



## MASSA ANEXIAL DE GRANDE VOLUME EM GESTANTE ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

*Large adnexal mass in teenager: case report*

Regis Hidalgo Hering<sup>1</sup>, Daniela da Silva Sobrino<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Serviço de Ginecologia e Obstetrícia – Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF) – Bragança Paulista, SP.

### Resumo

**Introdução:** Os tumores anexiais durante a gestação são incomuns, com incidências que variam de 1 a 10% da população de gestantes, dependendo das características populacionais e da frequência e eficácia da utilização da ultrassonografia. **Objetivo:** Relatar um caso de massa anexial de grande volume em gestante adolescente atendida no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF) – SP. **Método:** Trata-se da avaliação retrospectiva do prontuário de uma gestante já atendida no Serviço. **Relato do Caso:** Tratou-se de uma paciente adolescente, em sua primeira gestação, com histórico pregresso de cisto em ovário, e que desenvolveu uma grande massa anexial durante a gestação. Após parto cesariana, foi feita a remoção da massa por laparotomia, sem intercorrências, e a análise anatomopatológica da peça e do lavado peritoneal não apresentou sinais de malignidade. **Conclusão:** O exame rigoroso das cavidades abdominal e pélvica, especialmente por meio de ultrassonografia, é essencial para diagnóstico precoce de possíveis massas anexiais mesmo em mulheres muito jovens, possibilitando a tomada da melhor conduta clínica, que por sua vez resultará em um desfecho sem maiores intercorrências para a mãe ou para o bebê.

**Palavras-chave:** Ginecologia, Obstetrícia, Tumor anexial, Laparotomia.

### Introdução

Além do ovário, tumores anexiais podem ter origem tubária e paratubária, assim como também podem se apresentar no formato de miomas pedunculados que, em exames de imagem, podem parecer extrauterinos. Ocasionalmente, doenças de origem não-ginecológica, como por exemplo, a presença de alças intestinais dilatadas ou tumores intestinais, podem ser erroneamente confundidos com massas anexiais. As causas mais comuns de formação de massas anexiais na gravidez se referem à presença de cistos funcionais ou hemorrágicos (NEZHAT, F.; WANG; TINELLI, 2019).

A partir da década de 1990, quando o exame ultrassonográfico se tornou rotina na avaliação obstétrica, os tumores anexiais começaram a ser identificados com mais frequência, quando então surgiram os primeiros relatos de sua real prevalência. Há época, estimava-se que cerca de aproximadamente 1% das mulheres grávidas apresentavam massas anexiais relacionadas à gravidez, muitas delas afetando o corpo lúteo, e que na maioria dos casos se resolviam espontaneamente até as 16 semanas de gestação. Todavia, sabe-se que uma massa anexial persistente se torna um grande problema à medida em que a gravidez evolui (PLATEK; HENDERSON; GOLDBERG, 1995). Dados do início da década de 2000 demonstraram que a incidência de massas anexiais em gestantes, e que necessitaram de tratamento cirúrgico, foi de 1 para cada 1.312 nascidos vivos. Tumores malignos ou com baixo potencial de malignidade foram identificados em aproximadamente 6% dos



casos. Na maioria das pacientes, o achado durante a laparotomia foi o leiomioma e, nestes casos, a ultrassonografia não se mostrou útil para distinguir os tumores malignos das neoplasias benignas, tão pouco para identificar a origem da massa pélvica nas pacientes portadoras de leiomiomas (WHITECAR; TURNER; HIGBY, 1999). É fato conhecido que a incidência de massas anexiais é maior no primeiro trimestre da gestação (NEZHAT, F.; WANG; TINELLI, 2019).

Dados recentes demonstram que a incidência de massas anexiais na gravidez varia de 1 a 10%, dependendo da população de pacientes, mas também da frequência de uso da ultrassonografia e da idade gestacional no momento do exame, reafirmando a importância do ultrassom para o diagnóstico das massas anexiais (NEZHAT, F.; WANG; TINELLI, 2019).

A maioria das massas anexiais em crianças e adolescentes, especialmente nos ovários, é benigna. No passado, era prática comum a realização de ooforectomia unilateral, embora se saiba que muitas cirurgias foram realizadas sem a real necessidade (HERMANS *et al.*, 2015). Para Minig *et al.* (2016), o tratamento de massas anexiais complicadas por cirurgia laparoscópica durante o primeiro trimestre da gravidez parece ser um procedimento seguro tanto para a mãe quanto para o feto.

A literatura nacional destaca alguns poucos trabalhos que descreveram a conduta frente a uma massa anexial que se estendeu durante a gestação (SILVA, L. N. *et al.*, 1997; SILVA, C. S. DA *et al.*, 2001; EDRAL; VILELA; FERREIRA, 2017). Dentre eles, destaca-se o estudo publicado por Edral e colaboradores (2017), que descreveram uma gestante de 31 anos submetida a uma cesariana, durante a qual foram identificados múltiplos nódulos no omento maior, além de um grande tumor adjacente ao ovário direito, identificado de maneira incidental.

Perante a escassez de informações na literatura nacional, a proposta do presente projeto é descrever a excisão cirúrgica de uma grande massa anexial em gestante adolescente, fato considerado incomum. Pretende-se, com a descrição do caso, disponibilizar informações que poderão ser facilmente consultadas por ginecologistas e obstetras, contribuindo assim para um melhor entendimento sobre a referida condição, e ajudando na tomada de decisão frente aos casos de tumores anexiais de grande volume em gestantes adolescentes.

## **Objetivo**

Relatar a importância dos exames de imagem em um caso de massa anexial de grande volume em gestante adolescente atendida no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF) – SP.

## **Método**

Este trabalho relata o caso de uma gestante atendida pelo Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUSF. Nenhum novo contato direto com a gestante, com seus familiares, ou com o bebê foi realizado. Todas as informações sobre o caso foram obtidas diretamente do prontuário da paciente, que se encontrava arquivado no Serviço. Mesmo assim, o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUSF, e a coleta de informações só foi iniciada após aprovação pelo referido Comitê, segundo parecer consubstanciado número 3.390.685 de 13 de junho de 2019, visto que a proposta atendeu os requisitos descritos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde quanto aos aspectos éticos e legais das pesquisas envolvendo seres humanos.

## **Relato do Caso**

Paciente V. L. J., 15 anos, solteira, primigesta, natural e procedente de Atibaia - SP. Deu entrada no Pronto Socorro de Obstetrícia do HUSF de Bragança Paulista - SP, trazida pelo Serviço



de atendimento médico de urgência (SAMU) no dia 16 de janeiro de 2019. Tratava-se de uma gestante de 32 semanas e 6 dias, com quadro de dor ventral inferior, com possível quadro de abdome agudo. No histórico de patologias pregressas, a paciente apresentou quadro de massa anexial em ovário direito e hipotireoidismo, e o pré-natal havia sido realizado na rede básica de saúde, sem intercorrências. A paciente não apresenta histórico de antecedentes obstétricos, apenas de ginecologia. Quanto aos antecedentes familiares, não foi encontrado nada digno de nota.

Ao exame físico inicial, a paciente se encontra estável hemodinamicamente, com pressão arterial de 100 por 70 mmHg, frequência cardíaca de 104 bpm, descorada 2+/4+. Ao exame obstétrico, o útero encontrava-se globoso, doloroso à palpação profunda. A altura uterina era de 36 cm, o feto apresentava movimentação presente, e a frequência cardíaca fetal era de 158 bpm. Ainda, ao toque vaginal, o colo uterino encontrava-se grosso, posterior impérvio.

Devido à impressão diagnóstica inicial, gestação e massa anexial em ovário, foi discutido com a paciente a necessidade da internação para melhor investigação da massa anexial. Foi exposta a necessidade de uma possível resolução da gestação devido a massa anexial aumentada, com risco de prematuridade. Após, foi realizada internação hospitalar para controle clínico e obstétrico, tendo sido solicitados RNM, exames laboratoriais e marcadores tumorais. Uma transfusão sanguínea de duas bolsas de concentrados de hemácias foi realizada devido a uma Hb de 6,7. Também foi realizada uma primeira dose de betametazona,

A paciente permaneceu internada por 15 dias, sendo 9 dias de controle clínico, monitorização fetal e evolução patológica. O caso evoluiu então para um parto cesariana simultaneamente com uma laparotomia exploradora em 25 de janeiro de 2019. O parto foi realizado sem intercorrências, com 34 semanas de gestação. O feto, do sexo masculino, pesou 1920 g ao nascimento. Após lavado peritoneal foi realizada a remoção do cisto anexial íntegro, pesando 5910 g (Figura 1), que foi encaminhado para exame anatomopatológico.



Figura 1: Cisto anexial removido da paciente descrita.

Fonte: acervo dos autores.

A paciente evoluiu bem ao pós-operatório imediato, sem queixas de dores, permanecendo internada em nosso Serviço e, no puerpério, fez uso de medicamentos sintomáticos. Após novos



exames laboratoriais, permanecendo sem queixa de dores, recebeu alta médica no quinto dia do pós-operatório, tendo sido encaminhada ao retorno em ambulatório. Depois de 40 dias do parto e retirada do cisto, foi avaliada no ambulatório de puerpério patológico sem queixas. Como a análise do lavado peritoneal foi negativa para células neoplásicas, e também por se tratar de um cisto simples, a paciente recebeu alta do Serviço para seguimento ginecológico de rotina na rede básica de seu município.

### **Discussão**

O diagnóstico de massas anexiais na gravidez tem aumentado devido ao uso rotineiro de exames obstétricos de ultrassom. O curso clínico varia amplamente com base na sintomatologia, idade gestacional e características ultrassonográficas da massa anexial. A maioria das massas anexiais identificadas na gravidez é benigna, e se resolve espontaneamente. As complicações, embora relativamente raras, podem ocorrer, e incluem torção, ruptura e malignidade (PAGAN; JINKS; WILSON, 2019).

A incidência de uma massa anexial na gravidez varia de 1 a 10%, dependendo da população, frequência do uso do ultrassom e idade gestacional no momento do exame. Os casos são mais comuns no primeiro trimestre da gravidez, visto que a maioria dos cistos anexiais tem origem em cistos ovarianos funcionais benignos. Ocasionalmente, condições clínicas não-ginecológicas, como alças dilatadas de tumores intestinais, podem ser mal interpretadas como uma massa anexa. O risco de malignidade de uma massa anexial é muito baixo, não ultrapassando 1% dos casos diagnosticados (NEZHAT, F.; WANG; TINELLI, 2019).

Este relato descreveu uma paciente adolescente, em sua primeira gestação, que buscou atendimento de emergência devido à forte dor abdominal. O pré-natal havia sido realizado como de praxe, e a paciente não apresentava antecedentes obstétricos. Todavia, o histórico pregresso revelou positividade para cisto ovariano e hipotireoidismo. A presença de cisto ovariano anterior, positiva no caso relatado, está de acordo com o descrito na literatura, assim como a presença de benignidade, condição normalmente descrita nos casos de cistos anexiais (NEZHAT, F.; WANG; TINELLI, 2019; PAGAN; JINKS; WILSON, 2019).

No caso descrito, após parto cesárea, foi realizada laparotomia para retirada da massa tumoral. Em termos de gerenciamento da massa anexial na gravidez, apenas a observação da evolução do tumor é uma opção viável somente quando se trata de pequenas massas, sem sinais malignidade. Todavia, assim como realizado em nosso Serviço, a intervenção cirúrgica é recomendada para massas maiores, pois a presença destas aumenta os riscos de complicações para a mãe e para o feto (NEZHAT, F.; WANG; TINELLI, 2019).

Diversos casos de grandes massas anexiais durante a gestação já foram descritos na literatura. Por exemplo, o caso de uma parturiente de 34 anos de idade, da qual foi removido um cisto de 33 cm e pesando 9800 g (DESSOLE *et al.*, 2001). Neste caso, assim como o caso aqui relatado, a laparotomia exploradora foi importante para retirada total da massa anexial, mantendo inclusive a sua integridade. Destaca-se também o caso de uma paciente de 20 anos de idade, também primigesta como a atendida em nosso Serviço, que após buscar o pronto-atendimento devido a fortes dores na região abdominal inferior, obteve diagnóstico de gravidez, até então desconhecida pela paciente, todavia associada a um grande cisto de 6700 gramas, por sua vez removido também por laparotomia (AUJANG, 2011).

Com relação à conduta operatória, especialmente a discussão sobre a remoção do cisto por laparotomia ou por laparoscopia, uma revisão da literatura que compilou trabalhos publicados de 1990 a 2018, e que selecionou 9 estudos controlados envolvendo 985 pacientes, sugeriu que a cirurgia



laparoscópica pode ser uma alternativa viável para mulheres grávidas com massas anexiais (YE *et al.*, 2019), todavia apenas para cistos pequenos, permanecendo a laparotomia a técnica mais efetiva para remoção de cistos com grande volume, como o apresentado no caso por nós relatado.

### Conclusão

Este relato descreveu uma paciente adolescente, primigesta, com massa anexial ovariana de grande volume durante a gestação. O parto cesariana, e a remoção da massa anexial foi em mesmo tempo cirúrgico por laparotomia, sem intercorrências, e a análise anatomopatológica da peça e do lavado peritoneal não apresentou sinais de malignidade. Entende-se que a melhor forma de manejar tumores ovarianos volumosos que se apresentam na gravidez tardia é a excisão laparotômica. A possibilidade de se encontrar grandes massas tumorais mesmo em pacientes muito jovens reflete a necessidade de uma exploração abdominal e pélvica rigorosa, com base especialmente no exame de ultrassonografia, permitindo assim a realização de um diagnóstico oportuno e precoce de possíveis tumores anexiais, o que por sua vez permitirá oferecer uma melhor atenção às pacientes afetadas, resultando possivelmente em um parto sem maiores intercorrências.

### Referências

- AUJANG, E. R. Giant ovarian cyst and pregnancy. Case report and literature review. *Ginecologia y Obstetricia de México*, v. 79, n. 04, p. 235–238, 2011.
- DESSOLE, S. *et al.* Giant ovarian tumor complicating late pregnancy: A case report. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 80, n. 7, p. 665–667, 2001.
- EDRAL, A.; VILELA, F.; FERREIRA, Â. Uma massa anexial durante uma cesariana. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, v. 11, n. 4, p. 307–308, 2017.
- HERMANS, A. J. *et al.* Diagnosis and treatment of adnexal masses in children and adolescents. *Obstetrics and Gynecology*, v. 125, n. 3, p. 611–615, 2015.
- MINIG, L. *et al.* Laparoscopic surgery for treating adnexal masses during the first trimester of pregnancy. *Journal of Minimal Access Surgery*, v. 12, n. 1, p. 22–25, 2016.
- NEZHAT, F.; WANG, P.; TINELLI, A. Adnexal Mass in Pregnancy. In: NEZHAT, C. H. *et al.* (Org.). *Non-Obstetric Surgery During Pregnancy: A Comprehensive Guide*. Cham: Springer International Publishing, 2019. p. 293–306. Disponível em: <[https://doi.org/10.1007/978-3-319-90752-9\\_24](https://doi.org/10.1007/978-3-319-90752-9_24)>. Acesso em: 22 abr. 2019.
- PAGAN, M.; JINKS, H.; WILSON, K. Adnexal Masses in Pregnancy: A Review. *Current Women's Health Reviews*, v. 15, n. 1, p. 57–63, 2019.
- PLATEK, D. N.; HENDERSON, C. E.; GOLDBERG, G. L. The management of a persistent adnexal mass in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 173, n. 4, p. 1236–1240, 1995.
- SILVA, C. S. DA *et al.* Massa anexial e gravidez: relato de caso e revisão da literatura. *Rev. Bras. Cancerol*, v. 47, n. 4, p. 403–406, 2001.
- SILVA, L. N. *et al.* Massa anexial e gestação: avaliação transvaginal com doppler velocimetria colorido: relato de caso. *Rev. méd. Paraná*, v. 54, n. 1/2, p. 31–4, 1997.
- WHITECAR, P.; TURNER, S.; HIGBY, K. Adnexal masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 181, n. 1, p. 19–24, 1999.
- YE, P. *et al.* Laparoscopy versus open surgery for adnexal masses in pregnancy: a meta-analytic review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, v. 299, n. 3, p. 625–634, 2019.