Câncer de endométrio em paciente com espessura endometrial inferior a 5 mm à ultra-sonografia: relato de caso

Endometrial cancer in patient with endometrium thickness lower than 5 mm at ultrasound: case report

EDUARDO BECKER JR – Professor de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil. Médico Ginecologista, Obstetra e ecografista.
M. BIANCAMANO – Médico Ginecologista e Obstetra.
P. BARCELLOS – Médico Ginecologista e Obstetra.
CARLA COSENZA – Médica Residente do Hospital Presidente Vargas.

Instituição: Universidade Luterana do Brasil.

✉ Endereço para correspondência:
Eduardo Becker Jr.
Av Cristóvão Colombo, 1691
90560-004 – Floresta, Porto Alegre, RS
Fone (51) 3222-0505
dreduardobecker@hotmail.com

SINOPSE

A maior parte dos casos de sangramento uterino ocorridos no período pós-menopausa está relacionada a atrofia endometrial. Nesses casos, quando a ultra-sonografia revela espessura endometrial inferior a 5 mm, a hipótese de carcinoma é praticamente descartada (1).

Relato de caso: Os autores descrevem o caso de uma paciente de 68 anos, usuária de terapia de reposição hormonal (tibolona), que apresentou sangramento pequeno, mas constante, cuja ecografia pélvica transvaginal evidenciou miométrio homogêneo, cavidade uterina irregular, contendo fluido em seu interior, e endométrio medindo 4,5 mm de espessura total. Em posterior investigação, realizada um mês após a ecografia, o teste de Abradul evidenciou atipias nucleares em células endometriais, enquanto a biópsia aspirativa diagnosticou adenocarcinoma bem diferenciado de endométrio. O laudo anatomopatológico da peça de histerectomia evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado de endométrio sem invasão macroscópica do miométrio, mas com invasão microscópica do terço interno do mesmo. Conclui-se que, além da espessura endometrial, outros achados ecográficos, tais como irregularidade do endométrio e presença de líquido na cavidade uterina, devam ser levados em consideração no planejamento do manejo de cada caso, a fim de que se possam realizar diagnósticos de câncer de endométrio em seus estágios mais precoces.

UNITERMOS: Carcinoma de Endométrio, Sangramento Uterino, Espessura Endometrial, Ultra-Som.

ABSTRACT

Most cases of uterine bleeding after menopause are related to endometrial atrophy . In such cases, when ultrasonography reveals endometrial thickness thinner than 5mm, endometrial carcinoma is unlikely.

Case Report: We describe a case of a 68-year-old patient who was taking tibolone, presenting with abnormal bleeding. Endovaginal ultrasound has evidenced homogeneous myometrium, irregular uterine cavity filled with fluid, and endometrial thickness of 4.5 mm in total. One month after ultrasound, endometrial cytopathology has evidenced nuclear atypias in endometrial cells. Pipelle biopsy has diagnosed well-differentiated endometrium adenocarcinoma. The pathological report from hysterectomy has evidenced well differentiated endometrium adenocarcinoma without myometrium macroscopic invasion, but with microscopic invasion of the inner third. It is concluded that, besides the endometrium thickness, other sonographic findings, such as endometrial regularity and presence of fluid within the uterine cavity shall be taken into consideration when planning the management of each case, so that endometrial cancer can be diagnosed earlier.

KEY WORDS: *Endometrial Cancer, Post-Menopause, the Endometrium Thickness, Diagnosed Earlier.*

INTRODUÇÃO

O carcinoma de endométrio tem-se tornado cada vez mais comum devido ao uso freqüente da terapia de reposição estrogênica e aos eficazes métodos de rastreamento e tratamento precoce disponíveis para o câncer de mama e de colo uterino (1). Atualmente, é o tumor mais freqüente do trato genital feminino nos Estados Unidos, sendo o quarto mais prevalente entre mulheres, segundo o registro hospitalar de câncer do Hospital Santa Rita, de Porto Alegre, em 1996 (2). Clinicamente, o câncer de endométrio costuma manifestar-se por sangramento uterino após a menopausa. No entanto, deve-se considerar que muitos casos de sangramento nesse período ocorrem devido ao uso de estrógenos exógenos e à atrofia endometrial (1).

