

ADENOCARCINOMA DE ENDOMÉTRIO: RELATO DE CASO

FIM, Maikel Luis¹
CARDOSO, Marcelo Pontual²

RESUMO

Introdução: O câncer endometrial apresenta-se como uma das neoplasias malignas do trato genital feminino mais frequente em países da Europa Ocidental e América do Norte. A grande maioria (mais de 90%) dos casos acometem mulheres com idade superior aos 50 anos (média de idade de 63 anos), contribuindo para 1% a 2% de todas as causas de morte por câncer. O principal sintoma é o sangramento vaginal que, se diagnosticado logo após seu início, a doença estará restrita ao útero, em mais de 75% das mulheres, portanto em estágio inicial. Nesses casos o prognóstico é favorável e as taxas de sobrevivência global são altas (80% a 85%) no período de cinco anos. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar através de um caso clínico, o diagnóstico e tratamento de um caso de Adenocarcinoma de Endométrio.

Metodologia: LAPC, 35 anos, sexo feminino, raça branca, casada, católica. A paciente veio encaminhada de outro Serviço para investigação de infertilidade, com desejo de engravidar. Foi submetida à curetagem uterina, devido à identificação de pólipos uterinos. Ao exame anatomopatológico foi constatado Adenocarcinoma endometriode bem diferenciado, grau I. Após a revisão das lâminas e avaliação imunohistoquímica, foi realizada a cirurgia de Histerectomia Total Ampliada com linfadenectomia pélvica vídeo assistida. O material extraído foi enviado para análise anatomopatológica, em que se evidenciou Adenocarcinoma do Endométrio, padrão histológico endometrióide, medindo 6,2 cm, localizado em corpo e fundo uterinos estendendo-se ao canal endocervical. Padrão macroscópico papilífero, bem diferenciado, estendido somente ao epitélio glandular, não havendo tumor na superfície serosa. Não houve invasão vascular venosa e/ou linfática. Invasão cervical presente (na mucosa endocervical). Paramétrios, túnica serosa, tubas e ovários sem sinais de infiltração. Margens cirúrgicas livres e distantes do local da neoplasia. **Conclusão:** Observou-se a importância de se realizar um diagnóstico precoce, bem como tratamento apropriado para Adenocarcinomas uterinos, a fim de prevenir a incidência de metástases à distância e proporcionar um melhor prognóstico à paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Adenocarcinoma endometrial. Histerectomia. Linfadenectomia pélvica.

ENDOMETRIAL ADENOCARCINOMA: CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: Endometrial cancer presents as one of the most common malignancies of the female genital tract in Western Europe and North America. The great majority (over 90%) of the cases involve women aged over 50 years (mean age 63 years), contributing to 1% to 2% of all causes of death from cancer. The main symptom is vaginal bleeding, if diagnosed soon after its inception, the disease is confined to the uterus, in over 75% of women, so in early stage. In such cases the prognosis is favorable and overall survival rates are high (80% to 85%) in the five-year period.

Objective: The aim of this study is to report by a clinical case, diagnosis and treatment of a case of endometrial adenocarcinoma. **Methodology:** LAPC, 35, female, Caucasian, married, Catholic. The patient was referred from another service for infertility investigation, with desire to become pregnant. It underwent curettage due to the identification of uterine polyps. The pathology was found endometrioid adenocarcinoma well differentiated, grade I. After reviewing the slides and immunohistochemical evaluation, the Extended Total hysterectomy surgery with pelvic lymphadenectomy assisted video was made. The extracted material was sent for pathological examination, in which they showed adenocarcinoma of the endometrium, endometrioid histological pattern, measuring 6.2 cm, located in the body and uterine bottom extending to the endocervical canal. Standard gross papillary, well-differentiated, extended only to the glandular epithelium, with no tumor in serous surface. There was no vascular invasion venous and / or lymphatic. This cervical invasion (the endocervical mucosa). Parametria, serous tunic, tubes and ovaries with no signs of infiltration. Free surgical margins and far from the site of neoplasia. **Conclusion:** We observed the importance of performing an early diagnosis, and proper treatment for uterine adenocarcinomas, to prevent the incidence of metastases and get a better prognosis for the patient.

KEYWORDS: Endometrial adenocarcinoma. Hysterectomy. Pelvic lymphadenectomy.

¹ Médico graduado pelo Centro Univeristário FAG. E-mail: agromaquinastigrao@hotmail.com

² Professor Orientador.

1. INTRODUÇÃO

O câncer endometrial apresenta-se como uma das neoplasias malignas do trato genital feminino mais frequente em países da Europa Ocidental e América do Norte (Paking et al, 2005; Jemal et al., 2009). A grande maioria (mais de 90%) dos casos acontece em mulheres com idade superior aos 50 anos (média de idade de 63 anos), contribuindo para 1% a 2% de todas as causas de morte por câncer. O principal sintoma é o sangramento vaginal que, se diagnosticado logo após seu início, a doença estará restrita ao útero, em mais de 75% das mulheres, portanto em estágio inicial. Nesses casos o prognóstico é favorável e as taxas de sobrevida global são altas (80% a 85%) no período de cinco anos (ROSE, 1996).

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) introduziu em 1988, e atualizado em 2009, o sistema de estadiamento para o câncer de endométrio, sendo este cirúrgico-patológico e definido após a histerectomia total abdominal, salpingo-ooforectomia bilateral, linfadenectomia pélvica e periaórtica e citologia peritoneal, sendo o prognóstico dependente da idade, histologia e grau do tumor, profundidade de invasão no miométrio, comprometimento cervical e metástases linfonodais (PECORELLI et al., 2009).

Muitos autores se perguntavam se há melhora na sobrevida global com o emprego da terapia endócrina adjuvante em portadoras de carcinoma endometrial. A terapêutica primária do carcinoma de endométrio, representada, sobretudo pela cirurgia e radioterapia, principalmente nos casos de tumores indiferenciados e com infiltração profunda da musculatura miometrial, não demonstra resultados favoráveis no controle tumoral. Sendo o carcinoma endometrial uma doença hormônio-dependente, advogou-se a hipótese de que o emprego de terapia adjuvante endócrina poderia determinar melhoras, prevenindo recorrência e morte, em pacientes portadoras da doença em estádios iniciais (CAIRO et al., 2012).

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de Adenocarcinoma Endometrial, bem como seu tratamento e prognóstico. Avaliar a importância do diagnóstico precoce e identificar a extensão da lesão, bem como seu grau de diferenciação.

2. METODOLOGIA

O trabalho em questão foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz (CEP/FAG) e foi aprovado sob o parecer .

Trata-se de um trabalho de relato de caso clínico envolvendo uma paciente feminina 35 anos, sexo feminino, raça branca, casada, católica. A paciente veio encaminhada de outro Serviço para investigação de infertilidade, com desejo de engravidar. Foi submetida à curetagem uterina, devido à identificação de pólipos uterinos. Ao exame anatomopatológico foi constatado Adenocarcinoma endometriode bem diferenciado, grau I.

A paciente era portadora de hipertensão arterial controlada e negava cirurgias prévias.

Histórico ginecológico: Gesta 0, aborto 0. Ciclos menstruais regulares. Desconhece histórico de câncer na família. Nega tabagismo e etilismo.

Ao exame ginecológico/especular: colo curto, móvel, fibroelástico, sem lesões visíveis. Coletado Citologia Oncótica Colpocervical (CO).

Exame de CO: negativo para malignidade.

Após a revisão das lâminas e avaliação imunohistoquímica, foi realizada a cirurgia de Histerectomia Total Ampliada com linfadenectomia pélvica vídeo assistida. O material extraído foi enviado para análise anatomopatológica, em que se evidenciou Adenocarcinoma do Endométrio, padrão histológico endometrióide, medindo 6,2 cm, localizado em corpo e fundo uterinos estendendo-se ao canal endocervical. Padrão macroscópico papilífero, bem diferenciado, estendido somente ao epitélio glandular, não havendo tumor na superfície serosa. Não houve invasão vascular venosa e/ou linfática. Invasão cervical presente (na mucosa endocervical). Paramétrios, túnica serosa, tubas e ovários sem sinais de infiltração. Margens cirúrgicas livres e distantes do local da neoplasia.

O pós-operatório de 6 meses e 1 ano, não demonstraram novas lesões e não foram evidenciadas presença de metástases à distância.

3. DISCUSSÃO

Em um estudo prospectivo (VON MINCKWITZ et al., 2002) foi observado que não há indicação do emprego da terapia endócrina adjuvante, em pacientes portadoras do carcinoma em estágio inicial, procedimento este que não realizado neste trabalho.

Nas pacientes diagnosticadas com carcinoma endometrial em estágio inicial, a realização da linfadenectomia pélvica associada à cirurgia-padrão (histerectomia total e salpingo-ooforectomia bilateral), permite a realização de um estadiamento mais adequado, por tornar possível a maior detecção de metástases para linfonodos. Não demonstra, contudo, melhora na sobrevida global ou

redução na taxa de recorrência (CAIRO et al., 2012). No presente relato, a cirurgia estendida foi realizada para que se pudesse estadiar melhor o carcinoma.

O emprego da radioterapia adjuvante em pacientes com carcinoma endometrial estágio inicial, demonstra redução nas recorrências locorregionais, entretanto sem influenciar na sobrevida. Em virtude dos eventos adversos relacionados com o emprego da radioterapia adjuvante, esta não deve ser o tratamento de escolha para impedir apenas a recidiva local, não estando, portanto, indicada em carcinomas iniciais na ausência de fatores de risco para metástases (SCHOLTEN et al., 2002).

Apesar da abordagem laparoscópica não ser a cirurgia padronizada para o tratamento do carcinoma endometrial, quando realizada por profissionais treinados, demonstra ser alternativa segura e eficaz para o tratamento de carcinoma endometrial em estágio inicial, sem comprometer a radicalidade oncológica necessária (MALZONI et al., 2009). No presente estudo, os profissionais eram altamente qualificados para tal procedimento, o que favorece a melhor recuperação pós-operatória da paciente.

Tanto o emprego da quimioterapia quanto da radioterapia pélvica adjuvantes, em pacientes portadoras de carcinoma endometrial de alto risco não demonstra diferença significativa com relação à sobrevida global (MAGGI et al., 2009).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou a importância do diagnóstico precoce de Adenocarcinoma Endometrial, bem como seu tratamento, prognóstico, estadiamento e grau de diferenciação.

REFERÊNCIAS

CAIRO, A. A.; FONSECA, R.; SIMÕES, R. Carcinoma endometrial: tratamento. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo. v.58 n.3, May/June. 2012.

FUNG-KEE-FUNG, M.; DODGE, J.; ELIT, L.; LUKKA, H.; CHAMBERS, A.; OLIVER, T. *et al.* Followup after primary therapy for endometrial cancer: a systematic review. **Gynecol Oncol.** v. 101, p. 520-9. 2006.

JEMAL, A.; SIEGEL, R.; WARD, E.; HAO, Y.; XU, J.; THUN, M. J. Cancer statistics 2009. **CA Cancer J Clin.** v. 59, p. 225-49. 2009.

MAGGI, R.; LISSONI, A.; SPINA, F.; MELPIGNANO, M.; ZOLA, P.; FAVALLI, G. *et al.* Adjuvant chemotherapy vs radiotherapy in high-risk endometrial carcinoma: results of a randomized trial. **Br J Cancer**. v. 95, p. 266-71. 2009.

MALZONI, M.; TINELLI, R.; COSENTINO, F.; PERONE, C.; RASILE, M.; IUZZOLINO, D. *et al.* Total laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy with lymphadenectomy for early-stage endometrial cancer: a prospective randomized study. **Gynecol Oncol**. v. 112, p. 126-33. 2009.

PARKIN, D. M.; BRAY, F.; FERLAY, J.; PISANI, P. Global cancer statistics, 2002. **CA CancerJ Clin**. v. 55, 74-108. 2005.

PECORELLI S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. **Int J Gynaecol Obstet**. v. 105, p. 103-4. 2009.

ROSE P. G. Endometrial carcinoma. **N Engl J Med**. v. 335, p. 640-9. 1996.

VON MINCKWITZ, G.; LOIBL, S.; BRUNNERT, K.; KREIENBERG, R.; MELCHERT, F.; MÖSCH, R. *et al.* Adjuvant endocrine treatment with medroxyprogesterone acetate or tamoxifen in stage I and II endometrial cancer-a multicentre, open, controlled, prospectively randomised trial. **Eur J Cancer**. v. 38, p. 2265-71. 2002.