

Tumores Malignos do Corpo Uterino

Avaliação de Aspectos Epidemiológicos

MARIA LUIZA PESSOA CAVALCANTI

*Chefe da Seção de Ginecologia do Instituto Nacional de Câncer – R.J.
Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.
Titular em Ginecologia e Obstetrícia. Especialista em Cancerologia.*

NEWTON VILLAR

*Ex-médico residente do Instituto Nacional de Câncer – R.J.
Professor Adjunto da Universidade Gama Filho, Chefe de Clínica Ginecológica
do Hospital Universitário da Universidade Gama Filho.*

RESUMO

Os AA. fazem uma avaliação dos principais aspectos epidemiológicos em 120 pacientes portadoras de tumores malignos do corpo uterino, durante o período de 1965 a 1974, atendidas na Seção de Ginecologia do Instituto Nacional do Câncer.

INTRODUÇÃO

Os tumores malignos do corpo uterino apresentam um significativo aumento de sua incidência nas últimas décadas, chegando a alcançar cifras de 41,4 casos por 100.000 habitantes segundo dados de Registro de Tumores da Califórnia de 1973². Este aumento, em parte, é devido à maior longevidade da população feminina e conseqüentemente a um tempo maior de exposição aos fatores de risco. Dentre os tumores malignos, 95%³ se apresentam sob a forma dos adenocarcinomas de endométrio, ficando os 5% restantes

para os sarcomas, carcinomas indiferenciados e coriocarcinomas.

O protótipo da paciente portadora do principal tipo de tumor maligno do corpo uterino (adenocarcinoma segundo a maioria das publicações internacionais) é de uma mulher obesa, de elevada estatura, de bom nível sócio-econômico, hipertensa, diabética, infértil ou de baixa fertilidade, com períodos menstruais longos, abundantes e irregulares.

Este trabalho tem a finalidade de analisar alguns desses aspectos em nossas pacientes e compará-los com dados da literatura internacional existente.

MATERIAL E MÉTODOS

Nosso material consta de 120 pacientes matriculadas na Seção de Ginecologia do Instituto Nacional de Câncer, no período de 1965 a 1974, portadoras de tumores malignos de corpo uterino em seus diferentes tipos histológicos e estádios clínicos.

As pacientes foram distribuídas segundo o gráfico abaixo (Gráfico 1).

Observa-se que no nosso Serviço não houve uma incidência progressivamente crescente de casos como era de se esperar, havendo grandes variações no período estudado. Como refere Novak⁸, ao contrário do câncer de colo, esses tumores são predominantemente tratados em clínica privada, sendo poucas as pacientes drenadas para Serviços previdenciários. Acresce-se a esse fato a evolução mais lenta do tumor em uma boa percentagem de casos e o mais fácil manejo cirúrgico, permitindo seu tratamento em Serviços não especializados em oncologia.

Foram analisados os seguintes dados colhidos nos prontuários médicos: (Tabela 1) – a) Tipos histológicos; b) Idade de aparecimento do

* Trabalho realizado na Seção de Ginecologia do Instituto Nacional de Câncer – MS.

tumor; c) Cor; d) Idade da menarca; e) Idade da menopausa; f) Número de gestações; g) Fatores de risco; h) Referência ao uso de estrogênios exógenos antes ou depois da menopausa; e i) Estadiamento clínico.

TABELA I

Fatores Epidemiológicos

PARÂMETROS AVALIADOS	
1	Tipos Histológicos
2	Faixa Etária
3	Cor
4	Idade da Menarca
5	Idade da Menopausa
6	Número de Gestações
7	Fatores de Risco
8	Referência ao Uso de Estrogênios
9	Estadiamento Clínico

INCa. — 1979

Tipos Histológicos Encontrados (Gráfico 2)

Em nossos 120 casos estudados, 114 (95%) apresentaram-se sob a forma dos adenocarcinomas de endométrio em suas diversas variantes histológicas, ficando os restantes 5% para os outros tipos de tumores referidos. Estes achados são idênti-

cos às diversas outras publicações^{2,3,8,9,10}, demonstrando uma nítida predominância dos tumores endometriais.

