

Teratoma ovariano parasitário do omento

Parasitic ovarian teratoma of the omentum

Eduardo Cunha da Fonseca¹, Cassiano de Souza Moreira², Adriana Coelho da Silveira², Roberto de Lima Fernandes²

RESUMO

¹ Professor auxiliar da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Ginecologista-Obstetra Hospital Mater Dei. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Relata-se um caso de teratoma parasitário do omento que se originou de um tumor dermoide do ovário esquerdo. Revisão da literatura revelou 23 casos que ocorreram, na maior parte, no sexo feminino. Em alguns casos, o teratoma maduro do omento demonstrou evidência histológica de estroma ovariano, sendo associado a tumor dermoide do ovário remanescente contralateral, como neste caso. Acredita-se, então, que a autoamputação e reimplante de um tumor dermoide do ovário seja a etiologia mais comum do teratoma omental. Dor abdominal é geralmente o principal sintoma e no exame físico uma massa móvel abdominal ou pélvica é frequentemente encontrada. Tanto a ultrassonografia com doppler de fluxo em cores como a tomografia computadorizada são úteis no diagnóstico, porém a localização omental correta e exata é extremamente difícil. Teratomas maduros do omento podem ser tratados por ressecção simples. Já os teratomas imaturos, tumores potencialmente malignos, requerem tratamento adjuvante.

Palavras-chave: Teratoma; Cisto Dermoide; Omento; Neoplasia Ovarianas.

ABSTRACT

This is a case report of a parasitic teratoma of the omentum that derived from a dermoid tumor in the left ovary. The review of the literature pointed to 23 cases of teratoma, most of which affecting women. In some cases, as the one herein described, the mature teratoma of the omentum is followed by histologic evidence of stroma of the ovary and associated with dermoid tumor of the remaining contralateral ovary. Self-amputation and reimplantation of a dermoid tumour in the ovary is thus believed to be the most common etiology for teratoma of the omentum. Abdominal pain is usually the main symptom, and mobile abdominal or pelvic mass is usually found during physical examination. Both color doppler fluximetry ultrasound and computerized tomography are useful for diagnosis purposes, but the accurate and precise localization of the omentum is of high complexity. Mature teratomas of the omentum can be treated with simple resection. Immature teratomas, potentially malign tumors, demand adjuvant treatment.

Key words: Teratoma; Dermoid Cyst; Omentum; Ovarian Neoplasia.

Recebido em: 08/03/2010
Aprovado em: 05/09/2012

Instituição
Hospital Universitário São José (FCMMG).
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Cassiano de Souza Moreira
Rua dos Aimorés 2139, apto. 1001
Bairro: Lourdes
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30140-072
E-mail: cassianomoreira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O teratoma maduro, também conhecido como teratoma cístico benigno ou cisto dermoide, é um dos tumores de ovário mais comuns. Porém, o teratoma de omento é extremamente raro.

O primeiro caso de cisto dermoide de omento foi descrito por Lebert, em 1734. Há menos de 25 casos descritos na literatura.

Este relato descreve um caso de teratoma benigno parasitário do omento associado a cisto dermoide do ovário direito. A ausência do anexo esquerdo sugere que o tumor sofreu autoamputação e reimplante no grande omento.

RELATO DE CASO

Paciente, feminino, 67 anos, negra, hipertensa, tabagista, diagnosticada com massa abdominal assintomática em consulta ginecológica para realização de citologia oncológica de rotina há um ano. Nega sangramento vaginal, dor abdominal atual ou progressiva ou alterações do hábito intestinal. Relata ainda inapetência e perda ponderal de 5 kg no último ano. Não sabe informar menarca, sexarca, menopausa ou regularidade dos ciclos menstruais. Nunca fez uso de anticoncepcional hormonal oral. G₁P₁A₀ (parto normal).

O exame físico revelou massa pélvica móvel, endurecida, pouco dolorosa, com cerca de 20 cm, ocupando todo o hipogástrio e chegando à região umbilical.

O ultrassom endovaginal revela útero ântero-versoletido (AVF) com 19 cm³ de volume, contornos regulares, endométrio hiperecogênico com 3,8 mm de espessura, anexos não visibilizados, com massa heterogênea no hipogástrio, próximo do fundo uterino, com duas porções medindo 9,5 x 7,2 e 8,2 x 5,2 cm³. Ausência de líquido livre na cavidade, o antígeno carcinoembrionário125 estava em 4,7 UI/mL.

A laparotomia exploradora, após preparo colônico, ressaltou útero normal, tumor ovariano direito de aproximadamente 10 cm, ausência de anexo esquerdo e tumor volumoso, endurecido, brancacento, medindo cerca de 20,0 x 10 cm, fortemente aderido ao omento e jejuno. Foi realizada histerectomia total, anexectomia direita, exérese da massa omental em bloco com jejuno e enterorrafia (Figuras 1, 2, 3). Recebeu alta hospitalar no sexto dia pós-operatório em boas condições clínicas.

O estudo anatomopatológico demonstrou tumor dermoide em ovário direito 8,0 x 8,0 cm e em massa omental 20,0 x 11,0 x 5,0 cm.

DISCUSSÃO

A real incidência de teratomas omentais, considerados raríssimos, é desconhecida.¹ Em revisão da

literatura inglesa, até o momento, foram encontrados 22 casos de teratoma do grande omento^{1-3,10-19} e três do pequeno omento.^{17,20}



Figura 1 - Teratoma ovariano parasitário do omento. Fonte: Arquivo pessoal do autor.



Figura 2 - @@@

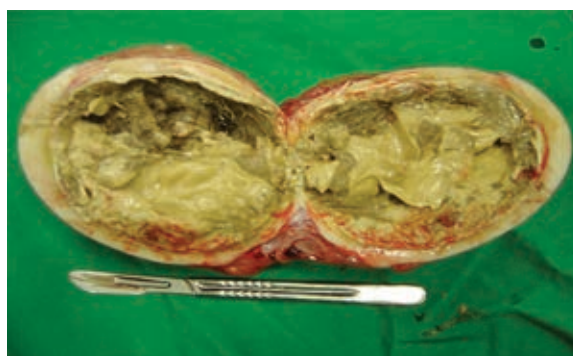


Figura 3 - @@@

Os teratomas omentais são mais frequentes em mulheres em idade reprodutiva, podendo ocorrer também em faixas etárias mais jovens e avançadas.¹

A etiologia é malcompreendida. São propostas três teorias para a sua causalidade:

- teratoma primário do omento proveniente de células germinativas deslocadas;
- ovário supranumerário instalado no omento;

- autoamputação ovariana com reimplantação parasitária no omento (mais aceita).

Esta última teoria foi proposta em 1881 por J.K. Thornton³. Acredita-se que o tumor dermoide (5-25% de todas as neoplasias de ovário) apresente torção do pedículo (complicação mais frequente, ocorrendo em 16,1% dos casos)⁴ e sofra completa separação a partir de seu pedículo, tornando-se teratoma parasitário.^{4,5} Como o grande omento possui papel único de defesa intra-abdominal no processo inflamatório, formando aderências, torna-se o principal local para a implantação secundária do tumor.

Também pode ocorrer sem que haja torção aneal, a partir da formação de aderências com neovascularização entre o tumor e o omento.^{6,7} Além disso o útero miomatoso volumoso pode “expulsar” o tumor da região pélvica, sendo outro possível mecanismo.⁸

O exame anatomopatológico dos tumores omentais geralmente revela padrão típico de cisto dermoide benigno, sendo relatados apenas dois casos de teratoma imaturo.^{9,10}

A apresentação clínica é variável, sendo a dor em abdome inferior o sintoma mais comum. A dor pode refletir a compressão de órgãos adjacentes pelo tumor. Também pode acontecer distensão abdominal por ascite, no caso de teratoma imaturo.¹⁰ Em um terço dos casos são assintomáticos e encontrados durante cirurgias abdominais¹¹, exames ginecológicos^{7,12-14}, exames de imagem e em necropsias¹⁵.

No exame físico, a mobilidade é o traço mais característico desse tipo de tumor. Pode localizar-se na pelve, simulando uma massa anexial¹⁶, ou periumbilical ou epigástrico⁸.

Os exames complementares como a radiografia abdominal pode visibilizar o teratoma omental como uma massa radiopaca com calcificações.^{6,13,17-19} A ultrassonografia pélvica ou abdominal revela um tumor com características de teratoma e o estudo com doppler pode adicionar informações úteis sobre a sua localização.⁸ A tomografia computadorizada também pode ser de grande valor no diagnóstico e localização do tumor.⁸ Não há exame complementar padrão-ouro.

A exata localização do tumor quase nunca é realizada no pré-operatório. O diagnóstico diferencial inclui massa abdominal^{2,10,12} ou pélvica¹⁶, tumor de ovário^{1,9}, cisto dermoide ovariano¹⁴, colelitíase assintomática¹³, carcinoma de estômago²⁰, carcinoma metastático⁶, cisto hidático calcificado¹⁷, entre outros.

O tratamento de escolha é a laparotomia exploradora. O procedimento cirúrgico realizado para teratoma maduro do grande omento é a dissecação do tumor do omento^{12,13} ou ressecção em bloco com omentectomia parcial.^{6,7,21} Em alguns casos, a excisão do tumor é impossível devido às adesões intensas. A marsupialização nesses casos pode ser eficaz.²⁰

A inesperada ausência unilateral de anexo na laparotomia deve alertar o cirurgião para explorar a cavidade abdominal para possível autoamputação e reimplante de tumores de ovário.²²

REFERÊNCIAS

1. Mumey N. Dermoid cysts of the great omentum. *Am J Surg.* 1928; 5:56-60.
2. Lazarus JA, Rosenthal AA. Synchronous dermoid cyst of great omentum and ovary. *Am Surg.* 1931; 93:1269.
3. Thornton KD. Dermoid cyst. *Am J Obstet.* 1881; 19:697.
4. Peterson WF, Prevost EC, Edmunds FT, et al. Benign cystic teratomas of the ovary. A clinico-statistical study of 1007 cases with a review of the literature. *Am J Obstet Gynecol.* 1955; 70:368-72.
5. Pantoja E, Noy MA, Axtmayer RW, et al. Ovarian dermoids and their complications. Comprehensive historical review. *Obstet Gynecol Surv.* 1975; 30:1-20.
6. Bell DA, Demopoulos RI. Benign cystic teratoma in the omentum: a mechanism of its development. *Diagn Gynecol Obstet.* 1980; 2:205-8.
7. Smith R, Deppe G, Selvaggi S, Lall C. Benign teratoma of the omentum and ovary coexistent with an ovarian neoplasm. *Gynecol Oncol.* 1990; 39:204-7.
8. Ralls PW, Hartman B, White W, et al. Computed tomography of benign cystic teratoma of the omentum. *J Comput Assisted Tomogr.* 1987; 11:548-9.
9. Ordonez NG, Manning JT, Ayala AG. Teratoma of the omentum. *Cancer.* 1983; 51:955.
10. Spurney RF, McCormack KM. Immature omental teratoma. *Arch Pathol Lab Med.* 1987; 111:762-4.
11. D'Abreu AL. A dermoid cyst of the great omentum with unusual attachments. *Br J Surg.* 1934; 22:390-1.
12. Printz JL, Choate JW, Townes PL, Harper RC. The embryology of supernumerary ovaries. *Obstet Gynecol.* 1973; 41:246-52.
13. Compton AA, Tandan A, Fleming WPC. Coexistent benign teratomas of the omentum and ovary. A case report. *J Reprod Med.* 1985; 30:209-10.
14. Mercer L, Toub D, Cibil S. Tumors originating in supernumerary ovaries. *J Reprod Med.* 1987; 32:932-4.
15. Kearney MS. Synchronous benign teratomas of the greater omentum and ovary. Case report. *Br J Obstet Gynecol.* 1983; 90:676-9.

16. Leno C, Combarros O, Berciano J. Lumbosacral plexopathy due to generally achieved by ultrasonography and on computed-dermoid cyst of the greater omentum. *Postgrad Med J*. 1987; 63:45-9.
 17. McNeill Love RJ. Dermoid cyst simulating gastric ulcer. *Br J Surg*. 1930; 18:339.
 18. Hogan ML, Barber DD, Kaufman RH. Dermoid cyst in supernumerary ovary of the greater omentum. Report of a case. *Obstet Gynecol*. 1967 Mar; 29(3):405-8.
 19. Warfield JOJ. Omental dermoid cyst. *Am Surg*. 1956; 22:652.
 20. Meyer K, Shapiro P. Dermoid cyst of the lesser omental bursa. *Am J Surg*. 1935; 17:551-3.
 21. Besser M, Posey D. Cystic teratoma in a supernumerary ovary of the greater omentum. A case report. *J Reprod Med*. 1992; 37:189-93.
 22. Ushakov FB, Meirou D, Prus D, et al. Parasitic ovarian dermoid tumor of the omentum – A review of the literature and report of two new cases. *Europ J Obstet Gynecol*. 1998; 81:77-82.
-