



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

Manual de Orientação Trato Genital Inferior

CAPÍTULO 17

Carcinoma microinvasor do colo uterino

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:



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 Noletto 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 Vieira 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 Vieira 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*

CARCINOMA ESCAMOSO MICROINVASOR DO COLO UTERINO

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de casos de câncer cervical terá aumento de 40% nos próximos 10 anos, na população mundial de mulheres com 15 anos ou mais nos países em desenvolvimento¹. A estimativa do Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos para o ano de 2009 foi de 11.270 novos casos de câncer do colo uterino no país, com cerca de 4.070 mortes pela doença², apesar de ter havido importante queda na incidência (75%), desde a introdução do teste de Papanicolaou, há mais de 40 anos³. A identificação de mulheres com lesão intraepitelial cervical de alto grau (NIC II/III) contribuiu como a principal causa da queda destas taxas de incidência nos Estados Unidos⁴.

No Brasil, o câncer cervical é a terceira neoplasia maligna mais comum e a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres. São esperados cerca de 18.430 novos casos no Brasil para o ano de 2010. Em 2007 houve registro de 4691 casos de morte por câncer cervical no Brasil⁵.

Existe uma forma minimamente invasora do carcinoma cervical, reconhecida pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) desde 1961⁶ e descrita, inicialmente, por Mestwerdt (1947)⁷, denominada carcinoma microinvasor. É uma lesão definida microscopicamente, e sua importância, é que formas conservadoras de tratamento têm mostrado êxito terapêutico pela menor incidência de comprometimento linfonodal. O estadiamento proposto pela FIGO em 1994 incluía esta lesão no estágio I, subdividindo-a em IA1 e IA2. Este estadiamento foi revisado em 2009, não havendo mudanças nesta categoria⁸.

CONCEITO

A FIGO realizou revisão do estadiamento do câncer cervical em reunião de consenso do seu Comitê de Oncologia Ginecológica em 2009⁸, mantendo o estágio I dividido conforme quadro a seguir:

Quadro 1 - FIGO Committee on Gynecologic Oncology

Estádio IA	Carcinoma invasor somente diagnosticado microscopicamente com invasão até 5 mm e extensão até 7 mm
Estádio IA1	Invasão estromal = 3 mm em profundidade e = 7 mm de extensão
Estádio IA2	Invasão estromal > 3 mm e não >5 mm e com extensão não maior de 7 mm

Pecorelli et al, Int J Gynecol Obstet, 2009; 105:107-8

A profundidade de invasão não deverá ser maior do que 3 mm (estádio IA1) e/ou 5 mm (IA2) medida da base do epitélio do qual se originou. O envolvimento dos espaços vascular, venoso ou linfático, modifica o prognóstico, mas não altera o estadiamento. Lesões macroscópicas, mesmo com invasão superficial, são consideradas estágio IB.

Os principais fatores de risco associados à profundidade de invasão estromal são de acometimento do espaço linfovascular (ELV) e, conseqüente, aumento da probabilidade de metástase linfonodal, que pode influenciar a sobrevida. Estudo realizado por Benedet e Anderson (1996)⁹ demonstrou um percentual de metástase linfonodal de 1,9% quando a profundidade de invasão era de 1 a 2,9 mm, comparado a cerca de 8% de comprometimento linfonodal, nos casos que a profundidade de invasão variava de 3 a 5 mm. Ao mesmo tempo, neste estudo, houve observação da incidência de recorrência da doença e morte de 1,5% e 0,5%, respectivamente, nas pacientes com invasão de 1 a 2,9 mm. Nos casos que havia invasão de 3 a 5 mm, a incidência de recidiva foi de aproximadamente 4,2% e de morte foi calculada ser em torno de 2,4%.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do carcinoma microinvasor é histopatológico, ou seja, o diagnóstico definitivo da microinvasão é feito por meio de avaliação microscópica dos espécimes obtidos por conização ou histerectomia, que deve definir, principalmente, a profundidade de invasão estromal para o estadiamento.