Idade de Aparecimento do Tumor (Gráfico 3)

No nosso material a paciente mais jovem tinha 32 anos e a mais idosa 89 anos, com a média de idade de 62, 17 anos. Estes dados estão de acordo com diversos outros trabalhos. Gusberg refere uma idade média de 56 anos, enquanto Novak relata como 57 anos a idade média de aparecimento do tumor.

Incidência de Casos em Relação à Cor (Gráfico 4)

A maior parte das nossas pacientes (79,16%) era de cor branca. Nos trabalhos consultados, encontramos muitas referências a esse aspecto, mas correlacionando a cor a um melhor nível sócio-econômico e consequentemente a um bom estado de nutrição.

Idade da Menarca (Gráfico 5)

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas

em relação à idade média da menarca fisiológica. Não foram pesquisados o tipo menstrual e os catamênios posteriores. No nosso material 90% das pacientes apresentaram a menarca entre os 11 e 15 anos.

Idade da Menopausa (Gráfico 6)

No nosso material 73,3% das pacientes apresentaram a menopausa na faixa etária entre os 41 e os 55 anos, em acordo com a população geral feminina. Não houve predominância de menopausa precoce ou tardia. As oito pacientes menopausadas cirurgicamente estavam no menacme quando do aparecimento do tumor.

Número de Gestações (Gráfico 7)

Em desacordo com os dados da literatura internacional^{2,3,8}, que referem um alto índice de infertilidade em pacientes portadores dos tumores malignos do endométrio, em nosso material encontramos 63,3% de pacientes que tiveram de uma a 10 gestações e 13,35% com mais de 11 gestações. Estes achados sugerem que outros fatores seriam mais importantes ou mais efetivos como predisponentes à carcinogênese.

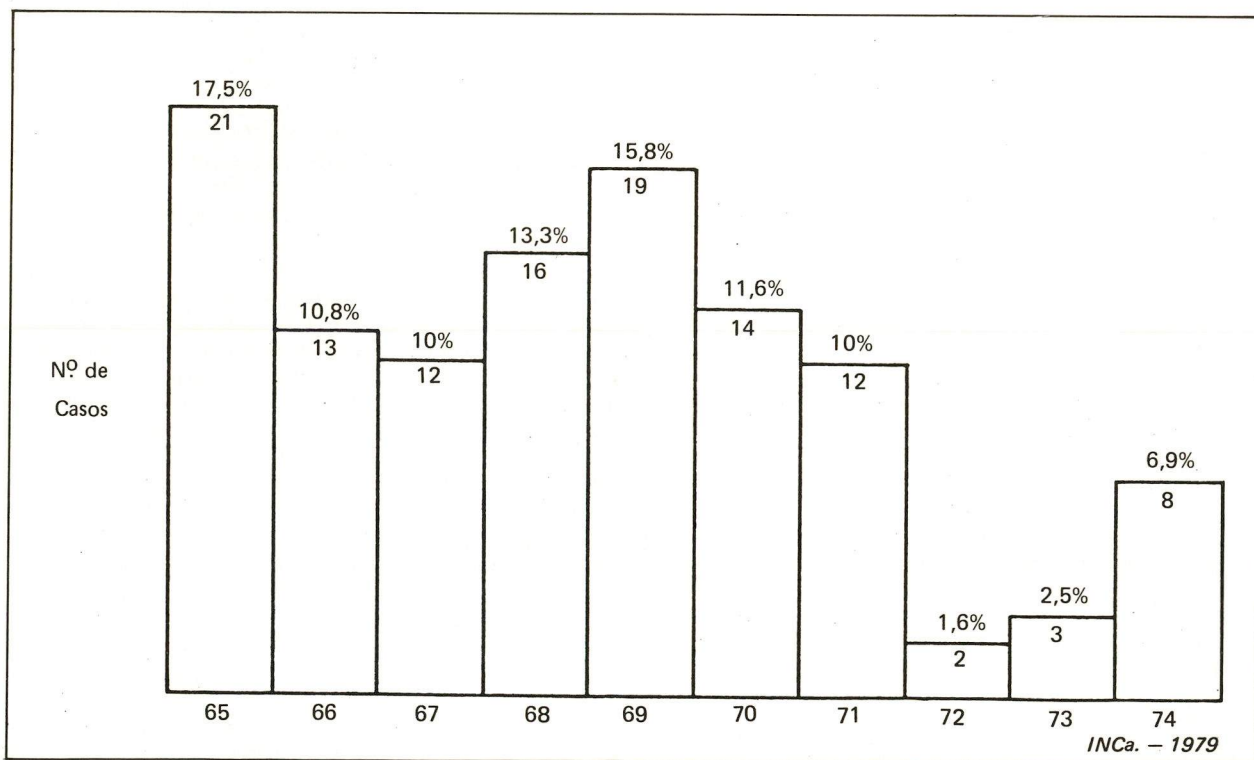


Gráfico 1 — Tumores Malignos do Corpo Uterino. Distribuição de Casos por Ano. Total — 120 Casos.

Carcinoma	1 (0,87%)	
Indiferenciado		
Coriocarcinoma	1 (0,87%)	
Leiomiossarcoma	1 (0,87%)	
Sarcoma de Endométrio	3 (2,39%)	
Adenocarcinoma Diferenciado	61 (53,5%)	114 (95%)
Adenocarcinoma Papilífero	40 (35,1%)	
Adenocarcinoma Indiferenciado	10 (8,7%)	
Adenoacantoma	2 (1,8%)	
Hiperplasia Adenomatosa	1 (0,9%)	

INCa. — 1979

Gráfico 2 — Tumores Malignos do Corpo Uterino. Tipos Histológicos — 120 Casos

Fatores de Risco (Tabela 2)

Está bem demonstrado que numerosas pacientes com tumores malignos do corpo uterino apresentam certas condições clínicas que favorecem ou predis põem à doença. A hipertensão, a obesidade e o diabe-

tes são considerados os principais fatores de risco, enquanto alguns trabalhos citam ainda a estrogenerioterapia, as hiperplasias e a síndrome de Stein-Leventhal como outros fatores.

A revisão do nosso material demonstrou a presença de 55,84% de

pacientes com uma ou mais das três condições principais contra 44,16% de pacientes sem fatores de risco. Houve um acentuado predomínio da obesidade isolada ou em associação (36,65%) sobre os outros fatores em iguais condições, sugerindo ser aquele o principal fator de risco ao câncer de endométrio como refere Neves e Castro⁷.

Estrogênios e Câncer do Corpo Uterino (Tabela 3)

Em nosso material apenas três pacientes (2,5%) referiram o uso de estrogênios exógenos na pré ou pós-menopausa. Há alguns anos existe uma grande polêmica em torno do fato de estrogenerioterapia aumentar o risco de câncer do corpo uterino. Numerosos trabalhos demonstram hipoteticamente a relação causaeifeitos no aparecimento desses tumores (Smith *et al* — 1975; Gusberg *et al* — 1967; Ziol e Finkle — 1975; Mack *et al* — 1976; IBID — Neves e Castro)⁷, enquanto outros contestam essas afirmações (Rosd *et al* — 1976; Schleyer-Saunders — 1976; Studd — 1976; Pacheco e Kempers — 1968; Neves e Castro IBID — Neves e Castro)⁷. O que está bem estabelecido é: a) A estrona (EI) apresenta efeitos carcinogênicos observados experimentalmente em animais e que em ensaios clínicos têm sido relacionados ao aparecimento de tumores de endométrio¹¹; b) As pacientes obesas apresentam uma transformação periférica de androstenediona em estrona e sendo demonstrada estatisticamente a correlação com uma maior incidência desses tumores^{2,4,12}; c) Há um alto risco de aparecimento precoce de tumores do corpo uterino, como em outras localizações na genitália, em pacientes cujas mães fizeram uso de dietilestilbestrol durante a gestação^{1,10}; d) Algumas publicações demonstram o aparecimento do tumor independente dos fatores de risco, do uso de estrogênios e da presença de hiperplasia concomitante^{5,6,9}.

Estadiamento Clínico (Tabelas 4 e 5)

Os tumores do corpo uterino apresentam um período de latência de cinco a 10 anos antes de sua evidência clínica⁶ com crescimento lento principalmente em suas formas diferenciadas^{2,3,12} permitindo

TABELA 2

Nº de Casos em Relação aos Fatores de Risco

FATORES DE RISCO	Nº DE CASOS	%
Sem Fator de Risco	53	44,16
Hipertensão + Diabetes + Obesidade	5	4,16
Diabetes + Obesidade	3	2,5
Hipertensão + Obesidade	19	15,83
Obesidade	17	14,16
Diabetes	5	4,16
Hipertensão	13	10,87
Hipertensão + Diabetes	5	4,16
TOTAL	120	100

INCa. — 1979

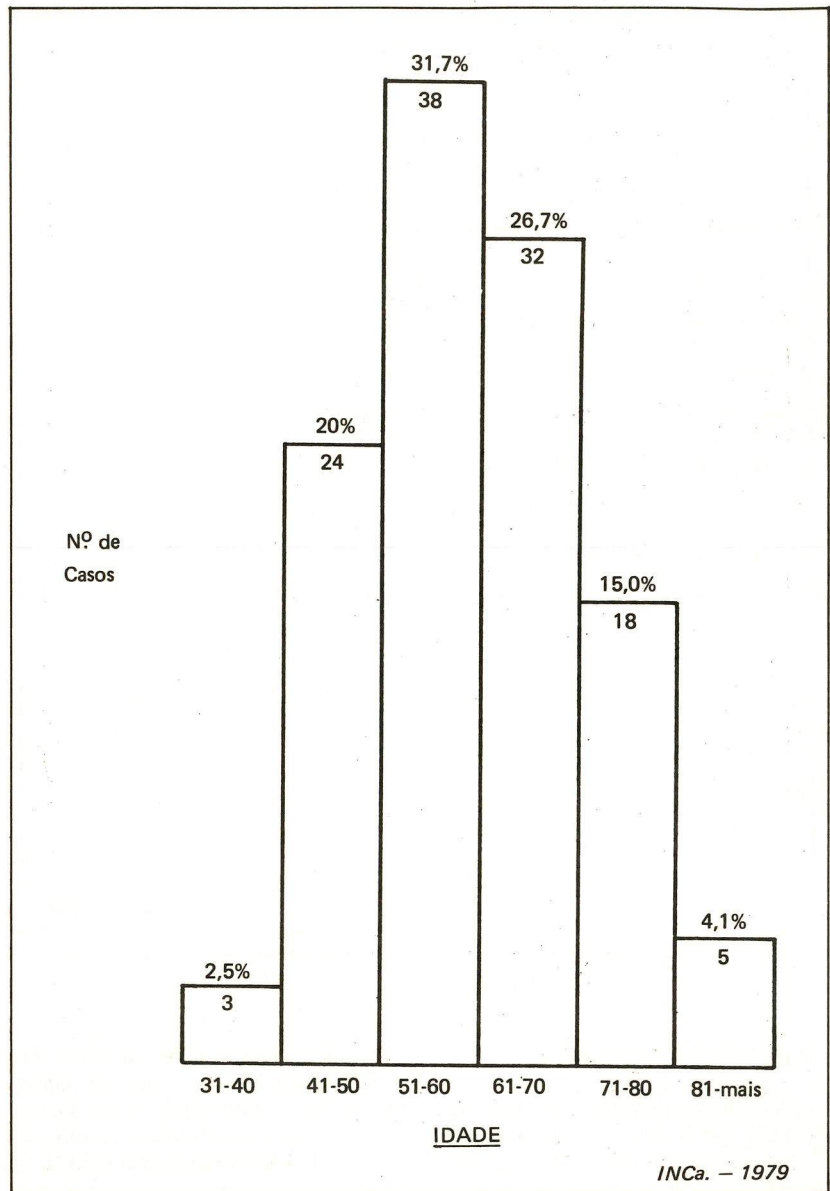


Gráfico 3 – Tumores Malignos do Corpo Uterino. Faixa Etária – 120 Casos. Média – 62, 17 anos.

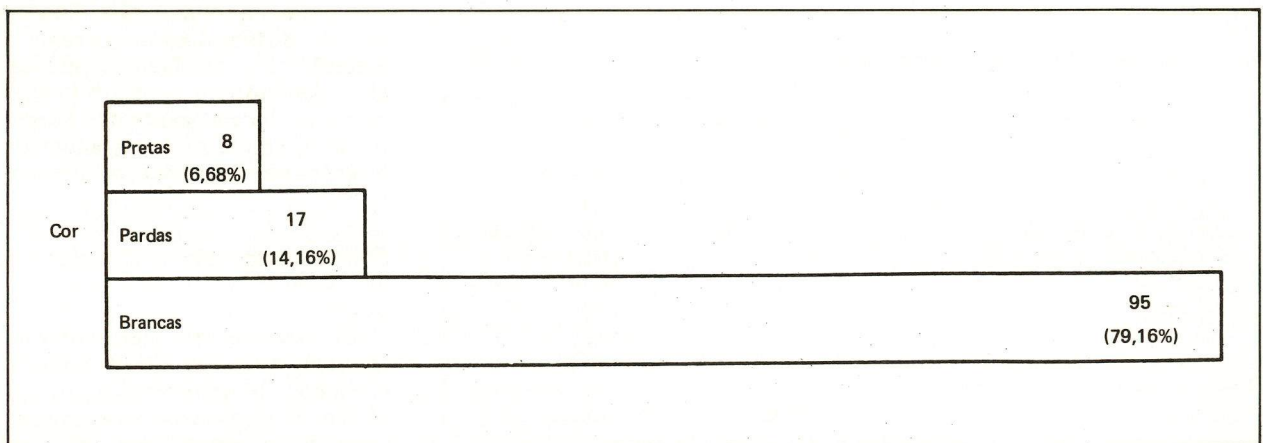


Gráfico 4 – Tumores Malignos do Corpo Uterino. Incidência de Casos em Relação à Cor. Total – 120 Casos.

