

Féres Abrão

**Estudo Analítico dos Pólipos Endometriais:
a importância da polipectomia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia – Área de Concentração em Ginecologia - Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, para obtenção Título de Mestre em Ginecologia.

Orientador: Prof. Adjunto/Livre Docente Rogério Dias

***Botucatu – SP
2007***

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Abrão, Féres.

Estudo analítico dos pólipos endometriais: a importância da polipectomia /
Feres Abrão. – Botucatu : [s.n.], 2007

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu, 2007.

Orientador: Rogério Dias.

Assunto CAPES: 40101150

1. Endométrio - Doenças 2. Ginecologia

CDD 618.1407

Palavras-chave: Endométrio; Estereoscopia; Pólipo endometrial

“A sabedoria da vida não consiste em fazer aquilo que se gosta , mas gostar do que se faz.”

(Leonardo da Vinci)



Dedicatória

Aos meus pais Mamedes Abrão e Angelina Bassi Abrão que sempre estiveram ao meu lado nos momentos difíceis; o meu eterno agradecimento pela dedicação e esforço na minha formação. Dedico este trabalho a eles.

À minha esposa Alessandra Gomes S. Abrão, pelo estímulo ao desenvolvimento profissional e afetivo, companheira de longa data, sempre participativa.

As minhas filhas Chadia e Laila, maravilhosas e que compreendem a ausência em alguns momentos.



Homenagem

Ao Prof. Adjunto/Livre Docente Rogério Dias, mestre e amigo, grande influência no despertar do meu interesse acadêmico, orientador participativo e determinante na conclusão desta tese. Conhecêmo-nos em decorrência do interesse comum pela “endoscopia ginecológica”, o que nos tornou amigos e contribuiu para que eu tivesse, honrosamente, como orientador.



Agradecimientos

Ao Dr Francisco P. Dias – Médico, de grande prestígio e que agradeço pela confiança nas minhas endoscopias ginecológicas.

Ao Dr Jayro Domingues – Médico respeitado e dedicado, a qual iniciamos o serviço de endoscopia em Marília e confiou plenamente em mim, encaminhando suas pacientes para realização das endoscopias.

Ao Dr Antonio Carlos Pacheco de Almeida - Médico, sua amizade é recente, mas de grande valor, como se fosse desde infância .

Aos Médicos que encaminharam as pacientes para realização de endoscopia ginecológica sob meus cuidados, confiando no meu serviço de endoscopia.

As Pacientes que me permitiram realizar este trabalho e colaborando na estudo dos pólipos endometriais.

À Duanil Barros Dvo - Instrumentadora, sempre cuidou do equipamento e acessórios da endoscopia ginecológica com toda cuidado e esteve sempre ao meu lado na realização dos exames e cirurgias.

À Andressa Budim – Secretária, que ajudou na organização deste trabalho.

À Márcia Mesquita Serva - Diretora Executiva do Hospital da Universidade de Marília, que sempre deu apoio ao serviço de endoscopia ginecológica.

Aos Funcionários da Biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília, que ajudaram na procura e na montagem das referências bibliográficas.

Ao Grupo de Apoio a Pesquisa (GAP) da Unesp de Botucatu pela prestimosa ajuda na montagem e elaboração dos dados estatísticos.



Sumário

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS.....	14
LISTA DE FIGURAS.....	17
LISTA DE GRÁFICOS.....	19
LISTA DE TABELAS.....	21
RESUMO.....	23
ABSTRACT.....	27
1. INTRODUÇÃO.....	30
2. OBJETIVOS.....	51
2.1.Objetivos gerais.....	52
2.2.Objetivos específicos.....	52
3.PACIENTES E MÉTODOS.....	53
3.1.Desenho do estudo.....	54
3.2.Seleção das pacientes.....	54
3.2.1. Critérios de inclusão.....	55
3.2.2. Critérios de exclusão.....	56
3.3. Grupo Amostral.....	56
3.3.1. Coleta de Dados.....	56
3.4.Processamento de Dados.....	57
3.5.Técnica de Exame/ Equipamento e Instrumental.....	57
3.5.1. Equipamento e instrumental utilizados.....	57
3.5.2.Técnica do preparo da paciente.....	60
3.5.3.Técnica de exame diagnóstico e cirúrgico.....	60
3.5.3.1-Técnica Diagnóstica.....	60
3.5.3.2-Técnica Cirúrgica.....	61
3.6.Variáveis e Conceito.....	62
3.7.Critérios utilizados para o achado Histeroscópico.....	63
3.7.1-Macrocópico.....	64
3.7.2-Morfologia histeroscópica.....	65
3.8.Critérios utilizados para Diagnóstico Histológico.....	66
3.8.1.Pólipo Hiperplásico.....	67
3.8.2.Pólipo Atrófico.....	68
3.8.3.Pólipos Funcionais.....	69
3.8.4.Pólipos Endometrial-Cervical (Mistos).....	70
3.8.5.Pólipos Adenomiomatosos.....	70

3.8.6. Adenomioma Polipóide Atípico.....	71
3.8.7. Pseudopólipos.....	71
3.8.8. Neoplasias Malignas.....	72
3.9. Aspectos Éticos.....	72
3.10. Análise Estatística.....	73
4. RESULTADOS.....	74
4.1. Descrição da casuística.....	75
4.4.1. Idade.....	75
4.4.2. Peso.....	77
4.4.3. IMC.....	78
4.4.4. Raça.....	79
4.4.5. Tabagismo.....	80
4.4.6. Doenças.....	81
4.4.7. Gestações.....	82
4.4.8. Tempo de Amenorréia.....	83
4.4.9. Uso de Medicamentos como terapia hormonal e Tamoxifeno.....	84
4.4.10. Associação de pólipos cervical e pólipos endometrial...	85
4.4.11. Localização.....	86
4.4.12. Sinal.....	87
4.4.13. Biópsia.....	88
4.4.14. Anátomo Patológico.....	89
4.4.15. Esterelidade 1° e 2°.....	90
4.4.16. Gravidez após polipectomia.....	91
4.4.17. Resultados da ultrasonografia.....	91
5. DISCUSSÃO.....	92
5.1. Considerações Gerais.....	93
5.2. Discussão dos resultados.....	96
6. CONCLUSÕES.....	106
7. REFERÊNCIAS.....	108
ANEXOS	



*Lista de Abreviaturas
e Símbolos*

AH	Anticoncepcionais Hormonais
BE	Biópsia de endométrio
CE	Câncer de Endométrio
CC	Câncer de colo
CO₂	Gás Carbônico
DMII	Diabetes Mellitus tipo 2
DP	Desvio Padrão
D&C	Dilatação e Curetagem
G0/1/2/3/4	Gestação 0/1/2/3/4
HE	Hiperplasia de Endométrio
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	Histeroscopia Diagnóstica
HC	Histeroscopia Cirúrgica
HSN	Histerossonografia
PULD	Parede Uterina Lateral Direita
PULE	Parede Uterina Lateral Esquerda
PUA	Parede Uterina Anterior
PUP	Parede Uterina Posterior
PUCD	Parede Uterina Cornual Direita
PUCE	Parede Uterina Cornual Esquerda
Hg	Mercúrio
MM	Milímetro(s)
Nº C	Número de casos
NIC	Neoplasia intra-epitelial cervical
PE	Pólipo endometrial
RNM	Ressonância Nuclear Magnética
SUA	Sangramento Uterino Anormal
TH	Terapia Hormonal
USGV	Ultra-sonografia Vaginal
VPN	Valor Preditivo Negativo
VPP	Valor Preditivo Positivo
W	Watts

V	Volts
Neg	Negativo
%	Porcentagem
*	Asterisco
+	Positivo
<	Menor
=	Igual
>	Maior



Lista de Figuras

Figura 1	Visão panorâmica do Endoscópio Diagnóstica: Endoscópio rígido com diâmetro de 2,7-2,9 mm e camisa diagnóstica e com diâmetro de 4,0 mm.....	58
Figura 2	Visão panorâmica do Equipamento de Vídeo Histeroscopia: Insuflador uterino de CO2.....	58
Figura 3	Visão panorâmica do Ressectoscópio fluxo contínuo com diâmetro de 8,8 mm.....	59
Figura 4	Acessórios da vídeo histeroscopia cirúrgica. Eletrodos para corte, coagulação e vaporização. Hamou Hysteromat (pressão contínua, fluxo variável e aspirador ajustado eletronicamente). Unidade eletrocirúrgica de alta frequência. Fonte de luz fria, câmera de vídeo, monitor e videocassete.....	59
Figura 5	Pólipo Endometrial.....	64
Figura 6	Pólipo endometrial mucoso.....	65
Figura 7	Pólipo endometrial fibroso.....	66
Figura 8	Pólipo hiperplásico.....	67
Figura 9	Pólipo endometrial atrófico.....	68
Figura 10	Pólipo endometrial funcional.....	69
Figura 11	Pólipos endometriais mistos.....	70
Figura 12	Pólipo endometrial adenomiosomatosos.....	70
Figura 13	Pólipo endometrial atípico.....	71
Figura 14	Pseudopólipo.....	71
Figura 15	Endométrio maligno e pólipo endometrial maligno.....	72



Lista de Gráficos

Gráfico 1	Indicação da video histeroscopia.....	75
Gráfico 2	Distribuição das pacientes por faixa etária em (%)......	76
Gráfico 3	Distribuição das pacientes por peso (kg)/Porcentagem (%)......	77
Gráfico 4	Distribuição das pacientes por IMC em %.....	78
Gráfico 5	Distribuição das pacientes por raça (%)......	79
Gráfico 6	Distribuição de pacientes por tabagismo(%)......	80
Gráfico 7	Distribuição de pacientes por doenças (%)......	81
Gráfico 8	Distribuição de pacientes por número de gestações (%)......	82
Gráfico 9	Distribuição de pacientes por tempo de amenorréia (%)......	83
Gráfico 10	Distribuição de pacientes por uso de medicamentos (%)......	84
Gráfico 11	Associação entre pólipos cervical e endometrial (%)....	85
Gráfico 12	Distribuição de pacientes pela localização do pólipo...	86
Gráfico 13	Distribuição de pacientes pelo tipo de sangramento uterino.....	87
Gráfico 14	Distribuição de pacientes pelo resultado da biópsia (%)......	88
Gráfico 15	Distribuição de pacientes pelo resultado do anátomo patológico (%)......	90
Gráfico 16	Distribuição das pacientes pelo tipo de esterilidade....	91



Lista de Tabelas

1.

Tabela 1	Distribuição das pacientes por Faixa Etárias.....	76
Tabela 2	Distribuição das pacientes por peso (Kg).....	77
Tabela 3	Distribuição das pacientes por Índice de Massa Corpórea.....	78
Tabela 4	Distribuição das pacientes por Raça.....	79
Tabela 5	Distribuição das pacientes pelo Tabagismo.....	80
Tabela 6	Distribuição de pacientes por doenças.....	81
Tabela 7	Distribuição de pacientes por número de gestações.....	82
Tabela 8	Distribuição de pacientes por tempo de amenorréia.....	83
Tabela 9	Distribuição de pacientes por uso de medicamentos.....	84
Tabela 10	Associação entre pólipos cervical e endometrial.....	85
Tabela 11	Distribuição de pacientes pela localização do pólipo.....	86
Tabela 12	Distribuição de pacientes pelo tipo de sangramento uterino.....	87
Tabela 13	Distribuição de pacientes pelo resultado da biópsia.....	88
Tabela 14	Distribuição de pacientes pelo resultado do anátomo patológico.....	89
Tabela 15	Esterilidade 1 ^a e 2 ^a	90



Resumo

Objetivo: Validar a polipectomia por vídeo-endoscopia como método terapêutico para pacientes com esterilidade, com sangramento uterino anormal e assintomáticas com pólipos endometriais. **Pacientes e Métodos:** Trabalho analítico e retrospectivo, cujos dados foram obtidos através de consultas aos prontuários de pacientes já submetidas a histeroscopias diagnósticas e cirúrgicas, no Setor de Endoscopia Ginecológica da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) e da Clínica de Ginecologia “Dr. Feres Abrão” de Marília, atendidas entre o período de 2004 a 2005. Foram estudadas 208 mulheres submetidas ao exame histeroscópico com diagnóstico de pólipos endometrial. As pacientes foram distribuídas em 3 grupos, assim denominados: Grupo I (n=54), pacientes com queixa de esterilidade, Grupo II (n=59), pacientes com queixa de sangramento uterino anormal, Grupo III (n=95), pacientes assintomáticas com ultrassom vaginal anormal. **Resultados:** Pacientes do grupo I (Esterilidade), a faixa etária situou-se com maior incidência entre 31 e 35 anos, o peso situou-se entre 66,0 e 70,0 kg, o IMC de 20-25 (normal) em 50% dos casos, predominou a raça branca em 88,88%, não fumantes em 98,10%, hipertensão arterial em 1,85%, gestação 0 (G0) em 77,77%, associação de pólipos cervical e endometrial em 40%. A localização dos pólipos endometriais foi em 61,10% na parede anterior e posterior do útero. A biópsia orientada encontrou 11,11% de pólipos endometriais, sendo 100% benignos e o anátomo patológico, após polipectomia, encontrou 98,14% de pólipos endometriais benignos e pólipos endometriais com atipias em 1,85%. A esterilidade (1ª) ocorreu em 77,77% e secundária (2ª) em 33,33%, a gravidez ocorreu em 31,4% das pacientes no primeiro ano após a polipectomia e o ultrassom vaginal apresentou normalidade em 24% dos casos. Pacientes do grupo II (sangramento uterino anormal) a faixa etária situou-se entre 41 e 45, o peso situou-se entre 66,0 e 70,0 kg, o IMC de 26-30 (sobrepeso) em 49,15%, predominou a raça branca em 88,19%, não fumantes em 91,52%, hipertensão arterial sistêmica de 10,16%, 2

gestações (G2) em 52,24%, amenorréia entre 1 e 5 anos em 13,55%, uso de terapia hormonal em 5,08%, uso de tamoxifeno em 1,69%, associação pólipos cervical e endometrial em 41,66%. A localização dos pólipos endometriais foi em 76,26% na parede anterior e posterior do útero, o principal sinal foi a metrorragia em 47,45%, seguido pela hipermenorragia em 23,74%, na biópsia orientada encontrou 10,16% de pólipos endometriais, sendo 100% benignos, o anátomo patológico, após polipectomia encontrou 88,13% de pólipos endometriais benignos, pólipos endometriais com atipias em 5,08%, pólipos endometriais com adenocarcinoma em 5,08% e o ultrassom vaginal apresentou endométrio espesso em 10,16%. Pacientes do grupo III (assintomáticas), a faixa etária situou-se entre 61 e 65 anos, o peso situou-se entre 66,0 e 70,0 kg, IMC de 26-30 (sobrepeso) em 43,15%, predominou a raça branca em 83,15%, não fumantes em 93,68%, hipertensão arterial sistêmica de 18,94%, 2 gestações (G2) em 56,84%, amenorréia em 15,78% a mais de 11 anos, uso de terapia hormonal em 4,21%, uso de tamoxifeno em 4,21%, associação de pólipos cervical e endometrial em 36,11%. A localização dos pólipos endometriais foi de 74,72% na parede anterior e posterior do útero, na biópsia orientada encontrou 15,78% de pólipos endometriais, sendo 100% benignos, no anátomo patológico, após polipectomia foram encontrados pólipos endometriais benignos em 90,05%, pólipos endometriais com atipias em 6,31%, pólipos endometriais com adenocarcinoma em 1,05%, o ultrassom vaginal apresentou endométrio espesso em 31,05%. **Conclusões:** 1 - Os pólipos endometriais predominaram na faixa de idade de 31 a 45 anos, peso corporal entre 66 a 70 kg, o IMC entre 26-30 (sobre peso), raça branca, não fumante, com hipertensão arterial sistêmica, 2 gestações (G2) e amenorréia há mais de 11anos, com uso de terapia hormonal. 2- Localização uterina dos pólipos endometriais na sua maioria foi na parede uterina posterior e anterior. 3- O principal sinal em pacientes com pólipos endometrial com sangramento uterino anormal foi metrorragia. 4-Paciente

com sangramento uterino anormal e com pólipo endometrial tem maior probabilidade de apresentar pólipos endometriais com adenocarcinoma. 5-Paciente assintomática pode apresentar pólipo com atipias e adenocarcinoma. 6- Pólipos endometriais encontrados em pacientes com esterilidade, com sangramento uterino anormal e assintomáticas devem ser extirpados.



Abstract

Objective: To evaluate polypectomy by video-endoscopy as a method of treating patients with abnormal uterine bleeding and asymptomatic endometrial polyps. **Patients and Methods:** Retrospective analysis of data obtained from medical records of patients who had already undergone diagnostic and surgical endoscopies at The Gynaecology Discipline of Botucatu Medical School (UNESP), Botucatu, and The Dr. Feres Abrão Gynaecology Clinic, Marília, SP, Brazil in 2004 and 2005. We studied 208 women submitted to hysteroscopy exam with a diagnosis of endometrial polyp. They were distributed into three groups: Group I (n=54) sterility; Group II (n=59) abnormal uterine bleeding; and Group III (n=95) asymptomatic with abnormal vaginal ultrasound. **Results:** In Group I (sterility) the most common age group was 31-35 years and weight between 66.0 and 70.0kg; 50% had BMI of 20-25 (normal), 88.88% were white, 98.10% were non-smokers, and 1.85% had arterial hypertension. Number of gestations was zero (G0) in 77.77%, 40% had associated cervical and endometrial polyps. In 61.10% of cases endometrial polyps were on the anterior and posterior uterine walls; guided biopsy found 11.11% of endometrial polyps which were all benign, and after polypectomy, anatomic pathology found benign polyps in 98.14% and atypical polyps in 1.85%. Primary sterility occurred in 77.77% and secondary in 33.33%, pregnancy in the first year after polypectomy occurred in 31.4%, and ultrasound was normal in 24% of cases. In Group II (abnormal uterine bleeding) the most common age group was 41-45 years and weight between 66.0 and 70.0kg; 49.15% had BMI 26-30 (overweight), 88.19% were white, 91.52% were non-smokers, and 10.16% had systemic arterial hypertension. Number of gestations was two (G2) in 52.24%, there were 1-5 years amenorrhea in 13.55%, use of hormone therapy in 5.08%, tamoxifen in 1.69%; 41.66% had associated cervical and endometrial polyps. In 76.26% of cases endometrial polyps were on the anterior and posterior uterine walls; the main sign was metrorrhagia in 47.45%, followed by hypermenorrhagia in 23.74%, biopsy revealed

endometrial polyps in 10.16% which were all benign, anatomic pathology found benign endometrial polyps from 88.13%, atypical from 5.08%, and endometrial polyp with adenocarcinoma from 5.08%; ultrasound found endometrial thickening in 10.16%. In Group III (asymptomatic) the most common age group was 61-65 years and weight between 66.0 and 70.0kg; 43.15% had BMI of 26-30 (overweight), 83.15% were white, 93.68% were non-smokers, and 18.94% had systemic arterial hypertension. Number of gestations was two (G2) in 56.84%, 15.78% had amenorrhea for more than 11 years, 4.21% used hormone therapy, and 4.21% used tamoxifen; 36.11% had an association between cervical and endometrial polyps. In 74.72% of cases endometrial polyps were on the anterior and posterior uterine walls; guided biopsy revealed endometrial polyps in 15.78% all benign, and after polypectomy, benign polyps were found in 90.05%, endometrial polyps with atypias in 6.31%, and with adenocarcinoma in 1.05%; ultrasound found endometrial thickening in 31.05%. **Conclusions:**1- Endometrial polyps predominated in the 31-45 year age band, body weight between 66 and 70kg, BMI between 26 and 30 (overweight), white race, non-smokers, with systemic arterial hypertension, two gestations (G2), and amenorrhea for more than 11 years. 2- Most uterine endometrial polyps are located in the anterior and posterior uterine wall. 3- The main sign of endometrial polyp in patients with abnormal uterine bleeding was metrorrhagia. 4- Patients with abnormal uterine bleeding and endometrial polyps have a higher probability of presenting endometrial polyps with adenocarcinoma. 5- Asymptomatic patients may present polyps with atypias or adenocarcinoma. 6- Endometrial polyps in sterile, abnormal uterine bleeding, and asymptomatic patients must be extirpated.



1. Introdução

O endométrio é o local de inúmeras alterações que ocorrem no ciclo menstrual. Seu principal papel é fornecer o local adequado para a implantação e nutrição do blastocisto, tendo também um papel importante na reprodução humana. A sua morfologia depende de algumas condições, tais como, da integridade do sistema córtico-hipotalâmico-hipofisário, da função ovariana normal e da sua capacidade de responder, satisfatoriamente aos hormônios esteróides (Adashi et al.,1996).

Ele está em permanente modificação em cada ciclo menstrual e sendo alvo da ação dos hormônios esteróides, principalmente dos ovarianos. Na fase proliferativa do ciclo menstrual o ovário produz quantidade crescente de hormônio estrogênico; este irá agir sobre os receptores estrogênicos das células endometriais, alterando suas morfologia e biologia, levando-as à multiplicação acelerada e conseqüente estimulação do crescimento do endométrio como um todo. Na fase secretora, a ação da progesterona produz marcantes alterações morfológicas e biológicas nas glândulas e estroma endometriais. Com a queda nos níveis da progesterona é liberada relaxina dos granulócitos com conseqüente lise das fibras reticulares e dissociação do endométrio que precede sua eliminação parcial; é a menstruação (Dallenbach et al.,1985).

O endométrio responde tanto aos estrogênios endógenos quanto aos exógenos e sem a ação da progesterona pode ser sede de alterações proliferativas e hiperplásicas, que clinicamente se manifestam por sangramento uterino anormal. Portanto, ele pode desenvolver diversos quadros histopatológicos que variam desde a atrofia até o câncer e entre eles, destaca-se o pólipo endometrial (Baracat et al., 2004).

O pólipo endometrial constitui neoformação da mucosa uterina que se origina como hiperplasia focal da camada basal. Os pólipos são, fundamentalmente, hiperplasias localizadas das mucosas glandulares uterinas.

Segundo Fox e Buckley (1989), os pólipos endometriais, do ponto de vista clínico, são estruturas benignas que não denotam por si qualquer processo patológico específico. O termo designa crescimento focal e circunscrito da mucosa endometrial a partir da camada basal que causa uma protrusão para a luz da cavidade uterina, podendo assumir forma séssil ou pediculada.

A etiopatogênia dos pólipos é ainda enigmática sendo consequência da hiperplasia focal da basal do endométrio. Segundo Dallenbach-Helleweg (1985) verificaram que a hiperplasia do endométrio não apresenta um crescimento uniforme e que certas áreas crescem mais exuberantemente, chegando a haver casos em que é tão acentuada essa diferença que leva a formação da hiperplasia dita poliposa.

Tostes et al. (1985), no exame histeroscópico evidenciaram que a hiperplasia difusa tem superfície irregular e mesmo em condições normais o crescimento do endométrio não é uniforme em toda sua extensão.

O binômio ação humoral "versus" receptividade das mucosas glandulares uterinas parece ser a chave da etiopatogênia dos pólipos. Na ação humoral destaca-se a hormonal, principalmente o esteróide ovarino, que pode ser alterada pelo predomínio de um hormônio sobre outro, em quantidade ou em tempo. Na receptividade, sobressai a capacidade de reação dos receptores ao estrogênio e a progesterona.

Acredita-se que o ambiente hormonal, pela presença de estrogênios, teria papel na etiologia dos pólipos (Taylor et al., 2003).

É interessante notar que no climatério, com a diminuição da função ovariana, não ocorre a diminuição de sua incidência e sim aumento desta patologia, o que nos parece ser contraditório.

Uma das etiopatogênias considerada atualmente é aquela decorrente das alterações cromossômicas das porções gênicas p11, p21,

q21, q22 e outras, envolvendo os pólipos endometriais, que têm sido descritas por vários autores (Bol et al.,1996; Walter et al.,1989; Speleman et al.,1991; Vanni et al.,1995; Dal Cin et al.,1995).

Estudos imunohistoquímicos dos pólipos endometriais são importantes para avaliação como mostra o estudo de Maia et al. (2004) que determinou a presença de proteínas relacionadas a proliferação (Ki-67) e apoptoses (Bcl-2, p53) em pólipos endometriais e no endométrio normal durante o ciclo menstrual.

Taylor et al. (2003),utilizaram a imunohistoquímica para caracterizar a expressão de receptores de estrógeno e de progesterona, Bcl-2 e Ki67, no ciclo endometrial e nos pólipos endometriais.

O estudo de Risberg et al. (2002) analisou a expressão do marcador de proliferação Ki-67 e a proteína de anti-apoptose Bcl-2 em lesões de endométrio. Os resultados indicam que um desequilíbrio entre proliferação e as apoptoses podem ser um fator importante no desenvolvimento de lesões endometriais diferentes, tanto benignas como também, malignas.

Hecht (2004), observou que a perda de expressão de oncogênicidade do PTEN é característica dos cânceres endometriais e de hiperplasias clinicamente significantes. Assim, em casos selecionados, a perda de expressão de PTEN em uma área de aglomeração glandular pode indicar lesões biologicamente significantes e pode garantir um diagnóstico mais definitivo.

Sington e Manek (2002), estudaram a atipia citológica no pólipo e a imunohistoquímica para p16, p53 e Ki67 em mulheres com pólipos na pós menopausa, com uso de terapia hormonal, com uso de tamoxifeno e outras sem terapia hormonal. Todos os casos apresentaram aumento de p16, p53 em baixa quantidade e Ki67 baixo. O endométrio proliferativo apresentou moderado aumento de p16 e menor quantidade

de p 53. A conclusão foi que os pólipos atípicos podem ser a fase inicial de processo carcinogênico, os pólipos sem atipias com p16 aumentado pode levar a atipia e ao câncer.

Cavalcanti (2004), avaliou a imuno expressão da proteína p53 em mulheres na pós-menopausa com diagnóstico histopatológico de pólipo endometrial e verificou se a proteína p53 é um marcador biológico no prognóstico do pólipo endometrial. O autor encontrou que o valor da proteína p 53 foi significativamente menor em pacientes com diagnóstico histopatológico de pólipo endometrial em relação as com adenocarcinoma de endométrio e concluiu que a expressão da proteína p 53 constitui um marcador da atividade biológica do pólipo endometrial em mulheres após a menopausa .

A ocorrência dos pólipos não está limitada a nenhum período etário, podendo ser encontrados em crianças, apesar de tal ocorrência ser, extremamente, rara (Romero,1970). Observa-se um aumento progressivo da incidência com o avançar da idade sendo, porém, mais comum entre mulheres da quarta e quinta década de vida e duas vezes mais comuns entre as mulheres na pós menopausa em relação ao período da menacme (Ganglione et al., 1996).

Van Bogaert (1988), em estudo imaginelógico com 311 mulheres com pólipos endometriais, encontrou 76 sintomáticas e 235 assintomáticas com ultrassom vaginal anormal. As pacientes sintomáticas encontravam-se na faixa de 40 a 49 anos em 35,0% e as assintomáticas na faixa de 30 a 39 anos em 28,0%.

Coeman et al. (1993), recomendam que, dada à elevada prevalência de pólipos endometriais em pacientes com pólipos cervicais, a investigação da cavidade endometrial deve ser sempre realizada na presença de pólipo cervical. O estudo retrospectivo realizado por estes autores mostrou a influência do tratamento hormonal em 165 pacientes

com pólipos cervical e com sangramento uterino. Os autores encontraram pólipos endometriais em 26.7% das pacientes. As pacientes na menopausa com pólipos cervicais tiveram 56.8% de incidência de pólipos endometriais, por isso, concluíram que todas as pacientes na menopausa com pólipos cervical poderiam beneficiar-se da histeroscopia diagnóstica.