Em citopatologia, microcarcinoma é um diagnóstico de suspeição e não uma entidade diagnóstica. A possibilidade de detecção do carcinoma microinvasor em um programa de rastreamento citológico de câncer cervical tem sido mais frequente e a importância desta suspeita é que o rápido encaminhamento e abordagem cirúrgica, destas pacientes, possibilitarão condutas conservadoras. Segundo estudo de Sykes et al. (2005)¹⁰, houve aumento na detecção do carcinoma microinvasor em Canterbury (Nova Zelândia) com a introdução do Programa Nacional de Rastreamento Cervical (National Cervical Screening Programme - NCSP) e queda na incidência do carcinoma francamente invasor. Segundo os autores deste estudo, como na maioria dos programas de rastreio, as pacientes com carcinoma microinvasor são encaminhadas por citologia alterada com

lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), num percentual que pode chegar a 82%.

Na nomenclatura brasileira, para laudos em patologia cervical do Ministério da Saúde foi incluída uma classificação citológica que contempla a possibilidade de invasão, que é descrita como “lesão de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor”. No Sistema Bethesda, esta categoria é descrita como “lesão intraepitelial escamosa de alto grau com características suspeitas de invasão”. Nestes casos observam-se células bizarras, amoldamento nuclear, formas sinciciais e nucléolos e poucos restos celulares¹¹ (Figura 1).

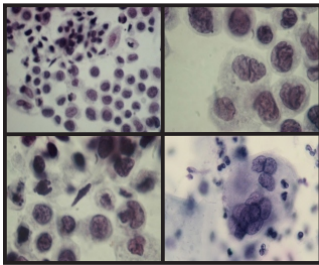


Figura 1 - Microfotografias de lâmina de citologia mostrando amoldamento nuclear, células bizarras, células multinucleadas, restos celulares, formas sinciciais e nucléolos. (Imagens cedidas pela Professora Cristina Mendonça, Instituto de Ginecologia, UFRJ).

Não se pode esquecer que a colposcopia faz parte do “tripé diagnóstico” das lesões precursoras e do câncer cervical, formado pela citologia de um lado e a histologia do outro, advinda da biópsia orientada pela imagem colposcópica. O tratamento deve ser indicado diante da suspeita de invasão, principalmente, se mostrar concordância da citologia e colposcopia (mesmo se não confirmada pela biópsia).

Não existe padrão colposcópico patognomônico que possa distinguir lesões microinvasoras das lesões intraepiteliais de alto grau, porém a acurácia colposcópica, neste diagnóstico, varia de 42,5% a 93%, segundo estudo de Veridiano et al. (1981)¹². Uma vez progredindo para doença, francamente invasora, os padrões colposcópicos mostram mudanças distintas que sugerem fortemente o diagnóstico de lesão invasora.

Kolstad (1989)¹³ mostrou em seu estudo que apesar da sensibilidade da colposcopia para o diagnóstico do carcinoma microinvasor não ser alta, a associação da citologia, com a biópsia dirigida pela colposcopia em área suspeita, abrevia o tempo de decisão do tratamento adequado. Mesmo assim, a detecção colposcópica de microinvasão tem sido objeto de estudos frequentes. Sugimori et al. (1979)¹⁴ concluíram que existe suspeita de carcinoma microinvasor quando mosaico, pontilhado e epitélio acetobranco cobrem toda a extensão da zona de transformação (ZT). Choo et al. (1984)¹⁵ observaram que as características colposcópicas de microinvasão incluíam três ou mais alterações epiteliais na ZT. Coppleson (1992)¹⁶ definiu, como suspeita de invasão incipiente, os aspectos colposcópicos que apresentavam: presença de tipos epiteliais diferentes dentro da ZT, vascularização aumentada e ulceração. Dexeus et al. (2005)¹⁷ também descreveram os

principais sinais colposcópicos que definiam a probabilidade de microinvasão: ZT anormal e extensa com inúmeros orifícios glandulares espessados, mosaico e pontilhado grosseiros, vasos atípicos de calibres variados com cursos bizarros e mudanças bruscas de direção ou fragilidade da lesão (Figuras 2).

O estudo de Tidbury e Singer (1992)¹⁸ mostrou a importância da extensão da lesão, concluindo que as lesões, onde existe invasão, são sete vezes maiores do que áreas de lesões intraepiteliais (NIC III) (Figura 3).

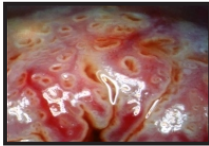


Figura 2 - Imagem colposcópica mostrando inúmeros orifícios glandulares espessados em extensa zona de transformação anormal. Sugere invasão. (Imagem cedida pela Dra. Paula Maldonado, Instituto de Ginecologia, UFRJ).

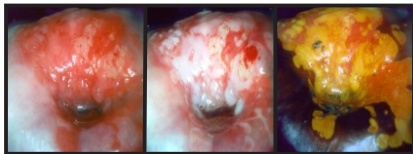


Figura 3 - Imagens colposcópicas em sequência, a 1ª mostrando a fase do soro fisiológico, a 2ª na fase do ácido acético e a 3ª na fase do Lugol (Teste de Schiller). Observa-se extensa área de congestão, com superfície irregular, ulceração, epitélio acetobranco denso, iodo negativo. Sugere invasão. (Imagens cedidas pela Dra. Paula Maldonado, Instituto de Ginecologia, UFRJ).

A presença de atipias vasculares tem sido relacionada com invasão estromal, porém este achado pode estar mais relacionado às lesões, francamente invasoras, do que a microinvasoras, numa proporção de 84 e 44% respectivamente¹⁹. Sillman et al. (1981)²⁰ realizaram estudo sobre a frequência de vasos atípicos entre pacientes com carcinoma *in situ* e pacientes com carcinoma invasor. Concluíram que atipias vasculares podem estar associadas com microinvasão e quando ausentes, nestes casos, podem significar doença focal (Figura 4).

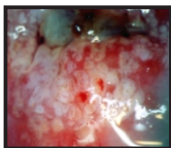


Figura 4 - Imagem colposcópica com extensa zona de transformação anormal, exibindo pontilhado e mosaico grosseiros e vasos atípicos. Sugere invasão. (Imagem cedida pela Dra. Paula Maldonado, Instituto de Ginecologia, UFRJ).

A biopsia não exclui microinvasão. O diagnóstico definitivo deve sair de peça cirúrgica (cone a frio ou eletrocirúrgico ou mesmo peça de histerectomia). As biopsias com alça diatérmica têm fornecido espécimes com maior quantidade de tecido para análise. Byrom et al. (2006)²¹ mostraram em estudo prospectivo a avaliação histológica mais segura para diagnóstico com alça diatérmica do que com saca-bocado.

É importante ressaltar que a medida da microinvasão é definida a partir da membrana basal e tem que levar em conta a extensão no epitélio de até 7 mm. As células apresentam perda do típico aspecto em paliçada e as células tumorais adjacentes à área de microinvasão têm maior diferenciação (são caracterizadas por células gigantes e bizarras, eosinofilia citoplasmática intensa e queratinização) (Figura 5). Podem ser observadas necrose e reação estromal linfoplasmocitária.

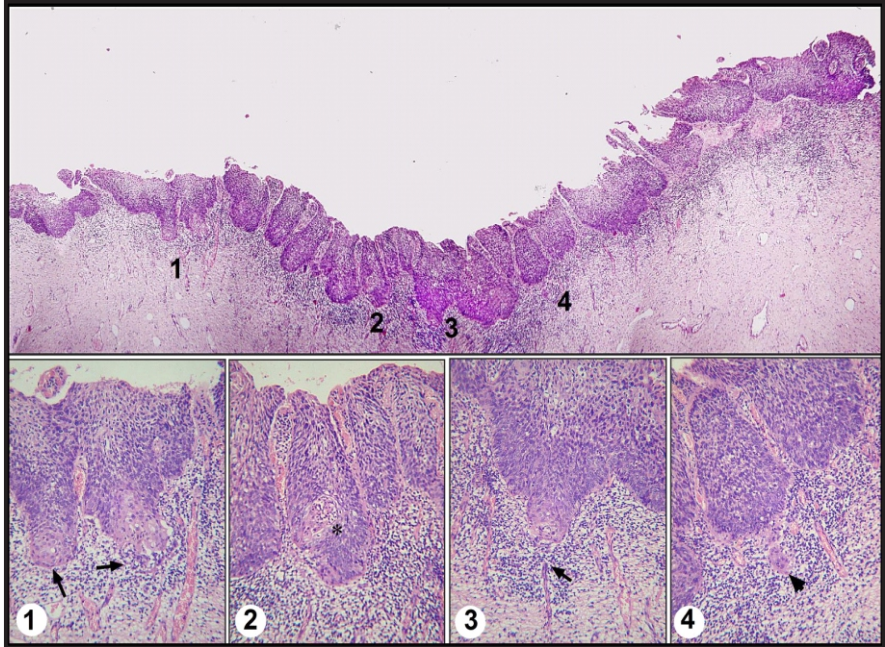


Figura 5 - Carcinoma microinvasor (estágio IA1). Na parte superior, visão panorâmica destacando-se por numerais os aspectos morfológicos relevantes para o diagnóstico da lesão, mostrados em maior aumento na parte inferior:

1. Duas invaginações epiteliais projetando-se em um córion densamente infiltrado e vascularizado. A primeira mostra contornos nítidos (seta da esquerda); na segunda, os limites são apagados pelo infiltrado inflamatório (seta da direita).
2. Franca epidermização com micro-abscesso (*).
3. Brotamento epitelial se projetando em direção a um vaso, em meio a denso infiltrado inflamatório, porém mantendo seus limites bem definidos.
4. Foco de invasão inicial, tendo na sua extremidade um grupo de células discarióticas (seta), ilhadas por denso infiltrado inflamatório e proliferação vascular.

(Imagens cedidas pelo Professor Roberto José de Lima, Chefe do Serviço de Anatomia Patológica do Instituto de Ginecologia / UFRJ).

É importante a avaliação da peça por patologista experiente para a correta medição da microinvasão, que deve ser feita com um micrômetro ocular. Além disso, a detecção de doença nas margens da peça cirúrgica e de invasão do EVL são observações que definem nova abordagem cirúrgica. A peça cirúrgica deve ter cortes escalonados de 60 a 90

lâminas (Hamperl) ou de 40 a 100 lâminas (Hertig) para facilitar toda a abordagem hhistopatológica e informar ao clínico o diagnóstico definitivo.

TRATAMENTO

Estádio Ia1

O tratamento conservador para pacientes no estágio IA1 do carcinoma escamoso cervical, com conização isolada, é eficaz e seguro, mesmo com invasão linfovascular e comprometimento de margens²². A conização é indicada, principalmente, quando a paciente não tem prole constituída, mas pode ser também tratamento definitivo em pacientes que não desejam mais gestar.

A técnica de conização deve ser baseada na experiência e treinamento do profissional. Pode ser com lâmina fria (convencional) ou por alça diatérmica (não tem sido contemplada a possibilidade do uso de eletrodo reto). A conização a frio provê sempre peça única e, em geral, com maior profundidade de ressecção, sendo por isso, a técnica mais indicada quando existe suspeita de invasão²².

Tseng et al. (1999)²³ mostraram em estudo comparativo de conização convencional e com alça diatérmica, que a conização com alça é procedimento aceitável para microcarcinoma, porém, deve conter apenas um fragmento. Os autores recomendam uso de alça larga (2,0 cm), realizada por profissionais treinados, sob observação colposcópica, em uma única passagem. Neste estudo, Tseng e colaboradores recomendam ainda curetagem endocervical em todos os casos para avaliação do restante do canal. A maior incidência de margens cirúrgicas comprometidas foi detectada com a fragmentação da peça e nas colposcopias insatisfatórias.

Em caso de margens comprometidas por lesão intraepitelial de alto grau ou microinvasão, é prudente uma nova abordagem ainda por conização (preferencialmente por bisturi frio). Nestes casos, existe possibilidade de haver invasão superior em profundidade ao microcarcinoma, e a histerectomia simples não será tratamento suficiente²⁴⁻²⁶. Pode se considerar definitivo o estadiamento quando a peça cirúrgica apresenta margens livres.

A histerectomia extrafacial (classe I - Piver) pode ser indicada quando a prole estiver completa e os ovários podem ser preservados. Não existe indicação de ressecção do manguito vaginal (a não ser em casos de extensão da doença, observado no exame colposcópico) e nem esvaziamento linfonodal.

Em caso de invasão do ELV, o tratamento deve ser semelhante ao estágio IA2.

Estádio IA2

Histerectomia radical (classe II - Piver) é o tratamento mais adequado, principalmente nos casos de invasão do ELV²⁶. Em casos onde a peça da conização mostra não haver invasão do ELV, pode ser indicada histerectomia extrafacial (classe I)^{25,27}. Quando existe desejo de gestar, a traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica retroperitoneal ou laparoscópica é uma opção cirúrgica para preservação da fertilidade^{24-25,27}.

A radioterapia (que também pode ser indicada nos casos de estágio IA1) é conduzida nos casos em que existem contraindicações cirúrgicas por idade ou problemas clínicos.

Quando a linfadenectomia não está indicada, a braquiterapia é tratamento de escolha^{25-26,28}.

SEGUIMENTO

Deve ser feito seguimento regular e periódico por meio de citologia e colposcopia, com intervalos mais curtos no primeiro ano (três a quatro meses) e a cada seis meses por três a cinco anos. Após os cinco anos, passar a acompanhamento anual. Realizar biópsia em caso de lesão suspeita^{25,29-30}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Bosch FX; Castellsagué X; Sanjosé S. HPV and cervical cancer: screening or vaccination? Br J Cancer 2008;98:15-21.
- 2 - NCI- NACIONAL CANCER INSTITUTE - U.S. National Institute of Health; Cancer topics; Cervical cancer. Disponível em < <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/cervical/>> Acesso em 19/2/2010.
- 3 - Katz IT & Wright AA. Preventing Cervical Cancer in Developing World. N Engl J Med 2006;354(11):1110.
- 4 - Feng Q; Balasubramanian A; Hawes SE; Toure P; Sow PS; Dem A; Dembele B; Critchlow CW; Xi L; Lu H; McIntosh MW; Young AM; Kiviat NB. Detection of hypermethylation genes in women with and without cervical neoplasia. J Natl Cancer Inst 2005;97(4):273-82.
- 5 - INCA - Instituto Nacional do Câncer – Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil 2010: Rio de Janeiro, INCA, 2010. Disponível em < http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao/> Acesso em 19/2/2010.
- 6 - Kottmeier HL. Ed. Annual report on the results of treatment in gynecological cancer. Stockholm: International Federation of Gynecology and Obstetrics. 1961;13:21-4
- 7 - Mestwerdt G. Die Frühdiagnose des Kollumkarzinoms. Zentralbl Gynäkol 1947;69:198-202.
- 8 - Pecorelli S; Zigliani L; Odicino F. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. Int J Gynecol Obstet. 2009; 105:107-8.
- 9 - Benedet JL & Anderson GH. Stage IA carcinoma of the cervix revisited. Obstet Gynecol 1996;87(6):1052-9.
- 10 - Sykes PH; Reddy J; Peddie DJ. Does regular cervical screening protect women from microinvasive squamous cell carcinoma of the cervix? A retrospective case-control study. BJOG. 2005;112:807-9.
- 11 - Solomon D; Davey D; Kurman R; Moriarty A; O'Connor D; Prey M et al. The 2001 Bethesda System

JAMA 2002;287(16):2114-9.

- 12 - Veridiano NP; Delke I; Tancer ML. Accuracy of colposcopically directed biopsy in patients with cervical neoplasia. *Obstet Gynecol.* 1981;58:185-90.
- 13 - Kolstad P. Follow-up study of 232 patients with stage IA1 and 411 patients with stage IA2 squamous cell carcinoma of cervix (microinvasive carcinoma). *Gynecol Oncol* 1992;45:9-12.
- 14 - Sugimori H; Matsuyama T; Kashimura M; Kashimura Y; Tsukamoto N; Taki I. Colposcopic findings in microinvasive carcinoma of the uterine cervix. *Obstet Gynecol Survey* 1979;34(11):804-7.
- 15 - Choo YC; Chan OLY; Hsu C; MA HK. Colposcopy in microinvasive carcinoma of the cervix – an enigma of diagnosis. *Br J Obstet Gynecol* 1984;91:1156-60.
- 16 - Coppleson M. Early invasive squamous and adenocarcinoma of cervix (FIGO Stage IA): clinical features and management. In: Coppleson M, ed. *Gynecologic Oncology 2nd edn.* London: Churchill Livingstone, 1992;17:631-48.
- 17 - Dexeus S; Cusidó MT; Cararach M. The colposcopic appearances of invasive lesions of the cervix (squamous cell carcinoma and adenocarcinoma). *CME J Gynecol Oncol* 2005;10:77-80.
- 18 - Tidbury P & Singer A. CIN 3: the role of lesion size in invasion. *Br J Obstet Gynecol* 1992;99:583-6.
- 19 - Hopman EH; Kenemans P; Helmerhorst Th JM. Positive predictive rate of colposcopic examination of the cervix uteri: an overview of literature. *Obstet Gynecol Survey* 1998;53(2):97-106.
- 20 - Sillman F; Boyce J; Fruchter R. The significance of atypical vessels and neovascularization in cervical neoplasia. *Am J Obstet Gynecol.* 1981;139(2):154-9.
- 21 - Byrom J; Doucey G; Jonesz PW; Tucker H; Millinship J; Dhar K et al. Should punch biopsies be used when high-grade disease is suspected at initial colposcopic assessment? A prospective study. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16(1)253-6.
- 22 - Lee SW; Kim YM; Son WS; You HJ; Kim DY; Kim JH; Kim YT; Nam JH. The efficacy of conservative management after conization in patients with stage IA1 microinvasive cervical carcinoma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88(2):209-15.
- 23 - Tseng CJ; Liang CC; Lin CT; Huang KG; Chou HH; Chang TC et al. A study of diagnostic failure of loop conization in microinvasive carcinoma of the cervix. *Gynecol Oncol* 1999; 73:91-5.
- 24 - Chang DY; Cheng WF; Torng PL; Chen RJ; Huang SC. Prediction of residual neoplasia based on histopathology and margin status of conization specimens. *Gynecol Oncol* 1996;63:53-6.
- 25 - Benedet JL; Bender H; Jones H 3rd; Ngan HY; Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 70(2):209-62.
- 26 - Stehman FB; Rose PG; Greer BE; Roy M; Plante M; Penalver M et al. Innovations in the treatment of invasive cervical cancer. *Cancer* 2003;98(9 Suppl):2052-63.
- 27 - Creasman WT; Zaino RJ; Major FJ; Disaia PJ; Hatch KD; Homesley HD. Early invasive carcinoma of the cervix (3 to 5 mm invasion): risk factors and prognosis. A Gynecologic Oncology Group study. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:62-5.
- 28 - Kesic V. Management of cervical cancer. *Eur J Surg Oncol* 2006;32(8):832-7.
- 29 - Raspagliesi F; Ditto A; Quattrone P; Solima E; Fontanelli R; Dousias V et al. Prognostic factors in microinvasive cervical squamous cell cancer: long-term results. *Int J Gynecol Cancer* 2005;15:88-93.
- 30 - Tseng CJ; Chang CC; Tseng CC; Hou HC; Wang CB; Chen CH et al. Loop conization for the treatment of microinvasive carcinoma of the cervix. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16:1574-8.

2010

Apoio:



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia