

Carcinoma de células claras do ovário diagnosticado em paciente submetida a três laparotomias exploradoras

Diagnosis of clear cell carcinoma of ovary in a patient who underwent three exploratory laparotomies

Júnia Cajazeiro¹, Michele Campos Barreto¹, Douglas Oliveira da Costa¹,
Fernanda Ramos de Carvalho¹, André Felipe Ferreira de Souza¹, Guilherme Gomes de Freitas¹,
Humberto Henrique Smith França¹, Leandro Saldanha Nunes¹, Sofia Fakher Fakhouri²

RESUMO

Os tumores anexiais são, na maioria, benignos, entretanto, a possibilidade de malignidade deve sempre ser considerada. São registrados cerca de 200 mil novos casos anualmente e 120 mil mortes por neoplasias de ovário em todo o mundo. Este relato é de paciente inicialmente assintomática, que evoluiu em 38 dias com três episódios de abdome agudo e submetida a três laparotomias de emergência, apresentando grande morbidade e prognóstico ruim. Apresentou diagnóstico de carcinoma de células claras, tipo raro de tumor ovariano, cuja prevalência em países ocidentais é de 3 a 10% dos cânceres epiteliais de ovário. O diagnóstico é normalmente tardio, ocorre em média aos 55 anos, e o prognóstico é reservado.

Palavras-chave: Carcinoma; Neoplasias Ovarianas.

ABSTRACT

Adnexal tumors are commonly encountered in gynecologic practice, and the etiology of the majority is benign masses. The possibility of a malignant process must always be considered. Every year about 200,000 new cases and 120,000 deaths from ovarian cancer are registered worldwide. The reported case is about a patient, initially asymptomatic, who developed in 38 days three episodes of acute abdomen and underwent to three emergency laparotomies, presenting high morbidity and poor prognosis. The patient had the diagnosis of clear cell carcinoma of the ovary, which is a rare type of ovarian tumor with prevalence in Western countries of about 3 to 10% of all ovarian epithelial cancers. The diagnosis is usually delayed, on average at 55-year women and the prognosis is poor.

Key words: Carcinoma; Ovarian Neoplasms.

INTRODUÇÃO

O câncer de ovário é a neoplasia ginecológica mais letal.¹ É comum em países ocidentais, ocupando a sétima posição em incidência e sexta em mortalidade.² São registrados 200 mil novos casos e 120 mil mortes por neoplasias de ovário, anualmente, em todo o mundo.³ Foram ainda malsucedidos os esforços para se realizar a sua detecção precoce e terapêutica adequada para reduzir a sua mortalidade, porque a sua origem e patogênese são pouco compreendidas.¹ Os tumores ovarianos desenvolvem-se da superfície do epitélio (mesotélio) do ovário. A origem precisa do epitélio é controversa; sendo originado na linhagem mesotelial da superfície do ovário como metaplasia mülleriana, na trompa de falópio ou no útero por transporte passivo.²

Instituição:
Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Departamento de Cirurgia da UFMG
Av. Professor Alfredo Balena, 190 – sala 203
Bairro: Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30130-100
Email: cirurgua@medicina.ufmg.br

Existem quatro tipos principais de câncer de ovário: carcinoma seroso do ovário (30-70%), carcinoma mucinoso do ovário (5-20%), carcinoma endometriode do ovário (10-20%) e carcinoma de células claras (3-10%); e existe ainda um grupo menor: de células transicionais ou tumor de Brenner (1%) e carcinoma epitelial misto (3%).²

RELATO DE CASO

Paciente de 41 anos de idade, nuligesta, solteira, gerente administrativo, natural e procedente de Belo Horizonte. Admitida em 18/02/2011 no Pronto-Socorro (PA) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) com dor forte em fossa ilíaca direita (FID), com início havia um mês, com aumento da intensidade na véspera e sangramento vaginal aumentado. Negava febre, mas relatava calafrios noturnos, além de disúria e polaciúria havia uma semana. A ultrassonografia (US) endovaginal realizada em 18/08/2010 mostrou: cisto complexo em ovário direito de 106,3 mm; imagem anecoica, de paredes finas: 90x65 mm; duas projeções internas nessa imagem com 20 x 13 e 31 x 25 mm; cisto denso em ovário esquerdo de 29,8 mm; imagem anecoica com debris sem septos: 30 x 34 mm; endométrio de 6 mm. O abdome era doloroso à palpação superficial e profunda, principalmente em FID, sendo palpável, nessa região, nodulação de cerca de 20 cm. Suspeitou-se inicialmente de infecção do trato urinário e cistos ovarianos. Recebeu alta para continuar prope-dêutica ambulatorial. No dia seguinte retornou com persistência da dor e surgimento de irradiação para sínfise púbica. Em 17/03/2011 foi admitida novamente no PA do HC-UFMG, com persistência das queixas anteriores, além de constipação intestinal e rajadas de sangue vivo em fezes de início na semana anterior. Relatou estar em uso constante de anticoncepcional hormonal. A impressão inicial foi de torção de cisto ovariano, sendo submetida à laparotomia exploradora que identificou torção de pedículo ovariano direito com posterior anexectomia. O material foi enviado para estudo anatomopatológico.

No 15º. dia de pós-operatório (DPO) retornaram disúria e dor abdominal importante sem melhora com uso de opioides. Negava febre. Realizada tomografia computadorizada (TC) de abdome, que identificou coleção anteriormente à bexiga, com limites pouco definidos, medindo cerca de 40 mL; espes-

samento parietal do sigmoide com densificação da gordura mesentérica adjacente junto à coleção supra-citada; e linfonodos retroperitoneais de dimensões aumentadas – o maior medindo 23 x 21 mm em seus maiores eixos axiais.

No 18º. DPO apresentou piora significativa da dor e abdome tenso. A US abdominal total evidenciou coleção predominantemente hipocóica, com limites e contornos definidos, localizada anteriormente à bexiga, com volume de 70 cm³. Foi submetida à nova laparotomia exploradora, que retirou massa de aproximadamente 10x10 cm, aderida ao útero e sigmoide, sem plano de clivagem, sendo feita também secção de bexiga para sua retirada. Foram observadas aderências entre alças e aponeurose. O material foi enviado para estudo anatomopatológico e a paciente recebeu alta em boas condições clínicas.

No 30º. DPO foi novamente admitida devido à queixa de dor abdominal acompanhada de sangramento vaginal em pequena quantidade. Relatava ainda vômitos diários desde a última cirurgia. Encontrava-se taquicárdica, desidratada e hipocorada (2+/4). O abdome estava distendido, doloroso, com sinais de irritação peritoneal e o peristaltismo ausente. O toque vaginal revelou massa sugestiva de granuloma, de 2 cm, pediculada, na parede posterior da vagina e sangue em genitália externa e interna. O colo de útero era de difícil delimitação, devido à dor. Infiltrado em ambas as regiões paracervicais, impossibilitando mobilização uterina. O US endovaginal evidenciou alças dilatadas, sem peristaltismo visível; útero intermediário, com distorção do parênquima, devido a nodulações hipocogênicas, medindo 11,0 x 8,1 x 8,3 cm; ovário esquerdo parauterino medindo 5,4 x 3,9 x 4,0 cm, apresentando em seu interior estrutura nodular, densa 3,5 x 3,2 cm, a esclarecer. A radiografia de abdome exibiu moderada distensão de alças de delgado, sem pneumoperitônio nem níveis hidroaéreos, sem ar em ampola retal. Sem outras alterações evidentes.

O exame anatomopatológico (22/03/2011) constatou carcinoma de células claras de ovário, com intensa embolização angiolinfática em mesossalpinge e mesovário.

Foi realizada nova laparotomia exploradora, que demonstrou obstrução intestinal completa. Feita anastomose retossigmoide término-terminal ileo-cólica direita, com ostomia, cistectomia parcial e ressecção em bloco de tumor, remoção completa do útero juntamente com o ovário esquerdo. Recebeu alta com colostomia em boas condições.

Em 1º/06/2011 iniciou tratamento paliativo quimioterápico com carboplatina e paclitaxel, com pouca resposta.

DISCUSSÃO

Este relato apresenta a rápida evolução e a morbidade envolvida em relação ao câncer ovariano de células claras, com três episódios de abdome agudo e três laparotomias de emergência em intervalo de 38 dias.

O carcinoma de células claras possui características clínicas e biológicas próprias⁴ com frequência, nos países ocidentais, entre 3 e 10%¹ de câncer epitelial de ovário. A idade média de diagnóstico é aos 55 anos, 10 anos mais cedo que outras malignidades ovarianas.⁵

O câncer de ovário, em estágios iniciais, é assintomático e, por isto, na maioria das vezes, apresenta-se, ao ser avaliado em consulta médica, como doença avançada e prognóstico reservado.² Sua sintomatologia mais comumente é a presença de massa pélvica firme, unilateral, aderida e palpável, dismenorreia, dispareunia, queixas gastrintestinais, emagrecimento, dor pélvica e, menos comumente, distensão abdominal.⁴

O diagnóstico de suspeita faz-se pela US, que mostra massas pélvicas e abdominais, ascite e espessamento do omento.⁶ À US com doppler, os tumores malignos apresentam vascularização aumentada, devido à maior angiogênese, diminuição da resistência periférica e aumento na velocidade de fluxo.⁷ A citologia do material de drenagem de ascite evidencia células neoplásicas. O diagnóstico de certeza depende do exame anatomopatológico de material obtido cirurgicamente. A TC de abdome e pelve constitui-se

no melhor exame para avaliar a extensão do tumor, informando a sua dimensão e distribuição, permitindo a definição de planos de clivagem para a cirurgia e a predição de operabilidade.⁶

O carcinoma de células claras do ovário apresenta baixa sensibilidade à quimioterapia com cisplatina e associa-se a pior prognóstico⁸, condizente com o caso descrito. A terapêutica oncológica é limitada e mesmo o uso de anticorpos contra fatores de desenvolvimento de angiogênese (VEGF) produzidos pela maioria dos tumores ovarianos requer melhor avaliação de resultados para o real ganho de sobrevida e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Kurman RJ, Shih I. The Origin and pathogenesis of epithelial ovarian cancer – A proposed Unifying theory. *Am J Surg Pathol*. 2010 March; 34(3):433-43.
2. Van Niekerk CC, Bulten J, vanDijck JAAM, Verbeek ALM. Epithelial Ovarian Carcinoma Types and the Coexistence of Ovarian Tumor Conditions. *ISRN Obstet Gynecol*. 2011; 2011: 784919.
3. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol*. 2006; 24(14):2137-50.
4. Daly M, Orams GI. Epidemiology and risk assessment for ovarian cancer. *Semin Oncol*. 1998; 25(3):255.
5. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011; 61(2):69-90.
6. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação de cirurgia oncológica. Rio de Janeiro: Febrasgo; 2010.
7. Bignardi T, Condous G. The management of ovarian pathology in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009; 23:539-48.
8. Mabuchi S, Kawase C, Altomare DA, Morishige K, Hayashi M, Sawada K et al. VEGF is a Promising Therapeutic Target for the Treatment of Clear Cell Carcinoma of the Ovary. *Mol Cancer Ther*. 2010 Aug; 9(8):2411-22.