



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

Manual de Orientação Trato Genital Inferior

CAPÍTULO 02
Ectopia

2010

Este Manual de Orientação foi gentilmente patrocinado pela GlaxoSmithKline (GSK)
Todo conteúdo deste manual é responsabilidade exclusiva da FEBRASGO



Manual de Orientação
Trato Genital Inferior



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetria

*Comissões Nacionais Especializadas
Ginecologia e Obstetria*

Trato Genital Inferior

Apoio:



GlaxoSmithKline

2010

Trato Genital Inferior e Colposcopia

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

DIRETORIA

Triênio 2009 - 2011

Presidente

Nilson Roberto de Melo

Secretario Executivo

Francisco Eduardo Prota

Secretaria Executiva Adjunta

Vera Lúcia Mota da Fonseca

Tesoureiro

Ricardo José Oliveira e Silva

Tesoureira Adjunta

Mariângela Badalotti

Vice-Presidente Região Norte

Pedro Celeste Noleto e Silva

Vice-Presidente Região Nordeste

Francisco Edson de Lucena Feitosa

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Hitomi Miura Nakagava

Vice-Presidente Região Sudeste

Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos

Vice-Presidente Região Sul

Almir Antônio Urbanetz

Manual de Orientação Trato Genital Inferior

2010



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

Comissões Nacionais Especializadas
Ginecologia e Obstetrícia
Trato Genital Inferior

Presidente: Nilma Antas Neves (BA)

Vice-Presidente: Newton Sérgio de Carvalho (PR)

Secretaria: Márcia Fuzaro Cardial (SP)

MEMBROS

Adalberto Xavier Ferro Filho (DF)
Adriana Bittencourt Campaner (SP)
Angelina Farias Maia (PE)
Cláudia Márcia de Azevedo Jacyntho (RJ)
Edison Natal Fedrizzi (SC)
Garibalde Mortoza Júnior (MG)
Isa Maria de Mello (DF)
José Focchi (SP)
Maricy Tacla (SP)
Neila Maria Góis Speck (SP)
Paulo Sérgio Vieiro Naud (RS)
Sílvia Lima Farias (PA)

COLABORADORES

Adalberto Xavier Ferro Filho (DF)
Adriana Bittencourt Campaner (SP)
Angelina Farias Maia (PE)
Cíntia Irene Parellada (SP)
Cláudia Márcia de Azevedo Jacyntho (RJ)
Edison Natal Fedrizzi (SC)
Garibalde Mortoza Júnior (MG)
Isa Maria de Mello (DF)
Joana Fróes Bragança Bastos (SP)
José Focchi (SP)
Márcia Fuzaro Cardial (SP)
Maricy Tacla (SP)
Neila Maria Góis Speck (SP)
Newton Sérgio de Carvalho (PR)
Nilma Antas Neves (BA)
Paula Maldonado (RJ)
Paulo Sérgio Vieiro Naud (RS)
Sílvia Lima Farias (PA)

Manual de Orientação Trato Genital Inferior

2010



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetria

1ª. Reunião de Consenso da FEBRASGO sobre Prevenção do Câncer do Colo Uterino

São Paulo / SP
21 de agosto de 2010

PARTICIPANTES

Adalberto Xavier Ferro Filho (DF)
Adriana Bittencourt Campaner (SP)
Angelina Farias Maia (PE)
Celso Luíz Borelli (SP)
Edison Natal Fedrizzi (SC)
Etelvino de Souza Trindade (DF)
Francisco Alberto Régio de Oliveira ((CE)
Garibaldi Mortoza Júnior (MG)
Gustavo Py Gomes da Silveira (RS)
Isa Maria de Mello (DF)
Jesus Paula Carvalho (SP)
Joana Fróes Bragança Bastos (SP)
Jurandyr Moreira de Andrade (SP)

Luciano Brasil Rangel (SC)
Luíz Carlos Zeferino (SP)
Manoel Afonso Guimarães Gonçalves (RS)
Márcia Fuzaro Cardial (SP)
Maricy Tacla (SP)
Neila Maria Góis Speck (SP)
Newton Sérgio de Carvalho (PR)
Nilma Antas Neves (BA)
Nilson Roberto de Melo (SP)
Paulo Sérgio Vieira Naud (RS)
Petrus Augusto Dornelas Câmara (PE)
Walquíria Quida Salles Pereira Primo (DF)

Manual de Orientação
Trato Genital Inferior

ÍNDICE

Colposcopia normal e alterada _____	9
Ectopia _____	28
Vulvoscopia normal e alterada _____	35
Dermatites vulvares _____	45
Dermatoses vulvares (Liquens) _____	50
Vulvovaginites _____	60
Vulvovaginites na infância _____	94
Herpes genital _____	106
Úlceras genitais (não DST) _____	115
Condiloma _____	122
Alterações citológicas _____	130
Rastreamento do câncer do colo uterino no Brasil _____	144
Condutas em exames colpocitológicos alterados _____	150
Neoplasia intra-epitelial cervical (diagnóstico) _____	156
Neoplasia intra-epitelial cervical (tratamento) _____	167
Lesões glandulares do colo uterino _____	175
Carcinoma microinvasor do colo uterino _____	185
Neoplasia intra-epitelial vaginal _____	193
Neoplasia intra-epitelial vulvar _____	199
Lesão anal HPV-induzida _____	207
Vacinação contra HPV _____	212



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

*Comissões Nacionais Especializadas
Ginecologia e Obstetrícia*

Trato Genital Inferior



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetria

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria.

Presidência

Rua Dr. Diogo de Faria, 1087 - cj. 1103/1105
Vila Clementino - São Paulo / SP - CEP: 04037-003
Tel: (11) 5573.4919 Fax: (11) 5082.1473
e-mail: presidencia@febrasgo.org.br

Secretaria Executiva

Avenida das Américas, 8445 - sala 711
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro / RJ - CEP: 22793-081
Tel: (21) 2487.6336 Fax: (21) 2429.5133
e-mail: secretaria.executiva@febrasgo.org.br

Este Manual de Orientação foi gentilmente patrocinado pela GlaxoSmithKline (GSK)
Todo o conteúdo deste manual é responsabilidade exclusiva da FEBRASGO



*Todo conteúdo deste Manual de Orientações pode ser encontrado
no site: www.febrasgo.org.br
Todos os direitos reservados à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria*

ECTOPIA

INTRODUÇÃO

A ectopia cervical caracteriza-se pela presença de epitélio colunar na ectocérvice, sendo observado frequentemente em adolescentes e adultos jovens. Embora seja de natureza benigna, a presença de ectopia pode favorecer a instalação de algumas doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como as originadas a partir da infecção pela *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e o Papilomavirus humano (HPV).

DEFINIÇÃO

Define-se ectopia como sendo a presença de epitélio colunar, incluindo glândulas e estroma, na ectocérvice.

Em uma situação ideal, espera-se que o colo uterino esteja revestido por epitélio estratificado escamoso e a junção escamocolunar situada ao nível do orifício externo. Entretanto, na presença de ectopia, observa-se o reposicionamento da junção escamocolunar (JEC) externamente ao orifício externo do colo, com consequente exposição do epitélio colunar ao meio vaginal.

Ao longo da vida, a JEC tende a adentrar o canal.



Fig. 1 - Colo normal



Fig. 2 - Teste de Schiller Negativo

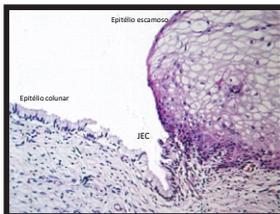


Fig 3. - Junção escamocolunar (JEC)

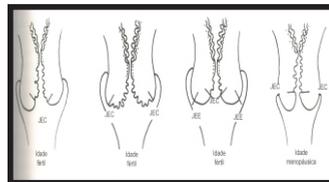


Fig 4. - Junção escamocolunar (JEC)

EPIDEMIOLOGIA

Estima-se em 20% a presença da ectopia em pacientes de ambulatório, de forma isolada. Essa frequência pode aumentar para até 50% se considerada sua associação com a zona de transformação.

