



ENIGMA ABDOMINAL: RELATO DE CASO DE TUMOR OVARIANO GIGANTE EM PACIENTE DE 63 ANOS

CAMILA SUGUI; FELIPE MIRANDA IANDOLI; LUIZ GUILHERME FIGUEIRA HONORIO; PAULO FERNANDO KATSUO OGATHA ITO; GUILHERME HIGA DA SILVA

RESUMO

Introdução: Os tumores ovarianos abrangem um espectro de neoplasias, podendo ser benignas ou malignas em mulheres de todas as idades, com sintomatologia variada e inespecífica. O diagnóstico é presumido a partir do exame clínico associado a um exame de imagem, porém apenas é definido após análise histopatológica da peça. O tamanho do tumor varia, e apresenta relação entre o diâmetro, a sintomatologia e a probabilidade de malignidade. **Objetivo:** O relato de caso a seguir tem como objetivo descrever uma paciente que se apresentou com massa abdominal devido tumor ovariano de grandes dimensões a qual foi tratada com ressecção cirúrgica. **Relato de caso/experiência:** Paciente diagnosticada com tumor ovariano de tamanho anormalmente grande, avaliado pelo serviço de Cirurgia Geral da Associação Beneficente do Hospital Santa Casa, foi submetido a extração cirúrgica da massa tumoral por meio de uma histerectomia e anexectomia bilateral. **Discussão:** Como demonstrado no exame de imagem, a tumoração tinha dimensões muito acima do padrão observado na literatura, com um quadro clínico inesperadamente discreto e aspecto histológico não definitivo por aspecto autolítico. **Conclusão:** O presente relato enfatiza a importância da investigação cuidadosa com atenção aos mínimos detalhes observados, demonstrando que mesmo pacientes com queixas mínimas e quadros discretos, podem estar em risco de patologias como as que foram mencionadas, ocultas apesar do tamanho exagerado, com alto risco de mortalidade.

Palavras-chave: neoplasias ovarianas; teratoma; histerectomia; salpingo-ooforectomia; cirurgia geral.

1 INTRODUÇÃO

Os tumores ovarianos abrangem um espectro de neoplasias que afetam mulheres de várias idades, sendo os tumores epiteliais o tipo mais comum, representando 90% das neoplasias ovarianas (Muto, 2024). As apresentações clínicas variam entre tumores benignos e malignos, com sintomas como nódulos abdominais e dor associados a tumores benignos, enquanto os tumores malignos apresentam dor abdominal, sintomas gastrointestinais e ascite (Muto, 2024; Patel, 2024). O câncer de ovário, o câncer ginecológico mais mortal, geralmente não é detectado até estágios avançados devido a sintomas inespecíficos, levando a opções de tratamento limitadas (Patel, 2024). Técnicas de imagem como ressonância magnética e PET/CT desempenham papéis cruciais na detecção de massas ovarianas, na previsão da disseminação e no monitoramento da recorrência (ACR, 2020). Avanços recentes incluem o desenvolvimento de um modelo CNN-CAE para classificar tumores ovarianos com base em imagens de ultrassom, mostrando precisão promissora e potencial diagnóstico na discriminação de tumores ovarianos normais de malignos (Muto, 2024).

O relato de caso a seguir tem como objetivo descrever uma paciente que se apresentou com massa abdominal devido tumor ovariano de grandes dimensões a qual foi tratada com ressecção cirúrgica.

2 RELATO DE CASO/EXPERIÊNCIA

Paciente do sexo feminino, de 63 anos de idade, hipertensa, deu entrada no serviço da Santa Casa de Campo Grande com quadro de dor em quadrantes inferiores de abdome e massa de aumento progressivo em todo abdome há 4 meses. Nega perda de peso. Nega febre, diarreia, náusea e vômitos. Nega demais sintomas. Ao exame físico, apresentava bom estado geral e de nutrição, lúcida e orientada em tempo e espaço, hidratada, normocorada, anictérica, acianótica e afebril. Abdome globoso com massa endurecida palpável em quadrantes inferiores direito e esquerdo, indolor a palpação, sem sinais de peritonite.

Foram realizadas avaliações e exames pré-cirúrgicos. A paciente apresentou uma ressonância magnética realizada previamente, que evidenciou uma volumosa formação multicística complexa na região anexial esquerda, de provável etiologia ovariana, medindo cerca de 24,5 x 16,6 x 19,1 cm, observando-se septações grosseiras e vegetações sólidas medindo até 4,6 cm; visualizado uma formação multicística complexa ovariana a direita, medindo cerca de 6,1 x 3,9 x 5,4 cm, observando-se septações grossas de permeio.

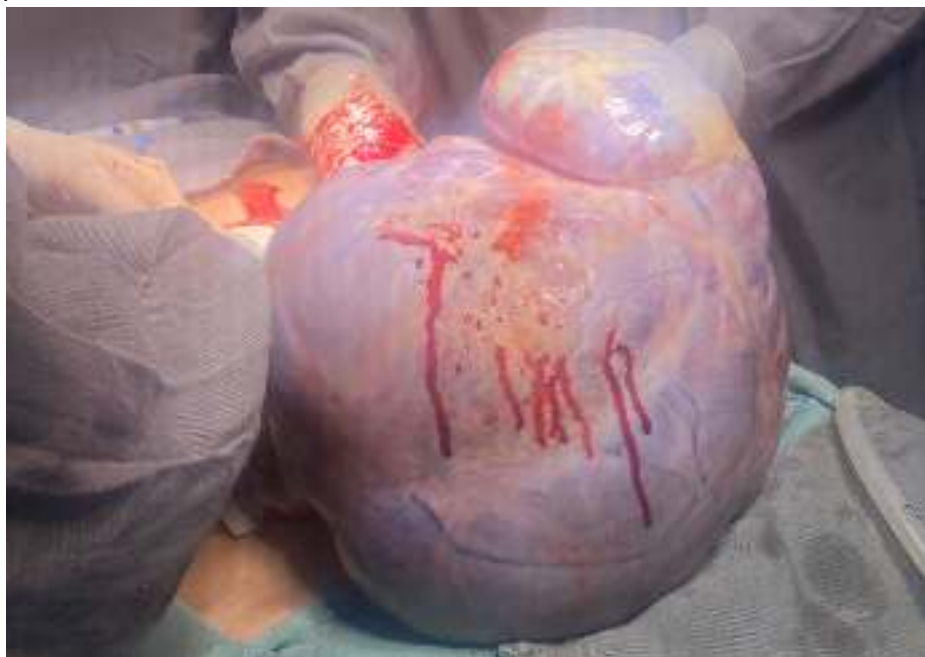
Foi indicada uma histerectomia total com salpingooforectomia bilateral. O procedimento cirúrgico descrito envolve uma série de etapas realizadas em um paciente sob anestesia geral e raquianestesia, posicionado em decúbito dorsal.

Primeiramente, foi realizada a assepsia e antissepsia da região abdominal, seguida pela colocação dos campos cirúrgicos. A incisão foi feita na linha mediana, de extensão xifopúbica, permitindo a abertura da cavidade abdominal em camadas. Durante o inventário da cavidade, constatou-se a ausência de lesões em vísceras ocas ou outras estruturas locais. No entanto, foi identificada uma tumoração volumosa no ovário esquerdo (Figura 1), com cerca de 27 cm de diâmetro e septações visíveis, envolvendo completamente o ovário esquerdo. Além disso, havia uma tumoração no ovário direito, comprometendo este órgão e medindo aproximadamente 8 cm de diâmetro. Observou-se também a presença de aderências frouxas entre o útero e a bexiga, embora o útero não apresentasse alterações significativas. Uma pequena quantidade de líquido abdominal seroso foi notada.

Foi realizada a coleta do líquido intra-abdominal para análise peritoneal. Compressas úmidas foram posicionadas para afastar as alças intestinais. Em seguida, procedeu-se ao pinçamento, secção e ligadura do ligamento redondo com fio de poliglactina 1-0, utilizando a técnica de ponto B-Lynch bilateralmente. Da mesma forma, a artéria uterina foi pinçada, seccionada e ligada com fio de poliglactina 1-0, novamente empregando a técnica de ponto B-Lynch bilateralmente.

A identificação do colo uterino permitiu o pinçamento inferior a este, seguido pela abertura da cúpula vaginal, e a subsequente retirada do útero e do colo uterino. A cúpula vaginal foi fechada com fio de poliglactina 1-0 em pontos contínuos ancorados.

Figura 1. Imagem de intra-operatório evidenciando tumoração ovariana esquerda de grandes dimensões.



Foi realizada uma apendicectomia táctica, onde o mesoapêndice foi ligado com algodão 2-0 e a base apendicular também foi ligada com algodão 2-0. A hemostasia foi revisada minuciosamente. Posteriormente, foi realizada a contagem exata das compressas utilizadas.

A rafia da aponeurose foi feita com fio de polidioxanona 1-0 em pontos contínuos. A sutura da pele foi realizada com pontos simples separados, utilizando nylon 3-0. Após a limpeza e curativo local, as peças cirúrgicas (Figura 2) foram enviadas para análise anatomopatológica.

Figura 2. Imagem ilustrando peça cirúrgica de ooforectomia esquerda com massa de grandes dimensões.



A análise anatomopatológica resultou em cervicite crônica inespecífica leve,

leiomiomas no corpo uterino e endométrio autolisado, ovário direito com intensa e extensa autólise, não se podendo afastar um teratoma, tuba uterina autolisada. Produto de ooforectomia esquerda com material extensamente autolisado. Avaliação quanto a atipias citológicas e infiltração prejudicadas. Paciente segue em acompanhamento seriado em ambulatório de Oncologia Cirúrgica.

3 DISCUSSÃO

Do ponto de vista epidemiológico, tumores ovarianos são o tipo de tumores de anexos uterino mais comuns, sendo identificados em aproximadamente 8 a 35% de pacientes pré-menopausa, e 3 a 17% em pacientes pós-menopausa, demonstrando redução na prevalência dessas patologias associadas a idades mais avançadas (Muto, 2024). Em contraponto, a probabilidade de um tumor ovariano maligno é maior após os 60 anos, apesar de ainda comporem menos de 35% dos casos totais (Patel, 2024).

O caso relatado está no grupo menos provável de apresentar uma massa anexial, porém de maior risco para neoplasia ovariana. O fator que mais se destaca nessa paciente é o tamanho anormalmente elevado da tumoração retirada, apesar da apresentação clínica discreta de desconforto abdominal e ausência de sinais de alarme, visto que esses tipos de lesões são consideradas grandes a partir de 10 cm de diâmetro, e estão associadas a maior risco de malignidade, segundo as classificações da American College of Radiology (O-RADS) e International Ovarian Tumor Analysis (IOTA Simple Rules) (ACR, 2020).

O diagnóstico pode ser uma suspeita após exame clínico, associado a fatores de risco que influenciam a prevalência, como idade, histórico familiar, obesidade, cirurgias prévias e situação de menopausa, porém apenas confirmado mediante exames de imagem adequados, normalmente sendo utilizado o ultrassom transvaginal (Muto, 2024). Nesse caso, a ressonância magnética prévia, trazida pela paciente, possibilitou a confirmação das tumorações ovarianas, com o suporte dos fatores clínicos observados. A imagem caracterizou a massa como multicística com componentes sólidos e tamanho de cerca de 27 cm de diâmetro, qualificando a lesão em questão, pela classificação da American College of Radiology, como O-RADS 4 ou 5, caracterizando intermediário ou alto risco de malignidade (ACR, 2020). Destaca-se que o diagnóstico definitivo depende de características histológicas, avaliadas após remoção cirúrgicas das massas em questão. No relato, a análise anatomopatológica foi prejudicada pelo alto grau de autólise na peça avaliada, impossibilitando a definição de uma característica benigna ou maligna.

4 CONCLUSÃO

O presente relato enfatiza a importância da investigação cuidadosa com atenção aos mínimos detalhes observados, demonstrando que mesmo pacientes com queixas mínimas e quadros discretos, podem estar em risco de patologias como as que foram mencionadas, ocultas apesar do tamanho exagerado, com alto risco de mortalidade. Isso ressalta a necessidade de exames clínicos detalhados, principalmente em pacientes de extremos de idade, que costumam ter apresentações mais atípicas, assim garantindo que condições silenciosas não sejam negligenciadas, promovendo diagnósticos e condutas adequadas de forma precoce, evitando piores desfechos para os pacientes.

REFERÊNCIAS

ACR – AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. O-RADS MR: Tabela de Risco. 2020. Disponível em: <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/RADS/O-RADS/Portuguese-O-RADS-MR-Risk-Table-2020.pdf>. Acesso em: 26 maio 2024.

HOCHBERG L.; HOFFMAN, M. S.. Adnexal mass: Differential diagnosis. UpToDate. 2024. Disponível em: \<<https://www.uptodate.com/>>/.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Câncer de ovário. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/ovario>. Acesso em: 26 maio 2024.

MUTO, M. G.. Approach to the patient with an adnexal mass. UpToDate. 2024. Disponível em: \<<https://www.uptodate.com/>>/.

LI, A. J.. Adnexal mass: Role of serum biomarkers in diagnosing epithelial carcinoma of the ovary, fallopian tube, or peritoneum. UpToDate. 2024. Disponível em: \<<https://www.uptodate.com/>>/.

PATEL, M. D.. Adnexal mass: Ultrasound categorization. UpToDate. 2024. Disponível em: \<<https://www.uptodate.com/>>/.