
ARTIGO ORIGINAL

ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DA VIDEOHISTEROSCOPIA COMPARADA COM A ULTRASSONOGRRAFIA ATRAVÉS DOS ACHADOS DA HISTOPATOLOGIA**DIAGNOSTIC ACCURACY OF VIDEOHISTEROSCOPY COMPARED TO ULTRASONOGRAPHY THROUGH HISTOPATHOLOGY FINDINGS**

Vanessa Martins Rosa¹
Sérgio Murilo Steffens²
Edison Natal Fedrizzi³

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar a prevalência das indicações para a realização dos exames de videohisteroscopia (VHSC) de acordo com as faixas etárias e comparar com os resultados histopatológicos, padrão ouro no diagnóstico das patologias uterinas. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e observacional realizado em uma clínica médica privada na cidade de Florianópolis. Foram analisados laudos de videohisteroscopia de mulheres que realizaram este exame pelo mesmo observador (ENF). Foram calculados a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) e a acurácia da ultrassonografia (USG) e VHSC para o diagnóstico das patologias intrauterinas, comparadas com o exame histopatológico, considerado padrão ouro. Os dados receberam intervalo de confiança de 95%. **RESULTADOS:** As alterações intracavitárias diagnosticadas pelo exame de VHSC com maior prevalência em todas as idades foram o pólipos endometrial e o espessamento endometrial. A USG apresentou acurácia diagnóstica de 63,1% para pólipo e 92,8% para mioma. A acurácia diagnóstica do USG para hiperplasia endometrial foi de 72,3%, com uma sensibilidade de 42,9% e especificidade de 73,4%. A VHSC apresentou acurácia superior a 80% para todas as patologias intracavitárias, sendo que para o pólipo endometrial foi de 87,7%, com sensibilidade de 87,1% e especificidade de 88,2%. A acurácia diagnóstica da VHSC para hiperplasia endometrial foi de 83,9%, com sensibilidade de 64% e especificidade de 84,5%. **CONCLUSÃO:** A videohisteroscopia é um exame de alta acurácia para o diagnóstico das patologias endometriais e deve sempre ser utilizado em associação com uma amostragem tecidual para o diagnóstico histopatológico definitivo.

Descritores: Histeroscopia. Histopatologia. Patologias Endometriais . Ultrassonografia.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To evaluate the prevalence of indications for videohysteroscopy (VHSC) according to the age groups and to compare with the histopathological results, which is the gold standard in diagnosis of uterine pathologies. **METHODS:** This is a descriptive, cross-sectional and observational study performed in a private medical clinic in Florianópolis city. It was analyzed videohysteroscopy reports of women who were performed by the same observer (ENF). Sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV) and accuracy of ultrasonography (USG) and VHSC were calculated for diagnosis of intrauterine pathologies, compared with the histopathological

¹Médica graduada em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: vanessamartinsrosa@gmail.com

²Doutor em Ciências pela Universidade Federal de Santa Catarina, Professor Associado de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: smsteffens@gmail.com

³Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo, Professor Associado de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: enfedrizzi@uol.com.br



examination. The data had a 95% confidence interval. **RESULTS:** The intracavitary alterations diagnosed by VHSC with a higher prevalence at all ages were endometrial polyps and endometrial thickening. USG presented diagnostic accuracy of 63.1% for polyps and 92.8% for myoma. The diagnostic accuracy of the USG for endometrial hyperplasia was 72.3%, with a sensitivity of 42.9% and specificity of 73.4%. VHSC showed an accuracy of over 80% for all intrauterine pathologies. The endometrial polyp was 87.7%, with sensitivity of 87.1% and specificity of 88.2%. The diagnostic accuracy of VHSC for endometrial hyperplasia was 83.9%, with sensitivity of 64% and specificity of 84.5%. **CONCLUSION:** VHSC is a highly accurate examination for the diagnosis of endometrial pathologies and should always be used in association with tissue sampling for the histopathological diagnostic.

Keywords: Hysteroscopy . Histopathology . Endometrial pathologies . Ultrasonography.

INTRODUÇÃO

A videohisteroscopia (VHSC) é um método endoscópico que permite a visualização da cavidade uterina e é atualmente considerada o exame padrão-ouro para a investigação de anormalidades dessa região. Sendo assim, é indicada quando se deseja investigar pacientes com clínica de infertilidade, sangramento uterino anormal, neoplasias e/ou anormalidades intracavitárias em exames de imagem.^{1,2,3} A VHSC pode inclusive detectar pequenas alterações do endométrio não diagnosticadas em outros exames utilizados para essa investigação como ultrassonografias, biopsias endometriais ou curetagem às cegas.⁴

A ultrassonografia transvaginal (USG TV), exame não invasivo, representa uma ferramenta diagnóstica que tem especificidade e sensibilidade baixas no diagnóstico de patologias intracavitárias. Dilatação seguida de curetagem foi o procedimento padrão-ouro para pacientes com essas patologias no passado. Entretanto esse método tem grande quantidade de resultados falso negativos, principalmente pelo fato de ser uma técnica sem visualização direta. Dessa forma, é possível que o local patologicamente alterado não seja coletado e a amostra biopsiada não ser representativa, tornando um diagnóstico com limitada acurácia.^{5,6}

A introdução da VHSC tem aberto uma nova dimensão na avaliação ginecológica das pacientes.⁵ O aperfeiçoamento da técnica e dos instrumentos deste exame permitiram que os médicos atingissem resultados mais confiáveis a respeito do diagnóstico de patologias benignas, como pólipos, miomas, sinéquias, septos, como também confirmando a ausência de patologias.^{3,6} Toda a cavidade uterina é diretamente visualizada e é possível identificar alterações patológicas focais e realizar biopsia da lesão suspeita pela inspeção visual. Uma vantagem adicional é o fato de um grande número de patologias benignas serem tratadas no momento do procedimento, usando o histeroscópio com o ressectoscópio.^{5,7}

A importância da realização do exame de VHSC pode também ser baseada no fato de que aproximadamente um terço das consultas ginecológicas estão relacionadas a um sangramento uterino



anormal (SUA), e essa proporção sobe para 70% nos anos peri ou pós-menopausa.⁴ Excluídas as causas do trato genital inferior de sangramento anormal, está indicado a investigação da cavidade endometrial e para este fim, a VHSC é o melhor método diagnóstico. Após os 40 anos, as principais causas de sangramento anormal são os pólipos endometriais, miomas, hiperplasia, ou carcinoma e dessa forma a investigação da cavidade uterina mostra-se necessária. Mulheres jovens também necessitam de investigação endometrial por SUA, quando afastadas as causas hormonais.^{4,8}

O diagnóstico definitivo da hiperplasia endometrial é o exame anatomopatológico. Portanto, em comparação com métodos tradicionais como a curetagem uterina ou biópsia às cegas, a VHSC oferece uma maior acurácia pela possibilidade de visualização e biópsia dirigida de pequenas lesões focais. Sabendo do potencial de evolução maligna da hiperplasia endometrial, o diagnóstico e tratamento nos estágios iniciais dessa condição representa um importante avanço para o ginecologista na prevenção do carcinoma endometrial.⁶ Em adição as vantagens da VHSC sobre a curetagem, é importante ressaltar que a VHSC pode ser realizada de forma ambulatorial, não requerendo internação, uso de sala cirúrgica ou anestesia geral. Ações essas que diminuem custos e trazem mais segurança para a paciente.²

Sendo assim, a VHSC passa a ser essencial no diagnóstico e tratamento das patologias intracavitárias, tendo cada vez mais indicações para sua realização. Dessa forma, é de grande relevância para o meio científico avaliar a acurácia desse exame diagnóstico, a fim de otimizar a realização da VHSC ambulatorial em detrimento de procedimentos mais onerosos, que necessitam internação cirúrgica.²

O presente estudo tem o objetivo de conhecer a prevalência das patologias mais frequentemente diagnosticadas VHSC de acordo com as faixas etárias e sua acurácia, comparando com o exame histopatológico, padrão ouro no diagnóstico das patologias da cavidade uterina.

MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal e observacional realizado em uma clínica médica privada na cidade de Florianópolis. Foram analisados laudos de videohisteroscopia de mulheres que realizaram este exame no período de 20 anos (1997 a 2017). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), CAAE 83399718.2.0000.0121.

Foram incluídas no estudo mulheres que realizaram o exame de VHSC nos anos de 1997 a 2017, que possuíam queixas ginecológicas, alterações da cavidade uterina em exames de imagem ou infertilidade. Todos os exames foram realizados sob sedação, de forma ambulatorial, utilizando o histeroscópio de Hamou II, utilizando como meio de distensão da cavidade o CO₂, glicina 2% ou



soro fisiológico 0,9%. As biópsias endometriais foram realizadas através das pinças de biópsia ou alças de ressectoscópio.

Foram excluídas do estudo as mulheres com informações incompletas registradas no laudo do exame ou na ficha clínica.

Foram calculados a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) e a acurácia da ultrassonografia e videohisteroscopia para o diagnóstico das patologias intrauterinas, comparadas com o exame histopatológico. Os dados receberam intervalo de confiança de 95% e o anátomopatológico foi considerado exame padrão ouro. Para estes procedimentos, utilizou-se o programa MedCalc para sensibilidade, especificidade, VPP, VPN e o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para os demais.

RESULTADOS

Neste estudo foram analisados 665 exames de VHSC, sendo excluídos 144 pela ausência de informações completas.

A faixa etária de 41-50 anos foi a que mais realizou o exame de VHSC e o pólipo endometrial a alteração patológica com maior prevalência, mais frequente principalmente após os 60 anos (76% dos 61-70 anos e 65% dos 71-80 anos). O espessamento endometrial foi encontrado dos 21 aos 70 anos, respeitando uma prevalência mais expressiva de 41-50 anos com 28,2%. O mioma uterino foi encontrado a partir dos 31 anos, com valor de 9,8% na faixa etária de 41-50 anos. Nas faixas etárias de ≤ 20 anos e ≥ 81 anos, extremos de idade, na metade dos casos o exame foi normal. Nas faixas etárias mais jovens, que incluiu mulheres de 21-30 anos e de 31-40 anos, a maioria dos exames foram considerados normais (54,5% e 40,4%, respectivamente). A alteração endometrial mais frequente nesses dois grupos foi o pólipo endometrial, em 20,5% das mulheres de 21-30 anos e 25,7% para as de 31-40 anos. A neoplasia endometrial foi encontrada em 4 mulheres, sendo 3 entre 51-60 anos e 1 entre 71-80 anos (Tabela 1).

Através da representação gráfica (Gráfico 1), podemos observar mais claramente que o pólipo e o espessamento endometrial foram as alterações intracavitárias com maior prevalência em todas as idades.

Pólipo foi a indicação mais frequente da USG, observado em 40,9% das mulheres, seguido pelo espessamento endometrial em 20,5% das indicações. O sangramento uterino anormal (SUA) foi também uma indicação com alta prevalência, 18,8% no total dos casos. Infertilidade foi a indicação em 9,7% das VHSC (Tabela 2). É importante ressaltar, que o n total das indicações (n= 580) foi maior que o n do estudo (n= 521), uma vez que algumas mulheres apresentaram mais de uma indicação para a realização da VHSC. As associações foram: espessamento e SUA em 12 mulheres (2,3%); pólipo e



mioma em 4 (0,8%); pólipos e espessamento em 10 (1,9%); pólipos e SUA em 18 (3,5%) e mioma e SUA em 15 (2,9%).

Assim como as indicações, a VHSC também apresentou associação de achados em algumas mulheres, sendo assim, de um total de 521 exames, 543 foram os achados. Das 521 VHSC, 129 mostraram que não havia alterações endometriais. O achado mais frequente foi o pólipo uterino encontrada em 44,3% dos exames. O espessamento endometrial esteve presente em 19,5%. Outras alterações foram encontradas em 6,1 % das VHSC, o que incluiu alterações anatômicas, DIU perdido na cavidade e controle de doença trofoblástica. Mioma teve a prevalência de 5,7% do total das VHSC. As neoplasias foram encontradas em 0,7% dos exames (Tabela 2). Com relação as associações encontradas nas VHSC, observamos pólipo e mioma em 5 (1%); pólipo e espessamento endometrial em 11 (2,1%); mioma e espessamento endometrial em 6 (1,2%).

Da mesma forma que nos achados anteriores, foram encontradas associações no exame histopatológico. Das 521 mulheres, a maioria apresentou resultados histopatológicos normais, compreendendo 46,1% das pacientes. Dos 529 achados histopatológicos, a alteração mais prevalente foi o pólipo uterino, presente em 42,3% dos exames. A hiperplasia endometrial foi observada em 4,2% das mulheres, o mioma em de 3,6% e a neoplasia em 1,7%. Outras alterações, tais como mola hidatiforme, restos decíduais placentários, cisto de retenção, autólise e endometrite crônica somaram 2,9% dos casos (Tabela 3).

A USG apresentou acurácia diagnóstica de 63,1% para pólipo, com sensibilidade 68,3% e especificidade de 57,7%. Para mioma, acurácia foi maior, de 92,8%, entretanto com uma baixa sensibilidade (21,4%), mas ótima especificidade (95,3%). Espessamento Endometrial apresentou acurácia de 72,3%, sensibilidade de 42,9% e especificidade de 73,4%. Neoplasia teve sensibilidade de 0 e especificidade de 99,5%, com acurácia de 99,5% (Tabela 4). Dentre as indicações classificadas como “outras” encontra-se: Síndrome de Asherman, hematométrio, alteração no citopatológico de colo de útero, alterações anatômicas, DIU perdido na cavidade e controle de doença trofoblástica.

A vídeohisteroscopia apresentou uma acurácia superior a 80% para as patologias intracaviárias. A acurácia diagnóstica foi de 87,7% para o pólipo endometrial, com uma sensibilidade de 87,1% e especificidade de 88,2%. Para o espessamento endometrial, a acurácia diagnóstica foi de 83,9%, com uma sensibilidade de 64% e especificidade de 84,5%. Adeniose, cisto do canal endocervical, sinéquia uterina, alterações anatômicas, DIU perdido na cavidade, doença trofoblástica gestacional foram também achados da VHSC, classificados como “outras” por terem menor representatividade.

DISCUSSÃO



A idade das mulheres que realizaram o exame de videohisteroscopia em nosso estudo variou de 18 a 82 anos, com uma média de 45,5 anos com desvio padrão de 12,38. Este resultado é bastante semelhante ao de diversos outros autores, que tiveram uma média de idade entre os 46 e 50 anos.^{2,9,10,11} A maioria das mulheres encontravam-se na faixa etária dos 40 aos 60 anos (51,2%), semelhante aos resultados de Zanatta⁹, onde 62,6% das mulheres que realizaram este exame estavam nesta mesma faixa etária. Foi justamente nesta idade que observamos a maior frequência de alterações endometriais. Dessa forma, evidencia-se que as alterações intrauterinas e seus sintomas são mais frequentes em mulheres na peri e pós menopausa, período de mudanças hormonais, com influência direta no tecido endometrial¹². A faixa-etária de 30-40 anos teve grande representatividade no estudo (26,1%), porém foi alto o valor de exames normais (40,4%), provavelmente em função das indicações de investigação de infertilidade, frequente nesta faixa etária.

Nas faixas etárias mais jovens, a maioria dos exames foram considerados normais (54,5% para as mulheres de 20-30 anos e 40,4% para as de 30-40 anos) e a alteração endometrial mais frequente foi o pólipio endometrial (20,5% em mulheres de 20-30 anos e 25,7% para as de 30-40 anos). Acima dos 40 anos de idade, o pólipio endometrial foi o maior achado nas VHSC (variando de 52,2% dos 40-50 anos a 76% dos 60-70 anos). Para Rojas¹³, mulheres pré-menopausadas apresentaram 34,6% de pólipio endometrial e pós-menopausadas 44,3%. O Espessamento endometrial, representado pela hiperplasia endometrial ou algum grau de maturação irregular do endométrio foi encontrado na faixa etária de 20-70 anos, com maior prevalência aos 40-50 anos (28,2%), assim como no trabalho de Rojas¹³ que encontrou maior prevalência em mulheres abaixo de 50 anos (19,6%). A neoplasia endometrial, como era esperado, foi observada apenas em mulheres acima dos 50 anos.

Com relação às indicações para a realização do exame de VHSC, a suspeita de pólipio endometrial foi a mais frequente, sendo observada em quase 40% dos casos. Quando se analisa apenas as indicações por USG, a prevalência do pólipio aumenta para 59,1% dos exames, número muito próximo ao encontrado por Reznak e Kudela¹² de 57,2%, porém maior do que os encontrados por Zanatta⁹ (48,5%), por Yela et al⁸(41%) e Pace et al²(32,5%). Espessamento endometrial foi a segunda maior indicação (20%). Ao analisar esta indicação pelo USG, a prevalência foi de 29,7%, próximos a Pace et al² que encontrou 33% e Zanatta⁹ (31%). A indicação por mioma uterino ao USG em nosso estudo foi de 6,2%, inferior, ao observado por outros autores que variou de 12,7 a 28,5%.^{2,8,9}

A indicação clínica de sangramento uterino anormal foi observada em 18,3% dos nossos casos e 15,8% por Zanatta⁹. A indicação por infertilidade foi mais frequente em nosso estudo (9,4%) do que no de Zanatta⁹ (2%) provavelmente pela maior facilidade ao exame em nosso estudo, por ter sido realizado em clínica privada, do que no segundo que foi realizado pelo sistema público de saúde.

Ao analisar os achados no exame de VHSC, o pólipio endometrial foi o diagnóstico mais frequente (44,4%). Outros autores observaram um percentual semelhante, que variou de 34-54%^{2,8,9,13}.



Nosso achado de resultados normais foi de 24,7%, exatamente o mesmo observado por Zanatta⁹. Entretanto, foi superior ao observado por Rojas¹³ (15,8%) e inferior ao de Pace et al² (34,5%). Estes resultados discrepantes podem ser em função das diferentes populações estudadas, ou seja, maior ou menor número de mulheres investigando infertilidade, qualidade dos exames de imagem, acesso à realização do exame e habilidade técnica. Espessamento endometrial foi a segunda alteração endometrial mais prevalente (19,5%), próximo ao observado por Rojas¹³ (21,8%), mas bem superior ao observado Pace et al² (9,1%) e Zanatta⁹ (5,1%). O achado de mioma uterino (5,7%) foi muito semelhante ao encontrado nos outros estudos, que variaram de 2,5 a 7,6%^{2,9,14}. O carcinoma de endométrio foi observado em 0,8% dos exames, inferior a 2,3% de Rojas¹³ e 2,06% de Diniú⁵.

O resultado de normalidade no exame anátomo-patológico, considerado o padrão-ouro para as patologias endometriais, foi observado em 46,1% dos exames, valor bem superior ao encontrado pelos outros autores (24-27%)^{9,13,14}. Novamente, provavelmente a população estudada foi diferente, com um maior número de mulheres investigando infertilidade em nosso estudo. A alteração endometrial mais prevalente nas biópsias foi o pólipo (42,3%), semelhante aos achados da maioria dos autores^{9,13,14}. A hiperplasia endometrial foi encontrada em 4,2% dos casos, semelhante ao achado de Zanatta⁹ (5,8%), mas bem inferior ao observado por Rojas¹³ (14,77%), Reznak e Kudela¹² (14,1%) e Wanderley¹⁴ (15,8%). Mioma uterino foi encontrado em 3,6% dos nossos exames. Wanderley¹⁴ obteve praticamente o mesmo percentual (3,5%), enquanto no estudo de Zanatta⁹ foi em 7,6% e 8,42% no de Rojas¹³. A prevalência de neoplasia maligna em nosso estudo foi de 1,7%, valor inferior aos estudos de Zanatta⁹ (2,2%), de Rojas¹³ (2,7%) e Reznak e Kudela¹² (6%).

O presente estudo, da mesma forma que a literatura referenciada, tratou como equivalentes a indicação e o achado na VHSC de espessamento endometrial com a hiperplasia endometrial no anatomopatológico para a análise da acurácia desses exames.

A USG apresentou acurácia diagnóstica de 63,1% para pólipo e 92,8% para mioma. Com sensibilidade de 68,3% e especificidade de 57,7% para pólipo e sensibilidade de 21,4% e especificidade de 95,3% para mioma. Na literatura esse valor mostrou-se bem diversificado, comparando com Wanderley¹⁴ os valores mostraram-se próximos com relação aos pólipos, (sensibilidade de 71,4% e especificidade de 57,9%) e para mioma uma sensibilidade claramente maior, de 60,3% e uma especificidade semelhante, de 98,2%.

O achado ultrassonográfico de espessamento endometrial nem sempre pode ser traduzido como hiperplasia endometrial. O exame anátomo-patológico destes achados pode revelar normalidade, pólipo, mioma ou neoplasia, tendo um VPP muito baixo, de 5,5%. Por outro lado, o VPP para pólipo endometrial é alto (VPP= 63,5%). Wanderley¹⁴ apresentou VPP um pouco superior, porém também baixo para espessamento endometrial (15,6%) e VPP bastante superior também de 62,5% para pólipo endometrial. A acurácia diagnóstica do USG para hiperplasia endometrial foi de 72,3%, com uma



sensibilidade de 42,9% e especificidade de 73,4%. Os achados de Wanderley¹⁴ foi de 58,3% para sensibilidade e 68,1% para especificidade.

A VHSC apresentou acurácia superior a 80% para todas as patologias endometriais estudadas. Resultados semelhantes foram observados por Wanderley¹⁴. A elevada precisão do exame de VHSC depende muito da qualidade do equipamento utilizado e da experiência do observador. Em nosso estudo, as 521 pacientes realizaram a VHSC com o mesmo profissional, diferente de outros estudos^{2,14,15}, fato que minimiza diferentes percepções sobre um mesmo diagnóstico, que pode ocorrer quando mais de um operador está realizando o exame.

No entanto, não se deve esquecer que a VHSC é um procedimento invasivo, geralmente realizado sob analgesia ou anestesia e uma técnica dependente do operador. Neste exame é difícil muitas vezes diferenciar alguns achados, como por exemplo o endométrio proliferativo de um hiperplásico ou um endométrio funcional polipóide, que pode mimetizar uma polipose. A hiperplasia do endométrio não tem apresentação videohistoscópica específica e pode se apresentar como uma lesão “poliforme” ou um endométrio irregularmente espessado. É questionável, e ainda bastante debatido, o exame de VHSC como método final de diagnóstico. É importante ressaltar que ao realizar os exames de VHSC, uma amostra de biópsia endometrial deve ser sempre obtida durante o procedimento para confirmar o diagnóstico, exceto nos endométrios atróficos, podendo ser dispensada a biópsia.^{16,17,18} Para corroborar com essa visão, dos 9 casos de câncer endometrial diagnosticados na análise histopatológica, 6 deles não foram observados na VHSC (3 deles ocultos a endométrios espessados e 3 deles com diagnósticos de pólipos). Além disso, os valores preditivos positivos da VHSC e da USG, em relação à hiperplasia endometrial, foram muito baixos (12,5% e 5,5%).

A acurácia diagnóstica da VHSC foi de 87,7% para pólipos endometriais, com sensibilidade de 87,1% e especificidade de 88,2%. Zanatta⁹ encontrou sensibilidade de 91% e especificidade de 93% e Wanderley¹⁴ uma sensibilidade de 84,4% e especificidade de 100%. Segundo a metanálise de Gkrozou et al¹⁸ a sensibilidade da videohistoscopia para este diagnóstico é em torno de 95% e a especificidade de 94-96%. A alta sensibilidade e especificidade observadas, então, em nossa análise, à semelhança de outros estudos, demonstram que a VHSC é uma ferramenta valiosa para o diagnóstico de pólipos, que é a patologia endometrial mais frequente.¹⁹

No entanto, Clark et al²⁰ apontaram que a VHSC pode não ser a melhor ferramenta para avaliar a hiperplasia endometrial. A metanálise de Gkrozou et al¹⁸ mostrou que a VHSC tem maior capacidade de excluir a hiperplasia endometrial do que identificá-la. Confirmam essa afirmação os achados em nosso estudo de uma acurácia diagnóstica da VHSC de 83,9% para diagnóstico de hiperplasia endometrial, com sensibilidade de 64% e especificidade de 84,5%. Para esta mesma patologia, Rojas¹³ observou uma sensibilidade de 80% e especificidade de 87%. Segundo a metanálise



de Gkrozou et al¹⁸ a sensibilidade para o diagnóstico de hiperplasia endometrial pela videohisteroscopia varia de 56-75% e a especificidade de 90-91%.

Os resultados também reforçam a necessidade de maiores investimentos em disponibilizar ainda mais o exame de videohisteroscopia no Sistema Único de Saúde, uma vez que o método permite a visualização direta da cavidade uterina e a amostragem de pequenas lesões suspeitas. Com isso, teríamos uma melhor acurácia diagnóstica e a conduta clínica subsequente, minimizando danos ao paciente ao diagnosticar mais cedo as alterações que podem se tornar malignas e que precisariam então de tratamentos mais invasivos e dispendiosos, como cirurgias maiores, rádio e quimioterapia para o tratamento definitivo. Dessa forma, a VHSCa pode diminuir os custos futuros para a saúde por detectar precocemente doenças benignas e malignas, possibilitando o tratamento delas de forma mais conservadora e precoce.

Entretanto, é importante ressaltar, que é necessário um treinamento e capacitação adequados para a realização da VHSC, uma vez que este é um procedimento operador dependente e quanto maior a experiência, menor o número de diagnósticos errôneos e complicações.

CONCLUSÃO

O exame de videohisteroscopia apresenta uma alta acurácia no diagnóstico das patologias endometriais, superior ao exame de USG e deve sempre ser utilizado em associação com uma amostragem tecidual para realização do exame histopatológico, para diagnóstico definitivo.

REFERÊNCIAS

1. Savran M, Sørensen S, Konge L, Tolsgaard M, Bjerrum F. Training and Assessment of Hysteroscopic Skills: A Systematic Review. *Journal of Surgical Education* 2016; 73(5): 906-18.
2. Pace W, Tom B, Sampaio M, Sampaio E, Fernandes D, D'Assumpção M. Perfil das pacientes do ambulatório de pós graduação em vídeo histeroscopia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. *e-Scientia* 2013; 6(2): 17-25.
3. Martins F, Martins N. Manual de Ginecologia. Histeroscopia Diagnóstica. Permanyer Portugal 2011; 2(42): 359- 71.
4. Spencer C, Whitehead M. Endometrial assessment re-visited. *BJOG* 1999; 106(7): 623–32.
5. Diniü S, Ljubiü A , Kopitoviü V , Antiü V, Stamenoviü S, Pjeviü AT. The role of hysteroscopy in diagnosis and treatment of postmenopausal bleeding. *Vojnosanit Pregl* 2013; 70(8): 747–50.
6. Bettocchi S, Ceci O, Nappi L, Pontrelli G, Pinto L. Atlas of operative laparoscopy and hysteroscopy. *Informa Healthcare* 2007; 471-82.
7. Bradley H, Nezhat F. Nezhat's. Operative gynecologic laparoscopy and hysteroscopy. New York: Cambridge University Press; 2008. p. 577- 9.

8. Yela D, Hidalgo S, Pereira K, Gabiatti J, Monteiro I. Estudo comparativo de ecografia transvaginal e histeroscopia ambulatorial para detecção de doenças intra-uterinas. *Acta Med Port* 2011; 24 (2): 65-70.
9. Zanatta T. Estudo comparativo de achados ultrassonográficos, vídeohisteroscópicos e histopatológicos em pacientes da Maternidade Carmela Dutra - SC. [Trabalho de Conclusão de Residência Médica]. Florianópolis, 2006.
10. Kremer C, Barik S, Duffy S. Flexiflex outpatient hysteroscopy without anesthesia: a safe, successful and well tolerated procedure. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106: 1259-64.
11. Carta G, Iovenitti P, Buttari F, D'Álfonso A, Pestilli S. Diagnostic hysteroscopy in the third millennium. Indications and role. *Minerva Ginecologica* 2003; 55(2):159-65.
12. Reznak L, Kudel M. Comparison of ultrasound with hysteroscopic and histological findings for intrauterine assessment. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2018; 160(2):305-9.
13. Rojas PFB. Estudo da distribuição das patologias da cavidade uterina analisadas por Histeroscopia. [Tese de Mestrado] Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
14. Wanderley M, Álvares M, Vogt M, Sazaki L. Acurácia da ultrassonografia transvaginal, histeroscopia e curetagem uterina na avaliação de patologias endometriais. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2016; 38:506–11.
15. Deckardt R, Lueken R, Gallinat A, Möller C, Busche D, Nugent W, et al Comparison of transvaginal ultrasound, hysteroscopy, and dilatation and curettage in the diagnosis of abnormal vaginal bleeding and intrauterine pathology in perimenopausal and postmenopausal women. *The J Am Assoc of Gynecol Laparoscopists* 2002; 9 (3):277-82.
16. Fay TN, Khanem N, Hosking D. Out-patient hysteroscopy in asymptomatic postmenopausal women. *Climacteric* 1999; 2(4): 263–7
17. Karageyim A, Buyukbayrak E, Kars B, Unal O, Turan M. Transvaginal sonography, sonohysterography, and hysteroscopy for investigation of focal intrauterine lesions in women with recurrent postmenopausal bleeding after dilatation & curettage. *Arch Gynecol Obstet* 2010; 281(4):637–43.
18. Gkrozou F, Dimakopoulos G, Vrekoussis T. Hysteroscopy in women with abnormal uterine bleeding: a meta-analysis on four major endometrial pathologies. *Arch Gynecol Obstet* 2015; (6):1347-54.
19. Babacan A, Gun I, Kizilaslan C, Ozden O, Muhcu M, Mungen E, Atay V. Comparison of transvaginal ultrasonography and hysteroscopy in the diagnosis of uterine pathologies. *Int J Clin Exp Med* 2014; 7(3):764-9.
20. Clark T, Voit D, Gupta J, Hyde C, Song F, Khan K. Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hyperplasia: a systematic quantitative review. *JAMA* 2002; 288(13):1610–21.



TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das patologias intrauterinas segundo o diagnóstico pela videohisteroscopia por faixa etária.

Videoisteroscopia	N	%
≤ 20 anos	02	0,4
Normal	01	50,0
Outra	01	50,0
21-30 anos	44	8,4
Normal	24	54,5
Pólipo	09	20,5
Espessamento	05	11,4
Outra	06	13,6
31-40 anos	136	26,1
Normal	55	40,4
Pólipo	35	25,7
Espessamento	24	17,6
Outra	13	9,6
Mioma	05	3,7
Pólipo e Espessamento	02	1,5
Mioma e Espessamento	02	1,5
41-50 anos	163	31,3
Normal	27	16,6
Pólipo	74	45,4
Espessamento	36	22,1
Outra	03	1,8
Mioma	09	5,5
Pólipo e Espessamento	07	4,3
Mioma e Espessamento	03	1,8
Pólipo e Mioma	04	2,5
51-60 anos	104	20,0
Normal	11	10,6
Pólipo	56	53,8
Espessamento	20	19,2

continua



continua		
Outra	05	4,8
Mioma	05	4,8
Pólipo e Espessamento	02	1,9
Mioma e Espessamento	01	1,0
Pólipo e Mioma	01	1,0
Neoplasia	03	2,9
61-70 anos	50	9,6
Normal	06	12,0
Pólipo	38	76,0
Espessamento	04	8,0
Outra	02	4,0
71-80 anos	20	3,8
Normal	04	20,0
Pólipo	13	65,0
Mioma	01	5,0
Neoplasia	01	5,0
Cisto	01	5,0
≥ 81 anos	2	0,4
Normal	01	50,0
Cisto	01	50,0
TOTAL	521	100

Fonte: ENF (2020).

Tabela 2 - Distribuição das indicações e achados dos exames de videohisteroscopia.

Indicação	N	%
Pólipo	237	40,9
Mioma	25	4,3
Neoplasia	02	0,3
Infertilidade	56	9,7
Espessamento	119	20,5
SUA	109	18,8
Outra	32	5,5

continua



continua

Total	580	100
Diagnóstico		
Normal	129	23,8
Pólipo	241	44,4
Mioma	31	5,7
Neoplasia	04	0,7
Espessamento	106	19,5
Outra	32	5,9
Total	543	100

Fonte: ENF (2020).

Tabela 3 - Distribuição dos resultados histopatológicos das amostras coletados nas videohisteroscopias.

Histopatológico	N	%
Pólipo	224	42,3
Mioma	19	3,6
Neoplasia	09	1,7
Hiperplasia	22	4,2
Outra	15	2,8
Normal	240	45,4
Total	529	100

Fonte: ENF (2020).

Tabela 4 - Acurácia diagnóstica da ultrassonografia e da videohisteroscopia comparada com o exame anátomo-patológico.

Variável	Sensibilidade	Especificidade	VPP (%)	VPN (%)	Acurácia
USG	(IC 95%)	(IC 95%)			(%)
Pólipo	68,3 (61,6-74,2)	57,7 (50,6-64,3)	62,8	63,5	63,1
Mioma	21,4 (7,5-47,5)	95,3 (92,7-97,0)	14,3	97,1	92,8
Neoplasia	0,0 (0-32,4)	99,5 (98,1-99,8)	0,0	98,0	97,5
Espessamento	42,9 (21,3-67,4)	73,4 (68,7-77,5)	5,5	97,3	72,3

continua



continua

Outra	50,0 (25,3-74,6)	93,3 (90,3-95,4)	18,8	98,4	92,0
--------------	------------------	------------------	------	------	------

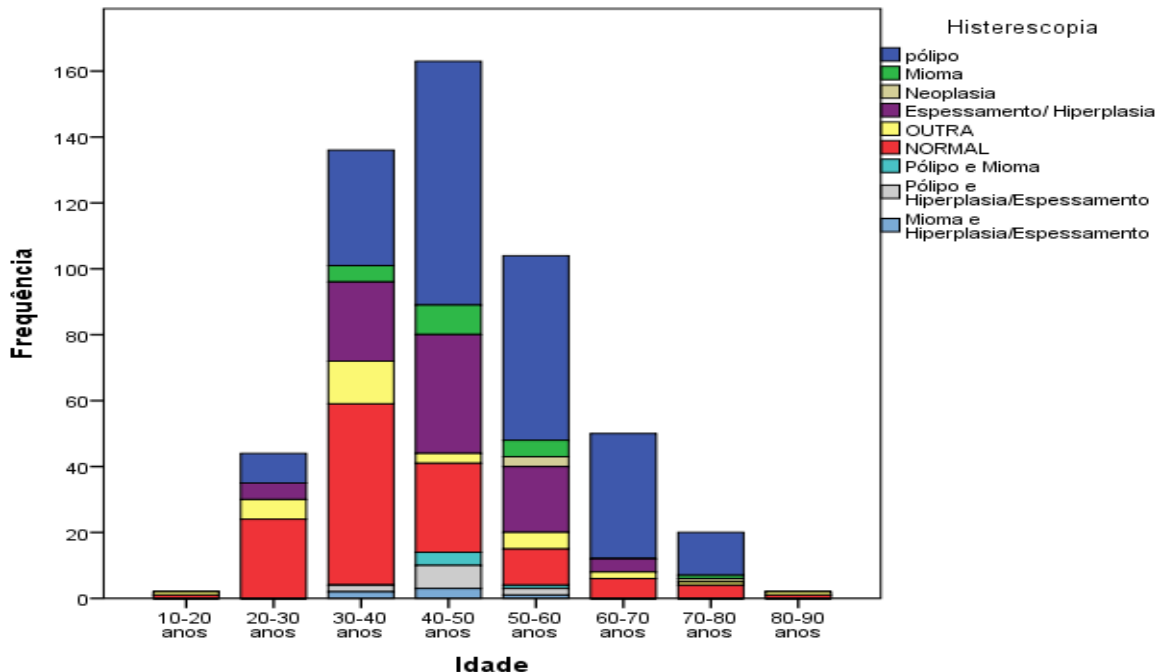
Variável VHSC	Sensibilidade (IC 95%)	Especificidade (IC 95%)	VPP (%)	VPN (%)	Acurácia (%)
Pólipo	87,1 (81,9-90,9)	88,2 (84,0-91,3)	84,0	90,5	87,7
Mioma	46,7 (24,8-69,8)	97,4 (95,6-98,4)	35,0	98,4	96,0
Neoplasia	33,3 (12,0-64,5)	99,8 (98,9-99,9)	75,0	98,8	98,7
Espessamento	64,7 (41,3-82,6)	84,5 (81,1-87,4)	12,4	98,6	83,9
Outra	73,3 (0,48-0,89)	95,8 (93,7-97,2)	34,4	99,2	95,2
Normal	51,3 (44,9-57,5)	97,8 (95,4-99,0)	95,3	70,2	76,4

USG: ultrassonografia; VHSC: videohisteroscopia

Fonte: ENF (2020)

GRÁFICO

Gráfico 1. Frequência das patologias intracavitárias segundo a videohisteroscopia por faixa etária.



Fonte: ENF (2020).