

ARTIGO ORIGINAL

<https://doi.org/10.61910/ricm.v8i1.227>

Correspondência histeroscópica e anatomopatológica de pólipos em pacientes submetidas à polipectomia por histeroscopia

Hysteroscopic and anatomopathological correspondence of polyps in patients undergoing polypectomy by hysteroscopy

FERNANDA SALIBA COELHO¹ , CHIARA MENEZES GRECO¹ , BARBARA MACHADO GARCIA¹ , FERNANDA DE ANDRADE DIAS LEITE¹ ,
WALTER ANTÔNIO PRATA PACE² 

¹ FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL

² HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA: WALTER ANTÔNIO PRATA PACE – RUA FREI GONZAGA, 125. MANGABEIRAS – CEP: 30315-170–BELO HORIZONTE, MG- BRASIL
EMAIL: WALTERAPPACE@GMAIL.COM

RESUMO

Introdução: O pólio endometrial (PE) é definido como uma projeção da mucosa, resultado de uma hiperplasia focal do endométrio. O risco de transformação maligna em adenocarcinoma de endométrio é possível, sendo recomendado a avaliação complementar com a histeroscopia e biópsia, padrão ouro para definir diagnóstico de PE. **Objetivo:** Correlacionar os achados histeroscópicos com os achados anatomopatológicos em pacientes submetidos à polipectomia. **Método:** Estudo observacional, analítico e transversal, realizado durante um curso de pós-graduação em um hospital universitário, no município de Belo Horizonte, em mulheres maiores de 18 anos referenciadas pelo SUS para extensão propedêutica com histeroscopia, contendo uma fase de coleta de dados, outra de análise estatística e seguida pela interpretação dos dados coletados. **Resultados:** Foram 579 pacientes atendidas no serviço de Histeroscopia do hospital universitário. Destas, 43,6% apresentavam pólipos identificados no ultrassom enquanto que em 56,4% delas, esse foi um achado incidental da vídeo-histeroscopia. Em relação à polipectomia, 172 foram submetidas ao procedimento e 70,9% realizaram a polipectomia ambulatorial enquanto 26,7% foram encaminhadas para polipectomia por vídeo-histeroscopia cirúrgica. Cerca de 67,6% dos pólipos identificados na histeroscopia foram confirmados pelo anatomopatológico e 5,3% endométrio secretor, 2,3% endométrio proliferativo, 5,2% leiomioma submucoso, 1,7% adenocarcinoma de endométrio 1,2% pólio endocervical, 4,7% endométrio dentro da normalidade e 7% inconclusivo. **Conclusão:** O PE foi a condição endometrial mais comum entre as pacientes do estudo. A correlação entre o diagnóstico ultrassonográfico, histeroscópico e anatomopatológico demonstrou que a histeroscopia ambulatorial apresenta-se como um método essencial no diagnóstico de PEs, quando associada a biópsia de endométrio.

Palavras-chave: Hiperplasia Endometrial; Histeroscopia; Sangramento uterino; Malignidade; Patologia.

ABSTRACT

Introduction: The endometrial polyp (EP) is defined as a projection of the mucosa, resulting from focal hyperplasia of the endometrium. The risk of malignant transformation into endometrial adenocarcinoma is possible, and complementary evaluation with hysteroscopy and biopsy is recommended, the gold standard for defining a diagnosis of PE. **Objective:** To correlate hysteroscopic findings with anatomopathological findings in patients undergoing polypectomy. **Method:** Observational, analytical and cross-sectional study, carried out during a postgraduate course at a university hospital, in the city of Belo Horizonte, in women over 18 years old referred by the SUS for propaedeutic extension with hysteroscopy, containing a data collection phase, another for statistical analysis and followed by the interpretation of the collected data. **Results:** There were 579 patients treated at the Hysteroscopy service of the university hospital. Of these, 43.6% had polyps identified on ultrasound, while in 56.4% of them, this was an incidental finding during video hysteroscopy. Regarding polypectomy, 172 underwent the procedure and 70.9% underwent outpatient polypectomy while 26.7% were referred for polypectomy by surgical video hysteroscopy. Approximately 67.6% of polyps identified at hysteroscopy were confirmed by pathology and 5.3% secretory endometrium, 2.3% proliferative endometrium, 5.2% submucosal leiomyoma, 1.7% endometrial adenocarcinoma 1.2% endocervical polyp, 4.7% endometrium within normal limits and 7% inconclusive. **Conclusion:** PE was the most common endometrial condition among study patients. The correlation between ultrasound, hysteroscopic and anatomopathological diagnosis demonstrated that outpatient hysteroscopy, when combined with endometrial biopsy, is an essential method for diagnosing PEs.

Keywords: Endometrial Hyperplasia; Hysteroscopy; Uterine Bleeding, Malignancy, Pathology.

O termo pólio endometrial (PE) designa a formação polipoide que reproduz total ou parcialmente o endométrio¹. É uma condição ginecológica comum, presente tanto em mulheres assintomáticas, em sua maioria, quanto em mulheres sintomáticas, com achados clínicos como sangramento vaginal anormal (SUA) e/ou infertilidade, podendo também corresponder a condições pré-malignas e malignas, que apesar de raras podem ocorrer na pré e pós menopausa². Histologicamente, são supercrescimentos hiperplásicos das glândulas endometriais e estroma ao redor de um núcleo vascular que forma uma projeção sésil ou pediculada da superfície do endométrio^{2,3}.

A apresentação clínica mais comum é o sangramento uterino anormal (SUA), que ocorre em 64 a 88% das pacientes com pólipos^{4,5}. As pacientes também podem chegar ao consultório em propedêutica de infertilidade ou serem assintomáticas e apresentarem PEs como achado acidental. Os PEs são as principais etiologias de SUA em pacientes na pré-menopausa e na pós-menopausa. Entretanto, dados sobre sua prevalência são bastante variáveis na literatura, provavelmente pela diversidade das populações estudadas e também pelo grande número de mulheres portadoras de pólipos endometriais que são assintomáticas. Além disso, o fato de o diagnóstico definitivo depender de exames complementares e de avaliação histológica dificulta ainda mais a determinação precisa da prevalência². Alguns autores citam que na população geral pode se encontrar prevalência de até 25%, podendo chegar a prevalência de 50% em pacientes sintomáticas.

Com relação ao diagnóstico de PEs, deve-se colher uma história clínica detalhada, explorando sintomas como SUA e infertilidade, além de investigar os fatores de risco e estender a propedêutica com exames como ultrassonografia transvaginal (USTV), histeroscopia e anatomopatológico de lesões.

INTRODUÇÃO

A USTV fornece informação confiável para a detecção do PE e deve ser o método de escolha para investigação inicial, apresentando sensibilidade de 91% e especificidade de 90%⁵. Entretanto, a histeroscopia com biópsia guiada da lesão continua sendo o padrão-ouro para a propedêutica diagnóstica dos PEs. A principal vantagem da histeroscopia é a capacidade de visualizar e remover pólipos simultaneamente, além de sua simplicidade, segurança e boa acurácia. Nesse sentido, a histeroscopia diagnóstica permite uma avaliação subjetiva do tamanho, localização e propriedades físicas da lesão, com sensibilidade relatada de 90% e especificidade de 93%^{5,7}.

Vale ressaltar que a histeroscopia isoladamente não é capaz de fechar o diagnóstico de PE. Apesar do achado histeroscópico característico de uma formação sésil ou pediculada, que faça relevo à superfície endometrial, solitária ou múltipla, de dimensões variáveis (entre 2 e 4cm), com possibilidade de exteriorização através do óstio cervical, apenas o resultado da biópsia com análise histológica do espécime é capaz de dar o diagnóstico de PE e de excluir malignidade³.

Tendo em vista os diagnósticos diferenciais do PE, pode haver diferença no que se considera suspeita de pólipo à histeroscopia e sua comprovação pela análise histopatológica, como o endométrio secretor, endométrio proliferativo, leiomioma submucoso e o adenocarcinoma. Na literatura, apesar de escassa no que se refere à correspondência histeroscópica e anatomopatológica de pacientes submetidas à biópsia por vídeo-histeroscopia, temos estudos como o realizado por Campaner et al 2006³, que analisou 82 mulheres submetidas à avaliação histeroscópica da cavidade uterina, seguida de polipectomia histeroscópica. A avaliação histológica definitiva dos espécimes obtidos evidenciou pólipo endometrial sem malignidade em 63 mulheres (76,8%), pólipos com hiperplasia em 17 casos (20,8%), sendo sete com hiperplasias complexas

sem atipias (8,6%) e dez com hiperplasias simples sem atipias (12,2%). Em duas mulheres foram encontrados pólipos neoplásicos (2,4%)³. Vale ressaltar que aproximadamente 95% dos PEs são benignos, sendo que a incidência de pólipos malignos ou hiperplásicos é maior na pós-menopausa em comparação com pacientes na pré-menopausa (5,4% *versus* 1,7%, risco relativo [RR] 3,86, IC 95%=2,9-5,1)³. Ademais, o risco de malignidade também foi maior em pacientes com SUA quando comparados aos pacientes que não apresentam esse sintoma (4,2% *versus* 2,2%, RR 2,0, IC 95%=1,2-3,1)⁸.

Por fim, a hipótese do presente estudo foi encontrar uma correspondência histeroscópica e histológica nas pacientes do hospital participantes do estudo, semelhante ao encontrado na literatura, na presença ou não de sintomatologia indicativa da patologia. Dessa forma, o objetivo do estudo foi apresentar características clínicas e ultrassonográficas das pacientes encaminhadas ao hospital universitário e correlacionar a correspondência dos achados histeroscópicos com os achados anatomopatológicos em pacientes submetidas à polipectomia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal que foi realizado durante o Curso de Histeroscopia da Pós-graduação de Ginecologia Minimamente Invasiva em um hospital universitário, no município de Belo Horizonte. Ressalta-se que os pesquisadores acompanharam os módulos práticos das aulas da pós-graduação, que aconteceram durante uma semana por mês, de março 2022 a março 2023, no ambulatório do hospital.

A amostra incluiu pacientes usuárias do Serviço Único de Saúde (SUS) que compareceram ao hospital para a realização do exame de vídeo-histeroscopia. Os critérios de inclusão adotados pelo estudo foram: mu-

lheres com 18 ou mais anos de idade, que, por algum motivo, foram encaminhadas para a realização da histeroscopia diagnóstica e que durante a realização do exame foram submetidas à polipectomia com envio do espécime para biópsia ou encaminhadas para a histeroscopia cirúrgica no mesmo serviço, e que aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: mulheres grávidas ou que tenham realizado histerectomia total ou subtotal, ou que não tenham sido submetidas à polipectomia histeroscópica.

No questionário aplicado pelas pesquisadoras às mulheres incluídas no estudo foram avaliadas as seguintes variáveis idade, menopausa, comorbidades, queixa da paciente (sangramento uterino anormal, dor pélvica, assintomática, outras não especificadas), cirurgia uterina prévia, infertilidade, pólipos e/ou espessamento visualizado na USTV. Posteriormente, após o exame de histeroscopia, os pesquisadores registraram no quadro de achados histeroscópicos as alterações da cavidade uterina da paciente visualizadas pelo pós-graduando e por seu preceptor, além da realização ou não de biópsia. Tendo sido realizada a biópsia, as pacientes retornaram ao serviço com os resultados e os pesquisadores realizaram o registro da conclusão e dos achados do exame.

Em relação à metodologia de análise de dados, as variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas e as variáveis numéricas, como média $\pm$ desvio-padrão e/ou mediana (1º quartil – 3º quartil). As variáveis numéricas foram submetidas ao teste de Normalidade de Anderson-Darling e para possíveis comparação de médias foi utilizado o teste t ou o teste de Mann-Whitney. Para avaliar associações entre variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher. Foi utilizado nível de significância de 5% e os dados foram analisados no software R, versão 4.0.3

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa (CEP), de acordo com a Resolução

466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CAAE 52619321.6.0000.5134).

RESULTADOS

Ao longo do período de investigação, compareceram ao ambulatório de histeroscopia um total de 552 pacientes, dentre as quais 280 (50,7%) apresentaram a presença de pólipos identificados durante o procedimento. De acordo com a Tabela 1, 59% das pacientes com pólipos identificados na histeroscopia já haviam passado pela menopausa, sendo as principais queixas dor pélvica (44%) e SUA (55%). Ao exame de ultrassom transvaginal (USTV) realizado previamente à histeroscopia, 61% das mulheres apresentaram espessamento endometrial ao exame e 52% apresentaram pólipos, esses achados apresentaram uma associação significativa com a presença de pólipos identificados à Histeroscopia ($p < 0,001$). Além disso, a observação de pólipos no exame também foi associada às mulheres pós menopausa ($p < 0,001$).

Tabela 1: Características clínicas e ultrassonográficas das pacientes encaminhadas ao hospital universitário no período entre março de 2022 e março de 2023 que apresentaram pólipos à histeroscopia

Características	n	Visualização de Pólipos à Histeroscopia		Valor p ¹
		Não (%) n=272	Sim (%) n=280	
Menopausa	271			
Não		170 (63%)	113 (41%)	<0,001
Sim		101 (37%)	166 (59%)	
Comorbidade	272			
Não		120 (44%)	113 (40%)	0,400
Sim		152 (56%)	167 (60%)	
Cirurgia Uterina Prévia	272			
Não		171 (63%)	154 (55%)	0,060
Sim		101 (37%)	126 (45%)	
SUA	272			
Não		114 (42%)	126 (45%)	0,500
Sim		158 (58%)	154 (55%)	
Dor pélvica	272			
Sim		140 (51%)	122 (44%)	0,063
Não		132 (49%)	158 (56%)	
Assintomática	272			
Sim		47 (17%)	75 (27%)	0,007
Não		225 (83%)	205 (73%)	
Outras	272			
Não		256 (94%)	269 (96%)	0,300
Outras		16 (5,9%)	11 (3,9%)	
Infertilidade	272			
Não		227 (83%)	244 (88%)	0,120
Sim		45 (17%)	33 (12%)	
Pólipo no us	261			
Não		194 (74%)	126 (48%)	<0,001
Sim		67 (26%)	134 (52%)	
Espessamento endometrial à us	243			
Não		170 (70%)	96 (39%)	<0,001
Sim		73 (30%)	148 (61%)	

n: amostra / %: porcentagem / ¹: Teste qui-quadrado / SUA: sangramento vaginal anormal / us: ultrassonografia transvaginal

Apenas 172 dessas pacientes foram incluídas na amostra do estudo ao realizarem polipectomia, uma vez que nas demais pacientes não foi realizada a polipectomia ambulatorial e um grande número delas ainda aguarda na fila de espera para realizar a histerosco-

pia cirúrgica. Essa demora no atendimento decorre do fato de que esse serviço é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (sus), o que demanda um período prolongado para resolução e atendimento das demandas dos pacientes.

A distribuição da variável idade está apresentada na Tabela 2. Observa-se que 66,3% dos respondentes estão contidos no intervalo de 42 anos inclusive a 54 anos exclusive. O valor médio da idade foi 53,07 anos (Desvio-padrão – DP=11,85 anos) indicando uma variabilidade relativa em torno de 22,33%. O primeiro quartil para as idades é dado por 44 anos com o terceiro quartil igual a 62 anos. Vale-se ressaltar que para essa variável, 89 mulheres não responderam.

Tabela 2: Distribuição de faixa etária do grupo de mulheres encaminhadas para realizar histeroscopia no hospital universitário entre março de 2022 e março de 2023

Faixa etária	Frequência absoluta	Freq. Valida (%)
22-26	2	2,4%
26-30	1	1,2%
30-34	2	2,4%
34-38	8	9,6%
38-42	15	18,1%
42-46	19	22,9%
46-50	18	21,7%
50-54	18	21,7%
NA	89	-
TOTAL	172	100

Dentre as mulheres do estudo, mais da metade, ou seja, 55,2%, afirmaram estar passando pela menopausa, enquanto 44,2% relataram não estar na fase da menopausa. Esses dados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Status menopausal das mulheres encaminhadas para realizar histeroscopia no hospital universitário no período de março de 2022 a março de 2023

Status menopausal	n	%
Não	76	44,2
Sim	95	55,2
Desconhece	1	0,6
TOTAL	172	100

n: amostra

%; porcentagem

Em relação às comorbidades, das 172 participantes do estudo, cerca de 41,9% informaram não possuírem comorbidades enquanto 58,1% informaram que possuem comorbidades.

Na Tabela 4 a variável é apresentada a seguir, com as respectivas frequências simples e percentuais.

Tabela 4: Sintomas das mulheres encaminhadas para realizar histeroscopia no hospital universitário no período de março de 2022 a março de 2023

Sintomas	n	%
Assintomática	40	23,3
Infertilidade	1	0,6
Outra	22	12,8
SUA	109	63,4
TOTAL	172	100

n: amostra

%; porcentagem

SUA: sangramento vaginal anormal

Observa-se que 63,4% das pacientes apresentaram SUA como queixa principal, enquanto 23,3% apresentaram quadro assintomático. Em relação ao tipo de procedimento 70,9% realizaram a polipectomia ambulatorial por videohisteroscopia diagnóstica (VHD), enquanto 26,7% foram encaminhadas para realizar a polipectomia cirúrgica (HSC) e em 2,3% das pacientes foi realizada histerectomia total.

Das pacientes do estudo, cerca de 43,6% apresentavam pólipos identificados no ultrassom enquanto que 56,4% não apresentaram pólipos no US. Dentre os achados histeroscópicos, 47,1% das pacientes apresentavam achados além do pólipo endometrial como o mioma submucoso em 5,8%, a adenomiose em 2,4%, o espessamento focal em 15,2%, endometrite em 3,5%, espessamento difuso em 4,7%, sinéquias em 4,1% e lesões suspeitas de malignidade em 6,5%.

Cerca de 67,6% dos pólipos identificados na histeroscopia foram confirmados pela biópsia, 32,5% foram diagnósticos diferenciais como 5,3% endométrio secretor, 2,3% endométrio proliferativo, 5,2% leiomioma submucoso, 1,7% adenocarcinoma de endométrio 1,2% pólipo endocervical, 4,7% endométrio dentro da normalidade e 7% inconclusivo. Entre os 115 pólipos confirmados na biópsia, 5 (4,3%) foram descritos com hiperplasia simples endometrial polipóide, 1 (0,8%) com hiperplasia simples com atipia, 3 (2,6%) com hiperplasia complexa com atipia e 1 (0,8%) apresentava necrose.

Na análise de variáveis isoladamente, a única variável que demonstrou uma associação positiva foram as pacientes pós menopausa, existindo uma associação significativa entre as variáveis ($p = 0.018$) demonstrada na Tabela 5. O restante das associações não apresentou associação significativa. Esse fato demonstra que a menopausa é uma condição que pode aumentar a acurácia da histeroscopia em identificar pólipos endometriais, o que também pode estar relacionado a maior prevalência dessa patologia nesse período. A tabela 5 a seguir apresenta as frequências simples e frequências percentuais associadas. O teste exato de Fisher e o Teste Qui-quadrado de independência foi

utilizado para testar a hipótese de associação entre a correspondência anatomopatológica com o exame histeroscopia em diferentes categorias.

Tabela 5: Análise da correspondência do achado histeroscópico de pólipo endometrial com o exame anatomopatológico entre o período de março de 2022 a março de 2023

Características	n	Total n(%)	NÃO n=68	SIM n=104	Valor p ¹
Menopausa	172				0,018
Desconhece		1 (0,6%)	1 (1,5%)	0 (0%)	
Não		76 (44%)	37 (54%)	39 (38%)	
Sim		95 (55%)	30 (44%)	65 (62%)	
Comorbidade	172				0,600
Não		72 (42%)	27 (40%)	45 (43%)	
Sim		100 (58%)	41 (60%)	59 (57%)	
Queixa da Paciente	172				0,200
Assintomática		40 (23%)	17 (25%)	23 (22%)	
Infertilidade		1 (0,6%)	1 (1,5%)	0 (0%)	
Outra		22 (13%)	5 (7,4%)	17 (16%)	
SUA		109 (63%)	45 (66%)	64 (62%)	
Polipectomia por:	172				0,300
Histerectomia		4 (2,3%)	2 (2,9%)	2 (1,9%)	
HSC		46 (27%)	14 (21%)	32 (31%)	
VHD		122 (71%)	52 (76%)	70 (67%)	
Pólipo no US?	172				0,600
Não		97 (56%)	40 (59%)	57 (55%)	
Sim		75 (44%)	28 (41%)	47 (45%)	
Visualização	171				>0,900
Não		2 (1,2%)	1 (1,5%)	1 (1,0%)	

Características	n	Total n(%)
Sim		169 (99%)

n: amostra %: porcentagem ¹: Teste qui-quadrado SUA: sangramento vaginal anormal; HSC: histeroscopia cirúrgica; VHD: histeroscopia diagnóstica:

DISCUSSÃO

A histeroscopia, promove um meio seguro, eficaz e simples de diagnosticar patologias intra-uterinas, sendo considerada padrão ouro para tal, representando um avanço na cirurgia ginecológica minimamente invasiva. Sabe-se que os pólipos endometriais (PE) são comumente encontrados nesse procedimento⁹. Neste estudo, foram visualizados pólipos endometriais em 50,8% das pacientes submetidas a histeroscopia ambulatorial. Vale ressaltar que as pacientes encaminhadas para esse procedimento no serviço estavam em investigação para alguma alteração patológica com indicação de complementação diagnóstica com histeroscopia. Acredita-se que a prevalência mundial é subestimada devido aos poucos estudos e presença de pólipos assintomáticos^{9,10}. Entretanto em pacientes com sintomas clínicos como sangramento uterino anormal as taxas variam de 10-30%. A literatura aponta para um aumento da prevalência com o aumento da idade, sendo mais comum na pós-menopausa, fato corroborado por este estudo visto que 55,2% das pacientes estavam na menopausa⁹. Acredita-se que a incidência da patologia aumenta após a menopausa em decorrência do processo de envelhecimento, e não exclusivamente em virtude de alterações decorrentes da falência ovariana ou interrupção dos ciclos menstruais¹⁰.

Um estudo identificou causa orgânica, como pólipos, à histeroscopia, em cerca de 39,7% a 50% das mulheres com SUA na pós-menopausa, entretanto esta proporção aumentou para 90% quando o sangramento persistiu por mais de seis meses¹⁰. Há hipóteses na literatura que indicam que a congestão estromal dentro do pólipo leve a estase venosa com necrose apical e sangramento

NÃO Esse sangramento é o principal motivo da indicação para realização da histeroscopia. Considera-se como principal vantagem deste exame a capacidade de detectar lesões intracavitárias como leiomiomas e pólipos, e a concomitante remoção ou biópsia da lesão⁹. Embora precisa na identificação do câncer endometrial, a histeroscopia é menos acurada na hiperplasia endometrial (HE), sendo recomendada a biópsia em conjunto, uma vez que macroscopicamente o endométrio hiperplásico não é característico, dessa forma a visualização na histeroscopia é imprecisa⁹⁻¹¹.

A biópsia de pólipos endometriais é uma ferramenta importante para a avaliação de mulheres com suspeita de doenças endometriais. Essa técnica é particularmente útil para o diagnóstico diferencial de hiperplasia complexa atípica e carcinoma endometrial, uma vez que essas condições apresentam características clínicas semelhantes, incluindo sangramento uterino anormal e alterações no revestimento endometrial. A realização da biópsia permite que os médicos obtenham amostras de tecido para análise histológica e determinem se o pólipo é benigno ou maligno. Além disso, a biópsia também pode ajudar a identificar outras patologias endometriais, como a hiperplasia endometrial simples, permitindo um diagnóstico preciso e o tratamento adequado para cada caso⁹⁻¹¹.

É importante salientar que a técnica empregada para a realização da amostragem endometrial possui um papel crucial na obtenção de resultados precisos. É imprescindível que o tecido endometrial coletado seja apropriado para uma avaliação histológica acurada e esteja livre de deformações ou artefatos decorrentes da cauterização. Com o intuito de obter uma quantidade suficiente de tecido para interpretação patológica, pipetas ou curetas são dispositivos apropriados a serem utilizados⁹. Foi observado no presente estudo que 7% das amostras foram inconclusivas, por fragmentos não representativos ou amostra insuficiente ou até perdidas.

A HE é um diagnóstico diferencial do pólipio endometrial na histeroscopia. A diferenciação histológica entre as duas patologias nem sempre é direta, uma vez que não há nenhuma característica microscópica específica ou parâmetros clínicos que diferenciam a PE de uma hiperplasia polipóide endometrial¹². Esse fato foi observado no estudo realizado, uma vez que 6,9% das biópsias vieram descritas como hiperplasia endometrial, observando-se que a análise do pólipo é macroscópica da lesão. A hiperplasia é definida pela presença de espessamento endometrial com aumento na relação glândula/estroma¹¹. São classificadas como simples ou complexas, baseada na ausência ou presença de alterações arquiteturais, e como atípicas ou não atípicas, sendo somente as que apresentam atipias associadas ao posterior desenvolvimento de adenocarcinoma. Uma revisão sistemática de literatura e meta-análise realizada em 2019, que analisou 41 estudos retrospectivos e 10 prospectivos, baixa incidência de malignidade 3% em pacientes com PE. Entretanto, na presença de SUA na pós menopausa o risco aumentou para 5% em ambas as condições¹². No presente estudo, 1,7% dos pólipos visualizados a histeroscopia eram adenocarcinoma de endométrio no estudo histopatológico, todos em mulheres pós menopausa. É importante ressaltar que o ginecologista deve retirar completamente os pólipos, principalmente em mulheres pós menopausa, para evitar o risco de biópsias falso negativas e a possibilidade de encontrar um foco de câncer de endométrio envolvendo o pedúnculo do pólipo^{14,15}.

Outra condição uterina vista na análise histopatológica que se diferencia do pólipo endometrial é o endométrio secretor ou o endométrio proliferativo. Sabe-se que a polipectomia deve ser realizada durante a fase folicular do ciclo menstrual, quando o revestimento endometrial está mais delgado e os pólipos podem ser identificados com maior facilidade⁹. No caso do presente estudo, as pacientes foram agendadas pelo sistema único de saúde de acordo com a disponibilidade

do setor de ginecologia do hospital e não foi possível a seleção das pacientes em relação à melhor fase do ciclo. Em casos de realização de exame em fase que dificulte a visualização, deve ser recomendado o uso de progesterona para atrofiar o endométrio e permitir um *second look* mais confiável⁹. Em 172 das pacientes que foram visualizados pólipos na histeroscopia 5,3% eram endométrio em fase secretora, isso se deve ao fato de haver períodos que as glândulas entram em exaustão secretora podendo mimetizar um pólipo, gerando o fator de confusão. Dessa forma, o estudo fica sujeito a fatores dificultantes na correta identificação do pólipo, uma vez que houve casos de exame impossibilitado pela paciente de estar na fase menstrual.

Os leiomiomas intracavitários podem frequentemente ser distinguidos dos pólipos endometriais com base em suas características ultrassonográficas. Leiomiomas apresentam-se como lesões hipoeecóicas com sombreado, enquanto os pólipos parecem hipereecóicos e homogêneos. Além disso, o padrão de fluxo Doppler é diferente: os leiomiomas apresentam fluxo periférico, enquanto os pólipos têm aparência de suprimento vascular único^{16,17}.

Ademais, durante a histeroscopia, os pólipos e miomas têm aparências distintas. Os pólipos geralmente apresentam-se com aparência vermelha robusta, são mais finos e menos propensos a serem sésseis, sendo macios e friáveis ao toque com um instrumento, podendo às vezes apresentar glândulas dilatadas. Já os miomas são firmes, principalmente de cor branca, com vasos sanguíneos superficiais. A confirmação final do diagnóstico requer análise histológica das amostras obtidas¹⁷.

Durante o presente estudo, algumas pacientes apresentaram o achado de pólipo à histeroscopia, cujo resultado anatomopatológico revelou a presença de leiomioma uterino. Tal situação decorreu da existência de uma delgada camada de endométrio recobrindo o mioma (pseudopólipo), a qual atuou como um fator

confundidor durante a avaliação da cavidade uterina por meio da histeroscopia.

No estudo, dos 172 PEs visualizados na histeroscopia apenas 75 foram identificados no US. A detecção do PE é importante e a USTV é um método confiável e recomendado como primeira opção de investigação devido à sua alta sensibilidade de 91% e especificidade de 90%⁵. No entanto, o padrão-ouro para o diagnóstico de PEs é a histeroscopia com biópsia guiada da lesão, que tem a vantagem de permitir a visualização e remoção de pólipos simultaneamente. Além disso, é um método simples, seguro e altamente preciso, com sensibilidade de 90% e especificidade de 93%. Com a histeroscopia diagnóstica, é possível fazer uma avaliação subjetiva do tamanho, localização e características físicas da lesão^{5,7}.

Em um estudo foi observado que tanto a ultrassonografia quanto a histeroscopia apresentaram taxas de precisão diferentes para o diagnóstico de pólipos endometriais, sendo 61,2% e 73,1%, respectivamente¹⁹. Outro estudo relatou uma precisão de 60% usando ultrassonografia¹⁸, enquanto o primeiro obteve 65,8% de acurácia com ultrassonografia e 95% com histeroscopia. Concluiu-se que a precisão diagnóstica da ultrassonografia foi inferior à da histeroscopia no diagnóstico de pólipos endometriais. Portanto, a histeroscopia ambulatorial é sempre realizada para garantir um diagnóstico preciso e adequado. É importante ressaltar que a avaliação direta da cavidade continua sendo um elemento crucial no diagnóstico de pólipos endometriais, uma vez que a ultrassonografia pode não ser suficiente para identificar lesões endometriais. Em síntese, o uso exclusivo de ultrassonografia não pode garantir um diagnóstico preciso de pólipos endometriais^{2,18-20}.

Em mulheres na pós-menopausa, a ultrassonografia transvaginal pode ser menos precisa na detecção de pólipos endometriais devido à atrofia do endométrio,

o que pode levar a resultados falsamente negativos ou subestimar o tamanho dos pólipos²¹. A histeroscopia permite uma visualização direta da cavidade uterina e pode identificar pólipos menores ou subestimados pela ultrassonografia²². Dessa forma, observa-se que a especificidade da histeroscopia no diagnóstico de pólipos endometriais pode ser afetada pela idade e status menopausal da mulher. Em geral, as mulheres na pós-menopausa apresentam um endométrio mais fino, com menor espessura, em comparação com as mulheres em idade reprodutiva, possibilitando uma maior especificidade de 90-100%, visto que os pólipos tendem a ser mais evidentes e fáceis de identificar durante a histeroscopia^{23,25}. Em mulheres na menacme, a especificidade da histeroscopia na detecção de pólipos endometriais é relatada em torno de 80-90%. Isso ocorre porque o endométrio na menacme tende a ser mais espesso e, portanto, os pólipos são mais dificilmente identificados e confundidos com endométrio secretor ou proliferativo^{23,24,26,27}.

Adicionalmente, o presente estudo relatou a identificação de 172 pacientes com pólipos endometriais e que destes, 122 pacientes foram submetidos à polipectomia ambulatorial, enquanto os outros 46 foram encaminhados para a realização de polipectomia cirúrgica. A decisão de encaminhamento para cirurgia foi influenciada por diversos fatores, tais como a intolerância à duração do procedimento sem anestesia, a presença de dor durante o procedimento, bem como o tamanho e quantidade de pólipos encontrados em algumas pacientes. De acordo com a literatura, a polipectomia ambulatorial não é inferior a polipectomia cirúrgica em termos de alívio dos sintomas da síndrome do útero aderente e, em geral, é um procedimento seguro e viável que não requer anestesia e é mais econômico. No entanto, é importante reconhecer que em casos mais complicados, a histeroscopia em ambiente hospitalar pode ser necessária. É fundamental garantir que os pacientes

submetidos à polipectomia ambulatorial recebam um tratamento adequado para aliviar a dor, a fim de melhorar a satisfação e a tolerância do paciente.

Corroborando com a literatura vigente sobre o tema, o pólio endometrial foi a condição endometrial mais comum entre as pacientes do estudo. A correlação entre o diagnóstico ultrassonográfico, histeroscopia e anatomopatológico dessa condição demonstrou que a histeroscopia ambulatorial apresenta-se como um método de alta acurácia no diagnóstico de pólipos endometriais, quando associada a biópsia de endométrio. Apesar disso, a histeroscopia como método isolado não apresentou acurácia aceitável para diagnosticar pólipos endometriais, já que a correspondência entre os dois exames foi de 67,5%.

CONCLUSÃO

O fato de o estudo ter sido realizado em uma instituição de ensino, no caso o curso de pós-graduação em histeroscopia, pode ter influenciado esse achado, já que a curva de aprendizado relacionada ao exame é árdua. Nesse sentido, a maior capacitação dos profissionais ginecologistas, aliada à análise histológica detalhada dos espécimes da polipectomia, impactará diretamente na diminuição da incidência e prevalência de complicações e sintomas associados a PEs. Ainda, vale ressaltar que a literatura disponível acerca do tema do presente trabalho é escassa, o que reforça ainda mais a relevância da temática e os benefícios do levantamento de dados dessa pesquisa para a comunidade médica.

REFERÊNCIAS

1. The Use of Hysteroscopy for the Diagnosis and Treatment of Intrauterine Pathology: ACOG Committee Opinion, Number 800. *Obstet Gynecol.* 2020 Mar;135(3): e138-e148.
2. UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. [cited 2023 Sep 19]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/endometrial-polyps/print?search=infertility&topicRef=5408&source=see_link
3. Campaner AB, Carvalho S de, Lima SMRR, Santos RE dos, Galvão MAL, Ribeiro PAG, et al. Avaliação histológica de pólipos endometriais em mulheres após a menopausa e correlação com o risco de malignização. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2006 Jan [cited 2023 Mar 4];28(1). Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/LHMGYnrM8wdzQdzQYrcs4qB/?lang=pt>
4. Haimovich Segal, S, et al. Current concepts in hysteroscopic surgery: Overcoming barriers by extending limits. *Clin. investig. Ginecol. Obstet.* 50(3): [100853], Jul-Sep. 2023. tab, ilus.
5. Shang M. Zhang W. Predictive factors of endometrial lesions in patients with abnormal uterine bleeding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* ; 288: 67-72, 2023 Jul 11.
6. Troncon JK, Meola J, Candido-dos-Reis FJ, Poli-Neto OB, Nogueira AA, Rosa-e-Silva JC. Analysis of differential genetic expression in endometrial polyps of postmenopausal women. *Climacteric* [Internet]. 2017 Jun 16 [cited 2023 Mar 4];20(5):462–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28622040/>
7. Diniz DBFQ, Depes DDB, Pereira AMG, David SD, Lippi UG, Baracat FF, et al. Avaliação da dor em histeroscopia ambulatorial: comparação entre duas técnicas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2010 Jan [cited 2023 Mar 4];32(1):26–32. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/PzLtgffHj5zwgHqxrPvWkD/abstract/?lang=pt>
8. Baiocchi G et al. Malignidade em pólipos endometriais: uma experiência de 12 anos. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* v. 201, n. 5, p. 462.E1-462.E4, 1 nov. 2009.
9. Williams Gynecology, 2ªed. Dallas, Texas. Department of Obstetrics and Gynecology University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas. The McGraw Hill Global Education Holdings, LL. 2016 | AccessMedicine | McGraw Hill Medical [Internet]. Mhmedical.com. 2016 [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1758§ionid=118165489>
10. Salvatore Giovanni Vitale. Endometrial polyps. An evidence-based diagnosis and management guide.

- Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021 May; 260:70-77. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.03.017. Epub 2021 Mar 13.
11. Walquiria P. Frederico C. Jean B. Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília. 2ª ed. Brasília: Editora Luan Comunicação, 2017.
 12. Anna Uglietti. The risk of malignancy in uterine polyps: A systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Jun; 237:48-56. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.04.009. Epub 2019 Apr 15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31009859/>
 13. Lee SC, Kaunitz AM, Sanchez-Ramos L, Rhatigan RM. The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2010;116(5):1197-205.
 14. Kolhe S. Management of abnormal uterine bleeding – focus on ambulatory hysteroscopy. International Journal of Women's Health [Internet]. 2018 Mar [cited 2023 Mar 4]; Volume 10:127–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29606892/>
 15. Wong M, Thanatsis N, Nardelli F, et al. Risk of Pre-Malignancy or Malignancy in Postmenopausal Endometrial Polyps: A CHAID Decision Tree Analysis. Diagnostics (Basel) 2021; 11.
 16. Rafael E. Eficácia Diagnóstica da Histeroscopia em Mulheres com Metrorragia pos Menopausa. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa. v.13, n 30 p. 92-98. 2016
 17. Grasielle C. Frequência de Polipos endometriais neoplásicos diagnosticados por histeroscopia. Trabalho de Conclusão de Curso de graduação de Medicina na Universidade Federal da Fronteira Sul. 2019.
 18. Alborzi S, Parsanezhad ME, Mahmoodian N, Alborzi S, Alborzi M. Sonohysterography versus transvaginal sonography for screening of patients with abnormal uterine bleeding. International Journal of Gynecology & Obstetrics [Internet]. 2006 Dec 21 [cited 2023 Mar 4];96(1):20–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17187802/>
 19. Kelekci S, Kaya E, Alan M, Alan Y, Bilge U, Mollamahmutoglu L. Comparison of transvaginal sonography, saline infusion sonography, and office hysteroscopy in reproductive-aged women with or without abnormal uterine bleeding. Fertility and Sterility [Internet]. 2005 Sep [cited 2023 Mar 4];84(3):682–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16169403/>
 20. De Godoy B, Pítia Cárita; D, Rogério; M, Rogério B; *et al.* Transvaginal Ultrasonography and Hysteroscopy as Predictors of Endometrial Polyps in Postmenopause. Women's Health, v. 11, n. 1, p. 29–33, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25581053/>. Acesso em: 4 mar. 2023.
 21. Van Hanegem N, Breijer MC, Slockers SA, et al. Diagnostic workup for postmenopausal bleeding: a randomised controlled trial. BJOG 2017; 124:231.
 22. Sarvi F, Alleyassin A, Aghahosseini M, Ghasemi M, Gity S. Hysteroscopy: A necessary method for detecting uterine pathologies in post-menopausal women with abnormal uterine bleeding or increased endometrial thickness. Turk J Obstet Gynecol. 2016 Dec;13(4):183-188. doi: 10.4274/tjod.66674. Epub 2016 Dec 15. PMID: 28913119 Free PMC article.
 23. Litta, P., Cosmi, E., Sacco, G., & Esposito, C. (2015). Hysteroscopic endometrial polypectomy in postmenopausal women: evaluation of patient satisfaction and outcomes. Menopause, 22(9), 1018-1022.
 24. Rezk, M., Sayed Ahmed, W. A., Elbohuty, A. E., Ali, E. S., & Abdallah, A. M. (2016). Hysteroscopic resection of endometrial polyps in postmenopausal women: a comparative study with premenopausal women. Gynecological Surgery, 13(4), 305-309.
 25. Mak, Kit-Sum et al. Clinical outcomes in women with endometrial polyps underwent conservative management. Taiwan J Obstet Gynecol; 62(4): 553-558, 2023 Jul.
 26. Fagioli R, Vitagliano A, Carugno J, Castellano G, De Angelis MC, Di Spiezio Sardo A. Hysteroscopy in postmenopause: from diagnosis to the management of intrauterine pathologies. Climacteric. 2020 Aug;23(4):360-368.
 27. Brun, J L, et al. Management of women with abnormal uterine bleeding: Clinical practice guidelines of the French National College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol; 288: 90-107, 2023 Jul 17.

OS AUTORES DECLARAM NÃO HAVER CONFLITO DE INTERESSE.