

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiz de Direito Dr. Antônio de Souza Rosa

PROCESSO Nº.: 50208877320228130433

CÂMARA/VARA: 1º UJ -1º JD

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: E. G. S.

IDADE: 43 anos

PEDIDO DA AÇÃO: procedimento de HISTEROSCOPIA, sendo este o procedimento ideal ou a sua alternativa, CURETAGEM SEMIÓTICA

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 N84

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Pólipo Endometrial

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 19.559

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2022.0003332

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Informação sobre os medicamentos pretendidos, bem como sobre o tratamento prescrito e competência para o seu fornecimento.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos apresentados, datados de 30/05/2022 e 14/07/2022, trata-se de EGS, 43 anos, com diagnóstico de pólipo endometrial após exame de ultrassonografia de 05/01/2022. **Necessita de biopsia endometrial para coleta de material e confirmação diagnóstica (benignidade ou malignidade do pólipo) e tomada decisão quanto ao tratamento definitivo. A biopsia pode ser realizada preferencialmente por histeroscopia, ou alternativamente por curetagem uterina semiótica. A não realização deste procedimento poderá complicar o estado de saúde da paciente.**

O termo pólipo endometrial (PE), são por definição, **projeções sésil ou pediculada, que faça relevo a partir da área de implante em relação à superfície adjacente do tecido endometrial, onde se observa uma**

distribuição irregular das glândulas endometriais, estroma hiper celular denso e vasos sanguíneos com paredes espessadas, recobertas por epitélio pseudoestratificado ativo ou, na pós-menopausa, por epitélio plano e inativo. Enquanto em alguns pólipos o tecido endometrial apresenta uma reação funcional cíclica semelhante ao endométrio adjacente, na maioria, entretanto, observa-se um tipo imaturo de endométrio, “fora de fase”, com glândulas irregulares pouco responsivas à progesterona. Têm como principais causas os desequilíbrios inflamatórios, infecciosos e hormonais. Por esse motivo, o uso prolongado de medicação à base de estrogênios, medicamentos para tratar o câncer de mama como Tamoxifeno, obesidade ou sobrepeso, hipertensão são alguns fatores que podem aumentar as chances de desenvolver pólipos. É importante ressaltar que os PE, além da hiperplasia simples, que é em essência parte do epitélio glandular de muitos destes pólipos, eles raramente sofrem transformação maligna, o que ocorre caso não sejam tratados e se desenvolvam de maneira excessiva. Em vários estudos incluindo mulheres com sangramento uterino anormal a frequência de malignidade associada aos PE variou de 0,5 a 3,2%, ocorrendo, em sua grande maioria na pós-menopausa. Alguns fatores de risco para malignidade dos pólipos são bem reconhecidos como a idade, presença de sangramento anormal e estado pós-menopausa. Outros fatores como obesidade, hipertensão arterial, distúrbios hormonais associados como diabetes mellitus e o tratamento com tamoxifeno em pacientes com câncer de mama também têm sido relatados. Muitos estudos demonstraram que o uso de tamoxifeno, aumenta o risco de malignidade dos PE, relatando uma prevalência que varia de 30 a 60% e maior associação desses pólipos com carcinomas. O tamanho dos pólipos também parece estar associado ao risco de malignidade. Estudos mostram que PE com mais de 15 mm têm maior risco de estar associados à hiperplasia atípica e carcinoma endometrial se comparados aos menores.

Os PE são raros na fase pré-puberal, apesar de seu crescimento ocorrer em qualquer período da vida, e sua maior incidência ocorre entre 51 e 70 anos de idade em mulheres na fase da menopausa. Na pós-menopausa, 70 a 75% das pacientes com PE são assintomáticas, tendo como único achado ocasional espessamento endometrial, geralmente focal, à ultrassonografia transvaginal. Se sintomáticos, a manifestação clínica mais comum é o sangramento uterino anormal, embora o papel do PE nesse sangramento não esteja bem definido, e são poucos os casos em que são encontrados sinais de hemorragia nos pólipos ou próximo a ele durante histeroscopia diagnóstica. No período reprodutivo o diagnóstico de PE é feito na maioria das vezes em pacientes sintomáticas, que apresentam sangramento uterino anormal durante a menstruação, após as relações sexuais, após a menstruação, ou infertilidade.

Em relação a métodos disponíveis para o diagnóstico do PE, temos a ultrassonografia pélvica transvaginal, a histeroscopia e a curetagem uterina diagnóstica. A ultrassonografia pélvica transvaginal fornece informação confiável para a detecção do PE e deve ser o método de escolha para investigação inicial. É consenso que PE de espessura menor ou igual a 4 milímetros, tem a probabilidade quase nula de apresentar um câncer de endométrio e, portanto, não necessita investigação adicional, a não ser em casos de sangramento repetitivo. Se houver espessamento endometrial (maior ou igual a 5 milímetros) no período pós-menopausa ou imagem focal hiperecogênica em mulheres sintomáticas no período reprodutivo, a hipótese diagnóstica de PE pode ser aventada. O exame ultrassonográfico, associado ou não à histerosonografia e à doplervelocimetria vascular, apesar de sua alta sensibilidade, não é suficiente para diferenciar lesões focais malignas de benignas. Mulheres em que a ultrassonografia isolada mostra achados incertos, o uso de contraste intrauterino na histerosonografia melhora a capacidade diagnóstica dessas lesões endometriais. A histeroscopia é uma técnica ginecológica, relativamente recente e bastante avançada,

que utiliza um instrumento específico, o histeroscópio, que possui câmera e iluminação, introduzido por via transvaginal, assim como os instrumentos cirúrgicos. A histeroscopia diagnóstica, tem como fim a visualização interna do útero da mulher para poder diagnosticar possíveis alterações ou doenças, já que permite uma visualização clara e direta das estruturas internas do útero, mesmo quando as imagens de ultrassom são inconclusivas e a realização de biópsias dos tecidos afetados, possibilitando a análise mais profunda e, conseqüentemente, facilitando a escolha do tratamento mais adequado ao caso específico. A histeroscopia diagnóstica tem alta acurácia para o diagnóstico dos PE, mas a estimativa de lesões hiperplásicas e pré-malignas é baixa, já que embora avalie com detalhes toda a cavidade uterina, pode falhar no diagnóstico diferencial visual de lesões benignas das pré-malignas e malignas, sendo sua especificidade do diagnóstico visual baixa, pois mesmo com biópsias nem todas as lesões malignas endometriais associadas aos pólipos são detectadas. Portanto seria mais prudente, ao se encontrar um PE durante a realização de uma histeroscopia diagnóstica, ressecar toda a estrutura encontrada para, assim, obtermos uma avaliação histológica fidedigna. O pedículo e o endométrio adjacente devem estar livres de câncer para excluir pólipos invadidos por câncer de endométrio, ou para excluir um câncer primário do pólipo que se propagou para o endométrio adjacente. Assim se procedido corretamente, a histeroscopia com retirada da lesão continua sendo o padrão-ouro para o diagnóstico e tratamento dos pólipos. A curetagem uterina diagnóstica, embora possibilite retirada de amostras de endométrio para análise histológica e seja adequada para diagnóstico em lesões difusas, como mais freqüentemente ocorrem nas pré-malignas ou malignas, falha nas lesões focais como as polipóides de qualquer etiologia.

No Sistema Único de Saúde (SUS) a histeroscopia diagnóstica é um exame de média complexidade, com finalidade de observar a

cavidade uterina e o canal cervical. Realizado a nível ambulatorial, sem necessidade de anestesia ou internação. Indicado em mulheres dos 10 aos 130 anos, com: sangramento uterino anormal, infertilidade, malformação uterina, abortos habitual, PE, aderências, espessamento do endométrio, miomas e adenocarcinoma endometrial. Inscrito no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (SIGTAP) código 02.11.04.004-5 Histeroscopia diagnóstica. Para sua realização é necessário consulta unidade de saúde de referência do paciente com o ginecologista, que ao constatar a necessidade, solicitará o exame. Assim, não existe solicitação de procedimento diverso, não contemplado pelo SUS, que requeira avaliação de, imprescindibilidade, indicação, substituição ou não pelo NATJUS, mas necessidade de melhor articulação/definição de fluxos, competência do gestor local, no caso o Município de Montes Claros.

Conclusão: trata-se de paciente de 43 anos, com diagnóstico de pólipos endometrial após exame de ultrassonografia de 05/01/2022. Necessita de biopsia endometrial para coleta de material e confirmação diagnóstica e tomada decisão quanto ao tratamento definitivo. A biopsia pode ser realizada preferencialmente por histeroscopia, ou alternativamente por curetagem uterina semiótica. A não realização deste procedimento poderá complicar o estado de saúde da paciente.

PE são projeções sésseis ou pediculadas, que fazem relevo a partir da área de implante em relação à superfície adjacente do tecido endometrial, onde se observa uma distribuição irregular das glândulas endometriais, estroma hiperplásico denso e vasos sanguíneos com paredes espessadas, recobertas por epitélio pseudoestratificado ativo ou, na pós-menopausa, por epitélio plano e inativo. São raros na fase pré-puberal, apesar de seu crescimento ocorrer em qualquer período da vida, e sua maior incidência ocorre entre 51 e 70 anos de idade em mulheres na fase da menopausa. Na pós-menopausa, 70 a 75% das pacientes com PE são assintomáticas, tendo como único achado

espessamento endometrial, geralmente focal, à ultrassonografia transvaginal. É importante ressaltar que os PE, além da hiperplasia simples, que é em essência parte do epitélio glandular de muitos destes pólipos, eles raramente sofrem transformação maligna, o que ocorre caso não sejam tratados e se desenvolvam de maneira excessiva.

Seu diagnóstico é feito por ultrassonografia pélvica transvaginal o método de escolha para investigação inicial. É consenso que PE de espessura menor ou igual a 4 milímetros, tem a probabilidade quase nula de apresentar um câncer de endométrio e, portanto, não necessita investigação adicional, a não ser em casos de sangramento repetitivo. Se houver espessamento endometrial (maior ou igual a 5 milímetros) no período pós-menopausa ou imagem focal hiperecogênica em mulheres sintomáticas no período reprodutivo, a hipótese diagnóstica de PE pode ser aventada. A histeroscopia é uma técnica ginecológica, diagnóstica, que permite a visualização interna do útero da mulher, mesmo quando as imagens de ultrassom são inconclusivas e a realização de biópsias dos tecidos afetados, possibilitando a análise mais profunda e, conseqüentemente, facilitando a escolha do tratamento mais adequado ao caso específico. A histeroscopia diagnóstica tem alta acurácia para o diagnóstico dos PE, mas a estimativa visual de lesões hiperplásicas e pré-malignas é baixa. Já a histeroscopia com retirada da lesão continua sendo o padrão-ouro para o diagnóstico e tratamento dos pólipos. A curetagem uterina diagnóstica, método também diagnóstico da natureza do PE, embora possibilite retirada de amostras de endométrio para análise histológica e seja adequada para diagnóstico em lesões difusas, como mais freqüentemente ocorrem nas pré-malignas ou malignas, falha nas lesões focais como as polipóides de qualquer etiologia.

No SUS a histeroscopia diagnóstica é um exame de média complexidade, com finalidade de observar a cavidade uterina e o canal cervical. Realizado a nível ambulatorial, sem necessidade de anestesia

ou internação. **Indicado em mulheres** dos 10 aos 130 anos, **com: sangramento uterino anormal, infertilidade, malformação uterina, abortos habitual, PE, aderências, espessamento do endométrio, miomas e adenocarcinoma endometrial.** Inscrito no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (SIGTAP) código 02.11.04.004-5 Histeroscopia diagnóstica. Para sua realização é necessário consulta unidade de saúde de referência do paciente com o ginecologista, que ao constatar a necessidade, **solicitará o exame.** Assim, não existe solicitação de procedimento diverso, não contemplado pelo SUS, que requeira avaliação de, imprescindibilidade, indicação, substituição ou não pelo NATJUS, mas necessidade de melhor articulação/definição de fluxos, competência do gestor local, no caso o Município de Montes Claros.

IV – REFERÊNCIAS:

1. Nogueira AA. Polipos endometriais. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2005; 27(5): 289-92. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/rbgo/a/FJS9ZPcJbTpPGBGq](https://www.scielo.br/j/rbgo/a/FJS9ZPcJbTpPGBGq?lang=pt&format=pdf) 7r7YPbc/?lang=pt&format=pdf.
2. Costa-Paiva L, Junior AA, Pinto-Neto AM. Conduta atual em pólipos endometriais. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2013; 35(4): 143-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/z5R9H7YDzPLYdK5hGKPxrQP/?format=pdf&lang=pt>.
3. Ministério da Saúde Secretaria. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0209030011/04/2023>

V – DATA:

18/04/2023 NATJUS – TJMG