

Neoplasia Maligna Gigante de Ovário: Relato de caso

Giant ovarian malignancy: Case report

de Castro BK¹, Castro FL², de Paula WT³.

Instituto de pesquisa do Hospital Oncológico de Juiz de Fora – MG.

Resumo

O câncer de ovário tem baixa incidência mundial, entretanto, é o principal protagonista na mortalidade entre as neoplasias ginecológicas. O diagnóstico tardio e a escassez de sintomas nas fases iniciais da doença justificam, em parte, a baixa sobrevida e elevada mortalidade. Tumores gigantes são raros e apresentam um desafio cirúrgico. Patologia e tratamento são discutidos do caso de uma paciente de 45 anos que procurou assistência médica queixando-se de sangramento vaginal disfuncional, aumento progressivo do abdome e dor do tipo cólica. Ultrassom abdominal revelou grande massa cística e multilocular. Foi submetida à laparotomia, onde foi retirado um cistadenocarcinoma papilífero seroso de ovário bilateral com invasão de útero de 13 kg.

Unitermos

Câncer de ovário; Cistadenocarcinoma seroso; Laparotomia.

Abstract

Ovarian cancer has a low incidence worldwide, however, is the main protagonist in mortality among gynecological malignancies. The late diagnosis and lack of symptoms in the early stages of the disease justified, in part, the low survival and high mortality. Giant tumors are rare and present a surgical challenge. Pathology and treatment are discussed in the case of a patient of 45 years who sought medical care complaining of vaginal bleeding dysfunctional, increase of abdominal pain and cramping. Abdominal ultrasound revealed a large multilocular cystic mass. She underwent laparotomy, which was removed a serous cystadenocarcinoma in both ovaries with invasion for the uterus with 13 kg.

Key Words

Ovarian neoplasms; Cystadenocarcinoma, Serous; Laparotomy.

INTRODUÇÃO

A incidência mundial do câncer de ovário é baixa, mas destaca-se por ser a sétima causa de óbito em mulheres. No Brasil a prevalência gira em torno de 2% e segue tendências mundiais de alta mortalidade. A sobrevida em cinco anos é 43%, inferior a outros cânceres ginecológicos como de colo de útero e endométrio, respectivamente, 72 e 83%. Em parte, explicados pelo diagnóstico tardio, cerca de 3/4 das neoplasias ovarianas apresentam-se em estágio avançado no diagnóstico inicial, 65 a 70% encontram-se em estágio III e IV, tendo a sobrevida média inferior a 18 meses¹⁻⁴.

Os carcinomas epiteliais de ovário são tumores frequentes que correspondem 85 a 90% das neoplasias ovarianas,

dentre os quais, o cistadenocarcinomas serosos representam cerca de 40% dos tumores ovarianos malignos mais comuns. As neoplasias ovarianas possuem propagação por extensão direta podendo alcançar as tubas, o útero e a bexiga correspondendo de 10% a 15% dos casos^{5,6}.

O relato de tumores malignos gigantes é incomum na literatura. Nas décadas de setenta e oitenta foram relatados 20 casos de tumores ovarianos com mais de 20 Kg⁷. Tendo em vista a importância dos tumores ginecológicos será descrito o caso e o tratamento realizado.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino com 45 anos, parda, foi admitida no Instituto Oncológico/9 de Julho de Juiz de Fora – MG, queixando-se de sangramento vaginal disfuncional de grande volume há menos de 24 horas associado a dor abdominal do tipo cólica, difusa, deambulação prejudicada e constipação intestinal. Relatou aumento insidioso e progressivo do abdome nos últimos 6 meses, tratamento para Diabetes Mellitus e hipertensão arterial

¹ Bruno Koplewski de Castro - Acadêmico da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora da Univ. Presidente Antônio Carlos FAME-JF/UNIPAC - MG.

² Fernanda Lima Kröger - Acadêmico da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora da Univ. Presidente Antônio Carlos FAME-JF/UNIPAC - MG.

³ Wanderson Tassi de Paula - Médico Cirurgião do Hospital Oncológico de Juiz de Fora/MG, Docente da FAME-JF/UNIPAC, Coordenador da Liga de Clínica Cirúrgica da FAME-JF/UNIPAC.

CORRESPONDÊNCIA: Rua Odon de Cluny, 101 - CEP 05572-140 - Parque Ipê – São Paulo - SP. E-mail: koplewski@hotmail.com

sistêmica. Ao exame físico estava hipocorada (+++/4+) e desidratada(+++/4+), tinha o abdome globoso com massa palpável de 30cm em hipogastro dolorosa, firme e móvel (Figura1). Ultrassom abdominal revelou grande tumoração mista, heterogênea, na qual se observou parte sólida ecogênica e parte multisseptada com pequenos cistos anecoicos de permeio, ocupando toda pelve até cicatriz umbilical.

A paciente foi submetida a laparotomia mediana para elucidação diagnóstica, que apresentou ovários volumosos de cor pardo amarelado envolvendo útero de tamanho aumentado (Figura 2). Notou-se também tumoração irregular em parede abdominal. Realizou-se histerectomia total abdominal, salpingo-ooforectomia bilateral, omentectomia parcial, linfadenectomia retroperitoneal, retirada do tecido irregular em parede abdominal e lavado peritoneal para estudo histopatológico como preconizado⁵. A paciente teve evolução pós-operatória satisfatória, alimentado-se com 48 horas e alta no quarto dia de pós-operatório de boa evolução sem intercorrência.

O exame histopatológico das peças cirúrgicas evidenciou na macroscopia: ovário esquerdo pesando 5475 gramas, medindo 28,0 x 21,0 x 14,0 cm, tendo uma cavidade cística com 9,0 cm no maior diâmetro, líquido seroso amarelado e massa sólida aderida com 44,0 cm de circunferência com invasão da tuba uterina. Ovário direito medindo 26,0 x 25,0 x 15,0 cm e pesando 7200 gramas, cavidade cística medindo 26,0 cm com área sólida medindo 11,5 e 16,5 cm de coloração avermelhada com consistência fibroelástica. O útero aumentado de tamanho 11,0 x 10,0 x 6,5 cm, pesando 580 gramas. Na microscopia foi encontrado infiltração no estroma subjacente pelo crescimento sólido, atipia celular e corpos de psamoma. O omento, parede abdominal, linfonodos e lavado peritoneal não apresentaram presença de células malignas nas amostras. A conclusão da histopatologia foi cistoadenocarcinoma papilífero seroso de ovário bilateral com invasão de trompas e útero.

A paciente teve evolução satisfatória, alimentando-se com 48 horas, não havendo intercorrências foi liberada no quarto dia de pós-operatório.



Figura 1 . Paciente com abdome globoso pelo grande volume tumoral.

DISCUSSÃO

O câncer de ovário tem baixa incidência mundial, entretanto, é o principal protagonista na mortalidade entre as neoplasias ginecológicas. O diagnóstico tardio e a escassez de sintomas nas fases iniciais da doença são os principais responsáveis pela baixa sobrevida e elevada mortalidade^{1,8}.

Sabe-se que 70% dos tumores epiteliais são diagnosticados quando a doença já está avançada. Nesta fase, a sobrevida em cinco anos gira em torno de 25%. A paciente descrita teve estadiamento IIb, apesar do grande volume do tumor. Nestas fases, estadiamentos I e II, a taxa de sobrevida pode chegar a 95%^{4,9}.

A cirurgia tem sido utilizada como uma modalidade terapêutica mesmo em estágios mais avançados. O procedimento deve incluir a histerectomia total, salpingo-ooforectomia bilateral com omentectomia e redução do tumor se ultrapassar limites pélvicos. A cirurgia de citoredução primária deve-se retirar o máximo de tecido tumoral. Alguns trabalhos comparam mulheres que tiveram citoreduções ótimas (tecido residual \leq 1cm) e aquelas que tinham citoreduções subótimas (tecido residual $>$ 1 cm), sendo extensão da doença residual após a cirurgia inicial um fator determinante do resultado na maioria destas series. Para estadiamentos III e IV, alguns autores aconselham vários ciclos de quimioterapia antes da cirurgia. A partir disso, estão sendo realizados estudos randomizados para determinar se a quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia é tão eficaz quanto a citoredução primária em alguns ou todos os pacientes com estágios avançados da doença^{10,11}.

Atualmente, a paciente realiza controle com CA 125 e ultrassom semestralmente. Não há método de triagem aplicável em toda população, entretanto, existem trabalhos que tentam demonstrar a eficácia na população com fatores de risco. Há uma tendência para a recomendação da dosagem do marcador de forma seriada, como primeira linha de abordagem, seguido de ultrassom se houver resultados anormais. Esse modelo reduz custos e exames de ultrassom, mas persistem dúvidas



Figura 1 . Exérese de ovário esquerdo.

quanto à sensibilidade do CA 125. Neste aspecto, um estudo inglês (UKC-TOCS), visa solucionar em meados de 2012¹²⁻¹⁵.

Conflito de interesses: Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Nossov V, Amneus M, Su F, et al. The early detection of ovarian cancer: from traditional methods to proteomics. Can we really do better than serum CA-125? *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199 (3): 215-223.
2. Huang L, Cronin KA, Johnson KA, Mariotto AB, Feuer EJ. Improved survival time: what can survival cure models tell us about population-based survival improvements in late-stage colorectal, ovarian, and testicular cancer? *Cancer* 2008;112(10):2289-300.
3. Piver MS., DiCioccio RA. The etiology of ovarian cancer. In: Altchek A & De-ligdisch L. (eds.) *Diagnosis and Management of Ovarian Disorders*. 1996; 77-91. Igaku-Shoin, New York, US.1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. *Global cancer statistics, 2002*. *CA Cancer J Clin* 2005; 55:74-108.
4. Ozols RF, Rubin SC, Thomas GM, Robboy SJ. Epithelial ovarian cancer. In: Hoskins et al. *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. New York: Ed Williams and Wilkins; 2001, 165-182.
5. Simões PM, Carauta R, Machado JA. Câncer epitelial de ovário. In: Oliveira HC, Lengruher I. *Tratado de ginecologia Febrasgo*. Reimpressão 2001. Revin-ter; 2001; 1326-5.
6. World Health Organization of Tumours. *Pathology & Genetics. Tumours of the breast and female genital organs*. 2003. IARC Press, Lyon, FR.
7. Ottesen M, Rose M. Giant ovarian cyst masked by obesity. *Acta Obstet Gy-necol Scand* 1994; 73:349-51.
8. Derchain SFM, Duarte-Franco E, Sarian LO. Panorama atual e perspectivas em relação ao diagnóstico precoce do câncer de ovário. *Rev Bras Ginecol Ob-stet*. 2009;31(4):159-63.
9. Clark TG, Stewart ME, Altman DG, Gabra H, Smyth JF. A prognostic model for ovarian cancer. *British J Cancer* 2001; 85(7):944-52.
10. Hoskins WJ, McGuire WP, Brady MF, et al.: The effect of diameter of largest residual disease on survival after primary cytoreductive surgery in patients with suboptimal residual epithelial ovarian carcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170(4): 974-9.
11. Bristow RE, Tomacruz RS, Armstrong DK, et al. Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta-analysis. *J Clin Oncol* 2002; 20(5): 1248-59.
12. Russel H, Friedlander M. Biology of epithelial ovarian cancer: implications for screening women at high genetic risk. *J of Clin Oncol* 2004; 22:1315-27.
13. Fishman DA, Cohen L, Blank SV, et al. The role of ultrasound evaluation in the detection of early-stage epithelial ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1214.
14. Rosenthal A N, Menon U, Jacobs I J. Screening for ovarian cancer. *Clinical Obst and Gynecol* 2006; 49(3): 433-47.
15. Menon U, Gentry-Maharaj A, Hallett R, et al. Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound screening for ovarian cancer, and stage distribution of detected cancers: results of the prevalence screen of the UK Collaborative Trial of Ovarian cancer Screening (UKCTOCS). *Lancet Oncol* 2009; 10: 327-40.

Submetido em 24/11/2009.

Aprovado para publicação em 20/07/2010.