

Caso Clínico/Case Report

Tumor carcinóide strumal do ovário – caso clínico

Ovarian strumal carcinoid tumour – a case report

Sofia Saleiro*, Carol Marinho**, Arlete Manarte***, Carlos Freire-de-Oliveira****

Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana, Serviço de Anatomia Patológica, Hospitais da Universidade de Coimbra

ABSTRACT

Strumal carcinoid tumour of the ovary is a rare germ-cell tumour (0.5-1.7% of carcinoid tumours) subclassified in the group of monodermal teratomas. It incorporates thyroid and carcinoid tissues, and may include other components such as dermoid cysts or solid mature teratomas. Ovarian strumal carcinoid tumours usually have a benign behaviour and an excellent prognosis when found at an early stage. The authors present the clinical case of a 40 year old woman, submitted to laparoscopic cystectomy of the left ovary, for a mass resembling an ovarian teratoma. Histological examination revealed a strumal carcinoid tumour of the left ovary. The patient was submitted to laparotomy for surgical staging, together with left ooforectomy and salpingectomy.

INTRODUÇÃO

O tumor carcinóide strumal do ovário é um tumor de células germinativas, subclassificado em teratoma monodérmico¹. É um tumor de células germinativas raro, caracterizado pela coexistência de tecido tiroideu e carcinóide. Os dois componentes podem estar intimamente relacionados, em que as células carcinóides invadem progressivamente o componente strumal e substituem o revestimento dos folículos

tiroideus. Consequentemente, são observados grânulos neuroendócrinos, não apenas nas áreas trabeculares tipicamente carcinóides, mas também nos espaços preenchidos por colóide^{1,2,3,11}. Ocorre com outros componentes como quistos dermóides ou teratoma sólido maduro⁴.

Os tumores carcinóides primários do ovário correspondem a 0,5 a 1,7% dos tumores carcinóides e a menos de 0,1% dos carcinomas do ovário, sendo frequentemente um achado histológico ocasional^{1,5}. Atinge mulheres entre os 14 e 79 anos (idade média – 53 anos)^{1,4}. Os tumores carcinóides primários do ovário podem ser divididos em 5 tipos histológicos: insular (26-53%), trabecular (23-29%), misto, mucinoso (1,5%), strumal (26-44%)^{1,6}. Os tumores carcinóides strumal do ovário têm baixo potencial maligno e menos de 5% evoluem para doença metastática. A quase

*Interna Complementar de Ginecologia/Obstetrícia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Interna Complementar de Anatomia Patológica, Hospitais da Universidade de Coimbra

***Assistente Graduada de Ginecologia/Obstetrícia, Hospitais da Universidade de Coimbra

****Director do Serviço de Ginecologia, Hospitais da Universidade de Coimbra; Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

totalidade dos casos encontra-se no estágio I, na altura do diagnóstico, pelo que o tratamento preconizado é laparotomia ou laparoscopia para estadiamento cirúrgico e ooforectomia e salpingectomia unilateral^{7,8}.

CASO CLÍNICO

Trata-se de uma mulher de 40 anos, raça caucasiana, primípara, com antecedentes de apendicectomia por apendicite aguda gangrenosa, seguida em consulta de Ginecologia por quisto do ovário esquerdo diagnosticado em ecografia de rotina. Sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes. O exame ginecológico foi normal. A doente efectuou ecografia endovaginal que revelou ovário esquerdo com 3,97x1,96 cm, com imagem nodular biloculada com 2,32x1,31 cm de ecoestrutura hiperecogénica, avascular, sugestiva de gordura e de teratoma. O doseamento do marcador tumoral CA 125 foi normal (9,1 U/ml). Os doseamentos da função tiroideia e os doseamentos hormonais foram normais.

A doente foi submetida a quistectomia do ovário esquerdo por laparoscopia, por suspeita de teratoma do ovário esquerdo. A peça operatória correspondia a uma peça de quistectomia com 2,0 cm de maior eixo, mostrando, na periferia, uma formação em parte sólida, em parte quística, com 1,0 cm de diâmetro contendo material pastoso e amarelado. A inclusão total da peça operatória revelou a presença de um teratoma maduro com epitélio malpighiano erosionado, epitélio mucinoso de tipo intestinal, epitélio de tipo respiratório, tendo-se observado uma área periférica com 0,3 cm constituída por pequenos ninhos ou estruturas tubulares de células arredondadas com núcleos regulares, com características neuro-endócrinas. O componente neuro-endócrino infiltrava-se por entre estruturas foliculares contendo colóide, revestidas por células tiroideias regulares. O estudo imunohistoquímico revelou positividade do componente insular para NSE, cromogranina A e sinaptofisina, comprovando o fenótipo neuro-endócrino. O componente tiroideu mostrou positividade intensa para o anticorpo tireoglobulina.

Face ao diagnóstico histológico foi submetida a laparotomia exploradora para estadiamento cirúrgico (Estádio I), salpingectomia e ooforectomia esquerda e biópsia do ovário direito. O estudo anátomo-patológico

revelou ausência de neoplasia residual no ovário restante ou de doença metastática nas restantes peças operatórias.

DISCUSSÃO

O tumor carcinóide strumal do ovário tem origem nas células germinativas, sendo uma entidade incluída no grupo dos teratomas monodérmicos¹. São neoplasias com baixo potencial maligno, caracterizadas pela presença de componente neuro-endócrino e tiroideu intimamente relacionados e combinados com outros elementos do teratoma¹¹. Podem ser assintomáticos ou manifestarem-se por uma massa abdominal, dor abdominal, obstipação, síndrome carcinóide, sendo raro no tipo strumal^{5,6}. Neste caso a doente apresentava-se assintomática.

O tumor carcinóide strumal do ovário pode dar sintomas de tecido tiroideu funcionante em 8% dos casos¹. Na ausência de outros elementos do teratoma, o diagnóstico diferencial entre tumor primitivo/metastático é difícil. A história clínica de tumor carcinóide gastro-intestinal ou pulmonar favorece o diagnóstico de metástase. Por outro lado, unilateralidade com nódulo único, ausência de metástase peritoneal e resolução dos sintomas após excisão da neoplasia, favorecem o diagnóstico de tumor primitivo¹¹. Outros diagnósticos diferenciais incluem tumores de células da granulosa, tumores de células de Sertoly – Leydig e adenocarcinoma. Nesses casos, uma avaliação adequada do padrão citoarquitectural é necessária e o estudo imunohistoquímico com marcadores específicos pode ser útil^{1,6,9}. O diagnóstico histológico definitivo implica a identificação de componente tiroideu em íntima relação com células com grânulos citoplasmáticos neurosecretores com imunopositividade para, no mínimo, um marcador neuroendócrino¹¹. Neste caso clínico o diagnóstico de tumor carcinóide strumal foi um achado histológico ocasional em peça de quistectomia com suspeita ecográfica de teratoma.

A doente foi submetida a laparotomia exploradora para estadiamento cirúrgico, tendo-se encontrado no estágio I e o estudo histológico revelou ausência de neoplasia residual no ovário restante ou de metástase anexial direita em produto de biópsia, pelo que a doente ficou em controlo clínico.

O tumor carcinóide strumal do ovário é na maioria dos casos benigno, e geralmente encontra-se no estágio I, com excelente prognóstico². A taxa de sobrevivência global aos 5 anos é de 89,5%, sendo de 100% aos 10 anos quando no estágio I^{5,10}.

CONCLUSÃO

Este caso clínico relata um caso de uma mulher submetida a quistectomia laparoscópica de quisto do ovário esquerdo sugestivo de teratoma, cujo estudo histológico revelou tumor carcinóide strumal do ovário esquerdo. A doente foi submetida a laparotomia exploradora para estadiamento cirúrgico (Estádio I) e encontra-se em controlo clínico.

BIBLIOGRAFIA

1. Nogales F. Germ cells tumours, pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. World Health Organization Classification of Tumours; 2003:171.-4.
2. Takemori M, Nishimura R, Sugimura et al. Ovarian strumal carcinoid with markedly high serum levels of tumor markers. *Gynecol Oncol* 1995; 58:266-9.
3. Hamazaki S, Okino T, Tsukayama C et al. Expression of thyroid transcription factor – 1 in strumal carcinoid and struma ovarii: an immunohistochemical study. *Pathology International* 2002;52:458-62.
4. Matias-Guiu X, Forteza J, Prat J. Mixed strumal and mucinous carcinoid tumor of the ovary. *Int J Gynecol Pathol* 1995;14:179-183.
5. Soga J, Osaka M, Yakuwa Y. Carcinoids of the ovary, an analysis of 329 reported cases. *J Exp Clin Cancer Res* 2000;19,3:271-80.
6. Talerma A. Germ cell tumors of the ovary, Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract, Fifth Edition;2001.
7. Rabezynski JK, Zabel M, Prundlak L et al. Strumal carcinoid of ovary. A case report with immunohistochemical investigations. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1999;0390-6663 XXVI 2 :112-3.
8. Williams S. Ovarian germ-cell tumors, Principles and Practice of Gynecologic Tumors, Third Edition ;2000:1059-973.
9. Chou YY, Shun CT, Huang SC et al. Primary ovarian carcinoid tumor. *J Formos Med Assoc* 1996;95:148-52.
10. Davis KP, Hartmann LK, Keeney GL et al. Primary ovarian carcinoid tumors. *Gynecol Oncol* 1996;61:259-65.
11. Prat J. Pathology of ovary;2004:269-75.