

DIFERENCIAÇÃO ENTRE MASSA ANEXIAL E CÂNCER DE OVÁRIO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE TIPOS, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS

AUTORES

FURLAN, Mariana Barbosa

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

LÁZARO, Camila Aline

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

O câncer de ovário é um dos cinco tipos mais comuns nas mulheres, podendo ser dividido em dois tipos histológicos: câncer de origem epitelial, que é o mais comum, aparecendo em cerca de 90% dos casos e o de origem não epitelial, ocorrendo em 10%. Para cada categoria de câncer, tem um diagnóstico e um tratamento diferenciado. Essas categorias de tumores podem estar presentes em qualquer idade da mulher, desde a adolescência até após a menopausa. Além disso, ainda existem as massas anexiais, em que acometem não só os ovários, mas também, as trompas e o útero e como exemplos temos os cistos ovarianos, endometrioma, teratoma ovariano, torção anexial, entre outros. Essas massas podem acometer a mulher em qualquer idade e a depender disso, a razão de seu surgimento e sua periodicidade variam.

PALAVRAS - CHAVE

Ovário, tumor, diagnóstico, tratamento, massas anexiais.

ABSTRACT:

Ovarian cancer is one of the five most common types in women, and can be divided into two histological types: cancer of epithelial origin, which is the most common, appearing in about 90% of cases, and cancer of non-epithelial origin, occurring in 10%. For each category of cancer, there is a diagnosis and a different treatment. These categories of tumors can be present at any age of the woman, from adolescence to after menopause. In addition, there are still adnexal masses, which affect not only the ovaries, but also the fallopian tubes and uterus, such as ovarian cysts, endometrioma, ovarian teratoma, adnexal torsion, among others. These masses can affect women at any age and, depending on this, the reason for their appearance and their frequency vary.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de ovário é um dos cinco tipos mais comuns nas mulheres e a quarta causa de morte. As neoplasias do ovário são encontradas de formas variadas, podendo ser benignas, malignas ou borderline. A causa para sua formação é desconhecida, mas há muitos fatores de risco, como, menopausa tardia, obesidade, antecedente pessoal e familiar de câncer, entre outros. Além disso, ainda temos os fatores de proteção, no qual podemos citar o uso de anticoncepcionais e a multiparidade.

Além do câncer de ovário, ainda tem as massas anexiais, as quais podem facilmente ser confundidas pelos sinais e sintomas apresentados pelas pacientes. Por isso, é fundamental saber diferenciar uma massa anexial ginecológica de um câncer de ovário.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica, em que foi utilizado a base “online” PubMed e Scielo. O estudo teve início no mês de novembro de 2022 e nesse período, foram coletados artigos de revisões sobre as categorias de cânceres de ovário, tratamentos, diagnósticos e massas anexiais benignas e malignas, entre os anos de 2010 a 2023.

3 DISCUSSÃO

A formação do câncer tem origem quando o DNA de uma célula começa a se alterar e a partir disso, tem a mutação genética. Esse processo, é denominado carcinogênese, e ele possui três estágios: iniciação, ou seja, as células já se encontram “preparadas” e estão geneticamente alteradas, promoção, sendo a transformação para células malignas e progressão, caracterizada pela multiplicação das células malignas.

Atualmente, existem duas categorias de tumores: o de células epiteliais do ovário e seus subtipos (serosos, mucinosos, endometriode, de Brenner...) e o de origem não epitelial e seus subtipos (tumores malignos de células germinativas e do estroma). Só em 2012, na Europa, foram relatados mais de 60.000 novos casos de todas as categorias de cânceres de ovário, nos quais mais de 40.000 faleceram, sendo assim, a quarta causa de morte no mundo.

Além desses citados anteriormente, ainda existe o tumor borderline, que por conter características entre carcinomas invasivos e tumores benignos, têm uma identificação histológica e diagnóstico difíceis. Desde o ano de 1970, o câncer de ovário borderline ou limítrofe, está classificado em um grupo sozinho comparado a outras

categorias de câncer, por ser distinto dos tipos benignos e dos carcinomas. O primeiro caso do borderline, foi revelado em 1929.

Tumores de células epiteliais	Tumor seroso Tumor mucinoso Tumor endometrióide Tumor de células claras Tumor de Brenner
Tumores de células não epiteliais	Tumor de células germinativas Tumor do estroma e cordão sexual

Fonte: Elaborado pela autora com base no Tratado de Ginecologia de BEREK e NOVAK

3.1 TUMORES DE CÉLULAS EPITELIAIS DO OVÁRIO

3.1.1 Tumor seroso

Esse tipo de tumor é o mais comum. As células epiteliais estratificadas serosas se assemelham com as células secretoras da trompa de Falópio. Essa categoria de tumor, é a mais comum e cerca de 60% dos casos, são benignos. Quando existem variações ou alguma invasão, o prognóstico é ruim. A malignidade desta categoria de tumor está entre os 40 a 60 anos. Pode ser subclassificado em tumores serosos limítrofes e carcinoma seroso.

Os tumores serosos limítrofes ocorrem em 10% dos casos. Recebe esse nome por haver uma membrana basal separando o epitélio do estroma, ou seja, está limitada a essa camada, ocorrendo a não invasão do estroma. Já o carcinoma seroso é diferente do tumor limítrofe, porque ele há invasão do estroma.

3.1.2 Tumor mucinoso

O epitélio é secretor de mucina, assim comparado aos tecidos gástrico e intestinal. Existem dois subtipos, o mais comum é o intestinal, em que ocorre em mulheres mais velhas, ou seja, com mais de 40 anos, é geralmente unilateral, mas pode ser bilateral (5%), com tamanho médio de 20 – 22 cm. O outro subtipo é o endocervical, ele é pequeno, menos comum que o intestinal, bilateral e ocorre em jovens, mais especificamente acima dos 30 anos. Em países ocidentais, o tipo seroso é o mais comum, diferentemente dos países asiáticos. Além desses subtipos, ele é subclassificado em tumores mucinosos limítrofes, carcinomas mucinosos e pseudomixoma peritoneal. Desses subtipos, o mais importante é o pseudomixoma peritoneal e ele pode ser de origem ovariana ou do apêndice e nele ocorre o rompimento do tumor mucinoso que fica rearranjado no abdome ou na pelve da mulher. Os sintomas apresentados são desde distensão abdominal e dor até náuseas e vômitos.

3.1.3 Tumor endometrióide

Pode chegar em tamanho de até 10 cm, unilateral, podendo ser encontrado em doenças extra ovarianas. Essa categoria de tumor tem uma relação com a endometriose (20%).

3.1.4 Tumor de células claras

O de células claras, tem o tamanho de cerca de 15 cm, mais comum em mulheres japonesas e são resistentes à quimioterapia, ou seja, ele tem o pior prognóstico. Frequentemente é diagnosticado em estágios iniciais. Assim como o tumor endometrióide, o de células claras também está associado com a endometriose.

3.1.5 Tumor de Brenner ou de células transicionais

O primeiro caso descrito foi por MacNaughton Jones em 1898. Em 1971, Roth e Sternberg, relataram outra categoria de tumor e então deram o nome de tumor de Brenner proliferativo. Os tumores de Brenner, são os mais raros e menos de 60 casos foram relatados em estudos científicos. Este tumor, está presente em mulheres com mais de 50 anos, com quadro clínico de massa e dor abdominal, náuseas, perda de peso e outros sintomas abdominais e pélvicos, ou ainda, existem mulheres que são assintomáticas.

3.1.6 Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico para os tumores de células epiteliais é por ultrassonografia (USG) de abdômen e pelve, além de tomografia computadorizada (TC). A dosagem de CA 125, não é específica para o câncer, mas pode diferenciar massas malignas de benignas. O tratamento é cirúrgico, ou seja, ressecção do tumor e em alguns casos faz-se o uso de quimioterapia.

3.2 TUMORES DE CÉLULAS NÃO EPITELIAIS DO OVÁRIO

Já os tumores de origem não epitelial, são responsáveis por 10% dos casos.

3.2.1 Tumores de células germinativas

Representa 5% de todos os cânceres. É mais comum em mulheres jovens e por isso que em crianças e pré-adolescentes, seu prognóstico é ruim, por ser mais de 75% das vezes maligno.

3.2.2 Tumores do estroma e cordão sexual

Ele é raro e ocorre em mulheres após os 50 anos. Normalmente está associado à produção de hormônios. Existe uma subclassificação que são os tumores de células de Sertoli-Leydig, no qual é mais frequente até os 40 anos, ele é raro e apresenta menos de 0,3%.

3.2.3 Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico é feito por TC de abdômen e pelve, raio-X de tórax e ultrassom transvaginal (USTV). Além dos exames de imagem, também são solicitados os exames de sangue, Beta HCG, DHL, alfa-fetoprotéina e inibina B. Já o tratamento, irá depender do estágio, se está no início ou avançado.

3.3 CÂNCERES DE OVÁRIO INCOMUNS

Essa classificação também é sobre tumores malignos e aqui encontram-se três tipos, tumores de células lipóides, sarcomas e carcinoma de pequenas células.

Os tumores de células lipóides têm origem proveniente dos resíduos do córtex da suprarrenal. A princípio é benigno, mas pode progredir para metástases. Os sarcomas, ocorrem mais de 75% dos casos após a menopausa e são bem agressivos. E por fim, o carcinoma de pequenas células é raro e acomete mulheres com idade até 46 anos. Muitas das vezes é acompanhado por hipercalcemia paraendócrina e quando diagnosticados, já existem metástases.

3.3.1 Tratamento

O tratamento é cirúrgico, junto com quimioterapia com platina e radioterapia.

3.4 TUMORES METASTÁTICOS

6% dos tumores ocorrem metástase para outros órgãos. Esses são divididos em ginecológicos e não ginecológicos.

Os tumores ginecológicos são o carcinoma tubário e do colo do útero. Já o não ginecológico o mais importante é o tumor de Krukenberg. Ele é raro, é um adenocarcinoma e sua ocorrência não chega a 2% de todos os tumores. Mas, nos países asiáticos sua ocorrência ultrapassa os 15%. O primeiro órgão afetado é o estômago, seguido pelo intestino e mama.

3.4.1 Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico do tumor de Krukenberg também é por exames de imagem, mas aqui o primeiro exame a ser feito é a tomografia computadorizada (TC), seguida pela ultrassonografia de pelve e abdome. Os marcadores pedidos são os CEA e CA19-9, porque eles são mais acentuados nesse tumor, do que nos tumores primários dos ovários. O tratamento feito é a cirurgia paliativa, mais especificamente a metastasectomia em um ou ambos os ovários.

3.5 DOENÇAS ANEXIAIS BENIGNAS

Os sinais e sintomas das massas anexiais e dos tumores de ovários, são extremamente iguais e com isso, muitos profissionais confundem os diagnósticos. Toda vez que existe alguma alteração, precisa ficar atento com o quadro clínico e ele depende da causa. As pacientes podem ser assintomáticas, descobrindo em uma rotina ginecológica, oligossintomáticas, em que existem sintomas inespecíficos ou sintomáticas em que a dor pélvica é a mais existente. Ademais, a anamnese e exame físico são muito importantes, seguidos pelos exames de imagem e marcadores tumorais.

3.5.1 Massas ovarianas não neoplásicas

Nessa categoria, estão classificados todos os cistos ovarianos, como o folicular, corpo lúteo e tecaluteínico, sendo que o mais comum, é o folicular. Os fatores de risco, são para as mulheres que usam maconha, tabaco e que são obesas.

Existem três tipos de complicações de cistos ovarianos, podendo ser uma emergência/urgência ginecológica e são eles, torção, ruptura e hemorragia e quando isso ocorre é preciso ser confirmado com videolaparoscopia.

Além dos cistos acima citados, ainda tem o endometrioma ovariano, mais conhecido também como “cisto em chocolate”. Esse tipo de massa ovariana, está comumente interligada com a doença endometriose e estudos recentes mostram também, uma associação com o câncer de ovário.

3.5.2 Massas ovarianas neoplásicas

Aqui está classificado o teratoma maduro. Essa lesão pode ter o crescimento de vários tecidos embrionários, podendo desenvolver dentes, ossos, gordura, cabelos, entre outras estruturas. Quando existe uma suspeita do teratoma, a conduta clássica é cirúrgica, na qual é retirado o cisto íntegro e de forma completa, preservando o ovário. Esse tumor, geralmente, é benigno, mas em 2% dos casos, pode ocorrer uma transformação maligna.

Ainda se encontra nessa categoria, o cistoadenoma seroso. Sua prevalência predomina em mulheres com até 50 anos e raríssimas vezes aparece em crianças. O cistoadenoma é considerado um cisto gigante com até 15 cm e por ser tão grande, uma das suas possíveis complicações são a torção e também sua ruptura.

3.5.3 Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico das massas anexiais benignas são semelhantes aos dos tumores ovarianos, o ultrassom transvaginal (USTV) é o método mais eficiente, seguido pelo USTV com Doppler, pois ele irá avaliar lesões vasculares. Além dos exames de imagem, marcadores como CA125, HE4, LDH, α -etoproteína e hCG.

O tratamento irá depender do tamanho do cisto ovariano, se ele for pequeno, certamente vão ser reabsorvidos pelo organismo. Se o tamanho ultrapassar de 50mm de diâmetro, é importante realizar uma ultrassonografia anualmente. E por último, cistos que excedem 70mm, devem ser avaliados por exames de imagem mais precisos ou cirurgia.

4 CONCLUSÃO

Muito tem se estudado sobre os tipos de câncer de ovário, a sua epidemiologia, fatores de risco e principalmente, a sua incidência comparada com a idade das mulheres. Mas, primeiramente, é preciso diferenciar as neoplasias do ovário de uma massa anexial. Por isso, quando se faz algum exame de imagem, deve-se sempre suspeitar de cistos ovarianos funcionais ou de tumores malignos.

REFERÊNCIAS

AZIZ, M.; KILLEEN, R. B.; KASI, A. **Krukenberg Tumor**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482284/#_NBK482284_pubdet_>.

BEREK, Jonathan S. Tratado de Ginecologia Berek & Novak. **Rio de Janeiro. Guanabara**, 2014.

BIGGS, W.; MARKS, S. **Diagnosis and Management of Adnexal Masses**. [s.l.] , [s.d.]. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2016/0415/afp20160415p676.pdf>>.

BROWN, J.; FRUMOVITZ, M. Mucinous Tumors of the Ovary: Current Thoughts on Diagnosis and Management. **Current Oncology Reports**, v. 16, n. 6, 29 abr. 2014.

COLOMBO, N. et al. ESMO–ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. **Annals of Oncology**, v. 30, n. 5, p. 672–705, maio 2019.

COLOMBO, N. et al. Non-epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of Oncology**, v. 23, p. vii20–vii26, out. 2012.

Como surge o câncer? Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/como-surge-o-cancer>>.

CORRALLO, A. **Hospital do Servidor Público Municipal TUMOR BORDERLINE DE OVÁRIO BILATERAL: RELATO DE CASO EM PACIENTE DE 29 ANOS DE IDADE**. [s.l.] , 2012. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2011/sms-3694/sms-3694-2283.pdf>>.

DU BOIS, A. et al. Management of borderline ovarian tumors. **Annals of Oncology**, v. 27, p. i20–i22, abr. 2016.

FISCHEROVA, D. et al. Diagnosis, Treatment, and Follow-Up of Borderline Ovarian Tumors. **The Oncologist**, v. 17, n. 12, p. 1515–1533, 28 set. 2012.

GAŁCZYŃSKI, K. et al. Ovarian endometrioma – a possible finding in adolescent girls and young women: a mini-review. **Journal of Ovarian Research**, v. 12, n. 1, 7 nov. 2019.

KFOURI, C. et al. Cistoadenoma seroso gigante de ovário manifestando-se como ascite em paciente pré-púbere. **Relatos de Casos Cirúrgicos do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 4, n. 2, p. 1–3, 2018.

LEDERMANN, J. A. et al. Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of Oncology**, v. 24, p. vi24–vi32, out. 2013.

MOBEEN, Sadia; APOSTOL, Radu. Cisto no ovário. **StatPearls [Internet]** , 2020.

PATRONO, María Guadalupe et al. Borderline tumours of the ovary, current controversies regarding their diagnosis and treatment. **Ecancermedicalscience**, v. 7, 2013.

PONTOS-CHAVE. [s.l: s.n.]. Disponível em:
<<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/52492/2/Massa%20anexial%20diagn%c3%b3stico%20e%20manejo.pdf>>f>.

RAY-COQUARD, I. et al. Non-epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of Oncology**, v. 29, p. iv1–iv18, out. 2018.

SUN, Y.; XU, J.; JIA, X. The Diagnosis, Treatment, Prognosis and Molecular Pathology of Borderline Ovarian Tumors: Current Status and Perspectives. **Cancer Management and Research**, v. Volume 12, p. 3651–3659, maio 2020.

USHIJIMA, K. et al. Epithelial borderline ovarian tumor: Diagnosis and treatment strategy. **Obstetrics & Gynecology Science**, v. 58, n. 3, p. 183, 2015.

ZHENG, Ruifang; HELLER, Debra S. Borderline Brenner tumor: a review of the literature. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 143, n. 10, p. 1278-1280, 2019.