

CARCINOMA ESPINOCELULAR INVASIVO EM PÓLIPO CERVICAL: RELATO DE CASO

INVASIVE SQUAMOUS CELL CARCINOMA IN CERVICAL POLYP: CASE REPORT

Jordanna Sant'anna Diniz e Moura ¹
João Vitor Oliveira Amorim ³
Lorena Flores de Campos Kanhouche ²
Lorena Torres Andrade da Nobrega ³
Nilton de Nadai Filho ²

1. Médica Ginecologista Titulada pela ABPTGIC, docente UNICEPLAC-DF
2. Médico(a) Ginecologista membro da FEBRASGO
3. Acadêmicos de Medicina

RESUMO

Os pólipos cervicais apresentam a patologia benigna mais comum do colo do útero, acometendo entre 2% a 5% das mulheres. O caso relata paciente 41 anos, apresentando citologia com diagnóstico de ASCUS em 2018. Apresentava sinusorragia eventual. À colposcopia, observou-se pólipo ectocervical exofítico, ulcerado, sangrante, base às 2h, obstruindo a JEC. Foi realizada a exérese com a técnica de cirurgia de alta frequência. O anatomopatológico constatou presença de quatro fragmentos, o maior medindo 1,8 x 1,5 cm, com áreas de carcinoma espinocelular invasivo moderadamente diferenciado em pólipo ectocervical, com margens não avaliáveis. Ressonância magnética de pelve sem alterações. Foi proposta conização cuja biópsia demonstrou peça de 2,5 x 2,0 cm, ausência de carcinoma invasivo residual, margens cirúrgicas livres. Durante o seguimento 90 dias após a conização a colposcopia realizada no momento da coleta da citologia observou área ulcerada às 2h, de aproximadamente 0,5 cm, sem captação de iodo. Foi proposta a histerectomia videolaparoscópica robótica associada realização de linfonodo sentinela. O anatomopatológico não evidenciou doença residual e paciente foi orientada a realizar seguimento ambulatorial. O risco de recidiva é baixo, devendo ser investigado individualmente. É importante seguimento ginecológico e diagnóstico precoce para condução adequada dos casos como o acima relatado.

Palavras chave: pólipo cervical, carcinoma espinocelular, colposcopia, histerectomia.

ABSTRACT

Cervical polyps represent the most common benign pathology of the cervix, affecting between 2% and 5% of women. The case reports a 41-year-old patient, presenting cytology diagnosed with ASCUS in 2018. He presented occasional sinusorrhagia. At colposcopy, an exophytic, ulcerated, bleeding ectocervical polyp was observed, at 2 am, obstructing the JEC. The excision was performed with the high frequency surgery technique. The anatomopathological study found the presence of four fragments, the largest measuring 1.8 x 1.5 cm, with areas of invasive squamous cell carcinoma moderately differentiated into ectocervical polyp, with unevaluable margins. Magnetic resonance imaging of the pelvis without changes. Conization was proposed whose biopsy showed a 2.5 x 2.0 cm specimen, absence of residual invasive carcinoma, free surgical margins. During follow-up 90 days after conization, colposcopy performed at the time of cytology collection observed an ulcerated area at 2 am, approximately 0.5 cm, without iodine uptake. Robotic videolaparoscopic hysterectomy has been proposed associated with sentinel lymph node development. The anatomopathological study did not show residual disease and the patient was instructed to undergo outpatient follow-up. The risk of recurrence is low and should be investigated individually. It is important to have gynecological follow-up and early diagnosis for the proper management of cases, as reported above.

Keywords: cervical polyp, squamous cell carcinoma, colposcopy, hysterectomy.

INTRODUÇÃO

Os pólipos cervicais (PC) representam a patologia benigna mais comum do colo do útero, acometendo entre 2% a 5% das mulheres, podendo ser únicos ou múltiplos - menos comum -, sendo mais frequente nas múltiplas e durante os anos reprodutivos ¹. Dentre os múltiplos fatores relacionados com sua etiopatogenia, destacamos: estímulo hormonal, congestão vascular e inflamação crônica ².

Algumas pacientes são assintomáticas no momento do diagnóstico, enquanto outras apresentam padrões de sangramento anormais, como sangramento intermenstrual, sangramento menstrual intenso, corrimento ou sangramento pós-menopausa ³. Nesse sentido, a indicação da excisão cirúrgica deve considerar o estado de saúde da paciente, o histórico pessoal e familiar de neoplasias malignas. Quanto ao tamanho, a maioria mede menos de 1 cm de diâmetro ⁴, no entanto, há raros relatos de pólipos cervicais maiores que 4cm ^{5,6}. A literatura disponível, embora escassa, sugere taxas de alteração maligna de 0,0

a 1,7% ⁷. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de colo de útero ocupa a terceira posição de prevalência, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres ⁸. A grande maioria dos carcinomas tem origem na junção escamocolumnar (JEC) e pode envolver células do epitélio escamoso, columnar ou de ambos ⁹, sendo invasivo quando resulta da NIC 3 ou neoplasia intraepitelial glandular de alto grau, ou seja, quando as células epiteliais neoplásicas penetram no estroma subjacente ao epitélio ao romperem a membrana basal ¹⁰.

O tipo histológico mais comum de câncer do colo do útero é o epidermóide, entre 70 a 90%, porém todos os tipos compartilham os mesmos fatores de risco que são: infecção por Papilomavírus Humano (HPV), início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, história de DST, tabagismo, neoplasia intraepitelial escamosa, câncer vulvar ou vaginal e imunossupressão. Neste relato de caso, iremos abordar uma apresentação atípica de diagnóstico de câncer de colo de útero, assim como a abordagem clínica da paciente e seu tratamento.

RELATO DE CASO

RMVB, 41 anos, G2C1N1A0, ciclos regulares, com histórico de lesão exofítica em colo uterino e retirada de PC em 2015, sem atipias celulares. Em agosto de 2018 foi colhida citologia oncológica cervical com diagnóstico de ASCUS. Procurou atendimento com ginecologista em outubro de 2018 para investigar sinusorragia eventual. Durante a avaliação colposcopia, observou-se pólipos ectocervicais exofíticos, ulcerados, sangrantes, com base às 02h, obstruindo toda a JEC. O pólipo apresentava-se móvel e indolor à mobilização, foi realizada a exérese com a técnica de cirurgia de alta frequência (CAF). O anatomopatológico constatou presença de quatro fragmentos, o maior medindo 1,8 x 1,5 cm, com áreas de carcinoma espinocelular invasivo moderadamente diferenciado em pólipo ectocervical, com margens não avaliáveis. Ressonância magnética de pelve sem alterações. Foi proposta conização em novembro de 2018, cuja biópsia demonstrou peça de 2,5 x 2,0 cm, ausência de carcinoma invasivo residual, focos de NIC3, com margens cirúrgicas livres. Durante o seguimento, a citologia colhida 60 dias após a conização não apresentava alterações e a "captura híbrida" para HPV deu resultado negativo. A colposcopia realizada no momento da coleta da citologia observou área ulcerada às 2h, de aproximadamente 0,5 cm, sem captação de iodo. Devido a paciente já ter prole constituída, foi proposta a histerectomia videolaparoscópica associada realização de linfonodo sentinela. O anatomopatológico do útero, trompas e linfonodo sentinela não evidenciou doença residual e paciente foi orientada a realizar seguimento ambulatorial conforme protocolo.

DISCUSSÃO

A inflamação crônica do canal cervical pode ter papel no surgimento dos pólipos cervicais, assim como os fatores hormonais. A prevalência dos PC parece aumentar, de forma constante, com a idade e ser maior em mulheres na pré-menopausa que na pós (12% versus 6%). Em revisão sistemática de 17 estudos observacionais com mais de 10.000 casos a incidência de pólipos malignos ou hiperplásicos foi significativamente maior na pós-menopausa³.

Aproximadamente 95% dos pólipos uterinos são benignos e 5% malignos. Geralmente os PC são assintomáticos, podendo ser um achado em um exame ginecológico de rotina, mas quando sintomáticos, podem levar a quadros de sangramento uterino anormal, principalmente após as relações sexuais e pós-menopausa², afetando a qualidade de vida da mulher. Apesar do risco de malignização ser pequeno, alguns autores acreditam que a remoção cirúrgica precoce pode vir a diminuir o risco de crescimento e de sintomatologias futuras¹¹. O diagnóstico de câncer de colo de útero se baseia através da história clínica, exame físico, citologia, colposcopia e histologia. O uso da colposcopia e da biópsia dirigida como uma abordagem de diagnóstico é de extrema importância, se fazendo necessário que o colposcopista perceba os sinais de neoplasia pré-clínica do colo uterino e compreenda a necessidade de cumprir rigorosamente os protocolos de diagnóstico para garantir a segurança da mulher. Os sinais de alerta são: presença de grande zona de transformação anormal (maior de 40mm²), lesões acetobranças complexas em ambos os lábios do colo uterino, lesões que obliteram o orifício cervical externo, lesões com contorno superficial irregular e exofíticas, lesões branco-calcáreas extremamente espessas com margens sobrelevadas deiscidas, vasos atípicos extremamente abundantes, sangramento ao toque ou presença de sintomas como o sangramento vaginal¹⁰. Assim, os pólipos com transformação maligna, em sua maioria, apresentam aumento de vascularização, áreas de necrose e sangramento, conforme foi encontrado neste relato de caso. Os fatores de risco para neoplasia são: Infecção por HPV, contraceptivos orais, multiparidade, tabagismo e comportamento sexual. A maioria dos tipos histológicos está associada a um risco aumentado de adquirir ou ter resposta imune comprometida para a infecção pelo HPV¹².

O câncer de colo de útero, quando invasivo, pode causar sangramento uterino anormal, sinusorragia, corrimento vaginal, dor pélvica e dispareunia. O principal fator prognóstico é o estadiamento da doença durante o diagnóstico.

É indicado que o controle da doença seja realizado através de exames clínicos e citopatológicos por um período de 5 anos. O intuito do seguimento é detectar o mais precoce possível a recorrência da doença, em um estágio onde ainda é possível oferecer tratamento. A grande maioria das recorrências ocorre nos primeiros dois anos após a primeira abordagem terapêutica. O risco de recidiva do PC é baixo, devendo ser investigado individualmente tais casos, no entanto, é importante conscientizar a paciente a ter uma dieta equilibrada, com redução de açúcar, gordura e sal, e rica em legumes, verduras e frutas associada ao exercício físico, tendo em vista que as mulheres obesas tem níveis mais elevados de circulantes de estrogênio, o que estimulam a formação de pólipos³. Diante do exposto, confirma-se a importância do seguimento ginecológico, diagnóstico precoce, acesso à colposcopia e anatomopatológico dos pólipos, para condução adequada dos casos como o acima relatado.

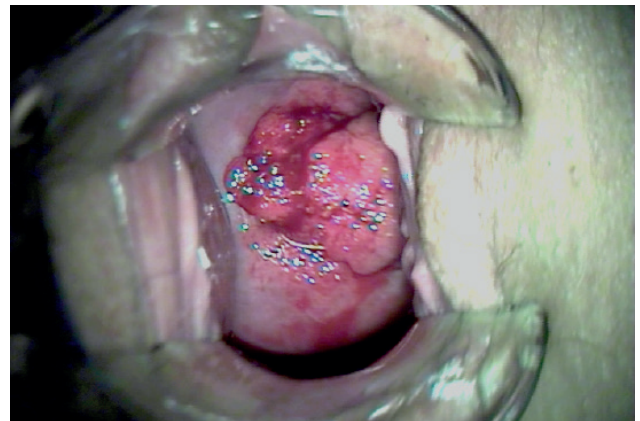


FIGURA 1. Pólipo ectocervical, aumento menor.

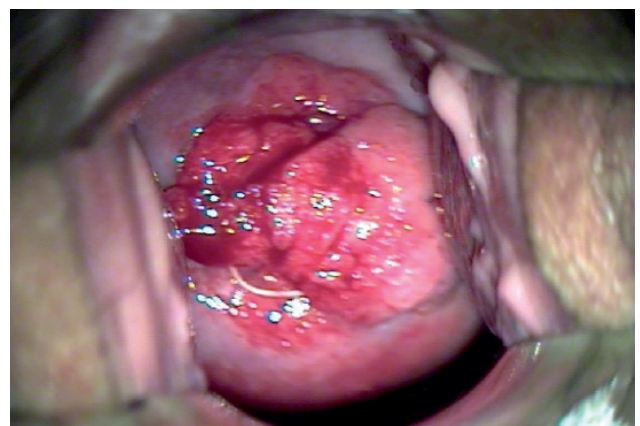


FIGURA 2. Pólipo ectocervical, aumento maior.

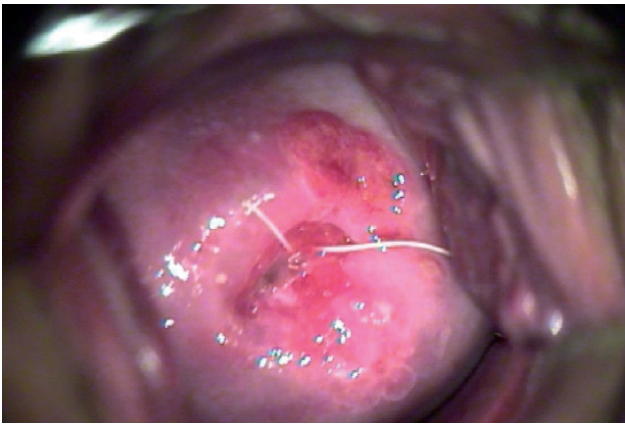


FIGURA 3. Aspecto do colo uterino 15 dias após exérese do pólip.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lee SC, Kaunitz AM, Sanchez-Ramos L, Rhatigan RM. The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2010;116(5):1197-205. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181f74864.
2. Sawaya GF, Huchko MJ. Cervical Cancer screening. *Med Clin North Am.* 2017;101(4): 743-53. DOI: 10.1016/j.mcna.2017.03.006.
3. Elit L, Kennedy EB, Fyles A, Metser U. Follow-up for cervical cancer: a Program in Evidence-Based Care systematic review and clinical practice guideline update. *Curr Oncol.* 2016;23(2):109-18. DOI: 10.3747/co.23.2742.
4. Angra S, McCluggage WG. Polyp With Florid "Epidermal Metaplasia": Report of a Previously Undescribed Phenomenon. *International Journal of Gynecological Pathology*, v. 00, n. 00, 2016. DOI: 10.1097/PGP.0000000000000288.
5. Howitt BE, Quade BJ, Nucci MR. Uterine Polyps With Features Overlapping With Those of Mullerian Adenosarcoma: A Clinicopathologic Analysis of 29 Cases Emphasizing Their Likely Benign Nature. *The American Journal of Surgical Pathology*, v. 39, n. 1, p. 116-126, January, 2015. DOI: 10.1097/PAS.0000000000000303.
6. Eleutério JJR, Lima TS, Cunha MD, Cavalcante DI, Silva AM. Immunohistochemical Expression of the Tumor Suppressor Protein p16INK4a in Cervical Adenocarcinoma. *Rev Bras Ginecol Obstet*, Rio de Janeiro, Brazil, v. 39, n. 1, p. 21-25, 2017. DOI: 10.1055/s-0037-1598042.
7. Cho HW, Koo YJ, Hong JH, Lee JK. Clinical indications for hysteroscopic removal of uterine masses: Time, age at diagnosis, and mass size. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2017. DOI: 10.1111/jog.13447.
8. Esim Buyukbayrak E, Karageyim Karsidag AY, Kars B, Sakin O, Ozyapi Alper AG, Pirimoglu M, et al. Cervical polyps: evaluation of routine removal and need for accompanying D&C. *Arch Gynecol Obstet.* 2011; 283(3): 581-4. DOI: 10.1007/s00404-010-1405-5.
9. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al.: GLOBOCAN 2012 v1.0. Cancer incidence and mortality worldwide. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. IARC Cancer Base n.11. DOI: 10.1002/ijc.29210.
10. Bel S, Billard C, Godet J, Viviani V, Akladios C, Host A, et al. Risk of malignancy on suspicion of polyps in menopausal women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017; 216: 138-42. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.07.013.
11. Cervical Cancer Treatment: Health Professional Version. PDQ Adult Treatment Editorial Board. PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002.
12. Moscovitz T, Tcherniakovsky M, Spadoto-Dias D, Bueloni-Dias FN, Kondo W, Modotti WP, et al. Doenças Benignas do Útero. In: Lasmar RB (Ed). *Tratado de Ginecologia*. 1a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p 56 – 114.