Vilodre (1998), encontrou 32,7 % de pólipos cervical associado a pólipos endometriais na avaliação por vídeo-histeroscopia.

Deve-se salientar que o caráter benigno destas formações faz com que, freqüentemente não sejam relatadas, o que dificulta uma real avaliação da sua incidência. Acredita-se que a prevalência da doença, aumenta após a menopausa como consequência do envelhecimento e não das alterações diretamente resultantes da falência ovariana ou da interrupção dos ciclos menstruais (Orvieto et al., 1999)

Hamou (1981), classificou a morfologia dos pólipos endometriais através da histeroscopia em pólipos mucosos e fibrosos. Os primeiros podem ser sésseis ou pediculados, maiores que 1 cm, móveis, possuem aparência similar ao endométrio circundante e são, freqüentemente congestos, únicos ou múltiplos. Os segundos são, usualmente pediculados, móveis e maiores que 1 cm, sua superfície é lisa, pobremente vascularizada e não se identifica orifícios glandulares, são únicos ou múltiplos e têm dificuldade em deformar-se com a pressão da ponta do histeroscópio.

À macroscopia, externamente são visualizadas como massas aveludadas, vermelhas ou alaranjadas, sendo o interior sólido ou contendo cistos. Originam-se no endométrio, projetam-se para a cavidade uterina, ulceram e sangram com facilidade. O volume e o número são, extremamente variáveis e a maioria se encontra entre 2 e 4 cm no seu maior diâmetro (Bogliolo, 1994).

A microscopia, os pólipos contêm uma quantidade variável de glândulas, estroma e vasos sanguíneos. Na maioria dos casos o quadro histológico é o da hiperplasia simples da mucosa uterina, às vezes, quase todas as glândulas endometriais são dilatadas, revestidas por epitélio pseudo-estratificado, justapostas e com áreas císticas em meio a estroma fibrovascular (Bogliolo,1994).

Trabalhos encontrados na literatura, como de Dias et al. (1998) e Silverberg et al. (1999), descrevem os pólipos endometriais da seguinte forma :

Pólipos hiperplásicos são os mais comuns, variando de alguns milímetros até atingir grandes dimensões. Às vezes, são diagnosticados somente na avaliação microscópica. Estes apresentam superfície irregular e proliferação epitelial com pseudoestratificação e atividade mitótica. O aspecto glandular se assemelha ao da hiperplasia sem atipias, simples ou mista, revelando eosinofilia e células ciliadas. Possuem quantidade moderada de estroma entre as glândulas, similar ao estroma do endométrio proliferativo. O endométrio periférico ao pólipo é, frequentemente proliferativo ou atrófico, mas pode ser secretor e respondem aos estrógenos .

Pólipos atróficos são, também, chamados de pólipos inativos, são comuns em mulheres na pós-menopausa e contêm glândulas atróficas alinhadas em epitélio glandular baixo sem atividade mitótica. As glândulas são dilatadas e de contornos circulares, estroma denso e fibrótico. São considerados, por alguns, pólipos hiperplásicos que não apresentam atividade proliferativa.

Pólipos funcionais são sensíveis a hormônios, mostram alterações proliferativas ou secretoras e ocorrem na pré-menopausa e podem ser de difícil diagnóstico. Suas glândulas apresentam distribuições irregulares. O aspecto polipóide e estroma denso com vasos de paredes grossas são características importantes para o diagnóstico. Quando

secretoras, têm glândulas, freqüentemente pouco desenvolvidas, contrastando com o endométrio adjacente.

Pólipos endometriais-endocervicais (mistos), são alguns pólipos localizados na porção superior da endocérvice ou no segmento uterino inferior, que mostram desenvolvimento glandular com estroma semelhante ao encontrado neste último.

Pólipos adenomiosomatosos possuem fibras e feixes irregulares de musculatura lisa no estroma, próximos aos vasos de paredes grossas. As glândulas são revestidas pelo estroma.

Adenomioma polipóide atípico é um pólipo incomum, diferente dos demais, suas glândulas se alinham num epitélio atípico e estão circundadas por células musculares lisas e exibem atipia nuclear, perda da polaridade e eosinofilia citoplasmática. O músculo liso é composto de pequenos fascículos entrelaçados e ocorre na pré ou perimenopausa em mulheres com média de idade de 40 anos.

Pseudopólipos são pequenos e menor que 1cm, sésseis, com estrutura idêntica ao endométrio circundante. Eles são identificados somente na fase secretora e desaparecem com a menstruação.

O diagnóstico dos pólipos pode ser clínico, ultrassonográfico e endoscópico. O clínico é feito através de exame especular ou seja, visão direta da imagem do pólipo, quando localizado em região cervical ou suspeita pela sintomatologia como dor abdominal, sangramento uterino anormal (hipermenorragia, hipermenorréia, metrorragia e spotting), irregularidade menstrual, dismenorréia, leucorréia e sinusorragia.

No passado, o exame da cavidade uterina só era possível através de métodos indiretos, como a curetagem uterina e nem sempre era inteiramente satisfatório. Atualmente, graças aos avanços tecnológicos, tornou-se possível explorá-la com maior precisão.

Loffer (1995), em um estudo comparativo entre dilatação e curetagem (D&C) e histeroscopia, realizado em mulheres com sangramento uterino na pós-menopausa, observou que não foi possível diagnosticar cerca de 17% dos pólipos endometriais. Da mesma forma, em mulheres submetidas à curetagem pré-histerectomia, o diagnóstico de pólipo endometrial deixou de ser feito em 10% dos casos (Stock et al., 1975). Esta diferença deve-se ao fato da curetagem uterina ser realizada às cegas, dificultando a retirada dos pólipos pediculados devido à sua mobilidade e dos pólipos sésseis devido à sua fragmentação.

A técnica citológica do aspirado endometrial, mesmo quando realizada adequadamente, tem sensibilidade não satisfatória para diagnóstico de neoplasia endometrial e lesões endometriais em geral, em decorrência da escassa e difícil descamação das células endometriais (Chambers & Chambers, 1992).

A biópsia de endométrio, sendo procedimento às cegas, torna difícil o diagnóstico de patologia intra-cavitária, como o pólipo endometrial. A limitação é devido à alta taxa de material inadequado e insuficiente, que varia numa proporção de 5 a 10% (Leonardi et al., 1993).

Com surgimento da técnica da dilatação e curetagem (D&C), esta passou a ser amplamente utilizada no mundo como “padrão ouro”. Entretanto, é altamente invasiva, de alto custo, com possibilidade de riscos cirúrgicos e anestésicos, sendo pouco confiável em caso de lesões focais, por ser realizado, também, às cegas. É considerada ineficiente, pois não detecta com precisão diagnóstica, uma vez que apresenta falso negativo em torno de 2% a 25%, sensibilidade de 65%, apesar da especificidade ser de 100% (Mengart & Slate, 1960).

Em busca de uma técnica com melhor precisão diagnóstica, com alta confiabilidade, menor custo, menos invasiva, sem a necessidade de internação e de procedimentos anestésicos, de baixo

desconforto, com baixa incidência de complicações, de elevada reprodutibilidade e inocuidade, entre outras, surgiram novos métodos como a ultra-sonografia, histerossonografia e histeroscopia.

A histerossonografia, seguida da ultra-sonografia transvaginal convencional, tem possibilitado distinguir pólipos de miomas submucosos e tecidos endometriais que necessitem de amostragem histológica. Além destes recursos, acrescentou-se o emprego do efeito Doppler para o estudo do fluxo sanguíneo (Goldstein et al., 1990).

A histeroscopia trouxe para a propedêutica ginecológica, uma técnica que paulativamente passou a ocupar o primeiro plano na investigação de patologias cavitárias, até então realizada por outros métodos mais invasivos.

Para identificar anormalidades endometriais, contamos com a ecografia transvaginal, a qual nos permite pesquisar doenças intra-uterinas em mulheres com sangramento na pós-menopausa (Granberg et al., 1991). Entretanto, ainda não existe um consenso definitivo sobre a distinção ecográfica entre pólipos, hiperplasias e carcinomas (Hulka et al., 1994). Assim sendo, um diagnóstico exato não pode ser assegurado pela ecografia transvaginal, mas o método pode indicar uma anormalidade na cavidade uterina ou apontar o endométrio que deve ser investigado por outras técnicas de maior acurácia (Karlsson et al., 1994).

A histerossonografia transvaginal vem sendo utilizada no diagnóstico de lesões suspeitas de pólipos com grande precisão, uma vez que a injeção de líquido intracavitário permite o delineamento do contorno da tumoração de forma a permitir uma visualização mais precisa (Fukuda et al., 1993). Apesar de ser um método menos invasivo e de menor custo, não permite a obtenção de material para estudo histológico.

A literatura por outro lado, mostra-nos que as principais indicações da histeroscopia concentram-se em sangramento uterino anormal, na pré e na pós-menopausa, com ou sem terapia hormonal, esterilidade e infertilidade, diagnóstico e seguimento de hiperplasias, diagnóstico de carcinoma do endométrio e da endocérvice, localização de corpos estranhos, indicação e controle de cirurgia uterina, diagnóstico de restos placentários e diagnóstico diferencial de patologia intracavitária apontada por qualquer outra técnica, como a ultra-sonografia (Awwad et al., 1993 e Machtinger et al., 2005).

Na histeroscopia, cerca de 39,7% a 50% das mulheres com sangramento na pós-menopausa, apresentaram causa orgânica, como os pólipos, entretanto, esta proporção aumentou para 90% quando o sangramento persistiu por mais de 6 meses (Nagele et al., 1996).

Gimpelson & Rappold (1988), observaram que a curetagem não detectou pólipos em 5,4%. Os autores concluíram que a histeroscopia com biópsia dirigida, foi mais eficiente que a dilatação e curetagem (D&C), principalmente, para identificar pólipos.

Karlsson et al. (1994), realizaram estudo em 51 mulheres com sangramento pós-menopausa. Os autores concluíram que o estudo confirmou a limitação de todas as técnicas de biópsia na avaliação endometrial, principalmente, para pólipos endometrial.

Cicinelli et al. (1994), relataram num estudo retrospectivo em 50 pacientes, que a histeroscopia com biópsia dirigida e posterior anátomo patológico, é o meio diagnóstico decisivo na investigação da cavidade endometrial.

Campaner e Piato (2004), encontraram 42,1 % de pólipos endometriais, onde apenas havia diagnóstico de espessamento endometrial anterior no ultrassom vaginal.

Perez-Medina et al. (2002), estudaram a eficácia do Doppler para avaliar os pólipos endometriais. Os autores concluíram que alta resistência ao Doppler é altamente sugestiva de pólipo endometrial benigno .

Grasel et al. (2000), determinaram as características da imagem de ressonância magnética (RM) de pólipos endometriais e concluíram que as imagens da ressonância magnética RM, podem ajudar a distinguir a maioria dos pólipos endometriais e de carcinoma endometrial com base nas características morfológicas. A precisão não parece ser suficiente, sendo necessário indicar a biópsia, porque os carcinomas e pólipos, freqüentemente, coexistem.

A histeroscopia mostrou ser um bom método para o exame da cavidade uterina e para o diagnóstico e a terapêutica do pólipo endometrial, com baixos índices de complicações. Mulheres com alterações endometriais diagnosticadas à ultra-sonografia devem ser submetidas à histeroscopia com biópsia dirigida (Cicinelli et al., 1994). Atualmente, o exame histeroscópico tem indicações bem estabelecidas nesta patologia intra cavitária.

Não se conhece nenhum tratamento clínico para o pólipo endometrial, apesar de alguns trabalhos realizados com análogos de GnRH (Motta, 1990), demonstrando que pacientes com sangramento uterino anormal com pólipo endometrial, tratadas com Zoladex a cada 30 dias durante 5 meses, obtiveram melhora no sangramento uterino neste período, inclusive com amenorréia, mas sem a involução do pólipo durante o tratamento .

Cravello et al. (2000), averiguaram a eficiência terapêutica de ressecção histeroscópica para o tratamento de pólipos endometriais em mulheres com hemorragia uterina anormal e metrorragia na pós menopausa. O estudo foi retrospectivo, no qual foram tratadas 195

pacientes com pólipos endometriais com sangramento anormal que realizaram a ressecção histeroscópica. Após um período de acompanhamento longo de 5.2 anos, observou-se que 90% das pacientes não apresentaram recidiva. Apenas 10% das pacientes tiveram que refazer o procedimento cirúrgico. Os autores concluíram no estudo que a ressecção vídeo histeroscópica é a de melhor eleição para o tratamento de pólipos endometriais.

Segundo Reslová et al. (1999), os pólipos endometriais estão entre os casos mais comuns de hemorragia uterina anormal. Estudo realizado por estes autores em 245 pacientes, formado por 152 na pós menopausa e 93 na pré menopausa com pólipos endometrial com diagnóstico histeroscópico e histologicamente comprovado. Os fatores avaliados foram as características das pacientes, como idade, massa corporal, hipertensão arterial sistêmica, diabete mellitus tipo II, nuliparidade, tempo de menopausa, uso de terapia hormonal e tratamento com uso de tamoxifeno. Avaliaram também, características clínicas das pacientes portadora de pólipos endometrial e o número de curetagem (D&C) e histeroscopia , as quais foram submetidas.

As conclusões do estudo foram que, a hipertensão associada com obesidade parece ser um fator importante na patogênese dos pólipos endometriais. Uma associação entre pólipos endometrial e tamoxifeno foi encontrada em 8% das pacientes com câncer de mama. Na pós menopausa, a hemorragia uterina e desordens menstruais foram sinais clínicos proeminentes, sendo 38,7% de hipermenorréia e 18,3% metrorragia. Os pólipos endometriais múltiplos estiveram presentes em 26% das pacientes na pós menopausa e em 15% das mulheres na pré menopausa. A polipectomia histeroscópica foi considerada como uma ótima terapia e a remoção da base do pólipos endometrial pode prevenir a persistência ou retorno do pólipos endometrial. A dor no baixo ventre, semelhante à causada por contração uterina rítmica, cólicas ou dores tipo

parto ou abortamento podem ser sintomas típicos de pequenos pólipos que não foram retirados pela curetagem (Costa, 2001).

Karadadas et al. (2004), realizaram uma análise retrospectiva do pólipo endometrial para avaliar a incidência e a histopatologia dos pólipos endometriais em mulheres que apresentavam sintomas/sinais diferentes. Foram diagnosticados sinais em 53 pacientes com pólipos endometriais. A maioria (64%) das pacientes estavam na pós menopausa e apresentaram sinais, tal como, o sangramento uterino anormal (26.4%).

Van Bogaert (1988), encontrou incidência de pólipo endometrial mais alta na quinta década de vida e aproximadamente um quinto aconteceu após a menopausa. Mais da metade relatou como sinal a metrorragia (51,4%).

A literatura tem mostrado que embora, o achado de pólipo cervical ao exame ginecológico de rotina não seja uma indicação formal de histeroscopia, a investigação intra-uterina dessas pacientes revela com freqüência a presença de pólipos endometriais assintomáticos (Coerman et al., 1993, Vilodre et al., 1998).

A exérese dos pólipos uterinos passou a ser importante para o estudo imunohistoquímico avaliar, principalmente, a pré malignidade (Hecht et al., 2004 ; Sington e Manek, 2002; Cavalcanti et., al 2004).

Os estudos sugerem que as pacientes que iniciarem uso de terapia hormonal com uso de tamoxifeno e que apresentarem pólipos uterinos, deveriam retirá-los pois, poderiam alterar seu status de assintomáticas para sintomáticas e apresentar sangramentos uterinos indesejados e preocupantes (Nagele et al, 1996). A utilização da terapia hormonal, visando eliminar sintomas vasomotores, prevenir atrofia genital e proteger contra a osteoporose, encontra respaldo nas publicações

científicas atuais (Halbe et al, 2005). O uso de terapia hormonal não determina aparecimento ou crescimento de pólipos, mas ocorrendo a ação da terapia hormonal no endométrio das pacientes, principalmente na pós menopausa, pode haver a ocorrência de sangramento uterino anormal, determinando assim, uma preocupação quanto ao uso da terapia hormonal na paciente que apresenta pólipos endometrial (Orvieto et al.,1999).

Orvieto et al. (1999), em estudo retrospectivo de 146 mulheres na pós menopausa com pólipos endometriais e em uso de terapia hormonal em um período de dois anos, não apresentou nenhuma diferença entre as categorias histológicas endometriais. Conclui-se que os pólipos endometriais na pós menopausa são comuns, porém, a taxa relativamente alta de hiperplasia endometrial concomitante, principalmente em pacientes com uso de terapia hormonal, obriga a uma avaliação histológica completa em todos os casos.

O surgimento e crescimento de pólipos endometriais tem sido associado, ao uso de drogas antiestrogênicas como o tamoxifeno, em pacientes com neoplasia de mama (Ismail, 1994). Este autor relata que a droga promove crescimento endometrial e que os pólipos endometriais podem ser um passo intermediário importante para a carcinogênese endometrial.

Gonçalves et al. (1995), estudaram o endométrio de mulheres na pós menopausa com câncer de mama com uso de tamoxifeno e compararam com mulheres na pós menopausa assintomáticas, para avaliar as diferenças na frequência de afecções endometriais e encontraram 15 % de pólipos endometriais em paciente com uso de tamoxifeno e 4 % nas pacientes sem uso de tamoxifeno.

Cohen et al. (2004), encontraram 0,5% de pólipos endometriais malignos em pacientes sem uso de tamoxifen, com uso desta medicação encontraram 3,0 % de pólipos malignos.

Feitosa et al. (2002), estudaram o endométrio de pacientes na pós menopausa com câncer de mama e uso de tamoxifeno e encontraram 26,6% de pólipos endometriais.

Biron et al. (2003), relatam que, os pólipos endometriais são a patologia mais comum descrita em associação com o tamoxifeno na pós menopausa, com uma incidência de até 10.7% de malignidade.

Por outro lado os pólipos endometriais, têm sido relacionados com causa de infertilidade e portanto, justifica para alguns autores sua retirada (Taylor et al. 1993). Desde a década de 1970, o fator uterino tem sido considerado causa de esterilidade em cerca de 6% a 10% dos casos, sendo correlacionado com 3,8% a 35% dos casos de esterilidade primária, 1,7% a 17% dos casos de esterilidade secundária e cerca de 6,4% dos abortos recorrentes (Wallach et al., 1972).

A literatura também é controversa quanto a este aspecto, alguns autores afirmam que pólipos menores que 1 cm não influem na taxa de gestação, outros acreditam que qualquer pólipo pode impedir a gestação, seja diminuindo a implantação ou aumentando a taxa de abortamento.

Spiewankiewiz et al. (1995), em um estudo com 25 mulheres inférteis, cujo único fator alterado na pesquisa básica de infertilidade era a presença de pólipos, observaram gestação em 19 de 24 pacientes após a polipectomia, sendo que destas, 17 foram a termo.

Shokeir et al. (2004), estudaram pólipos endometriais encontrados histeroscópicamente, em mulheres eumenorréicas inférteis para determinar se a incidência de pólipos endometriais nestas, diferem de mulheres eumenorréicas, aparentemente férteis. Buscou-se evidências

para determinar se a remoção de tais lesões aumentaria desempenho reprodutivo. Uma taxa de 50% de gravidez foi alcançada através da polipectomia histeroscópica. Os autores concluíram neste estudo que a histeroscopia diagnóstica deveria ser usada habitualmente para mulheres inférteis, até mesmo na presença de eumenorréia, pólipos endometriais funcionais persistentes, até mesmo os de menor tamanho, provavelmente, prejudicariam a fertilidade neste grupo de paciente selecionados e que a remoção de tais lesões poderia melhorar o desempenho reprodutivo subsequente.

Os pólipos endometriais ainda permanecem como estruturas que suscitam dúvidas sobre sua patogênese, portanto tornam atuais as discussões sobre seu comportamento e sobre a conduta a ser tomada quando diagnosticados. No endométrio a lesão maligna mais freqüente localizada em pólipos é o adenocarcinoma e a lesão precursora é a hiperplasia atípica, nos seus diversos graus de intensidade (Lima et al., 2003).

Maia (2004), correlacionou o hiperestrogenismo ao surgimento das lesões precursoras do câncer de endométrio. Os pólipos endometriais podem, porém se originar em endométrio inativo ou atrófico e neste ambiente desenvolver um carcinoma. Estes casos, geralmente, ocorrem em mulheres mais idosas e tem comportamento biológico mais agressivo.

Desde os primeiros estudos, como o de Armênia (1967), as pacientes que tem pólipos endometriais “estão prontas” para desenvolver o câncer endometrial e encontrou-se a ocorrência de 3,5 % de câncer de endométrio.

Novak et al. (1979), afirmaram que a lesão maligna pode ocorrer nos pólipos endometriais, especialmente nos que atingem grandes dimensões. E nos estudos atuais a associação ou relação do pólipos

endometrial com endométrio, parece ser o ponto mais importante a ser considerado no capítulo da relação do pólipó endometrial com o câncer.

Savelli et al. (2003), estudaram as características histopatológicas e os fatores de risco para benignidade, hiperplasia e malignidade para o pólipó endometrial. No estudo identificaram 509 pacientes com pólipos endometriais que consecutivamente sofreram remoção histeroscópica. Observaram que, histologicamente, 358 pólipos (70.3%) foram benignos, 131 pólipos (25.7%) tiveram hiperplasia endometrial simples ou complexa, 16 pólipos (3.1%) tiveram hiperplasia com atipia e 4 pólipos (0.8%) foram malignos. O estudo concluiu que, a idade, o tempo de menopausa, e a hipertensão estavam significativamente associados com a pré malignidade. Os pólipos endometriais raramente se tornam malignos, mas alterações hiperplásicas são mais comuns com o aumento da idade, do tempo de menopausa e da hipertensão arterial sistêmica, podendo desta forma aumentar o risco de pré-malignidade e malignidade. Para a remoção completa do pólipó endometrial e uma análise histológica segura, deveria-se realizar cirurgias histeroscópicas em todas as pacientes sintomáticas ou para pacientes com fatores de risco.

Ben Arie et al. (2004), relatam que em 3.3% e 3.0% de mulheres, respectivamente, foram encontradas condições pré-malignas ou malignas no pólipó endometrial.

Bakour et al, (2000), realizaram um estudo em que o objetivo foi avaliar o risco de pré malignidade e malignidade dos pólipos endometriais. Foi um estudo prospectivo cohort e foram avaliadas 248 pacientes. Encontraram 62 pacientes com pólipó endometrial e todas as pacientes tiveram avaliação histológica. Para determinar a magnitude de potencial maligno entre pólipos, os autores compararam os resultados patológicos em pólipos com espécimes não polipóides e como resultado encontraram que dos 62 pólipos, 53 (85.5%) foram histologicamente

benignos, 7(11.3%) foram hiperplasias e 2(3.2%) foram associados com malignidade. A hiperplasia foi mais freqüente em espécimes com pólipos endometriais do que naqueles sem pólipos endometriais (11.3% vs 4.3%), mas a incidência de carcinoma nos dois grupos foi a mesma (3.2% vs 3.2%). Na hemorragia uterina anormal, houve casos de hiperplasia, mas não encontrou-se sinal de malignidade e foi mais comum em mulheres com pólipos endometriais do que quando comparadas com as sem pólipos.

Maia et al. (1997), realizaram um estudo em que o objetivo foi avaliar a eficácia terapêutica da polipectomia associada com ressecção endometrial para o tratamento de pólipos em mulheres na pós menopausa. As pacientes realizaram ultrassonografias transvaginais por um período de 1 ano, após a cirurgia. A conclusão dos autores foi que a polipectomia é um procedimento de pouco risco para pacientes na pós menopausa e com a ressecção endometrial não detectou-se recorrências no primeiro ano de acompanhamento.

Hileeto et al. (2005), realizaram um estudo no qual os objetivos foram investigar e documentar a faixa etária, na qual são encontrados os pólipos endometriais e na qual os pólipos endometriais estão associados com malignidades. Encontraram 13% pólipos malignos. Concluiu-se neste estudo que os pólipos demonstram uma associação estatisticamente significativa entre a idade e o desenvolvimento de um tumor maligno. Segundo os autores, há necessidade de se realizar um exame cuidadoso para malignidade, particularmente em mulheres com fatores de risco múltiplos, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II, obesidade e longo tempo de menopausa.

Shushan et al. (2004), investigou a freqüência de pólipos endometriais malignos e caracterizou uma imagem histeroscópica destes pólipos. O estudo incluiu 300 mulheres com pólipos endometriais que sofreram polipectomia histeroscópica. Quatro dos 300 pólipos

endometriais removidos por histeroscopia cirúrgica foram malignos (1.3%). As pacientes com pólipos malignos foram sintomáticas na pré e na pós menopausa. Todos os pólipos em pacientes assintomáticos foram benignos. Os autores não conseguiram identificar qualquer característica histeroscópica de malignidade. Este estudo mostrou que aproximadamente, 1.5% de pólipos endometriais podem ser malignos e reforça a indicação para remoção de pólipos endometriais sintomáticos, preferivelmente, por histeroscopia e os assintomáticos podem ser acompanhados não sendo necessário a remoção.

Pettersson et al. (1985), estudaram o impacto da existência anterior de patologias endometriais, tais como pólipos endometriais para o risco de desenvolvimento de um carcinoma de endométrio. Concluiu-se neste estudo que mulheres na pós menopausa com anormalidades endometriais possuem maior risco de desenvolvimento de carcinoma de endométrio.

Lima et al. (2003), relatam que a polipectomia não impede o desenvolvimento do adenocarcinoma de endométrio e assim, não justificaria a retirada dos pólipos uterinos evitando cirurgias desnecessárias e abusivas .

Polena et al. (2001), em estudo retrospectivo avaliaram os resultados de ressecção histeroscópica de pólipos endometriais e o papel eventual da associação com ressecção endometrial. Um total de 367 pacientes tiveram ressecção histeroscópica de pólipos endometriais que foram, inicialmente, confirmados através de histeroscopia diagnóstica. A conclusão do estudo foi que a ressecção histeroscópica foi um ótimo método para tratamento de pólipos endometriais benignos e que a ressecção endometrial associada em pacientes de idade avançada ou em pacientes que não desejam conservar o potencial de fertilidade, melhorou a taxa de sucesso e diminuiu a taxa de reincidências.

Portanto, diante de toda controvérsia apresentada pela literatura resolvemos fazer um estudo analítico dos pólipos endometriais e verificar a sua real necessidade de serem retirados.

Pólipos endometriais deve ou não ser extirpados? Eis a questão...



2. Objetivos

2.1. Objetivos Gerais:

Validar a polipectomia por vídeo-endoscopia como método terapêutico para pacientes com pólipos endometriais com esterilidade, com sangramento uterino anormal e assintomáticas.

2.2. Objetivos Específicos:

- 1) Identificar o perfil epidemiológico das pacientes que apresentam pólipos endometriais.
 - 2) Foram estudadas as seguintes variáveis: idade, peso corpóreo, índice de massa corporal (IMC), raça, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo II(DMII), gestação, tempo de amenorréia, uso de terapia hormonal (TH), uso de tamoxifeno.
 - 3) Caracterizar os pólipos pela vídeo-histeroscopia ambulatorial com relação a localização no útero (cervical e/ou endometrial), na parede anterior, posterior, lateral direita e esquerda, cornual direita e esquerda do útero.
 - 4) Caracterizar os principais sinais clínicos nas pacientes com pólipos endometriais.
 - 5) Avaliar o potencial neoplásico dos pólipos endometriais pela visão vídeo histeroscópica e pelo estudo histopatológico.
-



3. Pacientes e Métodos

3.1. Desenho do estudo:

Trata-se de um trabalho analítico e retrospectivo, cujos dados foram obtidos através de consultas aos prontuários de pacientes já submetidas a histeroscopias diagnósticas e cirúrgicas no Setor de Endoscopia Ginecológica da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Botucatu(UNESP) e da Clínica de Ginecologia “Dr. Feres Abrão” de Marília, atendidas entre o período de 2004 a 2005.

3.2. Seleção das pacientes

O presente estudo foi realizado em dois Centros de Estudo Endoscópico – Setor de Endoscopia Ginecológica da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP e Clínica Ginecológica Dr. Féres Abrão – Marília SP.

O grupo estudado foi constituído por 208 mulheres que foram submetidas ao exame histeroscópico com diagnóstico de pólipos endometrial.

Todas as pacientes já haviam realizados, previamente, ultrassom trans-vaginal e com indicação da realização de vídeo histeroscopia diagnóstica.

As histeroscopias foram realizadas, preferencialmente, na primeira fase do ciclo menstrual das pacientes, na menacme e em qualquer momento, quando menopausadas.

3.2.1. Critérios de Inclusão

Os critérios para a inclusão das pacientes neste estudo foram baseados no resultado da histeroscopia diagnóstica e na confirmação histológica de pólipos endometriais, cujos elementos analisados foram:

- 1) Ficha de avaliação da paciente contendo dados epidemiológicos como idade, peso corpóreo, altura, IMC, raça, tabagismo,
 - 2) presença de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II, gestações, tempo de amenorréia, uso de hormonioterapia e de tamoxifeno.
 - 3) Laudo do ultrassom trans-vaginal.
 - 4) Laudo da vídeo histeroscopia diagnóstica (com biópsia) com diagnóstico de pólipos uterinos e contendo informação da localização do pólipo na cavidade e associação do pólipo cervical com pólipo endometrial.
 - 5) Laudo do anátomo patológico da biópsia realizada na histeroscopia diagnóstica.
 - 6) Laudo do anátomo patológico realizado na polipectomia.
-

3.2.2. Critérios de Exclusão

- 1) Dados epidemiológicos e exames histeroscópicos incompletos;
- 2) Impossibilidade da penetração da óptica no interior do útero (por estenose do orifício externo ou interno, sinéquias e dor);
- 3) Impossibilidade do diagnóstico ultrassonográfico e histeroscópico de pólipos endometriais;
- 4) Ausência do diagnóstico do anátomo patológico de pólipos.

3.3. Grupo Amostral

As pacientes foram divididas em 3 grupos assim denominados:

Grupo I (n=54) pacientes com queixa de esterilidade.

Grupo II (n=59) pacientes com queixa de sangramento uterino anormal.

Grupo III (n=95) pacientes sem queixas (assintomáticas) com ultrassom anormal.

3.3.1 Coleta de dados

Os dados utilizados neste estudo foram coletados do prontuário da paciente, da ficha de laudo de exame do ultrassom transvaginal, laudo da histeroscopia e laudo histológico do pólipos.

3.4. Processamento de dados

Todos os dados referentes as pacientes são agrupados em uma planilha (anexo 2) contendo as informações como idade, peso corpóreo, altura, índice massa corpórea, raça, tabagismo, indicação, sinais clínicos, gestação, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipoll, diagnóstico do ultrassom e diagnóstico histeroscópico, localização do pólip, biópsia com cureta de Novak/Pipelle, anátomo patológico após polipectomia e tempo de amenorréia.

3.5. Técnicas de exame/ Equipamento e Instrumental

3.5.1. Equipamento e instrumental utilizado

A ultrassonografia trans-vaginal foi praticada em todas as pacientes com transdutor vaginal e foram realizados no CDI (Centro de Diagnóstico por Imagem) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (UNESP) e Hospital Universitário de Marília, com aparelho da marca GE, transdutor endovaginal de 5,0 MHz, protegido com preservativo descartável e com a paciente em posição semi-ginecológica.

Sendo analisados a morfologia da cavidade uterina, o endométrio e presença de patologias intra uterinas.

A histeroscopia diagnóstica foi realizada com aparelho da Endoview ou Storz com óptica de 30 graus, 2,7, 2,9 e 4 mm sendo acoplada a camisa externa de 5,2 mm ou camisa externa de 3,0mm ou 4,0mm que tem função de proteger a óptica e conduzir gás carbônico para distensão da cavidade uterina e possibilitando assim, a sua

visualização adequada (Figura1) .O histeroflator é calibrado para pressão máxima de 100 mmhg, sendo o fluxo máximo de 70ml/min (Figura 2) e as imagens são visualizadas em monitor e documentadas através de foto e fita de VHS.

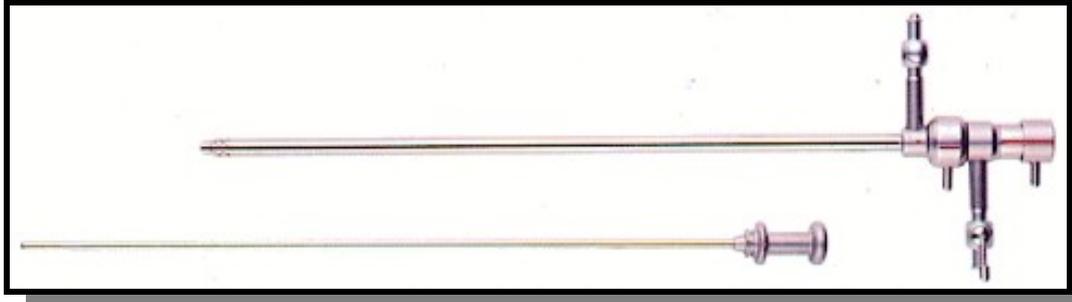


Figura 1 - Visão panorâmica do Endoscópio Diagnóstica: Endoscópio rígido com diâmetro de 2,7-2,9 mm e camisa diagnóstica com diâmetro de 4,0 mm.



Figura 2 - Visão panorâmica do Equipamento de Vídeo Histeroscopia: Insuflador uterino de CO2.

A histeroscopia cirúrgica foi realizada com Ressectoscópio de fluxo contínuo com diâmetro de 8,8 mm (Figura 3), acoplado com óptica de 4,0 mm. Utilizando Hamou Hysteromat (pressão contínua, fluxo variável e aspirador ajustado eletronicamente) e acessórios como eletrodos para corte, coagulação ligados ao aparelho de cautério na potência de 100v e 70W (Figura 4).

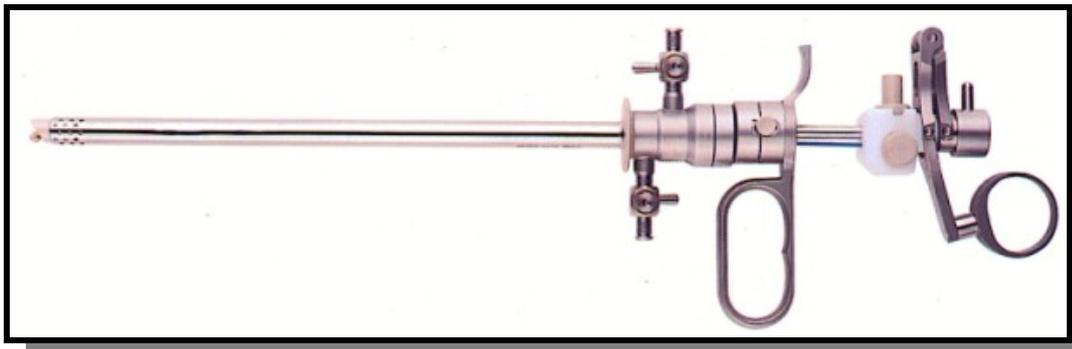


Figura 3 - Visão panorâmica do Ressectoscópio fluxo contínuo com diâmetro de 8,8 mm.



Figura 4 - Acessórios da vídeo histeroscopia cirúrgica. Eletrodos para corte, coagulação e vaporização. Hamou Hysteromat (pressão contínua, fluxo variável e aspirador ajustado eletronicamente). Unidade eletrocirúrgica de alta freqüência. Fonte de luz fria, câmera de vídeo, monitor e videocassete.

3.5.2. Técnica do preparo da paciente

As pacientes são informadas, no dia do agendamento do exame, que devem trazer no dia da histeroscopia diagnóstica, o laudo do resultado do ultrassom trans-vaginal e os exames laboratoriais. Foram orientadas que a melhor época para marcar o exame é logo após o término da menstruação e para as pacientes menopausadas em qualquer dia. As pacientes foram orientadas a tomar 1 (um) comprimido de anti inflamatório 2 (duas) horas antes do exame e tomar 1 (um) comprimido de Brometo N butilescopalamina (buscopam), 30 minutos antes do exame.

No dia do agendamento do exame as pacientes, também, recebem um folheto informativo que descreve cada passo do procedimento, sobre a importância da histeroscopia na propedêutica e orientações sobre intercorrências.

No dia do procedimento, as pacientes foram entrevistadas pelo médico histeroscopista fez a identificação, a anotação dos dados e a orientação quanto a duração do exame que poderia ser em torno de 3 a 5 minutos, podendo apresentar um discreto desconforto e que diante de um desconforto não suportável, por uma solicitação verbal da paciente, ou por dificuldades técnicas, o exame poderia ser interrompido imediatamente.

3.5.3. Técnica de exame diagnóstico e cirúrgico

3.5.3.1 - Técnica Diagnóstica:

Podemos realizar, tanto na primeira como na segunda fase do ciclo menstrual, tomando o cuidado de não surpreender uma gravidez. A primeira fase tem como vantagem um muco mais límpido e um canal hipotônico. A segunda fase nos proporciona imagens mais estáveis e adequadas para o estudo, principalmente das alterações

funcionais. Em posição ginecológica, com as nádegas um pouco além da mesa, foi realizado o toque vaginal avaliando a vagina e posição do útero, foi inserido o espéculo expondo o colo e foi aplicado xylocaina tópica, sem vasoconstritor, foi feita a assepsia do colo com gaze embebido em povidine tópico. Quando a paciente apresentava vagina estreita ou atrofiada, foi utilizado um meio de distensão líquido e com ou sem uso de espéculo. O exame é caracterizado pela passagem do canal cervical, inventário da cavidade uterina (vista panorâmica) e revisão cervical. As pacientes menopausadas com estenose cervical utilizaram um preparo prévio de estrogênio conjugado tópico por dez dias antes do exame. A biopsia era realizada com a cureta de Novak ou de Pipelle . Após o exame, as pacientes recebiam as orientações adequadas e eram encaminhadas ao Ambulatório.

Os laudos histeroscópicos foram classificados como normais, compatíveis com a fase do ciclo menstrual proliferativo, secretor e atrófico. Os laudos patológicos compatíveis com pólipos endometriais foram utilizados para o estudo.

3.5.3.2 - Técnica de cirurgia

Avaliação pré anestésica - Todas as pacientes passaram por uma avaliação pré cirúrgica e os exames laboratoriais solicitados foram: coagulograma, glicemia de jejum, o hemograma, HIV e sorologia para hepatite B e C. As pacientes foram orientadas a ficarem de jejum 12 horas antes da cirurgia, não foram realizadas tricotomias.

Foram realizadas sedação com propofol quando o procedimento foi realizado em um curto período de tempo, na maioria das vezes, entretanto, foram realizadas raqui anestesia.

Durante o ato cirúrgico, as pacientes foram sedadas ou anestesiadas, foi realizada assepsia com povidine, sondagem vesical,

toque vaginal, histerometria, dilatação do colo uterino com as velas de Hegar até a número 9. Foi introduzido o ressectoscópio, que permitiu a realização do procedimento proposto. O instrumental completo composto com o acoplamento do endoscópio de 4 mm (Hamou II), da fonte de luz, da microcâmera, do monitor de vídeo, do sistema de documentação, da unidade elétrica de alta frequência, do irrigador e do aspirador. A potência elétrica foi ajustada em uma combinação de corte a 100 watts e a coagulação, a 50 watts. Usamos como meio de distensão líquida a solução de manitol a 3% .

3.6. Variáveis e conceitos

Estabelecido um questionário através do qual se procurou as informações sobre as pacientes, com achado histeroscópicos e resultado histológico de pólipos endometriais. O questionário foi constituído da seguinte forma:

Nome- Nome completo da paciente.

Idade- Idade da paciente em anos completos.

Peso Corpóreo- Peso da paciente em kg.

Altura - Altura da paciente em metros.

IMC- Faixa de 20-25 (normal), faixa de 26 -30 (sobrepeso) e maior que 30 (obesa).

Padrão Menstrual- Duração do fluxo menstrual e intervalo entre os ciclos menstruais .

Gestações. Número de gestações

Doenças Crônicas e degenerativas- hipertensão arterial sistêmica e diabetes melittus II.

Hormonioterapia - Tipo de medicação, terapia hormonal e tamoxifeno.

Achado histeroscópico com avaliação do pólipó- Tamanho do pólipó em cm, localização do pólipó(cervical / endometrial), intra uterino localizado em parede uterina anterior, posterior, lateral direita, esquerda, cornual direita, esquerda.

Diagnóstico histológico - Biópsia com cureta de Novak/Pipelle, realizada por ocasião da histeroscopia diagnóstica.

Diagnóstico histológico da peça cirúrgica - Pólipó endometrial sem atipias ou com atipias, pólipó com adenocarcinoma ou outras alterações.

3.7. Critérios utilizados para o achado histeroscópico

Os critérios utilizados para identificação das imagens histeroscópica de pólipó cervical e endometrial foram descritas por Hamou, (1991) e Labastida, (1990) os quais expomos abaixo:

3.7.1. Macroscopia

Externamente são visualizadas como massas aveludadas ou lisas, vermelhas ou alaranjadas. São tumorações sésseis ou pediculadas e de formato ovóide ou alongado. O interior é sólido ou contendo cistos. Nascem no endométrio, projetam-se para a cavidade uterina, ulceram e sangram com facilidade. Volume e número são extremamente variáveis: desde mínimos, até preenchendo toda a cavidade uterina, únicos ou múltiplos. A maioria se encontra entre 2 e 4 cm no seu maior diâmetro (Figura 5).

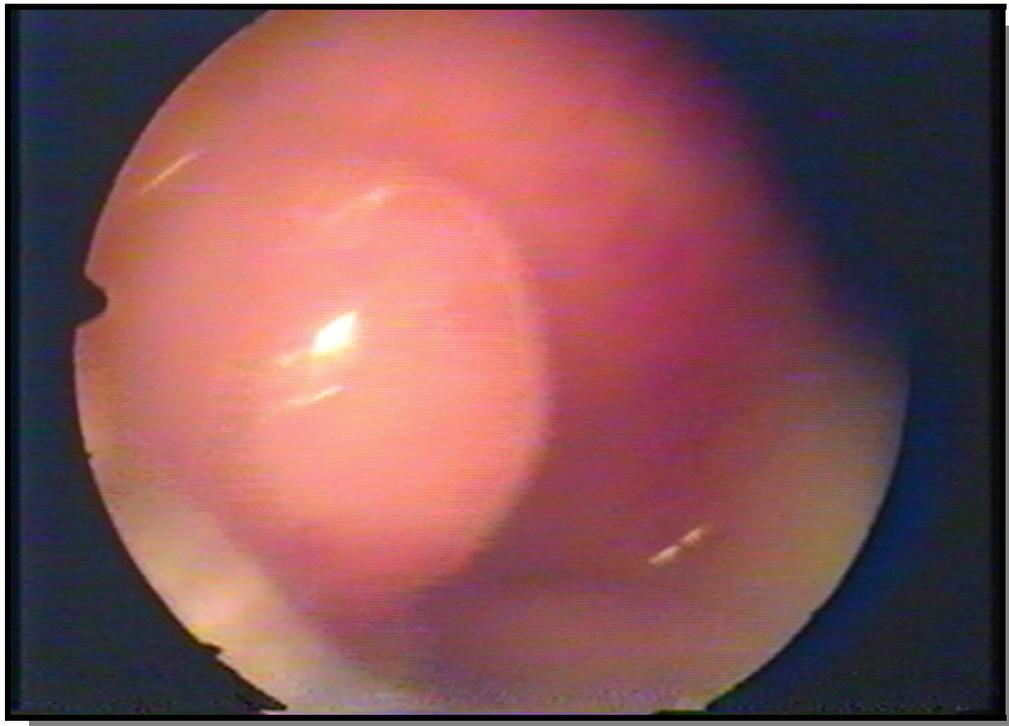


Figura 5 - Pólipo Endometrial.

3.7.2. Morfologia histeroscópica (Hamou-1991):

Pólipo mucoso – Iguais aos pseudopólipos, podem ser sésseis ou pediculados. São maiores que 1 cm e móveis. Possuem aparência similar ao endométrio circundante e eles são freqüentemente congestos. Podem ser únicos ou múltiplos (Figura 6).

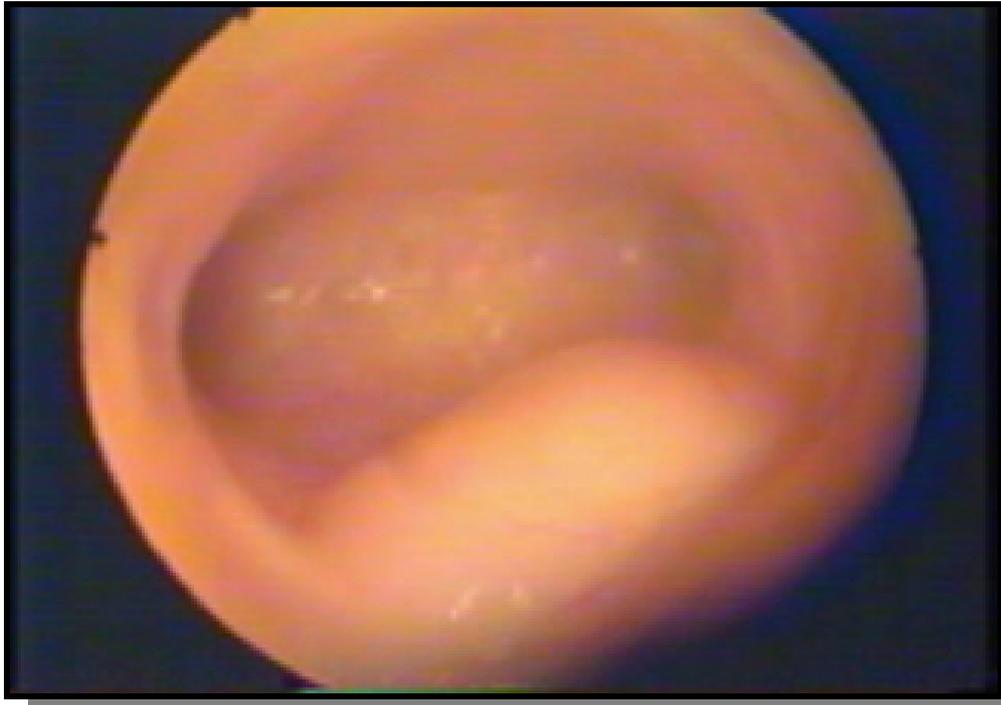


Figura 6 - Pólipo endometrial mucoso.

Pólipo fibroso – Usualmente pediculados, liso, móvel e têm dificuldade em deformar-se com a pressão da ponta do histeroscópio. Sua superfície, quando avaliada no aumento de 20x, é lisa, pobremente vascularizada e não se identifica orifícios glandulares (Figura 7).



Figura 7 - Pólipo endometrial fibroso.

3.8. Critérios utilizados para diagnóstico histológico.

O exame anatomo patológico foi caracterizado pela coleta de material pela biópsia orientada, ou pela polipectomia. As peças cirúrgicas foram colocadas em recipiente contendo formaldeído a 10% e encaminhadas ao laboratório de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP ou Hospital da Unimar Marília para o exame anatomo patológico. E após serem embebidos em parafina, foram realizados cortes histológicos e fixados com hematoxilina-eosina para análise. Morfologicamente os pólipos endometriais podem ser classificados em:

3.8.1. Pólipos hiperplásicos

São comuns, variando de alguns milímetros até atingir grandes dimensões. Às vezes, são diagnosticados somente na avaliação microscópica. Apresentam superfície irregular e proliferação epitelial com pseudoestratificação e atividade mitótica. O aspecto glandular se assemelha ao da hiperplasia sem atipias, simples ou mista, revelando eosinofilia e células ciliadas. Possuem quantidade moderada de estroma entre as glândulas, similar ao estroma do endométrio proliferativo. O endométrio periférico ao pólipo é, frequentemente, proliferativo ou atrófico, mas pode ser secretor e respondem ao estrógenos (Figura 8).



Figura 8 - Pólipo hiperplásico.

3.8.2. Pólipos Atróficos

Também chamados de pólipos inativos, são comuns em mulheres na pós-menopausa. Contêm glândulas atróficas alinhadas em epitélio glandular baixo sem atividade mitótica. As glândulas são dilatadas e de contornos circulares, estroma denso e fibrótico. Considerados, por alguns, pólipos hiperplásicos que não apresentam atividade proliferativa (figura 9).

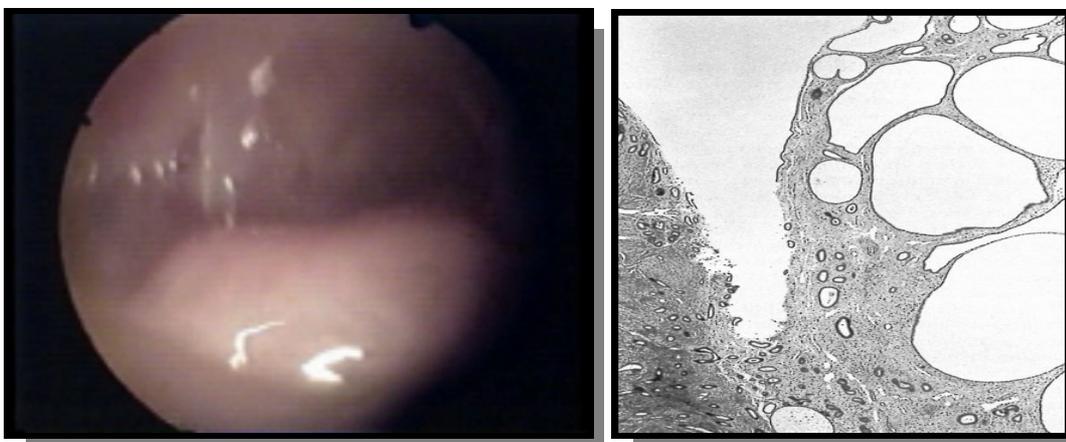


Figura 9 - Pólipo endometrial atrófico.

3.8.3. Pólipos Funcionais

Sensíveis a hormônios, mostram alterações proliferativas ou secretoras. Ocorrem na pré-menopausa e podem ser de difícil diagnóstico. Suas glândulas apresentam distribuições irregulares. Aparência polipóide e estroma denso com vasos de paredes grossas são características importantes para o diagnóstico. Quando secretores, têm glândulas, freqüentemente pouco desenvolvidas, contrastando com o endométrio adjacente (Figura 10).

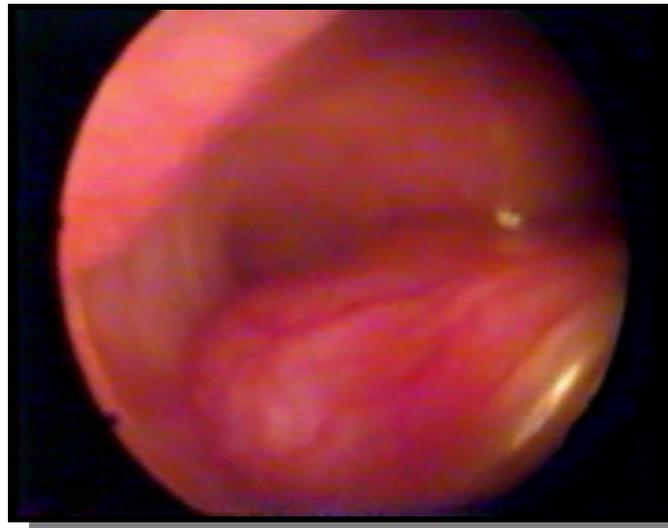


Figura 10 - Pólipo endometrial funcional.

3.8.4. Pólipos Endometriais Endocervicais (Mistos)

Alguns pólipos localizados na porção superior da endocérvice ou no segmento uterino inferior mostram desenvolvimento glandular com estroma semelhante ao encontrado neste último (Figura 11).

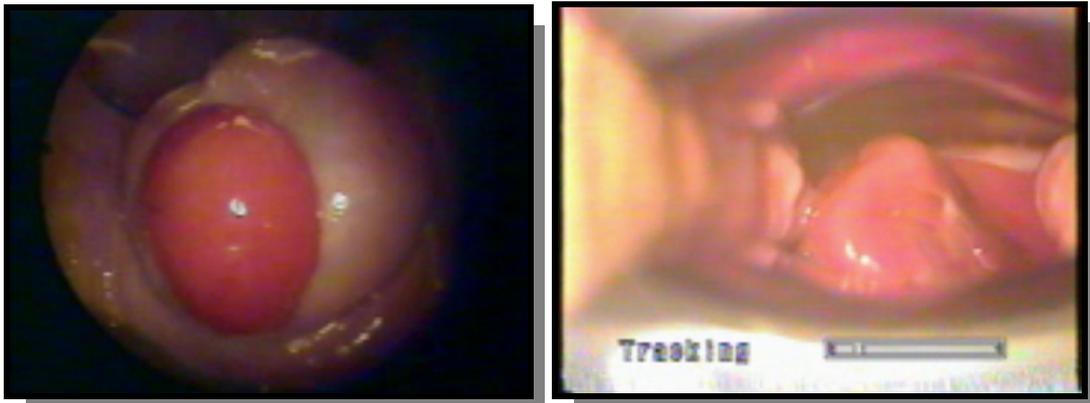


Figura 11 - Pólipos endometriais mistos.

3.8.5. Pólipos Adenomiomatosos

Possuem fibras e feixes irregulares de musculatura lisa no estroma, próximos aos vasos de paredes grossas. As glândulas são revestidas pelo estroma (Figura 12).

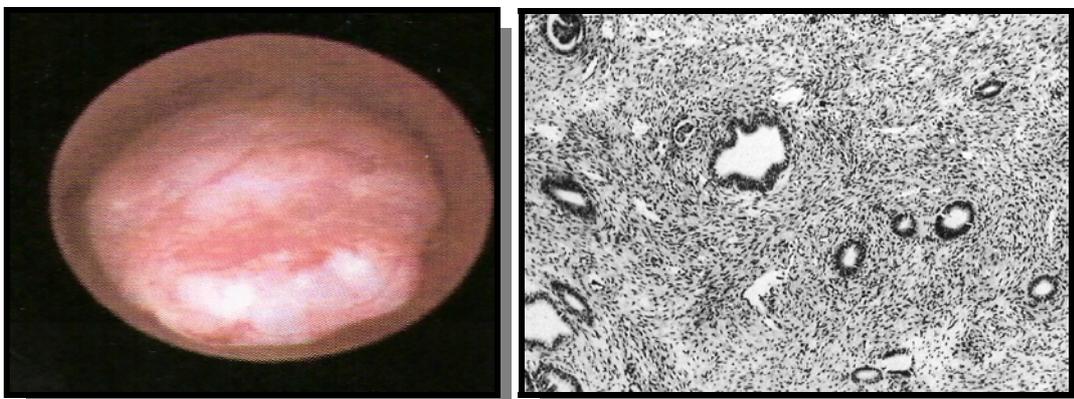


Figura 12 - Pólipo endometrial adenomiomatosos.

