



Avaliação do perfil epidemiológico de pacientes diagnosticadas com câncer de endométrio em um hospital regional do Distrito Federal

Evaluation of the epidemiological profile of patients diagnosed with endometrial cancer in a regional hospital in the Federal District

Evaluación del perfil epidemiológico de pacientes diagnosticadas con cáncer de endometrio en un hospital regional del Distrito Federal

Mariana da Silva Leal¹, Sádía Martins de Paula Souza¹.

RESUMO

Objetivos: Realizar análise do perfil epidemiológico das mulheres com diagnóstico histopatológico de Câncer de Endométrio (CE) acompanhadas em um Hospital Regional do Distrito Federal no período de 01 de janeiro de 2019 a 01 de julho de 2023. **Métodos:** Um estudo observacional, transversal e descritivo com realização de coleta retrospectiva de dados registrados em prontuário. Foram incluídas 36 pacientes com diagnóstico histopatológico de CE atendidas no período de 01/01/2019 a 01/07/2023. **Resultados:** Observou-se que os fatores de risco mais comum para CE foram idade avançada, raça parda, obesidade, menopausa e multiparidade, que as lesões mais frequentes foram do estágio I, classificadas como baixo risco e apresentando excelente prognóstico, que o estadiamento em nosso serviço foi o mais precoce e que estádios avançados tiveram maiores taxas de adjuvância. **Conclusão:** É necessário a realização de novos estudos enfatizando os fatores de risco, uma vez que nossos dados foram divergentes da literatura no que se refere à raça e à multiparidade. Uma análise que pode ser feita é em relação à miscigenação no território brasileiro, o que pode ter sido favorável para os achados. Ainda, países subdesenvolvidos têm taxas aumentadas de três ou mais gestações, questionando que a multiparidade protege contra o CE.

Palavras-chave: Câncer endometrial, Epidemiologia, Obesidade.

ABSTRACT

Objective: To analyze the epidemiological profile of women with a histopathological diagnosis of Endometrial Cancer (SC) followed at a Regional Hospital in the Federal District from January 1, 2019 to July 1, 2023. **Methods:** An observational, cross-sectional and descriptive study with retrospective data collection recorded in medical records. A total of 36 patients with histopathological diagnosis of FB treated from 01/01/2019 to 07/01/2023 were included. **Results:** It was observed that the most common risk factors for CS were advanced age, brown race, obesity, menopause and multiparity, that the most frequent lesions were stage I, classified as low risk and presenting an excellent prognosis, that the staging in our service was the earliest and that advanced stages had higher rates of adjuvant. **Conclusion:** Further studies emphasizing risk factors are necessary, since our data differed from the literature regarding race and multiparity. One analysis that can be made is in relation to miscegenation in the Brazilian territory, which may have been favorable for the findings. In addition, underdeveloped countries have increased rates of three or more pregnancies, questioning whether multiparity protects against CE.

Keywords: Endometrial cancer, Epidemiology, Obesity.

¹ Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília – DF.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil epidemiológico de mujeres con diagnóstico histopatológico de Cáncer de Endometrio (SC) seguidas en un Hospital Regional del Distrito Federal desde el 1 de enero de 2019 hasta el 1 de julio de 2023. **Métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo con recolección retrospectiva de datos registrados en historias clínicas. Se incluyeron un total de 36 pacientes con diagnóstico histopatológico de FB tratados desde el 01/01/2019 hasta el 07/01/2023. **Resultados:** Se observó que los factores de riesgo más frecuentes para el SC fueron la edad avanzada, la raza morena, la obesidad, la menopausia y la multiparidad, que las lesiones más frecuentes fueron el estadio I, clasificado como de bajo riesgo y que presentaba un pronóstico excelente, que la estadificación en nuestro servicio fue la más precoz y que los estadios avanzados tuvieron mayores tasas de adyuvante. **Conclusión:** Son necesarios más estudios que enfatizen los factores de riesgo, ya que nuestros datos difieren de la literatura en cuanto a raza y multiparidad. Un análisis que se puede hacer es en relación con el mestizaje en el territorio brasileño, que puede haber sido favorable para los hallazgos. Además, los países subdesarrollados han aumentado las tasas de tres o más embarazos, lo que cuestiona si la multiparidad protege contra la EC.

Palabras clave: Cáncer de endometrio, epidemiología, obesidad.

INTRODUÇÃO

O câncer de endométrio (CE) é a sexta neoplasia mais comum, a nível mundial, nas mulheres. Cerca de 90% dos casos são registrados em pacientes com faixa etária superior a 50 anos (MIGUEZ IM, et al., 2022; LUCENA LHS, et al., 2021; SUNG H, et al., 2021). Observa-se, atualmente, aumento da incidência do CE em países desenvolvidos, sendo os dois principais fatores que contribuem para isso, a alta prevalência de obesidade e o aumento da expectativa de vida nestes países (YASIN HK, et al., 2021; AMANT F, et al., 2018). Neste cenário, verifica-se que a incidência do CE aumentou em 40% e a taxa de mortalidade para as mulheres com CE aumentou em 20% na última década, apesar das melhores taxas de sobrevivência global. Tendo em vista ser a obesidade um importante fator que contribui para essas taxas, estudos mostram que cada incremento de 10 unidades no Índice de Massa Corpórea (IMC) foi associado a um aumento de quase três vezes o risco de CE (YASIN HK, et al., 2021).

Associa-se à obesidade, a presença de inflamação crônica, sendo observado a produção aumentada de citocinas pró-inflamatórias, como o fator de necrose tumoral (TNF-alfa), a Interleucina-6 (IL-6) e proteína C reativa. Outro mecanismo está relacionado à excessiva conversão periférica de androgênios em estrona pelas células adiposas, contribuindo para a hiperplasia endometrial e, muitas vezes, evoluindo para a carcinogênese (MORAES JMS, et al., 2023; YASIN HK, et al., 2021; PASSARELLO K, et al., 2019). O CE é dividido em dois grupos principais, o tipo I e o tipo II. Cerca de 80% dos CE são do tipo I e estão relacionados à exposição prolongada ao estrogênio sem oposição da progesterona. Ele geralmente tem histologia endometrioidal, tumor de baixo grau e surgem em um contexto de hiperplasia endometrial complexa atípica (YASIN HK, et al., 2021; PALEARI L, et al., 2021).

Por outro lado, 20% do CE são do tipo II, não sendo relacionados à exposição duradoura ao estrogênio sem oposição e, sim, às mutações genéticas. Geralmente tem comportamento mais agressivo e histologia não endometrioidal. Consiste nos outros tipos histológicos, sendo o carcinoma seroso e o carcinoma de células claras os mais frequentes. Mais raro, encontram-se o metastático, o misto, o indiferenciado, o escamoso e o mucinoso. Eles surgem em contexto de atrofia endometrial ou pólipos endometriais, geralmente na pós-menopausa (YASIN HK, et al., 2021; PALEARI L, et al., 2021). Além disso, o CE tipo II é geralmente diagnosticado em estágios mais avançados e apresentam pior prognóstico (AMANT F, et al., 2018). No caso do adenocarcinoma endometrioidal há, como principal fator de risco, a exposição prolongada e em excesso ao estrogênio exógenos e endógenos sem oposição da progesterona (PALEARI L, et al., 2021; ROSEN MW, et al., 2019). Também são considerados fatores de risco, a anovulação crônica, observada na síndrome dos ovários policísticos, assim como o uso de tamoxifeno, a síndrome de Lynch, a nuliparidade e a raça branca (LUCENA LHS, et al., 2021; ROSEN MW, et al., 2019).

Classicamente, cerca de 90% das pacientes com CE apresentam quadro de sangramento uterino anormal, seja no período da pós, pré e perimenopausa. Aproximadamente 10% das mulheres na pós-menopausa com sangramento uterino anormal possuirão achado histopatológico de CE (COSTAS L, et al., 2019). Ainda, como exame complementar inicial para avaliar a medida do endométrio, utiliza-se ultrassonografia transvaginal (USG-TV), porém é fundamental a biópsia endometrial, considerando que o diagnóstico do CE é feito mediante a avaliação histológica (SUNDAR S, et al., 2017). A USG-TV tem alto valor preditivo negativo quando a espessura endometrial é inferior à 5 mm e, quando combinada a biópsia endometrial, demonstram valor preditivo negativo de 96% (AMANT F, et al., 2018).

A biópsia endometrial pode ser realizada a nível ambulatorial através da cânula de Pipelle, cureta de Novak, aspiração com cânula de aspiração manual uterina (AMIU) ou histeroscopia. Nas mulheres sem condições para a biópsia endometrial ambulatorial a histeroscopia com biópsia endometrial ou a curetagem uterina devem ser realizadas sob sedação (SUNDAR S, et al., 2017). A ressonância nuclear magnética (RNM) e a tomografia computadorizada (TC) podem ser solicitadas com o objetivo de complementar informações, tal como na suspeita de doença mais avançada. Embora a TC e a RNM sejam equivalentes em termos de avaliação de metástases linfonodais, nenhuma substitui a avaliação cirúrgica que fornece a confirmação histológica e o estadiamento. Ademais, o PET-CT pode ser relevante em pacientes de alto risco ou doença em estágio avançado para avaliação linfonodal à distância (AMANT F, et al., 2018).

