

Cistoadenoma mucinoso gigante de ovário coexistindo com gestação

Giant mucinous cystadenoma of the ovary coexisting with pregnancy

Alyne dos Santos Figueredo¹, Sheldon Rodrigo Botogoski², Antônio Lopes Moutinho Neto³

Resumo

Os tumores ovarianos *borderline*, inicialmente descritos como tumores semimalignos ou como variantes hiperplásicas do cistoadenoma, representam 15% dos tumores epiteliais de ovário, incluindo as linhagens serosa, mucinosa, endometrióide, células claras e células transicionais. As linhagens serosa e mucinosa correspondem as mais frequentes, 63 e 37%, respectivamente. A presença de um tumor no ovário durante a gravidez é uma complicação rara. A literatura relata uma incidência de 1/8000 gestações com uma média de 1/600. Uma alta porcentagem dos tumores de ovário diagnosticados durante a gravidez, se encontra em estádios precoces, quando geralmente ainda está limitada ao ovário. Igualmente ocorre com o grau de diferenciação, sendo a maioria das neoplasias bem diferenciadas. Seu manejo deve ser individualizado, levando em conta a idade gestacional, o estágio, o tipo histológico, os desejos reprodutivos da paciente, a função ovariana e o bem-estar materno e fetal. O diagnóstico definitivo só se estabelece mediante estudo histológico do tumor. Este é o relato de caso de uma paciente gestante de primeiro trimestre, de 21 anos que evoluiu com massa abdominal palpável de crescimento rápido. O objetivo deste relato é expor um caso raro de cistoadenoma mucinoso de ovário concomitante com gravidez. Concluiu-se que apesar de ser rara a coexistência de tumor de ovário e gravidez, é possível realizar tratamento no primeiro trimestre da gestação, como neste relato que apresentou um desfecho favorável.

Descritores: Cistoadenoma mucinoso, Ovário, Neoplasias ovarianas, Complicações neoplásicas na gravidez

Abstract

Borderline ovarian tumors, initially described as semi malignant tumors or as hyperplastic variants of cystadenoma, represent 15% of epithelial ovarian tumors, including serous, mucinous, endometrioid, clear cell and transitional cell lineages as the Brenner tumor. Serous and mucinous lineages correspond to the most frequent, 63 and 37%, respectively. The presence of a tumor in the ovary during pregnancy is a rare complication. The literature reports an incidence of 1/8000 pregnancies with an average of 1/600. A high percentage of ovarian tumors diagnosed during pregnancy is in early stages, when it is still generally limited to the ovary. The same occurs with the degree of differentiation, being the majority of the neoplasms well differentiated. Its management must be individualized, taking into account gestational age, stage, histological type, reproductive desires of the patient, the ovarian function and maternal and fetal well-being. The definitive diagnosis is only established by histological study tumor. This is the case report of a 21 years old first quarter pregnant patient who developed with an abdominal mass of rapid growth. The objective of this report is to present a rare case of mucinous cystadenoma of the ovary concurrent with pregnancy. It was concluded that although rare coexistence of ovarian tumor and pregnancy, it is possible to perform treatment in the first trimester, as in this report that showed a favorable outcome.

Keywords: Cystadenoma, mucinous; Ovary; Ovarian neoplasms; Pregnancy complications, neoplastic

Introdução

As neoplasias de origem epitelial do ovário podem ser classificadas, segundo características histológicas, em três grupos: tumores benignos, malignos e de baixo potencial de malignidade, também designados de tumores *borderline*. Os achados histológicos que caracterizam as lesões *borderline* são: proliferação epitelial acentuada, quando comparada a sua varian-

1. Acadêmica do 5º Ano do Curso de Graduação em Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná

2. Professor Adjunto do Departamento de Tocoginecologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR)

3. Médico da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba - Departamento de Ginecologia

Trabalho realizado: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Departamento de Ginecologia

Endereço para correspondência: Alyne dos Santos Figueredo. Travessa Capitão Clementino Paraná, 130, Condomínio Casablanca, apt 174, bloco B. - Água Verde - 80620-180 - Curitiba - PR - Brasil. E-mail: alynesf@hotmail.com / Telefone: (41) 99478836

te benigna, presença de atípicas celulares variáveis e presença de mitose, porém, com ausência de invasão estromal, que é um achado típico das lesões consideradas invasoras⁽¹⁾.

O tipo histológico mais frequente dos tumores de baixo potencial de malignidade é o seroso representando 63% dos casos. O tipo mucinoso é uma entidade mais rara, correspondendo a 37%. Habitualmente se refere que o tumor em si não altera o curso da gestação. Porém, é possível que a presença de neoplasia materna determine condições intra-uterinas de qualidade inferior ao feto⁽²⁾.

Discutimos aqui um caso conduzido no Departamento de Ginecologia do Hospital Santa Casa de Curitiba.

Relato de Caso

T.M.N., sexo feminino, 21 anos, branca, natural de Telêmaco Borba e procedente de Tibagi, ambas no Paraná. Paciente com menarca aos 12 anos com ciclos menstruais irregulares associados a dismenorrea desde então, sexarca aos 15 anos com um total de cinco parceiros sexuais até o momento. Gesta IV para II abortos II, sendo que na ocasião do último aborto a gestação era gemelar e ocorreu há um ano. Já o primeiro aconteceu há seis anos. O intervalo interpartal foi de quatro anos. À admissão, a paciente se encontrava em bom estado geral, contactuante, Escala de Coma de Glasgow 15, corada, hidratada, afebril, hemodinamicamente estável, diurese efetiva, abdome distendido e visceromegalia presente em baixo ventre, referindo suspeita de gravidez, com 2 meses de atraso do ciclo menstrual e data da última menstruação em 28/06/2011, além de massa palpável abdominal.

No mesmo dia, internou para observação e plano cirúrgico por laparotomia exploradora devido a suspeita de tumor com provável origem ovariana. No dia seguinte, após realizado o beta HCG com resultado positivo, paciente refere episódios de náuseas e cefaléia mas nega outras queixas. Dois dias após, foi realizado ultrassom de abdomen e pelve que revelou volumosa lesão cística com ecos dismórficos e multiceptações ocupando todo o abdomen medindo 50 x 41 x 15,1 cm, além de evidenciar útero com aumento de volume e feto único com BCF de 156 BPM. Foi optado pela não realização de ressonância magnética, que apesar de ser seguramente indicada durante a gravidez para o diagnóstico e acompanhamento de massas anexiais, seu alto custo em relação a ultrassonografia, torna esse método de imagem menos requerido⁽³⁾.

Com isso, a paciente foi encaminhada à cirurgia, com sete semanas de gestação. (figura 1)

Submetida à laparotomia exploradora, foi realizada incisão xifo-púbica e exploração de toda a cavidade



Figura 1 - Ectoscopia da paciente, na mesa cirúrgica, revelando grande aumento do volume abdominal.

abdominal que evidenciou ausência de aderências de epíplon e órgãos adjacentes livres de comprometimento à análise macroscópica. O útero estava aumentado de volume, com contornos regulares e sua forma e topografia preservadas. Tuba uterina revestida por serosa lisa e congesta. Ovário com volumosa formação cística exibindo superfície branco-rosada, lisa e opaca. O Fígado apresentava textura homogênea e não foi encontrado ascite. O peritônio estava livre de inflamação e o apêndice cecal se encontrava em posição anatômica, com base íntegra e sem sinais inflamatórios. Foram feitas biópsias de fígado e epíplon com resultado negativo para malignidade. Subsequentemente, foi retirado cisto de 13,800 kg e a cirurgia ocorreu sem intercorrências. O exame anátomo-patológico demonstrou cistoadenoma mucinoso em ovário com ausência de invasão estromal e superfície externa ovariana livre de comprometimento. (figura 2)



Figura 2 - Peça cirúrgica mostrando volumosa lesão cística em ovário direito.

A paciente recebeu alta hospitalar no quinto dia de pós-operatório após realização de ultrassonografia que evidenciou feto único com BCF presente. Foi feita solicitação de acompanhamento pré-natal, uso de progesterona natural micronizada 200 mg de 12 em 12 horas até a décima segunda semana gestacional e ácido fólico.

Tanto a gestante quanto o recém-nascido evoluíram satisfatoriamente. Foi realizado pré-natal com um total de sete consultas e a gestação evoluiu a termo com 40 semanas. A criança, do sexo feminino, nasceu de parto transpélvico, sem intercorrências, em perfeitas condições pesando 3.600 gramas com apgar 9/10. Andou com onze meses e recebeu aleitamento materno exclusivo até os seis meses.

Discussão

Os tumores borderline de ovário do tipo mucinoso são uma entidade rara. Algumas peculiaridades desta distinta neoplasia requerem algumas considerações⁽¹⁾.

A apresentação clínica difere das demais neoplasias do ovário, pois frequentemente se apresentam como tumores de crescimento rápido, atingem grandes volumes e podem evoluir para o desenvolvimento de pseudomixoma peritoneal (PMP). O termo PMP tem sido aplicado a toda lesão com componente mucinoso, incluindo casos de tumores de apêndice cecal, adenocarcinomas do trato gastrointestinal e tumores ovarianos, com disseminação peritoneal⁽⁴⁾.

No caso dos tumores de origem ovariana, do ponto de vista histológico, podem ser representados por população de células que se assemelham ao epitélio endocervical, de origem mulleriana, bem como por células tipicamente originárias do epitélio intestinal ou com população celular mista⁽⁵⁾. Vários estudos têm demonstrado que o PMP é derivado da ruptura de tumores mucinosos do apêndice, tanto em homens quanto em mulheres, sendo que a origem ovariana raramente é sua causa⁽⁵⁻⁷⁾.

A microinvasão, definida como a infiltração estromal de células neoplásicas isoladas ou em grupos, com extensão máxima em profundidade de 3 a 5 mm ou uma superfície de até 10 mm⁽²⁾ foi encontrada em 10 a 15% dos tumores borderline serosos e 9 a 19% da linhagem mucinosa⁽⁶⁾. Em nosso estudo, não foi encontrada invasão estromal.

A presença de um tumor no ovário durante a gravidez é uma complicação incomum⁽²⁾. Estima-se que a presença de tumores ovarianos associados à gravidez é diagnosticada em 54% durante o primeiro trimestre, 15% no segundo trimestre, 8% no terceiro trimestre, 4% no momento do parto, 11% durante a cesariana e de 8% no pós-parto⁽⁸⁾. Em 75% dos casos, estes tumores são assintomáticos e 25% são sintomáti-

cos, representados por dor localizada em hipogástrio e fossas ilíacas, devido à ruptura, torção ou hemorragia e também como abortos espontâneos, distocias, parto prematuro, infecção puerperal e virilização materna ou fetal⁽⁹⁾. No nosso relato, a paciente se encontrava no primeiro trimestre gestacional.

O diagnóstico é baseado na história clínica e métodos como o ultrassom e marcadores tumorais. O marcador CA-125 encontra-se elevado em 30 a 83% dos casos⁽¹⁰⁾. No entanto, assim como o ultrassom transvaginal, representa um exame diagnóstico inespecífico⁽⁸⁾. Os valores de CA-125 e de outros marcadores como a alfa-fetoproteína aumentam fisiologicamente durante a gestação, o que limita seu uso⁽¹¹⁾. O diagnóstico definitivo só se estabelece mediante estudo histológico do tumor⁽¹⁰⁾. Em nosso estudo, não foram solicitados tais exames, já que a gestação estava confirmada tendo em vista esse aumento fisiológico.

Com a facilidade de uso do ultrassom, especialmente por via transvaginal, é frequente o diagnóstico de formação anexial durante o primeiro trimestre de gestação, quando estas massas são bem definidas, hipocóicas, sem septos, de tamanho inferior a 5 centímetros e com bordos finos^(11,12). Optamos por não realizar o ultrassom transvaginal, porém acreditamos ser um exame útil no diagnóstico e que deve ser utilizado como auxílio em estudos prospectivos futuros.

A maior parte das massas anexiais detectadas durante o primeiro trimestre desaparecem à medida que a gestação avança, sendo indetectáveis ao redor da décima quarta semana. Tem sido observado que o tamanho da massa anexial no momento do diagnóstico está inversamente relacionado com a probabilidade de regressão espontânea. As taxas de complicações aumentam com o tamanho da massa⁽¹¹⁾.

Uma alta porcentagem dos tumores de ovário diagnosticados durante a gravidez se encontra em estádios precoces, quando geralmente ainda está limitada ao ovário. Igualmente ocorre com o grau de diferenciação, sendo a maioria das neoplasias bem diferenciadas. As taxas de mortalidade devido aos tumores de ovário são baixas, aproximadamente 4,9%, devido ao fato de que mulheres abaixo de 40 anos apresentam com maior frequência tumores de baixo potencial maligno, moderadamente diferenciados e em estádios precoces⁽¹³⁾.

Habitualmente se refere que o tumor em si não altera o curso da gestação. A maior frequência de cesáreas e suas complicações, assim como a incidência de fetos prematuros, se deve provavelmente a iatrogenia obstétrica com o fim de proporcionar antes do tempo adequado, tratamento completo para a mãe⁽¹²⁾. Porém, outros autores alegam que a presença de neoplasia materna irá determinar condições intra-uterinas de qualidade inferior ao feto, aumentando o risco de

crescimento intraútero restrito em pacientes que não receberam quimioterapia no decurso da gestação⁽¹³⁻¹⁵⁾. No caso referido em nosso relato, não foram realizadas iatrogenias, tendo em vista a paciente estar no primeiro trimestre gestacional e a gestação ter prosseguido com sucesso.

O tratamento recomendado em mulheres de idade avançada é a salpingooforectomia bilateral associada a histerectomia total. Em mulheres que ainda desejam engravidar, se prefere manter a fertilidade e está justificada a preservação do útero e anexo contralateral através de cirurgia conservadora, como cistectomia, ooforectomia ou salpingo-ooforectomia unilateral, de acordo com a extensão do tumor⁽⁶⁾. Em nosso relato, em função da incerteza diagnóstica, a opção mais segura foi laparotomia exploradora com subsequente cirurgia conservadora, cistectomia, com o intuito de manter a fertilidade da paciente.

Comentários finais

Os tumores ovarianos são uma complicação rara durante a gestação, mas quando ocorrem se tratam de uma questão complexa e controversa do ponto de vista terapêutico. Se os casos são diagnosticados em estágios avançados, onde há propagação além dos ovários, podem resultar em prognóstico sombrio. O valor diagnóstico do ultrassom transabdominal e principalmente por via transvaginal é inquestionável. Através deles é possível especificar as características do tumor e a sua vasculatura, o que permite prever a possível natureza da lesão, benigna ou maligna, antes de iniciar uma abordagem terapêutica. O estudo em questão, pretendeu aprofundar as características e comportamento de alguns tumores ovarianos, em especial o cistoadenoma mucinoso, particularmente quando em coexistência com gestação, alertando para a necessidade de promoção de mais estudos sobre a incidência, frequência, atuação e consequências dessa importante condição clínica.

Referências bibliográficas

1. Tiezzi DG, Guimarães EG, Oguido N, Nai GA. Cistoadenocarcinoma mucinoso de baixo potencial de malignidade em coexistência com teratoma cístico maduro do ovário: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25:605-8.
2. Gómez F. Tumor gigante de ovario y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1985; 45:224-5.
3. Goff BA, Mandel LS, Drescher CW, Urban N, Gough S, Schurman KM, Patras J, Mahony BS, Andersen MR. Development of an ovarian cancer symptom index: possibilities for earlier detection. *Cancer.* 2007; 109:221-7.
4. Kliman, L. Low malignant potential tumors of the ovary: a study of 76 cases. *Obstet Gynecol.* 1986; 68:338-44.
5. Moreira LBM, Mello ASA, Pinheiro RA, Crespo SJV, Marchiori E. Pseudomixoma peritoneal: aspectos tomográficos e na ressonância magnética - relato de três casos. *Radiol Bras.* 2001; 34:181-6.
6. Rivera RZ, Barrero RP, García GM, Barrero DV, Larraín AH. Tumor borderline mucinoso ovárico gigante com microinvasión. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006; 71: 336-40.
7. Taylor HC. Malignant and semimalignant tumors of the ovary. *Surg Gynecol Obstet.* 1929; 48:204-30.
8. Struyk AP, Treffers PE. Ovarian tumors in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1984; 63:421-4.
9. Buttery BW, Beischen NA, Fortune DN, Macafee CAJ. Ovarian tumors in pregnancy. *Med J Aust.* 1973; 1:345-7.
10. Caripidis J, Bello F, Fajardo J, Suárez J. Tumores de ovario de origen histológico diferente coexistiendo con embarazo. *Gac Méd Caracas.* 1997; 105:240-2.
11. Álvarez E, Vilouta M, Gomez Sánchez D, Liceras J, Doval JL. Cáncer de ovario y gestación. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2010; 37:124-8.
12. Nelson MJ, Cavalieri R, Graham D, Sandres RC. Cystin pregnancy discovered by sonography. *J Clin Ultrasound.* 1986; 14:509-11.
13. González M, Paiva S, Bracho J. Tumor de ovario y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1989; 49:76-8.
14. Zemlickis D, Lishner M, Degendorfer P, Panzarella T, Sutcliffe SB, Koren G. Fetal outcome after in utero exposure to cancer chemotherapy. *Arch Intern Med.* 1992; 152:573-6.
15. Kohler M. The adnexal mass in pregnancy. *Postgrad Obstet Gynecol.* 1994; 14:1-5.

Trabalho recebido: 12/12/2013

Trabalho aprovado: 15/04/2014