



Cistoadenoma da trompa de falópio. Descrição de um caso clínico e revisão da literatura.

Versão final após defesa

Marta Roque Maia

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Alberto Fonseca Moutinho

julho de 2022

Dedicatória

Aos meus pais, à minha avó e à minha prima

Agradecimentos

Ao orientador, Professor Doutor José Alberto Moutinho, pela constante disponibilidade e apoio nos vários obstáculos que surgiram durante a elaboração da minha dissertação.

À minha família, por todo o investimento na minha formação.

Ao meu namorado, que me ajudou sempre que precisei por tão bem dominar programas informáticos, e nunca me deixou não atingir os objetivos a que me propus.

À Covilhã, por ter feito de mim a adulta que sou hoje.

Resumo

Introdução

Os tumores das trompas de Falópio são raros e têm uma histologia semelhante àquela encontrada em estruturas ginecológicas diferenciadas, como ovários e endométrio. Considerando que os ductos müllerianos têm elevado potencial de diferenciação celular na embriogênese, pensa-se que o cistoadenoma da trompa tenha origem mülleriana. O diagnóstico é acidental na maioria das vezes.

Objetivos

Sendo o cistoadenoma da trompa uma patologia rara, pretendeu-se descrever um caso clínico diagnosticado no CHUCB e efetuar uma análise comparativa com os casos descritos na literatura.

Métodos

Com vista à revisão bibliográfica e posterior análise comparativa com os casos de cistoadenoma da trompa publicados, foi efetuada uma pesquisa avançada na base de dados PubMed e Google Scholar, bem como uma consulta de processo clínico no SClínico Hospitalar no CHUCB.

Resultados

Do nosso conhecimento, existem na literatura dezasseis relatos de casos correspondentes a cistoadenoma benigno da trompa de Falópio. Na maioria dos casos reportados, o diagnóstico foi feito, acidentalmente, durante uma intervenção cirúrgica realizada por motivos que excluem o cistoadenoma da trompa ou através de exames de imagem. O tratamento definitivo consistiu na remoção da massa tumoral.

Conclusão

O cistoadenoma benigno da trompa de Falópio é um tumor raro, de difícil diagnóstico clínico, sendo habitualmente um achado histológico de uma peça operatória. O tratamento definitivo é a exérese cirúrgica completa. O prognóstico é favorável, mas desconhecido a longo prazo.

Palavras-Chave: Cystadenofibroma; fallopian tube.

Abstract

Neoplasms of the Fallopian tube are rare and their histologic structure is similar to some differentiated tissues, such as the ovary and endometrium. Mullerian ducts have differentiation potential during embryogenesis and Fallopian tube cystoadenoma could have mullerian origin.

Our paper intends to describe a clinical case of cystadenoma that was diagnosed in our hospital and perform a comparative analysis with the previous described cases on literature.

An advanced research was performed on PubMed and Google Scholar, as well as a clinical process analysis.

We found sixteen cases of benign cystoadenoma of the Fallopian tube in the literature. In most of the cases, the diagnosis was accidental, and was made during routine exams or a surgery due to other issues.

The benign cystoadenoma of the Fallopian tube is a rare neoplasm, its diagnosis is difficult and, many times, is an histological finding. The treatment is a complete surgery exeresis. The prognosis is favorable, however unknown for longer term.

Keywords: Cystadenofibroma; fallopian tube.

Cistoadenoma da trompa de Falópio – uma descrição de um caso clínico

Índice

Dedicatória.....	III
Agradecimentos.....	V
Resumo.....	VII
Palavras-Chave: Cystadenofibroma; fallopian tube.....	VII
Abstract.....	IX
Índice.....	XI
Lista de tabelas.....	XV
Lista de acrónimos.....	XVII
Introdução.....	1
Objetivos.....	3
Métodos.....	5
Resultados e Discussão.....	7
Descrição do caso clínico.....	7
Análise dos casos descritos na literatura.....	8
Perspetiva histórica, epidemiologia e etiopatogenia.....	11
Histologia.....	11
Diagnóstico imunohistoquímico.....	12
Apresentação clínica.....	12
Diagnóstico Diferencial do Cistoadenoma da trompa.....	12
Diagnóstico.....	13
Tratamento.....	13
Prognóstico.....	14
Comparação do caso do CHUCB com os descritos na literatura.....	14
Conclusão.....	17
Referências bibliográficas.....	19
Anexos.....	21

Lista de figuras

Figura 1: Patologias e/ou motivos cirúrgicos concomitantes. Casos diagnosticados 13
acidentalmente durante cirurgias.

Figura 2: Procedimentos utilizados na excisão do tumor. 14

Lista de tabelas

Tabela 1: Resumo da situação clínica de cada paciente, método de diagnóstico, 8
dimensão do tumor e respetivo tratamento, bem como o diagnóstico
histopatológico.

Lista de acrónimos

CHUCB	Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
ND	Não definido
FIV	Fertilização in vitro
TC	Tomografia computadorizada
CIN	Neoplasia cervical intraepitelial
EMA	Membrana epitelial apical
RMN	Ressonância Magnética

Introdução

Os tumores benignos das trompas de Falópio são raros e de vários tipos histológicos, tais como: adenomas, lipomas, hemangiomas, teratomas, papilomas, fibromas, fibromiomas e pólipos mucosos ¹. Em 1982, descreveu-se pela primeira vez a presença de um cistoadenoma na trompa de Falópio ².

O desenvolvimento embrionário do sistema reprodutor começa na 7^a-8^a semana de gestação e depende da presença do fator anti-mülleriano e dos níveis de testosterona. No caso dos indivíduos do sexo feminino, o fator anti-mülleriano está ausente, o que permite que os ductos paramesonéfricos ou ductos de Müller se diferenciem nas trompas de Falópio, útero e vagina proximal ³.

Histologicamente, o cistoadenoma contém dois componentes: um estroma semelhante ao estroma endometrial, apesar de algumas células de músculo liso também poderem ser observadas, e um segundo componente, onde surgem células epiteliais similares às que revestem o endométrio, trompas e ovário. A semelhança entre o epitélio do cistoadenoma com o epitélio das últimas estruturas mencionadas, corrobora a hipótese da origem mülleriana deste tumor, uma vez que o seu tecido apresenta elevado potencial de diferenciação celular ¹.

O diagnóstico pré-operatório é difícil de efetuar, e apenas nos casos de cistoadenoma benigno, podemos preservar os órgãos envolvidos, principalmente caso de trate de uma mulher em idade fértil. A maioria dos casos são achados acidentais que resultam de exames de imagem ou cirurgias pélvicas e abdominais ⁴.

Por ter sido diagnosticado um caso clínico de cistoadenoma benigno da trompa de Falópio no Centro Hospitalar e Universitário Cova da Beira (CHUCB), e dada a raridade do caso, interessámo-nos pelo tema.

Objetivos

Os objetivos do presente trabalho foram:

- Descrição de um caso clínico de um cistoadenoma da trompa de Falópio diagnosticado no CHUCB;
- Revisão da literatura sobre o cistoadenoma da trompa de Falópio;
- Comparação das características do caso clínico de cistoadenoma da trompa de Falópio diagnosticado no CHUCB com os descritos na literatura;
- Procurar tirar ensinamentos práticos para a prática clínica.

Métodos

Com vista à revisão bibliográfica, foi efetuada uma pesquisa avançada através do motor de busca de livre acesso à base de dados de resumos de artigos de investigação em biomedicina - o PubMed - e também no Google Scholar.

Os termos de pesquisa utilizados foram “cystadenofibroma” e “fallopian tube” e selecionaram-se todos os artigos de língua inglesa e portuguesa, independentemente da data de publicação, uma vez que a literatura acerca deste tema é escassa, obtendo-se trinta e sete resultados. Da pesquisa no PubMed, filtram-se então onze resultados, excluindo-se os casos cuja localização do cistoadenoma não é a trompa de Falópio, sendo que os restantes cinco casos resultaram da pesquisa no Google Scholar e das referências bibliográficas de alguns desses artigos anteriormente selecionados.

Para efeitos comparativos entre os casos publicados e o caso descrito neste trabalho, foi recolhida informação de saúde através do SClínico, nas instalações do CHUCB.

Por este motivo, foi pedida autorização à comissão ética do CHUCB, para consulta do processo clínico respetivo, cujo parecer se encontra em anexo, e à doente, que assinou um consentimento informado, autorizando a utilização do seu caso para o trabalho.

Resultados e Discussão

Descrição do caso clínico

Uma mulher de 25 anos, natural e residente no distrito da Guarda, trabalha como técnica superior, e não tem antecedentes pessoais clinicamente relevantes. Esta jovem frequentava regularmente consultas de planeamento familiar. A 12/12/2020, em ecografia pélvica por via endovaginal solicitada para estudo de “desconforto” pélvico, foi visualizada imagem compatível com tumor anexial direito com 54x30mm de eco-estrutura sólida homogénea, sendo então referenciada ao CHUCB.

Na infância referiu ter tido apenas varicela. A doente não reporta outros antecedentes pessoais de relevo, incluindo cirurgias, fraturas ou traumatismos. Não há registo de consumo de drogas, tabaco, álcool.

A menarca foi aos quinze anos, com ciclos irregulares e dismenorrea, que remitiram desde a toma do contraceptivo oral, com início aos dezoito anos e que mantém, atualmente. Até à data, nunca esteve grávida.

Dada a natureza sólida do tumor, a 19/03/2021, foi submetida a uma laparoscopia eletiva, e pode ler-se no relato cirúrgico “Trompa aparentemente normal até ao terço médio, quando inicia solução de contiguidade com quisto muito vascularizado”, pelo que se optou por uma salpingectomia direita.

O pós-operatório decorreu sem complicações, tendo a doente alta no dia seguinte à intervenção cirúrgica. Na consulta de revisão pós-operatória, encontrava-se sem queixas ginecológicas e clinicamente bem.

O estudo histológico da peça operatória revelou tratar-se de um cistoadenoma seroso benigno da trompa de Falópio, confirmado por imunohistoquímica.

Análise dos casos descritos na literatura

Tabela 1: Resumo da situação clínica de cada paciente, método de diagnóstico, dimensão do tumor e respetivo tratamento, bem como o diagnóstico histopatológico.

Autor Ano	Idade	Dados Clínicos	Diagnóstico	Tratamento	Localização e tamanho	Histologia
Kanbour et al 1973	63	Pós- menopausa	Achado acidental em cirurgia de reparação de prolapso uterino	Histerecto- mia vaginal	Corno esquerdo uterino e porção intramural da trompa ipsilateral; 2cm	Adenofi- broma papilar quístico
Silverman 1978	36	Grávida (7 semanas) com desejo de interrupção de gravidez	Achado acidental durante cirurgia de laqueação de trompas (após interrupção da gravidez)	Salpin- gectomia parcial	Massa quística na extremida- de fimbrial da tuba esquerda; 3,5cm de maior diâmetro	Cistadenofi- broma seroso
De la Fuente 1982	73	Sangramento vaginal (que motivou a cirurgia)	Achado acidental durante cirurgia de remoção de leiomiomas uterinos	Histerecto mia com anexecto- mia bilateral via abdominal	Fímbrias da trompa direita; 2,5x2x2cm	Adenofi- broma misto (tumor mülleriano)
Casasola/Mindan 1989	32	Grávida	O tumor foi considerado gravidez ectópica, em estudo ecográfico	ND	ND	Cistadenofi- broma límitrofe
	49	Leiomiomas múltiplos	Achado acidental em histerectomia com anexectomia bilateral por múltiplos leiomiomas	Histerecto mia com anexecto- mia bilateral	ND	Cistadenofi- broma
Chen 1994	24	Infertilidade primária	Achado acidental em laparotomia exploratória	Quistecto- mia tubária bilateral com biópsia em cunha do ovário	Fímbrias direita e esquerda; 2,5x2cm e 0,3x0,2cm (respetiva- mente)	Adenofibro- ma papilar bilateral

Cistoadenoma da trompa de Falópio – uma descrição de um caso clínico

Sifis et al 2003	ND	ND	Achado acidental durante a transferência de embrião FIV	Quistecto- mia tubária laparoscó- pica	Extremida- de distal da trompa direita; 5,5 cm	Cistadenofi- broma seroso
Gürbüz e Ozkara 2003	48	Vagina septada e sangramento por leiomiomas uterinos	Achado acidental durante histerectomia por leiomiomas uterinos	Histerecto- mia com anexectomi a bilateral	Superfície serosa da trompa direita; 0,4cm	Cistadenofi- broma seroso
De Silva et al 2010	19	Quadro súbito de dor na fossa ilíaca direita	Durante apendicecto- mia: apêndice de aparência normal; Na exploração, observa-se quisto de 8cm no ovário e trompa direitos com hemorragia pélvica	Salpingo- forectomia	Trompa e ovário direitos; 8 cm	Cistadenofi- broma
Mondal 2010	27	Gravidez ectópica	Achado acidental durante salpinge- ctomia esquerda	Salpin- gectomia esquerda	Fímbrias da trompa esquerda; 2x1,5cm	Adenofi- broma e gravidez ectópica
Erra e costa magna	50	Leiomioma uterino	Achado acidental durante cirurgia para leiomioma	Histerecto- mia com anexecto- mia bilateral	Quisto das fímbrias, 3cm	Cistadenofi- broma seroso
Pandey et al 2012	20	Grávida	Achado acidental durante cesariana de emergência com laqueação de trompas	Cesariana de emergência com laqueação tubária	Fímbrias da trompa esquerda; 4x3cm	Cistadenofi- broma seroso

Cistoadenoma da trompa de Falópio – uma descrição de um caso clínico

Fukushima et al 2014	32	Suspeita de gravidez ectópica; Amenorreia e dor na região abdominal inferior esquerda	O tumor foi considerado uma gravidez ectópica em exame de imagem	Salpingo-ostomia linear e evisceração	Ampola da trompa de Falópio; 20mm	Cistadenofibroma papilar
Khatib et al 2015	30	Suspeita de neoplasia ovariana; Dor abdominal	Durante cirurgia por suspeita de neoplasia ovariana (TC)	Quistectomia tubária esquerda	Camada serosa da trompa de Falópio; 12x10cm	Cistadenofibroma papilar seroso
Grigore et al 2017	30	Infertilidade secundária; Dor abdominal crónica	Ecografia endovaginal	ND	ND	Cistadenofibroma seroso
Edin Hodzik 2020	43	Dor abdominal e dispneia; O primeiro relato do tumor foi quatro anos antes	Achado acidental em exame de imagem	Histerectomia com anexectomia bilateral	Total: 540x20x140mm Trompa de Falópio 180x55x23mm	Cistadenofibroma seroso Mioma uterino Adenocarcinoma endometrial pT1a, FIGO IA. Colo do útero: CIN1
Maia, M. 2022	25	Desconforto pélvico	Achado acidental em exame de imagem	Salpingectomia direita	54x30mm	Cistadenoma seroso da trompa

Perspetiva histórica, epidemiologia e etiopatogenia

Os tumores das trompas de Falópio, benignos ou malignos, são muito raros ⁵.

Estes tumores podem ser classificados em três categorias: os epiteliais, os mesodérmicos e mistos ⁶.

Apesar de os tumores benignos epiteliais serem raros na trompa de Falópio e mais comuns no ovário, aquele que é mais frequente na trompa é o pólipo endometrióide. (Kanbour et al., 1973; De La Fuente, 1982; Green, 1962; Silverman et al., 1978; Chen, 1981)⁶. Os tumores mesodérmicos são os mais comuns da trompa, sendo de especial relevo o adenoma ⁵. Ainda quanto à categoria dos tumores mesodérmicos, os fibromas e leiomiomas da trompa parecem ser mais prevalentes na porção proximal e intramural desta estrutura ⁵.

O cistoadenoma tem como localização mais comum o ovário, mas também tem sido descrito, apesar de mais raro, no colo do útero, endométrio e na porção intramural da trompa de Falópio ².

À observação histológica do cistoadenoma, o epitélio é semelhante ao do quisto do ducto paramesonéfrico, que deriva de tecido mülleriano. Portanto, a origem histogenética do cistoadenoma aparenta ser mülleriana ¹.

Histologia

À observação microscópica, este tumor da trompa de Falópio é constituído por dois componentes: o estroma composto por tecido conjuntivo, onde se observam alguns fibroblastos e uma boa vascularização; o segundo componente é formado pelas células epiteliais que revestem as estruturas papilares na superfície e estruturas tubulares noutras áreas e são, microscopicamente, indistinguíveis das células epiteliais que revestem a mucosa normal da trompa de Falópio, endométrio ou cérvix. Portanto, pela sua aparência, o cistoadenoma da trompa de Falópio pode ser designado também de papiloma, fibroadenoma ou adenofibroma ¹.

Assim, percebe-se a similaridade histológica entre o primeiro componente e o estroma endometrial, apesar de poderem existir células músculo liso-like e entre o segundo componente e o epitélio endometrial, cervical ou da trompa de Falópio ¹.

Os componentes, individualmente ou simultaneamente, podem ter vários graus de pleomorfismo e atividade mitótica, sendo estes os fatores que determinam a benignidade ou malignidade da lesão.

Desta forma, considerando a sobreposição histológica entre o tecido analisado e outras estruturas ginecológicas, considera-se que este tumor tem origem mülleriana, considerando a pluripotencialidade deste tecido embrionário, tal como sugerido por Clement & Scully em 1974 ¹.

Diagnóstico imunohistoquímico

Os cistoadenomas caracterizam-se, no que concerne à imunofenotipagem, pela coexpressão de vimentina-citoqueratina e imunorreatividade difusa do antígeno de membrana epitelial apical (EMA). Estas características apoiam a etiologia proposta por Clement & Scully de que o cistoadenoma é um remanescente embriológico do ducto de Müller ^{6,7}.

Apresentação clínica

A maioria destes tumores são pequenos e assintomáticos ⁷. Contudo, se atingirem dimensões que interfiram com os órgãos adjacentes, podem provocar sintomatologia, como dor e distensão abdominal ^{4,8}.

Diagnóstico Diferencial do Cistoadenoma da trompa

Consideramos como diagnóstico diferencial de um cistoadenoma da trompa de Falópio, o carcinoma da trompa de Falópio (primário ou metastático), o tumor seroso de baixo potencial maligno, o tumor seroso papilar limítrofe da trompa de Falópio ⁶ e os quistos dos ductos mesonéfrico, tubárico mesonéfrico e paramesonéfrico ². Os quistos dos ductos paramesonéfricos surgem, maioritariamente, no ligamento largo, mas podem ser distinguidos por diversas características histológicas ². Os tumores malignos da trompa de Falópio representam cerca de 0,18 a 1,6% de todos os tumores malignos do sistema reprodutivo e são mais comuns nas mulheres pós-menopáusicas. (Rubinstein et al., 2004)

⁶.

Como se observou no caso de Fukushima et al, deve fazer-se o diagnóstico diferencial com gravidez ectópica, quando existe um quadro clínico compatível, ou seja, um teste de gravidez positivo e ausência de saco gestacional.

Diagnóstico

Raramente o diagnóstico é feito pré-operatoriamente. Geralmente, é um achado acidental de uma cirurgia abdominopélvica ou de um exame de imagem, motivados por outras queixas.⁴

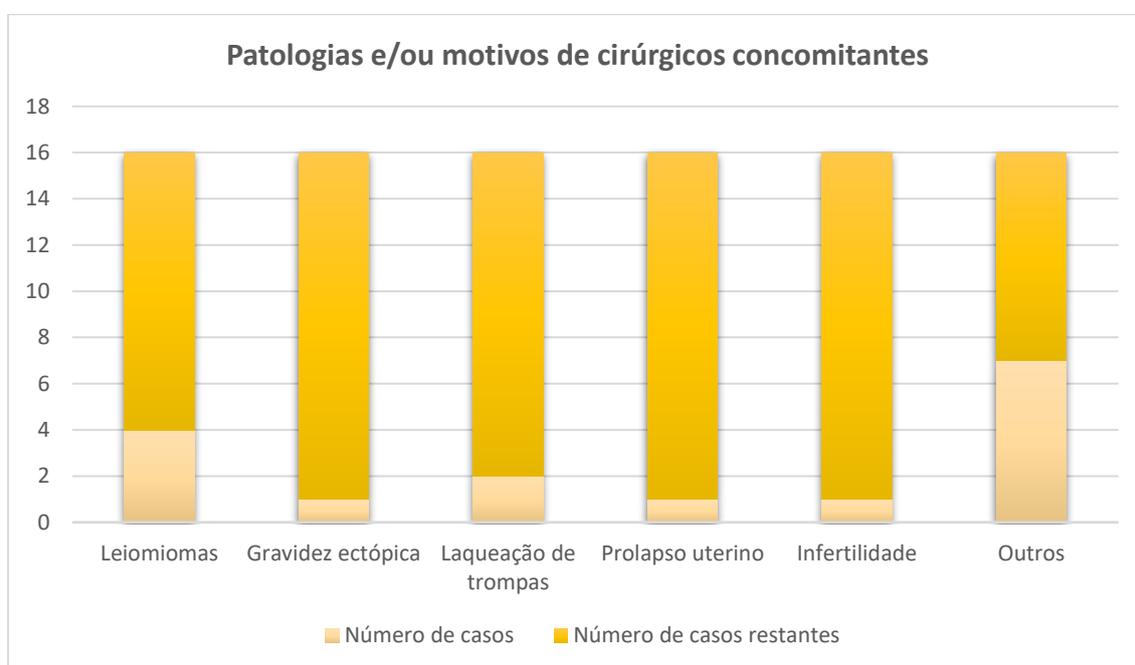


Figura 5: Patologias e/ou motivos cirúrgicos concomitantes com o cistoadenoma da trompa de Falópio.

Tratamento

O tratamento do cistoadenoma da trompa de Falópio pode englobar várias técnicas: quistectomia, salpingectomia, salpingooforectomia ou histerectomia com anexectomia bilateral, dependendo da dimensão e extensão do tumor e das condições que permitam ou não a conservação dos órgãos. Pandey et al acrescenta que se deve considerar este diagnóstico antes de proceder a excisões alargadas nas mulheres em idade fértil, pelo impacto que tem na fertilidade ