfabeta	17	1	1	1	1	SIM	SIM	NÃO
TR	38	17	B	1ºcolegial	15	4	1	1	0	SIM	SIM	NÃO
GCZ	39	26	B	1º série	12	5	3	3	0	NÃO	SIM	SIM
SG	40	29	B	5º série	15	5	3	2	1	NÃO	NÃO	NÃO

Anexo B - (GRUPO-CONTROLE) CONTINUAÇÃO

nome (iniciais)	paciente	idade (anos)	raça	grau de instrução	coitarca	número de parceiros	número de gestações	número de paridades	Número de abortamentos	antecedente lesão condilomatosa	tabagismo	antecedente de uso de drogas
RCR	41	29	B	4º série	20	2	3	2	1	NÃO	NÃO	NÃO
HP	42	48	B	analfabeta	15	10	11	8	3	NÃO	SIM	NÃO
RCV	43	17	B	5º série	13	1	2	2	0	NÃO	NÃO	NÃO
MAMG	44	36	B	4º série	17	1	5	5	0	NÃO	NÃO	NÃO
KHAS	45	37	B	7º série	14	2	3	3	0	NÃO	SIM	NÃO
RJS	46	68	B	analfabeta	16	1	9	9	0	NÃO	SIM	NÃO
MLFS	47	30	B	8º série	20	1	1	1	0	SIM	NÃO	NÃO
RBMT	48	37	B	8º série	19	1	3	3	0	NÃO	SIM	NÃO
MSS	49	28	NB	4º série	22	2	2	1	1	NÃO	NÃO	NÃO
RMC	50	22	B	5º série	15	3	2	1	1	NÃO	NÃO	NÃO
SAD	51	21	B	2ºcolegial	14	3	1	1	0	NÃO	SIM	NÃO
SS	52	31	B	6º série	15	2	4	4	0	NÃO	NÃO	NÃO
NCM	53	42	NB	4º série	26	1	3	3	0	NÃO	NÃO	NÃO
GOGM	54	59	B	4º série	19	1	1	1	0	NÃO	NÃO	NÃO
LG	55	20	B	5º série	16	3	1	1	0	NÃO	SIM	NÃO
MÊS	56	29	B	8º série	19	5	0	0	0	NÃO	NÃO	NÃO
LVS	57	19	B	analfabeta	13	2	4	4	0	NÃO	NÃO	NÃO
SOL	58	30	B	1ºcolegial	17	3	2	2	0	NÃO	NÃO	SIM
NCA	58	18	B	2º série	16	1	0	0	0	NÃO	NÃO	NÃO
ERP	60	23	B	3º série	13	9	2	1	1	NÃO	NÃO	SIM

Anexo B - (GRUPO-CONTROLE) CONTINUAÇÃO

nome (iniciais)	número	idade (anos)	raça	grau de instrução	coitarca	número de parceiros	número de gestações	número de paridades	Número de abortamentos	antecedente lesão condilomatosa	tabagismo	antecedente de uso de drogas
VES	61	29	B	6º série	17	1	1	1	0	NÃO	NÃO	SIM
MRS�	62	48	B	analfabeta	14	2	6	6	0	NÃO	NÃO	NÃO
RFGS	63	33	NB	1º série	14	2	5	5	0	NÃO	NÃO	NÃO
MRMS	64	23	B	2ºcolegial	15	1	1	1	0	NÃO	NÃO	NÃO
ZMC	65	40	B	7º série	16	3	3	3	0	NÃO	NÃO	NÃO
MLXM	66	33	B	8º série	20	1	2	2	0	NÃO	SIM	NÃO
DAV	67	18	B	4º série	18	1	0	0	0	NÃO	NÃO	NÃO

Anexo A-1 (GRUPO DE ESTUDO)

nome (iniciais)	paciente	colpocitologia oncótica	colposcopia	anatomia patológica da biópsia do colo de útero	anatomia patológica da conização do colo de útero
CVO	1	NIC II	sup.micro pap.	NIC II	NIC I
CNN	2	NIC II	sup.micro pap.	NIC II	Inflamatório
MSN	3	NIC I	mosaico	NIC II	NIC I
LOS	4	NIC II	sup.micro pap.	NIC II	NIC II
LMS	5	NIC II	aceto branco	NIC II	NIC II
RPVR	6	NIC I	zona iodo neg.	NIC II	Inflamatório
DRS	7	NIC II	vasos atípicos	NIC II	NIC I
MCSN	8	NIC III	pontilhado	NIC III	NIC II
RML	9	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC III	NIC II
MSMO	10	NIC II	mosaico	NIC II	INFLAM.
RSLR	11	NIC II	zona iodo neg.	NIC II	NIC I
APF	12	INFLAM.	pontilhado	NIC II	NIC I
ASFM	13	NIC III	mosaico	NIC II	NIC II
VLBA	14	NIC I	zona iodo neg.	NIC II	NIC I
CAAP	15	NIC III	aceto branco	NIC II	NIC II
EMA	16	INFLAM.	aceto branco	NIC II	INFLAM.
EAL	17	INFLAM.	zona iodo neg.	NIC III	NIC I
NEDA	18	NIC II	sup.micro pap.	NIC III	NIC II
GSS	19	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC II	NIC I
AM	20	INFLAM.	pontilhado	NIC II	INFLAM.
MRPB	21	NIC II	pontilhado	NIC II	NIC I
OFSM	22	NIC II	sup.micro pap.	NIC II	NIC I
CUFS	23	NIC III	sup.micro pap.	NIC III	INFLAM.
LCS	24	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC III	NIC I
DMS	25	NIC III	sup.micro pap.	NIC III	NIC III
SAS	26	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC II	NIC II
MFC	27	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC II	NIC I
LPS	28	NIC I	aceto branco	NIC III	NIC II
AML	29	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC II	NIC I
MPR	30	NIC II	sup.micro pap.	NIC II	NIC III

Anexo A-1 (GRUPO DE ESTUDO) CONTINUAÇÃO

nome (iniciais)	paciente	colpocitologia oncótica	colposcopia	anatomia patológica da biópsia do colo de útero	anatomia patológica da conização do colo de útero
ECA	31	NIC I	sup.micro pap.	NIC II	INFLAM.
LMCC	32	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC III	NIC III
MHC	33	NIC I	zona iodo neg.	NIC II	NIC I
NAOS	34	NIC I	zona iodo neg.	NIC II	INFLAM.
CCC	35	NIC I	sup.micro pap.	NIC II	NIC II
RMB	36	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC II	NIC I
ED	37	NIC I	sup.micro pap.	NIC II	NIC I
BAR	38	NIC I	pontilhado	NIC II	NIC I
NG	39	NIC I	sup.micro pap.	NIC III	NIC II
MCSP	40	NIC II	zona iodo neg.	NIC II	NIC II
GSG	41	NIC II	aceto branco	NIC II	NIC II
CCPS	42	INFLAM.	aceto branco	NIC III	INFLAM.
MSPS	43	NIC III	sup.micro pap.	NIC II	NIC III
MAS	44	NIC I	mosaico	NIC III	NIC II
DOL	45	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC II	NIC I
IVCS	46	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC II	INFLAM.
MLL	47	NIC III	sup.micro pap.	NIC II	NIC III
MASG	48	NIC I	sup.micro pap.	NIC II	INFLAM.
MCM	49	INFLAM.	mosaico	NIC II	NIC I

Anexo B-1(GRUPO-CONTROLE)

nome (iniciais)	paciente	colpocitologia oncótica	colposcopia	anatomia patológica da biópsia do colo de útero	anatomia patológica da conização do colo de útero
IFADP	1	NIC II	vasos atípicos	NIC III	NIC III
ZYN	2	NIC II	leucoplasia	NIC III	NIC III
RCCF	3	NIC II	aceto branco	NIC III	NIC III
IFM	4	NIC III	zona iodo neg.	NIC III	NIC III
AMMA	5	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC II	NIC I
AA	6	NIC I	aceto branco	NIC II	NIC III
MLFS	7	NIC I	mosaico	NIC II	NIC I
RSC	8	NIC II	aceto branco	NIC II	NIC III
QCF	9	NIC III	sup.micro pap.	NIC III	NIC III
RMP	10	NIC I	zona iodo neg.	NIC III	NIC III
PC	11	NIC I	mosaico	NIC II	NIC III
TCC	12	NIC II	aceto branco	NIC III	NIC III
LJP	13	NIC II	aceto branco	NIC II	NIC II
JOR	14	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC II	NIC III
SFCB	15	NIC II	pontilhado	NIC II	NIC III
MFF	16	NIC III	sup.micro pap.	NIC III	NIC III
HS	17	NIC III	sup.micro pap.	NIC III	NIC III
BBF	18	NIC I	pontilhado	NIC III	NIC III
ZFV	19	NIC II	sup.micro pap.	NIC II	NIC III
SMGM	20	NIC III	aceto branco	NIC III	NIC II
RPC	21	NIC II	aceto branco	NIC III	NIC III
AVM	22	NIC II	zona iodo neg.	NIC II	NIC III
OR	23	NIC II	pontilhado	NIC II	Câncer micro invasor
ESC	24	NIC III	sup.micro pap.	NIC III	NIC III
ERS	25	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC II	NIC II
VPO	26	NIC I	zona iodo neg.	NIC II	NIC III
DRC	27	NIC III	aceto branco	NIC II	NIC III
SMP	28	INFLAM.	mosaico	NIC III	NIC I
DSS	29	NIC II	mosaico	NIC II	NIC III
MATL	30	NIC II	pontilhado	NIC II	NIC III

Anexo B-1(GRUPO-CONTROLE) CONTINUAÇÃO

nome (iniciais)	paciente	colpocitologia oncótica	colposcopia	anatomia patológica da biópsia do colo de útero	anatomia patológica da conização do colo de útero
MSS	31	NIC II	pontilhado	NIC II	NIC II
PLA	32	NIC II	sup.micro pap.	NIC II	INFLAM.
TRMP	33	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC II	NIC III
RFS	34	INFLAM.	zona iodo neg.	NIC II	NIC I
NA	35	INFLAM.	pontilhado	NIC II	NIC II
SMN	36	NIC I	sup.micro pap.	NIC II	NIC II
IDQ	37	INFLAM.	pontilhado	NIC III	NIC I
TR	38	INFLAM.	aceto branco	NIC II	NIC III
GCZ	39	NIC II	mosaico	NIC II	NIC III
SG	40	NIC II	aceto branco	NIC III	Câncer micro invasor
RCR	41	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC III	NIC II
HP	42	NIC III	zona iodo neg.	NIC II	NIC III
RCV	43	NIC II	aceto branco	NIC III	NIC III
MAMG	44	NIC II	sup.micro pap.	NIC II	NIC II
KHAS	45	NIC II	mosaico	NIC II	NIC III
FJS	46	NIC I	zona iodo neg.	NIC II	NIC III
MLFS	47	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC II	NIC I
RBMT	48	NIC II	mosaico	NIC II	Câncer micro invasor
MSS	49	NIC I	zona iodo neg.	NIC III	NIC II
RMC	50	INFLAM.	mosaico	NIC III	NIC III
SAD	51	NIC II	aceto branco	NIC II	NIC II
SS	52	INFLAM.	zona iodo neg.	NIC II	NIC I
NCM	53	NIC II	mosaico	NIC II	NIC III
GOGM	54	INFLAM.	zona iodo neg.	NIC II	NIC II
LG	55	INFLAM.	sup.micro pap.	NIC II	NIC II
MÊS	56	NIC III	zona iodo neg.	NIC II	NIC I
LVS	57	NIC II	sup.micro pap.	NIC II	NIC II
SOL	58	NIC II	zona iodo neg.	NIC II	NIC III
NCA	59	INFLAM.	mosaico	NIC II	NIC I
ERP	60	NIC III	zona iodo neg.	NIC III	NIC III

Anexo B-1(GRUPO-CONTROLE) CONTINUAÇÃO

nome (iniciais)	paciente	colpocitologia oncótica	colposcopia	anatomia patológica da biópsia do colo de útero	anatomia patológica da conização do colo de útero
VES	61	NIC I	mosaico	NIC II	NIC III
MRSL	62	NIC II	zona iodo neg.	NIC III	NIC II
RFGS	63	NIC III	zona iodo neg.	NIC III	NIC III
MRMS	64	NIC III	zona iodo neg.	NIC III	NIC III
ZMC	65	NIC II	zona iodo neg.	NIC II	NIC I
MLXM	66	NIC I	zona iodo neg.	NIC III	NIC III
DAV	67	NIC II	sup.micro pap.	NIC II	NIC III

Anexo C - CLASSIFICAÇÃO COLPOSCÓPICA ATUAL (1990)

A – ACHADOS COLPOSCÓPICOS NORMAIS:

Epitélio escamoso original
Epitélio colunar
Zona de transformação normal

B – ACHADOS COLPOSCÓPICOS ANORMAIS:

1 – Dentro da zona de transformação
Epitélio aceto branco* (plano, micropapilar ou microcircunvoluções)
Pontilhado*
Mosaico*
Leucoplasia*
Zona iodo negativa
Vasos atípicos

2 – Fora da zona de transformação (entocérvice e vagina)
Epitélio aceto branco*
Pontilhado*
Mosaico*
Leucoplasia*
Zona iodo negativa
Vasos atípicos

C – ACHADOS COLPOSCÓPICOS SUGESTIVOS DE CÂNCER INVASOR

D – ACHADOS COLPOSCÓPICOS INSATISFATÓRIOS:

Junção escamo colunar não visível
Inflamação intensa
Cérvice não visível

E - ACHADOS VÁRIOS:

Superfície micropapilar não aceto branco
Condiloma exofítico
Inflamação
Atrofia
Úlcera
Outros achados

* Indicar alterações maiores ou menores

Alterações menores

Epitélio aceto branco
Pontilhado fino
Mosaico fino
Leucoplasia tênue

Alterações maiores

Epitélio aceto branco acentuado
Pontilhado áspero
Mosaico áspero
Leucoplasia densa
Vasos atípicos
Erosão

Anexo D - (FICHA DE ANAMNESE)**IDENTIFICAÇÃO**

Nome:			
Nº prevenção:	Idade:	Nascimento:	/ /
Endereço:			
Telefone:			
Cidade:	Procedência:		
Profissão:	Cor:	Est. civil:	Escolaridade:

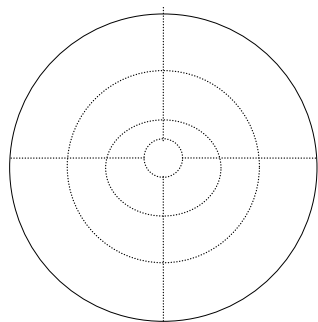
ANTECEDENTES

Menarca:	anos		
1º coito:	anos	Nº de parceiros:	O atual há:
Contracepção: pregressa: (sim) (não) Método:			
atual: (sim) (não) Método:			
Gesta:	Para:	PN () PF () PC ()	Abortamento: (sim)() (não)
Idade do 1º parto:	anos	Idade do último parto:	anos
Frequência de exame preventivo: regular () irregular ()			
Eletrocoagulação: (sim) (não) Quando foi a última vez?			
Antecedente de lesão condilomatosa: (sim) (não) Tratamento:			
No parceiro: (sim) (não) Tratamento:			
Tabagista: (sim) (não) Cigarros por dia:			
Etilista: (sim) (não) Drogas: (sim) (não) Tipo:			

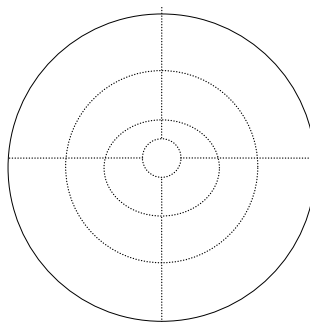
SEGUIMENTO

1º atendimento:	/ /	Palestra	retorno em:	/ /
2º atendimento:	/ /	Anamense, exame físico, vulvosopia, citologia oncológica, colposcopia e biópsia de colo uterino.	retorno em:	/ /
3º atendimento:	/ /	Eletrocoagulação	retorno em:	/ /
4º atendimento:	/ /	Conização por cirurgia de alta frequência		
5º atendimento:	/ /	Resultados dos exames e orientações		

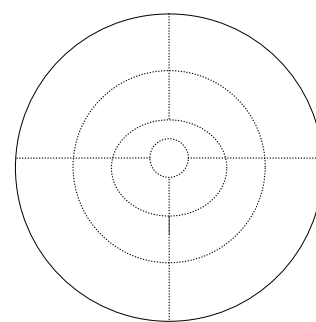
EX. FÍSICO:	MAMAS:
VULVOSCOPIA	
Grandes lábios:	Pequenos lábios:
Véstibulo:	Clitoris:
Teste de Collins:	
Biópsia: (sim) (não)	local:
COLPOSCOPIA	
Data: / /	
Inspecção vaginal:	
Ectocérvice:	
Coleta para citologia oncótica:	Ectocérvice () Endocérvice ()
Vasos sanguíneos após soro fisiológico:	
Inspecção após ácido acético:	
Inspecção com filtro verde:	
Junção escamo colunar:	
Prova de Schiller:	
Endocérvice:	
Biópsia de colo uterino:	
Data: / /	



ao exame



após Schiller



biópsia

Resultado da citologia oncótica:
Resultado anátomo patológico da biópsia de colo uterino:
Resultado anátomo patológico da conização de colo uterino:

Anexo E - (Consentimento livre e esclarecido)

Título do estudo: *A eletrocoagulação na terapêutica das lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau do colo uterino.*

Os objetivos e detalhes desse estudo foram completamente explicados a mim, conforme está no texto.

Eu entendo que não sou obrigado a participar do estudo e que posso desistir de continuar minha participação a qualquer momento, sem que isso prejudique meu atendimento médico.

Meu nome não será utilizado nos documentos pertencentes a este estudo e a confidencialidade dos meus registros médicos é garantida.

Eu concordo em participar do estudo e cooperar com o médico durante as consultas e procedimentos previstos.

Nome da paciente:.....Data:...../...../...../

Assinatura:.....Data:...../...../...../

Testemunha:.....Data:...../...../...../

Assinatura:.....Data:...../...../...../

Pesquisador:.....Data:...../...../...../

Assinatura:.....Data:...../...../...../

Anexo E (Consentimento livre e esclarecido)

Texto

Você está sendo atendida no ambulatório de prevenção de câncer ginecológico da Faculdade de Medicina de Sorocaba, seu encaminhamento para esse local se deve as alterações encontradas no seu exame de Papanicolaou (prevenção do câncer).

O resultado de Papanicolaou classe III ou IV, correspondem a possíveis indícios de alterações no colo do útero.

Há necessidade de se encontrar de onde essas células alteradas surgiram, fazer o diagnóstico e conduzir a forma do tratamento.

É possível que seja necessário efetuar uma biópsia do local suspeito para comprovar as alterações encontradas.

A partir dessa biópsia saberemos se será necessária cauterização (queimar a ferida) do colo do útero ou já indicaremos cirurgia. Dependendo do resultado será necessário a cauterização e a cirurgia posterior.

A cirurgia realizada é a “conização”, onde se retira uma porção do colo de útero incluindo a lesão. Esse procedimento é feita através da vagina, não é necessário cortar o abdome.

A cirurgia é feita em ambiente hospitalar, sendo sua permanência é curta e a alta hospitalar no mesmo dia.

O diagnóstico final será possível com essa cirurgia e, na maioria das vezes, o tratamento acaba por aqui.

Eu _____ declaro que li e entendi o explicado acima, declaro também que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Sorocaba, / /

Anexo F - (Critérios de inclusão e exclusão)

Critérios de inclusão:

- A – Diagnóstico anatomopatológico de lesão escamosa intra-epitelial cervical de alto grau.
- B – Consentimento livre e esclarecido para participação no estudo.
- C – Ausência de tratamento recente da lesão de colo de útero.

Critérios de exclusão:

- A – Gestação em curso ou período do puerpério.
- B – Diagnóstico de Imunodeficiência Adquirida (AIDS).
- C – Impossibilidade de acompanhamento clínico.
- D – Diagnóstico histopatológico de carcinoma invasor cervical.
- E – Concomitância de neoplasia intra-epitelial em vagina ou vulva.

LIAN, I. T. *Electrocoagulation in the therapeutics of high degree squamous intraepithelial lesions of the uterine cervix*. Botucatu, 2001. 113p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Abstract

Objective: Analyzing the efficiency of electrocoagulation as therapeutics in patients carrying high degree squamous intraepithelial lesion of the uterine cervix.

Patients and methods: 116 patients carrying high risk intraepithelial lesion of the uterine cervix were prospectively studied, randomly distributed, being 49 patients in the study-group and 67 patients in the control-group. Both groups were evaluated according to age, first copulation, parity, smoking habits, number of sex partners, drug usage, presence or previous condylomatous lesion of the vulva, race and schooling. Such variables were found to be even in both groups. All patients from both groups were submitted to colposcopy, oncological cytology and biopsy of the uterine cervix. The study- group patients were treated with electrocoagulation of the uterine cervix and later submitted to conization after two months. The control-group patients underwent conization only. To assess the significance of the results, qui-square and Kappa agreement test were used.

Results: In the study-group, electrocoagulation of the uterine cervix caused regression of the lesion in 73,5% of the cases, 20,4% remained unchanged, and there was progression in 6,1% of the cases. In the control-group, the results

showed regression of the lesion in 22,39% of the cases, 41,79% remained unchanged, and there was progression in 35,82% of the cases.

Conclusions: In our casuistry electrocoagulation did not reveal itself as a good therapeutic method for high degree squamous intraepithelial lesions; however, it is a reasonable alternative for the regression of, at least, one degree in the classification of cervical intraepithelial neoplasias.

Key-words: cervical pre-cancer; dysplasia; electrocoagulation.