

PÓLIPO ENDOMETRIAL E ADENOCARCINOMA DO TIPO SEROSO EM MULHER MENOPAUSADA: RELATO DE CASO

ENDOMETRIAL POLYP AND SEROUS ADENOCARCINOMA IN A MENOPAUSAL WOMAN: CASE REPORT

SHAKESPEARE NOVAES CAVALCANTE DE MELO¹, RUI GILBERTO FERREIRA², VICTÓRIA FRANCO GONÇALVES², LÍVIA MARIA OLIVEIRA SALVIANO², VALDIVINA ETERNA FALONE¹, WALDEMAR NAVES DO AMARAL².

RESUMO

O pólipo endometrial pode se transformar em adenocarcinoma do tipo seroso. Pacientes com sangramento uterino anormal após a menopausa e com diagnóstico de pólipo endometrial devem ser acompanhadas mais amiúde para detectar precocemente a transformação maligna. Quanto mais precoce o diagnóstico e a excisão do pólipo, maiores as chances de um tratamento bem-sucedido.

Relata-se um caso de sangramento uterino anormal de paciente menopausada, 63 anos, com diagnóstico de pólipo endometrial à histeroscopia diagnóstica. O pólipo foi retirado, mas não se obteve resolução do sangramento após o procedimento. A conduta foi à retirada completa do útero e envio do espécime para diagnóstico anatomopatológico. O resultado final foi adenocarcinoma do tipo seroso. A paciente foi submetida a uma laparoscopia para obtenção de lavado peritoneal e foram biopsiados os seguintes sítios anatômicos: fundo de saco posterior, grande omento, fossas ilíacas direita e esquerda, flancos direito e esquerdo. O resultado do lavado peritoneal foi compatível com adenocarcinoma. Os demais foram negativos.

PALAVRAS-CHAVE: ADENOCARCINOMA ENDOMETRIAL, HISTEROSCOPIA, DIAGNÓSTICO, PÓLIPO ENDOMETRIAL.

ABSTRACT

The endometrial polyp may become serous adenocarcinoma. Patients with abnormal uterine bleeding after menopause and with a diagnosis of endometrial polyp should be followed more frequently to detect the early malignant transformation. The earlier the diagnosis and excision of the polyp, the greater the chance of a successful treatment.

We report a case of abnormal uterine bleeding of a menopausal patient, 63 years old, diagnosed with endometrial polyp by office hysteroscopy. The polyp was removed, but resolution of the bleeding was not obtained after the procedure. The conduct was the complete removal of the uterus and delivery of the specimen for anatomopathological diagnosis. The end result was serous type adenocarcinoma. The patient underwent laparoscopy to obtain a peritoneal lavage, hysterectomy, bilateral adnexectomy and biopsies of the following anatomical sites: posterior cul-de-sac, greater omentum, right and left iliac fossae, right and left flanks. The conclusion of peritoneal lavage was compatible with adenocarcinoma. The others were negative.

KEYWORDS: ENDOMETRIAL ADENOCARCINOMA, HYSTEROSCOPY, DIAGNOSIS, ENDOMETRIAL.

INTRODUÇÃO

O câncer de endométrio é o câncer ginecológico mais comum nos Estados Unidos. A Sociedade Americana do Câncer estima que em 2017 cerca de 61.380 novos casos de câncer do útero serão diagnosticados. Desses, 10.920 mulheres acometidas pelo câncer do corpo uterino irão falecer ¹. No Brasil a estimativa para 2016 foi de 6.950

casos novos com um risco estimado de 6,74 casos (3,4%) por 100 mil mulheres. Em Goiás a estimativa foi de 170 : 100.000 (5,38%) e para a capital, Goiânia, de 70:100.000 mil (9,48%) ².

Ele pode ser classificado em dois tipos. Cada tipo apresenta diferença na carcinogênese, epidemiologia e fator prognóstico. O tipo 1 é denominado carcinoma endometrial

1. Schola Fértil
2. Universidade Federal de Goiás

Endereço para correspondência:
Waldemar Naves Do Amaral
Email: waldemar@sbus.org.br

do tipo endometriode e está relacionado ao estrogênio. Esse tipo é considerado de baixo grau de malignidade e originário de hiperplasia atípica. Os fatores de risco já identificados para esse tipo são a obesidade, nuliparidade, excesso de estrogênio, hipertensão arterial e diabetes. Já o do tipo 2 apresenta alto grau de malignidade e pode apresentar dois tipos histológicos: seroso e células claras. Acomete principalmente as pacientes com idade mais avançada quando comparada com o do tipo ^{1,2}.

Durante a vida, as mulheres têm um risco de 2,6% de desenvolverem neoplasia do endométrio. As neoplasias do endométrio correspondem, aproximadamente, a 3,6% de todos os cânceres femininos ².

Um dos sinais que pode estar associado ao câncer de endométrio na menopausa é o sangramento uterino anormal (SUA). Miomas, pólipos, adenomioses e distúrbios da coagulação que cursam paralelo com ciclos endometriais podem levar ao SUA. As três primeiras doenças citadas são, geralmente, afecções benignas, entretanto, elas podem malignizar. E essa é a razão pela qual qualquer sangramento uterino anormal deve ser pesquisado para que se possam excluir processos malignos. A Figura 1 apresenta o algoritmo de conduta na fase não aguda do sangramento uterino anormal.

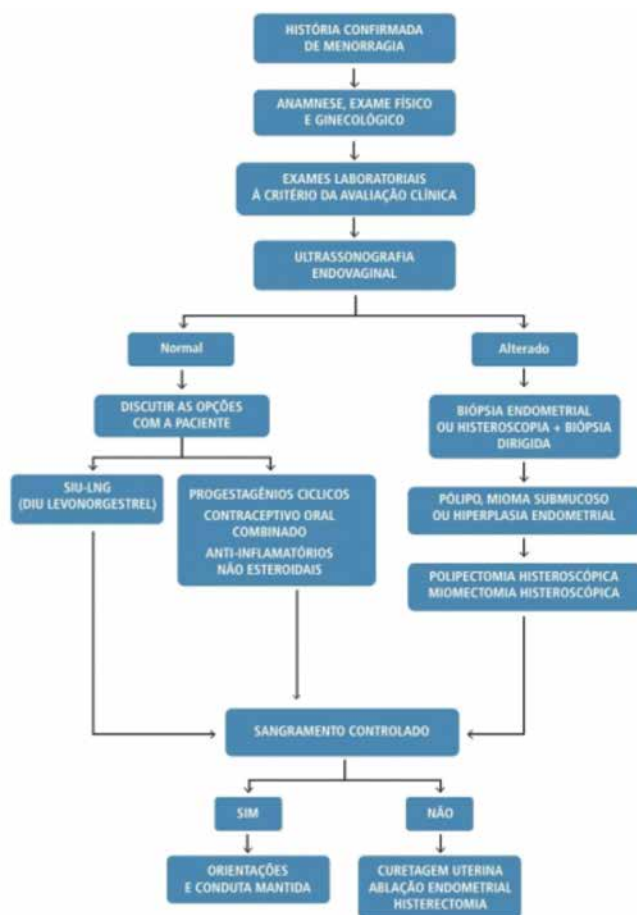


Figura 1: Algoritmo da conduta na fase não aguda do sangramento uterino anormal (menorragia).

Em relação aos pólipos endometriais (PEs) citados anteriormente, eles são comuns em mulheres e uma das causas de SUA na pós-menopausa. Apesar de benignos em sua grande maioria, há a possibilidade de transformação maligna como citado anteriormente. A relação entre o pólipo endometrial e o carcinoma endometrial, porém, não está totalmente esclarecida. Acredita-se que seja rara a transformação maligna, ou seja, em torno de 0,3%. O que se sabe é que o risco de uma paciente que foi diagnosticada com pólipo de desenvolver um carcinoma endometrial é 7,5 vezes superior naquelas que realizaram a polipectomia. Por outro lado, caso a polipectomia não seja realizada, ainda há a possibilidade de que 0,5 a 4% dos pólipos malignizem.

Diante dessa possibilidade, alguns autores sugerem que em presença de pólipos endometriais e sangramento uterino anormal que não se resolve após polipectomia, as pacientes com SUA devem ser histerectomizadas (histerectomia total com anexectomia bilateral com amostragem ganglionar pélvica e lavado peritoneal) para descartar adenocarcinoma. O sinal característico é a hemorragia uterina da mulher na pós-menopausa. O SUA corresponde a 90% das queixas na consulta ginecológica nessa fase da vida. Nessa faixa etária ocorrem 80 a 90% dos casos de adenocarcinoma.

Em presença de formação polipoide encontrada no útero deve-se lembrar de que outras doenças apresentam configuração polipoide. E isso inclui os carcinomas, sarcomas, carcinosarcomas, adenossarcomas, leiomiomas, fragmentos de placenta retida e o endométrio secretor ³.

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi relatar um caso de adenocarcinoma seroso após a resecção de um pólipo uterino em paciente menopausada.

RELATO DE CASO

Paciente NMS, branca, 63 anos, G4P4A0, menarca aos 11 anos e menopausa aos 49 anos, apresentou-se para consulta médica em com queixa de sangramento uterino anormal e espessamento anormal de endométrio. Foi submetida à histeroscopia diagnóstica com biópsia em junho de 2016. O resultado foi quadro histomorfológico compatível com pólipo endometrial, sem atipias, com áreas de transformação císticas nos cortes avaliados e sem sinais de malignidade nesses cortes. A coloração do espécime era pardo-acastanhada, a consistência elástica e com presença de áreas microcísticas medindo 0,4 x 0,3cm a maior. Paciente aguardou liberação para exérese do pólipo e no decorso da espera continuou apresentando sangramento uterino anormal. Foi submetida à nova histeroscopia diagnóstica com biópsia em 03/01/2017 (Figura 2).



Figura 2: Presença de mioma parido, de +/- 6,0cm, ocupando o canal cervical e terço superior da vagina, associado à hipertrofia endometrial difusa.

Foi identificado mioma parido de \pm 6cm e hipertrofia endometrial difusa. O resultado da biópsia (04/01/2017) não indicou sinais hiperplásicos e nem de malignidade. Da mesma forma que o resultado anterior, a conclusão foi de que os achados morfológicos poderiam corresponder a pólipos endometrial. Como o sangramento não cessou, a paciente foi agendada para uma histerectomia vaginal com envio da peça cirúrgica para nova avaliação anatomopatológica. A cirurgia foi realizada em 12/01/2017 e o resultado da análise foi de adenocarcinoma do tipo seroso com invasão miometrial acima de 50%, estadiamento patológico pTNM (FIGO), tumor primário pT1a (1B) (Figura 3).

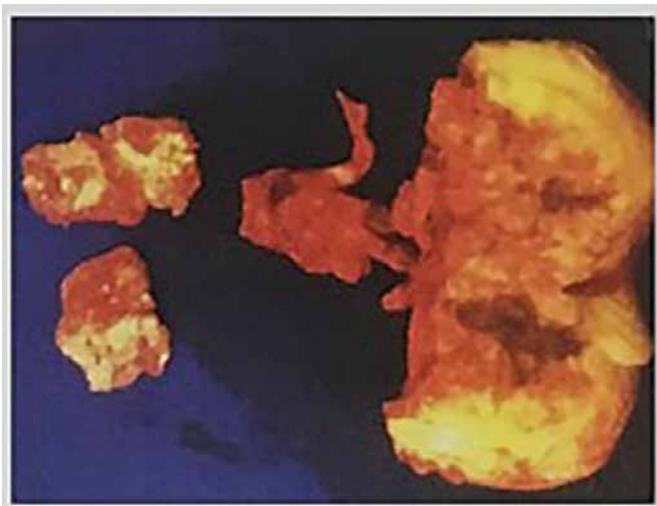


Figura 3: Morcelamento uterino.

Após esse diagnóstico a paciente foi submetida à laparoscopia para que fossem realizados os seguintes procedimentos: lavado peritoneal, anexectomia bilateral, mais biópsias de fundo de saco posterior, de fossa ilíaca direita e esquerda, flanco direito e esquerdo e do grande omento. Os ovários não foram retirados devido a dificuldades técnicas e grandes aderências, porém foi realizada biópsia do ovário direito. Foram solicitados exames de citologia e exames histopatológicos. A conclusão cirúrgica foi de bloqueio pélvico aderencial total por fusão, porém sem sinais de implantes metastáticos. O resultado citológico do lavado peritoneal foi de citologia compatível com adenocarcinoma na amostra analisada. As biópsias de FSP, FID, FIE, epíplon e OD foram negativas para câncer. A paciente foi referida para o oncologista e encontra-se em tratamento quimioterápico até o momento.

DISCUSSÃO

Descartar a presença de malignidade é considerado um aspecto crucial no manejo das pacientes que são diagnosticadas com sangramento uterino anormal. O objetivo é identificar a causa do sangramento que pode ser classificada pela sigla PALM-COEIN (sigla em inglês que se refere a polyp, adenomyosis, leiomyoma, malignancy (and hyperplasia), coagulopathy, ovulatory disorders, endometrial, iatrogenic and not otherwise classified - pólipos, adenomiose, leiomioma, malignidade (e hiperplasia), coagulopatia, ovulatória (disfunção), endometrial (endometrites, endometriose, disfunção endometrial ovulatória), iatrogênica e não classificada nos anteriormente citados) ³.

Os pólipos endometriais são uma das causas de sangramento na pós-menopausa e excluir a malignidade que pode estar presente quando se detectam pólipos é de suma importância, apesar de alguns autores indicarem que eles são um tipo de doença benigna, outros já verificaram a transformação maligna dos pólipos, principalmente quando há sangramento uterino anormal associado⁴. Estudos apontam que o tamanho dos pólipos endometriais pode sinalizar se eles são benignos ou malignos. Os tamanhos já descritos nos estudos que indicaram uma possível presença de malignidade variaram de $> 1\text{cm}$ a $> 1,5\text{cm}$. E em associação com estado pós-menopáusico da paciente e presença de SUA a predisposição para malignidade foi bastante elevada nos estudos já publicados.

No presente estudo não foi possível analisar ou comparar essa informação haja vista que o tamanho do pólipo diagnosticado na primeira histeroscopia diagnóstica não foi relatado no laudo, dessa forma não há como analisar se o tamanho já sinalizava para uma possível malignidade presente. No caso aqui em discussão a paciente foi diagnosticada com sangramento uterino anormal e presença de pólipo endometrial. A primeira biópsia não apresentou resultados de malignidade, porém, após a cirurgia de histerectomia houve o diagnóstico de adenocarcinoma seroso com invasão miometrial de mais de 50%. A histeroscopia diagnóstica tem uma acurácia elevada em se tratando de pólipos endometriais, porém, a

estimativa de lesões hiperplásicas e pré-malignas é baixa. A especificidade do diagnóstico visual nesse exame para detectar essas lesões é baixa, e mesmo com biopsias, nem todas as lesões malignas endometriais associadas aos pólipos são detectadas. O motivo, muitas vezes, é que a biopsia pode ter sido realizada em região do pólipo que não apresentava malignidade ⁵.

Considera-se mais prudente, portanto, que ao se encontrar um pólipo endometrial durante a realização da histeroscopia diagnóstica, resseque-se toda a estrutura encontrada para, assim, obter-se uma avaliação histológica fidedigna. É importante que o pedículo e o endométrio adjacente estejam livres de câncer pela análise anatomopatológica para que se possa excluir a presença de pólipos invadidos por câncer de endométrio, ou para excluir um câncer primário do pólipo que se propagou para o endométrio adjacente.

No presente caso foi realizada uma biópsia do pólipo e não sua exérese na histeroscopia diagnóstica adjacente ^{6,7}. Pode-se supor que as regiões biopsiadas não foram suficientes para identificar as alterações presentes no pólipo e, por isso, a histopatologia retornou com resultado benigno. Considerando que após a polipectomia propriamente dita a paciente não melhorou do SUA, foi realizada a histerectomia. Vários autores consideram que essa conduta é de exceção, tendo em vista que a persistência do SUA geralmente está associada com a presença de malignidade, além do que essa cirurgia apresenta riscos mais elevados para a paciente ⁸.

Estudo publicado em 2012 verificou que daquelas pacientes com pólipo endometrial e submetidas à biópsia endometrial ou dilatação e curetagem foi identificado epitélio endometrial hiperplásico sem atipia e os pólipos endometriais estiveram presentes em 22% dos casos analisados. O subtipo histológico adenocarcinoma seroso que se desenvolveu após a biópsia esteve presente em 2% dos casos.

No caso aqui relatado o tipo histológico identificado após a histerectomia foi justamente o adenocarcinoma seroso de endométrio. Apesar de esse câncer ser raro, ele está relacionado a um número maior de mortes por câncer endometrial. O motivo é que ele é uma variante agressiva de câncer e, geralmente, é diagnosticado em estágios avançados, apresenta altas taxas de recorrência e baixas taxas de sobrevida. O prognóstico é determinado pela taxa de invasão miometrial e pelo estadiamento FIGO no momento do diagnóstico ⁹. No presente caso, o resultado histopatológico foi de invasão miometrial acima de 50% e estadiamento patológico pTNM (FIGO), tumor primário pT1a(1B) com citologia do lavado peritoneal positiva para adenocarcinoma. A identificação de comprometimento peritoneal sinaliza para um mau prognóstico. A paciente foi referida para tratamento oncológico quimioterápico e encontra-se ainda em acompanhamento no momento da escrita desse artigo.

Conclui-se que a histeroscopia diagnóstica pode não ser capaz de detectar lesões hiperplásicas e malignas, pois o diagnóstico visual nesse tipo de exame para detectar lesões é baixo. Portanto, mulheres na menopausa com sangramen-

to uterino anormal e presença de pólipo devem ter o pólipo ressecado integralmente, quando possível, para análise histopatológica.

REFERÊNCIAS

1. ACS. Cancer Facts & Figures 2016: American Cancer Society 2016: 72.
2. Appel, M. et al. Adenocarcinoma de endométrio: Epidemiologia, tratamento e sobrevida de pacientes atendidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Clin Biomed Res* 2015; 35: 27-34.
3. Dueholm, M.; Hjorth, I. M. Structured imaging technique in the gynecologic office for the diagnosis of abnormal uterine bleeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2017; 40: 23-43.
4. Baiocchi, G. et al. Malignancy in endometrial polyps: a 12-year experience. *Am J ObstetGynecol* 2009; 201: 462 e1-4.
5. Elfayomy, AK; Habib, FA; Elkablawy, MA. Role of hysteroscopy in the detection of endometrial pathologies in women presenting with postmenopausal bleeding and thickened endometrium. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285: 839-43.
6. AAGL. AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps. *J Minim Invasive Gynecol* 2012; 19: 3-10.
7. Dueholm, M. et al. Structured hysteroscopic evaluation of endometrium in women with postmenopausal bleeding. *J Minim Invasive Gynecol* 2015; 22: 1215-24.
8. Clarke-Pearson, D. L.; Geller, E. J. Complications of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 654-73.
9. Black, C. et al. Uterine papillary serous carcinoma: a single-institution review of 62 Cases. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 26: 133-40.