

## Sarcoma do estroma endometrial de baixo grau (SEEBG): estudo bibliográfico

Low grade endometrial stromal sarcoma: bibliographical study

Sarcoma de estroma endometrial de bajo grado: estudio bibliográfico

Ana Paula Oliveira Pinto<sup>1\*</sup>, Luis Alberto Leon Camac<sup>2</sup>, Taiane Carvalho Frota<sup>1</sup>, Elen Rose de Oliveira Pinto Muniz<sup>3</sup>

---

### RESUMO

**Objetivo:** Revisar na literatura científica os quadros clínicos apresentados pelos pacientes com SEEBG, a propedêutica para a realização do diagnóstico e os tratamentos relatados na literatura. **Métodos:** Seleção de estudo nos bancos de dados Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (MedLine e LILACS) e National Center for Biotechnology Information – NCBI (PubMed). As buscas foram realizadas utilizando combinação de palavras-chave, considerando apenas os últimos dez anos. **Resultados:** foram encontrados um total de 2.088 documentos científicos (artigos, teses, dissertações, entre outros), porém com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão somente 11 artigos científicos atendiam aos objetivos deste estudo. Após análise e interpretação dos estudos é possível inferir que os sintomas são bem característicos, entretanto o fato de alguns pacientes não serem sintomáticos dificulta a realização do diagnóstico precoce e o tratamento é escolhido considerando o quadro clínico da paciente e o desejo da mesma de manter a fertilidade, entretanto são considerados tratamentos diversos como quimioterapia, radioterapia, hormonal, cirurgias minimamente invasivas ou invasivas. **Conclusão:** Por se tratar de uma doença rara torna-se difícil determinar qual o tratamento mais eficaz, porém estudos tem afirmado que a opção pela remoção do tumor deve ser considerada como principal abordagem e que os demais tratamentos podem auxiliar evitando as recidivas.

**Palavras-chave:** Sarcoma do estroma endometrial de baixo grau, quadro clínico, diagnóstico, tratamento.

---

### ABSTRACT

**Objective:** Review in the scientific literature the clinical pictures presented by the patients with SEEBG, the propaedeutics for the diagnosis and the treatments reported in the literature. **Methods:** study selection in the Virtual Health Library databases - VHL (MedLine and LILACS) and National Center for Biotechnology Information - NCBI (PubMed). The searches were performed using a combination of keywords, considering only the last ten years. **Results:** a total of 2,088 scientific papers were found (articles, theses, dissertations, among others), but with the application of the inclusion and exclusion criteria only 11 scientific papers met the objectives of this study. After analysis and interpretation of the studies it is possible to infer that the symptoms are very characteristic, however the fact that some patients are not symptomatic makes it difficult to perform the early diagnosis and the treatment is chosen considering the patient's clinical condition and the patient's desire to maintain the fertility, however, various treatments such as chemotherapy, radiotherapy, hormonal, minimally invasive or invasive surgeries are considered. **Conclusion:** Because it is a rare disease, it is difficult to determine which treatment is most effective, but studies have stated that the option to remove the tumor should be considered as the main approach and that the other treatments may help avoid relapses.

**Keywords:** Low-Grade Endometrial Stromal Sarcoma, Clinical Picture, Diagnosis, Treatment.

---

<sup>1</sup> Hospital Universitário Getúlio Vargas, Manaus – AM. \* E-mail: [anabonates@hotmail.com](mailto:anabonates@hotmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus – AM.

<sup>3</sup> Universidade do Estado do Amazonas, Manaus – AM.

**SUBMETIDO EM: 11/2018** | **ACEITO EM: 11/2018** | **PUBLICADO EM: 12/2018**

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Revisar e la literatura científica los cuadros clínicos presentados por los pacientes con SEEBG, y el abordaje necesario para la realización del diagnóstico y los tratamientos relatados en la literatura. **Métodos:** Investigar estudios en los bancos de datos Biblioteca Virtual en Saúde - BVS (MedLine y LILACS) y National Center for Biotechnology Information - NCBI (PubMed). Para la búsqueda, fue utilizado la combinación de palabras claves considerando solamente los últimos diez años. **Resultados:** Fueron encontrados un total de 2.088 documentos científicos (artículos, tesis, disertaciones, entre otros), pero con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión solamente 11 artículos científicos atendían a los objetivos. Después del análisis e interpretación de los estudios es posible inferir que los síntomas son bien característicos, sin embargo el hecho de que algunos pacientes no sean sintomáticos dificulta la realización del diagnóstico precoz y el tratamiento es escogido considerando el cuadro clínico de la paciente y el deseo de la misma de preservar la fertilidad, sin embargo, son considerados diversos tratamientos como quimioterapia, radioterapia, hormonal, cirugías mínimamente invasivas o invasivas. **Conclusión:** Por tratarse de una enfermedad rara resulta difícil determinar cuál es el tratamiento más eficaz, sin embargo, los estudios confirman que la opción para remoción del tumor debe ser considerada como principal abordaje y que los demás tratamientos pueden ayudar evitando las recidivas.

**Palabras clave:** Sarcoma de estroma endometrial de bajo grado, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento.

---

## INTRODUÇÃO

Sarcomas do estroma endometrial (SEE) são tumores raros, classificados em SEE de baixo grau (SEEBG) (<10 mitoses por 10 campos de alta potência (HPF) e SEE de alto grau (SEEAG) (>10 mitoses por 10 HPF), pois diferem não somente no prognóstico como também em várias características histológicas (NORIS; TAYLOR, 1996).

O prognóstico para SEEBG é considerado bom e melhor quando comparado a outros sarcomas uterinos, suas características são de tumores mesenquimais malignos do útero compostos por células densamente estromais uniformes que mimetizam o endométrio proliferativo. A contagem mitótica muito baixa e um grau de diferenciação também estão presentes na recorrência e mostram uma forte expressão para receptores de estrogênio (ER+) e/ou receptores de progesterona (PgR+) (PINK *et al.*, 2005).

Histologicamente, caracteriza-se por possuir figuras mitóticas pouco frequentes, citologia mínima atipia, vasculatura delicada e margens infiltradas que frequentemente exibem invasão linfovascular (ABELER *et al.*, 2009; Deshmukh *et al.*, 2018).

A incidência deste tumor é de 1 caso por 1 a 2 milhões de mulheres, além de ser responsável somente por <1% de todas as malignidades uterinas e <10% dos sarcomas uterinos (ABELER *et al.*, 2009; Deshmukh *et al.*, 2018).

A taxa de sobrevivência global em 10 anos varia de 65% - 76% e está associado a uma recorrência de 10% - 50%. Em estágio avançado está associada a 50% - 100% taxa de recorrência e a mortalidade é de 9% - 22% (CHAN *et al.*, 2008; CHENG *et al.*, 2011).

Devido às baixas incidências e o desenvolvimento do tumor ser indolor, o diagnóstico, manejo clínico e cirúrgico permanecem controversos. Há pesquisas que relatam a histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral (HSO) como tratamento apropriado, no entanto, quando considerado o cuidado com a fertilidade da paciente a miomectomia com preservação ovariana é citada como possível tratamento (FENG *et al.*, 2013).

Outros questionamentos surgem em relação a necessidade de linfadenectomia, além de possíveis terapias pós-operatórias que podem incluir a radioterapia da pelve inteira, quimioterapia, quimiorradioterapia ou terapia hormonal isolada (FENG *et al.*, 2013).

Considerando esta problemática, este estudo tem como objetivo realizar uma revisão da literatura com a finalidade de averiguar a propedêutica citada nas pesquisas para a realização do diagnóstico, bem como o quadro clínico do pacientes e tratamentos realizados para o sarcoma do estroma endometrial de baixo grau.

## MÉTODOS

A revisão integrativa da literatura tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um determinado tema, permitindo a utilização de uma variedade de estudos na composição da amostra proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Foi realizada uma busca por estudos científicos utilizando a combinação das palavras - chave (português e inglês): sarcoma do estroma endometrial de baixo grau, tratamento, propedêutica, diagnóstico (*“low-grade endometrial stromal sarcoma”, “treatment”, “propaedeutic”, “diagnostic”*).

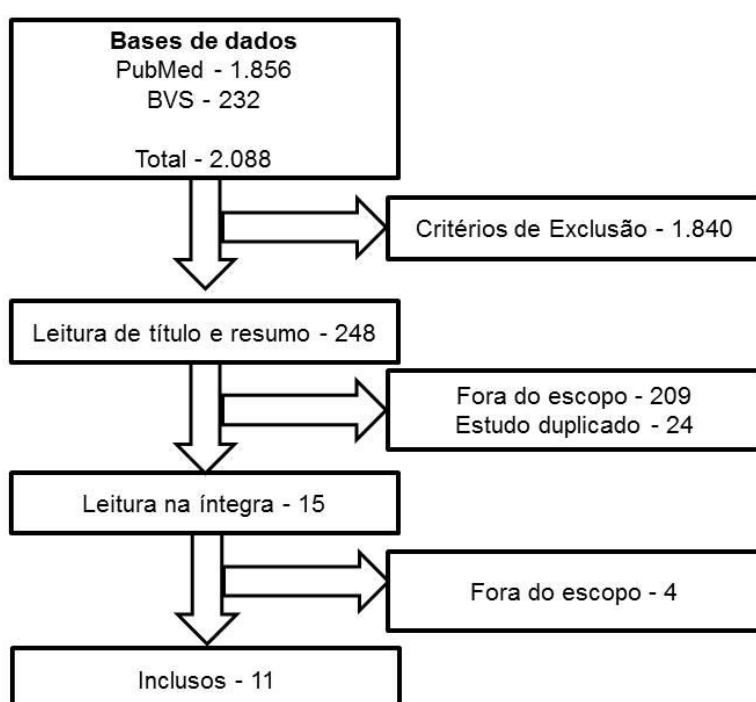
As bases de dados consultadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e National Center for Biotechnology Information – NCBI (PubMed). Os critérios de exclusão consistiram em artigos publicados a mais de vinte anos, que não estavam disponíveis na íntegra, que foram desenvolvidos utilizando animais de experimentação, que não apresentavam metodologia concisa, estudos duplicados, em outros idiomas que não fosse português e inglês, artigos de revisão, dissertações, teses, resumos ou semelhantes.

Para critérios de inclusão foram considerados artigos científicos publicados nos últimos vinte anos (2008 – 2018), que estavam disponíveis na íntegra e nos idiomas português e inglês.

Para a seleção e análise dos resultados foram realizados os seguintes procedimentos: 1) Utilização dos filtros disponibilizados pelas bases de dados (seguindo critérios de exclusão); 2) Verificação de títulos e resumos; 3) Realização da leitura na íntegra; 4) Análise dos procedimentos metodológicos, resultados e conclusões; 5) Correlação e discussão dos procedimentos metodológicos, resultados e conclusões apresentados nos estudos selecionados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 2.088 documentos científicos quando realizada a busca nas bases de dados PubMed e BVS utilizando as palavras-chave anteriormente descritas. Deste, foram excluídos 1.840 após a aplicação dos critérios de exclusão, restando somente 248 que foram selecionados por meio da leitura de título e resumo, tendo 209 excluídos por não corresponder ao escopo deste estudo e 24 por serem duplicados. Em seguida, os 15 artigos restantes foram lidos na íntegra e somente 11 foram selecionados para compor os resultados e discussões desta revisão (**Figura 1**).



**Figura 1.** Fluxograma do processo de seleção dos artigos.

Na **tabela 1** são apresentadas informações referentes a ano de publicação, metodologia adotada, número amostral e média etária.

**Tabela 1.** Informações dos artigos selecionados pela revisão integrativa.

N	Autor/Ano	Tipo de estudo	Amostra	Média Etária
1	Landréat <i>et al.</i> (2008)	Retrospectivo	10	50,5
2	Koskas <i>et al.</i> (2009)	Relato de caso	1	39
3	Cho; Liu; Yu (2011)	Relato de caso	1	39
4	Wood <i>et al.</i> (2011)	Relato de caso	1	71
5	Murakami <i>et al.</i> (2013)	Relato de caso	1	57
6	Nakamura <i>et al.</i> (2013)	Relato de caso	1	61
7	Maeda <i>et al.</i> (2015)	Relato de caso	1	34
8	Yang <i>et al.</i> (2015)	Relato de caso	1	50
9	Zhou <i>et al.</i> (2015)	Retrospectivo	114	41
10	Cui <i>et al.</i> (2017)	Retrospectivo	20	46,5
11	Xie <i>et al.</i> (2017)	Retrospectivo	17	28

Observa-se que os estudos selecionados foram publicados entre os anos de 2008 – 2017, contando com metodologia retrospectiva (n=4) e relato de caso (n=7). Houve uma variação no número amostral que foi de 1 – 114 participantes, com uma média etária de 48 anos.

Na tabela 2 são apresentadas informações referentes ao quadro clínico das pacientes, os procedimentos adotados para o diagnóstico e o tratamento realizado.

Para melhor discussão dos resultados, foi realizada a categorização considerando o quadro clínico das pacientes, a propedêutica para realização do diagnóstico e o tratamento adotado.

Cui *et al.* (2017) relata que os sintomas mais comuns são sangramento uterino anormal, dor pélvica e dismenorrea, porém ao menos 25% dos casos correspondem a pacientes assintomáticas.

Por meio do levantamento de informações, observou-se que em cinco estudos as pacientes apresentavam-se assintomáticas (KOSKAS *et al.*, 2009; CHO, LIU, YU, 2011; NAKAMURA *et al.*, 2013, YANG *et al.*, 2015; CUI *et al.*, 2017). E os principais sintomas citados foram sangramento uterino anormal, crescimento rápido do leiomioma, metrorragia, aumento do volume abdominal, presença de massa palpável, prisão de ventre, infertilidade, fadiga, pneumotórax, dor abdominal e dismenorrea.

Desta forma, observa-se que os sintomas relatados nos estudos corroboram com o citado por Cui *et al.* (2017) e apresentam homogeneidade nos sintomas relatados pelas pacientes, sendo sintomas característicos do sarcoma do estroma endometrial de baixo grau.

Considerando a propedêutica para a realização do diagnóstico, observou-se que o exame mais citado foi a tomografia computadorizada, seguido de ressonância magnética, curetagem, miomectomia, histeroscopia, laparoscopia, ultrassonografia, exames histológicos e imunohistoquímicos, radiografia e biópsia pulmonar.

Vale ressaltar que alguns autores descreveram que o diagnóstico foi realizado de forma incidental, pois as pacientes não apresentavam sintomas referentes ao sarcoma do estroma endometrial de baixo grau. Devido à ausência de sintomas em alguns pacientes, torna-se difícil realizar um diagnóstico precoce.

**Tabela 2.**Quadro clínico, diagnóstico e tratamento.

<b>N</b>	<b>Quadro clínico</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tratamento</b>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Metrorragia;</li> <li>▪ Aumento do volume abdominal;</li> <li>▪ Polaciúria e Prisão de ventre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Curetagem e</li> <li>– Miomectomia.</li> </ul>	Anexectomia; Histerectomia e Tratamentos medicamentosos.
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infertilidade</li> </ul>	– Histeroscopia e Laparoscopia	Ressecção histeroscópica
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assintomática</li> </ul>	– Ultrassonografia.	Laparotomia
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fadiga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tomografia computadorizada;</li> <li>– Ressonância magnética</li> </ul>	Laparotomia e Esternotomia
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pneumotórax</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tomografia computadorizada;</li> <li>– Exames histológicos.</li> </ul>	Laparoscopia e Acetato de medroxiprogesterona
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assintomática</li> </ul>	– Tomografia computadorizada.	Histerectomia; Anexectomia; Toracotomia; Acetato de medroxiprogesterona
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dor abdominal</li> </ul>	– Ressonância magnética	Histerectomia; Gemcitabina; Docetaxel e Acetato de medroxiprogesterona.
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assintomática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Radiografia de tórax e</li> <li>– Biópsia pulmonar por videotoracoscopia.</li> </ul>	Ablação do ovário por radioterapia e Letrozol.
9			Histerectomia; Quimioterapia; Radioterapia e Terapia hormonal.
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sangramento uterino anormal;</li> <li>▪ Massa palpável;</li> <li>▪ Crescimento de leiomioma;</li> <li>▪ Assintomático.</li> </ul>	– Imunohistoquímica	Histerectomia; Linfadenectomia; Quimioterapia pós-operatória; Radioterapia e Terapia hormonal.
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sangramento uterino anormal;</li> <li>▪ Dismenorreia;</li> <li>▪ Assintomáticos;</li> <li>▪ Crescimento de leiomioma;</li> </ul>		Laparotomia; Laparoscopia; Histeroscopia e Terapia hormonal.

O tratamento para o SEEBG ainda permanece indefinido, apresentando diversas abordagens dependentes do quadro clínico do paciente.

As abordagens terapêuticas citadas incluíram anexectomia bilateral, histerectomia, terapia hormonal (acetato de medroxiprogesterona), quimioterapia (gemcitabina, docetaxel, letrozol), histeroscopia, laparotomia, esternotomia, laparoscopia, toracotomia, radioterapia e linfadenectomia.

As pesquisas realizadas por Landréat *et al.* (2008), Zhou *et al.* (2015), Cui *et al.* (2017) e Xie *et al.* (2017) consistiram em pesquisas retrospectivas, com análise de diferentes tratamentos realizados em pacientes com SEEBG, considerando recidivas, cura e óbito.

Landréat *et al.* (2008) apresentaram uma série de 10 pacientes que foram tratados com cirurgia citorrredutora, ou seja, anexectomia bilateral e histerectomia total e tratamentos médicos. Após os tratamentos observou-se que em 70% dos casos ocorreram recidivas sendo realizado novamente cirurgias, quimioterapias, radioterapias ou terapias hormonais. Em 30% ocorreu metástase e óbito dos pacientes. A progestina foi utilizada como adjuvante em um dos casos sendo considerada como tratamento eficaz para curar e prevenir a recorrência local, além deste, recebeu destaque o uso de inibidores de aromatase, que foi utilizado em dois casos, sendo considerada uma abordagem promissora para futuras pesquisas.

Zhou *et al.* (2015) também realizou um estudo retrospectivo que contou com avaliação de 114 pacientes que receberam histerectomia como tratamento principal, destes 17,5% (20/114) dos pacientes receberam preservação ovariana e 62,3% (71/114) receberam linfadenectomia. A quimioterapia foi realizada por 56

pacientes, 36 realizaram radioterapia e 11 pacientes receberam terapia endócrina. Segundo os autores a histerectomia atualmente tem sido o tratamento base, entretanto ainda há necessidade de ser determinado o tratamento ideal.

Cui *et al.* (2017) realizaram a análise dos registros médicos de 20 pacientes LG-ESS que foram submetidos a histerectomia (total ou parcial) com salpingooforectomia seguido de tratamento hormonal. A quimioterapia pós-operatória, radioterapia e tratamento hormonal foram fornecidos sozinhos ou em combinação para 10 (50%) pacientes, 4 (20%) pacientes e 1 (5%) pacientes, respectivamente. Somente um paciente desenvolveu metástase pulmonar no início diagnóstico, e 2 (10%) pacientes apresentaram recidiva com metástase à distância. Segundo os autores a ressecção cirúrgica é o tratamento mais importante para pacientes com recidiva ou metástase e o tratamento hormonal pode ser benéfico.

Xie *et al.* (2017) apresentou um estudo com 17 pacientes, que foram submetidos a laparotomia (n=5), laparoscopia (n=7) e histeroscopia (n=5). A terapia hormonal adjuvante foi administrada para 15 pacientes. Tendo como esquema terapêutico o uso de acetato de medroxiprogesterona e acetato de megestrol (9/15), análogos do hormônio liberador de gonadotrofina (4/15). Foi observado recidiva limitada ao útero em 6 pacientes, após um período de 39 meses de acompanhamento todos os 17 pacientes estavam vivos e sem recidivas e 8 pacientes conceberam filhos sem nenhuma anomalia congênita. Desta forma, os autores concluíram que a realização da cirurgia visando poupar a fertilidade pode ser considerada para o tratamento de pacientes jovens.

Os estudos realizados por Koskas *et al.* (2009), Cho, Liu, Yu (2011), Wood *et al.* (2011), Murakami *et al.* (2013), Nakamura *et al.* (2013), Maeda *et al.* (2015) e Yang *et al.* (2015) consistiram em relatos de caso, e serão apresentados os tratamentos realizados.

Koskas *et al.* (2011) apresentou um relato de caso de uma mulher de 34 anos com infertilidade (13 meses). A histeroscopia revelou um pólipó de 15 mm analisado por exame histológico, sendo identificado como SEEBG com infiltração do miométrio. No exame patológico, ambas as citologias peritoneais não mostraram células malignas. Em imuno-histoquímica, as células foram fortemente positivas para receptores de estrogênio e progesterona. Devido ao desejo da paciente de engravidar, foi optado pela gestão conservadora. Durante o pós-parto a ultrassonografia revelou massa pélvica bilateral, para a confirmação foi realizado a laparoscopia que revelou dois tumores de 3 e 2 cm. Foi realizado a excisão dos tumores, sendo confirmado a recidiva de SEEBG, entretanto não foi realizado a histerectomia devido desejo da paciente, desta forma, foi realizado o tratamento com inibidores de aromatase (Letrozole). Durante o acompanhamento da paciente não foi observada recidivas, entretanto os autores concluem que a cirurgia definitiva não deve ser adiada, mas realizada assim que o diagnóstico tenha sido feito.

Cho, Liu, Yu (2011) descrevem o tratamento de uma paciente de 39 anos que apresentou massa abdominal, sem relato de dor. A ultrassonografia transabdominal revelou uma massa pélvica multilocular-sólida bem circunscrita de 15 cm. Na laparotomia, uma massa semelhante a mioma subserosa de 17 cm foi descoberta, sendo removida. Embora o paciente não tivesse desconforto, ultra-sonografia revelou vários tumores sólidos pélvicos 2 anos mais tarde. O paciente foi submetido a histerectomia total, bilateral salpingooforectomia e ressecção parcial do reto e intestino delgado por causa da presença de tumores. Exames microscópicos revelaram malignidade células em todos os espécimes, exceto o útero. Os corantes imuno-histoquímicos foram positivos para CD10 e negativos para desmina. Os mesmos resultados também foram obtidos para os espécimes anteriores, levando a um diagnóstico de sarcoma do estroma endometrial de baixo grau. O paciente foi submetido a radioterapia e foi administrada aromatase inibidor para prevenir a recorrência. Após 14 meses da operação não houve recorrência do tumor.

Wood *et al.* (2011) relata o caso de uma mulher de 71 anos que apresentou massa sólida anexial direita invadindo a veia gonadal direita e a veia inferior cava até as veias hepáticas reveladas pela tomografia computadorizada e confirmadas por ressonância magnética. Um cisto de paredes finas e uma massa sólida inesperadamente encontrado no átrio direito pelo ecocardiograma transesofágico (ETE) na sala de cirurgia. Um tumor, incluindo o cisto, foi removido sem uso de circulação extracorpórea e descrito como sarcoma estromal endometrial de baixo grau.

Em estudo realizado por Murakami *et al.* (2013) uma mulher de 57 anos, submetida a histerectomia por mioma uterino há 11 anos. Exames histológicos de ambos os espécimes demonstraram que o tumor uterino era um sarcoma estromal do endométrio de baixo grau que tinha metastizado para o pulmões. Nenhuma relação anterior foi encontrada em coexistência de cicatrizes, nodulares e cavitárias com metástase pulmonar; entretanto, correlacionamos com sucesso uma aparência radiológica com os dados patológicos correspondentes. A terapia com o uso de medroxiprogesterona manteve-se firme e a paciente permaneceu assintomática por aproximadamente cinco anos.

Nakamura *et al.* (2013) apresentou um estudo de uma mulher de 61 anos que visitou o hospital devido a uma sombra no peito anormal. A tomografia computadorizada mostrou uma massa composta de um cisto e lesão sólida, no lobo inferior direito. Ela havia sido submetida a uma combinação de histerectomia e adnexectomia para um sarcoma estromal endometrial de baixo grau 57 meses antes, e foi submetida a radioterapia adjuvante no local. Para obter um diagnóstico definitivo do tumor pulmonar, foi realizado lobectomia do lobo inferior direito e dissecação de linfonodos. Para evitar uma possível disseminação, o tumor foi ressecado, não utilizando-se cirurgia torácica videoassistida, mas usando toracotomia. O diagnóstico patológico foi metástase pulmonar do sarcoma estromal do endométrio de baixo grau. O acetato de medroxiprogesterona foi administrado, e nenhum sinal de recorrência foi detectado nos 24 meses desde a ressecção pulmonar.

Maeda *et al.* (2015) relatou o caso de uma japonesa de 24 anos que apresentou menstruação prolongada, diagnosticada com leiomioma com base em um espécime ressecado transvaginalmente. Ela sofreu dez ressecções em 10 anos sem um diagnóstico de malignidade. Durante esse período, ela deu à luz e aos 34 anos, apresentou queixa de dor abdominal baixa. Um tumor de 10 cm foi detectado atrás do útero. A doença foi diagnosticada como um tumor maligno avançado de ovário antes da cirurgia. Foi realizada uma laparotomia, com muitos remanescentes em a cavidade abdominal. O diagnóstico final foi sarcoma estromal endometrial de baixo grau avançado. Depois de 12 ciclos de gemcitabina e quimioterapia combinação docetaxel, o tumor desapareceu completamente. Quando o paciente tinha 42 anos, o sarcoma retornou. Foi detectado em torno do diafragma e fígado direito. Apesar da administração de gemcitabina e docetaxel, houve ascite e derrame pleural. Administração de acetato de medroxiprogesterona, acetato de leuprorrelina e anastrozol gradualmente reduziu a ascite e derrame pleural. Além das três drogas hormonais, 18 ciclos de paclitaxel e carboplatina foram administrados. A paciente se recuperou de seu estado criticamente doente e está atualmente viva com tumor reduzido aos 45 anos de idade.

Yang *et al.* (2015) relata o caso de uma mulher de 50 anos que foi internada devido a múltiplos nódulos pulmonares detectado incidentalmente em uma radiografia de tórax. Biópsia pulmonar por videotoracoscopia revelou sarcoma estromal endometrial de baixo grau. Ela havia passado por um histerectomia simples 1 ano antes devido a um diagnóstico de adenomiose. A paciente foi submetida a ablação do ovário por radioterapia, posteriormente foi administrado 2,5 mg de letrozol uma vez por dia. Três meses depois, o tamanho dos nódulos em ambos os pulmões havia diminuído. A paciente foi acompanhada por 24 meses continuando com letrozol, e manteve uma remissão parcial.

Observa-se através da descrição dos casos relatados nos estudos que não há homogeneidade no tratamento e que este é realizado de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente e até mesmo considerando o desejo da paciente em manter a fertilidade. Mas alguns autores concordam que a histerectomia deve ser a abordagem considerada padrão e que o tratamento com quimioterapia e hormônios podem ser benéficos para evitar as recidivas.

## CONCLUSÃO

Mediante a realização da revisão percebe-se que há homogeneidade no quadro clínico, normalmente as pacientes apresentam sintomas similares, entretanto há necessidade de ressaltar que é comum as pacientes serem assintomáticas dificultando a realização do diagnóstico precoce. Em relação ao diagnóstico, percebe-se que não uma homogeneidade, diversos exames foram citados como sendo necessários para a realização do diagnóstico, além de que alguns exames foram realizados considerando

que a paciente não apresentava queixas a respeito de sintomas referentes ao sarcoma do estroma endometrial de baixo grau, tendo o diagnóstico de forma incidental. No tratamento há controversas, diversos tratamentos vêm sendo realizado, desde tratamentos hormonais e de quimioterapia a tratamentos cirúrgicos minimamente invasivos ou invasivos. Desta forma, percebe-se que os autores consideraram o quadro clínico da paciente e o desejo de manter a fertilidade para optar por um tratamento, entretanto, há de certa forma um consenso que as cirurgias para remoção do tumor são a melhor opção quando for possível a realização, especialmente para evitar as recidivas que são comuns e que tratamentos de quimioterapia, radioterapia e hormonais podem ser considerados quando não há possibilidade de realizar a remoção do tumor ou mesmo para evitar recidivas. Por se tratar de uma doença rara, torna-se difícil ter um esclarecimento total da doença, podendo ser observado a dificuldade em realizar um diagnóstico precoce, consequentemente tornando a escolha pelo tratamento adequado difícil de ser definido.

## REFERÊNCIAS

1. ABELER VM, ROYNE O, THORESEN S et al. Uterine sarcomas in Norway. A histopathological and prognostic survey of a total population from 1970 to 2000 including 419 patients. *Histopathology*, 2009; V. 54, N. 3, P. 355-364.
2. CHAN JK, KAWAR NM, SHIN JY et al. Endometrial stromal sarcoma: a population-based analysis. *Br J Cancer*, 2008; v. 99, n. 8, p. 1210-1215.
3. CHENG X, YANG G, SCHMELER KM et al. Recurrence patterns and prognosis of endometrial stromal sarcoma and the potential of tyrosine kinase-inhibiting therapy. *Gynecol Oncol*, 2011; v. 121, n. 2, p. 323-327.
4. CHO FN, LIU CB, YU KJ. Low-grade endometrial stromal sarcoma initially manifesting as a large complex pedunculated mass arising from the uterine surface. *Ultrasound Obstet Gynecol*, V. 38, P. 233-236. 2011.
5. CUI MM. Clinicopathological characteristics and treatment strategies for patients with low-grade endometrial stromal sarcoma. *Medicine*, 2017; v. 96, n. 15.
6. DESHMUKH U, BLACK J, PEREZ-IRIZARRY J et al. Adjuvant Hormonal Therapy for Low-Grade Endometrial Stromal Sarcoma. *Reproductive Sciences*. 2018 DOI: 10.1177/1933719118778801.
7. ERCOLE FF, MELO LS, ALCOFORADO CLC. Revisão integrativa *versus* revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2014; 23160-09389. DOI: 10.5935/1415-2762.20140001.
8. FENG W, HUA K, MALPICA A et al. Stages I to II WHO 2003-defined low-grade endometrial stromal sarcoma: how much primary therapy is needed and how little is enough? *Int J Gynecol Cancer*, 2013; v. 23, n. 3, p. 488-493.
9. KOSKAS M, MORICE P, YAZBECK C et al. Conservative Management of Low-grade Endometrial Stromal Sarcoma Followed by Pregnancy and Severe Recurrence. *Anticancer Research*, 2009; v. 29, p. 4147- 4150.
10. LANDRÉAT V, PAILLOCHER N, CATALA L et al. Low-grade endometrial stromal sarcoma of the uterus: review of 10 cases. *Anticancer Research*, 2008; v. 28, p.2869-2874.
11. MAEDA O, MORITANI S, ICHIHARA S et al. Long-term survival in low-grade endometrial stromal sarcoma with childbirth and multidisciplinary treatment: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 2015; v. 9, n. 233.
12. MURAKAMI A, HAYASHI T, TERAOKA Y et al. Cystic, Nodular and Cavitory Metastases to the Lungs in a Patient with Endometrial Stromal Sarcoma of the Uterus. *Internal Medicine*, 2014; v. 53, p. 1001-1005.
13. NAKAMURA Y, IWAZAKI M, MASUDA R et al. Lobectomy of Pulmonary Metastasis of Endometrial Stromal Sarcoma. *Tokai J Exp Clin Med*. 2013; v. 38, n. 4, p. 142-145.
14. NORRIS HJ, TAYLOR HB. Mesenchymal tumors of the uterus. A clinical and pathological study of 53 endometrial stromal tumors. *Cancer*, 1966; v. 19, p. 755-66.
15. PINK D, LINDNER T, MROZEK A et al. Har mor benefit of hormonal treatment in metastatic low-grade endometrial stromal sarcoma: single center experience with 10 cases and review of literature. *Gynecol Oncol*, 2005; 101 (3): 464 – 9.
16. WOOD CL, SEDERBERG J, RUSS P et al. Cystic appearance of low-grade endometrial stromal sarcoma in the right atrium: case report. *Cardiovascular Ultrasound*, 2009; v. 9.
17. XIE W, CAO D, YANG J et al. Fertility-sparing surgery for patients with low-grade endometrial stromal sarcoma. *Oncotarget*, 2017; 8(6): 10602 – 10608.
18. XIE, W. Fertility-sparing surgery for patients with low-grade endometrial stromal sarcoma. *Oncotarget*, v. 8, n. 6, p. 10602 – 10608. 2017.
19. YANG KH, SHIN JA, JUNG JH et al. A Case of Metastatic Low-Grade Endometrial Stromal Sarcoma Treated with Letrozole after Ovarian Ablation by Radiotherapy. *Cancer Res Treat*, 2015; v. 47, n. 4, p. 958-962.
20. ZHOU J, ZHENG H, WU SG et al. Influence of different treatment modalities on survival of patients with low-grade endometrial stromal sarcoma: A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery*, 2015; v. 23, p. 147 - 150.