

**BEATRIZ ORTIS YAZBEK**

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

**DANIEL NOVOA LOUSADA**

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

**ROBERTO CESAR NOGUEIRA JUNIOR**

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,  
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em agosto de 2019.  
Aprovado em dezembro de 2019.*

## RELATO DE CASO: LAPAROTOMIA PARA REMOÇÃO DE CISTOADENOMA SEROSO DE OVÁRIO GIGANTE

### RESUMO

O cistoadenoma seroso, um subtipo de tumor epitelial ovariano, representa 15 a 20% dos tumores benignos, embora em 20% dos casos tenha características malignas (BRAVO, 2014). A maioria dos tumores benignos de ovário tem o desafio propedêutico devido aos diagnósticos diferenciais e a possibilidade de os sintomas estarem ausentes ou se apresentarem de modo inespecífico, como dor abdominal, sintomas gastrointestinais e/ou urinários. A terapêutica dos cistos ovarianos deve considerar a faixa etária e a paridade, sendo a cirurgia o tratamento definitivo. Portanto, é de extrema importância a preservação ovariana, quando possível, em mulheres sem prole constituída. A cautela na preservação da integridade do tumor, sem rotura, é inerente a prática cirúrgica para removê-lo. Além disso, está indicado o estudo histológico por congelação para análise quanto à benignidade do tumor.

**Palavras-Chave:** câncer de ovariano; cistoadenoma seroso; terapêutica de cistos ovarianos.

### CASE REPORT: LAPAROTOMY FOR THE REMOVAL OF A GIANT OVARIAN SEROUS CYSTADENOMA

### ABSTRACT

Serous cystadenoma, a subtype of ovarian epithelial tumor, represents 15 to 20% of benign tumors, although in 20% of cases it has malignant characteristics (BRAVO, 2014). Most benign ovarian tumors have the propaedeutic challenge due to differential diagnoses and the possibility that symptoms are absent or nonspecific, such as abdominal pain, gastrointestinal and / or urinary symptoms. Ovarian cyst therapy should consider age and parity, with surgery being the definitive treatment. Therefore, ovarian preservation, when possible, in women without constituted offspring is extremely important. Caution in preserving tumor integrity without rupture is inherent in the surgical practice to remove it. In addition, freezing histological study is indicated for analysis of tumor benignity.

**Keywords:** ovarian cancer; serous cystadenoma; ovarian cyst therapy.

## INTRODUÇÃO

Os tumores de ovário podem ser estratificados em cistos funcionais, cistos proliferativos, tumores sólidos benignos, tumores funcionantes e tumores limítrofes. De acordo com a faixa etária há uma prevalência específica de determinados tumores ovarianos (IMBERT, MOFFA, et al., 2014) (SONG, CHOI, et al., 2011). Após a menopausa, prevalece a ocorrência de tumores malignos. Já no menacme predominam os cistos funcionais de ovário, endometrioma e tumores epiteliais, como o cistoadenoma seroso de ovário (URBANETZ, 2016; PERSANO, SEVERI, et al., 2018). Lembrando sempre a inigualável importância de realizar o diagnóstico diferencial, excluindo, principalmente no período reprodutivo, patologias como abscesso tubo-ovariano, gravidez ectópica e doença pélvica infecciosa. (PALENZUELA, MARTIN, et al., 2008); (SONG, CHOI, et al., 2011).

## Apresentação do caso

M.V.L., sexo feminino, 25 anos, caucasiana, procedente de Cubatão - SP, deu entrada em hospital de nível terciário, em janeiro de 2019, para realização de laparotomia devido a cisto ovariano.

Paciente referia aumento do volume abdominal, de progressão rápida, com início há 2 meses de maneira assintomática, associado a irregularidade menstrual, menorragia e emagrecimento severo, além de dispneia. Relata intensificação da dispneia há uma semana, por mínimos esforços, queixa que contribuiu com sua busca pelo hospital.

Relatava ter ciência de cisto abdominal desde Dezembro de 2018, através de Ultrassonografia de abdome total (realizado dia 13/12/2018) que evidenciou imagem cística de paredes finas e lisas, conteúdo anecóico, ocupando a cavidade abdominal em sua totalidade, rechaçando órgão adjacentes, sem fluxo ao Doppler, medindo em seu diâmetro ântero-posterior 21,8cm e diâmetro transversal 28,3cm, de etiologia a esclarecer.

Em 18/12/2018, após realizar Tomografia Computadorizada de abdome e pelve, foi evidenciado aumento do volume da formação cística peritoneal, medindo 40,0 x 30,0 x 23,0 cm.

No serviço terciário, paciente apresentou-se bradipneica (frequência respiratória de 12 rpm) e com volumosa massa abdominal ao exame físico, de consistência fibroelástica, indolor, que ocupava todo abdome e seus quadrantes. Paciente negava outras patologias, uso de medicações e realização de cirurgias prévias. Seu passado ginecológico e obstétrico era caracterizado por ausência de gestações e paridade, além da ocorrência da menarca aos 13 anos de idade.

No dia 17/01/2019, M.V.L. foi submetida a regime de internação hospitalar para realização de laparotomia. Após consentimento informado por escrito, a paciente foi submetida à cirurgia no dia 18/01/2019, que transcorreu sem intercorrências. Devido ao tamanho e a localização do cisto, foi necessária a realização de incisão mediana xifopúbica. O procedimento realizado foi anexectomia direita, com retirada do cisto de ovário direito, pesando 2000 gramas.

A anatomia patológica, realizada em 18/01/2019 a partir de produto da salpingooforectomia direita, identificou ovário medindo 47,0 x 44,0 x 35,0 cm, com peso de 12 kg, superfície externa lisa com vasos evidentes. Aos cortes, identifica-se cavidade cística única preenchida por líquido seroso amarelo-citrino. A parede cística mede até 0,7 cm de espessura máxima. A superfície interna é lisa, brilhante, identificando-se projeções papilares simples, amolecidas, amareladas, para a luz da cavidade, com espessura máxima de 0,3 cm. Acompanha tuba uterina que mede 7,2 cm de comprimento e 0,5 cm de diâmetro, com luz virtual.

A conclusão deste exame foi presença de tumor seroso borderline, variante micropapilar focal (menos de 5% da extensão neoplásica), e demais áreas do ovário com neoplasia serosa cística desprovida de atipias. Além disso, evidenciou cistos serosos paratubéreos sem evidências de atipias. Não mostrou evidências de focos de microinvasão.

Figura 1. Cisto durante cirurgia.



Figura 2. Cisto durante cirurgia.



Figura 3. Cisto durante cirurgia.



Figura 4. Cisto durante cirurgia.



## DISCUSSÃO

A incidência dos tumores epiteliais prevalece dos 20 aos 40 anos de idade, representando 65% de todas as neoplasias ovarianas (URBANETZ, 2016). O cistoadenoma seroso, um subtipo de tumor epitelial ovariano, representa 15 a 20% dos tumores benignos, embora em 20% dos casos tenha características malignas (BRAVO, 2014).

Os tumores de ovário também podem ser classificados como tumores de baixo potencial maligno, também conhecidos como “borderline” ou de proliferação atípica, que

são neoplasias com baixo potencial de malignidade, subdivididas em duas categorias: com ou sem microinvasão. Suas células mostram atipias discretas com baixo índice mitótico (SOUZA IV, SHIOZAWA, et al., 2005). Segundo dados de 2002 apresentados no 2º. Simpósio Europeu de Câncer de Ovário, em Clermont-Ferrand, não mais do que 2% destes tumores “malignizam” aos 20 anos de observação. Podem apresentar implantes peritoneais invasores (desmoplásicos ou epiteliais) ou não. Os invasores, obviamente, acarretam um prognóstico pior com sobrevida estimada em cerca de 35% aos 10 anos. Podem ser de natureza serosa (65%) ou mucinosa principalmente, mas também endometrióide e de células claras, estes num percentual mínimo (HANBY e WALKER, 2004). O prognóstico é excelente apesar da presença de implantes peritoneais e do comprometimento linfonodal em cerca de 35% das pacientes; nestes casos, há maior risco de recorrência e evolução para carcinoma seroso invasor de baixo grau (JONES, 2006). Como o diagnóstico de tumor maligno de ovário, por vezes, não pode ser descartado na avaliação pré-operatória, há o risco de lesões em estruturas adjacentes devido a ruptura da própria massa (CAMARGOS, MELO, et al., 2016). Portanto, pode ser feita a drenagem intraoperatória dos componentes císticos, devidamente amostrados para citologia, até o ovário encolher o suficiente para permitir uma excisão segura. Para a drenagem, pode ser usada uma técnica que envolve uma cortina transparente auto-adesiva estéril que é aplicada no ovário afetado, isolando a superfície do ovário da cavidade abdominal, evitando o derramamento de líquido cístico no abdome (LEE, SHEU, et al., 2010). Em seguida, é possível realizar a salpingo-ooforectomia unilateral.

Deve-se ter um planejamento pré-operatório cuidadoso e técnica meticulosa intra-operatória, corroborando para um risco mínimo de ruptura do cisto ou derramamento dos seus fluidos. O princípio básico é o isolamento da cavidade abdominal a partir da área onde a massa é perfurada, o que pode ser conseguido tanto com a laparoscopia (IMBERT, MOFFA, et al., 2014) quanto na laparotomia, aplicando-se um pano estéril na massa antes da punção (LEE, SHEU, et al., 2010). Destaca-se ainda, que a excisão incompleta e o derramamento ou ruptura do tumor durante a cirurgia têm sido associados à recorrência da doença mesmo em caso de histologia benigna ou limítrofe (KOSKAS, UZAN, et al., 2011).

Nos últimos anos, a salpingo-ooforectomia unilateral e a tumorectomia, que permitem a preservação completa do ovário não afetado, têm sido defendidas como terapias cirúrgicas eficazes para preservação de fertilidade em tumores ovarianos (IMBERT, MOFFA, et al., 2014) (PEKTAS, OZAT, et al., 2010) (SONG, CHOI, et al., 2011). A criopreservação do tecido ovariano do ovário não afetado pode também ser uma proposta para garantir a preservação da fertilidade (IMBERT, MOFFA, et al., 2014).

O tratamento de escolha para os tumores císticos ovarianos é geralmente a excisão cirúrgica devido aos riscos de torção ovariana, ruptura espontânea e malignidade (PEKTAS, OZAT, et al., 2010). Tradicionalmente, a laparotomia aberta era o procedimento padrão para a cistectomia ovariana. O procedimento laparotômico pode ser realizado através de uma incisão xifo-púbica mediana ou através de uma incisão de Pfannenstiel, que após ser realizada, o cisto é então perfurado com um tubo de sucção e o fluido do cisto é aspirado. O cisto encolhe, e o tumor é então levado para fora do corpo, enquanto aperta firmemente o local perfurado para evitar o derramamento de líquido cístico remanescente no tumor (KOSKAS, UZAN, et al., 2011).

No entanto, os procedimentos laparoscópicos tornaram-se recentemente mais populares, semelhantes a outras especialidades cirúrgicas. Muitos relatos documentaram as vantagens dos procedimentos laparoscópicos para cistectomia ovariana, como visualização aprimorada de toda a pelve, redução da necessidade de analgesia, menor tempo de internação, recuperação precoce e retomada das atividades de rotina e melhores resultados estéticos (SONG, CHOI, et al., 2011). Mas a taxa de ruptura do cisto durante a cirurgia laparoscópica foi relatada entre 6 e 100% (PEKTAS, OZAT, et al., 2010) (PALENZUELA, MARTIN, et al., 2008) (PERSANO, SEVERI, et al., 2018) e,

consequentemente, a cirurgia laparoscópica pode estar associada a riscos aumentados de peritonite química, gliomatose peritoneal, pseudomixoma peritoneal, recidiva tumoral e disseminação de células malignas causadas pelo derrame de líquido cisto ovariano durante a cirurgia (LEE, SHEU, et al., 2010) (KOSKAS, UZAN, et al., 2011) (IMBERT, MOFFA, et al., 2014).

A inexperiência por parte dos cirurgiões tem sido associada a um alto risco de ruptura do cisto durante procedimentos laparoscópicos. (CAMARGOS, MELO, et al., 2016) (FERRIANI, VIEIRA e BRITO, 2015) (LEE, SHEU, et al., 2010). Além disso, dada a raridade dessas condições, novos estudos e cooperação entre centros especializados são essenciais para definir padrões de tratamento.

O tratamento de tumores borderline de ovário contempla cirurgias que, dentro do possível, devem ser conservadoras, especialmente em pacientes jovens que pretendem engravidar. As re-intervenções são, na maioria das vezes, de finalidade curativa uma vez que as recidivas, praticamente sempre, são não-invasoras (PHILIPPE MORICE, 2001). Quimioterapia adjuvante nesta situação (tumores não invasores) não encontra indicação. Em casos de implantes invasores, o tratamento deve ser o mesmo dispensado aos adenocarcinomas do ovário (citorredução completa), inclusive quando indicada, complementação com tratamento adjuvante.

## CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico das massas ovarianas deve visar tanto a remoção do tumor como a preservação da fertilidade dos pacientes. Quanto aos resultados estéticos, uma pequena incisão única é melhor do que a cirurgia laparoscópica porque esta última requer outra incisão através da qual o cisto extraído é exteriorizado.

Em pacientes com grandes tumores císticos do ovário, a punção do cisto, após a cobertura com uma lâmina cirúrgica esterilizada aplicada com cola de secagem rápida, não só previne o derramamento de líquido cístico na cavidade abdominal, mas também apresenta bons resultados estéticos.

Os tumores borderline envolvem condutas terapêuticas que dependem da presença ou ausência de invasão. Caso haja invasão, seria necessária a citorredução completa e, quando indicada, o tratamento adjuvante.

## REFERÊNCIAS

Camargos AF, Melo VH, Carneiro MM, Reis FM. Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidências Científicas, Editora Coopmed, 3ª ed., 2016.

Endocrinologia Ginecológica Clínica e Infertilidade (Fritz and Speroff). 8ª ed., Revinter, 2015.

Ginecologia e Obstetrícia - Febrasgo para o médico residente. 1ª ed., Manole, 2016.

Ginecologia. 1ª ed., Editora da UFF, 2014.

Imbert R, Moffa F, Tsepelidis S, et al. Safety and usefulness of cryopreservation of ovarian tissue to preserve fertility: a 12-year retrospective analysis. Hum Reprod 2014;29:1931-40.

Jones MB. Borderline ovarian tumors: current concepts for prognostic factors and clinical management. Clin Obstet Gynecol 2006; 49-517.

Kanat-Pektas M, Ozat M, Gungor T, et al. Fertility outcome after conservative surgery for borderline ovarian tumors: a single center experience. Arch Gynecol Obstet 2011;284: 1253-8.

Koskas M, Uzan C, Gouy S, et al. Fertility determinants after conservative surgery for mucinous borderline tumours of the ovary (excluding peritoneal pseudomyxoma). *Hum Reprod* 2011;26:808-14.

Lee KR, Tavassoli FA, Prat J, et al. Tumors of the Ovary and Peritoneum. In Tavassoli FA, Devilee P, editors. *Tumors of the Breast and Female Genital Organs*. Lyon:IARCPress, 2003; p 113-257.

Lee LC, Sheu BC, Chou LY, et al. An easy new approach to the laparoscopic treatment of large adnexal cysts. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2011;20:253-6.

Morice P, Camattes S, et al. Clinical outcomes and fertility after conservative treatment of ovarian borderline tumors. *Fertility and Sterility* 2001; vol75; 1:92-96.

Palenzuela G, Martin E, Meunier A, et al. Comprehensive staging allows for excellent outcome in patients with localized malignant germ cell tumor of the ovary. *Ann Surg* 2008;248:836-41.

Persano, G., Severi, E., Cantone, E., Incerti, F., Ciardini, E., & Noccioli, B. Surgical approach to giant ovarian masses in adolescents: technical considerations. *Pediatric Reports* 2018 Sep 25; 10(3): 7752.

Rotinas em Ginecologia (FMRP - USP). 1ª ed., Atheneu, 2015.

Song T, Hun Choi C, Lee YY, et al. Oncologic and reproductive outcomes of cystectomy compared with oophorectomy as a treatment for borderline ovarian tumours. *Hum Reprod* 2011;26:2008-14.

Souza IV, Shiozawa MB, Brusa MGS. Patologia do Câncer Ginecológico. In: Silveira LA, editor. *Câncer Ginecológico*. Florianópolis: UFSC; 2005. p 84-88.

Te Linde - Atlas de Cirurgia Ginecológica. 1ª ed., Revinter, 2016.

Terapêutica Clínica em Ginecologia (HC - FMUSP). 1ª ed., Manole, 2015.