

## Massa nodular na cúpula vaginal em mulher previamente histerectomizada: Estudo de caso

Pinto A\*<sup>1</sup>, Suárez M<sup>2</sup>, Scigliano H<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Laboratório de Anatomia Patológica Dr. Albino Oliveira (Unilabs), CHEDV – Hospital São Sebastião Santa Maria da Feira, Portugal

<sup>2</sup> Escola Superior de Saúde– Instituto Politécnico do Porto (ESS-P.PORTO), Portugal

Recebido: março 2017/ Publicado: novembro 2017

<https://doi.org/10.26537/citotech.v0i3.2282>

### **\*Autor correspondente:**

Ana Pinto

[ana.raquel.pinto@lap.pt](mailto:ana.raquel.pinto@lap.pt)

### **RESUMO**

A histerectomia total é uma técnica cirúrgica muito frequente, que promove a remoção do colo uterino, logo a componente glandular do epitélio. Assim, em mulheres pós-intervencionadas, não é esperada a amostragem deste tipo de epitélio. No entanto este facto nem sempre acontece.

No presente trabalho, apresentamos um caso de uma mulher de 49 anos, histerectomizada há 6 anos, em que a citologia vaginal de controlo apresenta células cilíndricas ciliadas sem atipia.

O diagnóstico citológico descritivo foi presença de células cilíndricas ciliadas, que associado aos dados clínicos fornecidos, eram sugestivas de proveniência de provável prolapso tubar. O estudo anatomopatológico subsequente confirmou o diagnóstico citológico sugerido.

**Palavras-chave:** células glandulares pós histerectomia, células colunares ciliadas, prolapso tubar

## INTRODUÇÃO

A histerectomia total por diversas patologias, nomeadamente do corpo uterino, é uma técnica cirúrgica frequente<sup>1</sup>. Isto implica que no seguimento citológico destas doentes, através de citologia vaginal, os diversos tipos celulares epiteliais normais do corpo e colo uterino, não deveriam estar representados, a referir, células do tipo glandular endometrial, endocervical ou ístmicas.

A presença de células glandulares de tipo endocervical em amostras de mulheres previamente histerectomizadas tem uma frequência de cerca de 2%<sup>2</sup>. São células com aspeto morfológico semelhante às normais, sem critérios de displasia ou neoplasia. A sua presença pode corresponder a diversas causas, e podem estar associadas a história de patologia neoplásica ginecológica prévia, ao efeito da quimioterapia, radioterapia e ainda a processos benignos de reparação<sup>2,3</sup>.

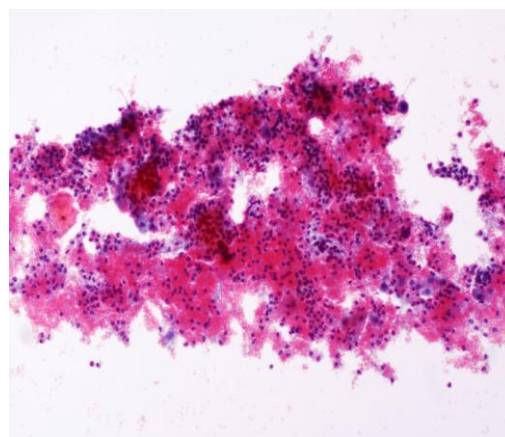
No presente trabalho relatamos um caso de uma citologia da cúpula vaginal com presença de células cilíndricas ciliadas, de doente submetida a histerectomia prévia por leiomiomatose e endometriose difusa do corpo uterino.

## HISTÓRIA CLÍNICA

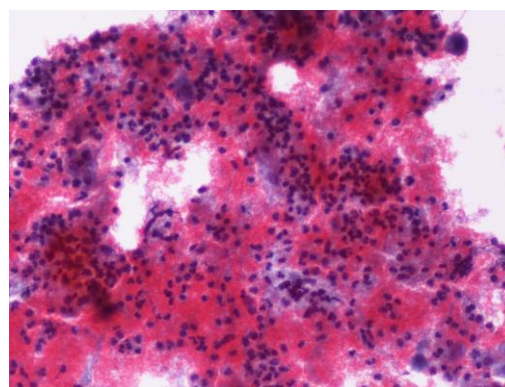
Mulher de 49 anos, com duas gestações e dois partos normais prévios, com antecedente de histerectomia total com anexectomia direita, há 6 anos, por leiomiomatose e adenomiose difusa do corpo do útero. Em controlo clínico ginecológico anual, a doente refere escassa hemorragia vaginal, muito ocasional, relacionada com esforços físicos. Submetida a vaginoscopia, foi identificada, na cúpula vaginal, área granulosa e avermelhada, aparentemente ulcerada, tipo "granuloma". Foi realizada citologia da cúpula vaginal.

## ASPETOS CITOLÓGICO

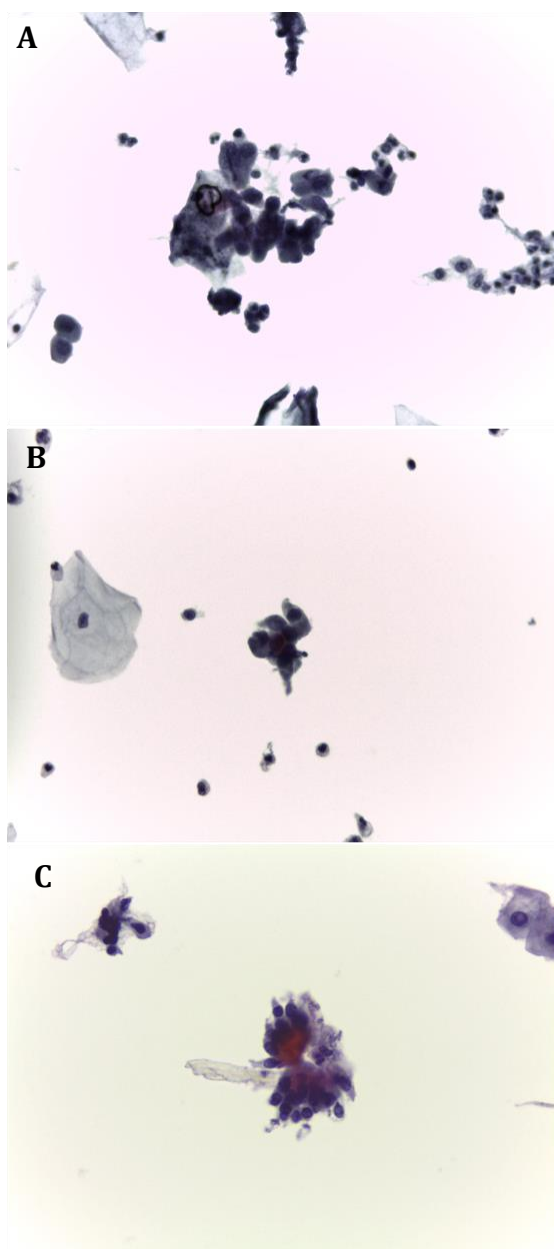
A lâmina analisada correspondia a citologia em meio líquido (*ThinPrep*®) corada com a técnica de *Papanicolaou*. A amostra era satisfatória para diagnóstico, sem representação celular de zona de transformação, moderadamente celular com fundo inflamatório de sangue e polimorfonucleares neutrófilos (**Fig.1 e Fig.2**), e ainda com células pavimentosas maduras. Foram também observadas escassas células colunares, isoladas, monomorfas, com núcleos eucromáticos, basais, de pequeno tamanho, e citoplasma alongado com cílios no polo apical. (**Fig.3, Fig.4 e Fig.5**).



**Fig.1** – Fundo inflamatório hemorrágico com polimorfonucleares neutrófilos. *ThinPrep*®, coloração de *Papanicolaou* (100x).



**Fig.2** – Detalhes do fundo inflamatório hemorrágico com polimorfonucleares neutrófilos. *ThinPrep*®, coloração de *Papanicolaou* (600x).



**Fig.3** – (A) Grupos de células tridimensionais com presença de algum fundo inflamatório e células colunares (400x); (B) Células colunares ciliadas (400x); (C) Grupo tridimensional de células colunares ciliadas (600x). *ThinPrep®*, coloração de *Papanicolaou*.

O relatório citológico foi complementado com nota que indicava a presença de células de tipo glandular, cilíndricas ciliadas (em situação de pós-histerectomia). O facto de a doente ainda ter o anexo esquerdo, associado ao abaulamento nodular da mucosa da cúpula vaginal e não ter sido referida outra eventual patologia loco-regional, foi proposta a hipótese de corresponder a eventual prolapso de trompa

de Falópio, com necessidade de ser integrada a proposição no contexto clínico-vaginoscópico, com eventual estudo histológico.

Subsequentemente, a doente foi submetida a excisão da massa nodular por via vaginal.

#### ASPETOS MACROSCÓPICO E DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO DA PEÇA CIRÚRGICA

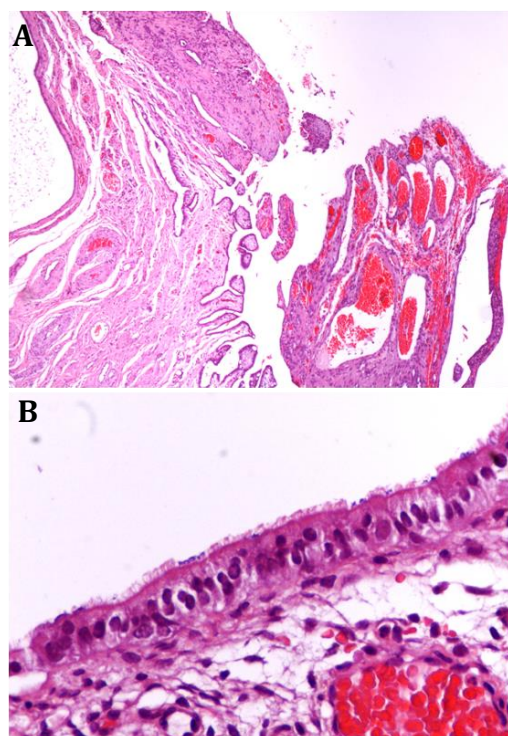
Macroscopicamente, o produto correspondia a três retalhos tecidulares alongados de superfície granulosa e a coágulos hemáticos, tendo sido todo o produto incluído em parafina para estudo histopatológico (**Fig.4**).



**Fig.4** – Fotografia dos dois blocos de parafina com inclusão do produto. À direita observa-se representação de trompa de Falópio; à esquerda parte da própria trompa com área ulcerada e retalho de parede vaginal.

Histologicamente, foi confirmada a presença de trompa de Falópio, associado a tecido de granulação, ulcerado. As pregas luminiais da trompa congestionadas mostravam revestimento mucoso epitelial em monocamada, com células colunares ciliadas e não ciliadas, de núcleos eucromáticos, confirmando o diagnóstico de prolapso tubar (**Fig.5A** e **Fig.5B**).

Não foram observadas estruturas de ovário na peça cirúrgica.



**Fig.5** - (A) Representação histológica de parede tubar associada a presença de tecido de granulação ulcerado (40x); (B) Representação histológica de revestimento epitelial tubar típico com alternância de células cilíndricas ciliadas e não ciliadas, de núcleos eucromáticos (400x). Coloração de Hematoxilina e Eosina.

## DISCUSSÃO

No presente estudo, foi descrito um caso citologia de cúpula vaginal, numa mulher de 49 anos previamente hysterectomizada, que na vaginoscopia de controlo, realizada por escassa hemorragia vaginal, foi observada área interpretada como “granuloma da cúpula vaginal”. O estudo citológico revelou a presença de células cilíndricas ciliadas, sem atipia nuclear evidente, assim como células colunares não ciliadas, num fundo marcadamente inflamatório. Estes achados citológicos, nomeadamente a presença das células cilíndricas ciliadas, características de tecido tubar associado ao facto de a doente ter conservado um dos anexos, levou a sugerir citologicamente o diagnóstico de provável prolapso de trompa de Falópio.

O estudo anatomopatológico posterior da peça cirúrgica permitiu confirmar o diagnóstico.

A hysterectomia é uma das técnicas cirúrgicas ginecológicas mais realizadas no mundo, no entanto com potenciais complicações pré e pós-operatórias<sup>1</sup>. As complicações mais frequentes associadas à hysterectomia vaginal são lesões da bexiga e da via urinária, infeções vaginais e hematomas da cúpula vaginal, sendo os dois primeiros menos frequentes em hysterectomias laparoscópicas<sup>4</sup>.

O prolapso vaginal de trompa de Falópio é uma complicação pós-operatória rara<sup>1</sup>. *Silverberg et al.*, em 1974, foram os primeiros a publicar as características morfológicas microscópicas, citológicas e anatomopatológicas desta entidade. Uma infeção vaginal, uma hemorragia pós-operatória local, o uso de técnicas cirúrgicas inadequadas ou agressivas e a má condição física da doente, o facto do peritoneu ficar aberto aquando a cirurgia ou a utilização de drenagens em fundo de saco, estão descritos como possíveis fatores que predispõem ao prolapso tubar<sup>4</sup>. Este pode ainda ser decorrente de um defeito cirúrgico na cúpula vaginal<sup>5</sup>. Em todos os casos, se estabelecerá uma comunicação permanente entre a cavidade peritoneal e a vagina, através da qual a trompa de Falópio poderá prolapsar<sup>4,5</sup>.

O período de ocorrência desta complicação é variável (entre os 15 dias e 28 anos após a cirurgia primária), a maioria dos casos nos primeiros 6 meses<sup>2,5</sup>. Os sintomas de prolapso tubar são pouco característicos, consistindo numa ligeira dor pélvica ou abdominal, leucorreia, hemorragia vaginal, e dispareunia<sup>3</sup>.

O diagnóstico raramente se estabelece antes do estudo anatomopatológico, na medida em que o ginecologista, na vaginoscopia, habitualmente observa um “tecido de granulação” na cúpula vaginal. A citologia dessa cúpula pode ser útil para a suspeita desta complicação, como aconteceu no nosso caso.

Os achados citológicos observados podem corresponder, para além de fundo inflamatório próprio da área ulcerada, presença de células isoladas ou agregados oligocelulares de células epiteliais de pequeno tamanho, com núcleo basal, monomorfo, as vezes hiper cromáticos, com “placa estriada apical” própria de cílios. Podem estar associadas células colunares não ciliadas. Alguns autores consideram que esta associação, de células colunares ciliadas e não ciliadas, em contexto adequado (histerectomia prévia com conservação de um ou ambos os anexos) é fator quase diagnóstico desta complicação<sup>5</sup>.

*Bethesda*, na sua última edição, tem estabelecido determinados critérios para considerar as células como “glandulares pós-histerectomia”. O critério refere-se às células de tipo glandular endocervicais, endometriais e células do tipo cubóide. Acrescenta, ainda, que se as células não forem “atípicas”, não têm importância clínica e é opcional a sua menção no relatório citológico, pelo que não mudaria o tratamento<sup>2</sup>. No presente caso de estudo, visto a doente ter solucionado a sua sintomatologia após a cirurgia realizada, em consequência da proposta citológica, consideramos a importância de sempre que forem detetados achados citológicos não esperados, mesmo que não sejam atípicos, devem sempre ser referidos no diagnóstico, de forma a ser possível a sua contextualização clínica.

Relativamente aos tipos celulares glandulares observados pós-histerectomia, cabe considerar que predominam as de tipo endocervical (60%), seguidas pelas de tipo calciforme (38%) e as de tipo ciliado (2%)<sup>6</sup>.

As células glandulares pós-histerectomia podem ter aspeto benigno ou maligno. Na **Tabela 1** estão indicadas as lesões onde estes aspetos são mais relevantes<sup>6</sup>.

**Tabela 1. Lesões associadas à presença de células glandulares pós-histerectomia**

Benignas	Malignas
Fístula reto-vaginal	Recidiva de adenocarcinoma cérvico-endometrial
Endometriose	Metástase de adenocarcinoma (colo-retal, vesical)
Metaplasia células cilíndricas da mucosa vaginal	
Prolapso da trompa de Falópio	

As fístulas reto-vaginais são frequentes após traumatismos graves destes órgãos, após cirurgias ou radioterapias por cancro cervical ou retal, em consequência de lesões inflamatórias crónicas complicadas ou eventual lesão neoplásica maligna com envolvimento de órgão adjacente (bexiga, reto). Nestes casos, a história clínica e os achados citológicos são suficientes para o diagnóstico<sup>7</sup>.

A metaplasia de células ciliadas da mucosa vaginal, com epitélio mucinoso, com ou sem células calciformes é um fenómeno muito raro. Pode acontecer em consequência de atrofia severa da mucosa como fenómeno metaplásico adaptativo protetor, ou secundário a radio e quimioterapia. É de salientar que as alterações metaplásicas nem sempre são fáceis de diferenciar das alterações induzidas pela radioterapia<sup>7,8</sup>.

No caso de células glandulares com aspeto neoplásico maligno, a história de doenças tumorais prévias da doente é relevante. Perante um diagnóstico anterior de adenocarcinoma colo-retal, mais raramente vesical ou de outras localizações, é sempre conveniente pensar inicialmente nesta eventualidade<sup>6</sup>. Caso exista ainda material citológico de *ThinPrep*® pode ser benéfico utilizá-lo para avaliar a citoqueratina 20 e o CDX2. Se a neoplasia for adenocarcinoma de tipo endometriode, a utilização de anticorpos

anti-vimentina e anti-recetor estrogénico são os adequados.

O tratamento do prolapso tubar deve ser individualizado, sendo maioritariamente cirúrgico, através de salpingectomia total (ou anexectomia) por via vaginal ou abdominal<sup>5,6</sup>.

### CONCLUSÃO

Apresenta-se um caso de prolapso vaginal de trompa de Falópio, diagnóstico sugerido pela citologia vaginal e confirmado pela histologia. É importante pensar sempre em todas as possibilidades de diagnóstico, de forma a excluir diagnóstico de malignidade, nomeadamente em situações em que a doente apresenta antecedentes de neoplasia maligna ginecológica, tentando sempre que possível correlacionar todos os dados clínicos da doente. No presente caso, o estudo citológico teve valor clínico. É matéria ainda controversa se a citologia tem valor no *follow-up* de doentes submetidas a histerectomia por patologia não neoplásica ou neoplásica benigna. No presente caso foi muito útil.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kroon C, Bergman I, Westenberg S. Prolapse of the uterine tube after subtotal hysterectomy. BJOG 2003; 110: 333–334.
2. Novielle M, Silva A, Santos A. Prolapso da tuba uterina após histerectomia vaginal, relato de caso. RBGO 2003; 25(10): 749- 751.
3. Nayar R, Wilbur D. The Bethesda System for reporting Cervical Cytology. Springer 2014; 6: 129-132.
4. Ouldamer L, Caille A, Body G. Fallopian tube prolapse after hysterectomy. A systematic review. PLOS ONE 2013; 8(10): e76543.
5. Hernandez L, Bermudez C, Oro K. Prolapso de trompa uterina: reporte de casos y revision de la literatura. Colombo Obstet Ginecol 2011; 62: 272- 277.
6. Wofendale M. Exfoliative Cytology in a case of prolapse fallopian tube. Acta Cytol 1980; 24: 545-8 .
7. Silverberg SG, Frable WJ. Prolapse of fallopian tube into vaginal vault after hysterectomy. Histopathology, cytopathology and differential diagnosis. Arch Pathol 1974; 97: 100-3.