

Atipia das Células Glandulares: qual o Diagnóstico?

Pisco F^{1*}†, Sousa N¹†, Fonseca P²

¹ Escola Superior de Tecnologia da Saúde - Instituto Politécnico do Porto (ESTSP-IPP), Portugal

² Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

† Estes autores contribuíram de igual modo na realização do trabalho

Recebido: março 2016/ Publicado: abril 2016

***Autor correspondente:**

Filipa Pisco

filipa1992pisco@gmail.com

RESUMO

No âmbito das patologias ginecológicas, o cancro do ovário apresenta a taxa de mortalidade mais elevada, uma vez que só é diagnosticado numa fase tardia quando surgem os primeiros sintomas. O caso em estudo corresponde a uma citologia de follow-up, após histerectomia total por carcinoma do ovário indiferenciado. A avaliação citológica sugeriu um Adenocarcinoma enquanto o diagnóstico histológico da lesão nodular revelou uma recidiva de Carcinoma Papilar Seroso do Ovário. A realização do exame histológico, neste e noutros casos, constitui uma peça fundamental para a confirmação do diagnóstico citológico, assim como para o diagnóstico diferencial.

Palavras-chave: citologia ginecológica, Surepath®, follow-up, células glandulares, carcinoma papilar seroso do ovário

INTRODUÇÃO

O cancro do ovário traduz-se pelo cancro ginecológico mais letal, uma vez que só é diagnosticado numa fase bastante avançada, quando surgem os primeiros sintomas, que englobam uma pressão ou dor no abdómen, pélvis, costas ou pernas; uma sensação de abdómen inchado e de constante cansaço; náuseas, indigestão, obstipação ou diarreia¹⁻⁴.

No que concerne aos dados epidemiológicos, o cancro do ovário, figura principalmente nas mulheres com mais de 45 anos de idade, onde se verificam mais de 80% dos casos. De acordo com o seu grupo histológico, os tumores epiteliais, *borderline* ou malignos constituem os tipos mais frequentes e representam 80-85% dos casos⁵. Conforme dados de 2012 do *Globocan*, em Portugal, o cancro do ovário ocupa o nono lugar na incidência de doenças oncológicas na mulher e o oitavo quanto à mortalidade, com 616 novos casos e 381 óbitos registados⁶.

Para além do diagnóstico tardio ter um enorme contributo para a elevada incidência deste tipo de cancro, que atinge mais de duzentas mil mulheres em todo o mundo anualmente, ainda existe uma enorme lacuna na sensibilização da população feminina que precisa de ser colmatada^{3,7}.

HISTÓRIA CLÍNICA

O caso em análise consta de uma citologia em meio líquido (*Surepath®*) da cúpula vaginal, de uma mulher com 47 anos, com informação clínica de histerectomia total em 2008 por carcinoma do ovário indiferenciado. Após citologias de *follow-up* negativas em 2011, 2012 e 2013, foi realizada nova citologia de *follow-up* em Janeiro de 2015, da cúpula vaginal, cujo resultado citológico foi de Adenocarcinoma. Em Março de 2015 foi retirado um nódulo da cúpula vaginal que mostrou tratar-se de uma recidiva

de carcinoma papilar seroso de alto grau do ovário.

ACHADOS CITOLÓGICOS

A amostra obtida revela tratar-se de um esfregaço de fundo limpo onde se observam numerosos grupos celulares tridimensionais por vezes de aspeto papilar (**Fig. 1**) com características de malignidade, nomeadamente, aumento da relação núcleo/citoplasma, citoplasmas cianófilos e microvacuolizados, núcleos aumentados, excêntricos, ligeiramente hiper cromáticos, com distribuição irregular da cromatina e contornos nucleares irregulares (**Fig. 2**). Adicionalmente, observa-se ainda a presença de macronúcleolos e figuras de mitose (**Fig. 2**).

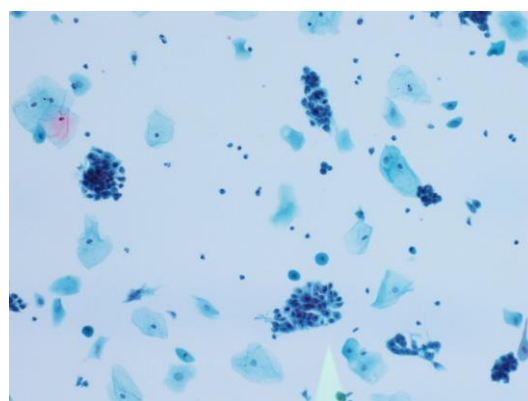


Fig. 1 – Padrão geral da citologia (*Surepath®*, Coloração de *Papanicolaou*, Ampliação: 10x).

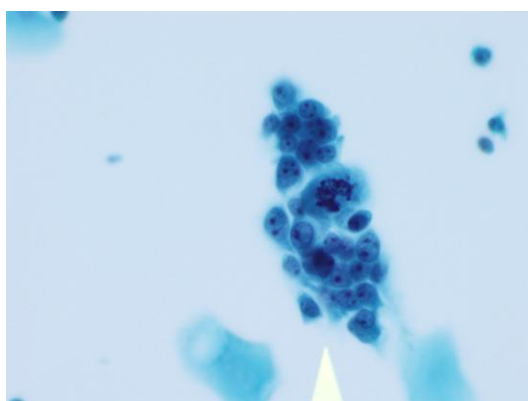


Fig. 2 – Grupo glandular com características de malignidade (*Surepath®*, Coloração de *Papanicolaou*, Ampliação: 40x).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

De acordo com as características citológicas apresentadas, o resultado citológico foi de Adenocarcinoma. Não foi possível garantir, com base na avaliação citológica, tratar-se de um adenocarcinoma extra-uterino, apesar da informação clínica e o padrão citológico o sugerirem.

Conforme o que se encontra ilustrado na **Fig. 3**, verifica-se a presença de características citológicas tanto do Adenocarcinoma Endocervical, como do Adenocarcinoma Endometrial⁸.

De acordo com a literatura, a existência de grupos tridimensionais, o aumento da relação núcleo/citoplasmática, a anisocariose, a presença de nucléolos evidentes, e a irregularidade da cromatina podem ser observadas tanto no Adenocarcinoma Endocervical como no Adenocarcinoma Endometrial⁸.

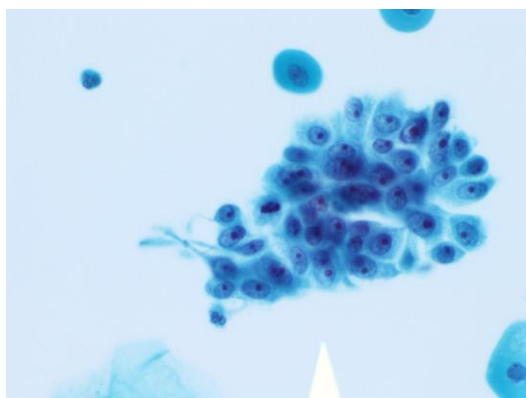


Fig. 3 – Grupo glandular com características citológicas de Adenocarcinoma (Surepath®, Coloração de Papanicolaou, Ampliação: 40x).

Na **Fig. 4** é possível constatar a presença de microvacuolização, que é uma característica de Adenocarcinoma Endocervical. Contudo, este achado por si só não é suficiente para atribuir um resultado citológico de Adenocarcinoma Endocervical. Por outro lado, apesar de estarem presentes algumas

características citológicas que apontam para um resultado de Adenocarcinoma Endometrial, como a conformação papilar e citoplasmas cianófilos e escassos, como se encontra representado na **Fig. 5**, não é possível atribuir um resultado definitivo de Adenocarcinoma Endometrial⁸.

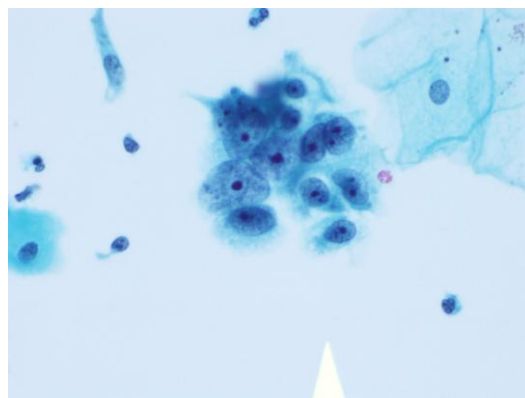


Fig. 4 – Grupo glandular com características citológicas de Adenocarcinoma (Surepath®, Coloração de Papanicolaou, Ampliação: 40x).

A presença de um fundo limpo (**Fig. 2, 3, 4 e 5**), a presença de *clusters* (**Fig. 5**) bem como o pleomorfismo nuclear (**Fig. 4**), são características que sugerem um possível carcinoma extrauterino, como referenciado na literatura⁸.

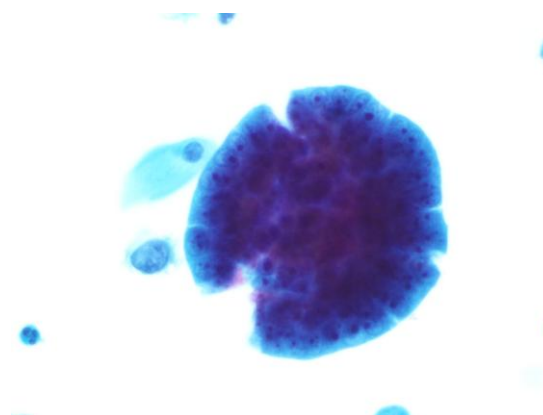


Fig. 5 – Grupo glandular com características citológicas de Adenocarcinoma (Surepath®, Coloração de Papanicolaou, Ampliação: 20x).

Uma vez que as características observadas na citologia não permitiram elaborar um diagnóstico conclusivo, foi necessário complementar com a avaliação histológica de um nódulo excisionado da Cúpula Vaginal. O diagnóstico histológico da lesão nodular foi Recidiva de Carcinoma Papilar Seroso do Ovário.

CONCLUSÃO

Este caso clínico permite reforçar o descrito na literatura, isto é, que o cancro do ovário é uma das patologias mais agressivas do aparelho ginecológico feminino, podendo haver recidiva em cerca de 60-85% dos casos após terapia⁹. Uma vez que com um método não invasivo e de baixo custo (Teste de *Papanicolaou*) é possível detetar este tipo de patologias, é muito importante sensibilizar a população feminina a realizar o rastreio ginecológico por rotina como forma de prevenção de diferentes tipos de cancro do aparelho ginecológico, assim como forma de *follow-up* de uma patologia já tratada, com o intuito de detetar precocemente recidivas ou metástases.

Por outro lado, este caso clínico retrata que, por vezes, a citologia não é suficiente para a obtenção de um resultado preciso, sendo necessário recorrer a outras técnicas, a fim de garantir uma terapia específica e adequada para a paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frutuoso C, Silva M, Amaral N, Martins I, Oliveira C, Oliveira H. Valor prognóstico das proteínas p53, C-ERB-2 E Ki67 no Carcinoma do ovário. *Ata médica portuguesa* 2001;14: 277-83.
2. Davidson B, Tropé C, Reich R. Epithelial-mesenchymal transition in ovarian carcinoma. *Frontiers in oncology* 2012 Apr 10.
3. Liga Portuguesa Contra o Cancro. Cancro do ovário. [Online]. Available from: URL: <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=280>
4. Helm W, Harris J. Ovarian cancer staging. *Medscape Reference* 2015 Aug 07.
5. Grupo Português de Estudo do Cancro do Ovário. Manual de cancro do ovário. [Online]. Available from: URL: http://media.wix.com/ugd/78f4e8_52d37d414f8b4471a6f53928e0fc9ec9.pdf
6. Globocan 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. [Online]. Available from: URL: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
7. Andrew MD, Green MD. Ovarian Cancer. *Medscape Reference* 2015 May 12.
8. Solomon D, Nayar R. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology. 2nd ed. New York: Springer; 2004.
9. Foley OW, Del Carmen MG. Recurrent epithelial ovarian cancer: an update on treatment. *Oncology* 2013;27(4):288.