

## **TUMOR OVARIANO UNILATERAL COM DERRAME PLEURAL: RELATO DE CASO**

ALEXANDRA M. S. DE FREITAS\*  
KAMILA APARECIDA LONGHI\*\*

### **RESUMO**

Mulher, 82 anos, foi admitida no hospital queixando-se de aumento de volume abdominal, dispnéia e síncope. No exame, observaram-se sinais que levantaram a hipótese de tumor maligno ovariano, recomendando-se tratamento cirúrgico. Ao anatomopatológico, evidenciou-se tumor de ovário, com 3372,0 gramas. O diagnóstico histológico foi neoplasia mesenquimal, do tipo fibroma celular. Este tumor benigno pode cursar com ascite e derrame pleural (Síndrome de Meigs), porém pode simular neoplasia maligna. Portanto, o diagnóstico adequado é essencial, já que o tratamento cirúrgico pode ser curativo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasia de ovário, Fibroma, Síndrome de Meigs.

### **ABSTRACT**

#### **UNILATERAL OVARIAN TUMOR WITH PLEURAL EFFUSION: CASE REPORT**

An 82 year-old woman was received in hospital complaining about an increased abdominal volume, dyspnea, and syncope. Examination signs evidenced the hypothesis of malign tumor, and surgical treatment was recommended. Anatomopatology evidenced an ovary tumor with 3372,0 g. Histological diagnosis was of mesenchymal tumor of cellular fibroma type. Such benign tumor can evolve with ascites and pleural effusion (Meigs' Syndrome) and even simulate malign tumor. Therefore, the appropriate diagnosis is made essential, since the surgical treatment may be healing.

**KEYWORDS:** Ovary tumor, Fibroma, Meigs' Syndrome.

## **INTRODUÇÃO**

---

\* Patologista e professora FAMED/Universidade Federal do Rio Grande – FURG.  
(e.mail:amsfreitas@hotmail.com).

\*\* Acadêmica de Medicina da FURG.

Os tumores ovarianos são cânceres ginecológicos raros. No entanto, são os de maior letalidade, mesmo sendo menos frequentes que o câncer de colo de útero<sup>1</sup>. No Brasil, está em oitavo lugar entre os cânceres que acometem mulheres, perfazendo em torno de 1,8 % dos casos<sup>2</sup>. O alto índice de mortalidade deve-se ao diagnóstico tardio e à falta de métodos de

rastreamento como os existentes para outros tipos de cânceres – por exemplo, o exame de Papanicolau para o câncer de colo de útero. A incidência aumenta com a idade, sendo maior nas mulheres entre 50 e 59 anos<sup>3</sup>, mas os tumores também podem ser encontrados em crianças, adolescentes, gestantes e mulheres idosas<sup>4,5</sup>.

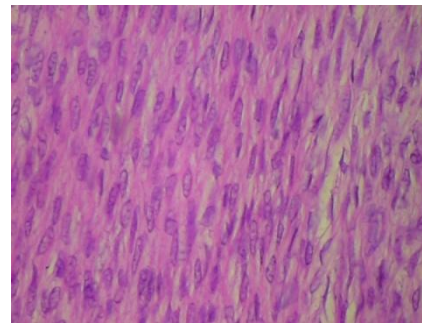
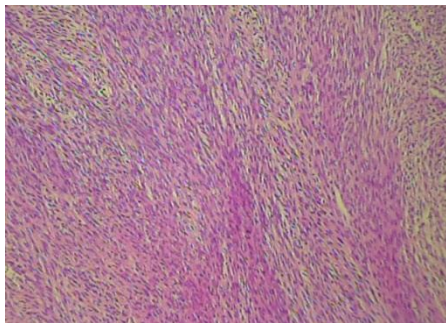
## RELATO DE CASO

E.S.A., mulher, branca, oitenta e dois anos de idade, natural e residente de Rio Grande/RS, aposentada, viúva, dois filhos. Consultou no Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, em maio de 2008. A paciente queixava-se de piora recente da dispnéia e leve dor torácica, relatando início do quadro de dificuldade respiratória há três anos, com piora progressiva, associado à perda de peso estimado em torno de três quilos nos últimos dois meses. Como antecedentes pessoais, refere cirurgia de histerectomia aos quarenta anos de idade. No exame físico apresentava-se em bom estado geral. Ao exame respiratório observou-se diminuição do frêmito tóraco-vocal e murmúrio vesicular à direita, associado a macicez à percussão. Já, o exame abdominal evidenciava assimetria abdominal com presença de massa em hipogástrio, de

consistência endurecida, contornos irregulares, que media aproximadamente vinte e cinco centímetros no seu maior diâmetro. A paciente foi então submetida à laparoscopia diagnóstica e terapêutica pela alta probabilidade de se tratar de neoplasia maligna. No transoperatório evidenciou-se tumor ovariano à direita, sendo realizada ooforectomia direita. O laudo do anatomopatológico descreveu uma massa medindo 22,0 x 19,0 x 15,0 cm e pesando 3372,0 gramas (figuras 1 e 2) sendo diagnosticado como neoplasia mesenquimal ovariana do tipo fibroma (figuras 3 e 4). Do ponto de vista clínico, o quadro apresentado foi considerado como síndrome de Meigs, que consiste na associação de um tumor ovariano benigno com derrame pleural. A paciente evoluiu bem no pós-operatório, com remissão espontânea do quadro do derrame pleural em duas semanas.



FIGURAS 1 e 2 – Aspecto macroscópico da massa em ovário.



FIGURAS 3 e 4 – Aspecto microscópico – fibroma

## DISCUSSÃO

A neoplasia de ovário é a primeira causa de morte entre as neoplasias ginecológicas. Segundo dados do INCA, cerca de três quartos dos tumores malignos de ovário encontra-se em estágio avançado no diagnóstico inicial. Estima-se que quase 70% das pacientes já apresentam metástases no diagnóstico, e sua sobrevivência aproxima-se de 25% em cinco anos<sup>2</sup>.

O câncer de ovário acomete mulheres principalmente acima dos cinquenta anos, mas pode ser encontrado em outras faixas etárias. Infelizmente o quadro clínico inicial é muito frustrante, já que se trata de uma neoplasia geralmente assintomática em seus estágios iniciais. Para que ocorram sintomas é preciso que o ovário atinja um tamanho considerável. Dentre os sintomas mais frequentes, encontramos distensão e dor abdominal, constipação,

disúria, dispnéia. É importante ressaltar que na maioria dos casos, tais sintomas só se manifestarão com a doença abdominal em fase avançada<sup>2</sup>. Pode-se também encontrar a presença de ascite, derrame pleural, sangramento vaginal (mesmo não sendo comum no câncer de ovário), assim como, outras manifestações paraneoplásicas como hipercalemia, tromboflebite arterial ou venosa. Assim, diante de qualquer quadro semelhante é preciso realizar investigação criteriosa, porque estes podem corresponder aos primeiros sinais de doença ovariana. Ao exame físico, um ovário palpável em mulher jovem e magra pode ser considerado normal desde que não apresente características sugestivas de malignidade, tais como: aumento de tamanho, consistência endurecida, bordas irregulares, presença de

aderências e ocorrência de alterações bilaterais. Já, em relação a mulheres na pós-menopausa, qualquer massa ovariana palpável deve ser investigada e, inicialmente deve ser considerada como de grande potencial para neoplasia maligna.

A neoplasia de ovário não possui comportamento de risco como ocorre, por exemplo, com o câncer do colo de útero. Existem apenas fatores que aumentam o risco de desenvolvimento da neoplasia maligna ovariana, tais como ausência de história gestacional e idade acima de 40 anos. Além disso, vários estudos já comprovaram a relação entre o câncer de mama e o de ovário, sendo que mulheres com mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 estão mais vulneráveis a ter câncer de mama bilateral associado com câncer de ovário<sup>6</sup>. Ainda como fator de risco menos expressivo, mas não menos importante, encontra-se a alimentação, que, quando rica em gordura animal e carnes, pode favorecer o aparecimento de um tumor ovariano. O anticoncepcional oral (ACO) é considerado um fator protetor quando usado por mais de cinco anos<sup>2</sup>, pois reduz processos inflamatórios no trato genital feminino ao bloquear enzimas como a ciclooxigenase-2 (COX2) e a aromatase<sup>7</sup>. Contudo, a ovulação induzida pode predispor mulheres a desenvolverem câncer de ovário *borderline*, não se encontrando diferença entre as drogas utilizadas<sup>8</sup>.

O diagnóstico de uma neoplasia ovariana inicia-se com a anamnese e o exame físico sugestivo. Para a confirmação da hipótese clínica utilizam-se métodos de imagem como a ultrassonografia pélvica e a transvaginal, sendo esta última o

método não-invasivo mais utilizado<sup>2</sup>. Estudos já demonstraram que a ultrassonografia pode ser usada com sucesso, também com auxílio da doppler-fluxometria (aumentando acuidade diagnóstica), desde que sejam levadas em conta regras para diferenciar tumores benignos dos malignos. Entre as características que sugerem benignidade encontramos os cistos uniloculares, a presença de componentes sólidos com menos de sete milímetros no seu maior diâmetro, sombra acústica, tumor multilocular menor de 100mm no seu maior diâmetro e ausência de fluxo sanguíneo no doppler. Entre as características que favorecem a malignidade, podemos relatar a presença de tumor sólido e irregular, a ascite e a ocorrência de tumores multiloculares com o maior diâmetro inferior a 100mm<sup>9</sup>. Entre os marcadores séricos, são utilizados o CA 125, a Alfa-Feto proteína e o B-HCG<sup>1</sup>. Dentre estes, o CA 125 é o principal marcador sérico do câncer de ovário, sendo que níveis acima de 35U/ml podem predizer uma neoplasia ovariana, com valor preditivo de 98% em mulheres na pós-menopausa<sup>2</sup>. Mas podem ocorrer tanto falsos positivos, como falsos negativos, devendo-se ter maior cuidado principalmente em mulheres em idade reprodutiva<sup>10</sup>. Outras condições benignas como endometriose, miomas uterinos e doença inflamatória pélvica podem alterar estes marcadores como também outros cânceres, a citar o pulmonar e o do trato gastrointestinal<sup>2</sup>. Nos casos em que as pacientes apresentam derrame pleural ou ascite, deve-se proceder à análise destes líquidos, podendo-se realizar a pesquisa de células neoplásicas. Apesar de todos os recursos descritos para o auxílio do

diagnóstico, em alguns casos ainda pode ser necessária a laparoscopia diagnóstica e terapêutica, principalmente quando o quadro clínico indica malignidade.

O tratamento é basicamente ooforectomia com ou sem histerectomia, dependendo do estadiamento da neoplasia. As neoplasias ovarianas são classificadas em cinco tipos: derivadas do epitélio seroso (mais comuns), derivadas das células germinativas do estroma gonadal especializado, *do mesênquima* e as metastáticas. No caso estudado, tratava-se de um tumor derivado do mesênquima, chamado de fibroma.

Os fibromas são neoplasias ovarianas benignas. São tumores sólidos, usualmente unilaterais, que geralmente ocorrem em mulheres na pós-menopausa, já que não são hormonalmente ativos. A densidade dos fibromas é moderadamente aumentada e podem apresentar atipia nuclear<sup>11</sup>. Na ultrassonografia, pode-se observar uma massa hiperecótica, podendo apresentar áreas calcificadas e degenerações císticas. Dentre os sintomas, a dor abdominal é a regra, podendo apresentar ascite em 10 e 15% dos casos e derrame pleural em 1 a 5% dos casos<sup>11</sup>. A presença de tumor ovariano associado a derrame pleural ou ascite é conhecida por Síndrome de Meigs. Esta é uma entidade clínica incomum, que se torna ainda mais rara quando o derrame pleural é hemorrágico, devendo, portanto, fazer parte do diagnóstico diferencial de tal quadro clínico em mulheres na pós-menopausa<sup>12</sup>. O acúmulo de líquido, como ascite ou

derrame pleural, deve-se a um aumento da permeabilidade capilar causada por um fator vascular endotelial. Este quadro tipicamente apresenta resolução espontânea com a retirada do tumor<sup>11</sup>. Deve-se ter em mente que leiomiomas, *struma ovarii*, cistoadenomas, teratomas e tumores metastáticos podem estar relacionados a pseudo-síndrome de Meigs, assim como, no tumor de Krukenberg (metástases ovarianas de um adenocarcinoma de estômago)<sup>13</sup>. Dentre os marcadores tumorais, o CA 125 pode estar aumentado na Síndrome de Meigs, podendo mimetizar um carcinoma ovariano<sup>5</sup>. O tratamento é feito por meio de cirurgia videolaparoscópica ou laparotomia, onde sempre se realiza ooforectomia. A opção preferencial é a cirurgia videolaparoscópica, levando em conta que esta é considerada diagnóstica e terapêutica, apresentando assim vantagens significativas em relação à laparotomia. Além disso, esta, por limitar a agressão parietal, tem melhor resultado estético, menor permanência hospitalar, menores custos e rápida recuperação pós-operatória<sup>14</sup>. Por fim, é importante lembrarmos que, frente a quadros de tumores ovarianos, após a retirada cirúrgica, o tumor sempre deve ser encaminhado para estudo anatomopatológico. Isto se justifica para que possa ser feito um diagnóstico acurado, de modo que se possa realizar o diagnóstico diferencial entre as neoplasias benignas e as malignas, o que é essencial para os pacientes, tanto do ponto de vista de prognóstico como de terapêutica.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. INCA. Câncer de ovário. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso: ago. 2008.
2. Freitas F et al. Rotinas em Ginecologia. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2006.
3. UptoDate [Arquivo de computador]. Screening for ovarian câncer. Versão 16, 2.2008.
4. Ross D, Gold MA, Sienko AE, et al. Large ovarian cellular fibroma during pregnancy mimicking a lipid cell tumor. *J Okla State Med Assoc*. Disponível em: [www.pubmed.com.br](http://www.pubmed.com.br). Acesso: ago. 2008.
5. Siddiqui M, Toub DB. Cellular fibroma of the ovary with Meig's Syndrome and elevated Ca 125: a case report. *J Reprod Med*. Disponível em: [www.pubmed.com.br](http://www.pubmed.com.br). Acesso: ago 2008.
6. UptoDate [arquivo de computador]. Options for woman with a genetic predisposition to breast and ovarian cancer. Versão 16,2. 2008.
7. Maia HJ, Casoy J. Non-contraceptive health benefits of oral contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. Disponível em: [www.pubmed.com.br](http://www.pubmed.com.br). Acesso em: ago. 2008.
8. Cusidá M, Fábregas R, Pere BS, et al. Ovulation induction treatment and risk of borderline ovarian tumors. *Gynecol Endocrinol*. Disponível em: [www.pubmed.com.br](http://www.pubmed.com.br). Acesso ago. 2008.
9. Timmerman D, Testa AC, Bourne T, et al. Simple ultrasound based rules for the diagnosis of ovarian cancer. *Ultrasound Obstet Gynecol*. Disponível em: [www.pubmed.com.br](http://www.pubmed.com.br). Acesso: ago. 2008.
10. Benjapibal M, Neungton C. Pre-operative prediction of serum Ca 125 level in women with ovarian masses. *J Med Assoc Thai*. Disponível em: [www.pubmed.com.br](http://www.pubmed.com.br). Acesso: ago. 2008.
11. UptoDate [arquivo de computador]. Sex cord stromal tumors of the ovary. Versão 16,2. 2008.
12. Agaba EI, Ekwempu CC, Ugoya SO, Echejoh GO. Meig's syndrome presenting as haemorrhagic pleural effusion. *West Afr J Méd* Disponível em: [www.pubmed.com.br](http://www.pubmed.com.br). Acesso: ago. 2008.
13. Bayod MJ, Carlan ME, Idoate MA. Pseudo Meig's syndrome in patient with Krukenberg's tumor. *Med Univ Navarra* Disponível em: [www.pubmed.com.br](http://www.pubmed.com.br). Acesso: ago. 2008.
14. Tarcoveanu E, Dimofte G, Niculescu D, et al. Ovarian fibroma in the era of laparoscopic surgery: a general surgeon's experience. *Acta Chir Belg*. Disponível em: [www.pubmed.com.br](http://www.pubmed.com.br). Acesso: ago. 2008.