

Artigo Original/Original Article

Avaliação de uma série de 361 tumores benignos do ovário submetidos a tratamento cirúrgico.

Evaluation of 361 cases of benign ovarian tumors treated surgically.

Sofia Custódio*, Sandra Lemos*, Margarida Dias**, Carlos Freire de Oliveira***

Hospitais da Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

ABSTRACT

Objectives: To review our experience regarding surgical treatment of benign ovarian tumors, assessing particularly the type of surgical treatment as well as its evolution.

Material and methods: Retrospective evaluation of 361 cases of benign ovarian tumors treated surgically in our institution between January 1999 and December 2004.

Results: Median age at time of treatment was 42,18 years \pm 15,59. Median tumour size was 7,06 cm (0,5-33). The majority of tumors was unilateral. Fifty-eight percent were treated with open surgery while 42% were treated laparoscopically. Histologic examination revealed mature teratoma or cystadenoma in 87%. Only a minority of patients (1%) suffered recurrence.

Conclusions: Our results are similar to those found in literature. The majority of the patients was in reproductive age; the mature teratoma and the cystadenoma of the ovary were the tumors more frequently diagnosed. Laparoscopy is becoming the surgical procedure of choice.

Keywords: ovarian, benign tumors, surgery

OBJECTIVOS

O tumor benigno do ovário é uma patologia ginecológica frequente, sobretudo em mulheres em idade reprodutiva¹, pode corresponder quer a uma patologia funcional, quisto folicular ou luteínico, que regride espontaneamente na maioria dos casos, quer a uma patologia orgânica que necessita frequentemente de tratamento cirúrgico como tumores do epitélio superficial e estroma, tumores de células germinais e tumores do estroma gonádico. Dentro da patologia orgânica, os tumores benignos mais frequentemente

encontrados são o teratoma maduro / quisto dermóide e o cistadenoma².

O exame clínico, a ecografia ginecológica e o estudo analítico vão permitir, na maioria dos casos, diferenciar com um bom valor preditivo, os quistos funcionais dos quistos orgânicos benignos e malignos, orientando desta forma para o tratamento mais adequado.

O tratamento via laparoscópica é o mais frequentemente utilizado para os tumores benignos, com múltiplas vantagens.

Este estudo tem como objectivo avaliar a apresentação clínica e patológica, bem como a conduta

*Interna da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, Serviço de Ginecologia, H.U.C., Coimbra

**Professora Auxiliar de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

***Professor Catedrático de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

terapêutica dos tumores benignos do ovário, ao longo de um período de 6 anos.

MATERIAL E MÉTODOS

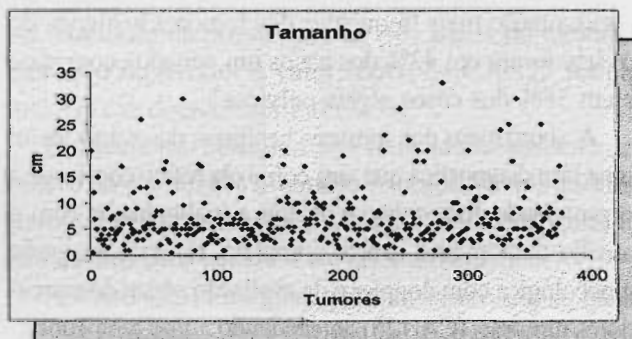
Foram analisados retrospectivamente 361 casos de tumores benignos do ovário submetidos a tratamento cirúrgico no Serviço de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra entre Janeiro de 1999 e Dezembro de 2004.

Foram avaliados diversos parâmetros, nomeadamente a idade na data do diagnóstico, o estado hormonal, os antecedentes ginecológicos, obstétricos e mamários, a forma de apresentação, os exames complementares de diagnóstico, o tamanho do tumor e a sua localização, a abordagem cirúrgica (laparotomia *versus* laparoscopia) e a respectiva evolução ao longo dos 6 anos, bem como o tempo de internamento, o tipo histológico e o controlo clínico.

