

CAIO PUSTIGLIONE SANTOS

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

JULIA SAAD DE SOUZA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

BRUNA RIBEIRO DE CARVALHO ABADESSA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

ISABELLA KALIL GUIMARÃES

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

DANIEL OGURO

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

PAOLO PAVIN FRIOLANI

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

ROBERTO CÉSAR NOGUEIRA JÚNIOR

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em outubro de 2022.
Aprovado em dezembro de 2022.*

ANÁLISE DE BIÓPSIAS DE ENDOMÉTRIO COM ESPESSAMENTO EM MULHERES ASSINTOMÁTICAS NA PÓS-MENOPAUSA

RESUMO

O câncer de endométrio é mais prevalente na pós-menopausa, sendo seu principal sintoma o sangramento vaginal. Logo, a ultrassonografia transvaginal (USTV) é importante para o estudo do endométrio neste período, e a histeroscopia com biópsia é o padrão ouro para o diagnóstico de câncer de endométrio. O objetivo deste trabalho é correlacionar os achados da USTV e das biópsias. Foram levantados prontuários e laudos anatomopatológicos entre janeiro de 2019 e março de 2021 das pacientes submetidas a biópsia no Hospital Guilherme Álvaro. Dentre as 32 avaliadas, 8 apresentaram espessamento entre 4mm e 7mm, 15 entre 7,1mm e 11mm, e 9 maior que 11mm. Destas, somente 1 paciente apresentou carcinoma endometrial, enquanto as demais obtiveram diagnósticos benignos. Portanto, não foi possível correlacionar o espessamento endometrial à USTV e malignidade à biópsia.

Palavras-Chave: pós-menopausa. neoplasias do endométrio. ultrassonografia.

ANALYSIS OF THICKENED ENDOMETRIAL BIOPSIES IN ASYMPTOMATIC POSTMENOPAUSAL WOMEN

ABSTRACT

Endometrial cancer is more prevalent in postmenopausal women, and its main symptom is vaginal bleeding. Therefore, transvaginal ultrasound (TVUS) is important for the study of the endometrium in this period, and hysteroscopy with biopsy is the gold standard for the diagnosis of endometrial cancer. The objective of this study is to correlate the findings of TVUS and biopsies. Medical records and anatomopathological reports were collected between January 2019 and March 2021 of patients undergoing biopsy at Hospital Guilherme Álvaro. Among the 32 evaluated, 8 presented thickness between 4mm and 7mm, 15 between 7.1mm and 11mm, and 9 greater than 11mm. Of these, only 1 patient had endometrial carcinoma, while the others had benign diagnoses. Therefore, it was not possible to correlate endometrial thickening on TVUS and malignancy on biopsy.

Keywords: postmenopause. endometrial neoplasms. ultrasonography.

INTRODUÇÃO

O câncer de endométrio é o mais frequente câncer do sistema genital feminino em países desenvolvidos, principalmente no período pós-menopausa (75% a 80%), tendo como principal sintoma o sangramento vaginal, razão que leva as mulheres a procurar um ginecologista (CAMPANER, 2004). No Brasil, ele fica atrás do câncer de mama e do câncer de colo de útero (APPEL, 2015).

O principal sintoma de carcinoma endometrial é o sangramento vaginal, porém a causa mais comum de sangramento vaginal na pós-menopausa são as lesões benignas – hiperplasia endometrial e pólipos – e atrofia endometrial, sendo que 7% a 10% desses sangramentos são decorrentes de um carcinoma. Por conta disso, sua investigação torna-se necessária (YELA, 2009).

O fator de risco mais importante para malignidade é a exposição prolongada do endométrio a estrogênios endógenos ou exógenos, sem contraposição da progesterona, pois a mesma atua como antagonista dos receptores de estrogênios no endométrio, proporcionando uma proteção deste. Essa exposição ocorre principalmente em pacientes que apresentam menarca precoce e menopausa tardia, obesidade, anovulação crônica, síndrome metabólica e uso de Tamoxifeno (AMANT, 2005).

A obesidade tem um espaço importante dentro dos fatores de risco devido à sua crescente incidência em nossa população. Ela é avaliada através do Índice de Massa Corpórea (IMC), sendo definido que adultos com IMC maior ou igual a 30kg/m² são classificados como obesos (PINHEIRO, 2004). Uma projeção estatística feita por Keaver et al (2013) indica que, se esse quadro continuar sem nenhum decréscimo, o sobrepeso e a obesidade afetarão 89% dos homens e 85% das mulheres em 2030. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, a proporção de obesos entre pessoas com 20 anos ou mais aumentou mais do que 100% desde 2003, passando de 12,2% para 26,8%. Em 2018, o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou 1,39 bilhão de reais em custos atribuíveis à obesidade, sendo 60% desse valor atribuível a mulheres, particularmente devido à maior incidência e à maior ocorrência de doenças cardiovasculares e outros desfechos, como cânceres relacionados a essa condição, no qual se enquadra o câncer de endométrio (NILSON, 2020).

Tendo isso em vista, o estudo do endométrio torna-se muito importante no período pós-menopausa, especialmente em pacientes com fatores de risco. Este é realizado através de métodos complementares adequados, devido à limitação do exame clínico. A ultrassonografia transvaginal (USTV), histeroscopia e a histerossonografia com infusão salina são as técnicas utilizadas para investigação de pacientes com sangramento vaginal (CAMPANER, 2004).

A ultrassonografia transvaginal é imprescindível para avaliar o sangramento na pós-menopausa, porém não é possível realizar uma diferenciação fidedigna entre as alterações presentes na cavidade, como os pólipos, as hiperplasias, as malformações uterinas, a determinação da localização de um mioma (submucoso ou intramural) e os fenômenos proliferativos resultantes de uso de terapia de reposição hormonal. Desse modo, esse procedimento tem como finalidade principal determinar o espessamento endometrial (FRANCO, 2000).

A histerossonografia consiste na avaliação ecográfica do útero associada à injeção de soro fisiológico na cavidade uterina, porém isso é contraindicado na presença de sangramento vaginal, sendo mais utilizado na investigação de infertilidade conjugal. Tem-se, então, a histeroscopia como principal exame para avaliação da cavidade do útero, por ser capaz de detectar e diferenciar as possíveis alterações encontradas e realizar uma biópsia com visualização direta da lesão (FRANCO, 2000).

As pacientes que se encontram na pós-menopausa e com queixa de sangramento vaginal devem ser submetidas à USTV para uma avaliação de seu espessamento endometrial. Em medidas inferiores a 5mm, praticamente descartam-se alterações endometriais tais

como miomas, pólipos, hiperplasia e câncer (YELA, 2009). Quando se encontra alguma alteração, como um espessamento maior que 5mm (YASA, 2016), deve-se continuar com a investigação para excluir o diagnóstico de malignidade e confirmar benignidade, fazendo uso de biópsia de endométrio, por meio da curetagem, aspiração manual intrauterina ou histeroscopia diagnóstica.

Nas pacientes pós-menopausa que não apresentam sangramento vaginal, a realização da USTV ocorre por outras razões, como rotina ginecológica, seguimento de outras doenças ginecológicas – miomas, por exemplo –, dor pélvica, prolapso de órgãos pélvicos e desconforto abdominal (YASA, 2016). No entanto, não há um consenso de cutoff nesses casos para espessamento endometrial que indique biópsia. Por conta disso, muitos médicos também utilizam 5mm (YASA, 2016) ou valores entre 8 e 11mm (GUIMARÃES, 2020). Em um estudo que buscou definir um cutoff, foi evidenciado que o risco de câncer endometrial em mulheres na pós-menopausa com sangramento vaginal e espessamento maior que 5mm e o risco em mulheres na pós-menopausa sem sangramento vaginal e espessamento maior que 11mm é semelhante, sugerindo o espessamento de 11mm como cutoff para mulheres sem sangramento (SMITH-BINDMAN, 2004).

A curetagem serviu por muito tempo para a coleta de material do endométrio, sendo considerada padrão ouro até o surgimento da histeroscopia no começo dos anos 80. Porém, este método não permite a captação do material de toda a cavidade uterina. Estima-se que a raspagem do útero possibilita a avaliação de 50 a 60% da superfície uterina; e a taxa de não diagnóstico pode chegar a até 3%. Além disso, esse procedimento possui riscos adicionais à paciente, como aplicação de anestesia, infecções, sangramentos, bem como a perfuração da cavidade uterina (TERZIC, 2020).

Com o aumento da incidência das patologias endometriais, principalmente em países desenvolvidos, novas tecnologias foram elaboradas para coleta de material endometrial, entre elas, a biópsia por aspiração, sendo a mais conhecida a cureta de Pipelle. Esta é composta por um tubo flexível de polipropileno que permite adentrar a cavidade uterina e, pelo princípio da pressão negativa, aspirar conteúdo do endométrio. Possui como vantagem um mínimo sangramento durante o procedimento, estando muitas vezes até ausente, o baixo risco de perfuração e infecção, baixo custo e menor desconforto para a paciente durante a sua realização (KIM, 2020). A curetagem é superior à biópsia por aspiração, entretanto, ambas são inferiores à biópsia dirigida por histeroscopia (OZELCI, 2019).

A histeroscopia surgiu no início dos anos 80 e, desde então, é o padrão-ouro para diagnóstico do câncer de endométrio. Esse método apresenta vantagem em relação aos outros exames, pois permite a biópsia com visualização direta, a gravação da imagem para posterior revisão, além de possível realização ambulatorial e sem necessidade de uso de anestesia. Como desvantagem, temos que esse é um exame de maior custo e não disponível em todos os centros de saúde. Porém, mesmo assim, segue sendo superior à curetagem e à biópsia por aspiração (YELA, 2009).

Devido à falta de consenso em relação à realização de exames confirmatórios em pacientes assintomáticas na pós-menopausa, este estudo visa avaliar a correlação entre o espessamento endometrial à ultrassonografia transvaginal e a presença de malignidade de endométrio nos achados histopatológicos por biópsia nessas pacientes.

METODOLOGIA

Um estudo retrospectivo foi realizado entre 1º de janeiro de 2019 e 15 de março de 2021 no Hospital Guilherme Álvaro, na cidade de Santos. Foram avaliados os prontuários médicos e patológicos das mulheres que são assintomáticas na pós-menopausa, submetidas à histeroscopia por espessamento endometrial – maior ou igual a 4mm – que havia sido evidenciado na ultrassonografia transvaginal. As pacientes foram definidas como pós-menopáusicas se tivessem experimentado 12 meses consecutivos de amenorreia.

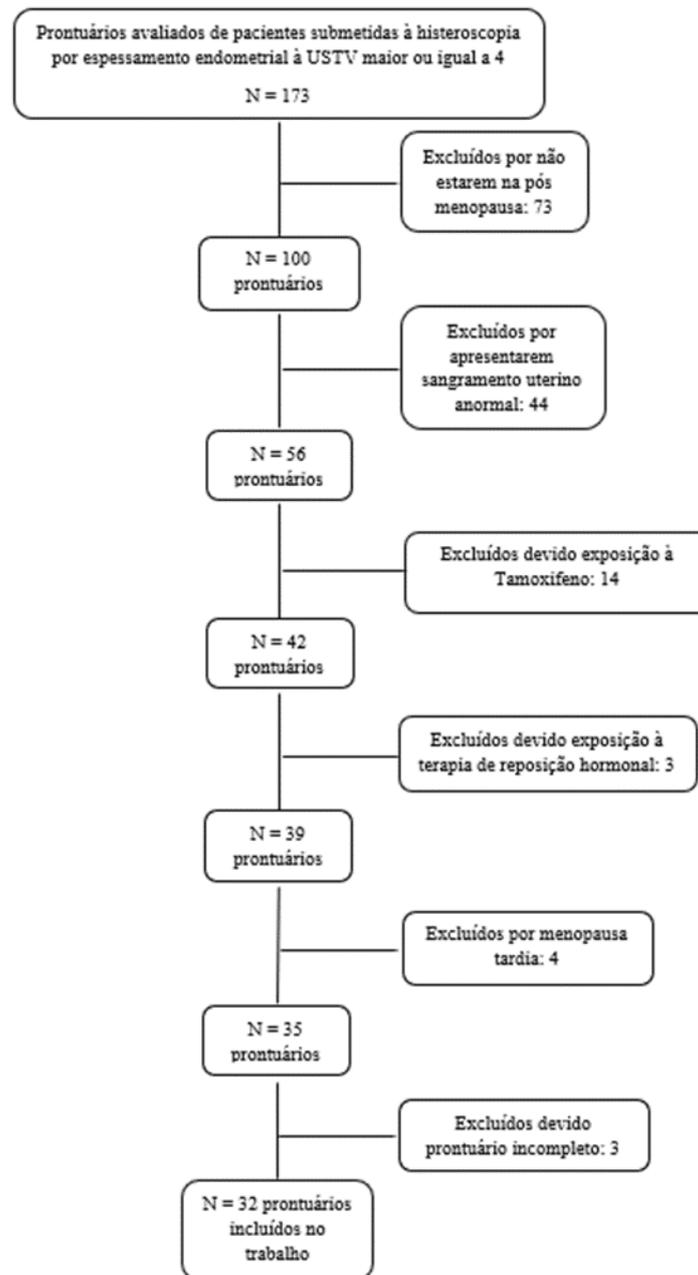
Os critérios de exclusão foram: pacientes cujos prontuários não estão adequadamente preenchidos, pacientes que apresentaram sangramento uterino anormal na pós-menopausa, história ou uso atual de terapia de reposição hormonal ou Tamoxifeno, menopausa tardia (acima de 55 anos), menarca precoce (abaixo de 8 anos) e pacientes com Síndrome de Lynch.