O epitélio que recobre o colo uterino sofre mudanças de acordo com a idade. Por essa razão, o estudo do processo fisiológico de maturação do epitélio cervical e a possível relação entre contracepção hormonal e tabagismo com os mecanismos de maturação, nos permitem compreender a sua maior vulnerabilidade a determinados patógenos, principalmente em adolescentes e adultos jovens. Observa-se que mulheres na faixa etária de 15 a 24 anos apresentam as maiores taxas de infecção pela *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e o HPV^{1,2}. Acredita-se que a sua maior vulnerabilidade esteja relacionada não somente a fatores comportamentais, mas também a fatores biológicos, como a imaturidade fisiológica do colo uterino caracterizada pela presença de extensas áreas de ectopia e epitélio metaplásico imaturo.

FISIOPATOLOGIA E FATORES DE RISCO

O conhecimento das etapas do desenvolvimento embriológico do trato genital inferior justifica a hipótese de vulnerabilidade biológica.

O colo uterino e a vagina originam-se a partir da fusão das terminações distais dos ductos de Müller, que são estruturas recobertas por epitélio colunar. Entre a 18ª e 20ª semanas do desenvolvimento intra-uterino, ocorre substituição do epitélio colunar pelo epitélio estratificado escamoso. Essa etapa ocorre geralmente de forma incompleta, resultando na formação da junção escamocolunar que consiste na região de transição entre os epitélios colunar e estratificado escamoso. A imaturidade fisiológica do colo uterino caracteriza-se pela presença de extensas áreas de ectopia e epitélio metaplásico imaturo.

Por este motivo, o epitélio cervical é o primeiro sítio de infecção por agentes sexualmente transmissíveis. As células colunares são alvo da infecção pela *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Enquanto a zona de transformação, que é composta por células com intensa atividade mitótica, é mais vulnerável a infecção pelo HPV^{3,4}.

A metaplasia escamosa, que consiste na transformação do epitélio colunar em estratificado escamoso, pode ser desencadeada pela mudança no pH vaginal. Na menarca, em consequências das significativas alterações hormonais decorrentes da puberdade, desencadeiam-se mudanças no ambiente vaginal determinando a diminuição do pH vaginal. Isto estimula o processo de metaplasia escamosa, originando a zona de transformação, que é reconhecida como região susceptível a infecção a patógenos sexualmente transmissíveis. Baseada na hipótese de que alterações no pH influenciam o

grau de maturação cervical, postula-se que a acidificação do meio com consequente diminuição do pH estimularia o processo de metaplasia escamosa, ao passo que em ambiente alcalinos, como na vigência de vaginose bacteriana, a maturação do epitélio cervical poderia ser desacelerada ou revertida.



Fig. 5- Epitélio metaplásico

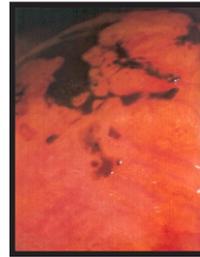


Fig. 6 - Epitélio metaplásico após teste de iodo

A influência de outros co-fatores no processo de maturação do epitélio cervical tem sido avaliada, dentre eles o uso de anticoncepcional oral (ACO). Sabe-se que o estrogênio e a progesterona promovem a proliferação celular e seus receptores estão presentes em número significativamente maior na zona de transformação do colo uterino. Portanto, o estímulo exógeno de doses de estrogênio e progesterona poderia acelerar o processo de metaplasia escamosa na zona de transformação⁵.

