

## ROTEIRO PARA LAUDO COLPOSCÓPICO DO COLO, VAGINA E TRATAMENTO EXCISIONAL DO COLO UTERINO

---

A Associação Brasileira de PTGI e Colposcopia com o intuito de uniformizar a metodologia, e a documentação dos exames, propõe um laudo padronizado, a ser adotado em todo território nacional, pelos médicos que prestam serviços na área de patologia do trato genital inferior, propiciando segurança diagnóstica ao médico solicitante, proteção ao paciente e ao médico que executa o exame.

O laudo representa a documentação de um ato médico e se constitui numa consulta inter pares. Como tal é um documento legal que serve para assessorar outro colega na interpretação e conduta, bem como para acompanhamento e seguimento das patologias do trato genital inferior. Serve também para orientar a própria paciente. Um laudo colposcópico deve ser conciso, claro e utilizar uma linguagem compreensível e de abrangência nacional e internacional.

Ele pode variar em função da atividade desenvolvida, sendo mais complexo nos serviços universitários e centros de diagnósticos onde os dados de anamnese e epidemiológicos têm maior relevância.

Um laudo deve reunir no mínimo os seguintes requisitos:

### CABEÇALHO

---

- Dados da paciente:
  - Nome completo da(o) paciente
  - Data de nascimento
  - Número de Registro
  
- Dados do exame:
  - Nome da clínica e/ou do profissional responsável pelo exame
  - Data do exame
  - Data da última menstruação
  - Médico solicitante
  - Indicação do exame

Sempre que possível devemos orientar os colegas quanto ao encaminhamento para colposcopia e/ou outros exames.

### RELATÓRIO

---

- AVALIAÇÃO DO COLO DO ÚTERO
  - Descrever a macroscopia do colo e os aspectos gerais (coloração da mucosa, aspecto do muco cervical, tipo de orifício externo, etc.).

### DESCRIÇÃO DA COLPOSCOPIA – COLO DO ÚTERO

- Utilizar terminologia atualizada e recomendada (Rio 2011). Evitar termos e descrições obsoletas (p.ex. mácula rubra, colposcopia alargada, Zona iodo negativa muda e etc.). Diferente da Terminologia anterior, de Barcelona 2002, a nova Terminologia de 2011 descreve os achados colposcópicos para o colo uterino e para a vagina.
- Laudar se a colposcopia é adequada ou inadequada. Se inadequada, especificar o motivo (sangramento, inflamação, etc.). Colocar em "observações" a necessidade de tratamento e da repetição do exame. Importante se faz ressaltar que a não visualização da junção escamo-colunar não deve ser usado como critério de inadequação do exame.
- Especificar a visibilidade da junção escamocolunar: completamente visível, parcialmente visível e não visível bem como o Tipo de zona de transformação ( 1, 2 ou 3). ZT tipo 1 é completamente ectocervical e completamente visível, de pequena ou grande extensão. A ZT tipo 2 tem componente endocervical completamente visível e pode ter componente ectocervical de pequena ou grande extensão. A ZT tipo 3

tem componente endocervical que não é completamente visível e pode ter componente ectocervical de pequena ou grande extensão.

- No Brasil é muito comum o uso da classificação da Junção escamo-colunar proposta por F. Victor Rodrigues\* (anexo 2). No caso é aceitável sua utilização como um acréscimo à Terminologia usada. Definir a localização da JEC separadamente quando for distinta no lábio anterior e posterior. Para facilitar a compreensão do laudo, de preferência, a JEC deve ser descrita em localização ectocervical (ectopia), endocervical ou justa-orifical.
- Descrever achados anormais: Os princípios gerais consistem em descrever a localização (dentro ou fora da ZT e a localização de acordo com a posição do relógio) e o tamanho da lesão (número de quadrantes do colo uterino envolvidos pela lesão; tamanho da lesão em porcentagem do colo uterino). Fazer referência às características dos epitélios após a aplicação do Ácido acético a 3 ou 5%, os achados anormais são divididos em grau 1, grau 2 e não específicos: Grau 1 (menor): epitélio acetobranco fino, de borda irregular ou geográfica; mosaico fino; pontilhado fino. Grau 2 (maior): epitélio acetobranco denso, acetobranqueamento de aparecimento rápido, orifícios glandulares espessados; mosaico grosseiro; pontilhado grosseiro; margem demarcada; sinal da margem interna. Incluir achados anormais não específicos: leucoplasia (queratose, hiperqueratose); erosão; teste de Schiller (impregnação do lugol positiva/negativa).
- Descrever a captação do Lugol (corado ou não corado) ou teste de Schiller (negativo ou positivo).

