



Cistoadenoma Mucinoso de ovário direito em paciente gestante: Um relato de caso

Luiza Raquel Rufatto Kolling

Lais Cristine Nienkotter

Arieli Carini Michels

RESUMO

O cistoadenoma mucinoso de ovário trata-se de uma proliferação do epitélio germinativo do ovário que pode tomar proporções gigantescas. Quando relacionado à gravidez, aumenta ainda mais sua complexidade, ao passo de gerar complicações tanto no crescimento fetal quanto na saúde da mulher. Assim, este estudo visa relatar um caso de cistoadenoma mucinoso de ovário direito em paciente gestante com posterior retirada cirúrgica. Para isso, o presente estudo refere-se a um estudo observacional, descritivo, do tipo relato de caso, fundamentado na avaliação do prontuário da paciente, para fim de elucidar a forma de tratamento e a importância que o diagnóstico teve no desfecho dessa situação.

Palavras-chave: Ginecologia, Relato de caso, Tumor, Cisto ovariano, Cistoadenoma mucinoso, Ovário, Gestação.

1 INTRODUÇÃO

O cistoadenoma mucinoso de ovário é uma das principais patologias de ovário de origem epitelial, sendo conhecido por sua característica de alcançar grandes dimensões.⁽¹⁾

A relação entre tumores ovarianos e gestação é relativamente comum, estima-se que 1 a cada 1.000 mulheres terão o diagnóstico de tumor de ovário na gestação, sendo grande parte desses, de origem epitelial ou germinativa.⁽²⁾ Pacientes com tumores benignos não apresentam sintomas significativos que as façam ir em busca de auxílio médico, este é um dos fatores que leva ao crescimento exacerbado de muitas dessas massas anexiais e sua tardia identificação consequentemente. Uma das grandes preocupações em relação ao crescimento do cisto em conjunto a uma gestação é o acometimento fetal.⁽³⁾

Este estudo, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa local, parecer número 5.046.310, visa relatar o manejo de um cistoadenoma mucinoso de ovário direito em paciente gestante, o qual poderá auxiliar o tratamento precoce dessas pacientes, a fim de evitar possíveis complicações materno-fetais. Esse estudo segue o CARE guideline.

2 DESCRIÇÃO DE CASO

Paciente feminina, 20 anos, branca, natural de Santa Catarina, gestante, nulípara, em uso de ácido fólico e suplemento alimentar vitamínico e mineral (omater gest ®), nega comorbidades e alergias. Com 13 semanas de gestação, paciente busca Pronto Atendimento com queixa de dor em baixo ventre e secreção

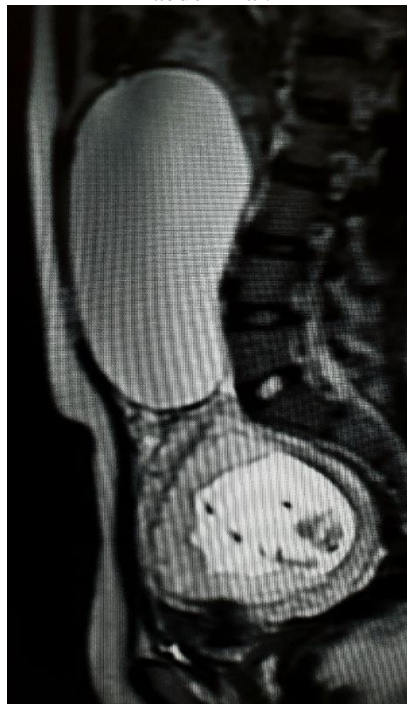


vaginal borráceaem pequena quantidade. Refere que foi diagnosticada com cistoadenoma mucinoso de ovário em consultas de pré-natal. Paciente é encaminhada ao centro obstétrico com pressão arterial sistêmica de 138 x 50 mmHg, frequência cardíaca de 125 bpm, altura do fundo de útero 24cm e exame especular sem sangramento ativo, sendo solicitada internação.

No dia 1 de internação, são solicitados ultrassonografia de 1º trimestre e ressonância magnética (RNM) de pelve (figura 1) com o seguinte laudo: volumosa formação cística na cavidade abdominal, junto à linha média, predominantemente na região mesogástrica, medindo cerca de 15,8 x 7,6 x 17,6 centímetros de natureza e origem indeterminadas, podendo estar relacionado a cisto anexial ovariano ou mesmo cistos mesentéricos de inclusão. Ausência de linfonomegalia na pelve e prescrição de analgésicos. Além disso, exames laboratoriais recentes da paciente demonstram alfafetoproteína 4,8; agente carcinoembrionário (CEA): 0,9; CA 125: 24,4; lactato desidrogenase (LDH): 231. No terceiro dia de internação, a repetição dos exames evidencia LDH: 135; BHCG > 258400; CEA 0,76.

No quarto dia de internação o resultado da USG revelou idade gestacional de 13+4, gestação tópica, placenta anterior baixa, translucência nucal 1,0, osso nasal presente, líquido amniótico normal, sem alterações morfológicas, com a presença de cisto anexial à direita. Após análise dos exames complementares foi decidido, entreo corpo médico, realizar laparotomia para anexectomia direita. No quinto dia de evolução os exames mostraram evolução de alfafetoproteína 34; CEA 0,76; CA 125: 22 e LDH 135.

Figura 1. Cistoadenoma Mucinoso de ovário de grande proporção acima do útero, já ocupando grande espaço da cavidade abdominal.



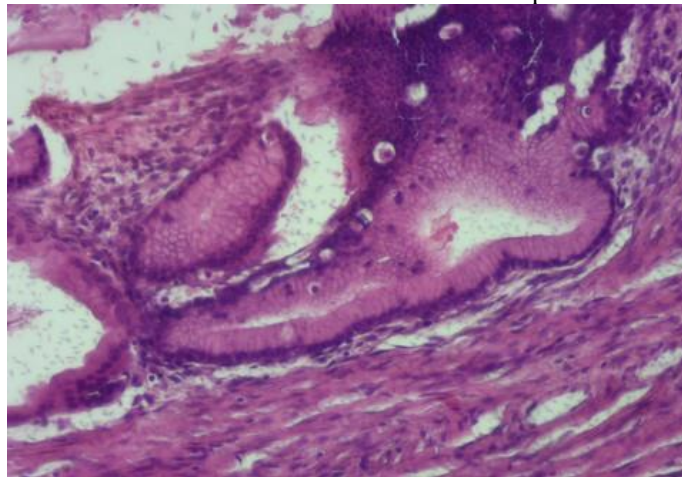
Na avaliação pré-anestésica, a paciente nega antecedentes anestésicos. Classificação ASA II

(*American Society of Anesthesiology*), com capacidade funcional de 4 mets, ausculta cardíaca normal com bulhas normofonéticas em dois tempos, intervalo R-R regular e sem sopros. Sem preditor de via aérea difícil, classificação na Escala de Mallampati III. Dessa forma, a conduta anestésica adotada foi bloqueio neuroaxial (raquianestesia) e sedação.

No oitavo dia de internação ocorreu a cirurgia de laparotomia com ooforectomia direita devido a cisto anexial. A cirurgia teve duração de duas horas e quatro minutos, foi realizada uma incisão mediana transumbilical com coleta de lavado peritoneal com posterior pinçamento secção e ligadura de corno uterino direito. Peça foi encaminhada para anatomopatológico onde teve confirmação diagnóstica de Cistoadenoma Mucinoso em Ovário Direito (figura 2). Paciente evoluiu bem sem intercorrências intra e pós operatórias. No segundo dia de pós operatório, a paciente foi liberada para alta hospitalar.

Cinco meses após laparotomia, paciente retorna ao hospital com dor em baixo ventre e perda de líquido. Então, foi realizado parto vaginal sem intercorrências, com laceração de 1º grau em lábio esquerdo. Recém nascido nasce vivo, assistido pela pediatra de plantão. Paciente após dequitação placentária apresentou sangramento moderadamente aumentado, sendo revisado colo uterino sem lacerações. Foi solucionado sangramento com massagem bimanual e metegrin paciente encontrava-se estável e encaminhada para recuperação.

Figura 2 — Cistoadenoma mucinoso. Células colunares produtoras de mucina



3 DISCUSSÃO

Anatomicamente, os ovários são estruturas suspensas bilateralmente ao útero, dentre as estruturas de suporte do ovário encontram-se o ligamento útero-ovárico, ligamento suspensor do ovário e o ligamento largo. O ovário é formado pelo córtex externo, onde se localizam os folículos e óvulos, e pela medula onde uma camada fibromuscular é composta por tecido conjuntivo e vasos sanguíneos. Essa estrutura é composta por diversas formas histológicas e os tumores formam-se mais comumente na camada de tecido epitelial.

Os tipos mais comuns de tumores em pacientes em idade reprodutiva são o teratoma cístico maduro,



seguido pelo cistoadenoma seroso e depois pelo cistoadenoma mucinoso, sendo assim, este último é mais raro de ocorrer, principalmente durante a gestação. As neoplasias ovarianas podem surgir de células-tronco, que normalmente dão origem ao epitélio superficial, células germinativas ou células do estroma do cordão sexual.⁽⁴⁾

A ocorrência de cistoadenoma mucinoso em gestantes é relativamente rara na medicina moderna devido ao avanço de fatores diagnósticos precoces, como ultrassonografia, um dos maiores riscos para mulheres com esse diagnóstico é o risco de malignidade, no entanto a probabilidade de malignidade é baixa.⁽²⁻⁵⁾

Os sintomas são inespecíficos, normalmente são devido à formação e ao crescimento de uma massa na região pélvica ipsilateral ao lado do ovário afetado. O tamanho médio de um tumor mucinoso é de 18cm, mas pode chegar a números maiores a depender da evolução clínica da paciente. Para o diagnóstico o uso de marcadores tumorais para câncer de ovário como o CA-125 possuem uma especificidade baixa para mulheres na pré-menopausa, visto que níveis altos podem estar presentes em distúrbios benignos como o cistoadenoma mucinoso. É razoável que haja um período de observação em pacientes em idade reprodutiva em termos de mobilidade, regularidade e unilateralidade da massa anexial que exclua malignidade do tumor. Pode-se fazer uso de exames de imagens, como ultrassonografia com ou sem doppler e ressonância magnética ou tomografia computadorizada. O diagnóstico é findado após laparotomia exploratória com biópsia após a retirada do ovário. A biópsia não é recomendada sem retirada da área afetada, devido aos riscos de disseminação do conteúdo celular tumoral pela cavidade pélvica. Com o estadiamento pós cirúrgico através do sistema de estadiamento da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia), pode-se realizar um prognóstico dessa paciente que, em cistoadenomas mucinosos, geralmente é positivo.⁽⁶⁾

A ooforectomia ao invés da retirada do local do cisto diminui as chances de reincidência do cisto. Esse procedimento pode aumentar a sobrevida da paciente em até 98% em 5 anos e 96% em 10 anos. O tumor tipo mucinoso é uma entidade rara, sendo mais comum o tumor seroso. O quadro clínico do tumor mucinoso diferencia-se dos demais por apresentar um crescimento rápido e poder atingir grandes tamanhos.⁽⁷⁾

4 CONCLUSÃO

Aqui foi reportado o caso de uma paciente gestante com diagnóstico de Cistoadenoma Mucinoso de Ovário durante o primeiro mês de gestação, em que a paciente foi submetida a cirurgia de retirada durante a gravidez sem oferecer riscos ao feto, apesar do grande tamanho desse cisto. A cirurgia de anexectomia proporciona uma melhor qualidade de vida à mãe e maior segurança na condução da gestação, sem necessidade de expor o feto à condições como restrição de crescimento fetal, obstrução do canal de parto ou baixo peso ao nascer, além disso previne complicações como ruptura do cisto, que a partir da liberação do conteúdo mucinoso na cavidade peritoneal pode evoluir com um quadro de pseudomixoma peritoneal



causando danos tanto à mãe quanto ao feto. O risco ao qual tanto a mãe quanto a criança são expostos ao escolher um tratamento conservador nesses casos é grande, por isso ressaltamos a importância da conduta cirúrgica como uma opção terapêutica para os obstetras.



REFERÊNCIAS

Gauza JE, Santos JCR, Júnior HF, Hornburg B, Pope LZB, Quintana SM. Cistadenoma mucinoso de ovário simulando gestação. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2012;41(3):3.

Santos Junior JA dos, Marques G dos SB, Nunes JT. Cistoadenoma mucinoso gigante e a gravidez: relato de caso. *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul* [Internet]. 2013 [citado 23 de setembro de 2021];33(2):166–70. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/download/39549/27235>

Hartman CA, Juliato CR, Sarian LO, Barreta A, De Toledo MCS, Pitta DS *et al.* Inclusão dos sintomas na discriminação entre tumores anexiais benignos e malignos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. Novembro de 2012 [citado em 04 de janeiro de 2022]; 34:[511-517]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/Pz4MP4zLp6Vg7nwjJFPKFMM/?lang=pt>

Hochberg L, Hoffman MS. Types of adnexal masses. *UpToDate* [Internet]. Março de 2022 [citado em 10 de abril de 2022]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/types-of-adnexal-masses?search=Types%20of%20adnexal%20masses&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Schappell HW, Riopel MA, Smith Sehdev AE, Ronnett BM, Kurman RJ. Diagnostic criteria and behavior of ovarian seromucinous (endocervical-type mucinous and mixed cell-type) tumors: atypical proliferative (borderline) tumors, intraepithelial, microinvasive and invasive carcinomas. *American Journal of Surgical Pathology* [Internet]. Dezembro de 2002 [citado em 13 de fevereiro de 2022]; 26(12):[1529-1541]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12459620/>

Berek SC, Longacre TA, Friedlander M. Câncer do Ovário, da Tuba Uterina e do Peritônio. *In Berek, JS. Berek e Novak: tratado de ginecologia*. 15. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan Ltda. 2014.

Marko J, Marko KI, Pachigolla SL, Crothers BA, Mattu R, Wolfman DJ. Mucinous Neoplasms of the Ovary: Radiologic-Pathologic Correlation. *Radiographics* [Internet]. Junho de 2019 [20 de março de 2022];39(4):982–97. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6677283/>