

Quisto Ovárico Gigante – um Achado Raro

Giant Ovaric Cyst – a Rare Finding

*João M. Carvas¹, Alexandra Carrazedo¹, Diego Perez², Lília Meireles⁴,
David Tente⁵, Hermínia Martins⁵*

¹ Interno de Formação Específica (IFE) em Cirurgia Geral, Serviço de Cirurgia Geral, ULSNE.

² Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, Serviço de Cirurgia Geral, ULSNE.

³ Consultor de Cirurgia Geral, Serviço de Cirurgia Geral, ULSNE.

⁴ Assistente Hospitalar de Patologia, Serviço Anatomo-Patologia, ULSNE.

⁵ Diretor de Serviço, Serviço de Cirurgia Geral, ULSNE.

RESUMO

Os cistadenomas serosos são o principal tipo tumoral do epitélio ovárico nas mulheres pós-menopáusicas. O seu crescimento pode ser indolente, originando um conjunto de sintomas e sinais inespecíficos, muitas vezes desvalorizados pela doente e pelos profissionais de saúde. Esta desvalorização leva a um atraso nos exames de imagem e no diagnóstico. Apresentamos um caso de um quisto abdominal gigante numa mulher pós-menopausica.

Palavras Chave: *Cistadenoma Ovárico; Quisto gigante; Quisto abdominal.*

ABSTRACT

Serous cystadenomas are the main tumours of the ovarian epithelium in postmenopausal women. They can have a slow indolent growth, causing unspecific signs and symptoms, that are frequently not valued by the patients and by health professionals. This leads to a delay in the imaging exams and in the diagnosis. We present a clinical case of an giant abdominal cyst in a postmenopausal woman.

KeyWords: *Ovarian cystadenoma; Giant cyst; Abdominal cyst.*

INTRODUÇÃO

Os tumores ováricos classificam-se em três grupos, consoante a célula que presumivelmente lhes dá origem: epiteliais, estromais e germinativos. Cada categoria é depois subdividida em vários subgrupos. Os tumores que combinam dois ou mais subgrupos são designados por mistos. Os tumores epiteliais têm origem no epitélio superficial do ovário (mesotélio) e correspondem a

60% de todos os tumores do ovário¹. O subtipo seroso (cistadenoma seroso) é o mais comum dos tumores epiteliais. Estes são geralmente tumores císticos, uniloculados, unilaterais que surgem em mulheres pós-menopáusicas na 5.^a década de vida. Geralmente são assintomáticos e são diagnosticados acidentalmente durante um exame de imagem². Quando sintomáticos, apresentam já grandes dimensões provocando alterações fisiológicas pelo seu efeito de massa.



CASO CLÍNICO

Mulher, com 61 anos de idade com antecedentes pessoais de trombocitopenia – acompanhada em consulta de hematologia – artrite reumatóide e bradicardia. Medicada habitualmente com metotrexato, propafenona, bisoprolol, omeprazol e alprazolam. Referia antecedentes cirúrgicos de cesariana aos 23 anos de idade e colocação de pacemaker há um ano. Menopausa desde os 45 anos. A doente negava história familiar de neoplasia. Trazida ao serviço de urgência (SU) por história de dor abdominal com agravamento progressivo e aumento do perímetro abdominal com mais de um ano de evolução. Referia ainda saciedade precoce, enfartamento e obstipação marcada nos últimos meses, bem como tonturas e cefaleias que agravavam com os movimentos. Na semana anterior apuraram-se episódios de vômitos e um episódio de lipotímia. A doente foi encaminhada por um hospital privado onde havia realizado uma ecografia abdominal relatando uma *”volumosa formação quística abdominal de etiologia a esclarecer”*. Ao exame objetivo apresentava um abdómen globoso, mole e depressível, sem massas palpáveis (Figura 1). Analiticamente apresentava leucopenia ($3.5 \times 10^9/L$) sem anemia (Hb 13.1g/dL) e com plaquetas dentro dos valores normais.



FIGURA 1 – Abdómen da paciente antes da cirurgia, com algum grau de distensão, mas sem se objetivar uma massa na palpação.

Apresentava ainda um discreto aumento das enzimas de citólise hepática, mas com função hepática, e renal sem alterações. Realizou eletrocardiograma sem alterações agudas. Realizou tomografia abdomino-pélvica (TC-AP) que confirmou um exuberante quisto, uniloculado, em aparente dependência do ovário direito. Não se observava líquido livre ou adenopatias intrabdominais (Figura 2).

Após observação e discussão do caso com Ginecologia decidiu-se por uma laparotomia exploradora eletiva e exérese em bloco do quisto. Este possuía paredes finas e um tamanho aproximado de 45x30x20cm. Era facilmente destacável dos tecidos envolventes e apresentava aparente origem no ovário direito, embora não se tivesse identificado inequivocamente um pedículo vascular (Figura 3). Não se encontraram outras lesões intra-abdominais e após a confirmação da viabilidade dos órgãos abdominais e pélvicos procedeu-se ao encerramento da parede abdominal. O pós-operatório imediato decorreu sem intercorrências e a doente teve alta clínica ao quarto dia de pós-operatório. O resultado da anatomia patológica revelou quisto com parede de tecido conjuntivo fibroso e com revestimento cúbico simples ciliado, do tipo tubar, compatível com cistadenoma ovárico. Não havia atipias celulares ou outros sinais de malignidade.

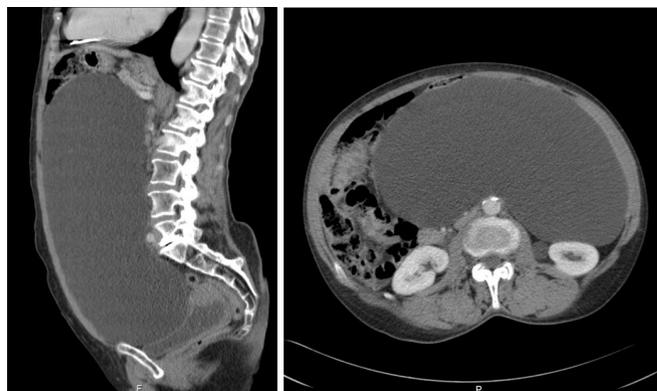


FIGURA 2 – Imagens da TC-AP: a direita corte sagital e a esquerda corte axial. Em ambas é possível observar quisto uniloculado de conteúdo homogêneo ocupando grande parte da cavidade abdominal. TC-AP – Tomografia Computorizada Abdomino-pélvica.



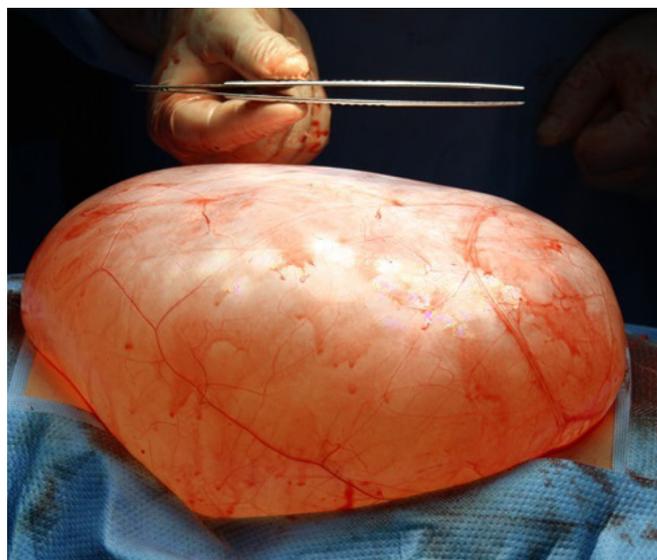


FIGURA 3 – Imagens do quisto abdominal no momento da sua remoção em bloco.

DISCUSSÃO

Os tumores ováricos serosos podem ser classificados histologicamente como benignos, *borderline* ou malignos. No caso que apresentamos trata-se de um quisto com características imagiológicas de benignidade, nomeadamente o facto de ser uniloculado, unilateral e com conteúdo homogéneo. Os tumores serosos benignos correspondem a 66% dos tumores serosos¹. Intraoperatoriamente não se verificaram lesões císticas peritoneais ou projeções papilares quísticas, características dos tumores *borderline* que correspondem a 10-15% dos tumores ováricos serosos¹.

O crescimento destes quisto é habitualmente lento mas inexorável. Os sinais e sintomas decorrem do efeito de massa sobre os órgãos adjacentes. Neste caso a doente apresentava uma panóplia de sinais e sintomas pouco específicos como enfartamento pós-prandial, saciedade precoce e obstipação, tonturas no ortostatismo e lipotímia. O aumento do perímetro abdominal foi notado pela doente há mais de um ano, mas o desenvolvimento lento fê-la acreditar tratar-se de um sinal normal do envelhecimento. A desvalorização dos sinais e sintomas pelo paciente é uma constante nestes casos².

Este é um dos maiores quistos ováricos da literatura nacional, e embora a nível internacional existam publicações com tumores ainda maiores, estes são habitualmente originários de países em vias de desenvolvimento com acesso precário aos cuidados de saúde^{3,4}. Independente do tamanho, o tratamento de escolha neste tipo de tumores é ressecção em bloco do quisto, evitando sempre a contaminação da cavidade com conteúdo quístico e a disseminação de possíveis células malignas.

Houve dificuldade na identificação intra-operatória da origem do quisto, devido ao pequeno espaço de trabalho com difícil visualização da parede posterior do quisto. Não se verificaram após a exérese alterações macroscópicas dos ovários ou das trompas de falópio que justificassem a ooforectomia ou a salpingectomia. Existe pelo menos um caso publicado de um quisto seroso ovárico gigante removido mantendo a integridade anexial⁴. Apesar das dúvidas diagnósticas intra-operatórias, quer a TC-AP quer o resultado da anatomia patológica suportam o diagnóstico de quisto ovárico. O epitélio tubar simples do pavimento quístico é típico destes tumores benignos do ovário⁵.

A etiologia destes tumores ainda não é totalmente conhecida. Nesta paciente levantamos a hipótese de um



efeito potenciador do metotrexato. De facto existem trabalhos a ligar este fármaco com o desenvolvimento de quistos ováricos⁶.

CONCLUSÃO

Os tumores gigantes do ovário são achados cada vez mais raros devido à disponibilidade dos exames de

imagem como a ecografia que levam a um diagnóstico precoce. No caso apresentado existia já uma história com múltiplos sinais e sintomas inespecíficos, de evolução arrastada e que apenas suscitaram um exame de imagem tardiamente no curso da evolução da doença. A cirurgia nestes casos é curativa e representa um claro ganho em qualidade de vida às pacientes. Permite também um diagnóstico definitivo.

REFERÊNCIAS

1. Chen VW, Ruiz B, Killeen JL, Coté TR, Wu XC, Correa CN. Pathology and classification of ovarian tumors. *Cancer*. 2003 May 15;97(10 Suppl):2631-42.
2. Mülayim B, Gürakan H, Dagli V, Mülayim S, Aydin O, Akkaya H. Unaware of a giant serous cystadenoma: a case report. *Arch Gynaecol Obstet*. 2006;273(6):381-383
3. Young TH, Lee HS. Images in clinical medicine. Giant ovarian cyst. *N Engl J Med*. 2008 May 15;358(20):e22
4. Elhassan SAM, Khan S, El-Makki A. Giant Ovarian Cyst Masquerading as Massive Ascites in an 11-Year-Old. *Case Rep Pediatr*. 2015; 2015: 878716.
5. Bottomley C, Bourne T. Diagnosis and management of ovarian cyst accidents. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009 Oct. 23(5): 711-24.
6. Ben-Shlomo I, Eliyahu S, Yanai N, Shalev E. Methotrexate as a possible cause of ovarian cysts formation: experience with women treated for ectopic pregnancies. *Fertil Steril*. 1997 Apr;67(4):786-8.

Correspondência:

JOÃO MIGUEL CARVAS
e-mail: jmcarvas@gmail.com

Data de recepção do artigo:

05-06-2017

Data de aceitação do artigo:

27/05/2019