#### **AVALIAÇÃO DA VAGINA**

---

- Descrever a macroscopia da vagina e os achados fisiológicos quando necessários e importantes (conteúdo vaginal, ETC).

#### **DESCRIÇÃO DA COLPOSCOPIA – VAGINA**

---

- Utilizar terminologia atualizada e recomendada (Rio 2011). Evitar termos e descrições obsoletas (p.ex. mácula rubra, colposcopia alargada, Zona iodo negativa muda e etc.). Diferente da Terminologia anterior, de Barcelona 2002, a nova Terminologia de 2011 descreve os achados colposcópicos para o colo uterino e para a vagina.
- Descrever se a colposcopia da vagina é adequada ou inadequada. Se inadequada, especificar o motivo (sangramento, inflamação, etc.).
- Laudar se a colposcopia da vagina é adequada ou inadequada. Se inadequada, especificar o motivo (sangramento, inflamação, etc.). Colocar em "observações" a necessidade de tratamento e da repetição do exame.
- Os princípios gerais consistem em descrever os achados anormais da vagina em: Terço superior/ 2 terços inferiores e anterior/posterior/lateral (direito ou esquerdo) Os achados anormais são divididos em grau 1, grau 2, suspeita de invasão e não específicos: Grau 1 (menor): epitélio acetobranco fino; mosaico fino; pontilhado fino. Grau 2 (maior): epitélio acetobranco denso; mosaico grosseiro; pontilhado grosseiro.
- Descrever achados anormais não específicos: epitélio colunar (adenose); impregnação da lesão pela solução de lugol (teste de Schiller; iodo positivo ou negativo) e leucoplasia.
- Descrever miscelânea da vagina: Erosão (traumática), condiloma, pólipos, cisto, endometriose, inflamação, estenose vaginal, zona de transformação congênita.

#### **PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES**

---

- Biópsia:
- Deve ser informado ao médico solicitante, sempre que possível e antes do exame, a possibilidade de realização de biópsia.

- Na presença de alterações no exame, procurar incluir alguma frase de advertência, como p.ex.: "Sugere-se, a critério clínico, biópsia sob visualização colposcópica da área descrita", ou expressão equivalente.
- Relatar local(is) da(s) biópsia(s), número de fragmentos e técnica utilizada (eletrocirurgia, bisturi rotativo, pinça saca-bocado, etc.) e se foram enviados para análise em frascos separados ou não.
- Procurar oferecer o consentimento informado (Modelo anexo), nos casos necessários.

#### **DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO EXCISIONAL DO COLO UTERINO**

---

A nova Terminologia de 2011 inclui a normatização para a descrição dos tipos de tratamento excisional do colo uterino. São considerados três tipos de excisão: tipo 1, tipo 2 e tipo 3, de acordo com os tipos de ZT. Quando a excisão é feita com cirurgia de alta frequência, na excisão tipo 1, a alça de tamanho 2 x 1,5 cm é apropriada. Na excisão tipo 2, em geral usa a alça de 2 x 2 cm ou maior e, na tipo 3, uma alça ainda maior é necessária.

As dimensões do espécime da excisão são descritas em:

- Comprimento: corresponde à distância da margem distal/externa à margem proximal/interna.
- Espessura: distância da margem estromal à superfície do espécime excisado.
- Circunferência (opcional): perímetro do espécime excisado.

#### **DOCUMENTAÇÃO ICONOGRÁFICA**

---

Recomenda-se constar sempre no laudo. O tipo de documentação (gráfico, fotografia, vídeo e etc.) é opcional e depende da disponibilidade do ambulatório, do consultório ou do serviço.

#### **CONCLUSÃO**

---

- Reflete a opinião do colposcopista baseado nos achados do exame realizado. Só deve ser conclusiva quando houver correlação positiva entre a colposcopia, a citopatologia e a histopatologia. Ao contrário deve ser "sugestivo de ..."
- Sugerir o grau de significância das lesões Exemplos: "Exame dentro dos padrões da normalidade". "Sugestivo de lesão de baixo grau", "Sugestivo de lesão de alto grau" ... etc., conforme indicado na Terminologia IFCCP – Rio - 2011.
- Não sugerir tratamento.

#### **RECOMENDAÇÕES**

---

- Pode ser sugerido o tempo de realização de novo exame (p.ex. 06 meses /1 ano, etc.). No caso de paciente menopausada e que apresente atrofia é válido recomendar o próximo exame sob efeito estrogênico. Sugerir outras recomendações pertinentes.
- Orientar para a necessidade de exame mais detalhado (sugerir vulvoscopia) na suspeita de alterações e/ou presença de sintomas clínicos e a mesma não foi solicitado.

#### **OBSERVAÇÕES**

---

Referir que o exame foi realizado seguindo a Terminologia da IFCCP – Rio 2011. Se possível adicioná-la ao laudo ou em impresso à parte.

#### **DATA, ASSINATURA E CARIMBO DO EXAMINADOR**

#### **ANEXO 1**

---

Localização da JEC segundo Victor Rodrigues

JEC 0 = exatamente no orifício externo (anatômico) do canal cervical

JEC +1 = pouco acima de JEC 0 , dentro do canal

JEC +2 = entre JEC +1 até a quarta parte da altura do canal

JEC +3 =entre JEC +2 e a metade da altura do canal

JEC +4 =na metade superior do canal cervical

JEC - 1 = pouco abaixo de JEC 0

JEC -2 =entre JEC -1 e a quarta parte da distância entre o orifício externo e o fundo de saco vaginal

JEC -3 =entre JEC -2 até a metade da distância entre o orifício externo e o fundo de saco vaginal

JEC -4 = de JEC -3 até o fundo de saco vaginal

## ANEXO 2

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (exemplo)

Paciente \_\_\_\_\_

Cédula de Identidade nº \_\_\_\_\_

Órgão Exp: \_\_\_\_\_

- O Dr. (a) \_\_\_\_\_ explicou-me claramente, a proposta do procedimento cirúrgico, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas do procedimento. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas inteira e satisfatoriamente.
- Autorizo o Dr.(a) \_\_\_\_\_ a executar em mim ou na paciente pelo qual sou responsável o seguinte procedimento cirúrgico: \_\_\_\_\_ ou outros procedimentos que o mesmo considere necessários frente a situações imprevistas, que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Eu reconheço que nenhuma garantia me foi dada sobre resultados, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para ser alcançado e obtido o melhor resultado.
- Eu confirmo que li e compreendi perfeitamente os itens acima, e que todos os espaços em branco foram preenchidos antes da minha assinatura. Eu anulei qualquer parágrafo ou palavra com os quais não estou de acordo.

Paciente ou Responsável.

\_\_\_\_\_

(Assinatura)

\_\_\_\_\_

(Nome em letra de forma)

Grau do parentesco do responsável: \_\_\_\_\_ Testemunha: confirma que a assinatura é do paciente ou do responsável \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ (Assinatura)

(Nome

em letra de forma)

Eu Dr.(a) \_\_\_\_\_ Certifico que expliquei o procedimento cirúrgico, os benefícios e alternativas do mesmo. Respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que ela ou seu responsável tenha tudo compreendido.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Assinatura:

\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_