

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA-OBSTETRÍCIA

CRIOCAUTERIZAÇÃO EM ECTOCERVICITES

Paulo R. Toebe\*

Rubens L. Pagani Jr.\*

Orientação: Dr. Nazareno Amin\*\*

\* Doutorandos do Curso de Graduação em Medicina  
da Universidade Federal de Santa Catarina

\*\* Professor da Cadeira de Obstetrícia da UFSC

Florianópolis(SC), 1988

## AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Nazareno Amin, que através da sua orientação, apoio e incentivo, possibilitou-nos a realização deste trabalho.

## SUMÁRIO

CRIOCAUTERIZAÇÃO EM ECTOCERVICITE.....	03
. RESUMO.....	04
. INTRODUÇÃO.....	05
. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	07
. TÉCNICA.....	09
. RESULTADOS.....	11
. DISCUSSÃO.....	13
. CONCLUSÃO.....	21
. ANEXOS.....	24
. SUMMARY.....	28
. BIBLIOGRAFIA.....	29

CRIOCAUTERIZAÇÃO EM ECTOCERVICITES

## RESUMO

Os autores apresentam um estudo retrospectivo de 5 (cinco) anos, realizado na Clínica Ginecológica Obstétrica Adélia Amin em Florianópolis (SC), sobre o uso da criocauterização em lesões do colo, particularmente as ectocervicites classe II de Papanicolaou.

Foram analisados 112 casos (100%), dos quais 107 casos (95,54%) apresentaram cura clínica completa. Do total, 5 casos (4,46%) não apresentaram cura satisfatória. Confirma-se assim a experiência de outros artigos já publicados, demonstrando que a criocauterização é um método seguro e vantajoso no tratamento de processos inflamatórios de ectocérvice.

## INTRODUÇÃO

As cervicites (agudas e crônicas) são provavelmente a patologia ginecológica mais comum nas mulheres em sua vida adulta.

O sintoma que mais leva a paciente ao ginecologista é a leucorréia, sem dúvida sendo a queixa mais freqüente, é a mais incomodativa, daí porque impõem-se uma solução adequada a motivação principal.

As cervicites crônicas podem ser encaradas como foco e fator irritativo capazes de precipitar a transformação maligna do epitélio. Ainda cita-se a cervicite como fator precipitante ao desenvolvimento de doenças infecciosas em todo aparelho genital, podendo decorrer assim em esterilidade.<sup>(2)</sup>

O consenso atual em patologia cervical é de que todo colo deve estar bem epitelizado a fim de resistir às agressões patológicas.

A base do tratamento das cervicites é a destruição do epitélio inflamado que será substituído por epitélio escamoso normal. Esta destruição pode ser efetuada através da cauterização pelo gelo (criocauterização), que consiste na destruição local

e controlada de tecido mediante baixa temperatura. Temperatura menor de  $-50^{\circ}\text{C}$  que promove uma necrose do tecido. (8)

O emprego de baixas temperaturas no campo médico é conhecido há muitos séculos (os egípcios usavam baixas temperaturas para tratamento de traumas em 2.500 a.C., como referido por Hipócrates e Homero), e as suas propriedades antiedematosas, anésthicas e hemorrágicas não eram ignoradas na idade média. (9)

No campo ginecológico, podemos considerar Openchowski precursor desta terapia em 1883, que usou irrigação com água fria para terapia da cervicite crônica. (9) Mas foi somente no século XX que o benefício e a capacidade destrutiva do frio foi aumentada com a adição de novos instrumentos e substâncias refrigerantes. (8)

Inicialmente foi usado gelo seco (Pussi em 1919) e a primeira monografia no campo da ginecologia foi em 1930 com Logtait-Jacobs e Solene. (9) Em 1940, Weitznr usou neve carbônica ao invés de termocautério e em 1960 Bobow, Goldmann e Short publicaram sua experiência em 50 casos documentados pela citologia e estudos biológicos. (9) Eles também usaram neve carbônica aplicada a ecto e endocérvix. (8)

Em 1967, Ostergrd, Townsend e Hirose usaram o nitrogênio líquido a uma temperatura de  $-160^{\circ}\text{C}$  e relataram sua experiência em 75 casos. (9) Hoje em dia o método da criocauterização do colo uterino encontra-se amplamente difundido como terapêutica nas patologias benignas do colo em ginecologia, apresentando vantagens e desvantagens como tentará expor o conteúdo do trabalho a seguir.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

O trabalho objetivou a análise da distribuição da lesão do colo (ectocervicite) frente a faixa etária, paridade, índice de cura clínica e recidiva do método, (criocauterização).

Foram tratadas 112 pacientes relatadas no espaço de 5 (cinco) anos, todos de clínica privada, em regime ambulatorial, com período de revisão pós cauterização de no máximo 6 (seis) meses. O diagnóstico foi baseado em uma boa anamnese, exame ginecológico completo, tendo sido todas as pacientes submetidas ao exame citopatológico cérvico-vaginal, para determinar a natureza exata da lesão cervical. Foram estudadas pacientes com lesão crônica na ectocérvice, cujos laudos citopatológicos demonstravam processo inflamatório grau II de Papanicolaou. Também realizou-se a erradicação de agentes infecciosos patológicos em casos presentes tais como fungos, bactérias e protozoários previamente a aplicação da crioterapia.

As pacientes foram submetidas ao método no período pós menstrual, sem haver mais presença de fluxo menstrual, e em nenhuma delas utilizou-se qualquer meio anestésico ou analgesia antes ou após a aplicação da técnica.



A crioterapia foi realizada com aparelho utilizando gás  $\text{CO}_2$ , pela sua maior facilidade de obtenção e armazenamento que outros gases empregados como o nitrogênio. Além disso é um gás inerte, inodoro, atóxico e com ótima capacidade de congelamento.

O gás é liberado através de uma sonda especial, alcançando temperaturas de  $-20$  a  $-70^\circ\text{C}$  a uma pressão variando de 35 a  $60 \text{ kg/cm}^2$  de acordo com o tipo de criosonda.<sup>(9)</sup> O princípio utilizado baseia-se no efeito Joule-Thompson de congelação dos gases, em que se passa de alta para baixa pressão através de um pequeno orifício, retirando-se o calor do meio, produzindo-se o congelamento.<sup>(8)</sup> O cone necrótico obtido pela criocauterização destaca-se facilmente em torno de 8º dia, deixando um leito vermelho claro, constituído de tecido de granulação.

Em todos os casos, fez-se o uso do ácido metacresol-sulfônico como terapia adjuvante e recomendou-se abstinência sexual por 30 dias. A higiene peniana do parceiro antes do ato sexual e abolição do uso de papel higiênico pós evacuação foram medidas indicadas para a profilaxia de recidivas.

## TÉCNICA

A técnica utilizada visa o contato ideal da criosonda a uma temperatura adequada abrangendo toda extensão da área lesada, promovendo uma destruição do tecido suficiente a garantir o sucesso terapêutico. Para tal propósito procedeu-se da seguinte maneira:

1. Paciente em posição ginecológica.
2. Colocou-se o espécuro de tamanho adequado para que houvesse uma ampla exposição do colo uterino, e facilidade em seu manejo.
3. Realização do teste de Schiller que permitiu ver (definir) os limites da lesão.
4. Escolheu-se a criosonda adequada.
5. Manteve-se a sonda aplicada sobre o colo exposto pelo espécuro vaginal, exercendo uma leve pressão.
6. Ligou-se o aparelho.
7. Deixou-se congelar pelo tempo de 6 minutos.
8. Procedeu-se o descongelamento observando o tempo (variável) necessário ao desprendimento espontâneo da criosonda.

9. Não foi tracionada a sonda enquanto não houvesse descongelamento completo.
10. Realizou-se curativo com ácido metacresolsulfônico em óvulos.

## RESULTADOS

Em relação ao estudo feito sobre a criocauterização de ectocervicites obtivemos os seguintes resultados, de acordo com as tabelas a seguir expostas:

TABELA 1

### DISTRIBUIÇÃO DAS ECTOCERVICITES SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA (Anos)	Nº DE PACIENTES	%
10 a 19 anos	16	14,28%
20 a 29 anos	69	61,60%
30 a 39 anos	17	15,17%
acima de 39 anos	10	8,92%
TOTAL	112	100,00%

• Fonte: Arquivo médico da Clínica Ginecológica-Obstétrica Adélia Amin - Florianópolis - setembro de 1988.

Do total dos casos apresentados nesta tabela, podemos observar o predomínio das lesões do colo (ectocervicite) na faixa etária entre 20 e 29 anos, sendo que houve equilíbrio na distribuição entre as demais faixas etárias, em um percentual menor de casos.

Se dividirmos o número total de pacientes em 2 grupos:

I - Mulheres que nunca pariram.

II - Mulheres que pariram uma ou mais vezes.

Observamos um maior predomínio neste segundo grupo, como mostra a tabela a seguir:

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO DAS ECTOCERVICITES QUANTO À PRESENÇA DE PARIDADE

PRESENÇA DE PARIDADE	Nº DE CASOS	%
Não	47	41,96%
Sim	65	58,04%
TOTAL	112	100,00%

Fonte: Arquivo médico da Clínica Ginecológica-Obstétrica Adélia Amin - Florianópolis - setembro de 1988.

TABELA 3

ÍNDICE DE CURA CLÍNICA DAS ECTOCERVICITES  
TRATADAS PELA CRIOCAUTERIZAÇÃO

CONDIÇÃO CLÍNICA APÓS REVISÃO	Nº DE CASOS	%
Colo totalmente epitelizado	107	95,54%
Presença de cervicite	5	4,46%
TOTAL	112	100,00%

Fonte: Arquivo médico da Clínica Ginecológica-Obstétrica Adélia Amin, Florianópolis, setembro de 1988.

Os dados da tabela acima revelam um índice de cura de 95,54%, sobrepondo de modo significativo em número percentual os casos em que não houve sucesso terapêutico satisfatório pelo método da criocauterização.

## DISCUSSÃO

Durante a vida feminina ocorrem várias modificações histológicas no colo uterino; na vida intra-uterina e no período que se sucede ao nascimento, a junção escamo-colunar (JEC) situa-se, devido a carga hormonal recebida da mãe, além do orifício externo. Denomina-se então ectopia do epitélio glandular (1, 2,3,6).

Passada a influência hormonal materna a JEC adentra o orifício externo do colo. Como na puberdade há um aumento fisiológico da síntese hormonal, agindo sobre o colo, a JEC situar-se-á na altura ou além do orifício externo. Denominamos este fenômeno de ectopia, que ocorre em qualquer situação que haja um aumento dos níveis estrogênicos. Na menopausa com a queda deste nível, a JEC volta a situar-se dentro do canal endocervical (1, 2,3,6).

O epitélio escamoso é mais espesso e resistente do que o epitélio colunar glandular. Este epitélio colunar glandular não está adaptado para resistir os estímulos sofridos pelo tipo escamoso, portanto, na ectopia ele torna-se mais susceptível a traumatismos e infecções, frente ao ambiente vaginal hostil. Outra diferença está no tecido subjacente a estes epitélios. O te-

cido conjuntivo sob o epitélio escamoso é mais denso, sendo que sob o epitélio colunar é mais frouxo. Frente a um processo inflamatório, este último se edemacia e se desprende, levando a uma ectopia do tecido. Logo um processo inflamatório determina também uma ectopia. (1,2,3,4,6).

Na maioria das mulheres examinadas na menacme, o protótipo do colo é aquele que apresenta uma pequena mácula rubra, ou seja, uma pequena ectopia fisiológica. Portanto uma mulher que apresente uma mácula rubra, e assintomática, não é passível de interferência. Por outro lado é comum que ocorra processo inflamatório ou infeccioso agindo nesta ectopia, tornando o colo hiperemiado, edemaciado, com aspecto de um processo inflamatório, caracterizando a cervicite. (2,3,6)

A evolução deste colo pode tomar 3 caminhos: (5)

1. Cura anatômica a partir das células de reserva do tecido glandular, refazendo o mesmo epitélio.
2. Epitelização, quando o epitélio escamoso se projeta sobre o colunar, recobrando-o. Sob esta camada restam células de reserva do tecido anterior, resultando no que se denomina 3a. mucosa (presença concomitante destes dois tecidos).
3. Metaplasia, com as células de reserva do epitélio glandular imitando as células escamosas, caracterizando também a terceira mucosa.

Esta terceira mucosa é mais susceptível a processos inflamatórios e infecciosos, com uma maior potencialidade da malignidade inclusive. Daí mais um item importante para seu tratamento e prevenção. (5)

Definimos ectocervicite como processo inflamatório ou infeccioso do epitélio glandular do colo, secundário a uma ecto

pia. Como fatores principais predisponentes encontramos: genético (mácula rubra), hormonais (contraceptivos orais hormonais), traumáticos (partos vaginais principalmente), pH vaginal. (1,2,3, 4,6) Como clínica encontramos principalmente: fluxo vaginal, dispareunia, dor pélvica e esterilidade. O exame físico basicamente se resume ao exame especular considerando-se para o diagnóstico os seguintes aspectos:

1. Presença de mácula rubra;
2. Muco turvo ou purulento;
3. Edema e hiperemia do colo.

Ao toque observamos dor à mobilização e aspecto friável do colo. O exame complementar de grande valia é a colpocitologia oncótica cérvico vaginal, indispensável para certificarmos se o aspecto clínico corresponde ao citopatológico esperado (cervicite). (7,8,9,10)

Partindo da observação dos dados levantados neste trabalho, encontramos um predomínio na incidência da ectocervicite na faixa etária compreendida entre 20 e 29 anos. Esta parcela apresenta características importantes principalmente no que se refere ao desencadeamento e manutenção do processo inflamatório do colo. O início do relacionamento sexual em idade precoce, o uso de métodos contraceptivos com a conseqüente liberação sexual, a multiplicidade de parceiros, a freqüência das relações e a maior incidência de partos e doenças sexualmente transmissíveis colaboram para este fenômeno. Os contraceptivos hormonais orais são amplamente usados neste grupo etário. Como já citado anteriormente principalmente pela ação do estrogênio participam na gênese e manutenção da ectopia na JEC. As mulheres que hajam parido possuem o agravante do traumatismo de colo. Isto se dá porque no momento em que o colo dilata-se principalmente na ho-



ra da passagem do feto ocorrem lacerações na ectocérvice que expõe e everte o epitélio colunar glandular da endocérvice.<sup>(2)</sup> Estas fissuras retém as secreções constituindo-se numa condição favorável à instalação de um processo inflamatório crônico.

No estudo feito utilizou-se como medida coadjuvante a citopalogia cérvico-vaginal por duas razões: uma delas para termos certeza de tratar-se de uma patologia cujo tratamento fosse bem indicado para sua resolução completa, excluimos assim estar mos diante de um processo displásico ou mesmo neoplásico do colo uterino, que mudaria o plano terapêutico. A outra razão seria a identificação de possíveis agentes infecciosos mais comuns: cândida albicans, trychomonas e gardnerella vaginalis. Se não houver erradicação prévia tanto da paciente quanto do seu parceiro sexual (desses agentes citados), corremos o risco de insucesso no tratamento da ectocervicite. A presença deste microorganismos na cavidade vaginal colonizaria novamente a área submetida a criocauterização voltando a manifestar os mesmos sintomas pelos quais motivaram o tratamento.<sup>(7,8,9,10)</sup>

O fato de ter-se adotado o período ideal para submeter a paciente a crioterapia no período pós menstrual, justifica-se pela menor possibilidade de uma gravidez, em cujas circunstâncias poder-se-ia promover um abortamento.<sup>(7,9)</sup> Também o sangue menstrual acumulado na vagina propicia o desenvolvimento de infecção bacteriana secundária, visto que serviria de um ótimo meio de cultura para tal.

A criocauterização na cura das cervicites passou a ser indicada, partindo-se da observação elementar de que o uso de pomadas, cremes, óvulos e soluções cáusticas, tentando a cura, só alcançavam algum êxito nos casos em que o epitélio colunar glandular ainda não era hiperplásico e não se aprofundava, se-

cretando menos muco, permitindo precariamente o contato do agente farmacológico com a superfície da lesão.

A criocauterização é o congelamento do epitélio cervical patológico, mediante baixa temperatura.<sup>(8)</sup> É uma técnica usada comumente no tratamento das ectocervicites e vem demonstrando bons resultados desde o início do seu emprego.

Existem duas técnicas utilizadas na criocauterização. A primeira consiste em um episódio único de congelamento que foi rotina nas pacientes estudadas.

A segunda, consiste no duplo congelamento (congelar 3 minutos, descongelar 3 minutos e recongelar 3 minutos). Esta técnica torna o colo mais susceptível a lesões decorrentes do traçãoamento da sonda.

Normalmente uma camada de gelo de até 8 mm em torno da sonda tem sido usada para determinar a dimensão da congelação.<sup>(8)</sup> Com esta técnica de profundidade, o raio de penetração de congelamento é de 6 a 8 mm de profundidade.<sup>(8)</sup> Visa-se a destruição total do epitélio colunar glandular (secretor) ectópico, que será substituído a partir de células jovens do epitélio escamoso, deslocando a JEC dentro do canal endo cervical (CEC).

Os mecanismos de destruição tissular por congelamento ainda não são bem claros, sendo que envolvem bases físicas e bioquímicas. O gelo formado no espaço intercelular resulta em um estado hipertônico por concentração de íons como o sódio e o cloro. O aumento de pressão osmótica neste espaço atrai água intracelular, o que resulta numa desidratação da célula e mais líquido extracelular para formar gelo. Seguem o colapso da célula e o rompimento da membrana. As mudanças citológicas básicas da criocauterização são, no início uma linha de demarcação que se-

para o tecido normal do congelado, seguido imediatamente por uma vaso congestão, infiltração de leucócitos e necrose. Em 72 horas há perda da arquitetura celular, condensação do estroma e hialinização. O processo degenerativo é rápido e os efeitos a longo prazo são de uma hialinização difusa. A junção escamo colunar é vista do canal endo cervical. (7,8,10)

Eis o esquema do processo de regeneração com o uso do criocautério: (8)

- . 24 horas - Edema, hiperemia
  - necrose, infiltração de leucócitos PMN
  - necrose das veias e artérias
  - trombo nos canais vasculares.
- . 7 dias - necrose
  - trombo nos vasos
- . 2 semanas- ainda observa-se necrose
  - tecido de granulação
  - novos capilares sangüíneos
- . 4 semanas- epitélio escamoso imaturo
- . 6 semanas- colo normal.

A completa reepitelização do colo ocorre em torno de 6 semanas em 95% dos casos. (8)

Em geral, as pacientes notificam o médico que após a criocauterização ocorre um incremento líquido vaginal, durante os 7 primeiros dias. Traduz-se por um fluxo serosanguinolento contínuo. Torna-se necessário orientar a paciente a respeito. (9) Observar também que este líquido possui grande concentração em potássio, sendo que os autores referem um quadro de astenia nestes casos. (9) A presença de sangramento é rara, pois o cone ne-

crótico da criocauterização desgarrar-se mais cedo e mais facilmente do restante do tecido normal. É importante obedecer o período de abstinência sexual a fim de evitarmos um sangramento pelo trauma, com possível desgarramento da escara. Discreta cólica pode estar presente durante a aplicação do método.

O uso rotineiro do ácido metacresolsulfônico no período pós criocauterização procura obter um processo cicatricial mais rápido, com maiores benefícios para os pacientes. Entre as principais propriedades deste ácido, destacamos: (11)

1. Elevada acidez (pH 0,6), não agredindo o tecido vivo enquanto que o tecido necrosado é coagulado e eliminado rapidamente; ação homostática nas hemorragias parenquimatosas; atua sobre os linfáticos, obstruindo-os, e deste modo diminuindo a secreção da área cruenta. (11)
2. Ação desnaturante sobre as albuminas, evitando formação de produtos de desintegração e o desenvolvimento bacteriano, prevenindo o aparecimento de infecções secundárias. (11)
3. O tempo de cicatrização é diminuído acentuadamente, através das ações citadas, bem como da indução de metaplasia escamosa dos recessos glandulares. (11)

A abstinência sexual nos primeiros 30 dias pós criocauterização justifica-se pelos seguintes fatos:

1. Contato do pênis com o colo durante o ato sexual, irritando o tecido em processo de cicatrização, forma um ferimento aberto susceptível a infecções. (2,6)
2. O órgão sexual masculino funciona como um veículo encarregado de levar até a vagina agentes patológicos infecciosos, que como mencionado anteriormente são causas de insucesso do método. (2,6)

3. Recomenda-se a higiene peniana, principalmente na glândula e prepúcio, considerando-se o esmegma como fator irritativo do colo uterino, proscree-se o uso do papel higiênico pós evacuação, substituindo-o pelo banho higiênico com água e sabonete. (2,6)

A partir da análise de todos procedimentos e conduta na aplicação do criocautério já descrito anteriormente, observamos um alto percentual de cura clínica nas ectocervicites como se demonstra na tabela nº 3. A literatura disponível oferece resultados que variam em torno de 90% a 95% de cura clínica em ectocervicite, o que vem a confirmar os resultados obtidos neste trabalho. (6,7,8,9,10) Estes índices são variáveis visto que é necessário além de uma boa técnica por parte do profissional, a colaboração da paciente no que diz respeito a manutenção das condições adjuvantes anteriores e posteriores ao uso da congelação garantindo assim o sucesso técnico e o alto índice de cura.

## CONCLUSÃO

Concluimos este trabalho tendo a certeza de que o estudo mais aprofundado nos trouxe benefícios no campo do conhecimento das cervicites, que acomete inúmeras mulheres, e, da possibilidade de um tratamento efetivo e seguro na maioria dos casos, que se constitui na crioterapia. Pesquisando sobre este assunto chegamos às seguintes conclusões:

1. As ectocervicites predominaram na faixa etária entre os 20 e 29 anos em cerca de 61%. Trata-se pois na parcela da população onde a atividade sexual e parto são mais intensos, favorecendo os fatores de agressão ao colo uterino, bem como um amplo uso de contraceptivos hormoniais orais.
2. As mulheres que apresentavam passado de parto vaginal predominavam em relação às nulíparas, frente à distribuição dos casos de ectocervicite. Este fenômeno decorreu do fator de risco próprio do grupo como já mencionado no decurso deste.
3. Citamos como procedimento de grande importância uma boa revisão do colo uterino após a retirada da placenta. Procurando-se assim restaurar algum dano que acometera o colo, e que no futuro, predispô-lo-ia a uma cervicite.

4. Foram fundamentais as medidas profiláticas observadas pela paciente, bem como de seu parceiro sexual, tomadas antes e após a aplicação da técnica.
5. O emprego da criocauterização do colo nas ectocervicites constituiu-se em um excelente método terapêutico, visto que apresentou altos índices de cura clínica.
6. Foi um procedimento que apresentou um manejo técnico fácil de ser realizado.
7. O tratamento foi realizado a nível ambulatorial, não necessitando de internação.
8. Não exigiu procedimentos anestésicos prévios ou posteriores ao uso da técnica.
9. Ausência ou presença insignificante de dor, constituindo-se em um procedimento pouco estressante para a paciente.
10. Não promoveu estenose ou sinéquia do canal endocervical.
11. As principais causas de falha do tratamento a base de criocauterização ocorrem devido principalmente a um tempo de congelação inadequado, a não colaboração da paciente na observância das medidas profiláticas e a falha do profissional em fazê-la diante de condições contaminadas.
12. Cita-se como desvantagem a descarga aquosa que ocorre até a primeira semana após aplicação do método terapêutico.
13. A elevação da junção escâmo colunar acima do orifício externo do canal endo cervical, ocorrida, dá maior proteção ao colo.
14. A tendência atualmente é de indicar o método de criocauteri-

zação como principal escolha terapêutica nos tipos de lesões que beneficiam-se com seu emprego, visto que suas vantagens e benefícios superam em muito os seus valores contrários.



A N E X O S

## CLASSIFICAÇÃO CITOPATOLÓGICA DE ESFREGAÇO CÉRVICO VAGINAL

Adotamos a classificação de Papanicolaou e Traut (1943) acrescida de algumas modificações atualizadas.<sup>(12)</sup>

Classe I - Esfregaço negativo para malignidade. São observadas apenas células normais.

Classe II - Esfregaço igualmente negativo para malignidade. São vistas células c/alterações nucleares e citoplasmáticas, mas sem atipias. Tais células são comuns em vaginites e processos distróficos da cérvix. No esfregaço são encontrados elementos inflamatórios, histiócitos, alterações distróficas e ausência de atipias.

Classe III - Trata-se de esfregaço duvidoso, cujas células são alteradas mas não é possível determinar se são benignas ou malignas. Subdividem-se em:

- a) Displasia leve - há poucas células discarióticas entre as normais. Boa maturação núcleo citoplasmática, com relação N/C pouco alterada. Fundo limpo.

b) Aspecto sugere displasia moderada. Abundância de células discarióticas com boa maturação núcleo citoplasmática. Há predominância de células normais, mas há frequentes elementos atípicos espalhados, com núcleos volumosos. Citoplasma abundante e maduro.

c) Aspecto sugere displasia grave - Aspecto homogêneo com muitas células atípicas isoladas, sendo a maioria do tipo profundo. Hiper Cromasia, alteração relação N/C, grandes nucléolos.

Classe IV - Esfregaço é suspeito de malignidade, sendo que algumas células se apresentam francamente atípicas. Células profundas e intermediárias com núcleos atípicos. Considera-se como carcinoma "in situ".

Classe V - Caracteriza-se pela presença de muitas células atípicas, podendo formar grupamentos. Sugestivo de Carcinoma invasivo.

## SUMMARY

The authors show a retrospective study of 5 years, made at Gynecological-Obstetric Clinic "Adélia Amin" in Florianópolis (SC), about use of criotherapy in cervical lesions, mainly class II of Papanicolaou ectocervicitis.

It was studied 112 patients (100%) while 107 of them (95,54%) presented a total resolution of the lesions. In 5 cases (4,46%) there wasn't no satisfactory resolution of the disease.

This study, like others who were published, shows that the criotherapy is a safety and effective method in the ectocervicitis treatment.

## BIBLIOGRAFIA

1. NOVAK, Edmund R. et alli. Tratado de Ginecologia; Doenças Benignas da Cérvix. 10a. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1983, p.238-242.
2. BENSON, Ralph C. et alli. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétricos; Transtornos de la Cérvix Uterina. 2a. Ed. México, Editorial el Manual Moderno. p.195-202 .
3. IEFECOATE, Norman. Princípios de Ginecologia; Infecções afetando os órgãos genitais. 4a. ed. São Paulo, Manole, 1979 p.389-391.
4. RIBEIRO, Edgar da Rosa. Ginecologia Básica; Infecções em ginecologia. 1a.Ed. São Paulo, Sarvier, 1981, p.161-164.
5. ROBBINS, Stanley L. & CONTRAN, Ramzis, Patologia Estrutural e Funcional; Colo Uterino. 2a.Ed., Rio de Janeiro, Intera Americana, 1983, p.1041-1043.
6. MALBE, Hans Wolfgang et alli. Tratado de ginecologia. Ginecopatia Benignas da adolescência. 1a.Ed., São Paulo, Livraria Roca, 1987, p.771.
7. MOREIRA, Manoel de Almeida & SILVA, Carlos Augusto. Bases da Criocauterização em ginecologia. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 92 (2): 99-101, 1982.
8. COSTA, Maria Regina & TENG, Nelson. Tratamento conservador da neoplasia intraepitelial cervical. Femina, p.691-702, Agosto, 1988.

9. COHEN, Louis N. et alli. A crioterapia no tratamento das cervicites crônicas, Jornal Brasileiro de Ginecologia. 86 (4): 199-203, 1978.
10. BRYSON, Peter S.C. et alli. The Treatment of grade 3 cervical intraepitelial neoplasia with cryoterapia: an 11-year Experience. AM J.Obstet Ginecol. 151 (2) - 201-206, janeiro de 1985.
11. LOMANDO S.R. & FERRARIA, Estudo da ação do ácido metacresol-sulfônico com metanal em pós-cauterização do colo uterino F. Med. (BR); 86 (5) : 367-369, 1983.
12. PIATO, Sebastião. Diagnóstico e Terapêutica em Ginecologia Citologia Oncótica., 3a. ed., Rio de Janeiro, São Paulo, Livraria Atheneu, 1986, p. 41-47.

TCC  
UFSC  
TO  
0217

N.Cham. TCC UFSC TO 0217  
Autor: Toebe, Paulo.R  
Título: Criocauterização em ectocervicit



972808688

Ac. 254351

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM