

CISTADENOCARCINOMA SEROSO PAPILÍFERO DE OVÁRIO: RELATO DE CASO

SEROUS CYSTOADENOCARCINOMA PAPILIFEROUS OF OVARY

Manuel Rios Ruiz, Giovanna Lopes Colares, Sandra Karina Rodriguez Rios, Leonardo Simão Coelho

Resumo

Apresentamos um caso de uma paciente de 37 anos, oriunda, fumante crônica, múltipara, com amenorreia de um ano após o parto, com antecedente de amamentação esporádica que procurou atendimento por apresentar tumoração abdominal de rápido crescimento. Ao exame clínico apresentava dispneia moderada, abaulamento abdominal no abdome inferior, sólida, levemente dolorosa e pouco móvel à palpação. Realizada ultrassonografia pélvica e tomografia abdominal evidenciando uma massa abdominal pélvica, volumosa; os marcadores tumorais B-HCG e CA 125 com valores aumentados. Foi realizada uma laparotomia exploradora evidenciando a presença de uma massa ovariana à direita sendo realizada sua ressecção por histerectomia total, anexectomia bilateral e omentectomia; o resultado do estudo anatomopatológico foi cistadenocarcinoma seroso papilífero. Foi derivada para tratamento e seguimento oncológico com quimioterapia complementar.

Palavras-chave: Cistadenocarcinoma, ovário, câncer, marcadores tumorais.

Abstract

Case report of 37 year-old female patient, chronic smoker, multiparous, with amenorrhea one year after the labor, with antecedent of sporadic breast-feeding that it sought medical care after presenting abdominal fast growth tumor. At the clinical exam it presented moderate dyspnea, abdominal camber in the lower abdomen, solid, slightly painful and relative low mobility. Accomplished pelvic ultrasound and abdominal computer tomography scan evidencing a pelvic abdominal mass, bulky. The tumoral serologic markers B-HCG and CA 125 demonstrated increased values. Exploring laparotomy was accomplished evidencing the presence of ovarian mass on the right being accomplished her resection with total hysterectomy, bilateral anexectomy and omentectomy; the result anatomopathological study was cistadenocarcinoma serous papilifer. Patient was refered for oncologic treatment and complementally chemotherapy.

Keywords: Adenocarcinoma cist, ovary, cancer, tumoral markers.

Introdução

Apesar do carcinoma de ovário ser a segunda neoplasia ginecológica mais comum, é certamente a mais letal; com uma incidência nos Estados Unidos de 15 casos para cada cem mil mulheres entre 50 e 54 anos de idade por ano, 35 casos para cada cem mil mulheres entre 70 a 74 anos; no Brasil, de oito casos para cada cem mil mulheres na Região Sul, dois casos para cada cem mil mulheres na Região Norte e uma

incidência mundial de 6,3 casos para cada cem mil mulheres. De 70 a 75% dos casos de câncer de ovário tem diagnóstico tardio; de 6-7% das mulheres no momento do diagnóstico são portadoras de massas anexiais assintomáticas.^{1,2} Dentro dos fatores de risco temos: períodos ovulatórios prolongados, menarca precoce, menopausa tardia todos relacionados com o número aumentado dos períodos ovulatórios, exposição de asbesto (produtos relacionados como talco que pode estar contaminado com

asbesto) fumo, álcool, fatores alimentares (gordura animal, carne vermelha, café) e fatores hereditários. Dentro dos fatores de proteção temos: a ovulação bloqueada (gravidez, amamentação, uso de anticoncepcionais orais), ligadura de trompas, histerectomia. Os grupos etários mais afetados são as maiores de 50 anos e nulíparas. São classificados em três grandes grupos de acordo ao tipo de célula de origem: neoplasias epiteliais (80-90% dos casos), tumores de células germinativas e tumores de células especializadas. Os tumores epiteliais constituem cerca de 90% de todos os tumores malignos, originando-se do epitélio que reveste a superfície externa do ovário, destes os tumores serosos são os mais comuns.^{1,2,3,4}

O cistadenocarcinoma seroso é o mais frequente de todos os tumores malignos do ovário alcançando 35-40%, apresentam um epitélio semelhante ao da tuba uterina que secreta um líquido seroso, com tendência a desenvolver tanto na superfície externa e interna formações papilares, passando a se chamar cistadenocarcinoma seroso papilífero. Podem ser císticos, com áreas sólidas, bilaterais em aproximadamente 50% dos casos podendo alcançar grandes tamanhos. É uma doença de diagnóstico tardio e de alta mortalidade em seus estádios avançados, sendo assintomático em fases iniciais.^{1,2,3} A ultrassonografia é na atualidade o método propedêutico mais solicitado para o diagnóstico diferencial de tumores pélvicos mesmo com todos os avanços médicos.^{2,5,6}

Os tumores ovarianos continuam sendo um desafio para os ginecologistas porque não se conseguiu uma redução significativa na mortalidade provocada por essa doença. Sua incidência tem diminuído consideravelmente nas últimas décadas, porém é necessário avaliar os fatores de risco e proteção para poder determinar uma possível causa. O tratamento do cistadenocarcinoma seroso papilífero é cirúrgico, e requer histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral associada à omentectomia com biópsias peritoneais mediante a qual se realiza o estadiamento

macroscópico e o exame citológico da cavidade abdominal que inclui a coleta de líquido ascítico e lavado das goteiras parietocólicas e a pelve.^{2,3,6}

Relato de Caso

Paciente de 37 anos de idade, sexo feminino, oriunda atendida no ambulatório de Ginecologia do Hospital Santa Júlia, Manaus-AM. Refere emagrecimento progressivo havia dois meses, associado à dor pélvica, constipação, distensão abdominal, náuseas, vômitos e dispneia. Sua história gineco-obstétrica apresentou quatro gestações sendo todos partos normais; menarca aos 11 anos; ciclos menstruais regulares III/30 dias apresentando amenorreia desde seu último parto havia um ano. Última colpocitologia oncótica negativa a malignidade havia dois anos; usuária de anticoncepcional injetável até três meses atrás; tabagista há 17 anos.

Ao exame físico se mostra em regular estado geral, lúcida, orientada no tempo e no espaço, levemente hipocorada, dispneia moderada, acianótica, sem linfonodomegalias, com desnutrição moderada. Aparelho respiratório com MV fisiológicos com diminuição no terço inferior do hemitórax à esquerda. Aparelho cardiovascular com RCR, BNF, sem sopros. Abdome globoso, distendido com massa abdominal volumosa localizada no abdome inferior não dolorosa à palpação, pouco móvel com presença de ascite sem irritação peritoneal. A avaliação laboratorial inicial apresenta o hemograma sem alterações; funções hepáticas e renais estáveis; marcadores tumorais com valores elevados beta hCG de 988 mUI/ml e Ca 125 de 125 U/ml. Método de imagens; tomografia de tórax: derrame pleural bilateral mais acentuada no lado esquerdo com atelectasia à esquerda por compressão sem sinais de implante pleural. Ultrassonografia de abdome total apresenta massa sólida pélvica e tomografia computadorizada de abdômen mostra massa volumosa em topografia de ovário direito com componente sólido e líquido (Figura1).



Figura 1: Imagem da massa abdominal na tomografia computadorizada de abdome.

Realizada toracocentese à esquerda, diagnóstica e terapêutica; e submetida a tratamento cirúrgico mediante laparotomia exploradora realizando-se ressecção de massa tumoral de 618 gramas, medindo 14,5 x 10,5 x 7,0 cm correspondendo ao ovário direito (Figuras 2 e 3), histerectomia total, anexectomia bilateral (salpingo-ooforectomia bilateral) e omentectomia. Presença de discreto volume de líquido ascítico, cuja amostra foi encaminhada

para pesquisa de células neoplásicas. Paciente evoluiu satisfatoriamente obtendo alta hospitalar no 4.º DPO. Resultado da pesquisa de líquido pleural e ascítico para células neoplásicas negativo. O laudo anatomopatológico confirmou cistadenocarcinoma seroso papilífero moderadamente diferenciado com extensão capsular. Ausência de comprometimento neoplásico das trompas uterinas, ovário esquerdo e omento.



Figura 2: Tumoração ovariana durante a ressecção cirúrgica.

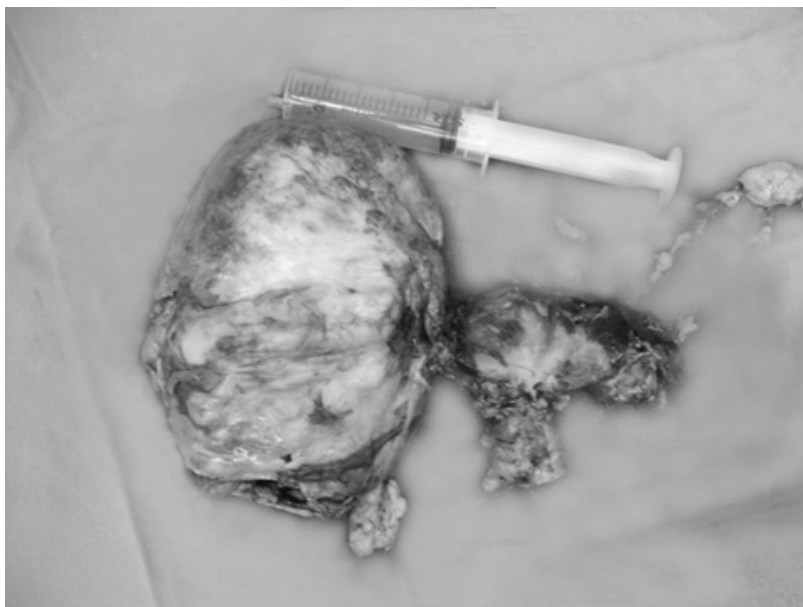


Figura 3: Imagem comparativa do tumor em relação ao tamanho uterino e ovariano contralateral.

Discussão

A neoplasia maligna epitelial de ovário é o segundo câncer mais comum do trato genital feminino e a quinta causa de morte por câncer em mulheres. No Brasil, o câncer de ovário ocupa o terceiro lugar entre as neoplasias malignas que acometem os órgãos genitais femininos, sendo raro o aparecimento dela antes dos 30 anos de idade. Apresentam fatores de riscos que se pode identificar por meio da história clínica na suspeita diagnóstica como história de neoplasias individuais e familiares; idade acima de 65 anos, infertilidade e nuliparidade; os contraceptivos orais por mais de quatro anos, gestações múltiplas e amamentação estão considerados como fatores protetores do câncer de ovário.^{4,5,6}

O câncer ovariano epitelial, embora tenha ocorrido uma melhora significativa na sobrevida em cinco anos, não existe nenhum método confiável para seu rastreamento; a elevada mortalidade e a pequena quantidade de casos de câncer de ovário diagnosticados em estádios iniciais tornam essencial a busca de métodos de rastreamento de identificação precoce de doença. Tem grandes ensaios tratando de verificar a eficácia da associação da dosagem do CA 125 sérica e a ultrassonografia transvaginal observando uma redução na mortalidade de

pacientes entre 55 e 74 anos, porém ainda não é generalizado.^{5,6,7}

Quando estamos diante de uma paciente suspeita de neoplasia de ovário, devemos iniciar a investigação com uma boa história clínica enfatizando a história familiar, ultrassonografia transvaginal com Doppler e solicitação dos marcadores oncogênicos principalmente o CA 125 e outros como alfafetoproteína e beta-hCG que são menos específicos.^{6,8}

Com os parâmetros de idade, as características ultrassonográficas e valores de CA 125, podemos determinar o Índice de Risco de Malignidade (IRM). A idade avançada é diretamente proporcional ao risco de malignidade com um pico máximo entre 75 e 79 anos. A ultrassonografia é o método propedêutico mais solicitado para diferenciar os tumores pélvicos; determinando a presença e localização. A complexidade da ultrassonografia está diretamente relacionada à maior risco de malignidade; sendo considerada complexidade, tumor com tamanho maior de 10 cm, presença de partes sólidas em seu interior, excrescências papilares, multilocularidade, septos, bilateralidade, ascite, metástase e alterações de resistência vascular ao Doppler. O CA-125 é o marcador tumoral mais usado e considerado positivo acima de 34U/ml, seu valor está diretamente proporcional ao risco de

malignidade, não deve ser utilizado isoladamente para diagnóstico por ser inespecífico. Ele é mais utilizado no seguimento pós-operatório para descartar recorrência e na monitorização da evolução da doença durante e após tratamento adjuvante.

O cálculo do IRM resulta da soma do índice etário (IE) com o índice ultrassonográfico (IU) e com o índice do CA 125 simplificado na seguinte fórmula:

$$\text{IRM} = \text{IE} + \text{IU} + \text{índice do CA-125}.$$

A pontuação para o IE é: com menos de 40 anos = 1 ponto; entre 40 e 49 anos = 2 pontos; com 50 ou mais anos = 3 pontos. Para o IU: ausência de critérios de malignidade = 1 ponto; presença de um critério de malignidade = 2 pontos; mais de um critério de malignidade = 3 pontos. Para o índice do CA-125: < de 35U/ml = 1 ponto; entre 35 e 64,9U/ml = 2 pontos; > 65U/ml = 3 pontos. Devendo ser considerados tumores com alto risco de malignidade os que apresentam IRM > de 6 pontos com uma sensibilidade de 76,5% e especificidade de 87,9%.⁵

A tomografia computadorizada (TC) do abdome e a pelve com contraste por via oral e venosa pode ser usada, ajudando a detectar focos de doença intra-abdominal (metástases hepáticas), identificação de linfadenomegalia, comprometimento de órgãos adjacentes e o comprometimento da parede pélvica importante para definir a viabilidade de tratamento cirúrgico; podendo ser também utilizada a ressonância magnética da pelve quando a TC não puder esclarecer o quadro adequadamente. O uso da tomografia por emissão de pósitrons (PET) está sendo avaliada para a detecção dos locais em que a doença está apresentando recorrência.⁶

O tratamento do cistadenocarcinoma de ovário é cirúrgico, em estágios iniciais da doença o tratamento totalmente curativo; e requer histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral associada à omentectomia com biópsias peritoneais, diafragmática bilateral, das goteiras parietocólicas, do peritônio pélvico e dos linfonodos para-aórticos e ilíacos.

Em estágios avançados o tratamento cirúrgico está associado à terapia adjuvante com quimioterapia sistêmica.⁶ A abordagem cirúrgica videolaparoscópica ainda não é consenso, porque sua manipulação indevida pode mudar o estadiamento e prognóstico, indicando-se para estadiamento em suas fases iniciais. Para tanto, deve-se levar em consideração a experiência, habilidade cirúrgica em videolaparoscopia, o estágio da doença atual e conhecimentos básicos em oncologia.^{9,10}

No relato de caso, a paciente não tinha fatores de risco predominantes para evoluir de forma tão rápida e grave; porém no cálculo do IRM é 7 que indica alto risco de malignidade. Sua faixa etária baixa indica pouco risco de malignidade, porém as características ultrassonográficas e os valores do CA 125 indicam o contrário.⁵

Pacientes pós-operadas por carcinomas ovarianos devem ser acompanhadas regularmente; além do minucioso exame clínico geral, a ultrassonografia abdominal e pélvica e radiografia de tórax devem ser efetuadas trimestralmente no primeiro ano e cada seis meses nos anos subsequentes. Os marcadores tumorais têm, nessa fase, importante papel, pois quando alterados indicam a presença de metástases ou recidiva da doença.⁸ Um consenso do National Cancer Institute recomenda uma história clínica cuidadosa e exame pélvico anual em todas as mulheres. Atualmente a tecnologia tenta descobrir novos marcadores que possam dar valor discriminatório entre mulheres saudáveis e com câncer de ovário.⁶

Referências

1. Gebrim R. Ginecologia Oncológica. Rio de Janeiro: Atheneu Editora, 1999: 358-389.
2. Glauco B. Ginecologia oncológica. Manual de Condutas. São Paulo: Fundação Antonio Prudente, 2010: 37-52.
3. Freitas F. Rotinas em Ginecologia. 6.^a ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011: 478-497.
4. Ristow CM, Yanamoto CT, Fávalo M. Fatores de risco e patogênese das neoplasias malignas

epiteliais de ovário. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2006; 52(2): 185-195.

5. Fernandes LRA, Lippi UG, Baracat FF. Índice de Risco de Malignidade para Tumores de Ovário Incorporando Idade, Ultrassonografia e o CA-125. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2003; 25(5): 345-351.

6. Cortinhas CF. Tratamento do Câncer de Ovário. Programa de Atualização em Cirurgia. Proaci. Porto Alegre: Editora Artmed, ciclo 6, módulo 1, 2009: 127-150.

7. López-Olmos J, Navarro P. Carcinoma papilar de la superficie serosa del Ovario. *Clin Invest Gin Obst.* 2002; 29(9): 334-339.

8. Ribeiro L, Barros I, Alvoero L, Branco R, Neto F, Távora I, Coutinho J, Pimentel A. Cistadenocarcinoma do Ovário. A propósito de um caso clínico. *Medicina Interna* 1995; 2(4): 233-237.

9. Reis RJ, Coelho FA, Zanato AB, Link CA, Maestri D, Edelweiss IA. Videolaparoscopia para o Tratamento de Câncer de Ovário de Baixo Potencial de Malignidade: Quando Indicar? Relato de Caso e Revisão da Literatura. *Revista Brasileira de Videocirurgia* 2004; 2(2): 79-82.

10. Viscimi F. O tumor de ovário pode ser abordado por Videolaparoscopia? *Rev Ass Med Brasil.* 2001; 47(4): 279-280.