

CISTO ANEXIAL E GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

ADNEXIAL CYST AND PREGNANCY: CASE REPORT

Serena Toniolli Manete* Ione Rodrigues Brum** Jean Carlo Bonan Manete***

Resumo

Massas anexiais muitas vezes são identificadas em pacientes grávidas. Com os avanços na tecnologia, há um aumento do número de tumores anexiais encontrados incidentalmente nos exames de rastreio no pré-natal.¹ A maioria dos casos é benigna e desaparece espontaneamente até o fim do primeiro trimestre de gestação.²

Apresentaremos um caso de massa anexial e gestação, conduzido com laparotomia exploradora na 25.^a semana de gravidez pelo seu grande volume. Os marcadores estavam normais, um cistoadenoma seroso de ovário direito foi diagnosticado em histopatológico. Após a cirurgia, a gestação evoluiu satisfatoriamente.

Palavras-chave: Gestação; Tumor Anexial; Cistoadenoma Seroso.

Abstract

Adnexal masses are often identified in pregnant patients. With progress in technology, there is an increased number of adnexal tumors found incidentally on screening tests in prenatal care.¹ The majority of cases are benign and disappear spontaneously by the end of the first trimester of pregnancy.²

We present a case of pregnancy and adnexal mass, led by laparotomy at 25 weeks of pregnancy due to its large volume. The markers levels were normal, a serous cystadenoma of right ovary was diagnosed on histopathology. After surgery, the pregnancy evolved satisfactorily.

Keywords: Pregnancy; Adnexal Tumor; Serous Cystadenoma.

Introdução

Com a introdução de rotina da ultrassonografia (US) no pré-natal, a identificação das massas ovarianas torna-se mais frequente.^{2,3} A chance de malignidade desses tumores é rara, variando de 1 em 12.000 a 1 em 47.000 gestações.³

O tumor ovariano pode ser classificado como benigno ou maligno. Durante a gestação, es-

ses tumores são, na sua maioria, benignos.⁴ Existem lesões específicas adicionais para o estado gravídico que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial como ovários hiperestimulados, cistos tecaluteínicos e luteomas.¹ Em um estudo com 106 pacientes que necessitaram de cirurgia para avaliação ovariana durante a gestação, 29,2% apresentaram cistos fisiológicos, 66% eram benignos e 4,7% eram malignos.⁵

* Médica residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Dona Francisca Mendes.

** Chefe do Serviço de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Dona Francisca Mendes.

*** Médico residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Dona Francisca Mendes.

Autor principal: Serena Toniolli Manete

Na maior parte dos casos a paciente encontra-se assintomática,³ por isso, para se obter um diagnóstico adequado, devem-se aproveitar determinadas oportunidades, como o exame pélvico no primeiro trimestre, ecografia inicial e cautelosa avaliação no momento da cesariana.⁶

A conduta perante uma massa ovariana durante a gestação ainda gera grande discussão entre especialistas, tornando-se uma decisão clínica difícil.^{2,3} O manejo expectante no primeiro trimestre deve ser empregado, porém não há estudos randomizados para determinar o manejo ideal dessas massas na gestação.⁷ O procedimento cirúrgico eletivo, nesse caso, é mais seguro do que aguardar por sintomatologia e intervenção de emergência.⁶

Os autores descrevem o caso de uma paciente com cisto ovariano durante a gestação, que foi cirurgicamente removido durante a gravidez.

Relato de Caso

Paciente de 29 anos, parda, solteira, do lar, natural de Alenquer/PA, procedente de Manaus/AM. Gestante (G2P1A0) em atendimento em consulta de pré-natal no Hospital Universitário Dona Francisca Mendes, Manaus/AM. Em primeira consulta, paciente encontrava-se com 14 semanas e quatro dias de gestação, queixava-se de aumento do volume abdominal em aproximadamente um mês. Ao exame obstétrico observou-se altura uterina

de 13 cm (excluindo-se o volume da massa abdominal) e 148 batimentos cardíaco-fetais identificados ao sonar. Em Ressonância Nuclear Magnética observou-se lesão abdomino-pélvica que media 28 x 23 x 13 cm, com volume total de 4.353 cm³ (Figuras 1A e 1B), a coleção rechaçava intestino e cava, fazia contato com fígado, pâncreas, aorta e veia cava inferior, não envolvia ureter. As dosagens séricas de antígeno cárcino-embriônico (1,1), α -fetoproteína (60,35) e CA 125 (32) encontravam-se dentro dos parâmetros de normalidades. Os exames bioquímicos de rotina de pré-natal encontravam-se sem alterações.

Com 22 semanas de gestação optou-se pela laparotomia exploradora, dando início aos exames pré-operatórios. Na 23.^a semana de gestação foi realizada ultrassonografia morfológica a qual mostrava um feto sem alterações.

Com 25 semanas de gestação, a paciente foi submetida à laparotomia exploradora com exérese de lesão cística em ovário direito e de trompa direita (Figura 2). O laudo histopatológico do material cirúrgico resultou em Cistoadenoma Seroso de ovário.

A gestação transcorreu sem alterações, chegando a 40 semanas, quando a paciente entrou em trabalho de parto e evoluiu para parto vaginal, com episiotomia sem intercorrências. O feto, do sexo feminino, apresentou 3.510 g, 51 cm, apgar 09 e 10.

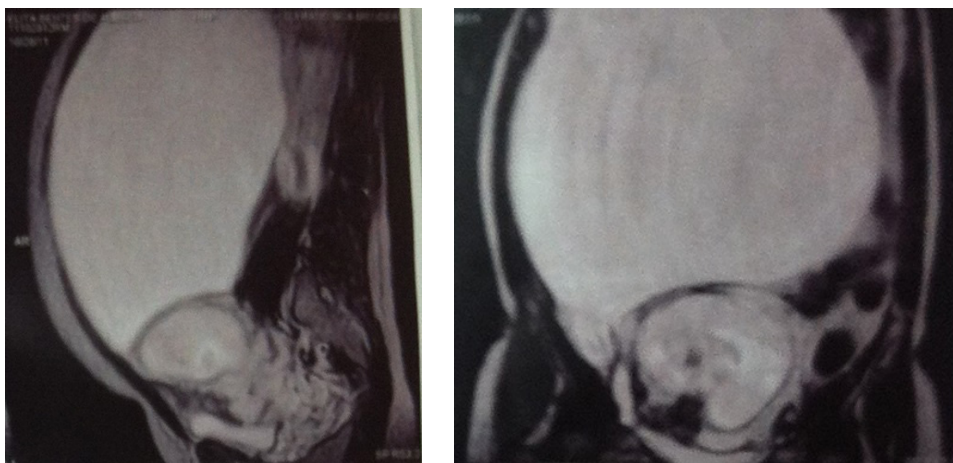


Figura 1A e 1B: Ressonância Nuclear Magnética - lesão abdomino-pélvica que media 28 x 23 x 13 cm, com volume total de 4.353 cm³

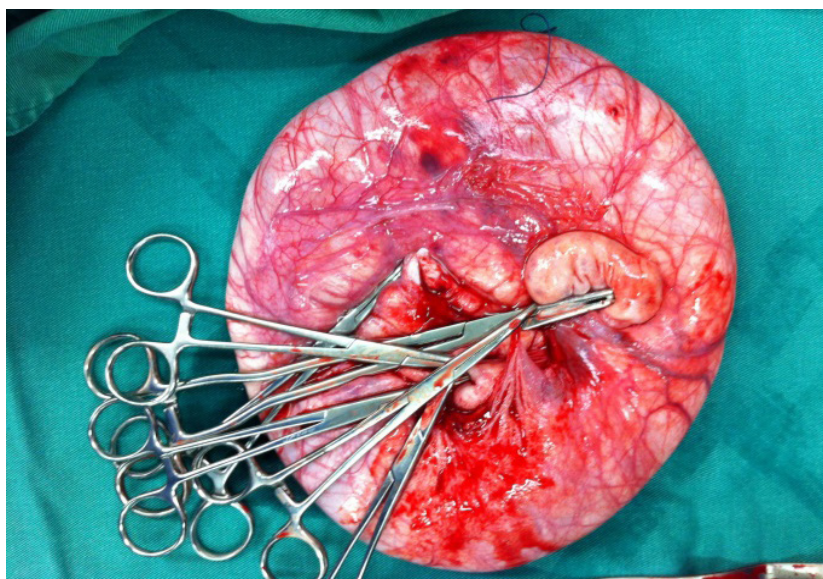


Figura 2: Peça operatória - lesão cística em ovário direito e de trompa direita

Discussão

As massas anexiais detectadas no primeiro trimestre de gestação possuem incidência de 0,2 a 2,9%; após 16 semanas de gravidez, a prevalência do cisto ovariano diminui, estando entre 0,5 e 3%. Dessa forma, observa-se que 71,9% dos cistos ovarianos detectados à ultrassonografia (US), de primeiro trimestre, resolveram-se espontaneamente.⁷ E aqueles que não se resolveram espontaneamente e que necessitaram de conduta cirúrgica variaram de 0,0004 a 0,36%.⁴

O tumor benigno mais comum na gestação é o teratoma cístico benigno, seguido pelos cistoadenomas. Observam-se ainda na gestação: endometriomas, cistos simples, cistos de corpo lúteo, cistos tubários e miomas.⁶

O corpo lúteo apresenta-se como cisto ovariano e pode persistir por 5-9 semanas de gestação, uma vez que possui a função da produção de progesterona antes da placenta desempenhar esse papel.¹ Comumente esses cistos medem até 5 cm e regridem naturalmente até 16 semanas de gravidez, devendo os primeiros a ser considerados como diagnóstico diferencial.³

Os sintomas são imprecisos (dor, distensão

abdominal, sintomas gastrointestinais vagos) e podem ser confundidos com os sintomas comuns da própria gestação; apenas 50% dos casos causam sintomatologia.⁶

O diagnóstico de grande parte das afecções ovarianas pode ser feito somente por meio de ultrassonografia, que é o exame de imagem de primeira escolha para avaliação dessas lesões durante a gestação. Ambas as técnicas, abdominal ou transvaginal, são utilizadas.^{8,1} Durante a avaliação ecográfica da tumoração ovariana, é importante determinar sua morfologia e correlação com as estruturas próximas, se sua superfície é lisa ou irregular, se a massa é sólida ou cística ou se contém septações ou papilas em seu interior, facilitando assim a determinação de benignidade ou malignidade.^{3,9}

O US com Doppler tem sua utilidade em uma melhor definição das características desse tumor como identificar a presença de fluxo no interior de um septo ou de componente sólido.¹ E observou-se que parece ser altamente preditivo para uma lesão benigna se o índice de pulsatilidade médio (IP) for maior que 1.⁶

A Ressonância Nuclear Magnética (RNM) é um valioso complemento à ultrassonografia quando há necessidade de informações adicionais para realizar decisões no tratamento

durante a gestação.¹⁰ Para até 20% das lesões anexiais indeterminadas pela ultrassonografia, a RNM é utilizada como modalidade de segunda escolha.¹¹

Dosar os marcadores tumorais é pouco útil na gestação, podendo ser até controverso, já que podem estar elevados pelo estado gravídico. Então, quando realizados, seus resultados devem ser considerados associados aos exames de imagem e a anamnese da gestante.^{3,6}

Cistos menores que 6 cm sem sinais de malignidade ao US podem ser tratados de forma conservadora; aqueles maiores que 10 cm devem ser ressecados, por conta do risco de torção, rotura ou malignidade. O manejo de cistos de 5 a 10 cm ainda é controverso.¹² O momento ideal para a conduta cirúrgica é de 16 a 18 semanas; geralmente o primeiro trimestre deve ser evitado por grandes taxas de aborto,⁶ podendo realizá-la até 28 semanas, após isso pode desencadear trabalho de parto prematuro.¹² Embora a maior parte das afecções ovarianas na gravidez seja benigna, sua presença é angustiante ao médico e a paciente. Dessa forma, devem-se utilizar os métodos diagnósticos adequados e, quando necessário, deve-se intervir, de forma ativa, diminuindo os riscos de malignidade, torção ou rotura desse tumor.

Referências

1. Yacobozzi M, Nguyen D, Rakita D. Adnexal Masses in Pregnancy. *Semin Ultrasound CT MRI* 33:55-64 © 2012; Published by Elsevier Inc.
2. Silva CS, Paschoini MC, Ângelo AG, Paschoini GC, Murta EFC. Massa Anexial e Gravidez: Relato de Caso e Revisão da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2001; 47(4): 403-06.
3. Feitosa FEL, Silveira CMC, Mota ACL, Melo DS, Monteiro MM, Alencar Júnior CA. Massas anexiais na gestação. *Femina*. 2009; 37(3): 137-142.
4. Bunyavejchevin S, Phupong V. Laparoscopic surgery for presumed benign ovarian tumor during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 03, Art. n CD005459. DOI: 10.1002/14651858.CD005459.pub4.
5. Ueda M, Ueki M. Ovarian tumors associated with pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 1996; oct.; 55(1): 59-65.
6. Graves CR, Parker L. Tumores Ovarianos Complicando a Gravidez. In: Rock JA, Jones III HW, editors. *Te Linde: Cirurgia ginecológica*. 10 edição. Rio de Janeiro: Revinter; 2012. p. 842-851.
7. Condous G, Khalid A, Okaro E, Bourne T. Should we be examining the ovaries in pregnancy? Prevalence and natural history of adnexal pathology detected at first-trimester sonography. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004; 24: 62-66.
8. Chiang G, Levine D. Imaging of Adnexal Masses in Pregnancy. *J Ultrasound Med*. 2004; 23: 805-819.
9. Drake J. Diagnosis and Management of the Adnexal Mass. *Am Fam Physician*. 1998; may.; 15; 57(10): 2471-2476.
10. Levine D, Barnes PD, Edelman RR. Obstetric MR Imaging. *Radiology*. 1999; 211(3): 609-617.
11. Adusumilli S, Hussain HK, Caoili EM, Weadock WJ, Murray JP, Johnson TD et al. MRI of sonographically indeterminate adnexal masses. *AJR Am J Roentgenol*. 2006; sep.; 187(3): 732-40.
12. Kolluru V, Gurumurthy R, Vellanki V, Gururaj D. Torsion of ovarian cyst during pregnancy: a case report. *Cases Journal*. 2009; 2: 9405. Available from: <http://www.casesjournal.com/content/2/1/9405>.