Dos 173 prontuários, 73 foram excluídos devido às pacientes não estarem na pós-menopausa. Depois foram excluídas as que apresentaram sangramento uterino anormal, sendo um número de 44 mulheres. Dos 56 prontuários restantes, 14 não foram incluídos devido à exposição a Tamoxifeno e 3 por utilização de terapia de reposição hormonal. Por fim, dos 39 prontuários, 4 foram excluídos por menopausa tardia (a partir dos 55 anos) e 3 devido a dados insuficientes no prontuário. Assim, 32 pacientes atenderam aos critérios de inclusão e exclusão e, portanto, foram incluídas no estudo (Figura 1).

Dessas pacientes foram coletados dados como idade da menopausa, idade no momento em que realizaram a histeroscopia, a espessura da faixa endometrial no USTV, achados de histeroscopia e resultados histopatológicos de amostragem endometrial. As pacientes foram divididas em três grupos de acordo com a espessura endometrial à USTV: entre 4 e 7mm, entre 7,1 e 11mm, e maior que 11mm, e, dentro de cada grupo, foram subdivididas de acordo com os achados histeroscópicos e resultados anatomopatológicos. Todos os dados foram colocados em uma tabela no programa Excel para analisar se houve concordância entre os diagnósticos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Lusíada (Cep/Unilus), recebendo o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) com registro no. 59978121.5.0000.5436.

Figura 1 – Fluxograma: seleção de prontuários



RESULTADOS

Foram selecionadas 32 pacientes assintomáticas na pós-menopausa com espessamento endometrial detectado pela ultrassonografia transvaginal maior ou igual a 4mm e que foram encaminhadas para a histeroscopia diagnóstica. Verificou-se que as pacientes apresentavam idade entre 53 e 79 anos, sendo a média de idade das pacientes do estudo de 63,6 anos. A menor idade da menopausa foi de 40 anos e a maior foi de 53, resultando em uma média de 44,1 anos. O maior espessamento à ultrassonografia transvaginal foi de 22mm e o menor foi de 4mm, resultando uma média de 10,33mm.

As 32 pacientes selecionadas foram divididas em três grupos de acordo com a espessura endometrial encontrada à ultrassonografia transvaginal: entre 4mm e 7mm; entre 7,1mm e 11mm; e maiores que 11mm.

Oito pacientes apresentaram espessamento entre 4mm e 7mm na ultrassonografia transvaginal e pólipos endometriais na histeroscopia diagnóstica. Após realização de

biópsia, 6 dessas pacientes obtiveram concordância diagnóstica com a histeroscopia, tendo como resultado pólipos endometriais sem atipias; uma paciente teve como resultado da biópsia pólipos endometriais com hiperplasia sem atipias e atrofia endometrial; e em uma das pacientes não foi realizada a biópsia.

O espessamento endometrial entre 7,1mm e 11mm foi identificado em 15 pacientes, dentre as quais 11 apresentaram pólipos endometriais na histeroscopia diagnóstica, 2 apresentaram pólipos endometriais e miomatose uterina, 1 apresentou pólipos endocervicais e 1 apresentou pólipos endometriais com atrofia endometrial. Em todos os exames anatomopatológicos houve concordância diagnóstica, exceto 3 pacientes que, além do pólipos endometrial, apresentaram hiperplasia sem atipias à biópsia e uma paciente que apresentava pólipos endometriais à histeroscopia, que revelou carcinoma endometrioidal na biópsia endometrial, tendo um espessamento de 10mm à ultrassonografia transvaginal.

O grupo com espessamento maior do que 11mm inclui 9 pacientes, dentre as quais 6 apresentaram pólipos endometriais na histeroscopia, com concordância diagnóstica em 5 delas, sendo que uma delas possuía hiperplasia sem atipias, e uma não realizou biópsia. Desse mesmo grupo, duas apresentaram pólipos endometriais e atrofia endometrial, não tendo evidenciado atrofia pela biópsia; e uma apresentou uma formação nodular nódular, e nos resultados da biópsia foi apenas evidenciada uma miomatose uterina.

Na tabela 1 é apresentada a comparação entre os achados histopatológicos e o espessamento endometrial à ultrassonografia transvaginal.

Tabela 1 — Comparação entre diagnósticos histopatológicos e espessamento endometrial à ultrassonografia transvaginal

Distribuição de acordo com o espessamento endometrial				
Diagnóstico histopatológico	Pacientes	4 a 7 mm	7,1 a 11 mm	> 11 mm
Pólipos	27	7	14	7
Hiperplasia sem atipia	5	1	3	1
Hiperplasia com atipia	-	-	-	-
Atrofia endometrial	1	1	-	-
Miomatose uterina	3	-	2	1
Carcinoma endometrial	1	-	1	-
Não realizou biópsia	2	1	-	1

Na tabela 2 é apresentada a comparação entre os achados histeroscópicos e diagnósticos histopatológicos das 32 pacientes estudadas.

Tabela 2 — Comparação dos achados histeroscópicos e diagnósticos histopatológicos

Achados na histeroscopia	Diagnósticos histopatológicos						
	Não realizou biópsia	Pólipos	Hiperplasia sem atipias	Hiperplasia com atipias	Atrofia endometrial	Miomatose uterina	Carcinoma endometrial
Atrofia endometrial (n = 3)	-	2	1	-	-	-	-
Carcinoma endometrial (n = 0)	-	-	-	-	-	-	-
Miomatose uterina (n = 2)	-	2	-	-	-	1	-
Pólipos (n = 31)	2	27	5	-	1	1	1
Outros (n = 1)	-	-	-	-	-	1	-

DISCUSSÃO

O estudo em questão visou analisar a significância clínica da avaliação histeroscópica com biópsia em pacientes com espessamento endometrial maior ou igual a 4mm evidenciado pela ultrassonografia transvaginal em mulheres na pós-menopausa sem sangramento vaginal.

Na prática clínica, a histeroscopia diagnóstica com biópsia é realizada em pacientes com espessamento endometrial maior que 5mm e com sangramento vaginal, porém em pacientes sem sangramento vaginal não há consenso de um valor de cutoff à ultrassonografia transvaginal para prosseguir com investigação. Segundo Smith-Bindman (2004, p. 559), a espessura endometrial média de uma mulher na pós-menopausa sem sangramento vaginal é de 3mm a 5mm, por isso foi escolhido o cutoff de 4mm para avaliação dos prontuários neste estudo.

As lesões polipoides do endométrio são proliferações epiteliais causadas por estímulo do estrogênio que se insinua para dentro da cavidade endometrial, podendo ser sésseis ou pediculados, ovóides ou alongados. Tem uma taxa de prevalência de 9 a 25%, sendo mais incidentes no período perimenopausa, ao redor dos 40 e 50 anos, aumentando a prevalência de acordo com a idade. Na maioria das vezes são únicos, porém em um quarto dos casos são múltiplos e em 40% associados a miomas. A sintomatologia mais prevalente para esse tipo de lesão é o sangramento de fluxo excessivo ou duração prolongada ou ainda sangramento na pós menopausa. Outros sintomas possíveis são aumento da secreção vaginal, infertilidade, dismenorreia ou até saída de massa pelo orifício externo do colo - pólipos paridos. Além disso, os pólipos podem ser assintomáticos, tendo seu diagnóstico apenas por exame de imagem (CAMPANER, 2006).

À ultrassonografia transvaginal, os pólipos endometriais são caracterizados como “espessamentos endometriais focais com aspecto hiperecogênico, sempre em continuidade com a camada basal do endométrio”, segundo Campaner (2006, p.18). Porém é sabido também que o ultrassom é um método diagnóstico examinador dependente, podendo ser encontrados outros padrões de imagem, como espessamentos endometriais inespecíficos devido a compressão do pólipo pelas paredes uterinas, o que, quando comparado com a

histeroscopia diagnóstica, confere um alto número de falsos negativos para a ultrassonografia transvaginal.

Em um estudo retrospectivo que visou a correlacionar a incidência de pólipos endometriais e o risco de malignização destes, realizado por Campaner et al. (2006), foram analisadas 82 mulheres pós menopausa submetidas a avaliação histeroscópica devido ao ecoendometrial espessado e irregular à ultrassonografia transvaginal (maior que 5mm). Neste estudo evidenciou-se que o risco de desenvolvimento de lesões malignas e pré malignas (hiperplasia endometrial) é maior em pacientes que apresentam sangramento uterino anormal, porém, de maneira geral os pólipos de endométrio tem uma pequena taxa de associação com hiperplasia e câncer de endométrio.

Em nosso estudo, das 32 pacientes selecionadas, 84,4% apresentaram lesão polipoide na biópsia, estando a espessura entre 7,1mm e 11mm mais relacionada com esse tipo de lesão. Em um trabalho brasileiro (CAMPANER, 2004) que avaliou 121 pacientes assintomáticas na pós-menopausa, 24,8% apresentaram lesão polipoide no exame histopatológico, sendo o segundo achado de maior incidência. A espessura mais prevalente desse diagnóstico em Campaner et al. (2004) foi de 8mm ou mais. Já em um estudo realizado na Turquia (YASA, 2016), das 276 pacientes avaliadas, 38,8% obtiveram pólipo como diagnóstico da biópsia, sendo concordante com o nosso estudo por ser o achado de maior prevalência.

A hiperplasia endometrial ocorre por ação estrogênica prolongada que, sem a contraoposição de progesterona, causa uma proliferação difusa da mucosa, vista como um aumento da espessura endometrial. A hiperplasia pode ser classificada em típica ou atípica, dependendo da presença ou ausência de atipia celular. A hiperplasia atípica é caracterizada por “aumento de estratificação celular, núcleos hiper cromáticos, nucléolo proeminente, cromatina de aspecto grumoso e aumento da razão núcleo/citoplasma”, de acordo com Ayala (2010, p. 146), sendo o principal fator de risco para evolução para câncer endometrial a presença de atipias. A literatura estima que as hiperplasias sem atipia possuem uma taxa de progressão para o câncer de 2% em 13,4 anos, enquanto 23% das hiperplasias atípicas evoluem para neoplasia em 4 anos (AYALA, 2010).

Os principais fatores de risco para desenvolver a hiperplasia endometrial são ciclos anovulatórios, nuliparidade, obesidade, menarca precoce e menopausa tardia, tratamento hormonal com estrogênio isolado, tumor produtor de estrogênio e tratamento com Tamoxifeno. Essa lesão pode ser assintomática ou causar sangramento uterino anormal (AYALA, 2010).

Em nosso estudo, 5 pacientes tiveram como diagnóstico histopatológico hiperplasia endometrial sem atipias, correspondendo a 15,6% da amostra. No estudo de Campaner et al. (2004), 6,61% apresentaram esse achado, sendo o terceiro diagnóstico mais prevalente, enquanto em nosso estudo a hiperplasia endometrial sem atipias corresponde ao segundo mais encontrado.

A principal causa de sangramento na pós menopausa é atrofia endometrial (YELA, 2009), no entanto este achado histopatológico foi encontrado em somente duas pacientes em nosso estudo, representando 6,25% da amostra. Em Campaner et al. (2004), 35,5% das pacientes obtiveram esse resultado na biópsia e no estudo de Yasa et al. (2016), o endométrio atrófico foi encontrado em 15,2% das pacientes que fizeram biópsia endometrial. Esse achado histopatológico teve maior discordância do nosso trabalho em relação aos outros estudos analisados.

O câncer de endométrio no Brasil é o tumor maligno genital feminino mais comum, ficando atrás apenas de câncer de mama e colo uterino. Dentre esses é a neoplasia mais precocemente diagnosticável pois seus sintomas aparecem antes de atingir estágios avançados (APPEL, 2015).

O principal tipo histológico do câncer de endométrio, é o adenocarcinoma endometriode, ou carcinoma de endométrio tipo I. Esse tipo está associado a exposição ao estrogênio e à síndrome metabólica. Portanto, os fatores de risco para esse subtipo

incluem nuliparidade, ciclos anovulatórios, menarca precoce e menopausa tardia, obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus, terapia hormonal com estrogênio e uso de Tamoxifeno. É mais comum em mulheres na peri ou pós menopausa e tem como origem a hiperplasia endometrial (HUVILA, 2020).

O câncer de endométrio chamado de tipo II inclui carcinoma de células claras, adenocarcinoma seroso papilífero e outras neoplasias. Esses tipos histológicos não têm relação com estímulo estrogênico, mas sim com endométrio atrófico, ocorrendo assim em pacientes mais idosas. São tumores mais agressivos e de pior prognóstico (HUVILA, 2020).

O principal sintoma é o sangramento uterino anormal em mulheres na peri e pós menopausa, no entanto, o câncer endometrial não é a principal causa de sangramento na pós menopausa e sim a atrofia endometrial (HUVILA, 2020). No entanto, como a neoplasia é a causa mais grave, por este motivo é necessário investigar o câncer endometrial na presença do sangramento uterino anormal, pois dificilmente teremos um caso de câncer endometrial em pacientes assintomáticos.

Neste trabalho, somente 3,1% das pacientes tiveram o diagnóstico de carcinoma endometrial à biópsia. No estudo de Campaner et al.(2004), apenas 0,8% das pacientes obtiveram esse resultado, e no estudo Yasa et al.(2016), 2,9% das pacientes. Dessa forma, todos os trabalhos analisados demonstraram que a porcentagem das pacientes com câncer de endométrio na pós-menopausa sem sangramento e com espessamento endometrial maior ou igual a 4mm à ultrassonografia transvaginal submetidas à histeroscopia com biópsia é insignificante.

O trabalho realizado na Turquia (OZELCI, 2019), com duração de dois anos, período similar ao do nosso estudo, avaliou 266 pacientes na pós-menopausa sem sangramento vaginal. A quantidade de pacientes que obteve pólipo como diagnóstico anatomopatológico é correspondente a 63,3% dos casos. A hiperplasia endometrial sem atipia foi encontrada em 9% das pacientes, e miomatose uterina foi um achado histopatológico em 4,5%. A atrofia endometrial foi encontrada em 3,8% dos casos, enquanto o carcinoma endometrial correspondeu a somente 3%.

Desse modo, a ordem de incidência de cada diagnóstico no estudo Ozelci et al. (2019) foi concordante com a prevalência de diagnóstico no nosso estudo. Assim, o diagnóstico de pólipo foi o que teve maior predominância, seguido por hiperplasia sem atipias, miomatose uterina, atrofia e carcinoma endometrial, respectivamente, em ambos os trabalhos.

Dentre as limitações enfrentadas ao longo da realização deste estudo, foram encontradas as seguintes barreiras: cancelamento de diversas histeroscopias diagnósticas no ano de 2020 devido a pandemia da COVID-19, diminuindo a amostragem; e prontuários incompletos, impedindo a análise do IMC das pacientes incluídas no estudo. Visto que a obesidade é um fator de risco importante e recorrente para desenvolvimento de câncer de endométrio, seria vantajosa a realização de novos trabalhos que relacionassem IMC superior a 30 kg/m² com a ocorrência de câncer de endométrio.

Considerando que o Hospital Guilherme Álvaro, local onde foi realizado o estudo, é referência para o tratamento de câncer de mama na Baixada Santista, grande parte das pacientes são expostas ao Tamoxifeno, correspondendo a 8,1% de todos os prontuários analisados. Essa medicação é um fator de risco para espessamento endometrial e, por isso, foi um critério de exclusão para o trabalho. No entanto, seria interessante a realização de novos estudos que avaliem a correlação entre a exposição a essa droga e a malignidade endometrial avaliada pela biópsia.

CONCLUSÃO

Em nosso estudo, que avaliou apenas mulheres na pós menopausa assintomáticas, apenas 3,1% das pacientes que fizeram histeroscopia com biópsia de endométrio por

espessamento a ultrassonografia transvaginal obtiveram diagnóstico de câncer de endométrio. Esse resultado foi compatível com os estudos analisados neste trabalho.

Deste modo, não foi possível observar correlação entre o espessamento endometrial evidenciado pela ultrassonografia transvaginal e malignidade avaliada pela biópsia. Portanto, não há um cutoff que seja parâmetro suficiente para indicação de histeroscopia em pacientes assintomáticas na pós-menopausa. Isso se deve à elevada taxa de benignidade das lesões encontradas nas pacientes selecionadas para o estudo, tais como pólipos ou hiperplasia endometrial sem atipias.

Um ponto importante a ser destacado observado nesse trabalho é a baixa ocorrência de câncer de endométrio em pacientes sem sangramento vaginal, visto que o carcinoma endometrial provoca sangramento precocemente. Por esse motivo, a ultrassonografia de rotina em pacientes assintomáticas não deve ser utilizada como rastreamento populacional para o câncer de endométrio. Segundo o Ministério da Saúde (2016), o ultrassom transvaginal deve ser solicitado diante das seguintes indicações ginecológicas: dor pélvica aguda ou crônica, sangramento genital na pós menopausa, diagnóstico diferencial de tumores pélvicos com diâmetro menor que 10 cm ao exame ginecológico ou ultrassom pélvico, sangramento uterino anormal na menacme e seguimento anual de menopausa em uso de terapia hormonal. Ou seja, não há necessidade de realização de ultrassonografia transvaginal de rotina pelo Ministério da Saúde (2016). Como câncer de endométrio costuma provocar sangramento precocemente, é improvável que a ultrassonografia transvaginal consiga promover diagnóstico antes da ocorrência deste sintoma (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Para que haja um resultado mais fidedigno, esse estudo deve ter continuidade a fim de coletar maior número de prontuários, aumentando, dessa forma, a amostra de pacientes. Com isso, mesmo que os resultados sejam mantidos, o aumento da amostra traria maior validade e significância para o estudo.

REFERÊNCIAS

- AMANT, F. Endometrial cancer. *The Lancet*, v. 366. 12 ago. 2005. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)67063-8/references](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)67063-8/references)>. Acesso em 12 jul. 2022.
- APPEL, M. Adenocarcinoma de endométrio: Epidemiologia, tratamento e sobrevida de pacientes atendidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Clinical & Biomedical Research*, v. 35. 25 fev. 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/51280>. Acesso em 10 jul. 2022.
- AYALA, E. G. Hiperplasia endometrial: análise de serie de casos diagnosticados en biopsia endometrial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, v. 75. 2010. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000300002&script=sci_arttext. Acesso em 12 jul. 2022.
- CAMPANER, A. B. Achados histeroscópicos em mulheres na pós-menopausa com diagnóstico de espessamento endometrial por ultra-sonografia transvaginal. *Revista brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 26. Fev. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/kWfBFpLNNJ8ywmRjD48wQWL/abstract/?lang=pt>. Acesso em 10 jul. 2022.
- CAMPANER, A. B. Avaliação histológica de pólipos endometriais em mulheres após a menopausa e correlação com o risco de malignização. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28. 26 jan. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/LHMgYnrM8wdZQdZQyRCs4qB/abstract/?lang=pt>. Acesso em 12 jul. 2022.

FRANCO, R. C. Avaliação da Cavidade Uterina: Estudo Comparativo entre Histerografia, Histerossonografia e Histeroscopia. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 22. Dez. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/DXb8gHR9NCkgX3HzGB3kwnD/?lang=pt>. Acesso em 12 jul. 2022.

GUIMARÃES, L. C. Histopathological findings in postmenopause endometrial thickening samples. Revista Médica de Minas Gerais, v. 30. Ago. 2020. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2723>. Acesso em 12 jul. 2022.

HUVILA, J. Endometrial carcinoma: molecular subtypes, precursors and the role of pathology in early diagnosis. The Journal of Pathology, v. 253. Dez. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/path.5608>. Acesso em 12 jul. 2022.

IBGE. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>. Acesso em 12 jul. 2022.

KEAVER, L. Application of the UK Foresight Obesity Model in Ireland: The Health and Economic Consequences of Projected Obesity Trends in Ireland. PLoS ONE. v. 8 n. 11. 13 nov. 2013. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0079827>. Acesso em 12 jul. 2022.

KIM, M. K. Comparison of diagnostic accuracy between endometrial curettage and aspiration biopsy in patients treated with progestin for endometrial hyperplasia: a Korean Gynecologic Oncology Group study. Journal of Gynecologic Oncology, v. 31. Jul. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7286758/>. Acesso em 12 jul. 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo da Atenção Básica - Saúde das Mulheres. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 9 jul. 2022.

NILSON, E. A. F. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 43. 21 jan. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2020.v44/e32/pt>. Acesso em 12 jul. 2022.

OZELCI, R. The significance of sonographically thickened endometrium in asymptomatic postmenopausal women. Obstetrics & Gynecology Science, v. 62. 24 jun. 2019. Disponível em: <https://synapse.koreamed.org/articles/1129351>. Acesso em 12 jul. 2022.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Revista de Nutrição, v. 17. Out. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/yb5FgzvgCVPZVsxtsNp384t/?lang=pt>. Acesso em 12 jul. 2022.

SMITH-BINDMAN, R.; WEISS, E.; FELDSTEIN, V.; How thick is too thick? When endometrial thickness should prompt biopsy in postmenopausal women without vaginal bleeding. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, v. 24. 14 set. 2004. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/uog.1704>. Acesso em 12 jul. 2022.

TERZIC, M. M. Current role of Pipelle endometrial sampling in early diagnosis of endometrial cancer. Translational Cancer Research, v. 9. Dez. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8798375/>. Acesso em 12 jul. 2022.

YASA, C. Evaluation of the diagnostic role of transvaginal ultrasound measurements of endometrial thickness to detect endometrial malignancy in asymptomatic postmenopausal women. Archives of Gynecology and Obstetrics, v. 294. 05 mar. 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-016-4054-5>. Acesso em 12 jul. 2022.

YELA, D. A. Comparação do ultrassom transvaginal e da histeroscopia ambulatorial no diagnóstico das doenças endometriais em mulheres menopausadas. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 55. 28 mar. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/ZTdxTZTqjd4w7vY4LVnrSrk/abstract/?lang=pt>. Acesso em 12 jul. 2022.