

# CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO E PRENHEZ EUTÓPICA

(REGISTO DE UM CASO)

**Alicio Peltier de Queiroz**

(Catedrático de Clínica Ginecológica)

O problema do câncer genital associado à gravidez foi magistralmente tratado, entre nós, por Jorge de Rezende (1), em seu relatório ao VI Congresso Argentino de Obstetrícia e Ginecologia, 1946.

O relatório inclui uma completa revisão da literatura nacional até àquela data.

No mesmo ano, 1946, foi divulgada, por Nestarez e Assalli (2), de S. Paulo, a primeira e, até agora, única observação brasileira de prenhez eutópica e carcinoma do corpo uterino.

Tratava-se de uma paciente de 40 anos, grande múltipara (9 gestações), com amenorréia de um mês e vinte dias.

Abôrto, seguido de duas curetagens. Como as perdas sanguíneas continuassem, consulta um dos autores, que se decide por nova curetagem.

O material, examinado pela Dra. Maria Luiza Mercadante, da Universidade de S. Paulo, revela: restos ovulares infectados, carcinoma plano-celular (grau III).

Praticada a histerectomia total, "o exame anátomo-patológico revelou apenas endometrite crônica."

Os autores acreditam houvesse ocorrido a remoção completa do neoplasma pelas curetagens (três) sucessivas.

A nossa observação poderá ser assim sumariada:

MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA (Pensionato).

Sra. R. N. Brito, 43 anos, casada, branca, s. d., residente em Jiquié, neste Estado.

A 27 de Março do ano corrente, foi acometida por profusa hemorragia genital, que veio a ceder, espontaneamente, com o repouso.

Dois dias após, repete-se o fato, acompanhado de dores hipogástricas (cólicas) e sacro-lombares.

Chamado o médico, diagnostica gestação do terceiro mês, abôrto inevitável.

Na manhã do dia seguinte, dá-se a expulsão do feto, ficando retida a placenta, o que motiva a sua remoção urgente para esta Capital.

A paciente estranhou a gravidez, que não presentira, pois não estava amenorréica e vinha tendo frequentes anomalias menstruais nos dois últimos anos.

Antecedentes familiares: nada digno de menção.

História menstrual: menarca aos 14 anos, correndo 6 dias, q. r., sem dor. Hábito menstrual:  $\frac{6}{28-30}$ , q. r. sem dor.

De dois anos para cá, vem observando graves irregularidades menstruais quanto ao espaçamento (antecipação e retardamento), duração (10 dias) e quantidade (menorragia).

Alude ainda a pequenas metrorragias inter-menstruais.

História obstétrica: 11 gravidezes, partos naturais, a termo, puerpérios apiréticos. Último parto há dois anos, em boas condições.

A 3 de Abril, na Maternidade Climério de Oliveira, a paciente foi examinada pelo Prof. Pio Bittencourt, que constatou a existência de um polipo, volume aproximado de uma noz, implantado alto no canal cervical.

Discreta perda sanguínea, colo mole e dilatável, obstruído pelo tumor.

Retirado o polipo, por torção, é extraída a placenta por cura-gem digital, sob narcose. Curetagem complementar.

O exame anátomo-patológico do polipo, realizado pelo Prof. João Andréa, revelou tratar-se de um mioma sub-mucoso pediculado, apresentando, porém, os cortes, inclusões e fôrro epitelial glandular, com degeneração adenocarcinomatosa.

As fotomicrografias que acompanham êste registo mostram os aspectos mais interessantes dêsse exame.

Diante do achado, a doente nos foi confiada pelo Prof. Pio Bittencourt.

Nessa ocasião o exame objetivo revela: paciente anemiada, abdome flácido, com estrias. Rutura perineal do 2.º grau. Vagina ampla, banhada de fluxo muco-sanguinolento abundante. Fundos de saco vaginais livres.

Canal cervical permeável à polpa digital. Útero aumentado (volume aproximado de um abacate), amolecido, móvel, indolente.

Histerometria: 12 cents. Perda sanguínea desproporcionada ao trauma (Sinal de Clar positivo).

Anexos e paramétrios, normais.

Indicação de tratamento: Histeretomia total simples, com anexectomia bilateral. Vía abdominal. Operação realizada a 19 de Abril de 1950.

Anestesia: Combinada (Tiopental-Ciclopropana-Éter-Oxigênio-Curare). Anestesista: Eduardo Araújo Filho.

Técnica simplificada. Decurso sem incidentes. Tempo operatório: 60 minutos.

Sequências operatórias normais. Roentgenterapia profunda. Alta, clinicamente curada, a 20 de Maio de 1950.

O exame da peça cirúrgica, que se vê na fotografia anexa realizado pelo Prof. Rafael Stigliani, patologista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, pode ser assim sintetizado:

O útero, depois de fixado, pesa: 245 grs., forma conservada, côr rósea, superfície lisa. Trompas e ovários de tamanho e consistência normais.

Incisado o útero, apresenta-se o endométrio espessado, fungoso, com superfície irregular e friável. O aspecto hiperplásico se detém, bruscamente, ao nível do istmo.

O corte do miométrio apresenta tecido compacto com estrutura de feixes esbranquiçados.

O exame microscópico do colo revela cervicite sub-aguda com hiperplasia glândulo-cística.

O endométrio, ao microscópio, apresenta um estroma sem fibras e substância fundamental, com numerosas células muito apertadas umas contra as outras. Numerosas são as glândulas, muitas delas reunidas, desprovida de membrana basal, com numerosos núcleos, muitas vezes atípicos, de forma ovalar, com cromatina escassa e poeriforme, ou disposta em pequenos grânulos bem corados.

Diagnóstico: Hiperplasia glandular do endométrio, em transformação adenocarcinomatosa.

O exame de cortes seriados das trompas e ovários nada revelou de anormal.

As fotomicrografias que ilustram êste registo documentam melhor que qualquer descrição os quadros histo e citológicos revelados pelo exame da peça.

Aspectos microscópicos do polipo (Gentileza do Prof. João Andréa):

---

## COMENTARIOS

Se o tema câncer do colo e gravidez tem sido estudado sob muitas incidências e conta, no momento, com uma extensa bibliografia; se a coexistência de carcinoma do colo e do endométrio com a prenhez ectópica também tem sido devidamente autenticada; a associação do câncer do endométrio com a prenhez eutópica sempre deu margem a dúvidas e discussões.

Vem de longe, fazendo eco, a afirmativa lançada na "Enciclopédia de Ginecologia" de Veit, pela autoridade de Sarwey (3):

"Quase não se concebe que a gravidez possa coincidir com um câncer do corpo do útero, pois, se é verdade que, pelo menos no início da doença, não há motivos que embarguem a fecundação, é de todo impossível que se verifique o desenvolvimento ulterior do ovo na cavidade do útero invadido pela degeneração cancerosa.

Na realidade, não se encontram na literatura casos autênticos e indubitáveis da coexistência de câncer do corpo e gravidez".

Kustner (4) opôs dúvidas aos 7 casos que chegaram ao seu conhecimento.

Schumann (5) escreveu assim: "cancer of the body of the uterus almost excludes the possibility of pregnancy".

Os autores mais modernos, menos categóricos, taxam a ocorrência de "absolutamente excepcional" (Monckeberg) (6), de "excepcional coincidência" (Lastra e Jakob) (7) etc. etc.

Não discutiremos teoricamente o assunto.

RES, NON VERBA.

Registamos o nosso achado. Será autêntico? — Um médico assistiu a expulsão do feto. A placenta de três meses foi extraída por um técnico, professor de Obstetria.

Dois patologistas examinaram, independentemente, o polipo (Prof. João Andréa) e o útero extirpado (Prof. Stigliani).

As imagens histológicas não deixam margem a dúvidas. Ao lado da hiperplasia glandular harmônica, aparecem os aspectos da degeneração adenocarcinomatosa.

Voltemos a Sarwey: estava com a razão. A prenhez é possível no útero canceroso. Só não é possível é a evolução da gestação.

Os três últimos casos da literatura a meu alcance: o de Wallingford (1934), (8) o de Nestarez e Assalli (1946) e o que acabamos de registrar (1950), todos os três, espontânea e precocemente interrompidos, confirmam o assêto.

## BIBLIOGRAFIA

1): Rezende, Jorge: Câncer genital e gravidez — VI Cong. Arg. Obst. y Gin., 1946, 55.

2): Nestarez e Assalli: Alguns aspectos do câncer do endométrio. Sua associação com prenhez. Obst. Gin. Lat. Ams., 1946 IV, 161.

3): Sarwey: Carcinoma y embarazo. In "Enciclopédia de Ginecologia" de J. Veit, vol. IV, pg. 305.

4): Kustner: Embarazo y parto en el cancel del útero. In Doderlein "Trat. de Obst." trad. esp., T. I. 2ª ed., 727.

5): Schumann: Observations upon the coexistence of carcinoma fundus uteri and pregnancy. Am. J. Obst. and Gyn. 14:573, 1927.

6): Monckeberg: Embarazo y cancer del cuello uterino. Obst. Gin. Lat. Ams. 2: 417, 1944.

7): Lastra y Jakob: Cancer genital y embarazo. VI Cong. Arg. Obst. y Gin. 1946.

8): Wallingford: Cancer of the body of the uterus complicating of pregnancy. Am. J. Obst. & Gyn., 27: 224, 1934.

## DESCRIÇÃO DAS FIGURAS

## Fôlha I

Fig. 1 — Fotografia da peça operatória. Útero e anexos.  
Histerectomia total simples

Percebe-se o aspecto fungoso do endométrio, em contraste com a superfície lisa da mucosa endocervical.

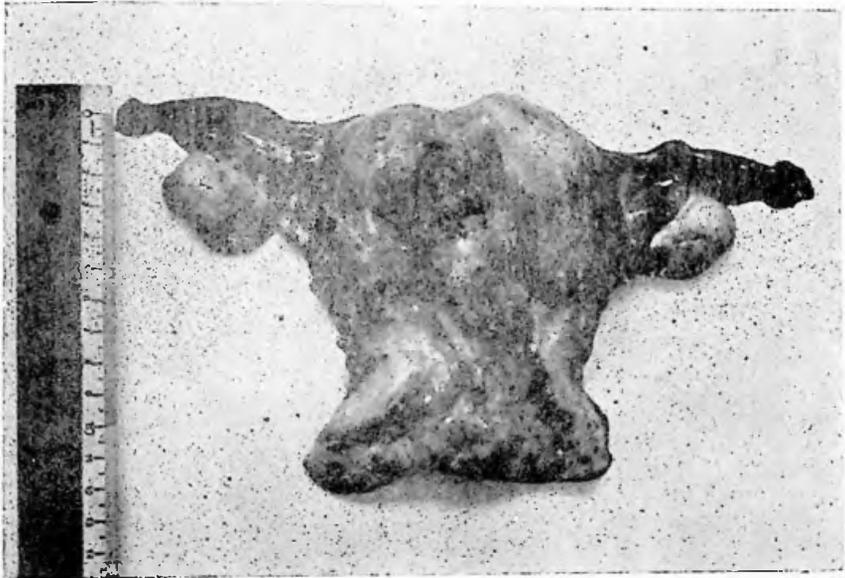


Fig. 1

## Fôlha II

Figs. 2 e 3 — Numerosas glândulas disseminadas em um estroma rico em células.

Algumas se apresentam onduladas e dilatadas. Epitélio cilíndrico alto.

Corrente fibrocitária visível.

Hiperplasia glandular do endométrio.



Fig. 2

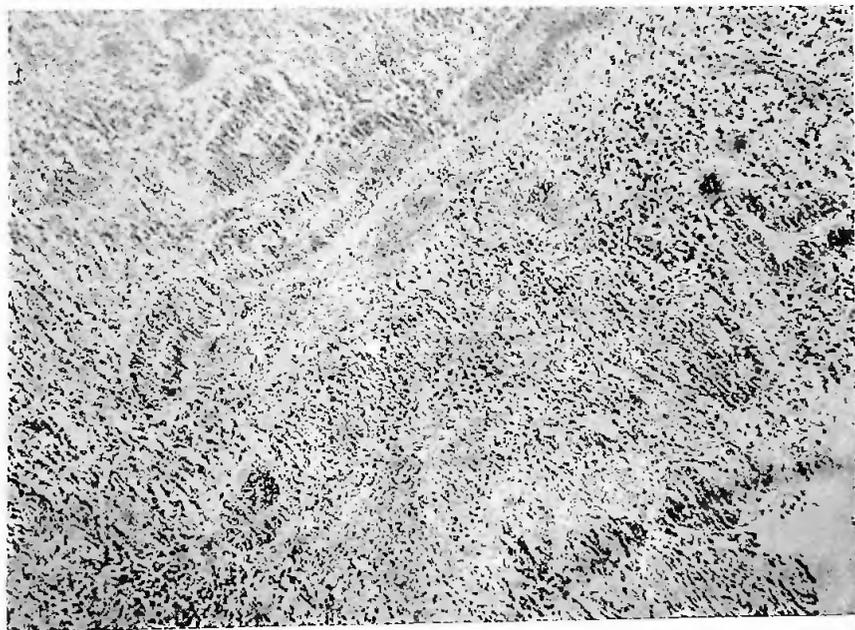


Fig. 3

### Fôlha III

Fig. 4 — Glândula com núcleos atípicos, hiper Cromáticos, epitélio de revestimento pluriestratificado, com tendência a sublevamentos, que dão lugar à formação de brotos ou papilas no lume glandular.

Fig. 5 — Glândulas desprovidas de membrana basal, com núcleos atípicos, hiper Cromáticos, às vezes formando aglomerados. Estroma rico em células.

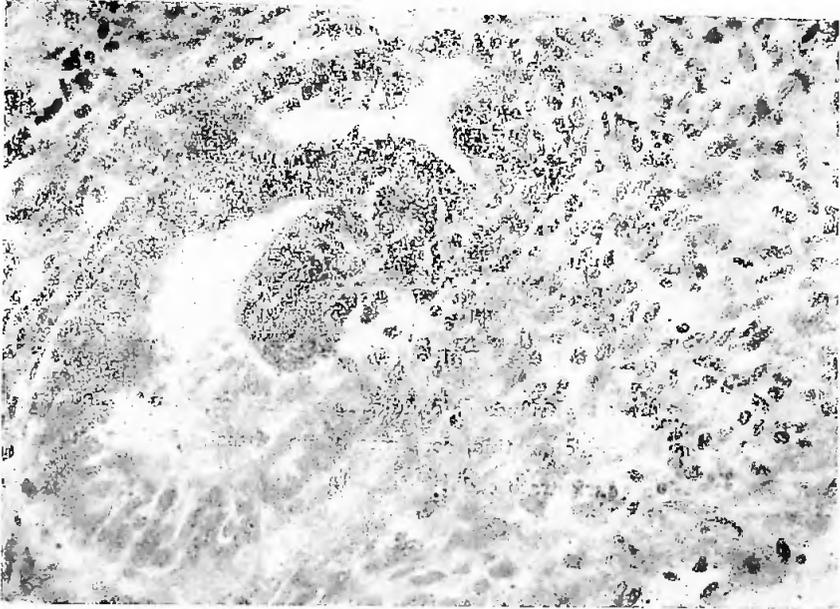


Fig. 4

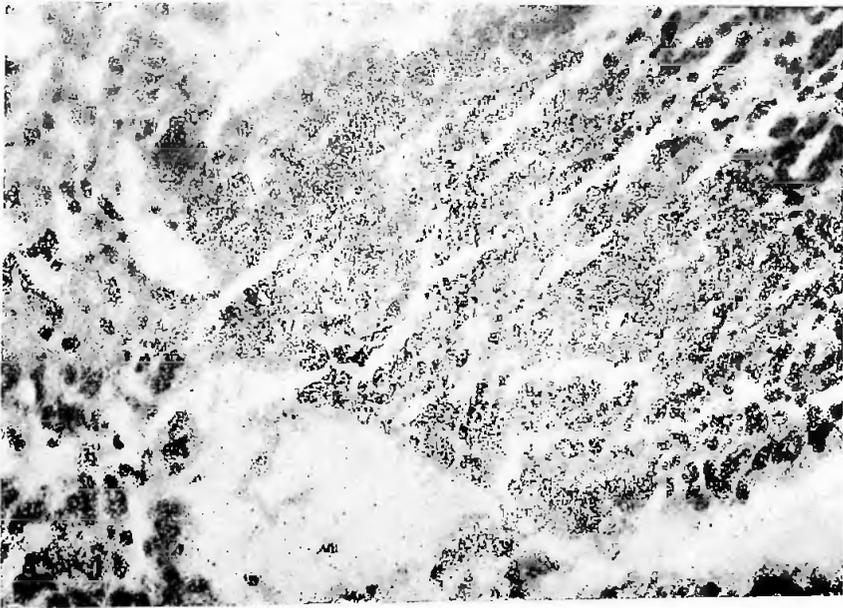


Fig. 5

#### Fôlha I V

Figs. 5 e 6 — Glândulas onduladas e tortuosas, com núcleos claros, de escassa cromatina, sem membrana basal e, não raro, com epitélio pluriestratificado.

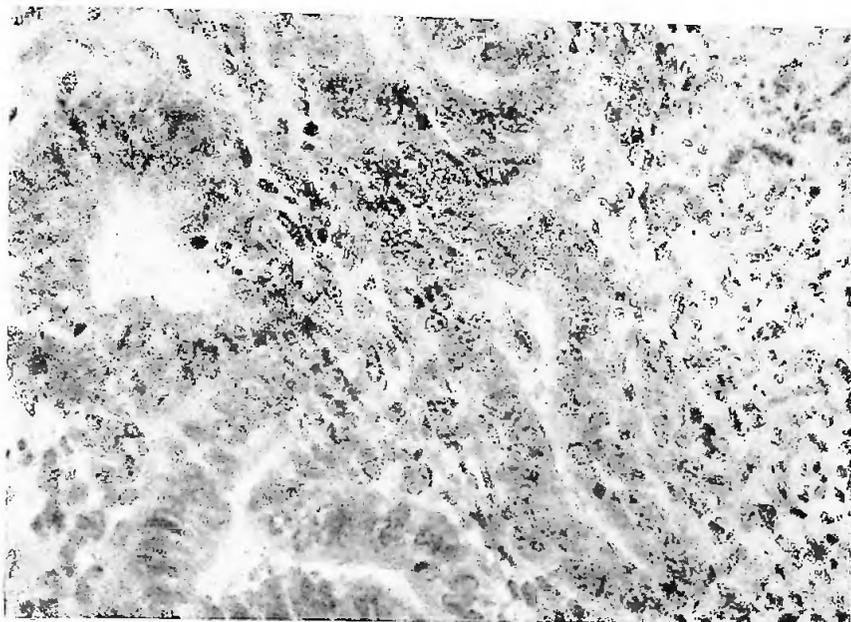


Fig. 5



Fig. 6

## Fôlha V

Figs. 7, 8 e 9 — Êpitélio glandular em proliferação desorganizada, crescendo para o lume (7 e 8) ou se disseminando no seio do estroma (9), depois de rôtas as basais.

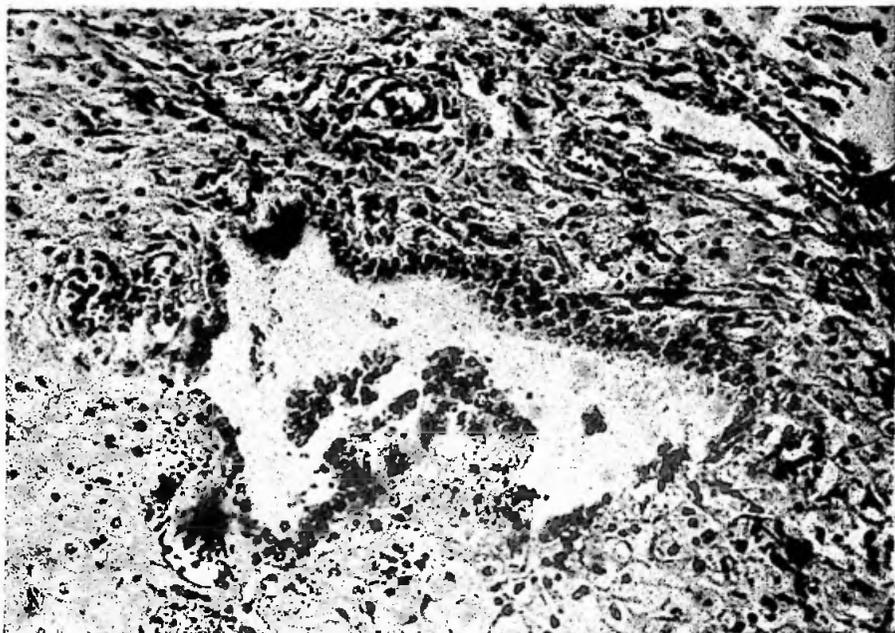


Fig. 7



Fig. 8

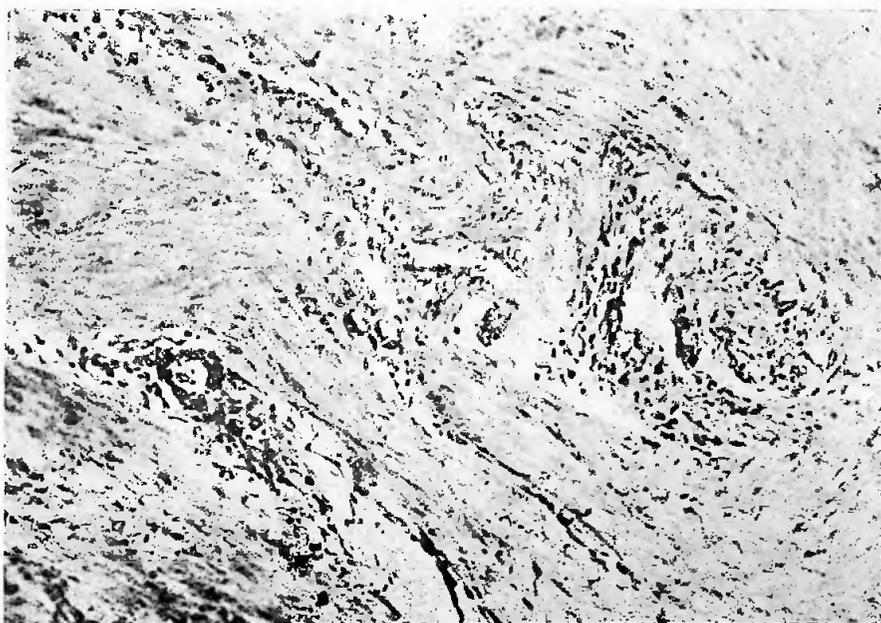


Fig. 9

## Fôlha VII

**Figs. 10 e 11 — Estudo citológico demonstra:**

- a) — morfologia irregular.**
- b) — diversidade de aspectos cromatínicos nucleares, na intensidade da coloração e na distribuição.**
- c) — mitoses repetidas, quase sempre em fases regressivas, anômalas.**
- d) — multiplicidade de núcleos, em plena cariorrexe.**

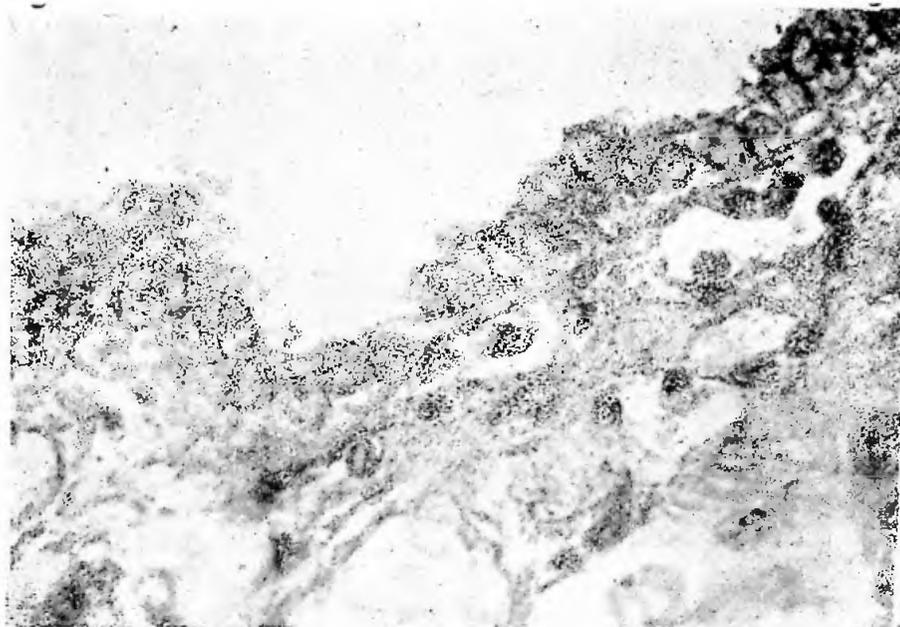


Fig. 10

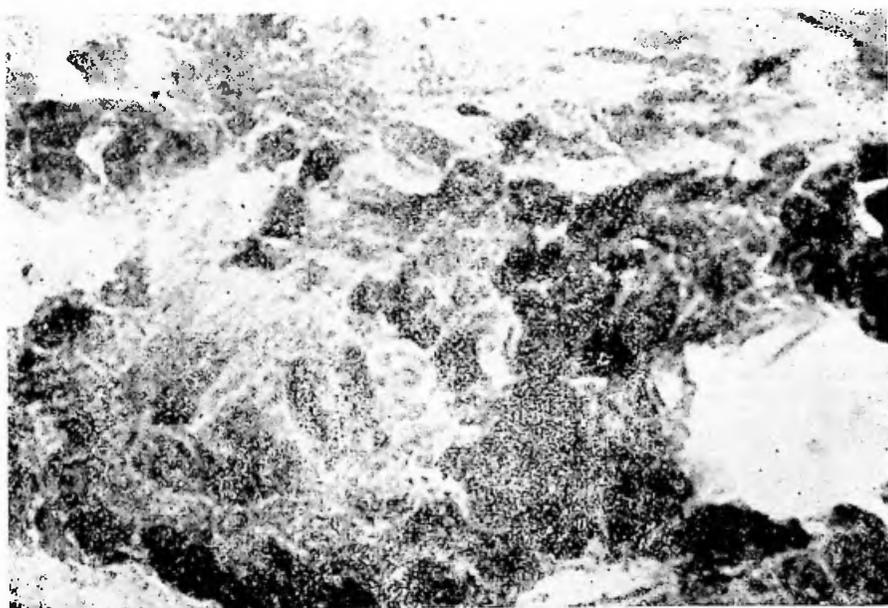


Fig. 11

### Fôlha VIII

Figs. 12, 13 e 14 — Aparecem nas lâminas formações insulares de grandes células vacuolizadas, não raro binucleadas, com núcleos excêntricos. Tais ilhotas estão dispostas em derredor das glândulas e invadem as regiões visinhas de mistura com eosinófilas. São células sincitiais, próprias da gravidez.

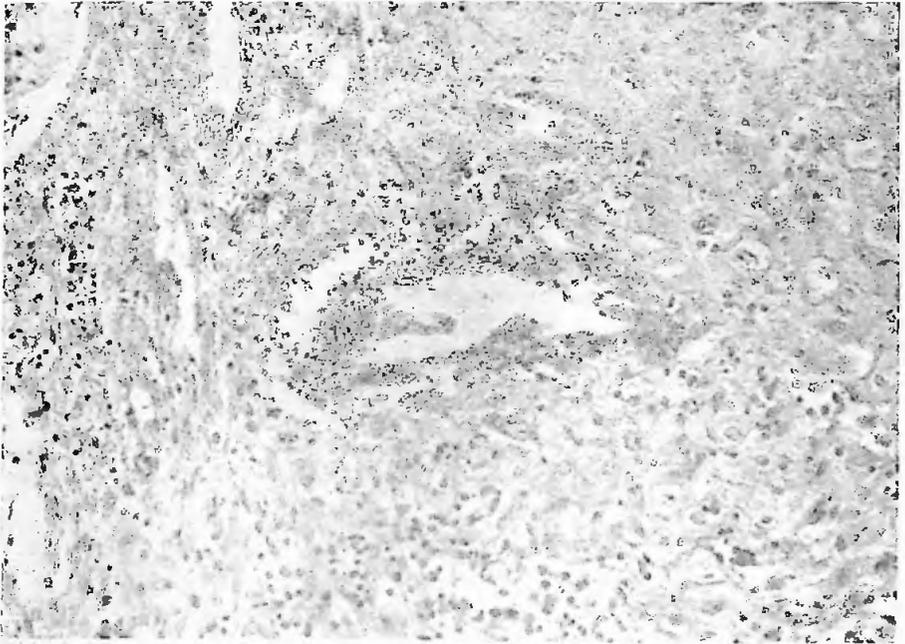


Fig. 12

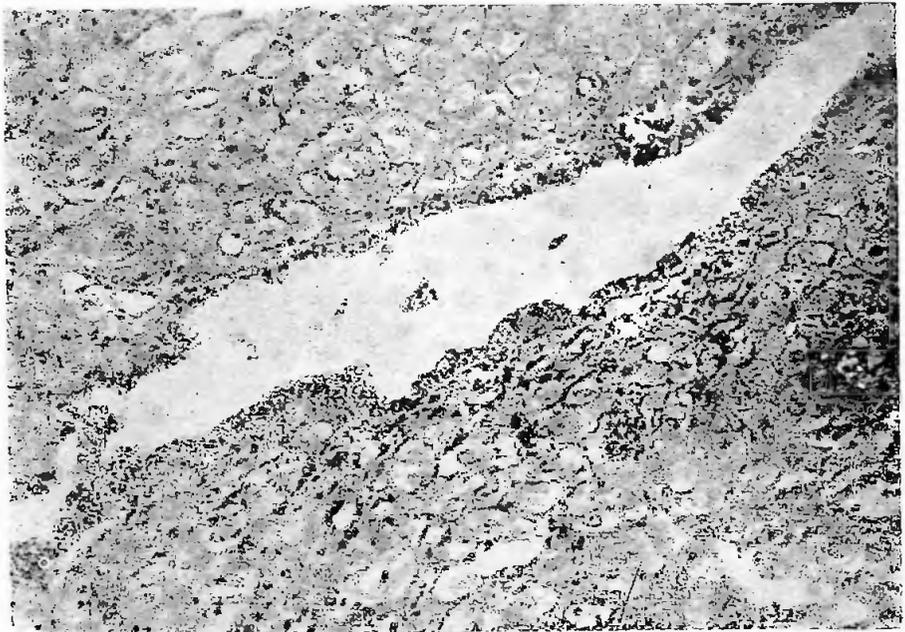


Fig. 13

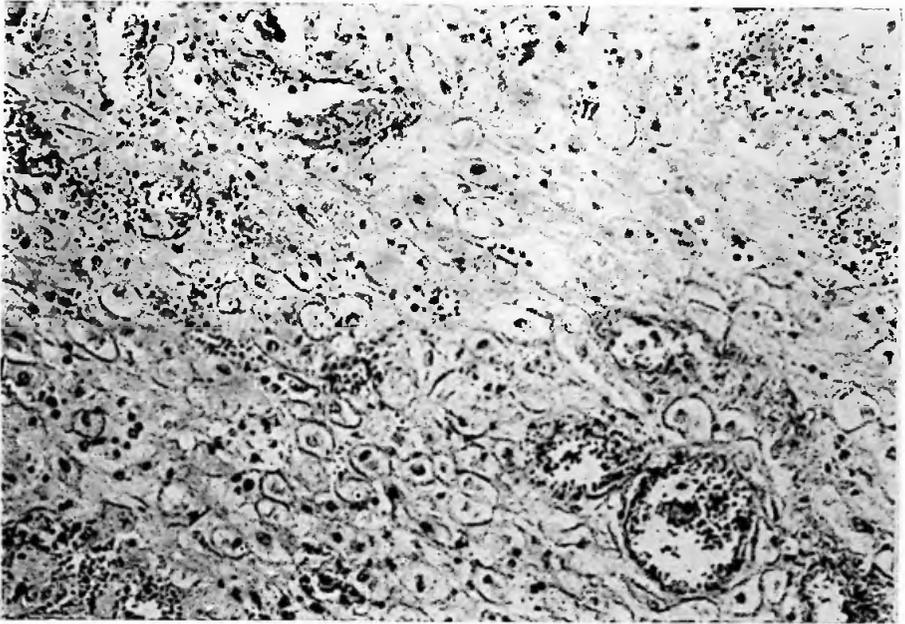


Fig. 14