

# Análise comparativa da frequência, distribuição etária, índice de massa corpórea (IMC) e estadiamento tumoral entre adenocarcinoma e carcinoma espinocelular do colo uterino.

A comparative analysis of frequency, age distribution, body mass index (BMI) and tumoral stage between adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of uterine cervix.

Renato de Lima Rozenowicz<sup>1</sup>, Roberto Euzébio dos Santos<sup>2</sup>, Adriana Bittencourt Campaner<sup>3</sup>, Ricardo da Fonseca Nadais<sup>4</sup>, Fábio Francisco de Oliveira Rodrigues<sup>5</sup>, Lenira Rocha Mecelis Rangel<sup>6</sup>, Maria Antonieta L. Galvão Silva<sup>6</sup>, Tsutomu Aoki<sup>7</sup>.

## Resumo

**Introdução:** No Brasil o câncer do colo uterino representa a segunda causa de morte por câncer no sexo feminino, estimando-se 17600 casos novos e 4000 óbitos para o ano de 2005.

Na literatura são relatadas características epidemiológicas distintas entre o adenocarcinoma (ACC) e o carcinoma espinocelular (CEC) do colo uterino sendo o

adenocarcinoma considerado fator de pior prognóstico. **Objetivo:** O objetivo desse trabalho é realizar análise comparativa da frequência, distribuição etária, IMC e estadiamento clínico entre pacientes portadoras de adenocarcinoma (ACC) e carcinoma espinocelular (CEC) do colo uterino.

**Casística e métodos:** Realizamos um estudo retrospectivo com 303 pacientes portadoras de carcinoma do colo uterino, após aprovação do comitê de ética em pesquisa, comparando a frequência, distribuição etária em décadas, média e mediana das idades, o Índice de Massa Corpórea (IMC) codificado: sub-peso (<18,5), normal (18,5-24,9), sobrepeso (25-29,9) e obeso ( $\geq 30$ ) e estágio clínico pela FIGO; entre os tipos histológicos adenocarcinoma e carcinoma espinocelular.

**Para análise estatística usamos o programa SPSS correlacionando as variáveis pelo teste do qui-quadrado, tendo como significante  $p < 0,05$ .**

**Resultados:** Na nossa casística das 303 pacientes com carcinoma do colo uterino obtivemos a frequência de 14,2 % para o adenocarcinoma do colo, não ocorreu diferença entre os tipos histológicos para as variáveis: distribuição etária, IMC e estágio clínico. **Conclusão:** Neste estudo o ACC não apresentou características epidemiológicas distintas em relação ao CEC.

**Descritores:** Adenocarcinoma, Neoplasias do colo uterino, Carcinoma de células escamosas, Prognóstico, Estudo comparativo.

## Abstract

**Background:** In Brazil, uterine cervical cancer is the second most common cause of cancer death in female, with 17,600 estimated new cases and 4,000 deaths in the year 2005.

<sup>1</sup>Assistente da Clínica de Oncologia Pélvica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Pós-Graduando – DOGI-FCMSCSP

<sup>2</sup>Chefe da Clínica de Oncologia Pélvica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Prof. Assistente – DOGI-FCMSCSP

<sup>3</sup>Chefe da Clínica de Infante-Puberal do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Prof. Instrutor – DOGI/FCMSCSP

<sup>4</sup>Assistente Responsável pelo Grupo B do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Prof. Instrutor – DOGI/FCMSCSP

<sup>5</sup>Chefe do Pronto Socorro do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Pós-Graduando – DOGI-FCMSCSP

<sup>6</sup>Prof. Assistente do Departamento de Ciências Patológicas da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

<sup>7</sup>Diretor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Prof. Assistente – DOGI/FCMSCSP

Trabalho realizado: Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (DOGI) e Departamento de Ciências Patológicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Endereço para correspondência: Renato de Lima Rozenowicz. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia (DOGI) – Santa Casa de São Paulo. Rua Dr. Cesário Motta Jr, 112 – Vila Buarque – CEP. 01221-020 – São Paulo – SP  
E-mail: rozenowicz.r@uol.com.br

*Distinct epidemiologic characteristics are reported in Literature between adenocarcinoma (AC) and squamous cell carcinoma (SCC) of uterine cervix; the former forecasting a worse prognosis.*

*Objective: The aim of this work is to realize a comparative analysis of frequency, age distribution, BMI and tumoral stage among patients with adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of uterine cervix.*

*Methods: A retrospective study involving 303 patients with uterine cervical carcinoma was carried out, after being approved by the Research Ethics Committee, aiming to compare the frequency, age distribution by decades, average and mean ages, body mass index (BMI) codified as: underweight (<18,5), normal (18,5-24,9), overweight (25-29,9) and obese ( $\geq 30$ ) and clinical state defined by FIGO, between adenocarcinoma and squamous cell carcinoma histological types.*

*The SPSS program was applied for the statistical analysis, correlating the variables by the Chi square test,  $p < 0,05$  for statistical significance.*

*Results: In our study comprising 303 patients with uterine cervical carcinoma, the frequency of cervical adenocarcinoma was 14,2%; no difference among the histological types occurred for the following variables: age distribution, BMI and clinical state.*

*Conclusion: In this study, AC did not show distinct epidemiologic characteristics in relation to SCC.*

**Key words:** Adenocarcinoma; Cervix neoplasms; Carcinoma, squamous cell; Prognosis; Comparative study

## Introdução

No Brasil o câncer do colo uterino representa a segunda causa de morte por câncer no sexo feminino, estimando-se 17600 casos novos e 4000 óbitos para o ano de 2005 (Brasil. Ministério da Saúde. INCA, 2005).

O adenocarcinoma do colo (ACC) apresenta aumento de sua incidência de 5% em 1950 para 20% dos casos de carcinoma do colo na década de 90 (Smith et al, 2000), além de ser considerado fator de pior prognóstico em relação ao CEC (Benedet et al, 2000).

Na literatura são relatadas características epidemiológicas distintas entre o adenocarcinoma e o carcinoma espinocelular do colo uterino (CEC) como: acometimento em idade mais jovem, maior acometimento linfonodal, menor eficácia do rastreamento por citologia resultando em diagnóstico nos estádios mais avançados para o ACC (Mitchell et al, 1995).

Nakanishi et al (2000) em estudo com 405 pacientes portadoras de CEC e 104 de ACC submetidas a tratamento cirúrgico radical no Japão por estágio IB,

observaram que as pacientes portadoras de ACC apresentaram sobrevida em 5 anos de 63,2% comparada com 83% do grupo com CEC ( $p = 0,01$ ), sendo menor a sobrevida no grupo com ACC. Em nosso meio, Fregnani em 2003, relata sobrevida em 5 anos de 86,5% para pacientes com ACC e 81,02% para pacientes com CEC submetidas a tratamento cirúrgico radical por estágio IB e IIA, não havendo diferença significativa, concluindo que o tipo histológico não foi fator prognóstico para sobrevida nessa casuística.

Pelo exposto notamos o interesse e a controvérsia no estudo dos tipos histológicos do carcinoma do colo uterino, motivando-nos a comparação entre ACC e CEC segundo fatores prognósticos evidenciados na literatura.

## Objetivo

O objetivo desse trabalho é realizar análise comparativa da frequência, distribuição etária, IMC e estadiamento clínico entre pacientes portadoras de adenocarcinoma (ACC) e o carcinoma espinocelular (CEC) do colo uterino, atendidas no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia (DOGI) da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no período de 01/2004 a 01/2006.

## Casuística e Métodos

Realizamos um estudo retrospectivo, após aprovação do comitê de ética em pesquisa, baseado no levantamento do banco de dados do Setor de Oncologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, no período de 01/2004 a 01/2006 analisamos os dados de 303 pacientes atendidas com diagnóstico histológico de carcinoma do colo uterino.

As variáveis do estudo foram a frequência, distribuição etária em décadas, média e mediana das idades, o Índice de Massa Corpórea (IMC) codificado: sub-peso (<18,5), normal (18,5-24,9), sobrepeso (25-29,9) e obeso ( $\geq 30$ ) e estágio clínico pela FIGO; entre os tipos histológicos adenocarcinoma e carcinoma espinocelular.

Para análise estatística usamos o programa SPSS correlacionando as variáveis pelo teste do qui-quadrado, tendo como significante  $p < 0,05$ .

## Resultados

Na nossa casuística das 303 pacientes com carcinoma do colo uterino, 43 apresentaram como tipo histológico o adenocarcinoma correspondendo a frequência de 14,2% enquanto o carcinoma espinocelular acometeu 86,8% das pacientes.

Tabela 1

**Análise comparativa da distribuição das pacientes portadoras de carcinoma espinocelular (CEC) e adenocarcinoma (ACC), atendidas no período de 2004 a 2006 no DOGI Santa Casa de São Paulo, segundo faixa etária em décadas, média, mediana, mínimo e máximo das idades em anos, IMC e estadiamento da FIGO.**

Tipo Histológico	Carcinoma espinocelular	Adenocarcinoma
<b>Incidência por décadas</b>		
3ª década	6(2,3%)	3(6,9%)
4ª década	33(12,6%)	4(9,3%)
5ª década	72(27,6%)	16(37,2%)
6ª década	52(20%)	7(16,2%)
7ª década	63(24,2%)	6(13,9%)
8ª década	27(10,3%)	7(16,2%)
9ª década	7(2,6%)	0
total		P=0,205
Média das idades (anos)	54,6	51,7
Mediana ds idades (anos)	53	49
Idade mínima (anos)	25	22
Idade máxima (anos)	88	80
		P=0,40
<b>Índice de Massa Corpórea segundo a OMS</b>		
Sub-peso	2(0,7%)	0
Normal	130(50%)	18(42%)
Sobrepeso	95(36,5%)	22(51%)
Obesa	33(12,6%)	3(6,9%)
		P=0,27
<b>Estadiamento pela FIGO</b>		
I	97(37,3%)	21(48%)
II	19(7,3%)	2(4,6%)
III	81(31,1%)	11(25,5%)
IV	5(1,9%)	1(2,3%)
		P=0,32

Em relação à distribuição por faixa etária ocorreu maior incidência na quinta década de vida em ambos os tipos histológicos. A média e mediana de idade das pacientes com ACC foi menor do que o grupo com CEC, porém não ocorreu diferença estatística.

Para a distribuição segundo o IMC a maioria das pacientes com CEC apresenta-se com IMC normal enquanto para o ACC ocorreu predomínio de pacientes com sobrepeso.

O estágio FIGO I foi o mais freqüente nos dois tipos histológicos, não ocorrendo diferença entre a distribuição por estágio clínico. Estes resultados estão representados na Tabela 1.

## Discussão

Na literatura a incidência do ACC varia de 8% a 25% dos casos de câncer do colo uterino (Smith et al, 2000), em nossa casuística obtivemos 14,2%.

A idade é relatada como fator prognóstico para o câncer do colo uterino sendo que em trabalho de Ioka et al (2005) pacientes com idade menor que 30 anos apresentaram sobrevida em 5 anos de 88,6% enquanto que o grupo com idade maior que 65 anos apresentou sobrevida em 5 anos de apenas 54,4% (p=0,01).

Em relação ao tipo histológico ocorre controvérsia sobre a distribuição etária, sendo relatado maior acometimento do tipo ACC em pacientes jovens (Alfsen et al, 2000); embora outros estudos não encontrem diferença de distribuição etária entre o CEC e o ACC (Baalbergen et al, 2004; Chargui et al, 2006), no nosso estudo a distribuição etária foi semelhante entre os grupos (p=0,205), ocorrendo pico de incidência na quinta década de vida em ambos os tipos histológicos. A média e a mediana de idade das pacientes com ACC foram menores, porém não ocorreu diferença significativa (p=0,4). A incidência de pacientes portadoras de carcinoma do colo com idade maior que 60 anos e portanto com pior prognóstico, ocorre

em 20,2% dos casos de carcinoma do colo uterino (Chargui et al, 2006) em nosso estudo tal acometimento foi de 35,4% no grupo com CEC e 30,1% no ACC, não sendo significativa ( $p=0,2$ ).

A obesidade é relatada como fator de risco para o ACC ocorrendo em 23% das pacientes com este tipo histológico (Lacey Jr et al, 2003). No presente estudo a distribuição segundo o IMC não evidenciou diferença estatística entre os grupos ( $p=0,27$ ), sendo que apenas 6,9% de nossas pacientes com ACC e 12,9% das pacientes com CEC eram obesas.

O estágio clínico mostra-se como o principal fator prognóstico para sobrevida no carcinoma do colo. (Ishikawa et al 1999; Davy et al 2003; Coelho, Costa, 2005). Lea et al (2002) analisando 83 pacientes com ACC estádios II a IV demonstraram que o estágio clínico foi o principal fator prognóstico para sobrevida em 5 anos em pacientes portadoras de ACC. Assim como em trabalho de Chen et al (1999), na nossa casuística o estágio I foi o mais prevalente em ambos os grupos, não ocorrendo diferença para distribuição por estágio clínico entre os tipos histológicos ( $p=0,329$ ).

## Conclusão

Na análise de nossas pacientes a frequência dos tipos histológicos do carcinoma do colo uterino mostrou-se dentro do observado na literatura.

Quanto à distribuição pelo IMC não encontramos diferença entre os dois grupos.

Os fatores prognósticos estadiamento clínico e faixa etária não apresentaram diferença significativa entre o grupo de pacientes portadoras de CEC e de pacientes com ACC.

Neste estudo o ACC não apresentou características epidemiológicas distintas em relação ao CEC.

## Referências bibliográficas

Alfsen GC, Thoresen SO, Kristensen GB, Skovlund E, Abeler VM. Histopathologic subtyping of cervical adenocarcinoma reveals increasing incidences rates of endometrioid tumors in all ages groups: a population based study with review of all nonsquamous cervical carcinomas in Norway from 1966 to 1970, 1976 to 1980, and

1986 to 1990. *Cancer* 2000; 89:1291-9.

Baalbergen A, Ewing-Graham PC, Hop WC, Struijk P, Helmerhost TJ. Prognostic factors in adenocarcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 2004; 92:262-7.

Benedet JL, Bender H, Jones H 3<sup>rd</sup>, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in management of gynecologic cancers. FIGO Committee of Gynecologic Oncology. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 70:209-62.

Brasil. Ministério da Saúde. INCA. Estimativas 2005. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005.

Chargui R, Damak T, Khomsi F, Ben Hassouna J, Chaieb W, Hechiche M, et al. Prognostic factors and clinicopathologic characteristics of invasive adenocarcinoma of the uterine cervix. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:43-8.

Chen RJ, Lin YH, Chen CA, Huang SC, Chow SN, Hsieh CY. Influence of histologic type and age on survival rates for invasive cervical carcinoma in Taiwan. *Gynecol Oncol* 1999; 73:184-90.

Coelho, FRG, Costa RLR. Câncer do colo do útero. In: Coelho FRG, Costa RLR. Padronização em ginecologia oncológica. São Paulo: Tecmedd; 2005. p. 81-100.

Davy ML, Dodd TJ, Luke CG, Roder M. Cervical cancer: effect of glandular cell type on prognosis, treatment, and survival. *Obstet Gynecol* 2003; 101:38-45.

Fregnani JHTG. Proposta de escore preditivo de recorrência em pacientes submetidas a tratamento cirúrgico radical do carcinoma do colo uterino estádios IB e IIA. Tese (Mestrado). São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2002.

Ioka A, Tsukuma H, Ajiki W, Oshima A. Influence of age on cervical cancer survival in Japan. *JPN J Clin Oncol* 2005; 35:464-9.

Ishikawa H, Nakanishi T, Inoue T, Kuzuya K. Prognostic factors of adenocarcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 1999; 73:42-6.

Lacey JV Jr, Swanson CA, Brinton LA, Altekruze SF, Barnes WA, Gravitt PE, et al. Obesity as a potential risk factor for adenocarcinomas and squamous cell carcinomas of the uterine cervix. *Cancer* 2003; 98:814-21.

Lea JS, Sheets EE, Wenham RM, Duska LR, Coleman RL, Miller D, et al. Stage IIB-IVB cervical adenocarcinoma: prognostic factors and survival. *Gynecol Oncol* 2002; 84:115-9.

Mitchell H, Medley G, Gordon I, Giles G. Cervical cytology reported as negative and risk of adenocarcinoma of the cervix: no strong evidence of benefit. *Br J Cancer* 1995; 71:894-7.

Nakanishi T, Ishikawa H, Suzuki Y, Inoue T, Nakamura S, Kuzuya K. A comparison of prognoses of pathologic stage Ib adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of uterine cervix. *Gynecol Oncol* 2000; 79:289-93.

Smith HO, Tiffany MF, Qualls CR, Key CR. The rising incidence of adenocarcinomas relative to squamous cell carcinomas of uterine cervix-a 24 year population based study. *Gynecol Oncol* 2000; 78:97-105.

Data de recebimento: 26/02/2006

Data de Aprovação: 20/04/2006