

Endométrio

O endométrio está localizado no **interior do útero**. É composto por células glandulares que frequentemente descamam, resultando na menstruação. A menstruação marca o período reprodutivo da mulher, iniciando na menarca e finalizando na menopausa, após o qual encontraremos o endométrio atrófico

As mulheres têm um risco de 2,6 % de desenvolverem neoplasia de endométrio durante a vida, correspondendo a cerca de 6% de todos os cânceres na mulher.

Há 2 tipos de neoplasia de endométrio com diferença na carcinogênese, epidemiologia e fator prognóstico:

- **Tipo 1:** carcinoma endometrial relacionada ao estrógeno, geralmente são neoplasias de baixo grau de malignidade, originadas de hiperplasia atípica (proliferação do endométrio). Os pacientes têm como fatores de risco: obesidade, nuliparidade (não ter tido filhos), excesso de estrógeno (hormônio feminino), hipertensão arterial, diabetes.
- **Tipo 2:** geralmente não relacionado ao estímulo estrogênico e não originado de hiperplasia endometrial. São neoplasias de alto grau de malignidade e tipos histológicos desfavoráveis (seroso papilar e células claras) que atingem pacientes com idade mais avançada que as pacientes com neoplasia de endométrio tipo 1.

Diagnóstico

O diagnóstico do câncer de endométrio é feito por meio da **biópsia**. A amostra de tecido endometrial pode ser obtida pela curetagem ou histeroscopia.

Principais sintomas: o principal sintoma é o **sangramento uterino anormal**, ocorrendo em aproximadamente 95% dos casos. Cerca de 5% a 20% das mulheres pós menopausa, com sangramento uterino, apresentarão neoplasia de endométrio.

Pacientes na pré ou peri menopausa com sangramento uterino anormal também deverão ser avaliadas para neoplasia de endométrio.

Tratamento

O **tratamento** e **estadiamento** (saber como está a doença) inicial é feito com **cirurgia**. A cirurgia consta de histerectomia total associada a linfadenectomia pélvica e retroperitoneal, omentectomia (retirada de tecido gorduroso sobre o intestino grosso) e lavado peritoneal (coleta de líquido para análise de presença de células malignas).

É muito importante e fundamental a participação do **patologista** no momento operatório, pois indicará o local da neoplasia no útero e avaliará se há comprometimento cervical, o grau de infiltração da neoplasia no miométrio e o grau de diferenciação da neoplasia. Com essas informações obterá melhor avaliação da extensão da linfadenectomia.

Após a paciente ser devidamente estadiada pela cirurgia, avalia-se a necessidade ou não de tratamento complementar, que poderá ser realizado com [radioterapia](#) e ou [quimioterapia](#).

Fatores de risco

- Terapia estrogênica;
- Anovulação crônica;
- Uso de tamoxifeno;
- Obesidade;
- Hipertensão arterial;
- **Idade:** geralmente ocorre em mulheres na pós-menopausa (20% dos casos são diagnosticados em mulheres entre 40-50 anos e 5% abaixo dos 40 anos);

- Pré-disposição hereditária ou genética;
- Famílias com Síndrome de Lynch ou HNPCC (Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer): chances de desenvolver neoplasia extra colônica e, dentre as neoplasias, a mais comum é a neoplasia de endométrio;
- Nuliparidade (não ter tido filhos);
- Menarca (primeira menstruação) precoce, menopausa tardia.

Fonte: <http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/endometrio/13/?gclid=CKnc-rPClb4CFTMA7AodCFwAyg>

[Voltar](#)