RESULTADOS

A idade média na data do diagnóstico foi de 42,18 anos \pm 15,59 (13-84), sendo o grupo etário mais atingido dos 30-49 anos. A maioria das doentes estava em idade reprodutiva (74%). Em uma minoria dos casos, 12 doentes, verificou-se a existência de antecedentes cirúrgicos num dos anexos. A maioria das doentes era multigesta e múltipara (65%) e 117 doentes eram nuligesta (32%).

As formas de apresentação mais frequentes dos tumores benignos do ovário foram em 42% dos casos um achado ecográfico, em 38% dos casos algias pélvicas e em 8% um achado intra-operatório.



Quadro I. Gráfico de dispersão representando o tamanho (cm.) dos 361 tumores avaliados.

A ecografia, realizada em todas as doentes, revelou em 84% dos casos patologia benigna do ovário, em 8% patologia suspeita do ovário e em 8% miomas pediculados. O valor sérico do CA-125 foi na maioria das doentes normal (74%), desconhecido em 20% e aumentado em 6%. O tamanho médio dos tumores foi de 7,06 cm \pm 5,35 (0,5-33) e a maioria (84%) era unilateral. (Quadro I)

A abordagem cirúrgica foi em 58% dos casos por laparotomia e em 41% dos casos por laparoscopia. A cirurgia mais frequentemente realizada por laparoscopia foi a quistectomia unilateral (49%), enquanto que por laparotomia, foi a histerectomia total com anexectomia bilateral (57%) (Quadro II). De referir que as doentes submetidas a histerectomia total com anexectomia bilateral, 63% apresentavam útero miomatoso e/ou adenomiose e 76% idade superior a 45 anos.

Cirurgias realizadas por laparoscopia e laparotomia (%)		
Tipo de intervenção	Laparoscopia (%)	Laparotomia (%)
HT+AB	-	57
HT+AU	-	5
QU	49	7
QB	9	3
AU	17	20
AB	3	2
OU	19	4
OB	1	-
A+O	1	1
A+Q	1	0,5
Q+SB	-	0,5

Quadro II. Cirurgias realizadas por laparoscopia e laparotomia (%) - HT+AB- histerectomia total + anexectomia bilateral; HT+AU - histerectomia total+ anexectomia unilateral; QU - quistectomia unilateral; QB - quistectomia bilateral; AU - anexectomia unilateral; AB - anexectomia bilateral; OU - ooforectomia unilateral; OB - ooforectomia bilateral; A+O - anexectomia+ooforectomia; A+Q - anexectomia+quistectomia; Q + SB - quistectomia + salpingectomia bilateral.

Ao longo dos 6 anos avaliados, houve um aumento da abordagem laparoscópica e consequentemente uma diminuição do tempo de internamento. (Quadro III)

O estudo histológico revelou em 87% dos casos teratoma maduro ou cistadenoma (seroso, mucinoso ou seromucinoso) e nos restantes casos fibroma, endometrioma, tecoma e fibrotecoma. (Quadro IV)



Quadro III. Evolução da abordagem cirúrgica entre 1999 e 2004 vs tempo de internamento (dias).

Tipos histológicos diagnosticados (%).

Tipo histológico	%
Teratoma Maduro	41
Cistadenoma Seroso	31
Cistadenoma Mucinoso	13
Fibroma	5
Endometrioma	5
Tecoma	2
Cistadenoma sero-mucinoso	2
Fibrotecoma	1

Quadro IV. Quadro IV: Tipos histológicos diagnosticados (%).

Uma minoria (1%) apresentou recidiva, correspondendo a três casos de quistectomia por laparoscopia – dois casos de teratoma maduro e um caso de cistadenoma mucinoso. Não houve complicações no pós-operatório das doentes submetidas a laparoscopia e verificaram-se 4 casos de deiscência da sutura nas doentes submetidas a laparotomia.

DISCUSSÃO

O tumor benigno do ovário é uma patologia ginecológica frequente, sobretudo em mulheres em idade reprodutiva¹; neste estudo tal também se verificou, com 74% das doentes em idade reprodutiva. Esta patologia corresponde quer a uma patologia funcional, quisto

folicular ou luteínico, que regride espontaneamente na maioria dos casos, quer a uma patologia orgânica, que necessita frequentemente de tratamento cirúrgico tal como tumores do epitélio superficial e estroma, tumores de células germinais e tumores do estroma gonádico, sendo os tipos histológicos mais frequentes o teratoma maduro e o cistadenoma², estas duas entidades histológicas representam 87% dos tipos histológicos diagnosticados no nosso estudo.

Estes tumores são frequentemente diagnosticados após um exame clínico ou imagiológico de rotina ou após iniciar sintomatologia ginecológica como algias pélvicas, dismenorreia, menometrorragias ou amenorreia. As formas de apresentação menos frequentes são ocorrências de complicações como compressão das estruturas vizinhas, torção, hemorragia intraquística ou rotura e queixas digestivas. No nosso estudo as formas de apresentação mais frequentes dos tumores benignos do ovário foram em 42% dos casos um achado ecográfico e em 38% dos casos algias pélvicas³.

A abordagem dos tumores benignos do ovário inclui uma fase diagnóstica que tem como objectivo confirmar a organicidade dum quisto e excluir a malignidade, com o auxílio dum exame clínico completo, de uma ecografia ginecológica com doppler e da avaliação sérica de marcadores tumorais (CA 125) antecedendo a fase terapêutica³.

O exame clínico inicial permite determinar as características do tumor; cerca de 30-65% dos tumores

do ovário são palpáveis, dependendo do seu tamanho (81% dos tumores com mais de 5 cm são palpáveis) mas o exame clínico isolado é totalmente insuficiente para o diagnóstico de benignidade⁴⁻⁶.

A ecografia ginecológica supra-púbica e transvaginal associadas permitem o diagnóstico morfológico da massa anexial; apesar de ser impossível afirmar por ecografia a natureza estritamente benigna do tumor, alguns autores caracterizaram sinais ecográficos morfológicos sugestivos de benignidade (tamanho <5 cm, unilateralidade, quisto unilocular, parede fina e regular, sem vegetações ou septos, conteúdo anecogénico ou hipocogénico, ausência de ascite) e de malignidade (tamanho >5 cm, bilateralidade, parede espessa, irregular, multilocular, vegetações intraquísticas, septos intraquísticos >3 mm, tumor heterogéneo, componente sólido/misto, presença de ascite)⁷⁻⁸. O doppler permite visualizar a vascularização do tumor e quantificar os fluxos pela análise da velocidade sendo sinais a favor de benignidade uma vascularização exclusivamente periférica, um índice de pulsatilidade >1 e um índice de resistência >0,5⁹. A ecografia, realizada em todas as doentes do nosso estudo, revelou em 84% dos casos patologia benigna do ovário.

A avaliação sérica do marcador tumoral CA-125 está frequentemente associada a patologia tumoral ovárica com uma sensibilidade de 85% e uma especificidade de 29% (valores séricos aumentados em diversas situações clínicas, nomeadamente doença inflamatória pélvica, endometriose, cirrose hepática, etc...). O valor sérico do CA-125 está aumentado (>35 UI/L) em 85% dos tumores malignos e 25% dos tumores benignos com um valor preditivo de malignidade de 98%, quando o CA-125 > 65 UI/L, nas doentes na pós-menopausa¹⁰⁻¹¹. Na avaliação da nossa série de 361 casos de tumores benignos do ovário, o valor sérico do CA-125 foi na maioria das doentes normal (74%).

O tratamento cirúrgico está indicado na suspeita de cancro do ovário, nas situações de urgência, nos quistos sintomáticos persistentes (indicação mais frequente) e nos quistos com tamanho superior a 6 cm¹².

A abordagem cirúrgica, quer por laparoscopia, quer por laparotomia, depende muito da experiência do cirurgião; podemos, no entanto, referir que a via por laparotomia está indicada nos casos de quistos grandes,

de dúvida sobre a natureza benigna do tumor, de gravidez superior a 15 semanas de amenorreia e de impossibilidade de abordagem por via celioscópica. A abordagem por laparoscopia tem um valor diagnóstico e terapêutico quer em cirurgia de urgência quer em cirurgia electiva.

As vantagens da via celioscópica são múltiplas, nomeadamente melhor visibilidade, menor invasão, menor risco de formação de aderências com um benefício importante a nível de fertilidade, menor incidência de complicações infecciosas, intervenção de curta duração, melhor pós-operatório, menor tempo de internamento e melhor resultado estético¹³⁻¹⁴. As desvantagens/complicações da via celioscópica são dependentes fundamentalmente da experiência do cirurgião; está descrito um risco de complicações na laparoscopia diagnóstica de 2,15%, na laparoscopia cirúrgica *minor* de 1,75% e na laparoscopia cirúrgica *major* de 3,62%¹⁵. Ao longo dos 6 anos avaliados no nosso estudo, houve um aumento da abordagem laparoscópica e conseqüentemente uma diminuição do tempo de internamento; não houve complicações no pós-operatório das doentes submetidas a laparoscopia e houve 4 casos de deiscência da sutura nas doentes submetidas a laparotomia.

CONCLUSÃO

A casuística do serviço está de acordo com a literatura; a maioria das doentes encontrava-se em idade reprodutiva; o teratoma maduro e o cistadenoma do ovário foram os tumores mais frequentemente diagnosticados. A laparoscopia é uma abordagem cirúrgica cada vez mais utilizada, com múltiplas vantagens tais como menor tempo de internamento e menor morbidade. Como se pode verificar no nosso estudo, a abordagem por laparoscopia aumentou ao longo dos 6 anos avaliados, nos 3 primeiros anos representava só 31,6% da abordagem cirúrgica enquanto que nos últimos 3 anos representava já 53,4% da abordagem cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sasco JS. Épidémiologie des tumeurs de l'ovaire. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Gynécologie 2001, 630-A-10.
2. Querleu D. Tumeurs de l'ovaire. Classification et histopatologie.

Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Gynécologie 1993, 680-A-10, Cancérologie 1993, 60-650-A-10.

3. Villet R, Gadonneix P, Salet D et al. Stratégie diagnostique dans les tumeurs de l'ovaire. In : Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Gynécologie 2001, 630-G-10.
4. Andolf E. Ultrasound screening in women at risk of ovarian cancer. Clin Obstet Gynecol 1993; 36: 423-432.
5. Pinotti JA, De Franzin CM, Marussi EF et al. Evolution of cystic adnexal tumors identified by echography. Int J Gynecol Obstet 1988; 26: 109-114.
6. Boby G, Fignon A, Mesnard L et al. Le diagnostic clinique des tumeurs de l'ovaire. J Gynécol Biol Reprod 1987; 16: 1083-1084.
7. Merz E, Weber G et al. A new sonomorphologic scoring system for the assessment of ovarian tumors using transvaginal ultrasonography. Ultraschall Med 1998; 99-107.
8. Lerner J, Timor-Tristch I, Federman A et al. Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses with an improved, weighted scoring system. Am J Obstet Gynecol 1994; 170, 81-85.
9. Merce LT, Caballero RA, Barco MJ et al. B-mode utero-ovarian

and intratumoral transvaginal color doppler ultrasonography for different diagnosis of ovarian tumours. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998; 76: 97-107.

10. Miodrag M, Zlatko H et al. Significance of CA-125 serum level in discrimination between benign and malignant masses in the pelvis. Arch Gynecol Obstet 2004; 269: 176-180.
11. Malkasian GD, Knapp RC, Lavin PT et al. Preoperative evaluation of serum CA-125 levels in premenopausal patients with pelvic masses. Am J Obstet Gynecol 1988; 159: 341-346.
12. Sarfati R, Magnin G. Traitement chirurgical des tumeurs bénignes de l'ovaire. In : Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Gynécologie, 2000, 630-H-10.
13. Canis M, Bassil S, Wattiez A et al. Fertility following laparoscopic management of benign adnexal cysts. Hum Reprod 1992; 7: 529-531.
14. Yuen PM et al. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 109-114.
15. Chapron C, Querleu D, Bruhat MA et al. Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a serie of 29966 cases. Hum Reprod 1998; 13: 867-872.