

Ponto e contraponto

A histeroscopia no diagnóstico do câncer de endométrio

Hoje, está bem estabelecido que a histeroscopia é um excelente método na avaliação e tratamento da maioria das alterações da cavidade uterina. A polêmica sobre a utilização da histeroscopia no diagnóstico do câncer de endométrio é antiga. Quando da implantação do Serviço de Histeroscopia do Hospital das Clínicas da UFMG, em 1994, o nosso querido e saudoso professor Rubens Monteiro de Barros, todas as vezes que me encontrava no bloco cirúrgico, dizia: “Padovezi, cuidado, esse exame ajuda a disseminar o câncer de endométrio”. Assim, as nossas discussões eram freqüentes, o que me levou a acompanhar esse assunto com muita atenção.

Em uma revisão da literatura de 1980 a 2001, Ravel et al 2004 concluem que não há evidência de que as mulheres que realizaram a histeroscopia diagnóstica apresentem pior prognóstico em comparação com outros métodos propedêuticos.

Nessa mesma direção, Biewenga et AL 2004 afirmam que a histeroscopia não aumentou a detecção de células endometriais em lavados peritoneal ou um pior prognóstico dos ca de endométrio estágio I.

Já Takac and Zegura, em 2007, detectaram um aumento de citologia peritoneal positiva associada à histeroscopia, mas não houve diferença no estadiamento da patologia endometrial maligna.

Um recente trabalho prospectivo de um grupo nacional (Damião et al 2007) concluiu que a histeroscopia diagnóstica, utilizando-se CO₂ a uma baixa pressão de distensão (<80mmHg), não dissemina células endometriais para a cavidade endometrial em pacientes com ou sem afecção maligna endometrial. Mas o estudo não permite estender essa conclusão aos casos de estadiamento mais avançados de ca de endométrio.

A literatura em 1994, assim como a de 2007, não apresenta trabalhos conclusivos sobre a piora do prognóstico, nos casos em que a histeroscopia foi utilizada como método propedêutico.

Carece, até o momento, de estudos prospectivos com maior casuística, contemplando, especialmente, os vários estadiamentos do ca de endométrio.

Assim, baseado na literatura disponível, não há porque abrir mão da histeroscopia no diagnóstico inicial do câncer de endométrio. (Yazbeck et al 2005).

Sergimar Padovezi Miranda

Doutor em Ginecologia e Obstetrícia pela F.M. Botucatu – Unesp (SP) e coordenador do Serviço de Reprodução Humana e Endoscopia do Hospital Vila da Serra, em Belo Horizonte (MG).

Comentários do médico Sávio Costa Gonçalves

Em sua história natural, os tumores malignos endometriais evoluem espontaneamente com a disseminação para outros tecidos e órgãos por meio de três vias: a canalicular, para a cavidade peritoneal pelas trompas; a linfática, para os anexos, vagina e linfonodos regionais; e a hematogênica, para pulmões, fígado, ossos e cérebro.

Se analisarmos o que ocorre durante uma histeroscopia, alguns questionamentos importantes devem ser considerados:

- 1) o meio distensor ao ser injetado sob pressão na cavidade uterina poderia favorecer a dispersão de células neoplásicas que ali estiverem presentes, de modo a contribuir para acelerar a evolução natural deste tumor;
- 2) na histeroscopia cirúrgica que utiliza a ressecção com alça de tumores, fragmentos do mesmo poderiam ser carreados via trompas para a cavidade peritoneal, dos vasos linfáticos abertos para os linfonodos e tecidos vizinhos e/ou por meio das veias abertas para órgãos distantes.

Primeiramente, interessa considerar que durante as histeroscopias, o meio distensor, dependendo da pressão imposta (acima de 70 mmHg) e da permeabilidade tubária da paciente, desloca-se através das trompas e atinge a cavidade peritoneal, tal como em uma hidrotubação. Frequentemente, a visão histeroscópica próxima ao orifício tubário permite observar que, de modo intermitente, o líquido entra por este orifício em direção à cavidade peritoneal carreando muco, sangue, pequenos coágulos e todos os resíduos tissulares suspensos.

Em casos de cirurgias combinadas, com histeroscopia seguida de laparoscopia, quantidade variável deste líquido é comumente encontrada na cavidade peritoneal. Este mesmo líquido distensor também entra diretamente no sistema vascular, podendo causar sobrecarga circulatória na paciente em caso de grande volume absorvido. Na hipótese de que células neoplásicas estejam presentes na cavidade endometrial, teoricamente, estariam instauradas as condições propícias para acelerar a progressão de uma neoplasia maligna por suas vias naturais.

A análise da literatura científica sobre histeroscopia e tumor endometrial deve considerar o procedimento realizado: histeroscopia diagnóstica apenas ou histeroscopia cirúrgica com

ressecção de tumor utilizando alça. Considerando-se a histeroscopia diagnóstica apenas e o risco de aumentar a dispersão de células neoplásicas para a cavidade peritoneal, as publicações até o presente momento estão rigorosamente divididas. De 18 estudos avaliados, 50%, incluindo uma meta-análise, não constataram aumento de incidência e 50% detectaram aumento de incidência de citologia peritoneal positiva para células endometriais. Não há, até agora, estudos sobre a real capacidade de implantação das células tumorais carregadas à cavidade peritoneal, ou sobre o favorecimento de disseminação linfática ou vascular pela histeroscopia diagnóstica. Por outro lado, no caso de histeroscopias cirúrgicas com ressecções, não há, na literatura atual, estudo consistente publicado que avalie o risco de disseminação tumoral.

Atualmente, há um agravante ao risco de disseminação peritoneal do tumor relacionado aos planos de saúde. Os equipamentos necessários para o controle ideal da pressão intra-uterina durante o procedimento não têm sido autorizados pelos convênios. Conseqüentemente, histeroscopias realizadas com pressões elevadas poderiam aumentar o risco de células serem carregadas à cavidade peritoneal e aos espaços vasculares.

Do ponto de vista oncológico, o método ideal para o diagnóstico de neoplasia endometrial é a biópsia realizada em consultório. Porém, cada vez mais, os diagnósticos têm sido realizados via ressecção histeroscópica por alça de massa tumoral. Minha preocupação como histeroscopista e cirurgião oncologista é que possamos estar prejudicando nossas pacientes ao empregarmos a histeroscopia cirúrgica em tumores malignos endometriais. No segmento destas pacientes após o tratamento da neoplasia maligna, tenho observado algumas evoluções inesperadamente desfavoráveis, considerando se o estadiamento cirúrgico do tumor. A literatura atual não dá suporte para atribuir ou excluir a responsabilidade da histeroscopia cirúrgica nestas evoluções.

Sendo a biópsia endometrial em consultório simples e de baixo custo, deveríamos utilizá-la mais freqüentemente, inclusive antes de realizar ressecções histeroscópicas em situações supostamente benignas. Quando a biópsia endometrial não for exequível ou quando nos depararmos com a possibilidade de uma neoplasia maligna de endométrio durante uma histeroscopia diagnóstica, a melhor conduta a seguir é “utilizar baixas pressões para o meio distensor da cavidade e realizar o exame em breve tempo, diminuindo assim o risco” (Consenso Brasileiro de Videoendoscopia Ginecológica – 2001, p. 327). Em seguida, bastaria realizar biópsia ou curetagem semiótica para o diagnóstico histopatológico do tumor.

Por fim, deixemos que futuras pesquisas controladas, e não a evolução de nossas pacientes, tragam-nos conhecimentos mais sólidos sobre esse assunto.

** Cirurgião oncologista pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões e Coordenador da Clínica Ginecológica do Hospital Felício Rocho.*

Comentários do médico Agnaldo Lopes da Silva Filho *

O artigo discute um tema atual e extremamente relevante do ponto de vista clínico. A histeroscopia é considerada por alguns autores como o “padrão-ouro” na propedêutica do sangramento uterino anormal. Existe a preocupação desse procedimento estar associado à disseminação de células tumorais para a cavidade peritoneal, com alteração do estadiamento e prognóstico nas mulheres com câncer de endométrio. Apesar das controvérsias, estudos retrospectivos mostram uma maior taxa de citologia peritoneal positiva em pacientes submetidas à histeroscopia em comparação à curetagem uterina ou biópsia endometrial.

No entanto, o significado de um lavado peritoneal positivo isoladamente em mulheres com câncer de endométrio tem significado indeterminado. Apenas estudos prospectivos e randomizados com um maior número de participantes poderão nos ajudar a resolver essa questão. Dessa forma, a preocupação em relação à histeroscopia e o prognóstico do câncer de endométrio é pertinente, sugerindo cautela na utilização desse método de forma indiscriminada. A indicação de outros métodos propedêuticos, como a biópsia endometrial por aspiração, em mulheres com alta suspeição para neoplasia maligna de endométrio parece ser uma boa alternativa.

** Professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG - Presidente do Comitê de Oncologia da SOGIMIG.*