Estudos mostraram que a contracepção hormonal estava associada ao aumento da ectopia cervical. Postula-se que o estrogênio promova o edema estromal com consequente eversão do epitélio colunar na ectocérvice⁶. Entretanto, em outro estudo, Hwang et al observaram que o uso de anticoncepcional (ACO) de baixa dosagem eleva os níveis hormonais, em taxas que estimulam o epitélio cervical, mas não chegam a induzir o edema estromal. Já os ACOs de alta dosagem hormonal poderiam desencadear ambos os efeitos como os observados nos estudos progressivos. A avaliação colposcópica a cada 4 meses revelou que o uso contínuo de ACO de baixa dosagem por 2 anos estava associado ao aumento adicional de 2,3% na maturação do epitélio cervical⁷.

Em relação ao tabagismo, seus efeitos no processo de maturação do epitélio cervical não foram investigados anteriormente. Sabe-se que a nicotina e seus metabólitos estão presentes na secreção cervical e que o tabagismo está relacionado com a secreção de citocinas cervicais, que podem alterar o processo metaplásico^{8,9}. Segundo os resultados do estudo de Hwang et al observou-se aumento na maturação do epitélio cervical de 3,9% na avaliação colposcópica a cada 4 meses. Considerando-se o período de 2 anos, o ganho poderia ser traduzido em 23% de aumento de maturação em relação as pacientes não tabagistas⁷. Os dados acima sugerem que o tabagismo acelera o processo fisiológico de maturação cervical através da metaplasia escamosa. Entretanto, a resposta dinâmica do epitélio através do aumento da proliferação e atividade celular, torna o epitélio mais suscetível à infecção pelo HPV e outras DSTs.

Os fatores biológicos como a exposição aumentada a infecções ou trauma também podem influenciar o processo de maturação do epitélio cervical. Postula-se que infecções genitais, como a cervicite, promovam a maturação do epitélio cervical induzindo processo inflamatório e conseqüente reparo celular¹⁰.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A ectopia cervical é assintomática na maioria dos casos, sendo diagnosticada apenas no exame ginecológico de rotina. Entretanto, quando ela é extensa, pode manifestar-se na forma de corrimento de aspecto e consistência mucosa, a mucorréia.

Pode ocorrer também a presença de outros corrimentos, de características variadas, quando estão associados processos inflamatórios e/ou infecciosos de outras etiologias, favorecidos pela existência da ectopia.

DIAGNÓSTICO

A suspeita de ectopia cervical é realizada inicialmente durante o exame especular na consulta ginecológica. À inspeção do colo uterino, observa-se área avermelhada margeando o orifício externo do colo, que é denominada de mácula rubra.

Em uma segunda etapa, o exame colposcópico, utilizando-se ácido acético a 3% ou 5%, revela a presença de epitélio colunar ao redor do orifício externo, que se estende pela ectocérvice. A aplicação do ácido acético sobre o epitélio colunar provoca mudanças na coloração do epitélio, que inicialmente era avermelhado (mácula rubra) e torna-se esbranquiçado sob visão colposcópica. Simultaneamente, ocorre edema e engurgitamento das células, evidenciando o aspecto de “cachos de uva”. Em seguida, é utilizada a solução de Lugol para a realização do teste de Schiller, que se baseia na fixação do iodo pelo glicogênio presente nas células da camada intermediária do epitélio estratificado escamoso. Portanto, na presença de ectopia, que é constituída por epitélio colunar, não ocorre a fixação da solução iodetada.

A aplicação dos reagentes e a utilização do colposcópico na avaliação da ectopia permitem delimitar com maior e melhor precisão a transição do epitélio estratificado escamoso e colunar. Isto possibilita determinar a sua extensão, que tem implicação direta com a conduta terapêutica a ser seguida.



Figura 7



Figura 8



Figura 9



Figura 10



Figura 11



Figura 12 - Junção escamo colunar (JEC)



Figura 13 - Ectopia

TRATAMENTO

A ectopia cervical está associada ao processo metaplásico, havendo uma tendência a considerá-los fisiológicos. Se houver evidência da ocorrência de metaplasia, esta leva ao desaparecimento da ectopia, sendo um processo mais lento que o resultante de intervenções terapêuticas.

O tratamento ainda é muito realizado, apesar de haver uma tendência maior a atitude conservadora de observação clínica¹¹.

As justificativas mais comuns para indicar a terapêutica incluem: proteção contra o câncer de colo, transmissão de doenças, particularmente as sexualmente transmissíveis, e sintomas atribuídos ao exagero de secreção mucóide – corrimento.

Os métodos terapêuticos indicados podem ser divididos em:

❶ Químicos: mais comumente aplicações tópicas de ácido metacresolsulfônico, ácido tricloroacético e etc.

② Cirúrgicos: através de cauterização por diatermocoagulação, laser, aparelho de alta frequência e crioterapia.

A área tratada apresenta processo de reepitelização, sendo recoberta por epitélio escamoso, através de mecanismo de metaplasia. O tempo de recuperação esperado é de cerca de 8 semanas, com eficácia de 90%.

As complicações são raras, podemos citar estenose, processos inflamatórios, sangramentos, em geral controlados.

PROGNÓSTICO

A resolução do processo geralmente é atingida, com ou sem tratamento.

Em revisão sistemática publicada em 2008, a conclusão é de que mais estudos devem ser realizados para que se possa concluir pelo benefício do tratamento¹¹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Center for Disease Control (U.S. Department of Health and Human Services). Sexually transmitted disease surveillance, 2006. 2007 Nov.
2. Dunne EF, Unger ER, Sternberg M. Prevalence of HPV infection among females in the United States. *Jama* 2007;297(8):813-819.
3. Singer A. The uterine cervix from adolescence to the menopause. *Br J Obstet Gynecol.* 1975;82(2):81-99.
4. Moscicki AB, Burt LG, Kanowitz S, Darragh T, Shiboski S. The significance of squamous metaplasia in the development of low grade squamous intraepithelial lesion in young women. *Cancer* 1999;85(5):1139-1144.
5. Remoue F, Jacobs N, Miot V, Boniver J, Delvenne P. High intraepithelial expression of estrogen and progesterone receptors in the transformation zone of the uterine cervix. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(6):1660-5.
6. Critchlow CW, Wolner-Hanssen P, Eschenbach DA. Determinants of cervical ectopia and of cervicitis: age, oral contraception, specific cervical infection, smoking, and douching. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173(2):534-543.
7. Hwang LY, Yifei Ma, Benningfield SM, Clayton L, Hanson EM, Jay J, Jonte J, Medina CG, Moscicki, AB. Factors that influence the rate of epithelial maturation in the cervix of healthy Young women. *J Adolesc Health.* 2009;44(2):103-110.
8. Helberg D, Nilsson S, Haley NJ, Hoffman D, Wynder E. Smoking and cervical intraepithelial neoplasia: nicotine and cotinine in serum and cervical mucus in smokers and nonsmokers. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;158(4):910-3.
9. McCann MF, Irwin DE, Walton LA, Hulka BS, Morton JL, Axelrad CM. Nicotine and cotinine in the cervical mucus of smokers, passive smokers, and nonsmokers. *Cancer Epidemiol Biomarkers*

Prev. 1992;1(2):125-9.

10. Kiviat NB, Paavonen JA, Wolner-Hanssen P. Histopathology of endocervical infection caused by *Chlamydia trachomatis*, herpes simplex virus, *Trichomonas vaginalis*, and *Neisseria gonorrhoeae*. *Hum Pathol.* 1990;21(8):831-7.

11. Machado Junior LC, Dalmaso ASW, Carvalho HB. Evidence for benefits from treating cervical ectopy: literature review. *Sao Paulo Med J.* 2008; 126(2):132-9.

2010

Apoio:



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia