

TO 329

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

CURETAGENS UTERINAS - ANÁLISE CRÍTICA

A PARTIR DE SUAS REQUISICÕES.

1.978

## ÍNDICE

I- INTRODUÇÃO.....	1
II-MATERIAL E MÉTODOS.....	3
III-RESULTADOS.....	4
IV-COMENTÁRIOS.....	21
V-DISSCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## I - INTRODUÇÃO

Dentro da propedêutica ginecológica e obstétrica, é a curetagem uterina, sem dúvida, um dos procedimentos dos mais destacados, quer pela sua importância diagnóstica, quer pela sua importância terapêutica, advindo daí a enorme frequência com que é executada.

Nos EEUU apurou-se que somente em 1971. efetuaram-se 1.275.000 curetagens, das quais 984.000 com o propósito diagnósticos e 291.000 com finalidades terapêuticas ( Abortamento incompleto). (7)

Entre nós, pouco se sabe acerca de quantidade e qualidade das curetagens executadas. Em função disso, nosso trabalho se propõe a fazer uma análise retrospectiva e crítica das curetagens executadas em nosso meio, no decorrer do ano de 1976, observando os seguintes aspectos:

- a) Anotação da faixa etária das pacientes nas requisições para exame anatomopatológico.
- b) Informação quanto ao uso prévio de hormônios pelas pacientes submetidas à curetagem.
- c) Anotações nas requisições com respeito à data da última menstruação.
- d) Informações quanto ao diagnóstico clínico provável. e
- e) Diagnóstico anatomopatológico.
- f) Correspondência entre diagnóstico clínico provável e diagnóstico anatomopatológico.

g) Incidência dos tipos de hiperplasia glandular.

h) Incidência dos tipos de hiperplasia glandular conforme a faixa etária.

Como o diagnóstico preciso na prática ginecológica está diretamente ligado a um adequado relacionamento entre o ginecologista e o patologista, é imperativo que o primeiro conheça a patologia ginecológica e o segundo se torne ciente dos problemas clínicos enfrentados pelo ginecologista . (8)

Visamos, então, através desta análise, alertar o pessoal médico para algumas deficiências fundamentais na execução das curetagens, desde a falta de informações clínicas precisas e objetivas, que deveriam constar nas requisições para exame anatomopatológico, até os critérios errôneos por vezes empregados na indicação de curetagens ou até mesmo falhas técnicas ocorridas na realização das mesmas, dificultando sobremaneira e chegando a impossibilitar às vezes, um diagnóstico anatomopatológico definitivo. Esperamos, assim, com esta análise, contribuir para que se chegue a uma maior conscientização em relação a estes aspectos, no sentido de se atingir uma integração e uniformidade de conceitos clínico-anatomopatológicos, visando um objetivo comum: o benefício da paciente.

## II - MATERIAL E MÉTODOS

Para a elaboração desta análise retrospectiva nos valem<sup>os</sup> das requisições para exame anatomopatológico das curetagens uterinas enviadas ao Instituto de Diagnóstico Anatomopatológico do Hospital de Caridade e, conseqüentemente, seus laudos diagnósticos, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 1976, perfazendo um total de 495 requisições.

Vale a pena ressaltar que elas são provenientes tanto da capital, como das mais diversas cidades do interior de Santa Catarina.

O modelo das requisições é variável, mas em todas, além da completa identificação da paciente, há espaços destinados às citações de diversos dados, tais como: material a examinar, data da última menstruação (ou fase do ciclo em que se encontra a paciente), uso prévio de hormônios, resumo da história clínica e suspeita diagnóstica.

Propositadamente, não separamos as curetagens realizadas com finalidade terapêutica daquelas com finalidade diagnóstica. Sendo assim, as nossas observações foram dirigidas à totalidade das curetagens enviadas ao referido laboratório de Anatomia Patológica.

### III - RESULTADOS

Os resultados de nossa análise são apresentados nas tabelas I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII e seus respectivos gráficos.

TABELA I

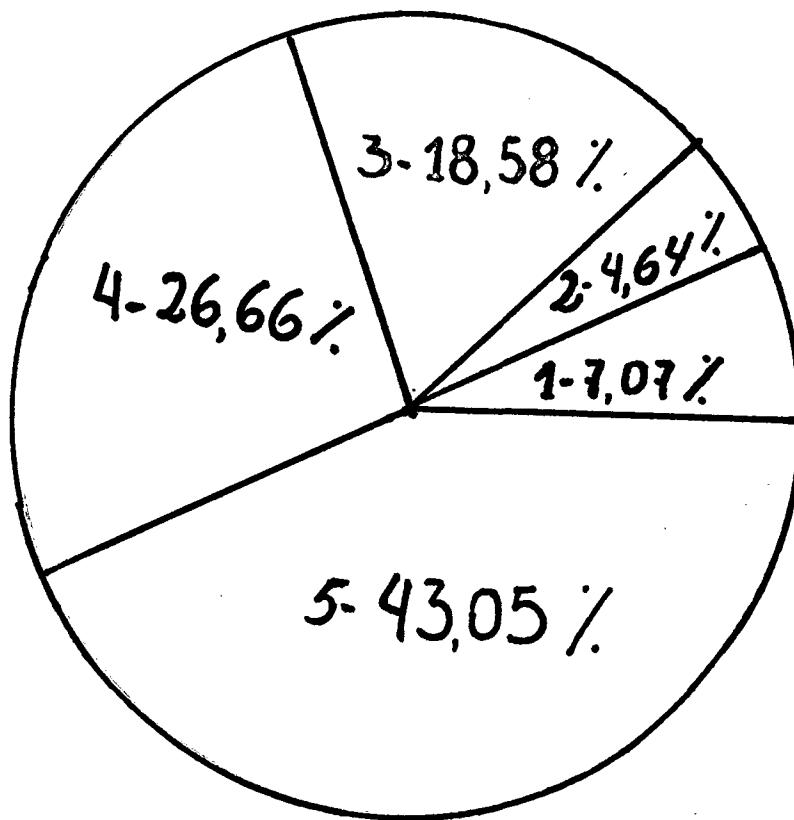
Faixa etária das pacientes submetidas à curetagem.

IDADE	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
Não Citada	35	7,07
Até 20	23	4,64
20 - 29	92	18,58
30 - 39	132	26,66
Acima de 40	213	43,05
TOTAL	495	100

FONTE: IDAP DO HOSPITAL DE CARIDADE  
ANO: 1976

GRÁFICO I

FAIXA ETÁRIA DAS PACIENTES SUBMETIDAS À CURETAGEM.



LEGENDA ( IDADES )

1- NÃO CITADA

2- ATÉ 20

3- 20 - 29

4- 30 - 39

5- ACIMA DE 40



TABELA II

ANOTAÇÕES NA REQUISIÇÃO DO ANATOMOPATOLÓGICO QUANTO AO USO PRÉVIO DE HORMÔNIOS.

USO PRÉVIO DE HORMÔNIOS	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
SIM	26	5,25
NÃO	469	94,75
TOTAL	495	100

FONTE: IDAP DO HOSPITAL DE CARIDADE  
ANO: 1976

GRÁFICO II

ANOTAÇÕES NA REQUISIÇÃO DO ANATOMOPATOLÓGICO QUANTO  
AO USO PRÉVIO DE HORMÔNIOS.

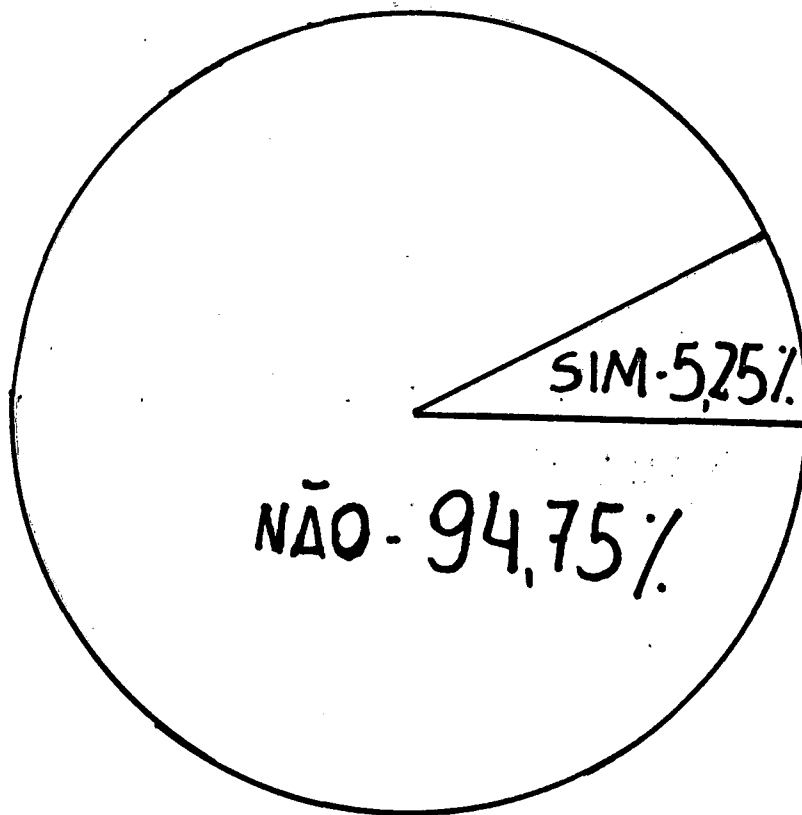


TABELA III

ANOTAÇÕES NA REQUISIÇÃO DO ANATOMOPATO  
LÓGICO QUANTO À DATA DA ÚLTIMA MENSTRU  
AÇÃO.

DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO	Nº DE REQUISIÇÕES	PORCENTAGEM
SIM	103	20,81
NÃO	392	79,19
TOTAL	495	100

FONTE: IDAP DO HOSPITAL DE CARIDADE  
ANO: 1976

GRÁFICO III

ANOTAÇÕES NA REQUISIÇÃO DO ANATOMOPATOLÓGICO QUANTO  
À DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO.

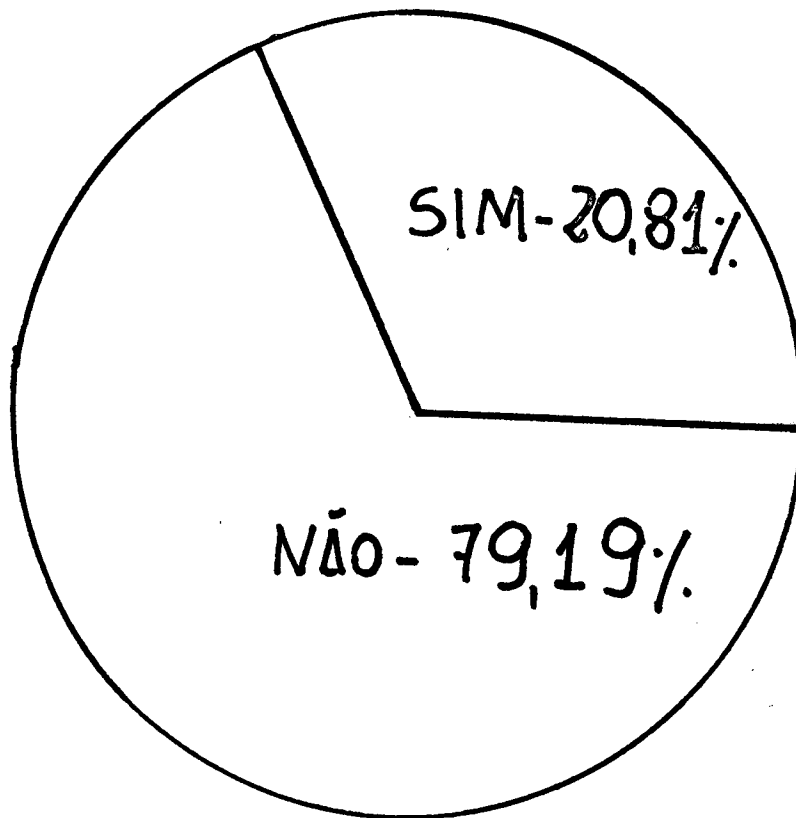


TABELA IV

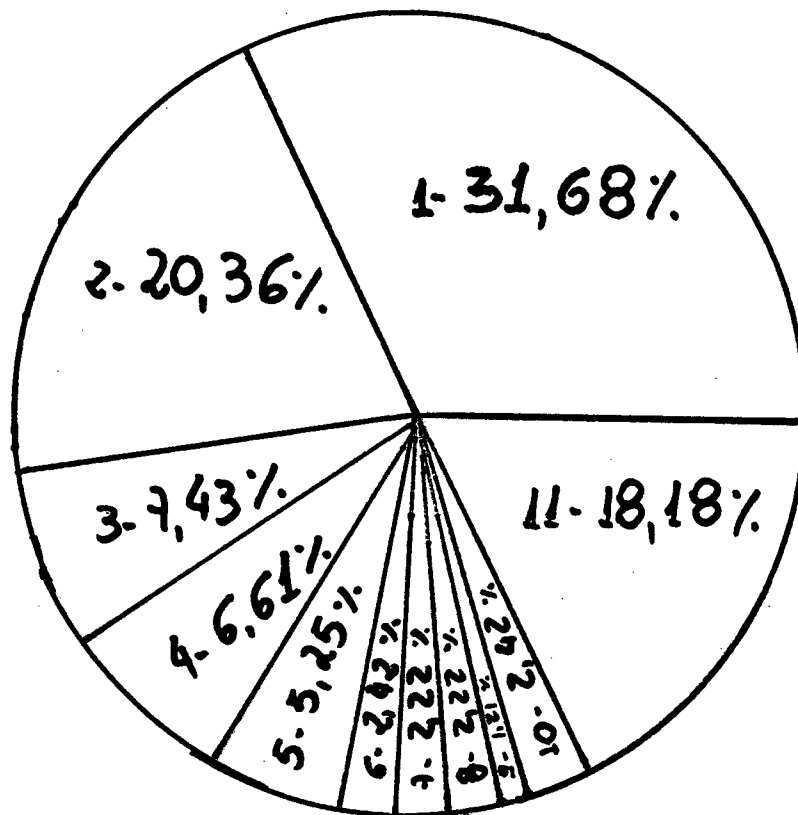
DIAGNÓSTICO CLÍNICO PROVÁVEL DAS  
PACIENTES CURETADAS.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
HIPERPLASIA GALNDULAR	157	31,68
RESTOS DE ABORTO	101	20,36
CARCINOMA	35	7,43
HEMORRAGIA DISFUNCIONAL	34	6,61
LIOMIOMA UTERINO	26	5,25
ENDOMETRITE	12	2,42
POLIPO ENDOMETRIAL	11	2,22
ENDOMETRIO ATRÓFICO	06	1,21
MOLA HIDATIFORME	11	2,22
OUTROS	12	2,42
NÃO CITADA	30	18,18
TOTAL	495	100

FONTE: IDAP DO HOSPITAL DE CARIDADE  
ANO: 1976

GRÁFICO IV

DIAGNÓSTICO CLÍNICO PROVÁVEL DAS PACIENTES CURETADAS.



LEGENDA:

- 1- HIPERPLASIA GLANDULAR
- 2- RESTOS DE ABORTO OU DECÍDUA
- 3- CARCINOMA
- 4- HEMORRAGIA DISFUNCIONAL
- 5- LIOMIOMA UTERINO
- 6- ENDOMETRITE
- 7- MOLA HIDATIFORME
- 8- POLIPO ENDOMETRIAL
- 9- ENDOMÉTRIO ATRÓFICO
- 10- OUTROS
- 11- NÃO CITADA

TABELA V

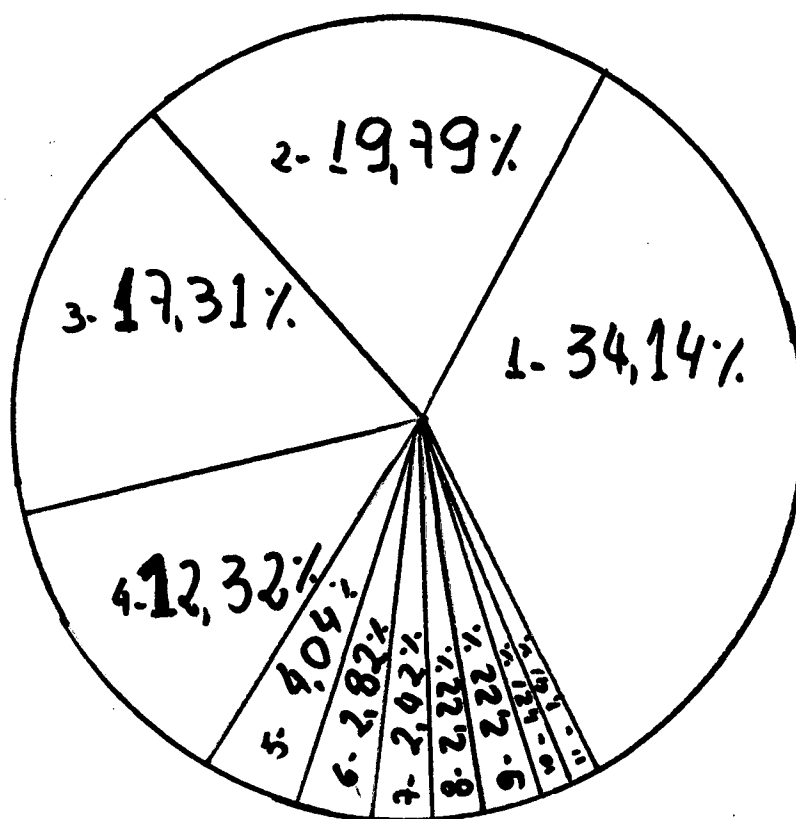
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

DIAGNÓSTICO ANATOMO-PATOLÓGICO	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
ENDOMÉTRIO SECRETOR	196	34,14
ENDOMÉTRIO PROLIFERATIVO	98	19,79
RESTOS PLACENTÁRIOS	86	17,31
HIPERPLASIA GLANDULAR	61	12,32
ENDOMETRITE	20	4,04
ENDOMÉTRIO ATRÓFICO	14	2,82
MOLA HIDATIFORME	12	2,42
POLIPO ENDOMETRIAL	11	2,22
CARCINOMA ENDOMETRIAL	11	2,22
LIOMIOMA UTERINO	06	1,21
MATERIAL INSUFICIENTE	07	1,41
TOTAL	495	100

FONTE: IDAP DO HOSPITAL DE CARIDADE  
ANO: 1976

GRÁFICO V

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO



LEGENDA

- 1- ENDOMÉTRIO SECRETOR
- 2- ENDOMÉTRIO PROLIFERATIVO
- 3- RESTOS PLACENTÁRIOS OU DECÍDUA
- 4- HIPERPLASIA GLANDULAR
- 5- ENDOMETRITE
- 6- ENDOMÉTRIO ATRÓFICO
- 7- MOLA HIDATIFORME
- 8- POLIPO ENDOMETRIAL
- 9- CARCINOMA DE ENDOMÉTRIO
- 10- LIOMIOMA UTERINO
- 11- MATERIAL INSUFICIENTE



TABELA VI

CORRESPONDÊNCIA ENTRE DIAGNÓSTICO  
CLÍNICO PROVÁVEL (DCP) DIAGNÓSTICO  
ANATOMOPATOLÓGICO ( DA).

CORRESPONDÊNCIA EN TRE DCP E DA	Nº DE REQUISIÇÕES	PORCENTAGEM
SIM	150	41,20
NÃO	214	58,80
TOTAL	364	100

FONTE: IDAP DO HOSPITAL DE CARIDADE  
ANO: 1976

GRÁFICO VI

CORRESPONDÊNCIA ENTRE DIAGNÓSTICO CLÍNICO PROVÁVEL E  
DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO.

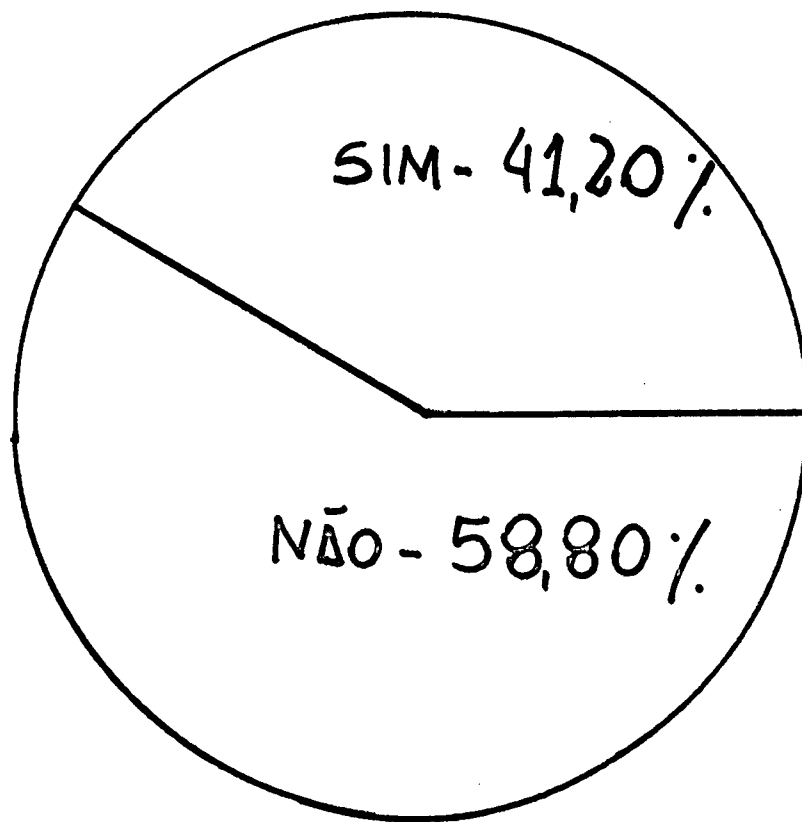


TABELA VII

INCIDÊNCIA DOS TIPOS DE HIPERPLASIA  
GLANDULAR.

TIPOS DE HIPERPLASIA GLANDULAR	Nº DE PACIENTES	PORCENTAGEM
SIMPLES	32	52
CÍSTICA	23	38
ADENOMATOSA	06	10
TOTAL	61	100

FONTE: IDAP DO HOSPITAL DE CARIDADE  
ANO: 1976

GRÁFICO VII

INCIDÊNCIA DOS TIPOS DE HIPERPLASIA GLANDULAR.

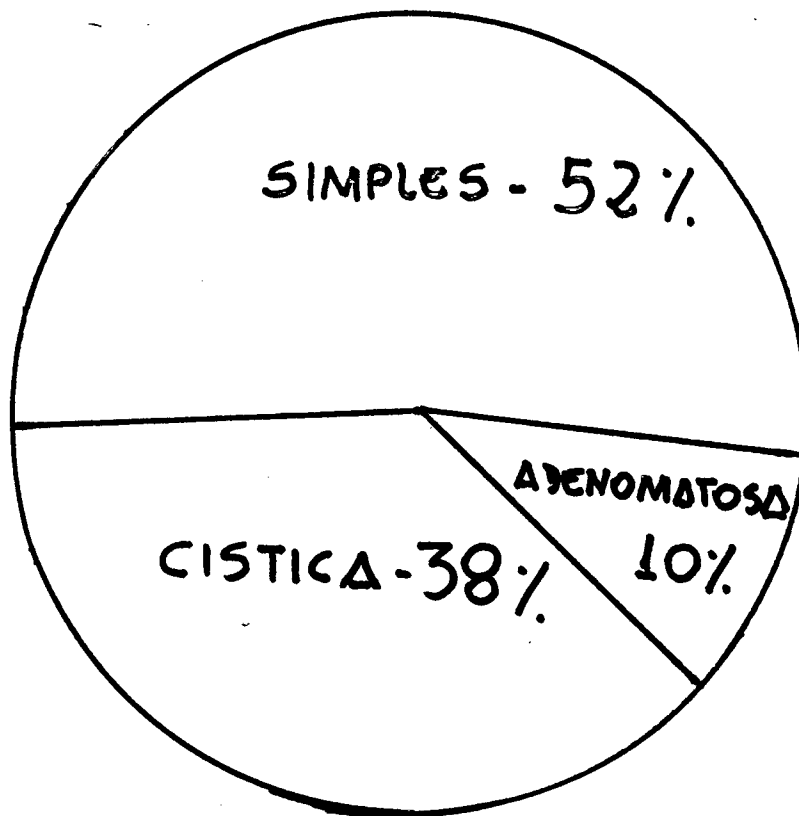


TABELA VIII

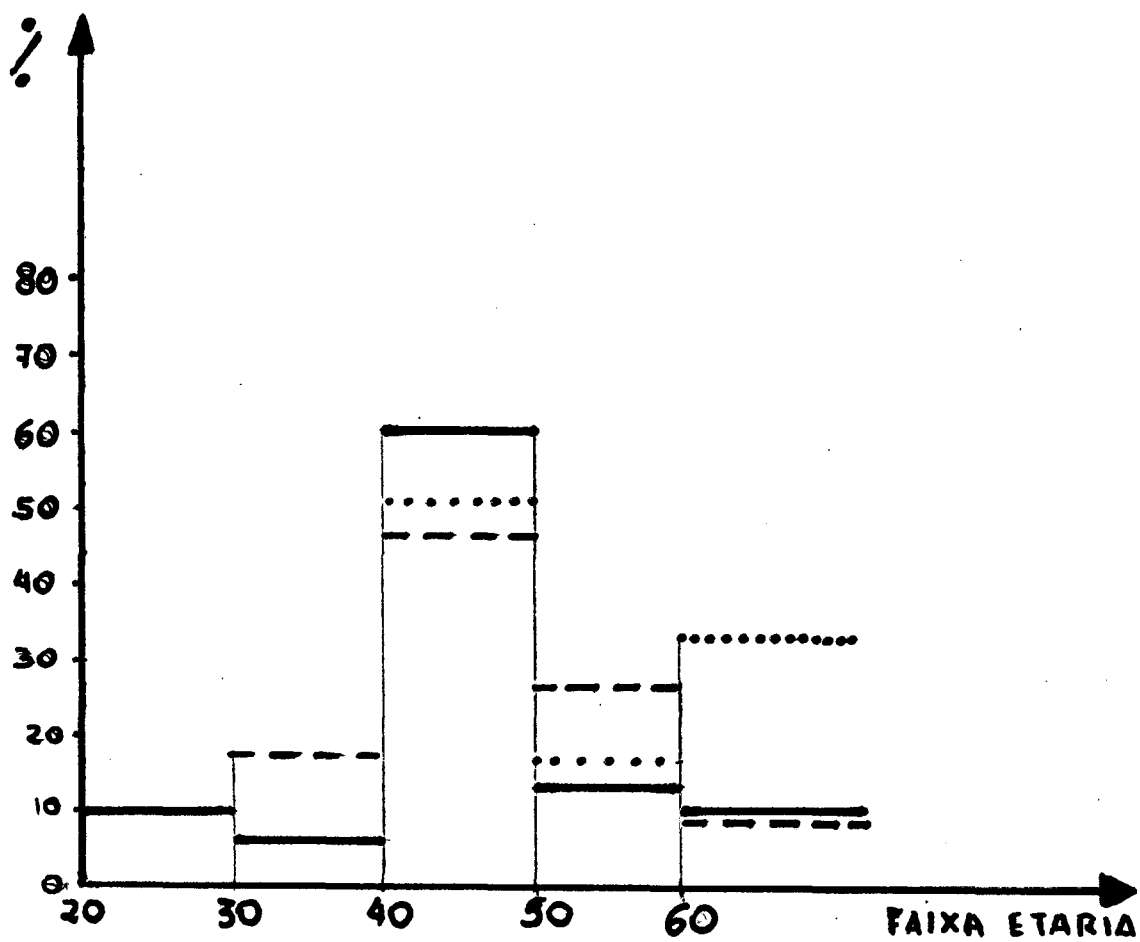
INCIDÊNCIA DOS TIPOS DE HIPERPLASIA  
DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA.

TIPOS	IDADE	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	+ 59
SIMPLES		10%	6,70%	60%	13,30%	10%
CISTICA		-	18%	46%	27%	9%
ADENOMATOSA		-	-	50%	17%	33%

FONTE: IDAP DO HOSPITAL DE CARIDADE  
ANO: 1976

GRÁFICO VIII

INCIDÊNCIA DOS TIPOS DE HIPERPLASIA DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA



LEGENDA:

- SIMPLES
- - - - - CÍSTICA
- ..... ADENOMATOSA

#### IV - COMENTÁRIOS

A curetagem uterina é, sem dúvida, o procedimento mais comumente utilizado pelo ginecologista, já que é o método padrão para investigar qualquer sangramento anormal quando a causa da hemorragia não fôr encontrada no exame clínico e na biópsia. (5)

Podemos considerar como sendo as principais indicações de curetagem do endométrio as mesmas apontadas por Shenker (8) para a biópsia endometrial;

- a) Determinação da etiologia de sangramento anormal.
  - a.1.) Menorragia e hipermenorréia.
  - a.2.) Metrorragia.
  - a.3.) Polimenorréia.
  - a.4.) Sangramento pós-menopausa (sangramento após um ano de amenorréia).
- b) Remoção de produtos da concepção.
  - b.1.) Depois de abortamento incompleto.
  - b.2.) Interrupção voluntária da gravidez.
- c) Como parte do estudo de infertilidade.
- d) No acompanhamento das pacientes com hiperplasia adenomatosa atípica do endométrio, sob tratamento médico.
- e) Como procedimento de rotina nas pacientes com alto risco de desenvolverem carcinoma endometrial.

Desde que o sangramento uterino tende a ser mais precoce sinal de carcinoma endometrial, todas as pacientes com este sintoma deveriam ser investigadas para encontrar sua causa. (1)

Num estudo realizado por Hark e Sommers (2) de 500 curetagens consecutivas, encontrou-se somente uma taxa de 2% de adenocarcinoma endometrial, enquanto que 18,2% apresentavam hiperplasia glandular, 6,2% endométrio atrófico, 3% endometrite, 1,8% polipos endometriais, e

em 2/3 dos casos encontrou-se endométrio normal. Esse estudo incluía mulheres de todas as idades, o que explica a baixa proporção de pacientes com tumor maligno. É muito importante que se submeta à curetagem toda paciente que apresente sangramento pós-menopausa, já que, nestes casos, encontraríamos uma taxa de 10% de diagnóstico de tumor maligno. (1)

Uma das grandes indicações da curetagem endometrial é a hemorragia uterina disfuncional, (8) que pode ser definida como uma hemorragia anormal do útero, não associada a tumor, inflamação ou gravidez. (5) (8)

Embora possa ocorrer nos extremos da vida menstrual, essa hemorragia pode se apresentar em qualquer idade e representa uma das queixas ginecológicas mais comuns. (5) A maior parte dos casos de hemorragia disfuncional pode ser explicada pelo trabalho de Schröder de 1915, através de um estudo histológico correlacionado do útero e dos ovários, segundo o qual se conclui que estas hemorragias são produzidas pela persistência anormal de folículos não rotos, com a consequente ausência dos corpos amarelos não funcionantes e a produção de hiperplasia endometrial como resultante da estimulação estrogênica anormalmente persistente e sem oposição, ou excessiva. (5)

Assim, em termos histológicos, o achado mais comum é o de endométrio proliferativo, (4) (5) (8) e o caso a exposição ao estrogênio não antagonizado se torne prolongada, encontrar-se-á hiperplasia endometrial ou, por vezes, endométrio proliferativo com áreas focais de hiperplasia. (8) Os estudos anatomopatológicos mostraram que, embora esta hemorragia uterina possa estar associada com qualquer patologia endometrial, o achado mais comum é o padrão não secretor. A divisão das pacientes em tipos secretor e não secretor é importante para distinguir os tipos hemorragias anovulatórias das ovulatórias, tendo esta classificação importante significado clínico pois estes dois tipos de hemorragias disfuncional apresentam bases etiológicas diferentes e respondem a formas diversas de tratamento. (5)

A hemorragia associada a um padrão secretor deve ser considerada como anatômica até prova em contrário. Se for possível excluir todos os fatores anatômicos, o distúrbio funcional é considerado como de origem neuromus-



cular, vasomotora ou hematologica pouco conhecida, não endócrina, enquanto que o sangramento ánovulatório pode ser considerado comumente como de origem endócrina. (5)

Um achado importante encontrado às vezes, ao estudo anatomopatológico das curetagens endometriais, é a mola hidatiforme que é uma doença caracterizada por vilosidade hidrópicas e e hiperplasia trofoblástica. (5) Anatomopatologicamente há dúvidas quanto ao fato de ser a doença de caráter neoplásico ou degenerativo, existindo três aspectos microscópicos fundamentais: (5)

- a) proliferação do revestimento trofoblástico das vilosidades;
- b) edema acentuado e aumento de volume de vilosidades;
- c) desaparecimento ou escassez dos vasos sanguíneos vilosos.

Vale a pena ressaltar também a relação que se verifica entre a mola e o coriocarcinoma. Embora apenas em uma pequena proporção dos casos de mola se desenvolve malignidade, acredita-se que 50% dos coriocarcinomas surgem após a mola hidatiforme. (5) (6)

É então, fundamental que, a partir de qualquer suspeita nos lancemos decisivamente à procura do diagnóstico de coriocarcinoma, tanto pelo estudo anatomopatológico do material curetado, quanto pelos estudos hormonais (análise de HCG-hormônio coriônico gonadotrófico). (5) Com relação a estes estudos hormonais, deve-se salientar que o nível crescente de HCG após a evacuação de uma mola deve levantar a suspeita de desenvolvimento de coriocarcinoma e a observação de um HCG elevado justifica o tratamento do coriocarcinoma mesmo sem evidência específica anatomopatológica de seu desenvolvimento. (5)

A dosagem do HCG é imprescindível, ainda, para se fazer o diagnóstico diferencial entre a mola hidatiforme e a mola invasiva (corioadenoma destruens), que, histologicamente são semelhantes, sendo impossível diferenciá-las em material de curetagem.

Além da sua importância inquestionável como parte do estudo de infertilidade, e como procedimento terapêutico nos casos de abortamento incompleto ou quando

se fizer necessária a interrupção voluntária da gravidez, a curetagem uterina, por vezes, pode nos fornecer o diagnóstico de um liomioma submucoso, que segundo Novak, apresenta dificuldades especiais no diagnóstico, estando oculto dentro do útero, que pode deixar de apresentar aumento de volume ou irregularidades. Frequentemente este liomioma pode apresentar-se como um módulo intracavitário saliente, demasiadamente engastado para ser removido, sendo o diagnóstico determinado unicamente pelo simples "ressalto" da cureta sobre ele.(5)

Tanto é verdade que a curetagem uterina vem se revestindo de importância cada vez maior no campo da propedêutica ginecológica e obstétrica que, devido à frequência com que é executada, nos EEUU ela se transformou no mais caro procedimento de toda a Medicina. Em vista disso, os ginecologistas norte-americanos cada vez mais têm se dedicado à realização de dilatação e curetagem em consultório, tornando-se bem menos onerosa do que aquela executada em ambiente cirúrgico. (3)

Segundo Mengert e Slate, (3), as possibilidades de acerto diagnóstico e as complicações nas curetagens de consultório são equivalentes às aquelas realizadas em ambiente hospitalar.

Também os trabalhos de Sandmire e Austin (7), levaram a concluir que as possibilidades diagnósticas na curetagem hospitalar e na de consultório são as mesmas. Segundo eles, as complicações que com maior frequência se verificaram naquelas realizadas em consultório foram a endometrite, hemorragias, perfuração e fibrose, sendo porém a incidência dessas complicações bem menor do que aquela encontrada nas curetagens hospitalares.

## V - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Através desta análise, que por vezes nos ofereceu sérias dificuldades dada à variedade dos modelos das requisições e da deficiência de dados nelas contidos, observamos importantes falhas no que tange à citação de informações clínicas imprescindíveis ao patologista, dificultando sobremaneira a interpretação do material curetado.

Assim, logo no início desta análise, constatamos que em 7,07% das requisições o ginecologista não forneceu quaisquer informações com respeito à idade da paciente, o que, muitas vezes, impede uma conclusão diagnóstica.

Uma porcentagem de 43,05% das curetagens envolveram pacientes com idade superior a 40 anos e 26,66% eram de pacientes situadas na faixa etária de 30 a 39 anos; 18,58% se enquadravam na faixa de 20 a 29 anos e 4,64% das pacientes tinham idade inferior a 20 anos.

Outro aspecto negativo é a frequente ausência de informações, nas requisições, do uso prévio de hormônios: 94,75% dos casos. Sabendo que este uso prévio de hormônios pode alterar de forma fundamental o comportamento do endométrio, bem se pode imaginar a dificuldade encontrada pelo patologista no sentido de dar ao clínico dados diagnósticos conclusivos com relação ao tecido analisado.

Igualmente, pudemos constatar uma porcentagem de 79,19% de requisições sem quaisquer informações quanto à data da última menstruação ou fase do ciclo menstrual em que se encontrava a paciente por ocasião da curetagem. Isto se verificava inclusive quando esta era executada com a suspeita diagnóstica de hemorragia disfuncional, cuja causa principal é a hiperplasia glandular. Sabemos que em ciclos anovulatórios o endométrio pode apresentar uma hiperplasia glandular cística ou mesmo estar representada pelo endométrio proliferativo próprio da primeira metade do ciclo. Facilmente se deduz, então, que a ausência de informações com relação à fase do ciclo pode vir a dificultar uma perfeita avaliação de um excessivo estímulo estrogênico sobre o endométrio.

Pudemos observar que os diagnósticos clínicos prováveis das pacientes curetadas foram, principalmente, "hiperplasia glandular", em 31,68% dos casos e "restos de aborto", em 20,36%. Deve-se ressaltar entretanto, que esta elevada taxa de diagnósticos clínicos de "restos de aborto" se deve provavelmente às curetagens executadas com finalidade terapêutica nos casos de abortamento incompleto; notamos que na maior parte das vezes não houve, por parte do clínico, uma preocupação no sentido de informar na requisição se a finalidade da curetagem era diagnóstica ou terapêutica. Além destas, porém em taxas bem menores, as suspeitas clínicas que se apresentaram mais frequentes, foram "carcinoma" ( 7,43 % ), "hemorragia disfuncional" ( 6,61% ), "leiomioma" ( 5,25%), "endometrite" ( 2,42%), "mola hidatiforme" ( 2,22%), "polipo endometrial" ( 2,22%) e "endométrio atrófico" (1,21%).

Convém salientar que, se houvesse uma uniformidade de conceitos anatomo-clínicos, provavelmente a suspeita diagnóstica de hiperplasia glandular seria ainda maior, pois a maioria das pacientes com diagnóstico de hemorragia disfuncional seria enquadrada na hiperplasia glandular. Importante se torna dizer que a hemorragia disfuncional não vem a se constituir em uma patologia, porém unicamente em um sintoma que tem, na hiperplasia glandular a sua grande causa.

Várias suspeitas diagnósticas, tais como, tuberculose endometrial, síndrome de Ashermann e infertilidade, fizeram-se presentes em taxas bastante reduzidas, perfazendo juntas apenas um total de 2,42%. Não podemos deixar de comentar, entretanto, o fato de encontrarmos em duas requisições o diagnóstico clínico provável de adenomiose, denotando, possivelmente, um descuido por parte do ginecologista, já que não se poderia chegar ao diagnóstico desta patologia através de uma curetagem endometrial.

Também vem a se constituir em um aspecto negativo o fato de que em uma significativa porcentagem ( 18,18%) de requisições não houve nenhuma citação referente a um provável diagnóstico clínico.

Na análise dos resultados anatomopatológicos encontramos uma predominância de endométrio secretor ( 34,14%) e endométrio proliferativo ( 19,79%), não permitindo na grande maioria das vezes que se fizesse quaisquer con-

siderações acerca das condições de normalidade ou não do endo métrio, visto que, em praticamente 80% das requisições não havia referência quanto à fase do ciclo em que se encontrava a paciente. Verificamos também uma elevada ocorrência de restos de aborto e hiperplasia glandular ( 17,31% e 12,32%, respectivamente). Em menor escala encontramos os diagnósticos de endometrite ( 4,04%), endométrio atrófico ( 2,82%), mola hidatiforme ( 2,42%), polipo endometrial e carcinoma de endométrio ( ambos com 2,22% ) e liomioma submucoso (1,21%). Em 1,41% dos casos não houve possibilidade de se chegar a um diagnóstico já que o material curetado enviado para exame foi insuficiente para tal. Em relação à literatura, foi bastante baixo o achado de mola hidatiforme, provavelmente pelo fato de não se adotar como rotina, em nosso meio, o envio de todos os restos placentários decorrentes de abortamento para estudo anatomopatológico.

No decorrer da análise observamos que em 58,80% das curetagens o diagnóstico anatomopatológico não cor respondeu à suspeita diagnóstica. A verificação da correspondência ou não clínico-patológica pode ser observada em 364 requisições, e não na totalidade delas, já que em 90 não se citavam as suspeitas clínicas, em 7 o material curetado foi insuficiente e em 34 requisições o diagnóstico clínico era de hemorragia disfuncional, sem anotações quanto à fase do ciclo menstrual, não permitindo também que se verificasse a confirmação diagnóstica.

Com relação à hiperplasia glandular verificamos que o tipo predominante foi a simples com 52%, vindo em seguida a cística com 38% e, por último a adenomatosa com 10%. Quanto a incidência dos tipos de hiperplasia glandular de acordo com a faixa etária, notamos que apenas a do tipo simples ocorreu na faixa dos 20 aos 29 anos ( 10%). Na faixa de 30 a 39 anos foram encontradas a do tipo simples ( 6,70%) e a cística ( 18%). Dos 40 aos 49 anos observamos a simples com 60%, e adenomatosa com 50% e a cística com 46%. Entre os 50 e 59 anos verificamos novamente uma queda na ocorrência de hiperplasia, sendo predominante nesta faixa etária, a cística ( 27%), seguida pela adenomatosa ( 17%) e pela simples ( 13,30%). Acima dos 59 anos predominou a adenomatosa com 33%, seguida pela simples e cística com, respecti

vamente, 10% e 9%.

Podemos concluir, então, que a grande incidência de hiperplasia glandular se fez na faixa dos 40 aos 49 anos, estando os três tipos presentes em altas porcentagens, com leve predomínio da simples. Foi também esta a única a ocorrer na faixa de 20 a 29 anos, embora em pequeno número.

Concluimos também que, a partir dos 50 anos diminuiu novamente a incidência dos três tipos de hiperplasia, com exceção da adenomatosa, que, acima dos 59 anos se fez presente em número bastante significativo, o que se reveste de importância ainda maior se levarmos em conta que este tipo de hiperplasia é considerado como carcinoma grau 0 (zero).

Florianópolis, 23 de junho de 1978.

JOYCE T. LEITÃO

WOLFGANG WEISS

MARCELINO OSMAR VIEIRA

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 - DEMOPOULOS, R.I. Carcinoma of the endometrium. in: PATHOLOGY OF THE FEMALE GENITAL TRACIT. New York, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag, 1977. 279 p.
- 2 - HARK, B. and SOMMERS, S.C. Endometrial curettage. in : DIAGNOSES AND THERAPY. OBSTET. GYNECOL. 1963. vol. 21. 636 p.
- 3 - MENGERT, W.F. Slate, W.G. Diagnostic dilatation and curettage as an out patient procedure. Am. J. Obstet. Gynecol. 1960. vol. 79 - 4. 727 -731 p.
- 4 - MEDOSS, B. R. Disfuncional uterine bleeding. Relation of endometrial histology to outcoome. Am. J. Obstet. Gynecol. 1971. vol. 109-1. 103-105 p.
- 5 - NOVAK, E.Ř. JONES, G.S. Tratado de Ginecologia. 9ª ed. Guanabara Koogan, 1977. 105, 366, 580, 595, 599,678 p.
- 6 - REZENDE, J. BARCELLOS, J.M. COSLOVSKY, S. Coriomas. in: OBSTETÍCIA. 3ª ed. Guanabara Koogan, 1974. 536 p.
- 7 - SANDMIRE, H.F. and AUSTIN, S.D. Curettage as in affice procedure. Am. J. Obstet. Gynecol. 1974. vol. 119-1 82-85 p.
- 8 - SHENKER, L. Clinical considerations of Gynecologic Pathology. in: PATHOLOGY OF THE FEMALE TRACIT. New York , Berlin, Springer-Verlag, 1977. 243-247 p.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 - DEMOPOULOS, R.I. Carcinoma of the endometrium. in: PATHOLOGY OF THE FEMALE GENITAL TRACIT. New York, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag, 1977. 279 p.
- 2 - HARK, B. and SOMMERS, S.C. Endometrial curettage. in : DIAGNOSES AND THERAPY. OBSTET. GYNECOL. 1963. vol. 21. 636 p.
- 3 - MENGERT, W.F. Slate, W.G. Diagnostic dilatation and curettage as an out patient procedure. Am. J. Obstet. Gynecol. 1960. vol. 79 - 4. 727 -731 p.
- 4 - MEDOSS, B. R. Disfuncional uterine bleeding. Relation of endometrial histology to outcome. Am. J. Obstet. Gynecol. 1971. vol. 109-1. 103-105 p.
- 5 - NOVAK, E.Ř. JONES, G.S. Tratado de Ginecologia. 9ª ed. Guanabara Koogan, 1977. 105, 366, 580, 595, 599,678 p.
- 6 - REZENDE, J. BARCELLOS, J.M. COSLOVSKY, S. Coriomas. in: OBSTETÍCIA. 3ª ed. Guanabara Koogan, 1974. 536 p.
- 7 - SANDMIRE, H.F. and AUSTIN, S.D. Curettage as in affice procedure. Am. J. Obstet. Gynecol. 1974. vol. 119-1 82-85 p.
- 8 - SHENKER, L. Clinical considerations of Gynecologic Pathology. in: PATHOLOGY OF THE FEMALE TRACIT. New York , Berlin, Springer-Verlag, 1977. 243-247 p.



TCC  
UFSC  
TO  
0329

N.Cham. TCC UFSC TO 0329  
Autor: Leitão, Joyce T  
Título: Curetagens uterinas - análise cr



972815992

Ac. 254459

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM