

Pólipos endometriais: ainda exérese para todos?

Endometrial polyps: still exeresis for all of them?

Editorial

Por grande parte dos ginecologistas, há uma uniformização de conduta diante do diagnóstico de pólipos endometriais, direcionado ao tratamento cirúrgico e exérese motivados pelo baixo risco do procedimento e pela preocupação com a associação de pólipos endometriais ao câncer de endométrio. Essa conduta é baseada em estudos com força de evidência baixa e, em muitos casos, não trazem benefícios às pacientes, considerando que a imensa maioria dos pólipos são benignos.

A prevalência de pólipos endometriais na população geral é alta e pode chegar a 35%¹. Alguns fatores de risco podem estar associados ao desenvolvimento de pólipos como idade, obesidade, hipertensão arterial e uso de tamoxifeno². Dreisler et al.³ demonstraram que a prevalência de pólipos endometriais é duas vezes mais elevada em mulheres na pós-menopausa comparado a mulheres na pré-menopausa.

A principal preocupação está associada ao risco de malignidade, que pode ocorrer entre 0 a 4,8%, dependendo da população estudada e dos métodos diagnósticos utilizados¹. A relação dos pólipos endometriais com malignidade está associada a fatores como idade da paciente, status pós-menopausa, tamanho do pólipo e, principalmente, presença de sangramento uterino⁴.

Em estudo publicado no qual foram avaliadas 1467 mulheres com pólipo endometrial, foram evidenciados recentemente 125 casos de câncer de endométrio (8,5%) e entre estes em 0,8% a neoplasia estava confinada ao pólipo, em 4,57% dos casos havia doença concomitante no pólipo e endométrio adjacente, e em 3,0% havia presença de pólipo benigno e câncer no endométrio adjacente. No mesmo período foram avaliadas 1138 pacientes submetidas a histerectomia para tratamento de mioma uterino, das quais 133 (11,7%) apresentaram, também, câncer de endométrio⁵. Esses achados reforçam a hipótese que os pólipos endometriais por si só não devem ser considerados como lesão precursora de câncer e que os casos devem ser avaliados de forma individualizada considerando idade, sintomas como sangramento uterino e fatores de risco associados.

Diante de situações duvidosas em que à ultrassonografia transvaginal se demonstre formações intracavitárias de características heterogêneas, ou imagem polipoide em pacientes sintomáticas ou mesmo assintomáticas, podemos utilizar a histeroscopia diagnóstica com histeroscópios de baixo calibre passível de realização em ambiente ambulatorial que

Correspondência

Luciano Gibran
Avenida Brigadeiro Luís Antônio, 683 – Bela Vista
CEP: 01317-000
São Paulo (SP), Brasil

Recebido

05/10/2012

Aceito com modificações

04/01/2013

¹Núcleo de Endoscopia Ginecológica e Endometriose, Hospital Pérola Byington – São Paulo (SP), Brasil.

²Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School – Boston (MA), USA.

³Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

possibilitem biópsia ou retirada⁶. Desse modo, permite-se conduzir inúmeros casos de pólipos endometriais com preocupações de malignidade tanto para o médico quanto para a paciente, de maneira simples e com excelente acurácia diagnóstica evitando internações, anestésias e dilatações de canal cervical, minimizando custos e riscos desnecessários.

Tanto em mulheres na pré-menopausa quanto na pós menopausa o sintoma mais comum da presença do pólipo endometrial é o sangramento uterino anormal que pode se apresentar como menorragia, irregularidade menstrual, sangramento pós-coital ou sangramento intermenstrual. Acredita-se que esse sangramento ocorra devido à congestão do estroma no interior do pólipo, levando a estase venosa e necrose apical⁷.

A maioria dos estudos demonstram melhora dos sintomas de sangramento menstrual em pacientes submetidas a histeroscopia cirúrgica com ressectoscópio para polipectomia⁸. São observados 1 a 12% de pólipos endometriais em mulheres assintomáticas. Estudo transversal observou taxa de regressão espontânea de 27% de pólipos assintomáticos menores que 10 mm, indicando que mulheres com pólipos com essas características possam ser tratadas de modo conservador⁹.

Embora a maioria dos pólipos endometriais sejam diagnosticados em pacientes com queixa de sangramento uterino anormal, muitos pólipos assintomáticos são descobertos apenas durante investigação de pacientes inférteis ou em avaliação anual de rotina na pós-menopausa.

Concluimos que, embora a histeroscopia cirúrgica seja o método de escolha para o manejo de pólipos endometriais, trata-se de um método invasivo que requer algum tipo de anestesia, dilatação cervical, equipe médica e instrumental especializados, o que implica riscos e custos. Além disso, não há evidências que justifiquem a realização desse procedimento em pacientes assintomáticas de modo generalizado, considerando o baixo risco de malignidade e a possibilidade de obtenção de tecido para análise histológica através da histeroscopia diagnóstica em casos suspeitos. O sangramento uterino é a principal indicação de polipectomia.

Em pacientes na pós-menopausa sem sangramento, mas com evidências ecográficas de pólipo endometrial recomendamos conduta expectante. Há fortes evidências da correlação de neoplasia endometrial com sangramento uterino; porém, isso não é observado na presença de pólipo endometrial assintomático.

Respondendo à nossa pergunta: Ainda exérese para todos? Devemos considerar que, mesmo tratando-se de procedimento de baixo risco, a indicação sistemática de qualquer cirurgia em paciente assintomática deve ser reavaliada, deste modo respeitando a relação risco *versus* benefício.

Referências

1. Haimov-Kochman R, Deri-Hasid R, Hamani Y, Voss E. The natural course of endometrial polyps: could they vanish when left untreated? *Fertil Steril*. 2009;92(2):828.e11-2.
2. Onalan R, Onalan G, Tonguc E, Ozdener T, Dogan M, Mollamahmutoglu L. Body mass index is an independent risk factor for the development of endometrial polyps in patients undergoing in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 2009;91(4):1056-60.
3. Dreisler E, Stampe Sorensen S, Ibsen PH, Lose G. Prevalence of endometrial polyps and abnormal uterine bleeding in a Danish population aged 20-74 years. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;33(1):102-8.
4. Ben-Arie A, Goldchmit C, Laviv Y, Levy R, Caspi B, Huszar M, et al. The malignant potential of endometrial polyps. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;115(2):206-10.
5. Perri T, Rahimi K, Ramanakumar AV, Wou K, Pilavdzic D, Franco EL, et al. Are endometrial polyps true cancer precursors? *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(3):232.e1-6.
6. Lo KW, Yuen PM. The role of outpatient diagnostic hysteroscopy in identifying anatomic pathology and histopathology in the endometrial cavity. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2000;7(3):381-5.
7. Jakab A, Ovári L, Juhász B, Birinyi L, Bacskó G, Tóth Z. Detection of feeding artery improves the ultrasound diagnosis of endometrial polyps in asymptomatic patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;119(1):103-7.
8. Nathani F, Clark TJ. Uterine polypectomy in the management of abnormal uterine bleeding: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2006;13(4):260-8.
9. Lieng M, Istre O, Sandvik L, Qvigstad E. Prevalence, 1-year regression rate, and clinical significance of asymptomatic endometrial polyps: cross-sectional study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009;16(4):465-71.