

CÂNCER DE OVÁRIO E GRAVIDEZ TÓPICA

OVARIAN CANCER AND TOPICAL PREGNANCY

VALDIVINA ETERNA FALONE¹; WALDEMAR NAVES DO AMARAL²; LORENA TASSARA QUIRINO VIEIRA³,
WALDEMAR NAVES DO AMARAL FILHO⁴; JONATHA FONSECA LOPES², WINSTON ROQUE DA SILVA², MARIA LUÍSA ALVES MONTES².

RESUMO

O câncer de ovário é o segundo câncer ginecológico mais frequente que complica a gravidez. O objetivo desse trabalho é relatar o caso de câncer de ovário com gravidez tópica, diagnosticado no primeiro trimestre. Após o anatomopatológico o diagnóstico final foi de um cistoadenocarcinoma seroso. Após a cirurgia a gravidez evoluiu normalmente e foi iniciado esquema de quimioterapia.

PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER, OVÁRIO, GRAVIDEZ, DIAGNÓSTICO, ULTRASSOM.

ABSTRACT

Ovarian cancer is the second most common gynecological cancer that complicates pregnancy. This study objective to report a case of ovarian cancer with uterine pregnancy, diagnosed at first trimester. After the pathology, the final diagnosis was a serous cystadenocarcinoma. After surgery, pregnancy progressed normally and a chemotherapy regimen was introduced.

KEYWORDS: CANCER, OVARIAN, PREGNANCY, DIAGNOSIS, ULTRASOUND

INTRODUÇÃO

A incidência de câncer durante a gravidez, nas sociedades desenvolvidas é estimada em um caso de câncer para 1.000 gravidezes. Observou-se um aumento nessa incidência nas últimas décadas. Uma explicação para isso é o fato da entrada da mulher no mercado de trabalho com as gravidezes sendo planejadas para idades mais avançadas¹.

O câncer de ovário é o segundo câncer ginecológico mais frequente que complica a gravidez, estando atrás apenas do carcinoma cervical. A incidência de tumores ovarianos estimada durante a gravidez é de 1:1.000 gravidezes. O câncer primário de ovário é o segundo câncer ginecológico mais frequentemente diagnosticado durante a gravidez, com uma incidência estimada de 1:10.000 a 1:50.000 gravidezes. O tipo histológico mais frequente é o tumor de células germinativas, seguido em ordem de frequência pelos tumores epiteliais. Desses tumores, aproximadamente 3-6% é maligno².

Relata-se achados mais frequentes de massas anexiais, devido, principalmente, ao uso rotineiro de ultrassonografia na gravidez. Uma mulher grávida com neoplasia ginecológica apresenta um desafio significativo para o clínico, pois se deve considerar os efeitos da malignidade na mulher e no feto e como a própria gravidez pode alterar os procedimentos de diagnóstico e a terapia³.

O tratamento representa um grande desafio, já que os quimioterápicos são teratogênicos e causam efeitos a longo prazo

na prole¹. Sendo mais indicado o tratamento cirúrgico, o qual depende do estágio, tipo e presença da via metastática³. O objetivo desse trabalho é relatar o caso de câncer de ovário com gravidez tópica.

RELATO DE CASO:

Paciente JM, 25 anos, G2P1A0, USG obstétrica realizada em 17/05/18 identificou-se imagem cística anexial em ovário direito com volume de 164cm³. Dia 05/06/2018 a imagem cística anteriormente estava com volume menor, 122cm³. Dia 18/06/2018 foi realizado outra USG, 12 semanas de gestação com conteúdo cístico aumentado, volume de 318,7cm³, o feto se encontrava bem. No dia 11/07/2018 a USG, formação cística com volume de 253cm³, apresentando vascularização em áreas sólidas. Em 15/07/18 o exame de USG evidenciou a presença de gestação tópica com feto vivo para 16 semanas, apresentando neoplasia de ovário sólido à direita, medindo 13cm. Doppler apresentou fluxo vascular central no tumor GI-RADS⁴. Foi realizado teste de CA125, onde o resultado foi de 126,40 U/ml, sendo diagnosticado a neoplasia de ovário. Foi realizado laparotomia com anexectomia à direita com feto in locu, sem alteração. Foi retirada massa tumoral pesando 350 g e medindo 12,5 x 7,0 x 6,0cm (figuras 1-5). O material cirúrgico foi encaminhado para o estudo histopatológico, onde foi diagnosticado como tumor seroso borderline. Ocorrendo envolvimento da superfície ovariana comprometi-

1. Clínica Fértil, Goiânia, GO

2. Universidade Federal de Goiás, GO

3. Universidade de Medicina de Rio Verde, GO

4. Schola Fértil, Goiânia, GO

Endereço para correspondência:

Waldemar Naves do Amaral

Email: sbus@sbus.org.br

da pela neoplasia maligna. A tuba uterina apresentava-se sem alterações histopatológicas significativas. Paciente está fazendo uso de progesterona vaginal para útero-inibição e foi orientada a fazer quimioterapia e acompanhar a gravidez. Anátomo patológico da peça cirúrgica foi cistoadenocarcinoma seroso.

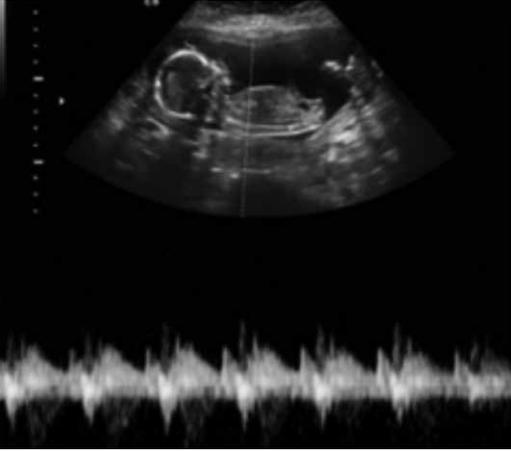


Figura 1 – USG - gestação tópica com feto vivo adequado para II trimestre.

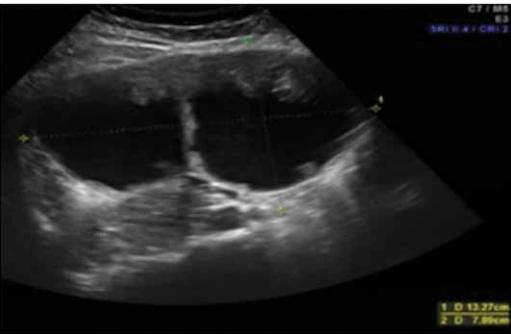


Figura 2 - Neoplasia ovariana sólido-cística multiloculada de 13cm.

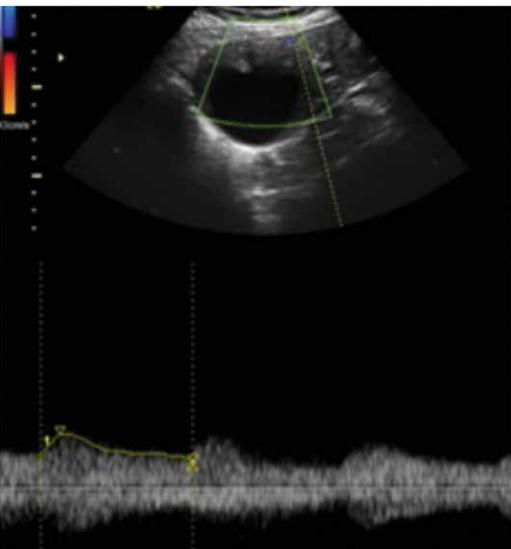


Figura 3 - Doppler colorido de neoplasia ovariana: hiperfluxo e baixa resistência

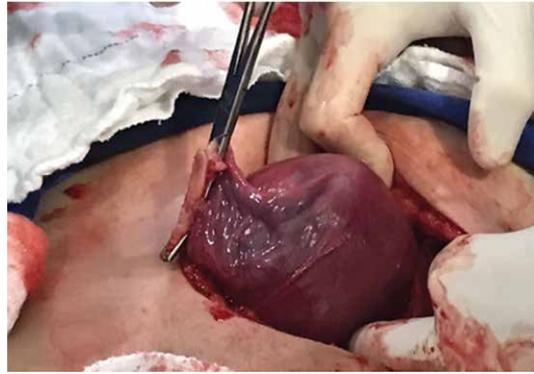


Figura 4 - Laparotomia durante a gravidez – grande tumor cístico.



Figura 5 - Peça cirúrgica de tumor ovariano com projeções papilíferas de superfície.

DISCUSSÃO

A maioria dos casos de neoplasias de ovário não tem sintomatologia específica em fases iniciais. Devido à baixa incidência de cânceres ginecológicos associados à gravidez, não há, na literatura, ensaios clínicos randomizados¹. Entretanto com a realização rotineira da ultrassonografia durante a gestação, a maioria dos tumores de ovário é diagnosticada ainda precoce, quando a doença ainda está restrita ao ovário, possibilitando melhores taxas de cura³.

A avaliação ultrassonográfica transvaginal, com a utilização características, como forma, tamanho, presença de áreas sólidas e resultados do exame Doppler, desempenha um papel fundamental na estimativa do risco de malignidade de massas anexiais persistentes em grávidas⁴. Além disso, quanto aos marcadores tumorais, na mulher não grávida, o CA 125 é empregada para monitorizar câncer epitelial de ovário não-mucinoso. No entanto, deve-se considerar que os marcadores tumorais parecem ter valor limitado durante a gravidez, já que níveis elevados do CA 125 são encontrados

na gravidez normal¹.

Dentre as neoplasias, o teratoma cístico maduro é o encontrado mais frequentemente na gravidez, representando 24% a 40% de todos tumores ovarianos. Os demais tumores são mais raros e a frequência é semelhante aos das mulheres não grávidas⁵.

O início do tratamento deve ser precedido pela discussão ampla sobre o resultado oncológico esperado, incluindo a decisão de interrupção imediata, da espera pela maturidade fetal ou do atraso intencional do tratamento da neoplasia. Deve-se ressaltar que a quimioterapia é contraindicada durante o primeiro trimestre da gravidez, devido à alta taxa de aborto e desenvolvimento fetal anormal, mas pode ser compatível no segundo ou terceiro trimestre². A intervenção cirúrgica, por sua vez, é decidida com base nos achados ultrassonográficos e na evolução clínica. Mulheres com massas persistentes, com diâmetro acima de oito centímetros ou imagens suspeitas de malignidade à ultrassonografia devem submeter-se a cirurgia de preferência no segundo trimestre da gravidez¹.

CONCLUSÃO

É reforçada a necessidade da ultrassonografia de rotina durante a gravidez, evidenciando seus benefícios não somente para a gestação e para o feto, quanto para a saúde ginecológica da mulher gestante. Além disso, a ultrassonografia também é fundamental para o acompanhamento da neoplasia, avaliando alterações de tamanho e de aspecto e dessa forma determinando a conduta a ser tomada de forma individualizada, visando o melhor tratamento para a gestante.

REFERÊNCIAS

1. Silva AP, Venâncio TT, Alves RRF. Câncer ginecológico e gravidez: uma revisão sistematizada direcionada para obstetras. *Femina* 2015; 43.
2. He S, Shen H, Xu L, Li X, Yao S. Successful management of mucinous ovarian cancer by conservative surgery in week 6 of pregnancy: case report and literature review. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2012; 286: 989-93.
3. Behtash N. et al. Ovarian carcinoma associated with pregnancy: A clinicopathologic analysis of 23 cases and review of the literature. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008; 8: 1-7.
4. Takeuchi TS, Suzuki Z, Hayashi TS. Primary ovarian tumor undergoing surgical management during pregnancy. *J Nippon Med Sch* 2002; 69.
5. Sérgio C, Paschoini MDC, Angelo AG. Adnexal mass and pregnancy : case report and review of literature. 2001; 47: 403-06.