3.8.6. Adenomioma Polipóide Atípico

É um pólipó incomum, diferente dos demais, suas glândulas se alinham num epitélio atípico e estão circundadas por células musculares lisas. Exibem atipia nuclear, perda da polaridade e eosinofilia citoplasmática. O músculo liso é composto de pequenos fascículos entrelaçados. Ocorre na pré ou perimenopausa em mulheres com média de idade de 40 anos. É descrito na Síndrome de Turner sob hormonioterapia e no climatério sob reposição hormonal. Apesar da lesão histológica, não evidencia comportamento agressivo (Figura 13).

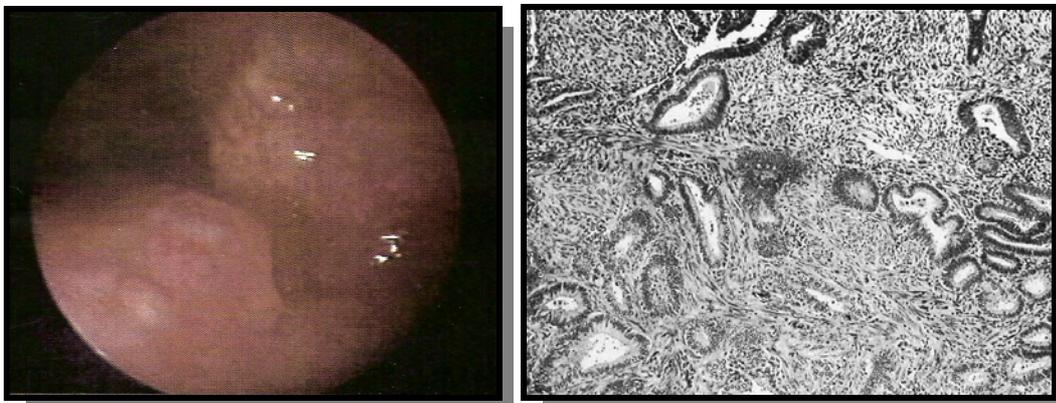


Figura 13 - Pólipó endometrial atípico.

3.8.7. Pseudopólipos

Pequenos (menor que 1 cm), sésseis, com estrutura idêntica ao endométrio circundante. Eles são identificados somente na fase secretora e desaparecem com a menstruação (Figura 14).

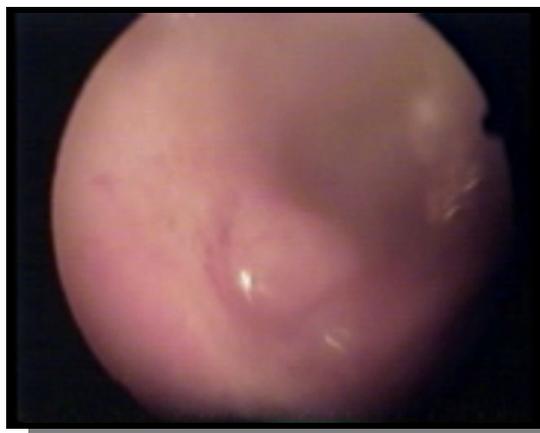


Figura 14 - Pseudopólipo.

3.8.8. Neoplasias malignas

Macroscopicamente são constituídas por massas exofílicas com relevo polipóide, branco acinzentado, friáveis e com áreas extremamente amolecidas. Os vasos superficiais, dilatados, sinuosos e com trajetos irregulares, com focos hemorrágicos e de necrose quase sempre contêm muco ou hemáceas na superfície (Figura 15).

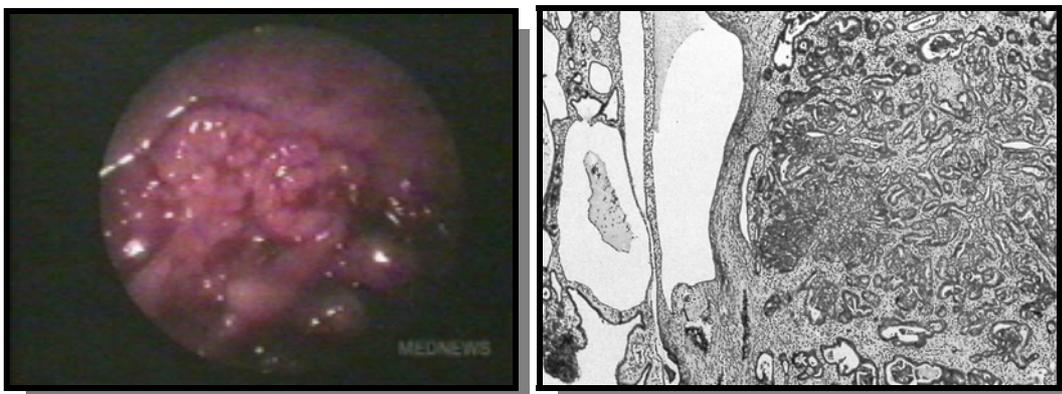


Figura 15 - Endométrio maligno e pólipo endometrial maligno.

3.9. Aspectos Éticos

O presente trabalho recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista – Campus de Botucatu. Sob o número OF.121/2005-CEP (Anexo 1).

3.10. Análise estatística

Com a finalidade de analisar os resultados, empregaram-se testes estatísticos paramétricos e não paramétricos, observando-se a natureza das variáveis estudadas.

Efetuaram-se os seguintes testes:

1) Compararam-se as variáveis numéricas como idade, peso corpóreo, altura, IMC, indicação da histeroscopia, raça, tabagismo, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II, sinais, localização do pólipó, biópsia com cureta de Novak/Pipelle, anátomo patológico peça cirúrgica, tempo de pós-menopausa, paridade e nos três grupos, por meio do teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes.

2) Realizou-se o teste de Dunn para comparações múltiplas entre grupos.

Adotou-se, em todos os testes, o valor de 0,05 ou 5% alfa (menor ou igual a 0,05) como valor de corte para rejeição da hipótese de nulidade, assinalando-se com um asterisco os valores significantes.



4. Resultados

4.1. Descrição da casuística

Foram avaliadas 208 pacientes no período de 2004 a 2005, que apresentaram diagnóstico de pólipos endometriais na vídeo histeroscopia. Estas foram divididas em 3 (três) grupos: Grupo I com 54 (26%) pacientes com queixa de esterilidade, Grupo II com 59 (28%) com queixa de sangramento uterino anormal e Grupo III com 95 (46%) eram assintomáticas que apresentaram ultrassom vaginal anormal (Gráfico 1).

Histeroscopia com Pólipo Uterino - n= 208

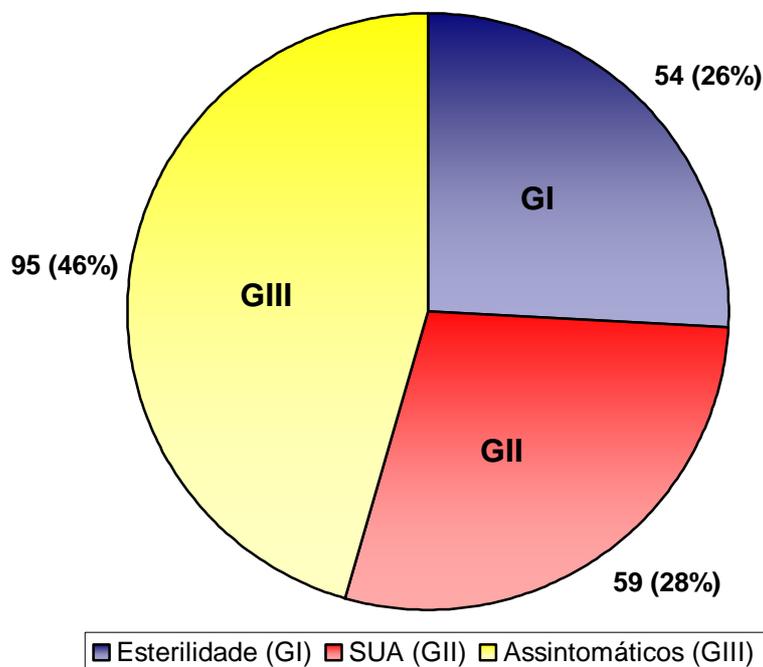


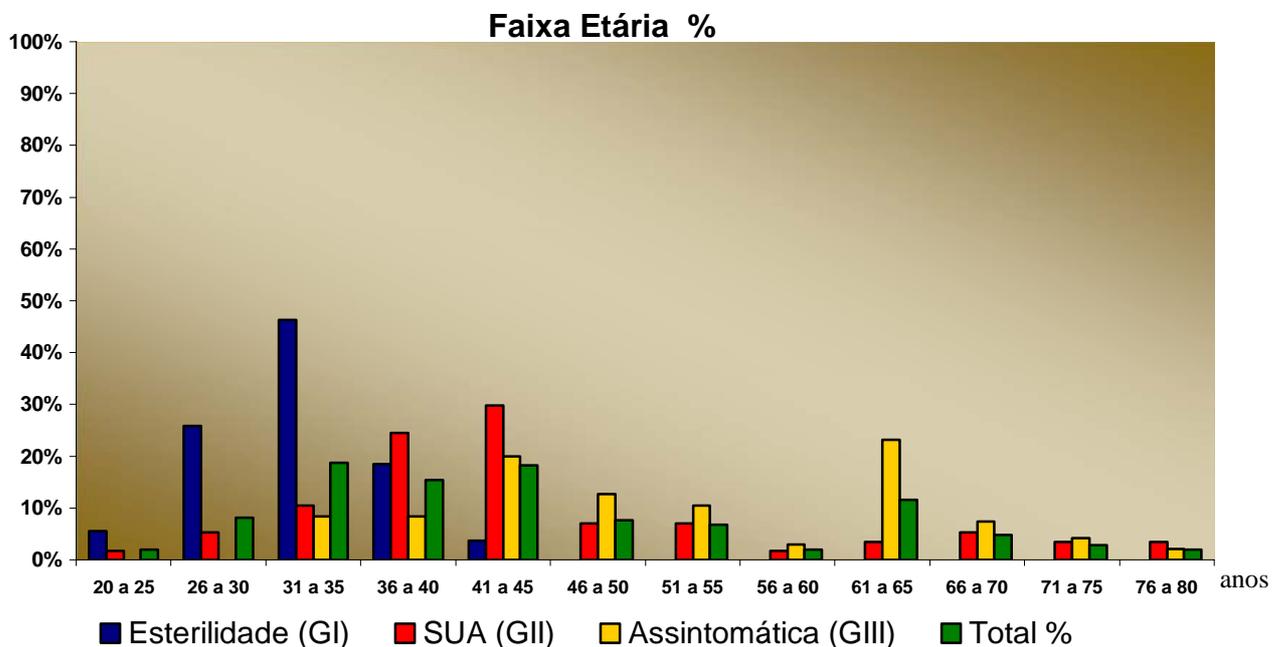
Gráfico 1 - Indicação da video histeroscopia.

4.4.1. Idade

A faixa etária do grupo I apresentou a idade mínima de 20 anos e máxima de 43 anos, a maior incidência ficou na faixa de 31-35 anos (46,29%), no grupo II apresentou a idade mínima de 20 anos e máxima de 80 anos, com maior incidência na faixa etária de 41 a 45 anos (29,82%) e no grupo III com a idade mínima de 33 anos e máxima de 78 anos e apresentou a maior incidência na faixa etária de 61-65 anos (23,15%). Os três grupos apresentaram a maior incidência na faixa de 31 a 45 anos (52,39%).

Tabela 1 - Distribuição das pacientes por faixa etária.

Idade	Esterilidade	SUA	Assintomáticas	Total
20 a 25	03(05,55%)	01(01,75%)	00(00,00%)	04(01,92%)
26 a 30	14(25,92%)	03(05,26%)	00(00,00%)	17(08,17%)
31 a 35	25(46,29%)	06(10,52%)	08(08,42%)	39(18,75%)
36 a 40	10(18,51%)	14(24,56%)	08(08,42%)	32(15,38%)
41 a 45	02(03,70%)	17(29,82%)	19(20,00%)	38(18,26%)
46 a 50	00	04(07,01%)	12(12,63%)	16(07,69%)
51 a 55	00	04(07,01%)	10(10,52%)	14(06,73%)
56 a 60	00	01(01,75%)	03(03,00%)	04(01,92%)
61 a 65	00	02(03,50%)	22(23,15%)	24(11,53%)
66 a 70	00	03(05,26%)	07(07,36%)	10(04,80%)
71 a 75	00	02(03,50%)	04(04,21%)	06(02,88%)
76 a 80	00	02(03,50%)	02(02,10%)	04(01,92%)

**Gráfico 2** - Distribuição das pacientes por faixa etária em (%)

4.4.2. Peso

O peso das pacientes nos três grupos I, II e III foi encontrado com maior incidência na faixa de 66 a 70 kg em 31,48%, 30,50% e 33,60%, respectivamente. No total, 32,20% das pacientes estavam nesta faixa de peso (Tabela 2 e Gráfico 3).

Tabela 2 - Distribuição das pacientes por peso (Kg)

Peso	Esterilidade	SUA	Assintomáticas	Total
50 a 55	02(03,70%)	02(03,38%)	04(04,21%)	08(03,84%)
56 a 60	09(16,66%)	07(11,80%)	10(10,54%)	26(12,50%)
61 a 65	14(25,92%)	14(23,70%)	21(22,10%)	49(23,50%)
66 a 70	17(31,48%)	18(30,50%)	32(33,60%)	67(32,20%)
71 a 75	10(18,51%)	14(23,70%)	21(22,10%)	45(21,60%)
76 a 80	01(01,85%)	02(03,38%)	04(04,20%)	07(03,36%)
81 a 85	01(01,85%)	02(03,38%)	03(04,20%)	06(02,88%)

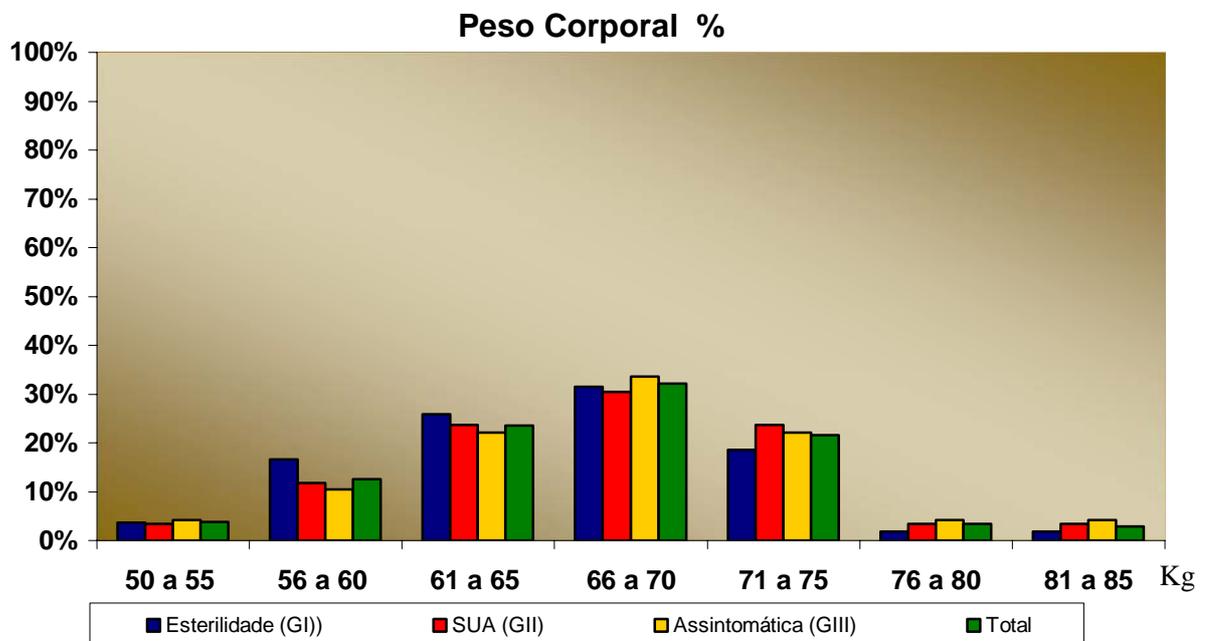


Gráfico 3 - Distribuição das pacientes por peso (kg)/Percentagem (%)

4.4.3. IMC

O IMC (peso/altura) no grupo I apresentou a maior incidência entre 20-25 (normal) em 50% das pacientes e no grupo II e III a maior incidência foi na faixa de 26-30(sobrepeso), sendo 49,15% e 43,15% respectivamente. No total a maior incidência foi na faixa de 26-30 (sobrepeso) em 45,67% das pacientes (Tabela 3 e Gráfico 4).

Tabela 3 - Distribuição das pacientes do IMC

IMC	Esterilidade	SUA	Assintomáticas	Total
20 a 25	27(50,00%)	28(47,45%)	37(38,94%)	92(44,23%)
26 a 30	25(46,29%)	29(49,15%)	41(43,15%)	95(45,67%)
31 a 35	02(03,70%)	03(05,84%)	13(13,68%)	18(08,65%)
36 a 40	00(00,00%)	00(00,00%)	03(04,20%)	03(01,44%)

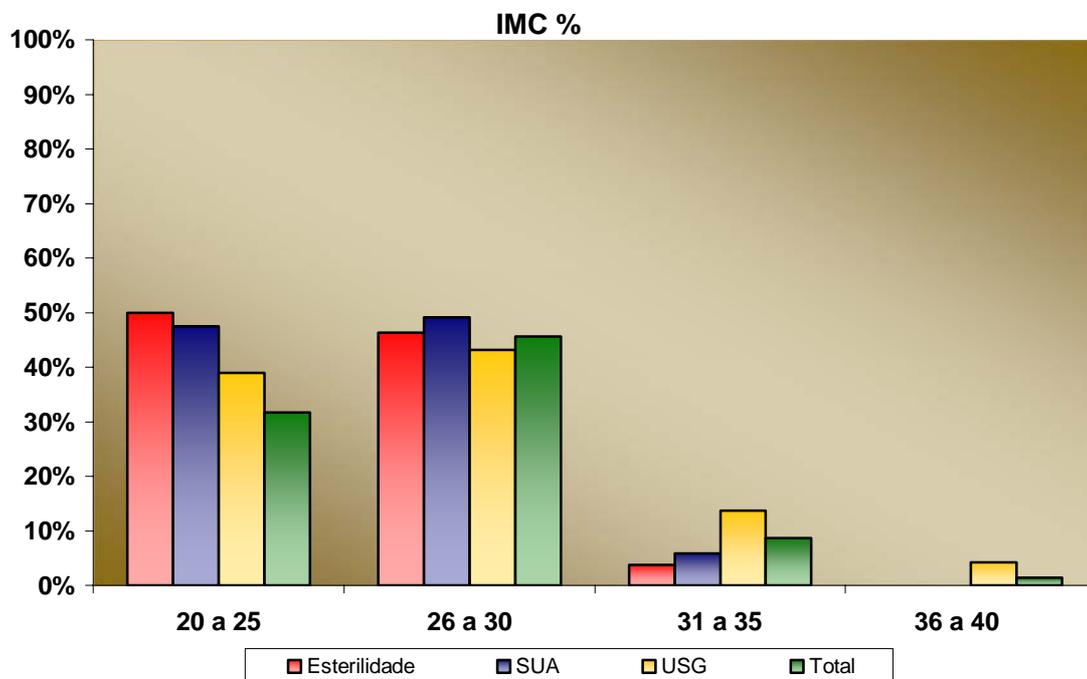


Gráfico 4 - Distribuição das pacientes por IMC em %

4.4.4. Raça

A incidência da raça branca nos três grupos I, II e III foi semelhante, 88,88%, 88,19% e 83,15%, respectivamente e a incidência total da raça branca nos três grupos foi de 86,05% (Tabela 4 e Gráfico 5).

Tabela 4 - Distribuição das pacientes por raça

Raça	Esterilidade	SUA	Assintomáticas	Total
Branca	48(88,88%)	52(88,19%)	79(83,15%)	179(86,05%)
Amarela	03(05,55%)	04(06,77%)	07(07,36%)	14(06,73%)
Parda	03(05,55%)	02(03,38%)	09(09,47%)	14(07,00%)
Negra	00(00,00%)	01(01,69%)	00(00,00%)	01(0,48%)

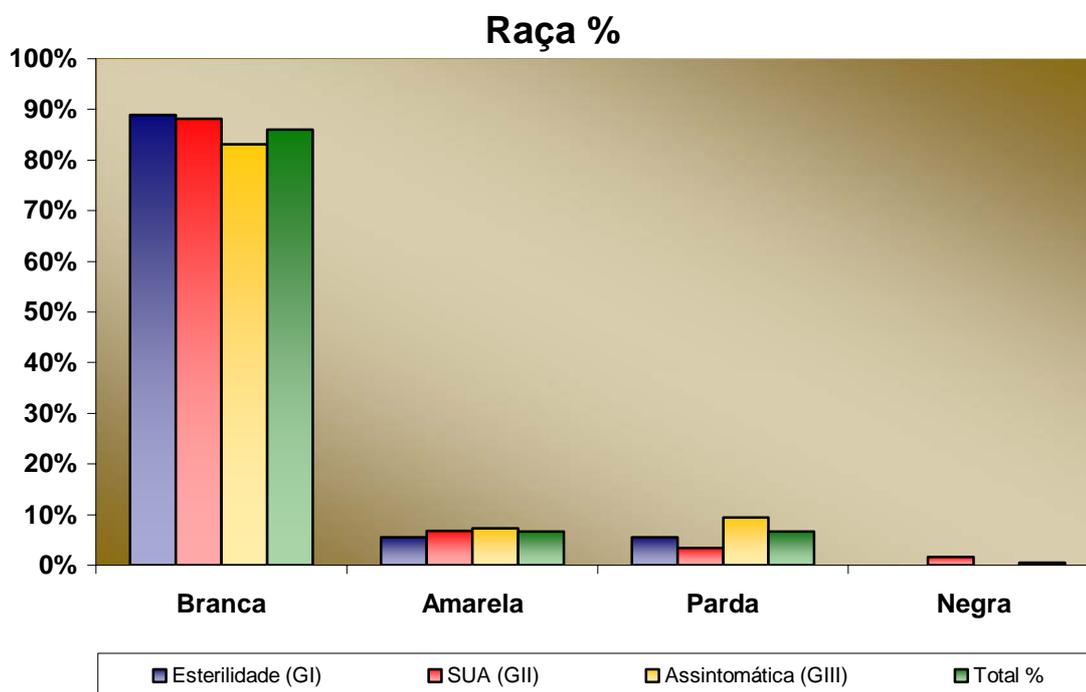


Gráfico 5 – Distribuição das pacientes por raça (%)

4.4.5. Tabagismo

As pacientes não fumantes foram semelhantes nos três grupos I,II,III foi de 98.10%, 91,52% e 93,68% respectivamente e a incidência total foi de 94,23% (Tabela 5 e Gráfico 6).

Tabela 5 - Distribuição de pacientes por tabagismo

Tabagismo	Esterilidade	SUA	Assintomáticas	Total
Não	53(98,10%)	54(91,52%)	89(93,68%)	196(94,23%)
Sim	01(01,85%)	05(08,45%)	06(06,63%)	12(05,76%)

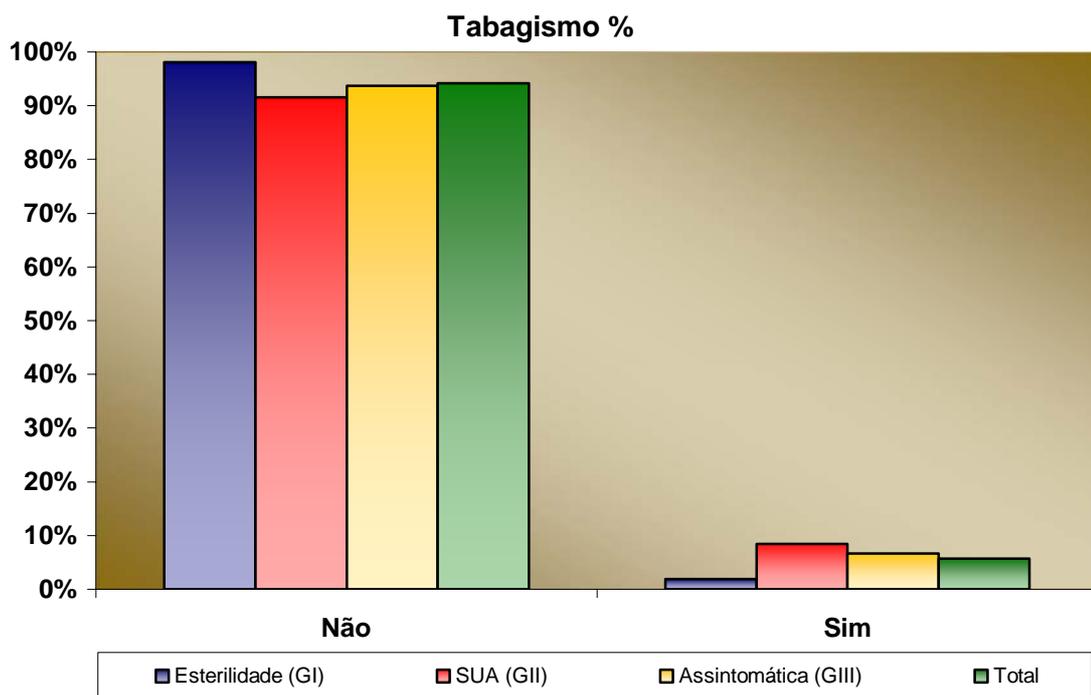


Gráfico 6 - Distribuição de pacientes por tabagismo(%)

4.4.6. Doenças

A hipertensão arterial sistêmica foi a principal doença encontrada nas pacientes do grupo I, II e III, sendo 1,85%, 10,16% e 18,94% respectivamente; com uma incidência total de 12,01% e a diabetes mellitus tipo II, apresentou a incidência de 2,88% (Tabela 6 e Gráfico 7).

Tabela 6 - Distribuição de pacientes por doenças

Doenças	Esterilidade	SUA	Assintomáticas	Total
HAS	01(01,85%)	06(10,16%)	18(18,94%)	25(12,01%)
DM	00	02(03,38%)	04(04,20%)	06(02,88%)
HAS eDM	00	01(01,68%)	03(03,15%)	04(01,92%)

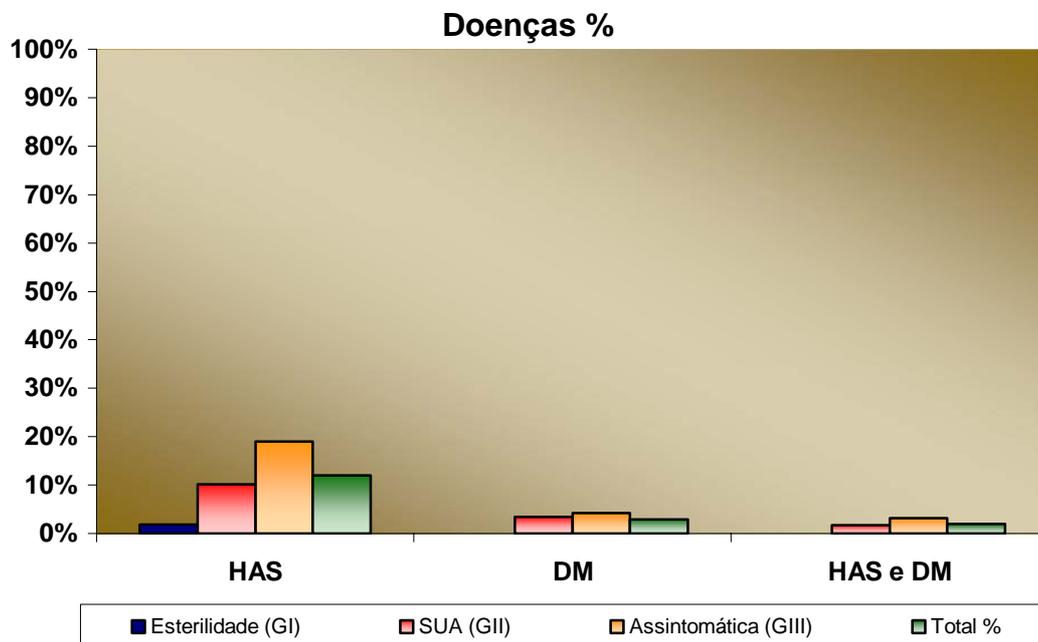


Gráfico 7 - Distribuição de pacientes por doenças (%)

4.4.7. Gestações

O número de gestações nas pacientes do grupo I com Gestação 0(G0) foi de 77,77%, sendo que nas pacientes do grupo II e III foi encontrado 52,24% e 56,84% com 2 gestações (G2), respectivamente. Portanto no total, a incidência nos três grupos foi de 42,30% com 2 gestações (G2) (Tabela 7 e Gráfico 8).

Tabela 7 - Distribuição de pacientes por número de gestações

Gestações	Infertilidade	SUA	Assintomáticas	Total
G0	42(77,77%)	04(06,77%)	03(03,15%)	49(23,55%)
G1	08(14,82%)	09(15,25%)	06(06,31%)	23(11,05%)
G2	03(05,55%)	31(52,24%)	54(56,84%)	88(42,30%)
G3	01(01,85%)	12(23,74%)	29(30,52%)	42(20,19%)
G4	00	00	04(03,15%)	04(01,92%)

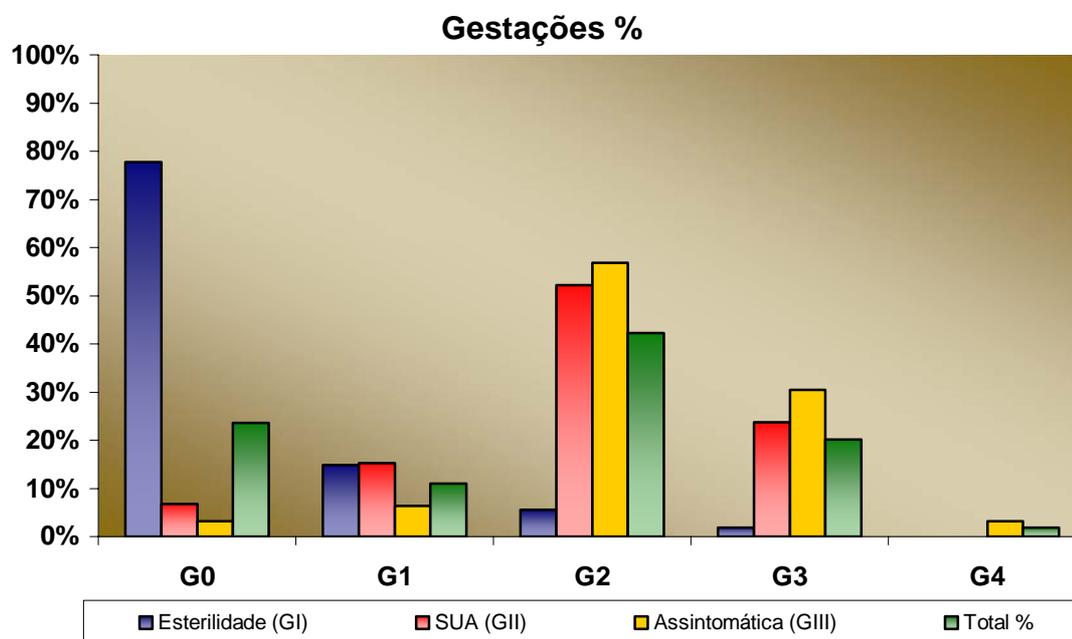


Gráfico 8 - Distribuição de pacientes por número de gestações (%)

4.4.8. Tempo de Amenorréia

As pacientes no grupo II com 1 a 5 anos de amenorréia foram 13,55%, grupo III, 15,78% estavam com mais de 11 anos de amenorréia e no total a incidência nos grupos II ,III foi de 16,82%, com amenorréia acima de 11 anos (Tabela 8 e Gráfico 9).

Tabela 8 - Distribuição de pacientes por tempo de amenorréia

Amenorréia	SUA	Assintomáticas	Total
01 a 05	08(13,55%)	04(04,21%)	12(05,76%)
06 a 10	03(05,08%)	14(14,73%)	17(08,17%)
> que 11	07(11,86%)	28(15,78%)	35(16,82%)

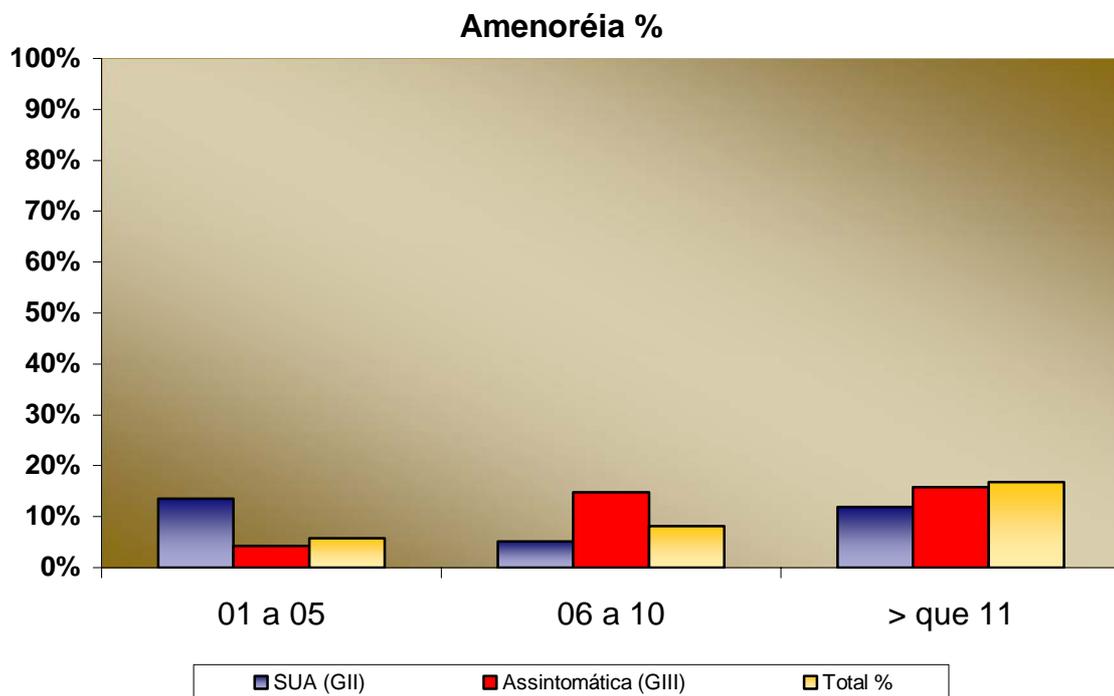


Gráfico 9 - Distribuição de pacientes por tempo de amenorréia(%)

4.4.9. Uso de Medicamentos como terapia hormonal e Tamoxifeno

No grupo II, as pacientes com uso de terapia hormonal foram 5,08% e no grupo III, foram 4,21%. No total dos dois grupos, 4,54% usavam terapia hormonal. No grupo II, as pacientes com uso de tamoxifeno foram 1,69% e no grupo III foram 4,21%. No total 3,24% das pacientes usavam tamoxifeno (Tabela 9 e Gráfico 10).

Tabela 9 - Distribuição de pacientes por uso de medicamentos

Medicamentos	SUA	Assintomáticas	Total
TRH	03(05,08%)	04(04,21%)	07(04,54%)
Tamoxifeno	01(01,69%)	04(04,21%)	05(03,24%)

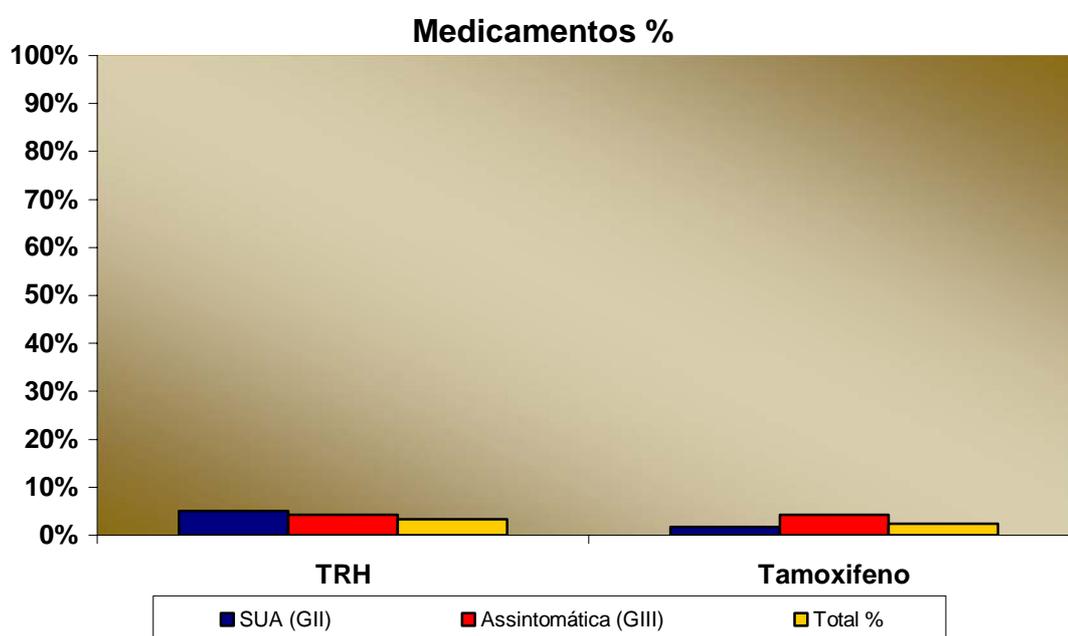


Gráfico 10 - Distribuição de pacientes por uso de medicamentos(%)

4.4.10. Associação de pólipos cervical e pólipos endometrial

Ocorreu associação de pólipos cervicais e endometriais em 40% das pacientes do grupo I, em 41,66% no grupo II e 36,11% no grupo III.

No total, em 34,73% das pacientes ocorreu associação entre pólipos cervical e pólipos endometrial (Tabela 10 e Gráfico 11).

Tabela 10 - Associação entre pólipos cervical e endometrial

Localização	Esterilidade	SUA	Assintomáticas	Total
Associação C/E	40,00%	41,66%	36,11%	34,73%

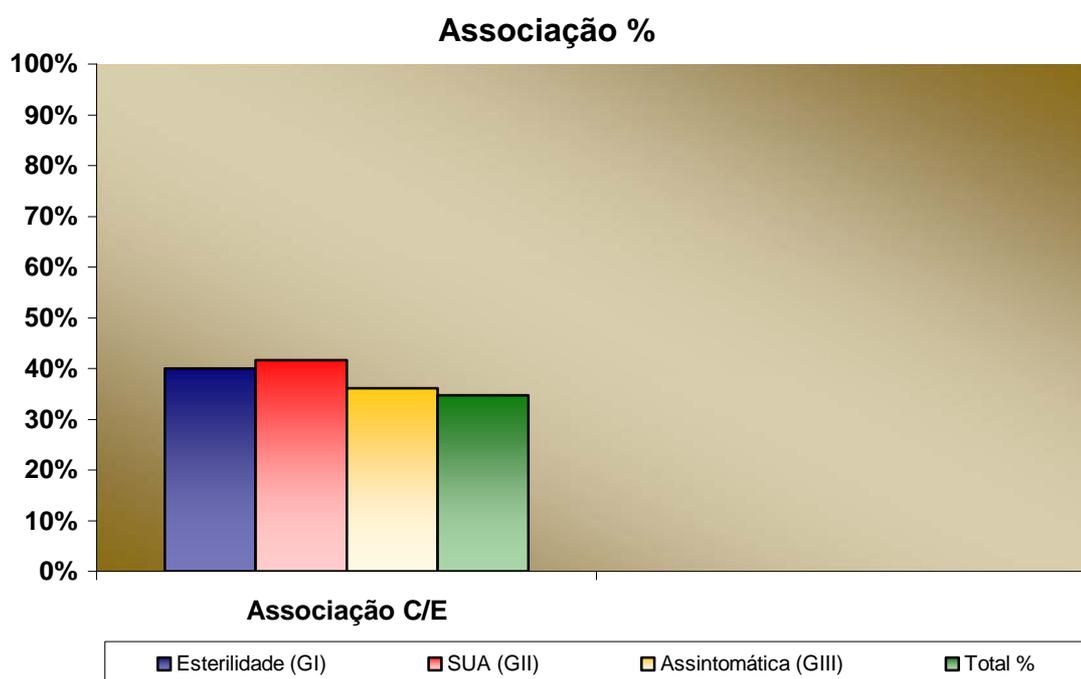


Gráfico 11 - Associação entre pólipos cervical e endometrial(%)

4.4.11. Localização

Os pólipos endometriais estão localizados na parede posterior em 33,33% nas pacientes do grupo I. Nas pacientes do grupo II e III, na parede anterior foram encontrados pólipos endometriais em 45,76% e 43,15%, respectivamente. No total, 39,90% das pacientes apresentavam pólipos endometriais localizados na parede anterior (Tabela 11 e Gráfico 12).

Tabela 11 - Distribuição de pacientes pela localização do pólio

Posição	Esterilidade	SUA	Assintomática	Total
Anterior	15(27,77%)	27(45,76%)	41(43,15%)	83(39,90%)
Posterior	18(33,33%)	18(30,50%)	30(31,57%)	66(31,73%)
PLD	13(24,00%)	06(10,16%)	07(07,36%)	26(12,50%)
PLE	01(01,85%)	07(11,86%)	07(07,36%)	15(07,21%)
CD	05(09,25%)	00	01(01,05%)	06(02,88%)
CE	02(03,70%)	00	02(02,10%)	04(01,92%)
Fúndico	00	01(01,72%)	07(07,36%)	08(03,84%)

PLD - Parede lateral direita, PLE - Parede lateral esquerda, CD - Cornual direita, CE - Cornual Esquerda

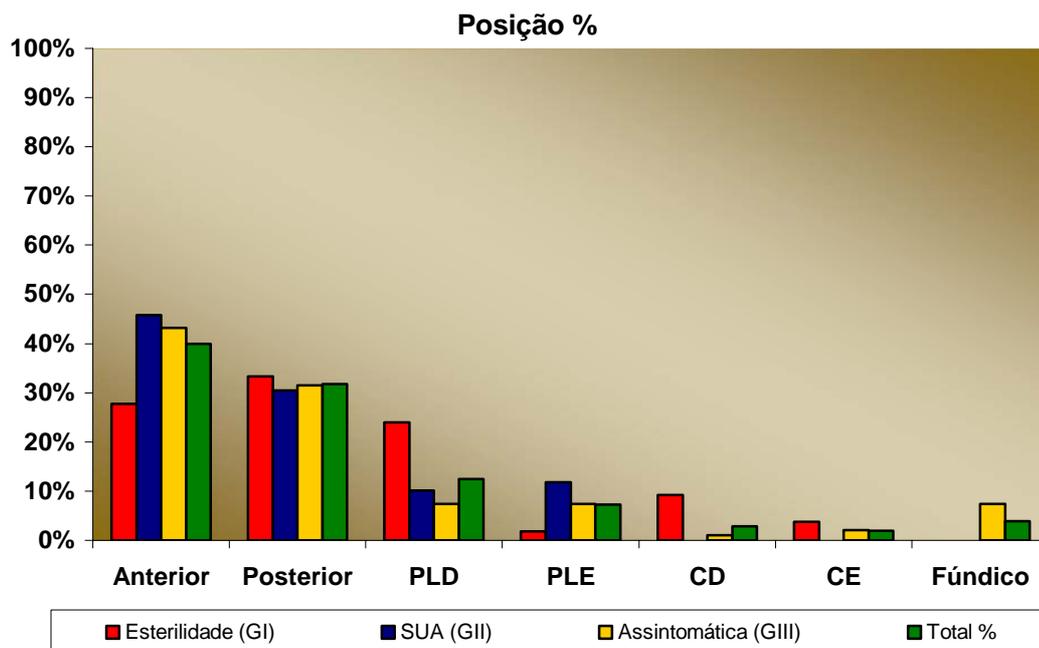


Gráfico 12 - Distribuição de pacientes pela localização do pólio.

4.4.12. Sinal

O principal sinal encontrado nas pacientes do grupo II, foi a metrorragia (47,45%), seguido pela hipermenorragia (23,74%) (Tabela 12 e Gráfico 13).

Tabela 12 - distribuição de pacientes pelo tipo de sangramento uterino

Sinais	SUA
Metrorragia	28(47,45%)
Hipermenorréia	12(20,33%)
Hipermenorragia	14(23,74%)
Menorragia	05(08,47%)

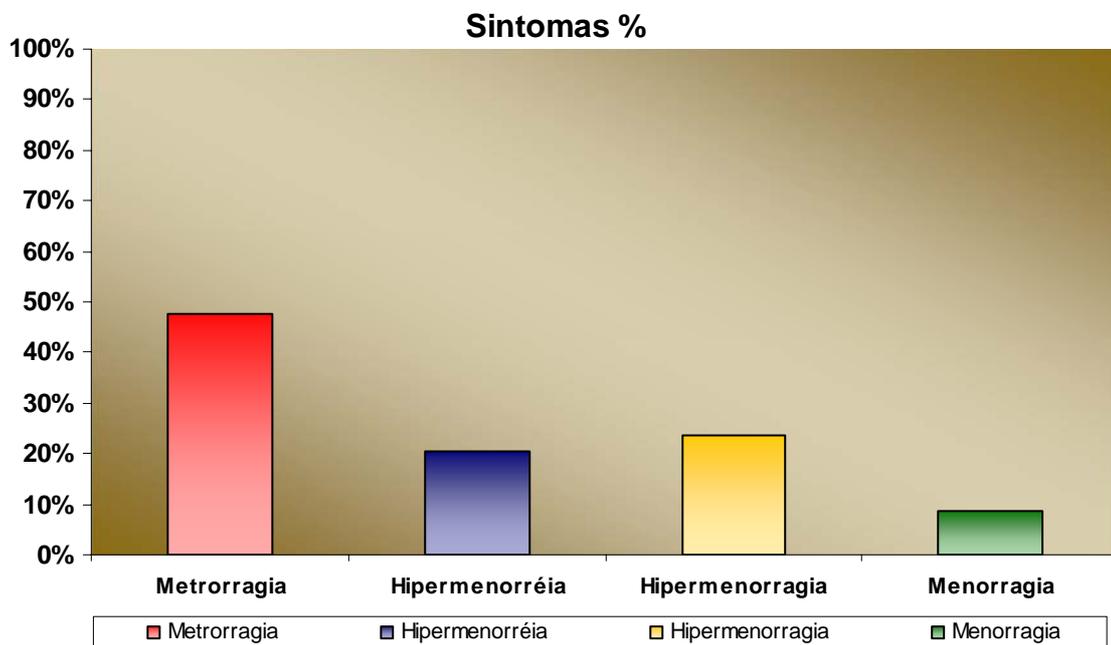


Gráfico 13 - Distribuição de pacientes pelo tipo de sangramento uterino

4.4.13. Biópsia

O resultado da biópsia encontrou-se os seguintes valores: 6 (11,11%) pólipos endometriais benignos para o grupo I, 6 (10,16%) para o grupo II e 15(15,78%) para o grupo III. No total, foram encontrados 12,98 % de pólipos endometriais benignos (Tabela 13 e Gráfico 14).

Tabela 13 – Distribuição de pacientes pelo resultado da biópsia

Biópsia	Esterilidade	SUA	Assintomáticas	Total
Pól. Benigno	06(11,11%)	06(10,16%)	15(15,78%)	27(12,98%)
Pól. C/ Atípias	00	00	00	00
Pól. C/ Adenoc.	00	00	00	00
Hiperplasia	01(01,85%)	02(03,38%)	02(02,10%)	05(02,40%)
Adenoc. Endom.	00	02(03,38%)	00	02(00,96%)
Material Insuf.	04(07,40%)	02(03,38%)	05(05,62%)	11(05,28%)
Outros	43(79,62%)	47(79,66%)	73(76,84%)	163(78,36%)

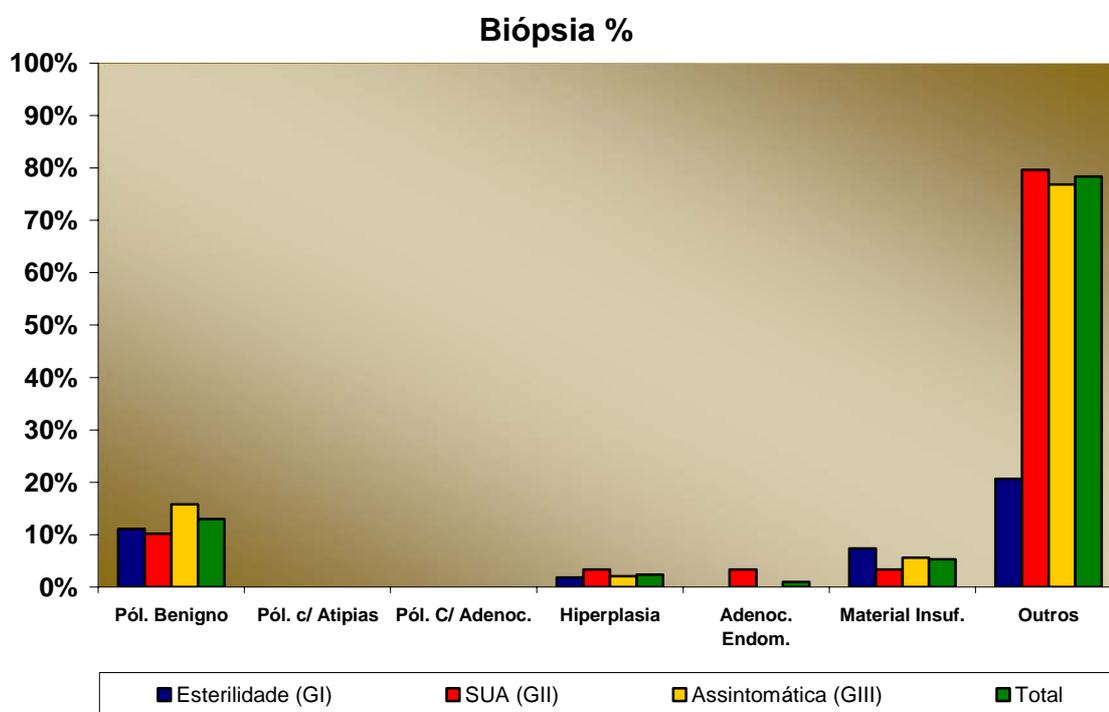


Gráfico 14 - Distribuição de pacientes pelo resultado da biópsia (%)

4.4.14. Anátomo Patológico

No anátomo patológico foram encontrados pólipos endometriais benignos nas pacientes do grupo I em 96,29%, no grupo II em 88,13% e no grupo III em 90,05%. No total, a incidência de pólipos endometriais benignos nos três grupos foi de 91,34%.

Foram encontrados pólipos endometriais com atipias em 1,85%, 5,08% e 6,31%, respectivamente nas pacientes do grupo I, II e III. No total 4,80% das pacientes apresentavam pólipos endometriais com atipia.

Foi encontrado pólipos endometriais com adenocarcinoma em 5,08% e 1,05% nas pacientes do grupo II e III, respectivamente e no total, a incidência foi de 1,92%.

A incidência de pólipos endometriais encontrados nas pacientes do grupo I, II e III, foi de 98,14%, 98,30% e 97,41%, respectivamente. No total, 98,07% das pacientes apresentaram pólipos endometrial (Tabela 14 e Gráfico 15).

Tabela 14 – Distribuição de pacientes pelo resultado do anátomo patológico

Anátomo	Esterilidade	SUA	Assintomáticas	Total
Pólipo Benigno	52(96,29%)	52(88,13%)	86(90,05%)	190(91,34%)
Pólipo c/ Atipia.	01(01,85%)	03(05,08%)	06(06,31%)	10(04,80%)
Polipo c/Adenoc.	00	03(0,508%)	01(01,05%)	04(01,92%)
Hiperplasia	01(01,85%)	02(03,38%)	02(02,10%)	05(02,40%)
Total Pólipo	53(98,14%)	58(98,30%)	93(97,41%)	204(98,07%)

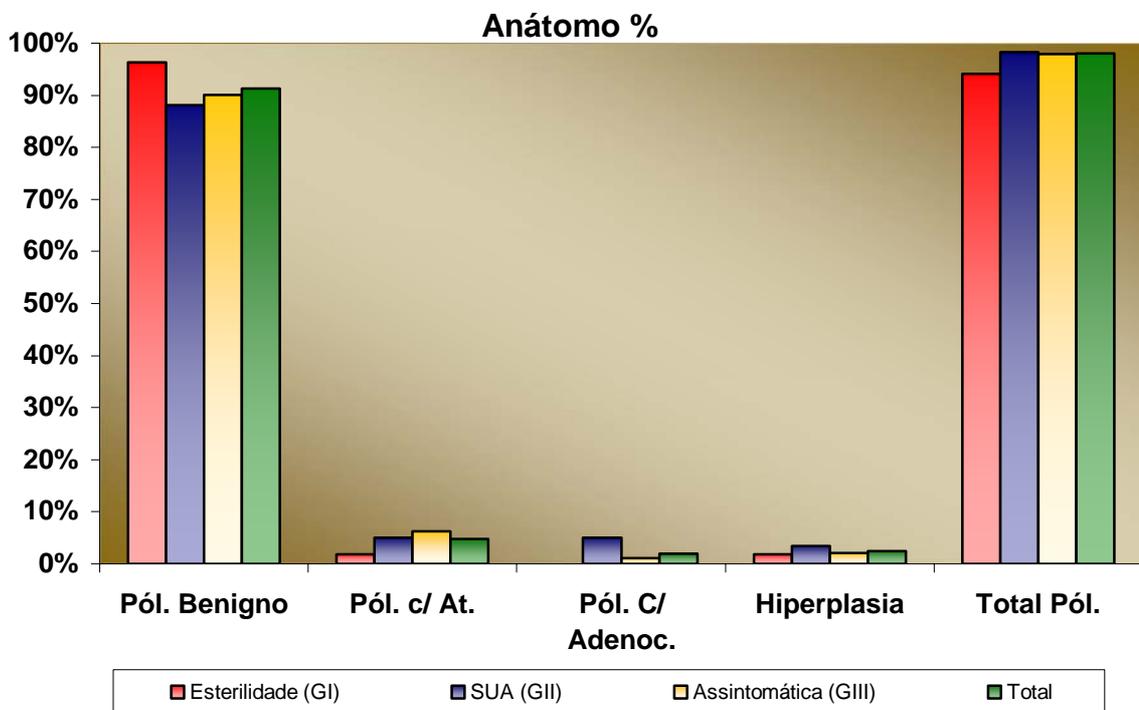


Gráfico15 - Distribuição de pacientes pelo resultado do anátomo patológico(%)

4.4.15. Esterilidade 1ª e 2ª

As pacientes com história de esterilidade primária e com pólipos endometriais foi de 42/54 (77,77%) e esterilidade secundária foi 12/54(33,33%) (Tabela 15 e Gráfico 16).

Tabela 15 - Esterilidade 1ª e 2ª

Esterilidade	Pólipo
Primária	42(77,77%)
Secundária	12(33,33%)

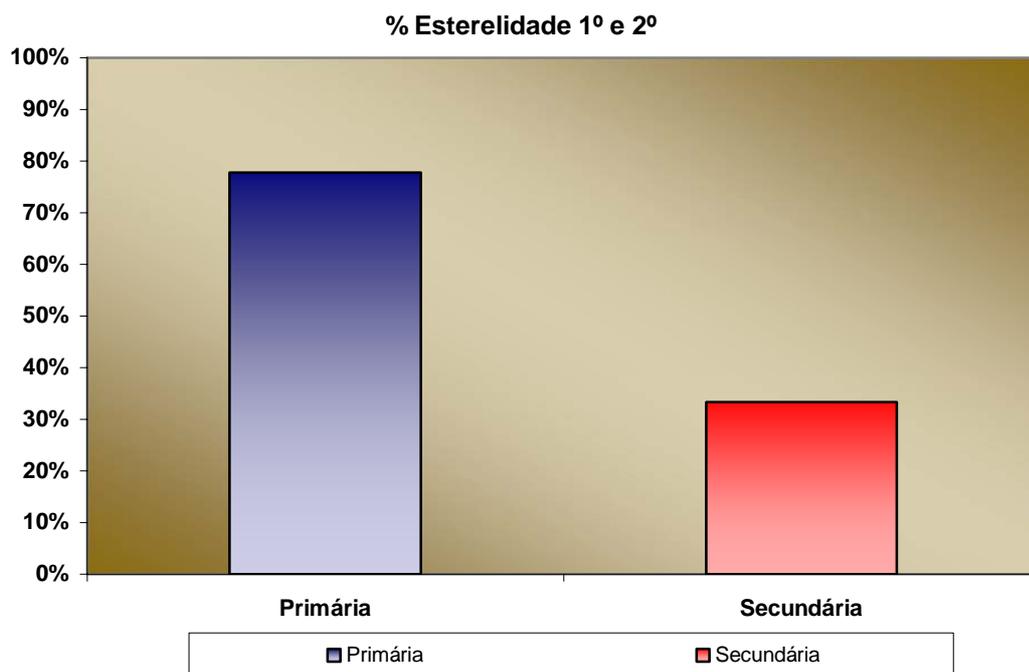


Gráfico 16 – Distribuição das pacientes pelo tipo de esterilidade

4.4.16. Gravidez após polipectomia

Das 54 pacientes com esterilidade (Grupo I), após polipectomia, 17(31,48%) apresentaram gravidez no primeiro ano.

4.4.17. Resultados da ultrasonografia

Nas pacientes do grupo I, 13 (24%) apresentaram ultrassom normal.

Nas pacientes do Grupo II, 10 (17%) pacientes apresentaram ultrassom com endométrio espesso .

Nas pacientes do grupo III, 30 (31,5%) apresentaram ultrassom com endométrio espesso.



5. Discussão

5.1. Considerações Gerais

Observa-se um grande número de afecções ginecológicas enigmáticas e mal compreendidas por mais de duas décadas e que permanecem nos tempos atuais ainda polêmicas. O pólipó endometrial é uma delas. Inicialmente, considerado como uma afecção benigna, entretanto, apresenta alguns aspectos controversos. Quando a paciente apresenta o diagnóstico de pólipó endometrial existe dúvida quanto a sua terapêutica: deve-se extirpá-lo ou fazer simples acompanhamento?

Esta situação atual, despertou nosso interesse em desenvolver o presente estudo. Nosso objetivo foi avaliar os pólipos endometriais encontrados em pacientes com queixa de esterilidade, de sangramento uterino anormal e em pacientes, assintomáticas.

O pólipó endometrial em várias situações, principalmente na pós-menopausa sempre foi motivo de grande preocupação entre os profissionais médicos, pois, apesar de, freqüentemente diagnosticado, a conduta ainda não está bem definida. Alguns defendem a idéia de que todos os pólipos endometriais deveriam ser excisados, porém outros, sugerem que só devem ser retirados aqueles que forem sintomáticos, como por exemplo os que causam de sangramento genital na pós-menopausa.

Em situações onde o exame histeroscópico mostra aumento da espessura endometrial, maior vascularização, presença de imagem ciliada ou dilatações císticas e formações polipóides, sugerindo a presença de importante alteração na arquitetura da cavidade, recomenda-se a biópsia endometrial (orientada/dirigida).

Observa-se na literatura especializada um verdadeiro vácuo acerca desta questão e, sendo o pólipó endometrial um achado comum e constituindo-se na indicação mais freqüente para a realização

da cirurgia histeroscópica, surgiu uma preocupação nestes últimos anos, quanto ao atendimento de pacientes com diagnóstico de pólipos endometrial, principalmente as assintomáticas. Procura-se uma resposta sobre quais seriam os pólipos com maior potencial de malignidade e obrigatoriedade de ressecção cirúrgica.

Diante destes fatos, centramos nosso estudo na comparação direta com grupos formados e definidos, compostos pelas pacientes com pólipos endometriais, diagnosticados pela vídeo histeroscopia e confirmados pelo anátomo patológico após exérese pela vídeo histeroscopia cirúrgica.

Todas as pacientes realizaram a ultrassonografia transvaginal previamente, sendo esta, praticamente, isenta de contra-indicações, a não ser em caso de recusa da paciente ao exame.

A histeroscopia diagnóstica, seguida de biópsia dirigida ou orientada, teve como contra-indicações as mesmas preconizadas pela literatura, que corresponderam ao sangramento uterino intenso, infecção genital, suspeita de gestação e perfuração uterina recente (Loffer, 1995).

O exame histeroscópico apresenta vantagens sobre os métodos clássicos pois, demanda pouco tempo e oferece informações precisas, superiores aos métodos indiretos como a histerosalpingografia e a curetagem uterina, devido ao fato de ser possível visualizar diretamente, as estruturas, biopsiá-las e também, documentar os achados para posterior estudo e discussão. Além de afastar ou confirmar a presença de lesões intracavitárias, por ser uma técnica direta, está apta a diagnosticar lesões ou alterações intra-uterinas as quais, sem o recurso da observação direta, ficariam apenas na hipótese diagnóstica, muitas vezes corretas, mas que poderiam não se confirmar sob exploração tradicional, com evidente prejuízo para o tratamento (Siegler, 1995).

Dados da literatura relataram que a histeroscopia apresenta uma sensibilidade de 97%, especificidade de 88% (Karlsson et al., 1994).

A ultrassonografia trans-vaginal é considerada atualmente, pela maioria dos autores, obrigatória em todo exame pélvico. Acrescentou-se a ela o emprego do efeito Doppler, para o estudo do fluxo sanguíneo nos vasos. Sua inocuidade, versatilidade, economia, reprodutibilidade, assim como sua acessibilidade na prática ginecológica, tem sido de extraordinário valor propedêutico, ajudando sobremaneira, o diagnóstico definitivo (Cohen et al., 1991).

Dijkhuizen et al., (1996) relataram que, para detecção de lesões endometriais, na pré-menopausa, utilizando como valor de corte o EE de 5 mm, houve sensibilidade de 88% e especificidade de 68%. Na pós-menopausa, utilizando como valor de corte o EE de 3 mm, houve sensibilidade de 97% e especificidade de 74%.

A administração de um antiinflamatório não hormonal, prévio ao exame, tem sido preconizada pela literatura com o intuito de amenizar o desconforto doloroso (Vigada & Malanetto, 1995). Somos concorde com este tipo de conduta e portanto, temos utilizado em nosso serviço.

O pinçamento do colo do útero, não tem sido realizado de maneira sistemática, sendo este recurso usado somente, nos casos excepcionais.

Atualmente, a quase totalidade dos problemas encontrados pelos antigos histeroscopistas pertencem ao passado.

É um procedimento rápido, seguro, eficaz, praticamente indolor, a maioria dispensa anestesia (Cicinelle et al., 2003).

5.2. Discussão dos resultados

Foram analisados um total de 208 prontuários de pacientes com diagnóstico de pólipos endometriais observados pela vídeo histeroscopia, sendo que, 26% das pacientes apresentavam queixa de esterilidade, 28% das pacientes queixa de sangramento uterino anormal e 46% das pacientes foram assintomáticas. As pacientes assintomáticas apresentavam na ultrasonografia vaginal a hipótese diagnóstica de imagem patológica intra uterina (Maia et al., 1999; Ben Arie et al., 2004).

A literatura nos mostra que as indicações da histeroscopia concentram-se em sangramento uterino anormal na pré e pós-menopausa e em casos de esterilidade (infertilidade). Achados de pólipos nas ultrasonografias vaginais de pacientes assintomáticas são relativamente comuns. Van Bogaert (1988), relatou que as pacientes assintomáticas apresentavam pólipos endometriais em 75% dos casos e que, pacientes com pólipos endometriais apresentavam como queixa o sangramento uterino anormal em 24% dos casos; Ben Arie et al. (2004) encontrou pólipos endometriais em 54,9% das pacientes assintomáticas e sangramento uterino anormal em 45,1%.

Maia et al. (1999), relatam que as pacientes com pólipos endometriais são assintomáticas em até 80% dos casos, principalmente na pós menopausa e podem ter como único achado ocasional um espessamento endometrial, geralmente focal, à ultrasonografia transvaginal e quando sintomático, a manifestação clínica mais comum é o sangramento uterino anormal e no período reprodutivo é a presença da infertilidade.

Pelo exposto observamos que os resultados por nós obtidos estão de acordo com a literatura.

A *faixa etária* no nosso trabalho variou de 22 a 78 anos demonstrando, desta forma, uma ampla variação da amostragem estudada dentro do ciclo reprodutivo e não reprodutivo da mulher. No grupo I (esterilidade), 72,21% das pacientes ficaram na faixa etária entre 26 a 35 anos, enquanto Shokeir et al. (2004), encontraram a idade média de 26,4 anos e Reslova et al. (1999) encontraram a idade entre 29 a 37 anos.

Nas pacientes do grupo II (sangramento uterino anormal), 36,83% ficaram na faixa etária entre 41 a 50 anos e 23,15% ficaram na faixa etária entre 61 a 65 anos. A literatura nos mostra que a faixa etária varia de 41 a 50 anos em cerca de 61% das pacientes (Reslovà et al.,1999).

Nas pacientes do grupo III (assintomáticas), 46,15% ficaram na faixa etária entre 41 a 60 anos, enquanto Van Bogaert et al. (1988), encontraram pacientes assintomáticas com pólipos endometriais na faixa etária entre 40 a 59 anos em cerca de 40%. A faixa etária do grupo I e do Grupo II foi compatível com a literatura, entretanto, no grupo III (assintomáticas) ocorreu mais na faixa de 61 e 65 anos, provavelmente por ser um serviço onde realiza-se ultrassonografias vaginais de uma forma quase que rotineira para avaliação ginecológica.

O *peso corpóreo* nos 3 (três) grupos em estudo (I,II e III), apresentou resultados semelhantes, sendo que, 32,20% das pacientes ficaram na faixa de peso entre 66 e 70 kg. O IMC nos três grupos em torno de 45,67% situou-se entre os valores de 26-30 (sobrepeso).

O grupo I apresentou o IMC de 20-25 (normal) em 50% das pacientes, entretanto, nos outros dois grupos (II e III), o IMC situou-se entre 26-30(sobrepeso) em 49,15% e 43,15%, respectivamente. Shoheir et al. (2004), encontraram em pacientes com esterilidade, o IMC semelhante ao nosso grupo I entre 20-25(normal) o que mostra uma

concordância com os nossos dados em relação a este grupo de estudo. Savelli et al. (2003), encontraram em pacientes assintomáticas e com sangramento uterino anormal correspondente aos nossos grupos II e III, respectivamente, uma média de peso corpóreo de 67,9 kg e o IMC igual a 25,9 (sobrepeso), demonstrando mais uma vez a concordância com os nossos achados. Resultados semelhantes, também foram reforçados por Reslová et al. (1999), cujos resultados para semelhantes grupos de estudo, ou seja em pacientes com sangramento uterino anormal e assintomáticas, são concordes com os nossos.

Desta maneira fica evidente que os pólipos endometriais predominaram em pacientes com sobrepeso e obesas.

Quanto a variável *raça*, a incidência de pólipo endometrial foi semelhante nos 3 grupos em estudo (I,II e III), onde observou-se que a raça branca apresentou incidência de 86,5%, a raça amarela de 6,73% e a negra-parda de 7,48%. A literatura relata que a incidência de pólipos endometriais ocorreu mais na raça branca. Lopez et al. (2002), encontraram uma casuística mostrando que o pólipo endometrial apareceu em 90% das pacientes brancas. Nossos dados não fogem daqueles relatados pela literatura.

Para variável *tabagismo* a incidência de pólipo endometrial nos 3 grupos de estudo (I,II e III), para não fumantes foi semelhante e de 94,23%. O trabalho de Cohen et al. (2001), encontraram 80 % de pacientes com pólipos endometriais em não fumantes; não diferindo dos nossos resultados.

A presença de *hipertensão arterial sistêmica* e a diabetes mellitus tipo II nos grupos I, II e III apresentou uma média de incidência de 12,01% e 2,88%, respectivamente, sendo que a incidência maior de hipertensão arterial sistêmica foi nas pacientes do grupo III, com 18,94%, o mesmo não ocorreu com as pacientes diabéticas. Savelli et al. (2003),

encontraram em pacientes na pré e pós menopausa, portadoras de pólipos endometriais e com sangramento uterino anormal a incidência de 18,5% de hipertensão arterial sistêmica e 3,1% de diabetes mellitus tipo II, nossos resultados aproximam-se da casuística destes autores. Já, Reslová et al.(1999) encontraram nas pacientes na pré-menopausa assintomáticas com hipertensão arterial sistêmica em 12%. Quando observaram este mesmo grupo de paciente com diabetes mellitus tipo II incidência foi de 1,1%, entretanto, nas pacientes na pós menopausa com sangramento uterino anormal, a hipertensão arterial sistêmica estava presente em 36% dos casos, com a diabetes mellitus tipo II em apenas 7% e quando observaram as pacientes portadoras de diabetes e hipertensão encontraram em 4% destas duas patologias associadas nas pacientes portadoras de pólipos endometriais. Por outro lado, em estudo semelhante realizado por Lopez et al. (2002), encontraram nas pacientes na pré menopausa 12,5% de hipertensão arterial sistêmica e 2,5% de diabetes mellitus tipo II. Na pós menopausa esses autores encontraram 19,7% de hipertensão arterial sistêmica e 1,4% de diabetes mellitus tipo II e quando ambas patologias estavam associadas, em 13,3%. Apesar desta variabilidade de incidência os nossos dados estão dentro dos limites estabelecidos pela literatura. Podemos inferir desta forma que as pacientes com hipertensão arterial sistêmica na pós menopausa estão predispostas apresentarem pólipos endometriais.

Na variável número de gestações, nas pacientes do grupo I encontramos gestação 0(G0) em 77,7% e com 1 gestação (G1) ou mais em 33,3%, no grupo II e III, ou seja, as pacientes com sangramento uterino anormal e assintomáticas encontramos 2 gestações (G2) em 52,24% e 56,84%, respectivamente. Dados semelhantes foram apresentados na literatura por Lopez et al. (2002), onde encontraram nas pacientes com pólipos endometriais uma média de 42,5% com 2 gestações(G2).

Desta forma, observamos até o presente momento que os nossos resultados quanto as variáveis, raça, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II e paridade foram todas elas concordes com a literatura.

Na variável amenorréia, os nossos resultados mostram que no grupo II e III prevaleceram as pacientes menopausadas com mais de 11 anos. Os mesmos resultados foram apresentados por Shushan et al. (2004), Savelli et al. (2003), Ben-Arie et al. (2004). Demonstrando que o tempo de menopausa é um fator predisponente ao aparecimento do pólipó endometrial.

No quesito uso de medicação e aparecimento de pólipó endometrial verificamos que o uso de terapia hormonal, embora seja um fator possivelmente estimulador do aparecimento do pólipó endometrial, pois a maioria dos autores apresentam um intervalo de incidência que vai de 4,54% a 29% (Ben Arie et al., 2004; Bakour et al., 2000; Savelli et al., 2003; Shushan et al., 2001; Reslovà et al.,1999), sendo que a nossa casuística esta dentro destes valores, não acreditamos que a terapia hormonal por si só seja um fator causador do aparecimento do pólipó endometrial. O mesmo não pode ser afirmado quanto ao uso de tamoxifeno, pois a literatura é enfática em assinalar o estímulo predominante no tecido endometrial. A literatura refere um intervalo de incidência de 3,24% até 17,7% (Reslovà et al., 1999; Bakour et al.,2000; Shushan et al .,2001; Savelli et al.,2003; Ben Arie et al., 2004).

A associação de pólipó cervical e endometrial foi semelhante nos 3 grupos (I,II e III) cuja a incidência média foi de 34,73%, estes resultados são semelhantes aqueles apresentados por Reslovà et al. (2004), com 36,11%, Vilodre et al. (1998), com 32,7 % e Coeman et al. (1994) com 26.7%. Fato interessante que chamou nossa atenção e o mesmo sendo salientado na literatura, é de que as pacientes na menopausa tiveram uma associação de pólipó cervical e endometrial em

56,8% e a cada década, essa incidência tende a aumentar, chegando a uma incidência de 85,7%. Diante deste fato de uma alta incidência de associação de pólipos cervical e endometrial, recomenda-se a realização de vídeo histeroscopia diagnóstica em todas as pacientes na presença de pólipos cervical.

Nos grupos I, II e III os pólipos endometriais na maioria das vezes estão localizados na parede anterior e posterior da cavidade uterina, sendo a média de incidência dos três grupos de 39,90% e 31,73%, respectivamente. Shokeir et al. (2004) encontraram nas pacientes com esterilidade, 60% de pólipos endometriais na região cornual, 30% em região ístmica e 10% em parede uterina anterior e posterior. Ao confrontarmos nossos resultados com este autor, verificamos discordância quanto ao local de incidência. Não conseguimos encontrar uma razão plausível para tal evento.

O principal sinal do grupo III foi a metrorragia em 47,45%, seguido pela hipermenorragia em 23,74% dos casos estudados. Reslovà et al. (1999) encontraram hipermenorragia em 38,7% e metrorragia em 18,2% dos casos por eles estudados e Van Bogaert et al. (1988) encontraram em seu estudo 51% de metrorragia.

Nossos resultados estão coerentes com aqueles encontrados na literatura.

Na Biópsia com cureta *de Novak/Pipelle* nossos resultados revelaram que a eficácia diagnóstica da biópsia orientada foi semelhante e baixa nos três grupos (I, II e III). A biópsia falhou em 88,0% dos casos e estes resultados mostraram alta taxa de falsos negativos e baixa sensibilidade na biópsia orientada. A literatura mostra que a biópsia orientada tem baixa capacidade de diagnosticar pólipos endometrial e que a biópsia “as cegas” deveria ser abandonada (Nagele et al., 1996; Epstein et al., 2004).

Tal fato, provavelmente se deve ao uso da biópsia orientada, o que realmente, em pólipo endometrial, não parece ser a técnica adequada para obtenção de fragmentos.

O anátomo patológico obtido do material intra- cavitário após a video histeroscopia cirúrgica nas pacientes do grupo I encontrou pólipos benignos em 96,30% dos casos e pólipo endometrial com atipias em 1,85%. Shokeir et al. (2004), após polipectomia histeroscópica, encontraram 100% de pólipos endometriais benignos no anátomo patológico nas pacientes com esterilidade. A resseção histeroscópica é ótimo método para tratamento de pólipos endometriais, principalmente nas pacientes que desejam manter a fertilidade com taxa de sucesso em 96,4% (Polena et al., 2002).

Após a realização da polipectomia nas pacientes, nos primeiros 12 meses houve uma taxa de gravidez de 31,48% em nossa casuística. Spiewankiewicz et al.(2002), observaram gestação em 19 de 24 pacientes após a polipectomia, sendo que destas, 17 foram a termo, cuja a taxa de sucesso foi de 70%. A realização da polipectomia nas pacientes com esterilidade deve ser recomendada, pois os dados nos mostram uma taxa de gravidez significativa, após a retirada do pólipo endometrial.

Encontramos em nosso trabalho pacientes com pólipo endometrial e ultrassom normal em 24% dos casos. Dijkhuizen et al. (1996) relata que a ultra-sonografia é um exame limitado nas pacientes com esterilidade e com pólipos endometriais. Portanto, quando o ultrassom vaginal é normal, a realização da histeroscopia diagnóstica torna-se necessária.

O grupo II, constituído por 30,50% de pacientes na menopausa e 69,50% no menacme ou climatério, apresentou pólipos endometriais benignos em 88,13%, pólipos endometriais com atipias em

05,08% e destes, 3,38% foram encontrados em pacientes na menopausa e 1,70% foram encontrados nas pacientes no climatério. Pólipos com adenocarcinoma foram encontrados em 05,08%, todos em pacientes na menopausa. Cerca de 16,94% das pacientes do grupo II, com pólipo endometrial e submetidas ao ultrassom vaginal apresentavam imagem sugestiva de endométrio espesso.

O grupo III, constituído por 51,57% de pacientes na menacme ou climatério e 48,43% de pacientes na menopausa, apresentava pólipos endometriais benignos em 90 %, pólipos endometriais com atipias em 6,31 %, sendo que 1,05% destes, encontravam-se em pacientes no climatério, 5,26% em pacientes na menopausa e pólipo endometrial com adenocarcinoma em 1,05% em pacientes na menopausa. Cerca de 31,50% das pacientes do grupo III, com pólipo endometrial e submetidas ao ultrassom vaginal apresentavam imagem de endométrio espesso. Na literatura, foram encontrados 42,0% de pólipos endometriais que apresentavam espessamento endometrial, previamente no ultrassom vaginal (Campaner e Piato, 2004). Savelli et al. (2003) estudaram pacientes sintomáticas e encontraram 0,8% de pólipos endometriais malignos. Van Bogaert et al. (1988) encontraram pólipo endometrial com lesão pré maligna e maligna em 0,6%.

Estes dados indicam que os pólipos endometriais com atipias, incidiram tanto em pacientes relativamente jovens, quanto em pacientes idosas. O carcinoma de pólipo endometrial incidiu, predominantemente em pacientes na faixa etária de 62 a 71 anos, sendo estas pacientes menopausadas. Estes dados estão de acordo com a literatura.

Ben-Arie et al. (2004) estudando pacientes na pré e pós menopausa identificaram pela video histeroscopia cirúrgica após polipectomia e com confirmação pelo anatomo patológico, uma

incidência de 3,3% de pólipos endometriais com atipias e 3 % de adenocarcinoma. Bakour et al. (2000) encontraram após polipectomia 96,8% de pólipos endometriais benignos, sendo que 53% destas pacientes estavam na pós menopausa e 3,2% apresentaram adenocarcinoma de pólipos endometriais.

Dados semelhantes aos de Bakour et al. (2000) foram relatados por Shushan et al. (2000) e Savelli et al. (2003), onde encontraram pólipos endometriais benignos em torno de 96%, com atipias na faixa de 1,3% a 3,2% e malignidade esteve entre 0,85% e 3,2%. Entretanto, encontramos na literatura valores de pólipos endometriais com atipias a níveis de 23% (Epstein et al., 2004) e malignos a níveis de 13% (Hileeto et al., 2005).

Quando analisamos os nossos resultados, encontramos nos 3 grupos (I,II e III) uma incidência de pólipos endometriais com atipias em 4,8 % e para pólipos endometriais malignos em torno de 1,92%.

Esses dados demonstraram que as pacientes com pólipos endometriais, mesmo assintomáticas na pré-menopausa e com menos de cinquenta anos de idade, não estão isentas de risco de vir a apresentar lesões pré malignas ou malignas, como o carcinoma de pólipos, merecendo investigação adequada da cavidade endometrial sistematicamente, sendo a vídeo histeroscopia diagnóstica e cirúrgica seguida da avaliação histológica, meios adequados para se fazer diagnóstico e estabelecer a terapêutica.

Nas pacientes com pólipos endometriais com esterilidade, com sangramento uterino anormal e assintomáticas, com biópsia ou curetagem negativas, não podemos descartar a possibilidade da presença de lesão pré maligna ou maligna dos pólipos endometriais. É aconselhável que essas pacientes sejam submetidas a polipectomia.

Portanto, podemos inferir que os níveis de pré malignidade e malignidade, embora não tão elevados, necessitam de atenção constante e rigorosa e não devem ser dispensadas as pacientes, principalmente aquelas em faixa etária elevada, com hipertensão arterial , obesas, enfim, com risco elevados para a neoplasia.

Somos simpatizantes da realização da polipectomia, pois as pacientes com esterilidade após a polipectomia apresentam maior incidência de gestação. As assintomáticas poderão, evidentemente, a qualquer momento, se tornar sintomática, principalmente as que por necessidade começarem a fazer uso de hormonioterapia, já as sintomáticas com sangramento uterino anormal após a polipectomia, observa-se melhora do quadro clínico.

Diante dos resultados observados em nossa casuística e embasados em dados da literatura revista, acreditamos que a excisão dos pólipos endometriais com condições criteriosas e ponderadas deve ser indicada.



6. Conclusões

- 1) Os pólipos endometriais predominaram na faixa de idade entre 31 a 45 anos, peso corporal entre 66 a 70 kg ,no IMC entre 26-30 (sobre peso), raça branca, não fumante, com hipertensão arterial sistêmica, com G2 (2 gestações), amenorreia há + de 11anos e com uso de terapia hormonal.
 - 2) Localização uterina dos pólipos endometriais na sua maioria foi na parede uterina posterior e anterior.
 - 3) O principal sinal em pacientes com pólipo endometrial com sangramento uterino anormal foi metrorragia.
 - 4) Paciente com sangramento uterino anormal e com pólipo endometrial tem maior probabilidade de apresentar adenocarcinoma de pólipo.
 - 5) Paciente assintomática pode apresentar pólipo com atipias e adenocarcinoma.
 - 6) Pólipos endometriais nas pacientes com esterilidade, com sangramento uterino anormal e assintomáticas devem ser extirpados.
-



7. Referências

Adachi EY. The ovarian life cycle. In : Reproductive Endocrinology Yen SSC & Jaffe RB(ed) . Philadelphia.W B Saunders ,1996.p.181.

Albuquerque Neto LC. Análise da imuno-expressão da proteína p53 no pólipo endometrial de mulheres após a menopausa. [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo;2004.

Armênia CS. Sequential relationship between endometrial polyps and carcinoma of the endometrium. *Obstet Gynecol.* 1967; 30940:524-9.

Awwad, J . T., Toth T , L., Schif, I . Abnormal uterine bleeding in the perimenopause.*Int. J.Fertil.* 1993 ;38(3),:261-9.

Bakour SH, Khan KS, Gupta JK.The risk of premalignant and malignant pathology in endometrial polyps.. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000 Apr;79(4):317-20.

Baract E C Rodrigues de Lima Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP-Escola Paulista de Medicina.2004,339-47.

Ben-Arie A, Goldchmit C, Laviv Y, Levy R, Caspi B, Huszar M, Dgani R, Hagay Z. The malignant potential of endometrial polyps. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*2004;115(2):206-10.

Biron-Shental T, Tepper R, Fishman A, Shapira J, Cohen I. Recurrent endometrial polyps in postmenopausal breast cancer patients on tamoxifen. *Gynecol Oncol.* 2003;90(2):382-6.

* **Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas. J Pediatr 1997;73: 213-24.**

National Library Of Medicine. List of journals indexed in Index Medicus. Washington, 2001. 248p

Bogliolo L. Patologia Geral Básica. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1994.

Bol S, Wanschura S, Thode B, Deichert U, Van de Ven WJ, Bartnitzke S, Bullerdiek J. An endometrial polyp with a rearrangement of HMGI-C underlying a complex cytogenetic rearrangement involving chromosomes 2 and 12. *Cancer Genet Cytogenet.* 1996; 90(1):88-90.

Buckley C H, Fox H . Biopsy pathology of the endometrium. N York: Raven Press; 1989. p.145-8.

Bussab W O ,Morettin P A . Estatística Básica .São Paulo, Saraiva ,2002.

Campaner AB, Piato S, Ribeiro PAG, Aoki T, Nadais RF, Prado RAA. Achados histeroscópicos em mulheres na pós menopausa com diagnóstico de espessamento endometrial por ultra-sonografia transvaginal. *Ver Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(1):53-8.

Chambers JT, Chambers SK. Endometrial sampling: when ? where? why? with what? *Clin Obstet Gynecol.* 1992; 35(1):28-39.

Cicinelli E, Romano F, Anastasio PS, Blasi N, Parisi C. Sonohysterography versus hysteroscopy in the diagnosis of endouterine polyps. *Gynecol Obstet Invest.* 2003; 38(4): 266-71.

Coeman D, Van Belle Y, Vanderick G, De Muylder X, De Muylder E, Campo R. Hysteroscopic findings in patients with a cervical polyp. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;169(6):1563-5.

Cohen I. Endometrial pathologies associated with postmenopausal tamoxifen treatment. *Gynecol Oncol.* 2004;94(2):256-66.

Costa HLFF, Alencar AV, Carvalho MSA, Menelau SR, Costa LOBF. Histeroscopia cirúrgica com ressectoscópio para polipectomia endometrial: eficácia e segurança. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001;23(6):371-376.

Cravello L, Stolla V, Bretelle F, Roger V, Blanc B. Hysteroscopic resection of endometrial polyps: a study of 195 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000; 93(2):131-4.

Dal Cin P, De Wolf F, Klerckx P, Van den Berghe H. The 6p21 chromosome region is nonrandomly involved in endometrial polyps. *Gynecol Oncol.* 1992;46(3):393-6.

Dal Cin P, Vanni R, Marras S, Moerman P, Kools P, Andria M, Valdes E, Deprest J, Van de Ven W, Van den Berghe H. Four cytogenetic subgroups can be identified in endometrial polyps. *Cancer Res.* 1995;55(7):1565-8.

Dallenbach-Hellweg, G. Histopathology of the endometrium. Heidelberg, Springer Verlag, 1985.

Deligdisch L, Kalir T, Cohen CJ, Latour M, Le Bouedec G, Penault-Llorca F. Endometrial histopathology in 700 patients treated with tamoxifen for breast cancer. *Gynecol Oncol.* 2000;78(2):181-6.

Dias R, Pacheco J F, Pontes A G, Leite N J, Fontana A L. Pólipos Endometriais: Uma revisão. *Femina.* 1998;26(7):579-581.

Dijkhuizen F P H L J, Broilman H A M, Potters A E, Bongers M Y, Heintz A P M. The accuracy of transvaginal ultrasonography in the diagnosis of endometrial abnormalities. *Obstet. Gynecol.* 1996;87:345-9.

Epstein E. Management of postmenopausal bleeding in Sweden: a need for increased use of hydrosalpingography and hysteroscopy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:89-95.

Feitosa FEL, Juaçaba SF, Medeiros FC. Alterações endometriais em pacientes com câncer de mama tratadas com tamoxifeno. *Ver Bras Ginecol Obstet*. 2002;24(4):233-9.

Fukuda M, Shimizu T, Fukuda K, Yomura W, Shimizu S. Transvaginal hydrosalpingography for differential diagnosis between submucous and intramural myoma. *Gynecol Obstet Invest*. 1993;35(4):236-9.

Ganglione R, Valentini AL, Pistilli E, Nuzzi NP. A comparison of hysteroscopy and hydrosalpingography. *Int J Obstet and Gyn* 1996;52(2):151-3.

Gimpelson RJ, Rappold HO. A comparative study between panoramic hysteroscopy with directed biopsies and dilatation and curettage. *Am J Obstet Gynecol*. 1988; 158(3 pt 1): 489-92.

Goldstein SR, Nachtigall M, Snyder JR, Nachtigall LE. Endometrial assessment by vaginal ultrasonography before endometrial sampling in patients with postmenopausal bleeding. *Am J Obstet Gynecol*. 1990; 163(1 pt1):119-22.

Gonçalves WJ, Bortoletto CCR, Stávale JR, Haidar MA, Simões RD, Baracat EC, Lima GR. Correlação entre a ultra-sonografia transvaginal e o exame anatomopatológico do endométrio de mulheres assintomáticas na pós-menopausa: estudo prospectivo de 300 casos. *J Brás Ginecol*. 1995;105(3):89-96.

Gramberg S, Wikland M, Karlsson B, Norstrom A, Friberg LG. Endometrial thickness as measured by endovaginal ultrasonography for identifying endometrial abnormalty. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 164(1 pt 1):47-52.

Grasel RP, Outwater EK, Siegelman ES, Capuzzi D, Parker L, Hussain SM. Endometrial polyps: MR imaging features and distinction from endometrial carcinoma. *Radiology.* 2000; 214(1):47-52.

Halbe H W, Gonççalves M A , Lopes C M C , Tratamento Hormonal da Menopausa , *Ver Brás Clin Terap* 2005 Fevereiro 31(1) 23-27.

Hamou J. Hysteroscopy and micro-hysteroscopy with a new instrument: the micro-histeroscopye. *Acta Eur. Fertil .* 1981; 12:1-9.

Hecht JL, Pinkus JL, Pinkus GS. Enhanced detection of atypical hyperplasia in endometrial polyps by PTEN expression. *Appl Immunohistochem Mol Morphol.* 2004;12(1):36-9.

Hileeto D, Fadare O, Martel M, Zheng W. Age dependent association of endometrial polyps with increased risk of cancer involvement. *World J Surg Oncol.* 2005;3(1):8.

Hulka CA, Hall DA, McCarthy K, Simeone JF. Endometrial polyps, hiperplasia and carcinoma in postmenopausal women: differentiation with endovaginal sonography. *Radiology.* 1994;191(3):755-8.

Ismail SM. Pathology of endometrium treated with tamoxifen. *J Clin Pathol.* 1994;47(9):827-33

Karadadas N, Sirkeci F, Akercan F, Ulukus M, Kazandi M. Retrospective analysis of endometrial polyps carried out at Ege University Hospital. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004;31(2):137-8.

Karlsson B, Granberg S, Helberg P, Wikland M. Comparative study of transvaginal sonography and hysteroscopy for the detection of pathologic endometrial lesions in women with postmenopausal bleeding. *J Ultrasound Med.* 1994;13(10):757-62.

Karlsson B, Granberg S, Ridell B, Wikland M. Endometrial thickness as a measured by transvaginal sonography: interobserver variation. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1994; 4(4):302-5.

Labastida R. Tratado y atlas de histeroscopia. Barcelona, Salvat, 1990.

Leonardi M, Provenzale P, Zanardini L, Bellicini G. Il ruolo del Vabra aspirator nello screening del carcinoma dell' endometrio: nostra esperienza *Minerva Ginecol.* 1993; 45(9): 395-8.

Lima GP, Baracat EC. Síndrome do Climatério. In: Ginecologia Endócrina. Rio de Janeiro: Atheneu;2003.p.243-245.

Loffer FD. Contraindications and complications of hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1995; 22(3):445-55.

Lopes R G C; Santoro A G; Fukusato A M; Galeazzi E C; Machado R G; Lippi U G. Perfil da paciente portadora de pólipos endometrial no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato De Oliveira" *Rev. Ginec. & Obst.* 2002; 13(4), 186-190.

Machtinger R, Korach J, Padoa A, Fridman E, Zolti M, Segal J, Yefet Y, Goldenberg M, Ben-Baruch G. Transvaginal ultrasound and diagnostic hysteroscopy as a predictor of endometrial polyps: risk factors for premalignancy and malignancy. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15(2):325-8.

Maia H Jr, Calmon LC, Marques D, Coelho JC, Oliveira M, Coutinho EM. Polypectomy and endometrial resection, in postmenopausal patients. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1997;4(5):577-82.

Maia H Jr, Maltez A, Studart E, Athayde C, Coutinho EM. Effect of previous hormone replacement therapy on endometrial polyps during menopause. *Gynecol Endocrinol*. 2004;18(6):299-300.

Maia H Jr, Maltez A, Studart E, Athayde C, Coutinho EM. Ki-67, Bcl-2 and p53 expression in endometrial polyps and in the normal endometrium during the menstrual cycle. *BJOG*. 2004;111(11):1242-7.

Mengart WF, Slate WG. Diagnostic dilatation and curettage as an outpatient procedure. *Am J Obstet Gynecol*. 1960; 79: 727-31.

Moreno Romero J - Pólipo cervical: polipectomia con el polipotomo de Eve y amigdalotomo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1970; 30(3):363-70.

Motta LDC, Motta LACR, Gagliardi ART, Ferraz EM. Tratamento de pólipos endometriais com GnRH. *J Brás Ginecol*. 1990 ; 100 (11/12):433-6.

Nagele F, O'Connor H, Baskett TF, Davies A, Mohammed H, Magos AL. Hysteroscopy in women with abnormal uterine bleeding on hormone replacement therapy: a comparison with postmenopausal bleeding. *Fertil Steril*. 1996;65(6):1145-50.

Nagele F, O'Connor H, Baskett TF, Davies A, Mohammed H, Magos AL. Hysteroscopy in woman with abnormal uterine bleeding on hormone replacement therapy: a comparison with postmenopausal bleeding. *Fertil Steril*.1996;65(6): 1145-50.

Novak ER, Woodruff JD, Gynecologic and obstetric pathology. Philadelphia, WB Saunders company,1979.

Orvieto R, Bar-Hava I, Dicker D, Bar J, Ben-Rafael Z, Neri A. Endometrial polyps during menopause: characterization and significance. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1999; 78(10):883-6.

Perez-Medina T, Bajo J, Huertas MA, Rubio A. Predicting atypia inside endometrial polyps. *J Ultrasound Med*. 2002;21(2):125-8.

Perez-Medina T, Martinez O, Folgueira G, Bajo J. Which endometrial polyps should be resected? *J Am Assoc Gynecol Laparosc*.1999;6(1):71-4.

Pettersson B, Adami HO, Lindgren A, Hesselius I. Endometrial polyps and hyperplasia as risk factors for endometrial carcinoma: a case-control study of curettage specimens. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1985;64(8):653-9.

Polena V, Mergui JL, Zerat L, Darai E, Barranger E, Uzan S. Long-term results of hysteroscopic resection of endometrial polyps in 367 patients. Role of associated endometrial resection. 2001.

Reslovà T, Tosner J, Resl M, Kugler R, Vávrová I. Endometrial polyps: a clinical study of 245 cases. *Arch Gynecol Obstet* 1999. 262(3-4):133-9.

Risberg B, Karlsson K, Abeler V, Lagrelius A, Davidson B, Karlsson MG. Dissociated expression of Bcl-2 and Ki-67 in endometrial lesions: diagnostic and histogenetic implications. *Int J Gynecol Pathol.* 2002;21(2):155-60.

Savelli L, De Iaco P, Santini D, Rosati F, Ghi T, Pignotti E, Bovicelli L. Histopathologic features and risk factors for benignity, hyperplasia, and cancer in endometrial polyps. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(4):927-31.

Shokeir TA, Shalan HM, El-Shafei MM. Significance of endometrial polyps detected hysteroscopically in eumenorrhic infertile women. *J Obstet Gynaecol Res.* 2004;30(2):84-9.

Shushan A, Revel A, Rojansky N. How often are endometrial polyps malignant? *Gynecol Obstet Invest.* 2004;58(4):212-5.

Siegler A M. Office hysteroscopy. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 1995;22:457-71.

Silverberg SG, Kurmann R J, Atlas Of Tumor Pathology, Third series, fasciculo 3, Tumors of the Uterine Corpus, Armed Forces Institute Of pathology, Washington .D.C, 1992.

Sington JD, Manek S. Cytological atypia in endometrial polyps and immunostaining for p16, p53 and Ki 67. *Histopathology.* 2002;41(1):86-8.

Speleman F, Cin PD, Van Roy N, Van Marck E, Buytaert P, Van den Berghe H, Teroy JG. Is t(6;20)(p21;q13) a characteristic chromosome change in endometrial polyps. *Genes Chromosomes Cancer.* 1991; 3(4):318-9.

Spiewankiewicz B, Stelmachow J, Sawicki W, Kietlinska Z. Hysteroscopy with selective endometrial sampling after unsuccessful dilatation and curettage in diagnosis of symptomatic endometrial cancer and endometrial hyperplasias. *Eur J Gynaecol Oncol.* 1995;16(1):26-9.

Stock R, Kanbour A, Prehysterectomy curettage. *Obstet Gynecol.* 1975;45(5):537-41

Taylor LJ, Jackson TL, Reid JG, Duffy SR. The differential expression of oestrogen receptors, progesterone receptors, Bcl-2 and Ki67 in endometrial polyps. *BJOG.* 2003;110(9):794-8.

Taylor P J and Collins J A unexpired Infert, *Human Reproduction Update* 1999,9(2) ,131-138.

Tostes W, Fonseca NM. Endométrio – correlação histeroscópica e histológica . 1985.

Van Bogaert LJ. Clinicopathologic findings in endometrial polyps. *Obstet Gynecol.*1988;71(5):771-3.

Vanni R, Marras S, Andria M, Faa G. Endometrial polyps with predominant stromal component are characterized by a t(6;14)(p21;q24) translocation. *Cancer Res.* 1995;55(1):31-3.

Vigada ,G , Malanetto, C. Utilità della isteroscopia nel management degli abnormal uterine bleeding e della patologia benigna intrauterine . *Minerva Ginecol .* 1995;47(3),179-82.

Vilodre LC, Bertat R, Petters R, Reis FM. Associação entre pólipos cervicais e pólipos endometriais: avaliação histeroscópica. *Reprod Clim.* 1998;13(2):97-101

Wallach EE. The uterine factor in infertility. *Fertil Steril* . 1972; 23(2):138-58.

Walter TA, Fan SX, Medchill MT, Berger CS, Decker HJ, Sandberg AA. Inv(12)(p11.2q13) in an endometrial polyp. *Cancer Genet Cytogenet.* 1989; 41(1): 99-103.



Anexos

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 02 de maio de 2.005

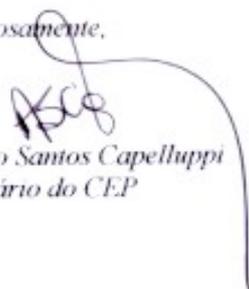
OF. 121/2005-CEP

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. Rogério Dias
Departamento de Ginecologia e Obstetria
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezado Dr. Rogério,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa intitulado "Estudo analítico dos pólipos endometriais: A importância da polipectomia", de autoria de Feres Abrão, orientado por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, (cópia em anexo), aprovado em reunião de 02 de maio de 2.005.

Atenciosamente,



Alberto Santos Capellupi
Secretário do CEP

Anexo 2 – Planilha de variáveis

Altura	IMC	Raca	Fuma	Indic.	Sintomas	Gesta.	Doencas	USG_Diag	Hist. Diag.	Tam_Pol	Posicao_Pol	Local_Pol	Biopsia	An. Pat.	Ameno
1.75	21.55	Branca	Sim	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	2,0 cm	Posterior	Endo.	EP e NICII	Pólc/atip	
1.65	22.04	Branca	Não	SUA	Hiperagia.	G - 1	Não	Pólipo	Pólipo	2,0 cm	Anterior	Endo.	Endo Prol	Pólipo	
1.62	25.15	Negra	Sim	SUA	Metro.	G - 3	TRH	Pólipo	Pólipo	2,0 cm	Anterior	Endo.	polipo	Pólipo	2 anos
1.64	23.42	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	3,0 cm	Posterior	Endo.	Endo.Prol.	Pólipo	
1.7	22.49	Branca	Não	SUA	Hiperagia.	G - 2	Não	E.E	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo.	Endo.Prol.	Pólipo	
1.67	22.95	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	Não	Pólipo	Pólipo	2,0 cm	Fúndico	Endo.	Endo.Prol.	Pólipo	
1.63	25.22	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	Anterior	Endo.	Endo.Secr	Pólipo	
1.56	25.48	Parda	Sim	Esteril.	esterilidade	G - 1	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	Posterior	Endo	polipo	Pólipo	
1.62	24.01	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	DM	E.E.	Pólipo	0,5 cm	Anterior	Endo.	polipo	Pólipo	25 anos
1.58	27.24	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	HAS	Pólipo	Pólipo	1,5 cm	Posterior	Endo.	Endo.Atróf	Pólipo	2 anos
1.59	24.52	Parda	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Polipo	Pólipo	1,0/0,5 cm	Anterior/ Cerv	Endo/ Cerv	polipo	Pólipo	
1.62	30.48	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	HAS	E.E.	Pólipo	1,5 cm	Posterior	Endo.	Endo.Atróf	Pólipo	15 anos
1.62	22.10	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	1,5 cm	PLE.	Endo.	Endo. Secr.	Pólipo	
1.7	22.15	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 2	Não	EE	Pólipo	0,5 cm	Anterior	Endo.	Endo. Secr.	Pólipo	
1.62	24.01	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	HAS	E.E.	Pólipo	1,0 / 1,5	Ant./Cerv	Endo/ Cerv	polipo	Pólipo	20 anos
1.68	25.16	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Polipo	Pólipo	0,5 cm	Anterior	endo	polipo	Pólipo	
1.65	27.18	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Polipo	Pólipo	1,0 cm	PLD	Endo.	polipo	Pólipo	
1.58	27.64	Branca	Sim	USG	Assintoma	G - 2	Não	Mioma	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo.	End. Atr.	Pólipo	2 anos

Anexo 2 – Continuação

Altura	IMC	Raca	Fuma	Indic.	Sintomas	Gesta.	Doencas	USG_Diag	Hist. Diag.	Tam_Pol	Posicao_Pol	Local_Pol	Biopsia	An. Pat.	Ameno
1.68	25.51	Parda	Sim	USG	Assintoma	G - 2	DM	E.E.	Pólipo	1,5 cm	Posterior	Endo.	End. Atr.	Pólipo	6 anos
1.58	26.44	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G-1/A-1	Não	Polipo	Pólipo	1,0/0,5 cm	PLD/cerv	Endo/Cerv.	polipo	Pólipo	
1.65	26.45	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	2,0 cm	PLD	Endo.	polipo.	Pólipo	
1.61	21.99	Branca	Não	SUA	Hiperreia.	G - 1	Não	Normal	Pólipo	0,5 cm	Posterior	Endo	Endo Prol	Pólipo	
1.62	25.91	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	HAS	E.E.	Pólipo	0,5 cm/0,5	Post/Cerv	Endo/Cerv	polipo	Pólipo	15 anos
1.66	25.40	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	E.E.	Pólipo	0,5 cm/0,5	Post/Cerv	Endo/Cerv	End. Secr.	Pólipo	
1.64	25.65	Branca	Não	SUA	hiperreia	G - 2	Não	Mioma	Mio./Pól.	1,5 cm	PLE.	Endo.	polipo	Pól c/At	
1.61	23.53	Parda	Não	USG	Assintoma	G - 1	HAS/DM	E.E.	Pólipo	1,5 cm	Posterior	Endo.	End. Atr.	Pólipo	27 anos
1.58	25.64	Amarela	Não	USG	Assintoma	G - 2	não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	Anterior	Endo.	End. Prol.	Pólipo	2 anos
1.54	21.93	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Tamoxifen	Pólipo	Pólipo	0,5 cm/0,5	Anterior/Cerv	Endo/Cerv	polipo	Pólipo	
1.66	25.40	Parda	Não	USG	Assintoma	G - 3	Não	Pól./Mio.	Pól./Mio.	0,5 cm	Anterior	Endo.	Prolife.	Pólipo	
1.61	22.38	Amarela	Não	USG	Assintoma	G - 3	HAS	Pólipo	Pólipo	2, cm	Posterior	Endo.	E. Atrofico	Pólipo	2 anos
1.66	26.13	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	HAS	Pólipo	Pólipo	2,0 cm	Par L Dir	Endo/Cerv	E. Atrofico	Pólipo	8 anos
1.58	26.84	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 1	Não	Normal	Pólipo	1,0 cm	Posterior	Endo	E. Prolif.	Pólipo	
1.62	24.39	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	Posterior/cerv	Endo/Cerv	E. Prolif.	Pólipo	
1.64	30.49	Branca	Não	USG	Assntoma	G - 2	DM/HAS	E.E.	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo	End Atróf.	Pól.c/At	20 anos
1.81	21.98	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Normal	Pólipo	1,0 cm	Posterior	Endo.	End Prolif	Pólipo	

Anexo 2 – Continuação

Altura	IMC	Raca	Fuma	Indic.	Sintomas	Gesta.	Doencas	USG_Diag	Hist. Diag.	Tam_Pol	Posicao_Pol	Local_Pol	Biopsia	An. Pat.	Ameno
1.58	22.03	Amarela	Sim	USG	Assintoma	G - 2	Não	E.E.	Pólipo	1,0 cm	Posterior	Endo.	E. Atrof.	Pólipo	12 anos
1.68	25.51	Branca	Sim	SUA	Metro.	G - 2	Não	E.E.	Pólipo	0,5 cm	Anterior	endo	polipo	Pólipo	
1.66	23.23	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 1	HAS	E.E.	Pólipo	5,0 cm	Anterior	Endo.	End Atrof.	Pólipo	5 anos
1.67	23.31	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	PLD/ Cerv	Endo/ Cerv	E.Prolif.	Pólipo	
1.71	24.62	Parda	Não	USG	Assintoma	G - 3	Não	Pólipo	Pólipo	0,5/1,0 cm	Ant/Post.	Endo.	polipo	Polipo	
1.62	31.25	Branca	Não	SUA	Hiperragia	G - 2	Não	Normal	Pólipo	1,0 cm	PLE	Endo.	polipo	polipo	
1.61	30.09	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	E.E.	Pólipo	6,0 cm	Anterior	Endo.	E. Atrófico	polipo	
1.64	23.05	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	2,0 cm/0,5	PLD/ Cerv	Endo/ Cerv	E.Prolif.	Pólipo	
1.62	25.91	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 2	HAS	Pólipo	Pólipo.	1,0/0,5 cm	Anterior	Endo.	atrofico	Pólipo	9 anos
1.56	25.48	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm/0,5	Anterior/ Cerv	Endo./ Cerv.	E. Prolife.	Pólipo	
1.58	32.85	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	HAS	Pólipo	Pólipo	1,5 cm	Anterior	Endo.	E. Atrofico	Pólipo	10 anos
1.68	24.09	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 2	Não	Sinequias	Pólipo	1,5 cm	Anterior	Endo.	E. Prolif.	Pólipo	
1.62	23.62	Branca	Não	SUA	Hiperagia.	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	Posterior	Endo.	E. Secretor	polipo	
1.58	23.23	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G-1/A- 1	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	Posterior	Endo.	E. Secretor	Pólipo	
1.66	21.05	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	2,0 cm	Posterior	Endo.	Secretor	polipo	
1.65	25.34	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 2	HAS	Pólipo	polipo	1,0cm	Anterior	endo	atrofico	polc/at pí	10 anos
1.71	23.94	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	HAS	Pólipo	Pólipo	1,5 cm	Posterior	Endo.	Prolifera.	Pólipo	

Anexo 2 – Continuação

Altura	IMC	Raca	Fuma	Indic.	Sintomas	Gesta.	Doencas	USG_Diag	Hist. Diag.	Tam_Pol	Posicao_Pol	Local_Pol	Biopsia	An. Pat.	Ameno
1.58	24.03	Parda	Não	USG	Assintoma	G - 2	DMII	Pólipo	Pólipo	1,0 cm/0,5	Anterior/Cerv	Endo/Cerv	polipo	Pólipo	12 anos
1.54	26.14	Parda	Não	SUA	Hiperragia	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	2,5 cm	Posterior	Endo.	E. Prolif.	Pólipo	
1.65	24.98	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Polipo.	1,5 cm	Posterior	Endo.	E.Secretor	Pólipo	
1.62	24.39	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	1,5 cm	Anterior	Endo.	polipo	Pól.c/ At.	2 anos
1.66	26.13	Branca	Não	SUA	Hiperagia.	G - 3	Não	Pólipo	Pólipo	0,5/1,0 cm	Anterior/Cerv	Endo/Cerv.	E. Prolif.	Pólipo.	
1.58	23.63	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	Posterior	Endo.	E. Prolif.	Pólipo	
1.59	26.50	amarela	sim	SUA	Metro	G- 1	Não	Mioma	Pól./ Mio.	1,0 cm	Anterior	Endo.	E.Secretor	Pólipo	
1.55	25.39	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	PLD	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.65	22.41	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	4,0 cm	Anterior	Endo	E Prolif	polipo	
1.62	26.29	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 3	TRH	E.E.	Pólipo	1/2/3,0 cm	PLD/PLE /Cerv	Endo/cerv.	Atrófico	Pólipo	
1.59	26.50	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	2,0 cm	Posterior	Endo	polipo	Pólipo	
1.64	23.80	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	PLE	Endo.	polipo	Proliferati	
1.56	29.59	Branca	Não	SUA	Metro	G - 3	TRH	E.E.	Pólipo	6,0 cm	Fundico	Endo.	Atrófico	Pólipo	10 anos
1.68	21.98	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	Anterior	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.56	25.89	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 2	HAS/DM II	Normal	Pólipo	0,5 cm	Anterior	Endo.	polipo	Pólipo	15 anos
1.56	24.24	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	TRH	E.E.	Pólipo	6,0 cm	Fundo	Endo.	Atrófico	Pólipo	2 anos
1.62	26.29	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo.	0,5/1,5 cm	Ant./Post	Endo.	polipo	Pólipo	
1.6	24.22	Branca	Sim	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	Anterior	Endo.	Secretor	Proliferati	

Anexo 2 – Continuação

Altura	IMC	Raca	Fuma	Indic.	Sintomas	Gesta.	Doencas	USG_Diag	Hist. Diag.	Tam_Pol	Posicao_Pol	Local_Pol	Biopsia	An. Pat.	Ameno
1.58	29.64	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 4	HAS	E.E.	Pólipo	2,5 cm	Anterior	Endo.	Atrófico	Pólipo	10 anos
1.61	46.29	Branca	Sim	SUA	Metro.	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	PLE	Endo.	Secretor	Pólipo	
1.65	22.04	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	TRH	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	Posterior	Endo.	polipo	Pólipo	
1.56	25.07	Branca	não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo/EE.	Pólipo	1,0 cm	PLE	Endo.	Prolif.	Pólipo	
1.62	24.39	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo/EE.	Pólipo	1,5 cm	Anterior	Endo	Esecretor	Pólipo	
1.68	24.80	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	DM	EE	Pólipo	0,5 cm	CE	Endo	Atrófico	Pólipo	14 anos
1.64	24.91	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 2	não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	Posterior	Endo	Endo Prol	Pólipo	
1.75	21.88	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Normal	Pólipo	1,0 cm	Posterior	Endo	End. Prolif.	Pólipo	
1.7	22.49	Branca	Não	SUA	Meno.	G - 2	Tamoxife	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo	polipo	Pólipo	
1.61	26.23	Parda	Não	USG	Assintoma	G - 2	HAS	E.E.	Pólipo	0,5 cm/0,5	Posterior/cerv	Endo/Cerv	Atrófico	Pólipo	8 anos
1.62	25.53	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	TRH	Pólipo	Pólipo	0,5 cm/0,5	Anterior/Cerv	Endo/Cerv	E Atrófico	Pólipo	2 anos
1.55	23.73	Amarela	Não	USG	Assintoma	G - 3	Não	E.E.	Pólipo	0,5 cm	Posterior	Endo.	E. Atrófico	Polipo	12 anos
1.58	24.44	Parda	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	E.E.	Pólipo	2,0 cm	PLE	Endo.	secretor	Polipo.	
1.68	21.61	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	PLE	Endo.	Normal	Pólipo	1 ano
1.7	25.61	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 3	Não	E.E.	Pólipo	5,0 cm	PLD	Endo.	Sec. Tard.	Pólipo	
1.55	21.64	Amarela	Não	USG	esterilidade	G - 3	Não	E.E.	Pólipo	1,0 cm	PLD	Endo.	Atrófico	Pólipo	12 anos
1.68	25.51	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	4,0 cm	Posterior	Endo.	Prolif.	Pólipo	
1.59	26.90	Branca	Não	SUA	hiperreia	G - 3	Não	Pólipo	Pól/adeno	1,5 cm	PLE	Endo.	Adeno.	adenocar	

Anexo 2 – Continuação

Altura	IMC	Raca	Fuma	Indic.	Sintomas	Gesta.	Doencas	USG_Diag	Hist. Diag.	Tam_Pol	Posicao_Pol	Local_Pol	Biopsia	An. Pat.	Ameno
1.61	26.62	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 1	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	Anrterior	Endo	polipo	Pólipo	
1.61	28.93	Branca	Não	SUA	Metro	G - 3	HAS	E.E.	Pólipo	6,0 cm	Fúndico	Endo.	Atrófico	Pól.c/ At	8 anos
1.64	24.54	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	1, cm	PLD	Endo.	Prolife.	Pólipo	
1.62	22.86	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	6,0 cm	Fúndico	Endo	Atrófico	Pólipo	2 anos
1.67	22.23	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G-1/A-1	Não	Normal	Pólipo	0,5/0,5 cm	PLD/ Cerv	Endo/ Cerv	E.Secretor	Pólipo	
1.57	25.15	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 1	Não	Normal	Pólipo	1,0 cm	CD	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.62	26.29	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 1	Não	Pólipo	Pólipo	0,5/0,5 cm	Post/Ant.	Endo.	polipo	Pólipo	
1.59	25.71	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm/0,5	Anteior/ Cerv	Endo/ Cerv	Secretor	Pólipo	
1.61	30.86	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo.	Atrófico	Pólipo	20 anos
1.59	25.71	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 1	Não	Pólipo.	Polipo	3,0 cm	Anterior	Endo.	Secretor	Pólipo	
1.58	27.64	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 2	HAS	E.E.	Pól/adeno	1,5 cm	Posterior	Endo.	adenocarci	adeno car	23 anos
1.62	22.86	Branca	Não	SUA	Hiperagia.	G - 2	Não	Pólipo	Polipo	1,0/1,0 /1,5	Posterior	Endo	E.Secretor	Pólipo	
1.67	22.59	Parda	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	1,5 cm	Posterior	Endo.	Hip.s/At.	Pólipo	
1.55	28.30	Amarela	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Mioma	Pólipo	1,0 cm	Posterior	Endo.	End.Prolif.	Pólipo	
1.64	24.91	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 1	Não	Pólipo	polipo	1,0cm	Anterior	Endo	Normal	Pólipo	
1.58	46.87	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	Não	Pólipo	Pólipo	5,0 cm	Fúndico	Endo.	H.C.s/ At.	Pólipo	
1.62	27.43	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	Não	Pólipo	Pólipo	3,0 cm	Fúndico	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.64	24.91	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 1	Não	Pólipo	polipo	2,0cm	anterior	Endo	E.Prolif.	Pólipo	

Anexo 2 – Continuação

Altura	IMC	Raca	Fuma	Indic.	Sintomas	Gesta.	Doencas	USG_ Diag	Hist. Diag.	Tam_ Pol	Posicao_ Pol	Local_ Pol	Biopsia	An. Pat.	Ameno
1.66	26.13	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 3	Não	Pólipo	Pólipo	1,0/0,5 cm	PLD/Ant	Endo.	Hipers/At	adeno pol	20 anos
1.64	24.91	Branca	Não	SUA	Hiperagia.	G - 1	Não	Pólipo	polipo	2,0cm	Anterior	Endo	E.Secretor	Pólipo	
1.62	30.48	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	HAS	E.E.	Pólipo	0,5/1,0 cm	Anterior.	Endo.	Displ.Mod.	Pólipo	15 anos
1.64	24.91	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 1	Não	E.E.	Pólipo	1,5cm	fundico	Endo	Normal	Pólipo	10 anos
1.6	32.03	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	Não	E.E.	Pólipo	6,0 cm	Fúndico	Endo.	Atrófico	Pólipo	12 anos
1.62	32.77	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	Não	E.E.	Pólipo	3,00 cm	Posterior	Endo.	Atrofico	Pólipo	25 anos
1.67	24.38	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 1	Não	Pólipo	Pólipo	1,00 cm	Anterior	Endo.	E.Prolif.	polipo	
1.64	24.17	Parda	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Mioma	Pólipo	2,0 cm	Anterior	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.59	23.73	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	1,5 cm	Anterior	Endo.	Prolife.	Pólipo	
1.66	26.13	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	HAS	E.E.	Pólipo	5cm	PLD	Endo.	E.Atrófico	Pólipo	
1.58	27.24	Branca	Não	USG	assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	0,5/2,0 cm	Ant./Post	Endo.	Prolife.	Pólipo.	
1.65	23.14	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm/0,5	Anterior/ Cerv	Endo/ Cerv	Prolife.	Pólipo	
1.63	23.34	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	1,0/1,0 cm	PLD/ Cerv.	Endo/ Cerv	E.Prolif.	Pólipo	
1.64	24.91	Branca	Não	USG	assintoma	G - 1	Não	Pólipo	polipo	1,0cm	Posterior	Endo	E.Atrófico	Pólc/ atip	16 anos
1.56	25.48	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Polipo	Pólipo	1,0 cm	PLD	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.66	26.13	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	1,5cm	Posterior.	Endo	Secretor	Pólipo	
1.7	23.53	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo	Prolife.	Pólipo	

Anexo 2 – Continuação

Altura	IMC	Raca	Fuma	Indic.	Sintomas	Gesta.	Doencas	USG_ Diag	Hist. Diag.	Tam_ Pol	Posicao_ Pol	Local_ Pol	Biopsia	An. Pat.	Ameno
1.58	32.85	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	Não	E.E.	Pólipo	5,0 cm	Posterior	Endo.	E.Atrofico	Pólc/ atip	10 anos
1.64	24.91	Amarela	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	polipo	1,5cm	PLD	Endo	Prolife.	polipo	
1.62	27.43	Branca	Não	SUA	hiperreia	G - 2	não	Mioma	polipo.	0,5cm	CE	Endo	Secretor	Pólipo	
1.61	27.01	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 1	não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	PLD	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.63	30.86	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Polipo	Pólipo	0,5 cm	PLD	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.58	25.24	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	E.E.	Pólipo	0,5/1,5 /1,0	CD/A/CE	Endo	Normal	Pólipo	10 anos
1.67	26.53	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	HAS	E.E.	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo.	E.Atrofico	Pólipo	10 anos
1.61	26.62	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	TRH	E.E.	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo.	E.Atrofico	Pólipo	2 anos
1.58	32.85	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 4	HAS	E.E.	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo.	Prolife.	Pólipo	15 anos
1.68	24.09	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	0,5/0,5 cm	PLD	Endo	E.Prolif.	Pólipo	
1.64	24.17	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 1	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	PLD	Endo.	E.Secretor	Pólipo	
1.58	28.84	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 2	DM	EE	Pól/EE	0,5 cm	Anterior	Endo.	E.Atrofico	Pólipo	5 anos
1.62	26.67	Branca	Não	USG	esterilidade	G - 3	Não	Mio./E. E.	Pól./E. E.	1,0 cm	Posterior	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.66	26.13	Branca	Não	SUA	Metro	G - 2	Não	E.E.	Pól./E. E.	1,0/1,0 cm	PLE/Cerv	Endo/ Cerv	Hip.s/At.	Pólipo	
1.56	23.42	Amarela	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Normal	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo.	Secretor	Pólipo	
1.62	22.48	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	C.Esq.	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.59	24.52	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 4	HAS	E.E.	Pólipo	1,0/0,5 cm	Ant./Post	Endo	Secr.s/At.	Pólipo	8 anos
1.65	26.45	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	1,00 cm	Anterior	Endo	E.Prolif.	Pólipo	2 anos

Anexo 2 – Continuação

Altura	IMC	Raca	Fuma	Indic.	Sintomas	Gesta.	Doencas	USG_Diag	Hist. Diag.	Tam_Pol	Posicao_Pol	Local_Pol	Biopsia	An. Pat.	Ameno
1.68	29.05	Parda	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	HAS	Pólipo	Pólipo	1,0cm	PLD	Endo	HCc/atipas	Pól/ati pia	histere ct
1.56	27.94	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	HAS/DM	Sinequias	Pólipo/ Sin	0,5/1,0 cm	Ant./Post	Endo.	E.Atrofico	Pólipo	20 anos
1.64	25.65	Branca	Não	USG	assintoma	G - 2	Não	Sinequias	Pólipo/ Sin	1,5/1,0 cm	Ant./CD.	Endo	E.Atrofico	polipo	18 anos
1.6	27.34	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	Não	Pólipo	Pólipo	1,5cm	PLD/cerv	Endo/ Cerv	E.Atrofico	Pólipo	16 anos
1.64	24.91	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 1	Não	Polipo	Pólipo	1,0cm/ 0,5	Anterior/ Cerv	Endo/ Cerv	E,Atrofico	Pólipo	17 anos
1.64	25.28	Branca	Não	SUA	Meno.	G - 2	Não	E.E.	Pólipo	0,5 cm/0,5	Posterior/ Cerv	Endo/ Cerv	Secretor	Pólipo	
1.6	24.22	Branca	Não	SUA	hiperreia	G - 2	Não	Polipo	Pólipo	0,5 cm/0,5	Posterior/ Cerv	Endo/ Cerv	E,Prolifera	Pólipo	
1.62	22.86	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G-3/A- 3	Ab.d Rep.	Pólipo	Pólipo.	1,0 cm	Anterior	Endo	E.Prolif.	Mioma	
1.64	25.65	Branca	Sim	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	2,0 cm	Posterior	Endo.	E.Secretor	Pólipo	
1.67	25.82	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Normal	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.62	24.01	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	Posterior	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.55	24.14	Amarela	Não	SUA	hiperreia	G - 3	Não	E.E.	Pól./E. E.	1,0 cm	PLD	Endo	E.Secretor	Pólipo	
1.62	27.43	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Polipo/ EE	Pól./E. E.	1,0 cm	PLD	Endo.	Atrofico	Pólipo	
1.62	25.91	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Sinequias	Pólipo/ Sin	3,0 cm	Posterior	Endo.	Polipo	Pólipo	13 anos
1.62	24.39	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	Não	Sinequias	Pólipo/ Sin	2,0 cm	Posterior	Endo.	E.Atrofico	Pólipo	
1.66	26.13	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Normal	Pólipo	1,0 cm	Posterior	Endo	E.Prolif.	Pólipo	
1.55	24.97	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	PLD	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	

Anexo 2 – Continuação

Altura	IMC	Raca	Fuma	Indic.	Sintomas	Gesta.	Doencas	USG_Diag	Hist. Diag.	Tam_Pol	Posicao_Pol	Local_Pol	Biopsia	An. Pat.	Ameno
1.64	26.03	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	2,0 cm	Anterior	Endo.	E.Secretor	Pólipo	
1.66	24.68	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Polipo	Pólipo.	1,0 cm	Anterior	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.64	23.05	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	1,5/1,0 cm	Anteior.	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.7	24.22	parda	sim	SUA	Metro.		Não	Pólipo	polipo	1,5cm	Anterior	Endo	E.Secretor	Pólipo	
1.64	30.49	Branca	Não	SUA	hiperreia	G - 3	HAS	E.E.	Pólipo	1,5 cm	PLE	Endo.	Hipers/At	adeno pol	20 anos
1.62	22.10	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	CA Pul.	Sinequias	Pólipo/Sin	1,5 cm	PLE	Endo.	Eatrofico	Pólipo	10 anos
1.64	24.91	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 1	Não	Pólipo	polipo	1,0cm/0,5	Anterior/Cerv	Endo/Cerv	E.Prolif.	Pólipo	
1.6	22.66	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	HAS	EE	Pólipo	1,0 cm	CE	Endo.	Prolife.	adeno pol	8 anos
1.6	24.61	Branca	Não	SUA	metro	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	/0,5cm	Anteior	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.62	25.15	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Tamoxifen	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	Anterior	Endo	E.Prolif.	Pólipo	
1.58	25.64	Branca	Não	SUA	Hiperreia	G - 2	Não	mioma	Pólipo	0,5 cm	Posterior	Endo	Esecretor	Pólipo	
1.65	24.98	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Polipo	Pólipo	0,5/1,0 cm	C.D.	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.55	25.81	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	0,5/1,0 cm	Posteior.	Endo	E.Prolif.	Pólipo	
1.66	26.13	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	1,0/0,5 cm	PLD/Cerv	Endo/Cerv	E.Atrofico	Pólipo	4 anos
1.58	24.84	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.55	21.64	Branca	Não	SUA	Hiperreia.	G - 3	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo	E.Prolif.	Pólipo	
1.6	25.78	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	PLD	Endo	E.Secretor	Secretor	
1.68	26.93	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	PLD	Endo	E.Prolif.	Pólipo	

Anexo 2 – Continuação

Altura	IMC	Raca	Fuma	Indic.	Sintomas	Gesta.	Doencas	USG_Diag	Hist. Diag.	Tam_Pol	Posicao_Pol	Local_Pol	Biopsia	An. Pat.	Ameno
1.55	23.31	Amarela	Não	SUA	Metro.	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	CD	Endo	E.Atrofico	Pólipo	14 anos
1.64	26.77	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 2	Tamoxifen	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	Anteior	Endo	E.Prolif.	Pólipo	
1.68	25.51	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	0,5 cm	CD	Endo	E.Prolif.	Pólipo	
1.59	27.29	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Pólipo	Pólipo	0,5/0,5 /1,0	Post/Ant/CE	Endo	E.Prolif.	Pólipo	
1.58	23.63	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Normal	Pólipo	1,0 cm	Anterior	Endo	E.Prolif.	Pólipo	
1.58	25.24	Amarela	Não	SUA	Hiperreia	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	/0,5/1,0	PLE/Anterior	Endo	E.Secretor	Pólipo	
1.51	22.37	Amarela	Sim	USG	Assintoma	G - 0	Tamoxifen	Polipo	Pólipo	0,5 cm	Anterior	Endo	E.Atrofico	Pólipo	10 anos
1.68	25.16	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 2	Não	Pólipo	Pólipo	0,5cm	Anterior	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.64	25.28	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Polipo	Polipo.	0,5 cm	CD	Endo	E.Prolif.	Pólipo	
1.65	26.08	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G-1/A-1	Não	Polipo	Polipol	0,5 cm/0,5	Posterior/Cerv	Endo/Cerv	E.Prolif.	Pólipo	
1.67	24.38	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	HAS	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	Anteior	Endo	E.Prolif.	Polipoi	
1.56	19.31	Branca	Não	SUA	Hiperreia	G - 1	Não	E.E.	Pólipo	2,0 cm	PLD	Endo.	E.Secretor	Pólipo	
1.58	33.65	Branca	Sim	SUA	Hiperreia	G-5/A-1	Não	E.E.	polipo	1,5cm	PLD	Endo	Pólipo.	Pólipo	
1.68	21.26	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Normal	Pólipo	1,0 cm	Posterior	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.78	22.72	Branca	Não	Esteril.	esterilidade	G - 0	Não	Polipo	Pólipo	1,0 cm/0,5	Posterior/Cerv	Endo/Cerv	E,Prolifera	Pólipo	
1.65	19.10	Branca	Não	SUA	Meno	G - 2	Não	polipo	Pólipo	2,0 cm	Posterior	Endo.	E.Secretor	Pólipo	
1.6	30.08	Branca	Não	SUA	Metro.	G - 3	HAS	E.E.	Pólipo	0,5 cm	Anterior	Endo	HipCs/At.	Pólipo	3 anos
1.58	25.24	Branca	Não	USG	Assintoma	G - 3	Não	Polipo	Pólipo	1,0cm	Anterior	Endo	Polipo	Pól.c/At.	17 anos

Anexo 2 – Continuação

Altura	IMC	Raca	Fuma	Indic.	Sintomas	Gesta.	Doencas	USG_Diag	Hist. Diag.	Tam_Pol	Posicao_Pol	Local_Pol	Biopsia	An. Pat.	Ameno
1.64	31.23	Branca	Não	USG	Assintoma	G – 2	Não	Pólipo/EE.	Pólipo/EE	6,0 cm	Posterior	Endo.	Atrofico	Pólipo	20 anos
1.65	25.71	Branca	Não	SUA	Hipeagia.	G – 2	Hipo.Tireo	Pólipo	polipo	1,5cm	Anterior	Endo	E.Secretor	Pólipo	
1.63	23.34	Branca	Não	SUA	Meno.	G – 2	Não	Pólipo	Pólipo	1,0/1,0 cm	Post/Cerv v.	Endo/Cerv	E.Prolif.	Pólipo	
1.67	19.36	Amarela	Não	SUA	Meno	G – 1	Não	Pólipo	Pólipo	2,0 cm	Anterior	Endo.	End.Prolif.	Pólipo	
1.6	32.03	Branca	Não	SUA	Hiperagia.	G – 2	HAS	Pólipo	Pólipo	1,0cm	Posteior.	Endo.	End. Sec.	Pólipo	
1.62	32.39	Branca	Não	SUA	Hiperagia.	G – 2	DM	Pólipo	Pólipo	1,0 cm	Posterior	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.5	35.56	Branca	Não	USG	Assintoma	G – 3	Reumat.	Pólipo	Pólipo	1,5 cm	Anterior	Endo.	E.Prolif.	Pólipo	
1.68	23.03	Branca	Sim	SUA	Hiperagia.	G – 2	HAS	EE	Pólipo/EE	2,0cm/0,5	Anterior/Cerv	Endo./Cerv.	E.Prolif.	Pólipo	
1.56	29.59	Branca	Não	USG	assintoma	G – 2	Colesterol	Pólipo/EE.	Pólipo/EE	1,0 cm	Anterior	Endo.	E.Atrofico	Pólipo	8 anos
1.6	23.44	Amarela	Não	Esteril.	esterilidade	G – 0	Não	Normal	Pólipo	1,0 cm/0,5	Posterior/Cerv	Endo/Cerv	E.Prolif.	Pólipo	
1.59	24.13	Branca	Não	SUA	Hiperagia.	G – 0	Não	EE	Pólipo.	1,5cm	Posterior	Endo	Hipers/At	adeno Pól	2 anos
1.6	20.70	Branca	Não	SUA	Hiperagia.	G – 2	Não	Pólipo	Pólipo	1,0 cm/0,5	Anterior/Cerv	Endo/Cerv	E.Prolif.	Pólipo	
1.72	23.32	Branca	Não	Esteril.	Esterilidade	G – 0	Não	Normal	Pólipo	1,0 cm	CD	Endo	E.Prolif.	Pólipo	
1.7	23.88	branca	não	Esteril.	Esterilidade	G - 0	Não	Normal	polipo	1,0cm/0,5	Anterior/Cerv	Endo/Cerv	E.Prolif.	Pólipo	

Anexo 3 - Consentimento pós-informado para realização de Histeroscopia Diagnóstica.

Nome: _____ Idade: _____

Endereço:

Telefone:

RG:

Registro Hospitalar:

Eu acima qualificada como paciente, declaro que o

Dr. _____ explicou-me e eu entendi que devo ser submetida ao exame de **HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA**, que:

- consiste na visualização direta da parte interna do útero (cavidade uterina), por meio de um aparelho óptico que será introduzido por via vaginal através do colo do útero;
 - a visualização da parte interna do útero somente é possível com a introdução de gás ou de soro fisiológico para a dilatação do colo do útero e passagem da ponta do aparelho para dentro do útero, momento que poderá gerar desconforto;
 - caso eu apresente dor intensa durante a realização do exame, eu poderei solicitar a interrupção do mesmo;
 - existe a possibilidade da realização de outros exames com a mesma finalidade, como a ultra-sonografia transvaginal, a histerosonografia, a biópsia de endométrio e a curetagem uterina, mas por não possibilitarem a visualização direta do útero, não apresentam a mesma eficácia diagnóstica;
 - as possíveis complicações podem ocorrer em menos de 1 % dos casos, com lesão do útero provocado pelo equipamento e chamada de falso trajeto, perfuração uterina ou infecção;
 - durante o exame poderá ser necessária a coleta de pequeno fragmento para ser enviado à biópsia, para maior confiabilidade do resultado.
-

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do exame a ser realizado. Por tal razão e nestas condições **CONSINTO** que se realize o exame de **HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA** proposta.

Marília, __ de _____ de

Assinatura do Médico

Testemunha

Assinatura da paciente

Anexo 4 - Consentimento pós-informado para realização video histeroscopia cirúrgica.

Nome:

idade:

RG:

Telefone:

Autorizo o Dr _____ a executar uma histeroscopia cirúrgica, tendo sido anteriormente informada do procedimento ao qual serei submetida. Procede-se à inserção do histeroscópio, instrumento cirúrgico similar a um telescópio, através do colo do útero, depois de ser previamente dilatado. A cavidade uterina será distendida com uma solução líquida. Via histeroscópio será introduzida na cavidade uterina um pequeno instrumento cirúrgico que permitirá a realização do intervento.

Vídeos e fotografias da cavidade uterina poderão ser feitos durante o intervento para documentação com finalidade didática.

Na histeroscopia poderá haver uma finalidade diagnóstica e/ou terapêutica; nesta técnica permite-se à retirada de pólipos e miomas, a ablação endometrial, a lise de sinequia, a ressecção de septo uterino, a cateterização tubária e o controle e remoção do dispositivo intra-uterino. Em particular, no tratamento do mioma uterino, em alguns casos é prevista uma segunda intervenção para a retirada da porção residual quando necessário. Na ablação endometrial é prevista uma falha do método (reaparecimento de sangramento uterino anormal) em cerca de 15% dos casos. Depois da cirurgia histeroscópica é aconselhável:

Evitar qualquer atividade que requeira particular concentração após o dia sucessivo da intervenção.

Retomar ao trabalho leve a partir do segundo dia após a intervenção. Retomar a plena atividade a partir do sétimo dia após a intervenção. Retorno imediato ao médico se houver qualquer alteração.

Apesar da cautela, a histeroscopia pode apresentar complicações como todos os procedimentos cirúrgicos, algumas das quais graves, a exemplo de:

Perfuração uterina, com possibilidade de lesão de órgão (bexiga, intestino e grandes vasos).

Infecção (pouco freqüente).

Passagem excessiva para a corrente sanguínea e espaço extravascular de solução utilizada para a distensão da cavidade uterina.

Embolia gasosa.

Tais complicações são, todavia pouco freqüentes.

Há a possibilidade de que, no curso da intervenção ou após, se encontre uma situação que irá requerer um tratamento mais complicado e diferente

daquele inicialmente proposto. Deverá então o paciente desde já autorizar, se necessário, uma laparoscopia ou laparotomia. A **paciente abaixo assinante declara que:**

Leu todo o conteúdo deste consentimento pós-informado. Compreendeu e está de acordo com o que será efetuado.

Foram-lhe devidamente explicados a intervenção, os riscos (complicações) e as possibilidades alternativas de um modo claro.

Recebeu toda a informação que desejava conhecer e a possibilidade de fazer perguntas e questionar dúvidas.

Declara ainda que pode a qualquer momento antes da cirurgia revogar a sua autorização e o seu consentimento.

Conseqüentemente, houve a sua autorização e o seu consentimento.

Assinatura da paciente

Assinatura do Médico

Assinatura da testemunha

Anexo 5 – Pré-laudo da Histeroscopia Diagnóstica.

Pré-Laudo



Video Histeroscopia

Paciente:

Nome Paciente: _____ R.A. Amb. _____
 Solicitante: _____ R.A. SADT: _____
 Convênio: _____ Idade: _____ anos Data: _____
 Peso: _____ kg Altura: _____ cm I.M.C. _____ Raça: _____ Data Ult. Mens: _____ Dia Ciclo: _____
 Gestação: _____ Filhos: _____ Abortos: _____ Fumante: _____ Médico Laudo: _____

Dados do Laudo:

Ultrasonografia:	Polipo Cervical	Pólipo Uterino	Sinequias	Mioma	Endométrio	mm	Outros
Outros Exames:							
Medicamentos:	Hormônio	Outros					
Doenças:	Normal	HAS	Diabetes		Outras		
Indicação:	Esterilidade	Achado USG	S.U.A		Outras		
Queixas:	Hipermetro	Metrorragia	Dismenorréia		Outras		
1-Colo Uterino:	Normal	Em Fenda	Puntiforme		Atrofiado		
	Anormal	Em Fenda	Puntiforme		Estenosado		
2-Cav. Uterina	Normal	Aumentada	Septo Completo		Fundo Arcuado		
	Anormal	Diminuída	Septo Incompleto		Vascularizada		
3-Superfície:	Uniforme	Lisa	Crateriforme		Vegetante		
	Irregular	Polipóide	Cística				
4-Endométrio:	Proliferativo	Misto	Sincrônico		Hipertrófico		Hipotrófico
	Secretor	Residual	Assincrônico		Atrófico		
5-Óstio T. Esq:	Visível	Não Visível	Óstio T. Direito:		Visível		Não Visível
6-Polipos	Tipo: 1-Endocervical 2-Endometrial	Carac.: 1-Único 2-Múltiplos	1-Sessil 2-Pediculado		Local: 1-Fundico 2-Cornual Esq 3-Cornual Dir.	4-Parede Ant. 5-Parede Post. 6-Parede Lat. Esq 7-Parede Lat. Dir.	
	Ausente						
	Seq.:						
7-Miomas:	Tipo: 1-Cervical 2-Intracavitário	Carac.: 1-Único 2-Múltiplos	1-Sessil 2-Pediculado		Local: 1-Cornual Esq 2-Cornual Dir.	4-Parede Ant. 5-Parede Post. 6-Parede Lat. Esq 7-Parede Lat. Dir.	
	Ausente	2-1-SubMucoso 2-2-Intramural					
	Seq.:						
8-Sinequias:	Mucosa Muscular Ausente	Múltiplas Istímica Fibrosa	Cornual Dir. Cornual Esq.		Marginal Esq. Marginal Dir.		Central Fundica
9-HDX:							
10-Biopsia:	Dirigida	Orientada	Não Realizada				
11-Anat. Patolog.:							
Observação:							

Data e Hora: 10/11/2006 18:04:05

Sistema de Informação - Hospital Unimar

Pág.: 1 de 1

Anexo 6 – Laudo da Histeroscopia Diagnóstica.**Laudo****Vídeo Histeroscopia****Paciente:**Nome Paciente:
Solicitante
Convênio:R.A. Amb.
R.A. SADT:
Idade: anos Data:**Dados do Laudo:**

Colo Uterino:

Cav. Uterina:

Superfície:

Endométrio:

Óstio T esq.

Óstio T dir.

Pólipos:

Miomias:

Sinéquias:

HDX:

Biópsia:

Anat. Pat.:

Observação: