

MIOMA PARIDO NA PERIMENOPAUSA EXPULSED MYOMA IN THE PERIMENOPAUSE

Letícia de Arruda Camargo¹, Caroline Rosa Pellicciari¹, André Araújo Rozas², Luiz Lippi Rachkorky², Joe Luiz Vieira Garcia Novo³

RESUMO

Os leiomiomas são neoplasias benignas que acometem a musculatura lisa uterina. Eles provêm de uma complexa interação entre hormônios, fatores de crescimento, citocinas e a presença do fator genético, que se acredita ser um fator importante para o seu aparecimento. Essas tumorações acometem com maior frequência mulheres na idade reprodutiva. Em virtude desse fato, o aparecimento de leiomiomas em mulheres no período da perimenopausa vem a ser uma ocorrência rara, exemplificada com a escassez de relatos na literatura médica e, desse modo, relata-se um caso de “mioma parido na perimenopausa”.

Descritores: neoplasias uterinas, mioma, leiomioma, perimenopausa.

ABSTRACT

Leiomyomas are benign neoplasms that affect the uterine smooth muscle. They result from a complex interplay of hormones, growth factors, cytokines and the presence of a genetic factor, which is believed to be an important factor for its appearance. These tumors most often affect women in reproductive age. Because of this fact, the appearance of leiomyomas in women during the perimenopausa is a rare occurrence, exemplified by the paucity of reports in the medical literature and thus, this is a case report of an “expulsed myoma during perimenopausa”.

Key-words: uterine neoplasms, myoma, leiomyoma, perimenopausa.

INTRODUÇÃO

Os leiomiomas ou miomas são tumorações benignas da musculatura lisa uterina, destacando-se pela sua alta incidência dentre as mulheres na idade reprodutiva, alcançando cifras de até 77%. Afetam cerca de 3 - 9 vezes mais mulheres negras que brancas.^{1,2} São incomuns na puberdade e em mulheres menopausadas, faixa etária na qual tendem à diminuição volumétrica.³

São, ainda, desconhecidos os fatores etiológicos causadores dos miomas, inserindo como fatores desencadeantes hormônios, genéticos, de crescimento e de biologia molecular.⁴ Apesar de cerca de 75% deles serem assintomáticos, poderão ocasionar síndromes metrorrágicas e/ou menorrágicas, massa tumoral pélvica, efeitos compressivos nos órgãos periviscerais, dor, infertilidade e malignização.⁵⁻⁷ Têm, portanto, probabilidade de causar morbidade e afetar a qualidade de vida da mulher, tanto em sua área reprodutiva bem como em suas condições gerais de saúde.^{4,5}

O estudo atual tem o objetivo de descrever, através de relato de caso, o diagnóstico e o acompanhamento resolutivo de paciente em perimenopausa, de volumoso mioma uterino parido.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, de cor amarela, 56 anos procurou atendimento médico com queixa de sangramento genital em quantidade intensa há dois dias. Relatava discreta sensação de dor no baixo ventre, acompanhada da saída abrupta de uma bola sólida na sua área genital externa. Comentou que está sem vida sexual ativa há alguns anos, ter utilizado de contracepção anterior (condom), ausência de gestações e seus fluxos menstruais atuais são ocasionais. Está em uso de amlodipina e hidroclorotiazida há dois anos, sob orientação médica; discretamente pálida ao exame físico geral, peso de 54 Kg e pressão arterial de 170/90 mmHg. Mamas e abdômen eram normais. Ao exame ginecológico apresentava tumor parido, sólido e pediculado afluando à vulva, tamanho comparado a um ovo de galinha, envolto por sangramento menstrual moderado. Houve dificuldade na realização do exame vaginal pela reação dolorosa da paciente, porém, suficiente para notar-se a presença de pedículo tumoral intracervical. Com hipótese diagnóstica de mioma uterino parido, optou-se pela sua extração cirúrgica através da via vaginal, e curetagem endometrial complementar diagnóstica.

O exame anatomopatológico macroscópico do tumor e do raspado endometrial mostrou, respectivamente, tumor de aspecto polipoide, constituído aos cortes por tecido firme e acastanhado (medindo 6,5 x 5,5 x 3,5 cm, volume de 65 cm³, pesando 70 g), e vários fragmentos irregulares, constituídos por tecido ora firme, ora friável e castanhovinoso (juntos somavam 6,0 x 5,0 x 2,2 cm).

A microscopia do grande fragmento tumoral demonstrou sinais de neoplasia mesenquimal benigna constituída por proliferação de fibras musculares lisas em feixes dispostos em várias direções.

Na porção central da lesão observou-se degeneração mixoide do estroma; a lesão era parcialmente revestida por tecido endometrial. Já os cortes histológicos dos fragmentos de endométrio apresentaram glândulas alongadas, tortuosas, com revestimento monoestratificado cujas células exibem vacúolos de secreção no citoplasma; o estroma era frouxo e junto aos vasos houve esboço de reação pseudodecidual.

O laudo histopatológico definitivo do tumor de cavidade uterina foi de leiomioma uterino submucoso e o raspado endometrial revelou endométrio de padrão secretor associado à reação pseudodecidual.

A paciente teve boa evolução pós-operatória, atualmente encontra-se bem e em seguimento ambulatorial.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 14, n. 4, p. 159 - 162, 2012

1. Acadêmica do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Médico pela FCMS/PUC-SP

3. Professor do Depto. de Cirurgia - FCMS/PUC-SP

Recebido em 17/1/2011. Aceito para publicação em 24/1/2012.

Contato: leticia_acamargo@hotmail.com

DISCUSSÃO

Leiomiomas são neoplasias benignas formadas principalmente por músculo liso miometrial, contendo quantidade expressiva de matriz extracelular, a qual possui colágeno, fibronectina e glicoproteínas.⁴

O padrão histopatológico caracteriza-se pela presença de feixes musculares lisos entrelaçadas em diferentes direções, permeadas por quantidade variável de colágeno e vasos sanguíneos, sem atipias e sem necrose.^{5,8} As células têm formato fusiforme, núcleo alongado e dimensões uniformes.⁹

O desenvolvimento e crescimento de leiomiomas são resultantes de uma complexa interação entre os hormônios (estrogênio e progesterona), citocinas, fatores de crescimento e mutações somáticas.⁵

A influência estrogênica evidencia-se clinicamente pelo seu aparecimento no menacme, crescimento durante a gestação ou com estrogênio-terapia e diminuição ou parada de crescimento durante a menopausa.

Bioquimicamente, no leiomioma há uma menor concentração da enzima 17 - beta - desidrogenase comparado ao tecido normal. Esta enzima é responsável em transformar o estradiol em estrona, que é biologicamente menos ativo. Além disso, estudos comprovam que esses tumores apresentam maior número de receptores estrogênicos que as encontradas no miométrio normal. O hormônio de crescimento tem ação sinérgica com o estrogênio, podendo também ser responsável pelo crescimento destes miomas.^{9,10}

Por outro lado, a progesterona, assim como os agonistas gonadotrópicos, tem ação inibitória para o desenvolvimento dessas tumorações benignas, atuando no antagonismo dos efeitos estrogênicos. Dessa forma, explica-se o motivo da baixa frequência de seu aparecimento na puberdade e na perimenopausa,

idade em que há uma tendência à diminuição do tamanho dos miomas.^{1,11,12}

Sinala-se que a persistência e/ou desenvolvimento de miomas durante a pós-menopausa requer investigação e diagnóstico diferencial com patologias malignas interassociadas, como a degeneração sarcomatosa, que felizmente é rara, ocorrendo em cerca de 1% das pacientes, e, em geral, com mais de 40 anos.^{12,13}

Os leiomiomas uterinos são classificados de acordo com a sua localização nas camadas do corpo do útero: subseroso, intramural e submucoso ou no colo uterino, sendo a primeira mais frequente.^{5,14,15}

Um tipo especial de leiomiomas são os pediculados, que podem se originar das camadas submucosa ou subserosa. Os submucosos com crescimento exagerado do pedículo podem ser expelidos pelo canal cervical, sendo então, chamados de miomas paridos.^{3,5}

O tratamento definitivo desta patologia é a remoção cirúrgica do útero, porém não representará a opção para mulheres inférteis e sem prole definida. A miomectomia seletiva seria a solução eletiva, não havendo consenso sobre a melhor técnica de abordagem, se abdominal e/ou vaginal, e o tratamento cirúrgico de exérese tumoral ser em bloco, morcelagem ou coagulação.⁷

No caso relatado, a abordagem vaginal ficou inquestionável, pela sua simplicidade de execução, além de poder realizar a remoção endometrial para complementação diagnóstica e seguimento adequado.

O mioma parido na perimenopausa, volumoso, e em mulheres não negras, é uma ocorrência rara. Há escassez de casos relatados na literatura, sendo oportuno e interessante o relato de casos como este.



Figura 1. Paciente em posição ginecológica com tumor aflorando à vulva



Figura 2. Aspecto macroscópico da peça cirúrgica excisada

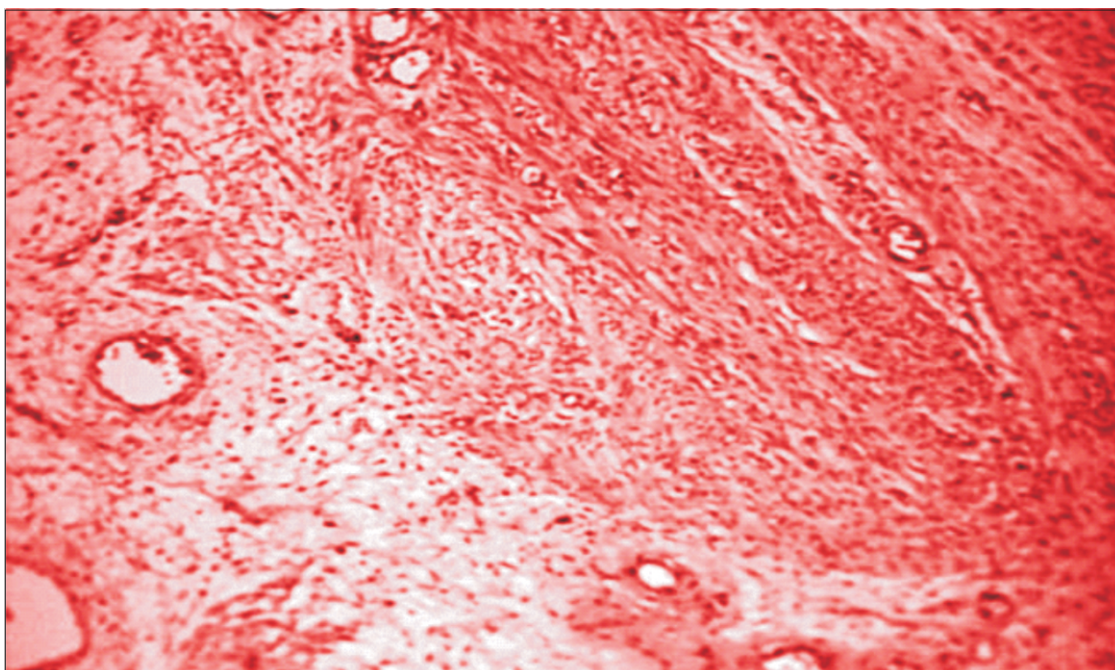


Figura 3. Exame microscópico do fragmento de aspecto polipóide: os cortes histológicos demonstram fragmentos de neoplasia mesenquimal benigna constituída por proliferação de fibras musculares lisas em feixes dispostos em várias direções. Na porção central da lesão observa-se degeneração mixóide do estroma. A lesão é parcialmente revestida por tecido endometrial. Não há indícios de malignidade.

Obs.: imagens em cores estão disponíveis na versão *on line* desta revista (<http://revistas.pucsp.br/rfcm>).

REFERÊNCIAS

1. Griffiths A, D'Angelo A, Amso N. Surgical treatment of fibroids for subfertility. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 3:CD003857.
2. Peddada SD, Laughlin SK, Miner K, Guyon JP, Haneke K, Vahdat H, et al. Growth of uterine leiomyomata among premenopausal black and white women. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2008; 105(50):19887-92.
3. Lasmar RB, Barrozo PRM, Dias R, Oliveira MAP, Pontes A, Dias DS. Miomas submucosos: classificação pré-operatória para avaliação da viabilidade da cirurgia histeroscópica. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004; 26(4):305-9.
4. Parker W. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril.* 2007; 87:725-36.
5. Bozzini N, editor; FEBRASGO. *Leiomioma uterino: manual de orientação* [Internet]. São Paulo: Ponto; 2004 [acesso em 20 ago. 2011]. Disponível em: <http://www.sggo.com.br/uploads/fgo/File/leiomiomauterino.pdf>.
6. Aubuchon M, Pinto AB, Williams DB. Treatment of uterine fibroids. *Prim Care Update Obstet Gynecol.* 2002; 9:231-7.
7. Silva ALB, Seibel SA, Capp E, Corleta HE. Miomas e infertilidade: bases fisiopatológicas e implicações terapêuticas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 5:13-8.
8. Schröer CE, Mello CS, Michelon JR. Miomas uterinos. *Acta Méd.* 2008; 29:586-94.
9. Memarzadeh S, Broder SB, Wexler AS, Pernol ML. Distúrbios benignos do corpo uterino. In: Decherney AH, Nathan L, editores. *Obstetrícia e ginecologia: diagnóstico e tratamento.* Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2005. p. 589-607.
10. Conceição JCJ. *Ginecologia fundamental.* Rio de Janeiro: Atheneu; 2005. p. 175-80. Neoplasias benignas do útero.
11. American Society for Reproductive Medicine. Myomas and reproductive function. *Bull Am Soc Reprod Med.* 2001; (nov):1-12.
12. Stefani Ei, Maillard JL, Stefani M. Relato de um caso de leiomiossarcoma. *Rev Ciênc Med Caxias do Sul.* 2001; 10:1-5.
13. Bozzini N, Borsari R, Donadio N, Guedes RC, Messina ML, Bonduki C, et al; FEBRASGO. *Projeto Diretrizes: miomatose uterina.* São Paulo: AMB; CFM; 2002.
14. Duarte G. Doenças benignas do corpo do útero. In: Halbe HW, editor. *Tratado de Ginecologia.* São Paulo: Roca; 2000. p. 1273-300.
15. Lemgruber I, Lemgruber M. Histerectomias. In: Oliveira HC, Lemgruber I, Costa OT, editores. *Tratado de Ginecologia.* Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 1383-401.