

SARCOMA DO ESTROMA ENDOMETRIAL

Elias Moura da Luz¹; Matheus Giacomelli Trindade²; Alexsandro Behrens Zibel³; Thales Moura de Assis⁴; Marcelle Telesca Patzlaff⁵; Guilherme Lucas de Oliveira Bicca⁶

¹Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Pelotas – emouradaluz@hotmail.com

² Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Pelotas – matheus_giacomelli@yahoo.com.br

³ Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Pelotas – lexberens@gmail.com

⁴ Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Pelotas – thales.moura@ymail.com

⁵ Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Pelotas – marcelletelesca@gmail.com

⁶ Chefe do Departamento de Medicina Materno Infantil na Universidade Federal de Pelotas – gbicca@yahoo.com

1. INTRODUÇÃO

O sarcoma do estroma endometrial (SEE) é um tumor mesenquimal maligno raro, tendo como principal sintoma o sangramento vaginal anormal e ao exame físico um aumento uterino ou até mesmo protusão do tumor pela cérvix. Em sua maioria, acomete o útero, mas também pode ocorrer de forma extrauterina, como: cavidade pélvica e abdominal, ovário, trompas de falópio, retroperitônio e vagina – local raro. O SEE corresponde a 0,2% de todos os tumores uterinos e é responsável por aproximadamente 8 – 15% dos casos de sarcomas uterinos. A classificação dos sarcomas uterinos revisada em 2014 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) divide-os em nódulo de estroma endometrial (NEE) que é benigno e tratado por excisão completa, SEE de baixo grau (SEE-BG); sarcoma uterino indiferenciado (SUI) que constitui 25% dos sarcomas endometriais e inclui o SEE de alto grau (SEE-AG) que possui células atípicas, mas sem o pleomorfismo do SUI, tendo prognóstico intermediário entre os dois anteriores (ALMEIDA, 2015; CHOWDRI et al., 2018).

A sua raridade e diversidade patológica tem como consequência um conhecimento limitado e uma considerável dificuldade na avaliação de grandes séries destes tumores, com inevitáveis desvantagens sobretudo em relação às modalidades de tratamento efetuadas. O papel da terapia adjuvante mantém-se controverso. O uso de rotina da radioterapia pélvica é insuficiente, pois apenas controla as recidivas locais. Múltiplos estudos sobre quimioterapia adjuvante também não mostraram benefícios terapêuticos. Assim sendo, o SEE tem na sua maioria mal prognóstico, caracterizando-se por rápida progressão e elevada taxa de metastatização à distância, com uma sobrevida global inferior a 50% em dois anos, mesmo quando diagnosticado precocemente (BOTTO, 2009).

O objetivo deste trabalho é descrever um caso de SEE que embora raro, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de todas as mulheres que apresentam um rápido aumento do leiomioma uterino.

2. METODOLOGIA

O trabalho foi realizado através da revisão do prontuário da paciente N.T.C.R. e análise de exames como tomografia computadorizada, anatomo-patológico, imuno-histoquímica e citopatológico.

As intervenções terapêuticas foram, conforme recomendação do INCA, realizadas de maneira individualizada, baseadas no desconforto gerado na paciente, seus planos obstétricos e a probabilidade de progressão/regressão da doença de acordo com a idade e a necessidade de manipulação hormonal.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

N.T.C.R, sexo feminino, 45 anos, G3 PC2 A1, proveniente de Rio Grande/RS, foi submetida, em 2013, a histerectomia total por mioma gigante, com conclusões do anatomo-patológico de endométrio proliferativo, leiomiomas uterinos e pequeno cisto de Naboth. Os achados foram confirmados posteriormente por imuno-histoquímica. Em 2015 apresentou hematuria indolor. Nos meses subsequentes a frequência desse sinal aumentou e uma massa palpável durante o exame de toque vaginal foi detectada. Em tomografia realizada 18/09/2018 a impressão diagnóstica foi de lesão volumosa e expansiva envolvendo o cérvix uterino, bexiga urinária, paramétrio e sinais de hidronefrose à direta, compatível com processo neoplásico primário avançado; além de nódulos pulmonares sugestivos de implante secundário. Em 09/2018, foi realizada cirurgia citorredutora com retirada da parede vesical posterior, cúpula vaginal, ovários, paramétrios, apêndice, trompas e omento. Os materiais coletados foram encaminhados para exames anatomo-patológico e citopatológico a fim de esclarecer a suspeita de malignidade na parede abdominal, omento e ovário esquerdo. Em todos, o resultado foi concluso de neoplasia pouco diferenciada, sendo o anatomo-patológico do ovário esquerdo conclusivo para sarcoma do estroma endometrial. Paciente em tratamento quimioterápico no presente momento.

4. CONCLUSÕES

A agressividade dessa patologia impõem grandes desafios ao ginecologista oncológico sobre a melhor conduta nestas doentes, as quais necessitam de cuidados multidisciplinares. A elevada probabilidade de metastatização à distância, sobretudo a nível do pulmão, sugere um controle regular com exames de imagem. Ademais, a doente deverá estar informada para os sinais de alerta de metastatização. Em relação à sua raridade, torna-se evidente a necessidade de que todas as mulheres que apresentam um rápido aumento do leiomioma uterino devem ser investigadas posteriormente para a possibilidade de um sarcoma do estroma endometrial objetivando assim, um melhor prognóstico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, T G. Análise da expressão do fator de crescimento HER-2 e do fator de transcrição FOXO3a em sarcomas e carcinossarcomas uterinos. 2015. Dissertação (Mestrado) – Programa de Obstetrícia e Ginecologia, Universidade Federal de São Paulo.

CHOWDRI, N A. et al. Endometrial Stromal Sarcoma Recurrence in the Caecum. **Case Reports in Surgery**, [s. l.], v. 2018, n. Figure 3, p. 1–4, 2018.

BOTTO, I. Sarcomas Uterinos. In: Oliveira, C F. **Manual de Ginecologia**. Portugal, 2009. Cap.23, p. 379 – 389.