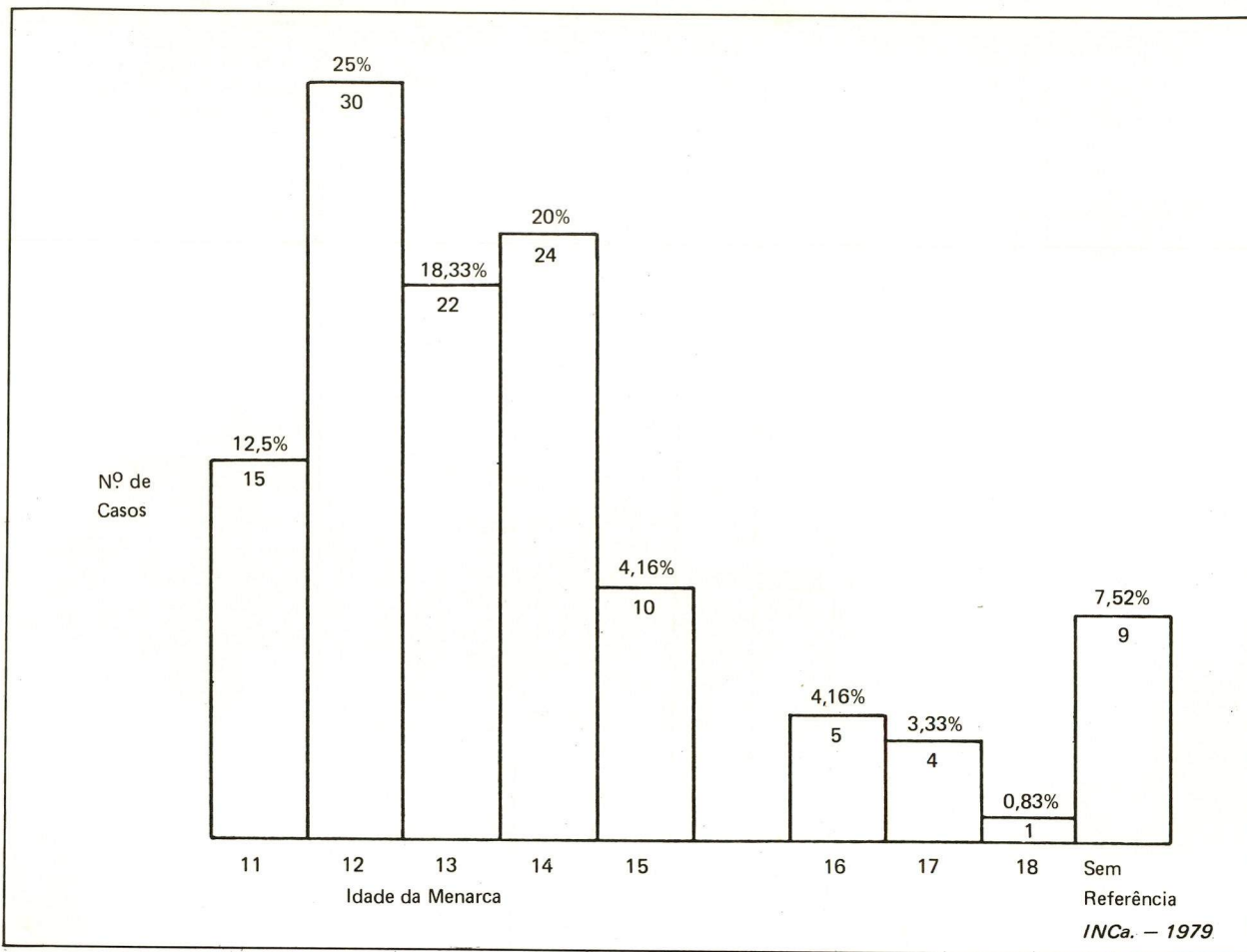


Gráfico 5 - Tumores Malignos do Corpo Uterino. Nº de Casos/Idade da Menarca. Total - 120 Casos.

TABELA 3

Referência ao Uso de Estrogênicos Exógenos em 120 Casos

Sim	3 Casos (2,5%)
Não	117 Casos (97,5%)

INCa. - 1979

um diagnóstico em seus estádios clínicos mais precoces. Em nosso material houve um predomínio das formas incipientes (67,49%), ou seja, nos estádios zero, I e II, excluindo-se os casos não estadiados. Encontramos um caso de hiperplasia adenomatosa rotulada como estágio zero, segundo Gusberg³, enquanto outros autores apresentam critérios diferentes para o adenocarcinoma *in situ* de endométrio.

CONCLUSÕES

Os tumores malignos do corpo uterino apresentam um predomínio

TABELA 4

Estadiamento Clínico/Nº de Casos

ESTÁDIO	Nº DE CASOS	%
0 (Zero) Tu <i>in situ</i>	1	0,83
1a	9	7,50
1b	39	32,50
II	32	26,66
III	5	4,18
IVa	6	5,00
IVb	6	5,00
Não Estadiados	22	18,33
TOTAL	120	100

(95%) para as formas histológicas de origem endometrial (adenocarcinomas). Não há relação entre a idade da menarca, idade da menopausa, número de gestações e uso de estrogênicos com o aparecimento do tumor no nosso material. Os dados colhidos sugerem que a obesidade é o principal fator de risco, provavel-

mente relacionada com altos níveis de estrona circulante, produzida prefericamente a partir da androstenodiana. As pacientes de cor branca apresentaram uma maior incidência (79,16%) em relação às pardas e pretas. Não encontramos nenhum caso de associação de câncer de endométrio e de mama, como demons-

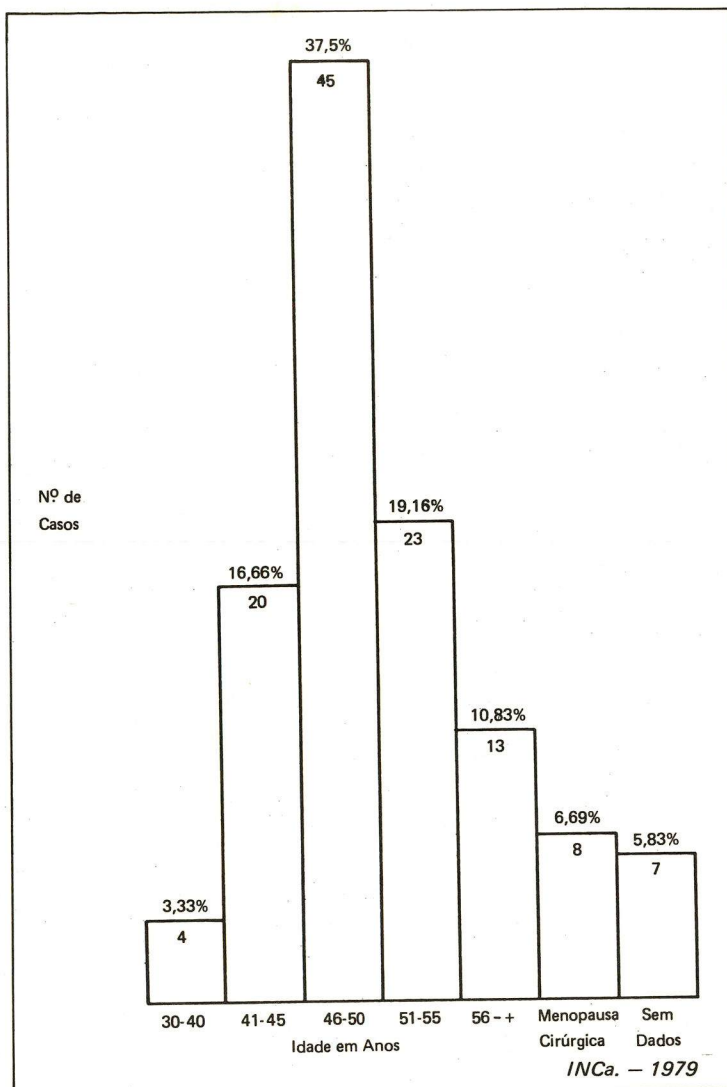


TABELA 5

Estadiamento Clínico

Estádios		
0	Ca. <i>in situ</i>	
I	Ia	Limitado ao Corpo Cavidade \leq 8 cm
	Ib	Cavidade $>$ 8 cm
II	Extensão ao Colo	
III	Extensão além do Útero (na Pequena Pelve)	
IV	IVa	Além da Pequena Pelve Extensão a Bexiga/Reto
	IVb	Metástases a Órgãos Distantes

INCa. - 1979

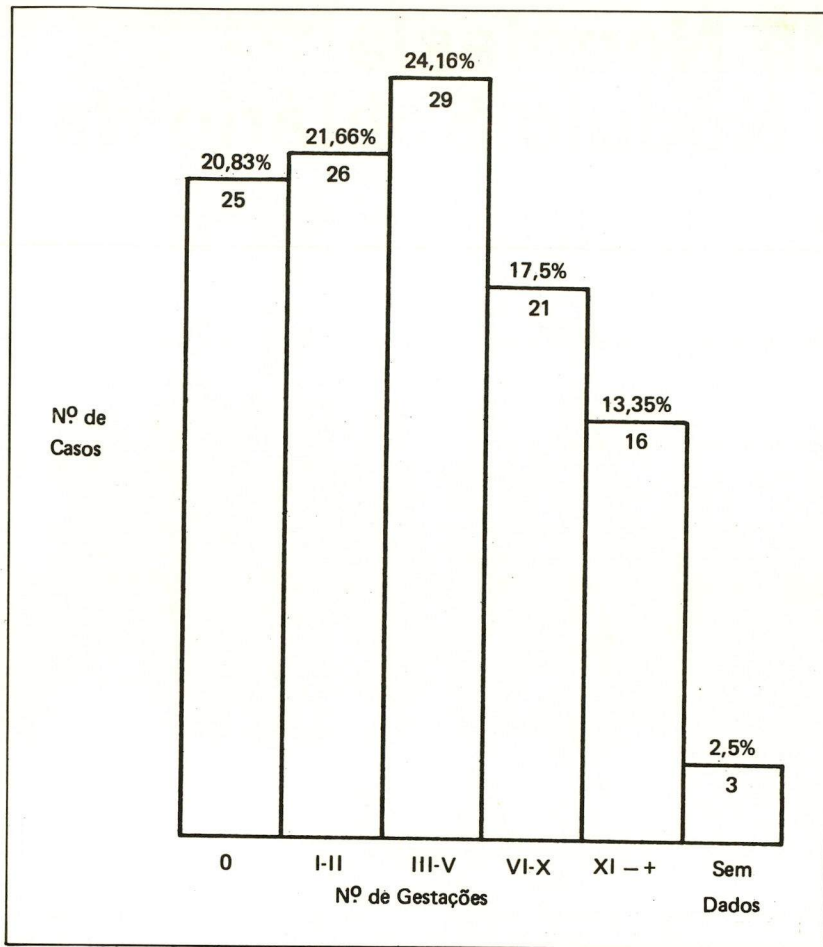


Gráfico 7 - Tumores Malignos do Corpo Uterino. Nº de Casos Comparados com Nº de Gestações - Total - 120 Casos.

tram alguns trabalhos (MacMahon IBID-LIPSETT)⁶. Foi feito um diagnóstico nos estádios I e II em um número significativo de pacientes e a idade média de aparecimento do tumor foi mais elevada (62,17) do que a maioria dos trabalhos.

SUMMARY

The authors evaluate the principal epidemiological aspects in 120 patients, with malignant tumors of the uterine body, during a period that lasts from 1965 to 1974. All patients have been treated in the gynecological section of the Instituto Nacional de Câncer.

REFERÊNCIAS

- CARVALHO, G. - Citologia do trato genital feminino. Págs. 277 a 293, São Paulo, Manole, 1976.
- DEMOPOULOS, R.I. in ANCEL BLAUSTEIN - Pathology of the Female Genital Tract, 278-298, VERLAG N.Y. INC. - 1977.
- GUSBERG, S.B. in HOLLAND J.F. - Cancer Medicine. Corpus Uteri. p.p. 1728 a 1734 - 2ª Edition - Philadelphia, Lea & Febiger, 1974.
- HAUSKNECHT, R.U. and GUSBERG, S.B. - Estrogen Metabolism in patients at high risk for endometrial carcinoma. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 116: 981, 1973.
- INZA, R.; OTTURI, J.E.; CHEVALIER, R.A.; in ARRICHI, L.A. - Lesiones Premalignas Ginecológicas - Lopes Libreros - Buenos Aires, 1976.
- LIPSETT, M.B. in ROBERT, H. WILLIAMS - Textbook of Endocrinology - Endocrine Responsive Cancers of Man. Philadelphia. Saunders 5th Edition - 1974.
- NEVES e CASTRO, M. - O Climatério e a Pós-Menopausa. *A Folha Médica*. Vol. 75 - nº 3: 3-29. Rio, 1977.
- NOVAK, E.R.; JONES, G.S.; JONES Jr., H.W. - Tratado de Ginecologia. 8ª edição. México - Interamericana, 1971.
- PSCHYREMBEL, W. - Ginecologia Practica, Alhambra, Madri, 1971.
- ROTH, L.M. - Clear Cell adenocarcinoma of the Endometrium. *Cancer* 33: 990, 1974.
- SMITH, D.C.; PRENTICE, R.; THOMPSON, D.J. and HERMANN, W.L. - Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma. *New Engl. J. Med.* 293: 1.164, 1975.
- THE LINDE, R.W. - Ginecologia operatória. Ed. Guanabara. Rio, 1947.
- ZIEL, H.K. and FINKLE, W.D. - Association of estrone with the development of endometrial carcinoma. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 124: 735, 1976.