A ultra-sonografia da pelve, especialmente quando realizada por via transvaginal, é muito utilizada nessa condição clínica porque oferece grande quantidade de informações ao ginecologista, com mínimo desconforto para a paciente. Vários autores preconizam que, na vigência de sangramento após a menopausa, uma ecografia transvaginal que revele espessura endometrial inferior a 5 mm praticamente exclui a possibilidade de neoplasia (1). Inobstante, outros fatores também devem ser considerados, tais como regularidade, ecogenicidade e presença de líquido na cavidade endometrial (1).

O presente trabalho relata o caso de uma paciente usuária de terapia de reposição hormonal (TRH) com metrorragia cujo diagnóstico de carcinoma endometrial foi estabelecido a despei-

to de a espessura endometrial ser de apenas 4,5 mm.

DESCRIÇÃO DO CASO

A.A., 68 anos, branca, com menarca aos 12 anos e menopausa aos 50 anos, passou a utilizar 2,5 mg de tibolona diariamente desde 1990. Efetuava exames ginecológicos periódicos e acompanhamento de rotina, apresentando, anualmente, entre 1990 e 1998, exames de citologia cervical e mamografias dentro dos limites da normalidade. Além disso, realizou ecografia pélvica transvaginal em 1995, 1996 e 1997, e teste de Abradul (método utilizado para colheita citológica do endométrio) em 1992 e 1995, que não detectaram qualquer alteração. Em abril de 1998, apresentou sangramento vaginal escasso, tipo "borra de café". Naquele momento, foi realizada ecografia pélvica transvaginal, que demonstrou útero com contornos regulares e ecogenicidade homogênea; endométrio com 6,8 mm de espessura contendo áreas irregulares e moderada quantidade de secreção na cavidade endometrial. Na ocasião, a paciente foi medicada com acetato de medroxiprogesterona. A ecografia foi repetida um mês após essa conduta e demonstrou endométrio com 5,6 mm de espessura sem secreção em seu interior. Em fevereiro de 1999, houve novo episódio de sangramento uterino. Nesse período, ultra-sonografia pélvica transvaginal (USTV) realizada em nosso serviço, utilizando ecógrafo Sonoline Versa Pro (Siemens, Estados Unidos), com transdutor multifreqüencial de 5 a 7,5 MHz, evidenciou miométrio homogêneo, cavidade uterina contendo pequena quantidade de fluido em seu interior e endométrio com contornos irregulares medindo, em plano sagital, na soma de seus dois folhetos, 4,5 mm de espessura máxima (Figuras 1 e 2). Um mês após a ecografia, devido à persistência dos sintomas, foi realizado teste de Abradul, que demonstrou atipias nucleares em células endometriais, e biópsia aspirativa de endométrio (através de uma cânula flexível de polietileno acoplada à seringa com formação de vácuo), que diagnosticou adenocarcinoma bem diferenciado. Paciente foi então submetida a pan-histerectomia, cujo laudo anatomopatológico evidenciou útero pesando 68 gramas, contendo endométrio com lesão vegetante parda e friável medindo 2,0 cm x 1,5 cm de diâmetros longitudinal e transversal, respectivamente, compatível com adenocarcinoma moderadamente diferenciado de endométrio, sem invasão macroscópica do miométrio, mas com invasão microscópica do terço interno do mesmo (Figuras 3 e 4). O laudo de anatomopatologia não especificou a medida ântero-posterior da lesão.



Figura 1 – Plano sagital evidenciando espessura endometrial.

DISCUSSÃO

Sangramento é, freqüentemente, o primeiro e principal sintoma de cân-

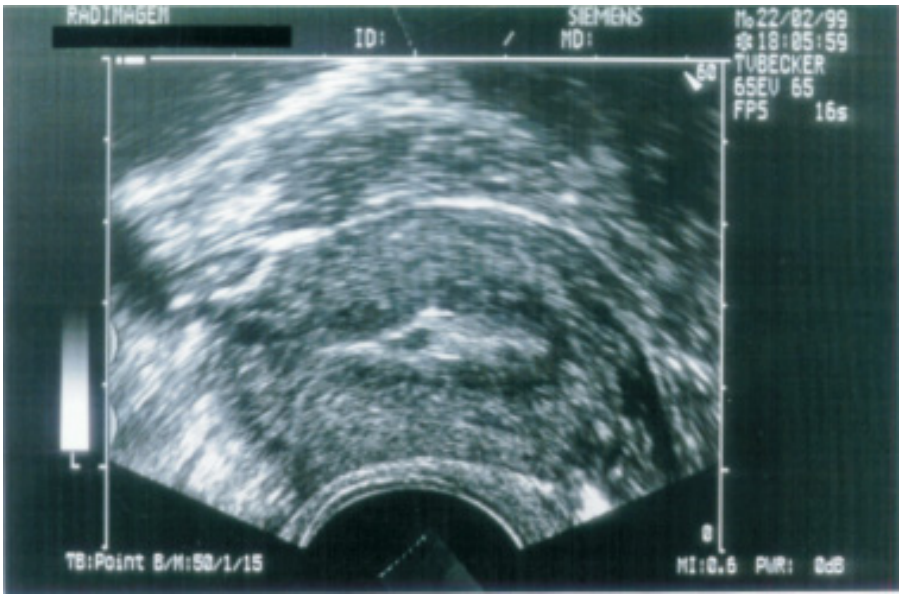


Figura 2 – Plano transversal.

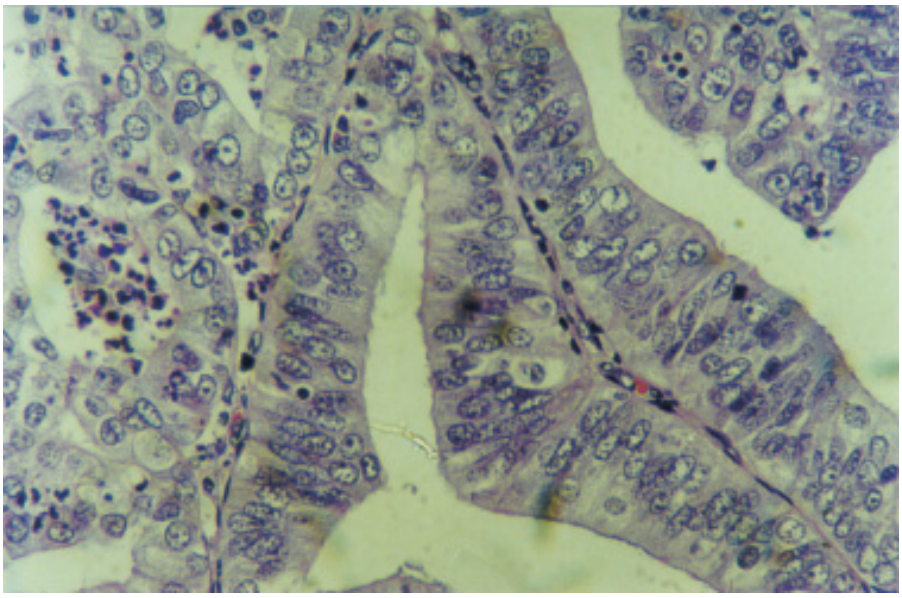


Figura 3 – Lesão endometrial (H/E, aumento de 400 vezes).

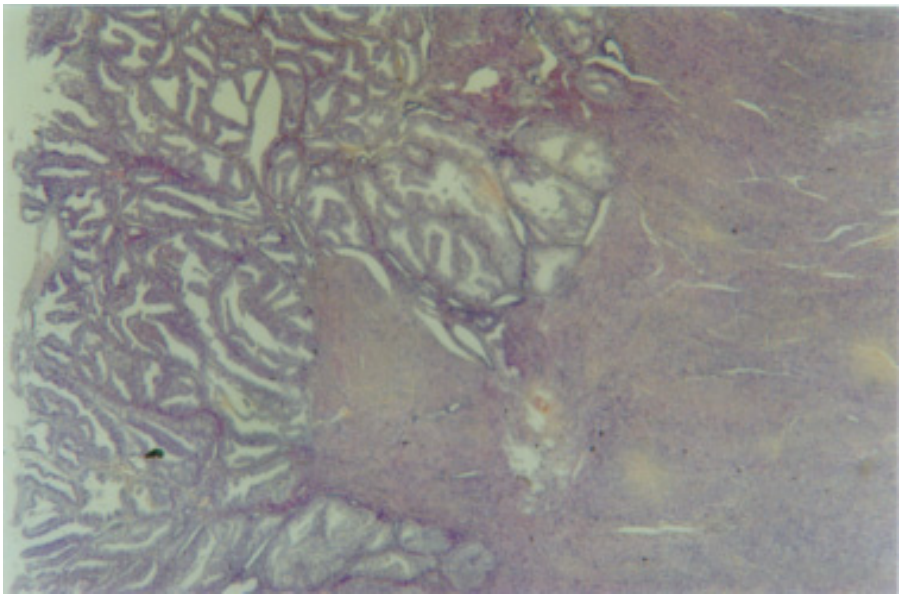


Figura 4 – Lesão endometrial com invasão microscópica do miométrio (H/E, aumento de 50 vezes).

cer de endométrio. Já se demonstrou que a abreviação no tempo de obtenção de uma amostra histológica é extremamente benéfica para o diagnóstico precoce desta neoplasia em mulheres com sangramento após a menopausa (3). Dentre os métodos disponíveis para biopsiar o endométrio, a curetagem uterina é ainda considerada uma alternativa eficaz, apesar de usualmente não obter material de toda a cavidade endometrial (3,4). Deve-se considerar, no entanto, que a maioria das pacientes com sangramento nesse período não apresenta patologia endometrial (1). Assim, o uso rotineiro desse método determinará, com freqüência, intervenções cirúrgicas desnecessárias e não isentas de risco (5). Técnicas menos invasivas, como a histeroscopia, também têm sido utilizadas na investigação de alterações endometriais (6), apresentando elevada sensibilidade, apesar de causar razoável desconforto às pacientes. A histeroscopia constituise no método com maior acurácia para avaliar o endométrio, pois permite biopsiar lesões sob visão direta (6). Porém, amiúde não é possível realizá-la em mulheres com estenose cervical (3).

Outro método de investigação é a ultra-sonografia pélvica por via transvaginal, considerada como método não invasivo que permite detectar ou excluir patologias endometriais, inclusive câncer e invasão miometrial, com elevada acurácia, mínimo desconforto e relativo baixo custo (3,5,7,8). Utilizando-se como valor discriminatório a espessura endometrial de 5 mm, a USTV é extremamente sensível para rastrear patologias endometriais (3,5). No entanto, com esse critério, sua especificidade é inferior a 50%, principalmente em pacientes usuárias de TRH (3). Na tentativa de minimizar resultados falso-positivos e procedimentos invasivos conseqüentemente desnecessários, outros autores elevaram o valor de corte para 6 mm (7,9). O caso apresentado revelou um carcinoma endometrial bem diferenciado, com estadiamento Ib, sem comprometimento macroscópico do miométrio. Quando tal situação ocorre, a USTV permite demonstrar até mesmo o grau de invasão, através da identificação de áreas hiperecogênicas nas diferentes camadas de miométrio (3). Ressaltamos ainda que, no momento do diagnóstico de câncer, o exame ecográfico evidenciou espessura endometrial abaixo do valor de corte de 5 mm.

Segundo Moura et al. (1), pacientes na pós-menopausa com espessura endometrial de até 5 mm podem ser acompanhadas periodicamente desde que o endométrio apresente aspecto característico. No caso apresentado, é importante salientar que o endométrio tinha interface irregular e que suas camadas estavam separadas por fina lâmina líquida.

Sobre a presença de líquido na cavidade endometrial e coexistência de

câncer, os dados de literatura são controvertidos. No pioneiro trabalho de Breckenridge et al. (10), 94% da sua série de 17 casos de líquido coletado na cavidade endometrial correspondiam a carcinoma de corpo ou colo uterino, sendo 9 (53%) de endométrio. Carlson et al. (11) estudaram 20 pacientes com esse achado ecográfico, obtendo amostra histológica de 17 delas. Destas, cinco tinham câncer, sendo um de colo, um de tuba uterina, dois de ovário e somente um de endométrio. Já Goldstein (9) estudou 30 mulheres na pós-menopausa contendo fluido na cavidade endometrial e não encontrou neoplasia alguma. Segundo esse autor, se o endométrio circunjacente ao líquido tiver espessura inferior a 3 mm, ou seja, espessura endometrial total menor do que 6 mm, o endométrio é invariavelmente inativo, dispensando ser biopsiado. No caso aqui apresentado, contrariamente à assertiva daquele autor, o endométrio media menos de 5 mm. Zalel et al. (12) também discordam de Goldstein (9). Estes autores estudaram nove mulheres assintomáticas com líquido coletado na cavidade uterina e endométrio circunjacente medindo entre 1 e 3 mm de espessura. Os resultados de suas biópsias evidenciaram três casos de material insuficiente, cinco de endométrio atrófico e um de adenocarcinoma bem diferenciado de endométrio com invasão profunda do miométrio. Nessa paciente, cada uma das camadas do endométrio media 3 mm de espessura, perfazendo 6 mm de espessura total. No caso que apresentamos, a presença de líquido na cavidade endometrial funcionou como elemento facilitador do diagnóstico na medida em que propiciou a análise do contorno da cavidade uterina, tal qual a sono-histerografia, método com maior acurácia no diagnóstico das patologias endometriais do que a USTV isolada (13).

Com base no caso que relatamos e em trabalhos reportados previamente na literatura (1,12), conclui-se que mulheres na pós-menopausa com sangramento atípico e/ou alterações de contornos ou de textura endometrial na USTV devam ser submetidas a alguma das técnicas de biópsia disponíveis, mesmo na vigência de endométrio fino, presumivelmente atrófico, para que a possibilidade de carcinoma seja excluída. A respeito da combinação de doenças malignas e líquido coletado na cavidade endometrial, séries que incluam maior número de pacientes serão necessárias para que se possa medir sua real associação. Com essa abordagem, espera-se que a terapêutica adequada possa ser implementada cada vez mais nos estágios iniciais da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moura APC, Pastore AR, Cerri GG. Endométrio. In: Ultra-sonografia - Obstetrícia - Ginecologia, São Paulo, 555-571.
2. Pessini S, Sandri A, Lago S, Silveira G, Guimarães S, Silveira G. Câncer de Endométrio. Rev Med Santa Casa, 2000; 11:1931-1932.
3. Cacciatore B, Ramsay T, Lehtovirta P, Ylöstalo P. Transvaginal sonography and hysteroscopy in postmenopausal bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand 1994; 73: 413-416.
4. Stock RJ, Kanbour RA. Prehysterectomy curettage. Obstet Gynecol 1975; 45: 537-541.
5. Granberg S, Wikland M, Karlsson B, Norstrom A, Friberg LG. Endometrial thickness as measured by endovaginal ultrasonography for identifying endometrial abnormality. Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 47-52.
6. Pessini SA, Becker Jr E, Pedrassani M, Diefenbach NC, Koya RC. Histeroscopia e micro-histeroscopia: experiência de um ano do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev de Medicina ATM 1991; 12: 42-46.
7. Bakos O, Smith P, Heimer G. Transvaginal ultrasonography for identifying endometrial pathology in postmenopausal women. Maturitas 1995; 20: 181-189.
8. Schoenfeld A, Levavi H, Ovadia J. Surgery in post-menopausal women - the value of transvaginal sonography. Surg Endosc 1990; 4: 108-113.
9. Goldstein SR. Postmenopausal endometrial fluid collections revisited: look at the doughnut rather than the hole. Obstet Gynecol 1994; 83: 738-740.
10. Breckenridge JW, Kurtz AB, Ritchie WGM, Macht Jr EL. Postmenopausal uterine fluid collection: indicator of carcinoma. AJR 1982; 139: 529-534.
11. Carlson Jr JA, Arger P, Thompson S, Carlson EJ. Clinical and pathologic correlation of endometrial cavity fluid detected by ultrasound in the postmenopausal patient. Obstet Gynecol 1991; 77: 119-123.
12. Zalel Y, Tepper R, Cohen I, Goldberger S, Beyth Y. Clinical significance of endometrial fluid collections in asymptomatic postmenopausal women. J Ultrasound Med 1996; 15: 513-515.
13. Becker E Jr, Lev-Toaff AS, Kaufman EP, Halpern EJ, Edelweiss MI, Kurtz AB. The added value of transvaginal sonohysterography over transvaginal ultrasound alone in patients with known or suspected leiomyomas. J Ultrasound Med 2002; 21:237-247.