Na atualidade não há evidências para realizar rastreamento do CE em mulheres assintomáticas. A triagem do CE é recomendada apenas em pacientes de alto risco, que são as portadoras de Síndrome de Lynch com desejo de preservação de fertilidade, antes da decisão de histerectomia profilática. Neste grupo, a vigilância endometrial é realizada anualmente com USG-TV e biópsia aspirativa a partir dos 35 anos (AMANT F, et al., 2018). O CE é tratado, essencialmente, com cirurgia associada ou não a terapia adjuvante, a depender dos achados anatomopatológicos (KONG TW, et al., 2019). A cirurgia é terapêutica, diagnóstica e propedêutica, pois a partir da análise do material anatomopatológico, se estabelece o tipo histológico, o grau de diferenciação tumoral, assim como a determinação do estadiamento da doença. Desse modo, pode-se investigar a necessidade de tratamento adjuvante, tendo em vista os fatores de risco apresentados. A principal modalidade é a radioterapia, realizada por meio de braquiterapia e/ou irradiação externa (DIAS PAR, et al., 2021; BAER FILHO R, et al., 2019; YOSHIDA A, et al., 2019).

A abordagem cirúrgica consiste na histerectomia total com salpingooforectomia bilateral e avaliação de linfonodos (LUCENA LHS, et al., 2021; AMANT F, et al., 2018). Observam-se diversos fatores de recorrência, tais como o subtipo histológico, o grau de diferenciação, a invasão do miométrio, a invasão do espaço linfovascular, as metástases linfáticas e o tamanho do tumor superior a 2 cm. Desse modo, é necessário o seguimento após o tratamento do CE, a fim da detecção precoce da doença recorrente, a qual é observada mais comumente nos primeiros três anos após o tratamento (MIGUEZ IM, et al., 2022; PASSARELLO K, et al., 2019). No que se refere a tratamento adjuvante, atualmente há recomendações internacionais para que a classificação de risco também seja baseada em marcadores imuno-histoquímicos (p53, MSH6 e PMS2) e um teste molecular, realizando análise de mutação do domínio exonuclease do POLE. A partir desses quatro grupos moleculares, avalia-se o prognóstico da paciente. Estas ferramentas têm como objetivo evitar o tratamento excessivo e selecionar mulheres que terão redução relevante do risco de recorrência da doença, com a finalidade de diminuir a morbidade decorrente do tratamento adjuvante (BOVOLIM G, 2022).

Devido ao aumento da incidência do CE e tendo em vista o aumento da expectativa de vida e do crescimento da obesidade na população, é de grande importância o estudo do CE sendo, portanto, o objetivo deste trabalho foi realizar uma avaliação do perfil epidemiológico das pacientes com diagnóstico de CE acompanhadas em um Hospital Público do Distrito Federal.

MÉTODOS

O artigo propõe-se como um estudo de caráter observacional, com coleta de dados retrospectiva. A presente pesquisa ocorreu em um hospital público do Distrito Federal, com informações extraídas do prontuário eletrônico do sistema TrakCare®, referentes ao período de janeiro de 2019 a julho de 2023. A

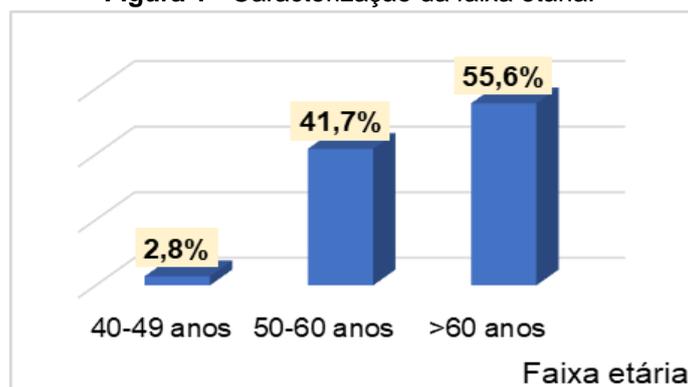
amostra foi composta por 36 pacientes, de acordo com os critérios de inclusão adotados a seguir: pacientes acima de 18 anos de idade; pacientes assistidas no período de 01/01/2019 a 31/06/2023 e atendidas no Ambulatório de Ginecologia Oncológica em um hospital público do Distrito Federal; avaliação histopatológica comprovando o carcinoma do endométrio.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde (FEPECS) sob CAAE: 74510123.2.0000.5553 e parecer número 6.527.229. A pesquisa foi realizada conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde). Foram excluídas as pacientes que não realizaram acompanhamento de CE no hospital em questão e que os prontuários estavam incompletos para a coleta de dados. Os dados foram analisados através de estatística descritiva, sendo coletadas informações referentes a idade; raça; menopausa; paridade; obesidade; sangramento uterino anormal; tipo histológico; cirurgia; estadiamento; tratamento adjuvante. Os dados foram analisados estatisticamente usando o programa estatístico SPSS da IBM, versão 21. O intervalo de confiança para este estudo aceito foi de 95% e nível de significância de 0,050. Foram usados os testes *t-student* e o Qui-quadrado na avaliação da faixa etária, do estadiamento, do tipo histológico e do tratamento adjuvante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da metodologia traçada, foi realizado o levantamento das características epidemiológicas das pacientes diagnosticadas com CE. Os prontuários de 36 pacientes acompanhadas em um hospital público do Distrito Federal foram analisados, onde a maioria (55,6%) apresentou idade superior a 60 anos (**Figura 1**). Além disso, 41,7% apresentaram faixa etária entre 50 e 60 anos, totalizando 97,3% das pacientes com idade superior a 50 anos. Em consonância com os dados encontrados, é relatado na literatura que os casos de CE usualmente são observados em pacientes na pós menopausa e com idade superior a 50 anos (OLIVEIRA AN, 2020; SILVA CL, et al., 2019). Evidências ressaltam que a idade média de diagnóstico do CE é de 58 anos (SANTIS JO, 2021) e menos de 5% dos casos acomete mulheres com idade inferior a 40 anos (CARVALHO GA, et al., 2019). Corroborando com tais achados, observa-se que no presente estudo não houve pacientes com idade inferior a 40 anos.

Figura 1 - Caracterização da faixa etária.



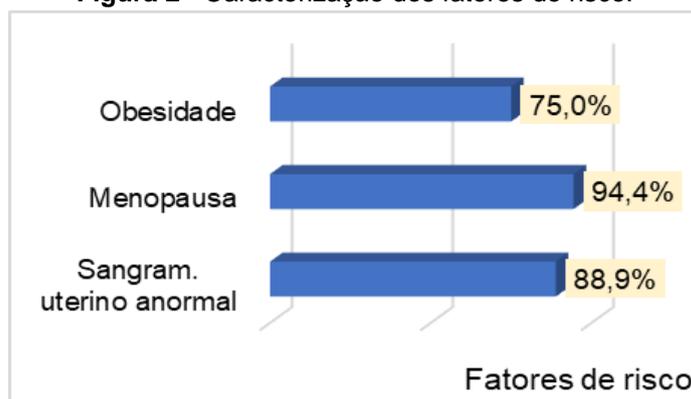
Fonte: Leal MS e Souza SMD, 2024.

Na **Figura 2**, é possível observar que a maioria das pacientes (94,4%) encontravam-se na menopausa, 88,9% apresentaram quadro de sangramento uterino anormal e 75% apresentavam obesidade. Dentro deste contexto, os dados encontrados no presente estudo são compatíveis com os descritos no estudo de Leal RMLV e Braga RP (2021) em que cerca de 75-90% das pacientes com CE apresentam como sintoma inicial o sangramento uterino anormal, principalmente na pós-menopausa. Neste cenário, sabe-se que não há recomendação para o rastreamento do CE, porém geralmente este é diagnosticado precocemente devido a apresentação de sangramento uterino pós-menopausa. Sendo assim, a Sociedade Americana de Câncer

aconselha que durante a menopausa as pacientes sejam informadas quanto aos riscos e sintomas do CE, e incentiva a procura médica frente ao quadro de sangramento uterino pós-menopausa (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

A obesidade é um dos fatores de risco mais importantes e prevalentes, aumentando o risco de desenvolvimento do CE significativamente (MORAES JMS, et al., 2023; YASIN, et al., 2021), sendo esse fator presente na maioria das pacientes participantes da pesquisa (**Figura 2**). No estudo de Lega IC e Lipscomb LL (2020), os autores evidenciaram que o CE é um dos principais tipos de cânceres com forte associação à obesidade.

Figura 2 - Caracterização dos fatores de risco.



Fonte: Leal MS e Souza SMD, 2024.

Em relação à gestação, nota-se no estudo maior prevalência de mulheres que tiveram três ou mais gestações (61,1%). Ao contrário do observado no presente trabalho, a nuliparidade está associada a um elevado risco para o CE. As mulheres nulíparas apresentaram alto risco para CE em comparação àquelas que tiveram filhos, tendo em vista o maior tempo de exposição hormonal (YANG HP, et al., 2015). Ainda, uma metanálise de estudos epidemiológicos evidenciou associação inversa entre a paridade e o risco de desenvolver CE (WU QJ, et al., 2015).

Avaliando o subtipo histológico, verifica-se que o mais frequente foi o endometrióide, representado por 80,6% das pacientes participantes da pesquisa. Em relação a esse subtipo, observa-se que a maioria das pacientes estavam em menopausa (93,1%) e apresentavam sangramento uterino anormal (86,2%), eram obesas (79,3%), possuíam faixa etária superior a 60 anos (51,7%), cor parda (51,7%), e tiveram três ou mais gestações (55,2%). Ainda, 58,6% apresentaram estadiamento I e 62,1% realizaram tratamento adjuvante, conforme a **Tabela 1**.

Verifica-se, em correlação com a literatura, que o adenocarcinoma endometrióide, também conhecido como tipo I, é o tipo histológico mais comum e usualmente acomete mulheres obesas, em um cenário de excesso de estimulação estrogênica. Geralmente apresentam bom prognóstico, tendo em vista que são diagnosticados em estádios iniciais (YASIN HK, et al., 2021, LUCENA LHS, et al., 2021; AMANT F, et al., 2018).

Foi analisado que na presente pesquisa a minoria das pacientes apresentou o subtipo histológico não endometrióide (19,4%). Amant F et al., (2018), refere que 20% das pacientes apresentam histologia não endometrióide, compreendida como tipo II, com comportamento mais agressivo.

Estudos anteriores comprovam que alguns carcinomas de tipo II eventualmente surgem de carcinomas endometrioides pré-existentes, revelando características mistas nos níveis clínicos, patológicos e moleculares. Ainda, o estudo imuno-histoquímico é imprescindível para o diagnóstico, apresentando a expressão de p16 e p53 em algumas áreas e outras com imuno-expressão para citoceratina, PAX8, p53 e napsina (FERRO MC, et al., 2016).

Tabela 1 - Correlação do tipo histológico com as demais variáveis

	Tipo histológico	
	Endometrióide	Não endometrióide
Faixa etária		
40-49 anos	1 (3,4%)	0 (0,0%)
50-60 anos	13 (44,8%)	2 (28,6%)
>60 anos	15 (51,7%)	5 (71,4%)
Raça		
Branca	10 (34,5%)	3 (42,9%)
Parda	15 (51,7%)	3 (42,9%)
Preta	4 (13,8%)	1 (14,3%)
Paridade		
G0	4 (13,8%)	0 (0,0%)
G1 ou G2	9 (31,0%)	1 (14,3%)
G3 ou mais	16 (55,2%)	6 (85,7%)
Obesidade		
Sim	23 (79,3%)	4 (57,1%)
Menopausa		
Sim	27 (93,1%)	7 (100,0%)
Sangramento uterino anormal		
Sim	25 (86,2%)	7 (100,0%)
Estadiamento - FIGO		
I	17 (58,6%)	4 (57,1%)
II	6 (20,7%)	0 (0,0%)
III	5 (17,2%)	2 (28,6%)
IV	1 (3,4%)	1 (14,3%)
Tratamento Adjuvante		
Sim	18 (62,1%)	7 (100,0%)

Fonte: Leal MS e Souza SMD, 2024.

Além disso, foi possível observar que no presente estudo houve associação estatisticamente significativa do tipo histológico endometrióide somente na faixa etária acima de 60 anos ($p = 0,020$) e na cor parda ($p = 0,004$). Os demais achados não foram estatisticamente significativos (**Tabela 2**). Em discordância, Rosen MW et al., (2019), em sua revisão prospectiva, observou que a raça branca é fator predisponente para a ocorrência desta patologia. Nos Estados Unidos, a incidência em mulheres brancas é duas vezes mais do que as mulheres negras, porém com sobrevida em cinco anos menor, independente do estágio da doença ao diagnóstico (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019).

Tabela 2 - p-valor dos achados referentes à associação estatisticamente significância do tipo histológico.

	Endometrióide
>60 anos	0,020
Parda	0,004
>= 3 gestações	0,063
Obesidade	0,325
Menopausa	0,486
Sangramento uterino anormal	0,425
FIGO (I)	0,120
Tratamento Adjuvante	0,156

Fonte: Leal MS e Souza SMD, 2024.

No que se refere ao estadiamento classificado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) para CE (2009), observa-se que 58,6% das pacientes encontravam-se no estágio I, seguido de 20,7% no estágio II, 17,2% no estágio III e 3,4% no estágio IV. Assim, os dados encontrados neste estudo corroboram com os relatados na literatura, em que a maioria das mulheres são diagnosticadas precocemente com estadiamento do câncer confinado ao útero. Ainda, cerca de 75% dos casos são diagnosticados nos estádios I e II. Em relação ao prognóstico, a FIGO ressalta que a maioria das pacientes que se apresentam no estágio I, demonstram bom prognóstico, com taxas de sobrevida em torno de 90% a 95%. Já estádios mais avançados, a taxa de sobrevida chega a 57% e 66% no estágio III e 20 a 26% no estágio IV (ROCHA LLS, et al., 2019; PASSARELLO K, et al.; 2019; TALHOUK A, et al., 2017).

Ao correlacionar o estadiamento com as demais variáveis (**Tabela 3**), observa-se que no estadiamento I houve uma associação estatisticamente significativa somente na faixa etária maior ou igual a 60 anos (p-valor 0,008), estar na menopausa (p-valor 0,008), sangramento uterino anormal (p-valor 0,023) e tratamento adjuvante (p-valor 0,003). Dessa forma, quanto maior o estadiamento mais as pacientes foram para a adjuvância, como no estágio II (83,3%) e III (85,7%). Entretanto, a decisão pela utilização de tratamento adjuvante depende de alguns fatores de risco. No intuito de impedir ou diminuir a taxa de aparecimento de recidivas, propõe-se a realização de terapêuticas adjuvantes (VALEJO FAM e TIEZZI DG, 2009). Evidências ressaltam que as pacientes com alto risco devem considerar quimioterapia adjuvante. Se houver invasão linfovascular ausente, considera-se a realização de braquiterapia vaginal apenas sem quimioterapia. Para estágio maiores, o profissional deve considerar radioterapia externa além da quimioterapia, sobretudo para acometimento linfonodal por neoplasia (YOSHIDA A, et al., 2019).

Tabela 3 - p-valor dos achados referentes a associação estatisticamente significância do estadiamento.

	FIGO I
>60 anos	0,008
Branca	0,163
>= 3 gestações	0,651
Obesidade	0,112
Menopausa	0,008
Sangramento uterino anormal	0,023
T. Histol. (Endometrióide)	0,120
Tratamento Adjuvante	0,003

Fonte: Leal MS e Souza SMD, 2024.

Outros critérios de estratificação de grupos de risco baseados no exame anatomopatológico, sobretudo relacionado ao tipo e ao grau histológico, capazes de auxiliar na orientação do tratamento (TALHOUK A, et al., 2015).

Os adenocarcinomas de endométrio com elevado grau histológico expressam classificação molecular peculiar, com evidências de serem compostos por uma mistura de subtipos moleculares de CE. O prognóstico destes tumores, baseado na classificação molecular, é o mesmo em relação aos tumores de endométrio de outras graduações. Nota-se que a adição de marcadores moleculares detecta subgrupos prognósticos, com potenciais implicações terapêuticas, teoricamente mais relevante do que somente a classificação morfológica (TALHOUK A, et al., 2017).

A respeito do tratamento foi possível observar que a totalidade das pacientes (100%) realizaram tratamento cirúrgico e 69,4% realizaram tratamento adjuvante. Ao relacionar os dados com a literatura, é unânime que a realização de cirurgia é a modalidade primária e inicial para o tratamento dessa doença, a fim de alcançar a cura, abrangendo na cirurgia a histerectomia total, a salpingo-ooforectomia bilateral, possível linfadenectomia pélvica bilateral e a para-aórtica, e omentectomia, a depender do estágio da doença (FERREIRA RB, et al., 2022; KONG TW, et al., 2019). Segundo Yoshida A, et al. (2019), não existe evidência para a realização de linfadenectomia em mulheres com CE de baixo risco.

Além disso, observou-se que em relação a adjuvância no estágio I 61,9% realizaram-a, no estágio II foi realizada por 83,3% das pacientes, no estágio III 85,7% e no estágio IV 50%, porém esta última foi representada por duas pacientes, entretanto uma delas veio a óbito (**Tabela 4**).

Yoshida A, et al. (2019) relata que não há necessidade de tratamento adjuvante com radioterapia para pacientes de baixo risco, considerando baixo risco o CE endometrióide, estágio I, grau 1 ou 2, e invasão linfovascular negativa. Já as pacientes de alto risco, apresentam melhor sobrevida quando submetidas a radioterapia adjuvante. Em nossa pesquisa, ao correlacionar o estadiamento com o tratamento adjuvante, tivemos que o estágio III teve o maior percentual de pacientes submetidas ao tratamento adjuvante. Corroborando com a literatura, estádios avançados tiveram maiores taxas de adjuvância.

Tabela 4 - Correlação do estadiamento com as demais variáveis.

	I	II	III	IV
40-49 anos	0 (0,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
50-60 anos	7 (33,3%)	2 (33,3%)	4 (57,1%)	2 (100,0%)
>60 anos	14 (66,7%)	3 (50,0%)	3 (42,9%)	0 (0,0%)
Branca	9 (42,9%)	0 (0,0%)	3 (42,9%)	1 (50,0%)
Parda	8 (38,1%)	5 (83,3%)	4 (57,1%)	1 (50,0%)
Preta	4 (19,0%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
G0	1 (4,8%)	2 (33,3%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)
G1 ou G2	4 (19,0%)	2 (33,3%)	3 (42,9%)	1 (50,0%)
G3 ou mais	16 (76,2%)	2 (33,3%)	3 (42,9%)	1 (50,0%)
Sim	16 (76,2%)	5 (83,3%)	5 (71,4%)	1 (50,0%)
Sim	21 (100,0%)	4 (66,7%)	7 (100,0%)	2 (100,0%)
Sim	18 (85,7%)	6 (100,0%)	7 (100,0%)	1 (50,0%)
Endometrióide	17 (81,0%)	6 (100,0%)	5 (71,4%)	1 (50,0%)
Não endometrióide	4 (19,0%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)	1 (50,0%)
Sim	13 (61,9%)	5 (83,3%)	6 (85,7%)	1 (50,0%)

Fonte: Leal MS e Souza SMD, 2024.

Por fim, ressalta-se que é consenso na literatura que o tratamento do CE é cirúrgico e que a adjuvância será individualizada, após avaliação do tipo histológico, o grau de diferenciação tumoral, o estadiamento e os fatores de risco que aumentam o potencial de recidiva da doença (DIAS PAR, et al., 2021, BAER FILHO R, et al., 2019, VALEJO FAM e TIEZZI DG, 2009).

CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou realizar o levantamento dos dados referente ao perfil epidemiológico de pacientes diagnosticadas com câncer endometrial em um hospital público no Distrito Federal. Concluímos que os fatores de risco mais comum para CE foram idade avançada, raça parda, obesidade, menopausa e multiparidade, que as lesões mais comuns foram do estágio I, sendo classificadas como baixo risco e apresentando excelente prognóstico, que o estadiamento em nosso serviço foi o mais precoce e que estádios avançados tiveram maiores taxas de adjuvância. Observamos que estabelecer o grupo molecular em mulheres com CE será clinicamente importante, uma vez que os marcadores tumorais podem auxiliar no tratamento e prognóstico, reduzindo a exposição à quimioterapia, ou até mesmo, indicando imunoterapia. Também é importante frisar a necessidade de novos estudos enfatizando os fatores de risco, uma vez que nossos dados foram divergentes da literatura no que se refere à raça e à multiparidade. Uma análise que pode ser feita é em relação à miscigenação no território brasileiro, o que pode ter sido favorável para os achados. Ainda, países subdesenvolvidos, como o Brasil, têm taxas aumentadas de três ou mais gestações, questionando que a multiparidade protege contra o CE.

REFERÊNCIAS

1. AMANT F, et al. Cancer of the corpus uteri. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2018; 143: 37-50.
2. AMERICAN CANCER SOCIETY. *Cancer Facts & Figures*, 2017: 1-74.
3. BOVOLIM G. Estudo imuno-histoquímico e classificação molecular dos adenocarcinomas de endométrio com expressão heterogênea dos genes de reparo do DNA. [Internet]. 2022 [Acesso em 07 janeiro 2024].
4. CARVALHO GA. Câncer de endométrio: quais os fatores associados com recidiva? [Internet]. 2019 [Acesso em 04 janeiro 2024].
5. DIAS PAR, et al. Terapia hormonal no climatério como fator de risco para o desenvolvimento de câncer de mama e seus impactos na qualidade de vida. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(4): e7015.
6. BAER FILHO R, et al. Quimioterapia adjuvante em câncer de endométrio precoce: Revisão sistemática e metanálise. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; 11(13): e1002-e1002.
7. COSTAS L, et al. New perspectives on screening and early detection of endometrial cancer. *International Journal of Cancer*, 2019, 28; 145(12): 3194-206.
8. FERREIRA RB, et al. Acurácia diagnóstica em linfonodo sentinela no câncer de endométrio. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(10): e11342.
9. KONG TW, et al. Asian Society of Gynecologic Oncology International Workshop 2018. *Journal of Gynecologic Oncology* [Internet]. 2019 [Acesso em 11 abril 2023].
10. LEAL RMLV, BRAGA RP. Oferecer diretrizes para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de mulheres com hiperplasia endometrial e câncer de endométrio. [Internet]. 2021 [Acesso em 11 abril 2023].
11. LEGA IC e LIPSCOMBE LL. Review: Diabetes, obesity, and cancer-pathophysiology and clinical implications. *Endocrine Reviews*, 2020; 41(1): bnz014.
12. LUCENA LHS de et al. Perfil de mulheres com câncer de endométrio acompanhadas em um hospital de referência de Pernambuco: estudo coorte [Internet]. 2021 [Acesso em 11 abril 2023].
13. MIGUEZ IM, et al. Análisis del cáncer de endometrio en un hospital universitario de Ourense, España. *Ginecología y Obstetricia México*, 2022; 90 (10): 819-825.
14. MORAES JMS et al. Obesidade como fator de risco para o desenvolvimento de Câncer do Endométrio. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 2023; 16(8): 1076-1085.
15. OLIVEIRA AN. Avaliação da influência dos fatores de risco, da presença de sangramento pós-menopausa e da espessura do eco endometrial em mulheres com diagnóstico de câncer de endométrio [Internet]. 2020 [Acesso em 04 janeiro 2024].
16. SANTIS JO. Investigação de predisposição hereditária ao câncer em mulheres com câncer de endométrio proficientes para o sistema de reparo de malpareamento de DNA. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo [Internet]. 2021 [Acesso em 04 janeiro 2024].
17. SILVA CL. Consumo de alimentos ultraprocessados por mulheres com câncer de endométrio. Tese de Doutorado. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro [Internet]. 2019 [Acesso em 04 janeiro 2024].
18. SUNDAR S, et al. BGCS uterine cancer guidelines: Recommendations for practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2017; 213: 71-97.
19. SUNG H, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 2021; 71(3): 209-49.
20. PALEARI L, et al. New Insights into Endometrial Cancer. *Cancers*, 2021; 13(7): 1496.
21. PASSARELLO K, et al. Endometrial Cancer: An Overview of Pathophysiology, Management, and Care. *Seminars in Oncology Nursing*, 2019; 35(2): 157-65.
22. ROCHA, LLS et al. Linfonodo sentinela no câncer de endométrio: Revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; 11(5): e302.
23. ROSEN MW, et al. Risk Factors for Endometrial Cancer or Hyperplasia in Adolescents and Women 25 Years Old or Younger. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2019; 32(5): 546-9.
24. SUNDAR S, et al. BGCS uterine cancer guidelines: Recommendations for practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2017; 213:71–97.

25. TALHOUK A, et al. A clinically applicable molecular-based classification for endometrial cancers. *British Journal of Cancer*, 2015; 113(2): 299-310.
26. TALHOUK A, et al. Confirmation of ProMisE: A simple, genomics-based clinical classifier for endometrial cancer. *Cancer*, 2017; 123(5): 802-813.
27. VALEJO FAM e TIEZZI DG. Tratamento do câncer de endométrio. *Femina* [Internet]. 2009 [Acesso em 04 janeiro 2024].
28. WU QJ, et al. Parity and endometrial cancer risk: a meta-analysis of epidemiological studies. *Scientific Reports*, 2015, 5(1): 14243.
29. YANG HP, et al. Infertility and incident endometrial cancer risk: a pooled analysis from the epidemiology of endometrial cancer consortium (E2C2). *British Journal of Cancer*, 2015; 112(5): 925-33.
30. YASIN HK, et al. A Narrative Review of the Role of Diet and Lifestyle Factors in the Development and Prevention of Endometrial Cancer. *Cancers*, 2021; 13(9): 2149.
31. YOSHIDA A, et al. Hiperplasia endometrial e câncer do endométrio. *Femina*, 2019; 47(2): 105-9.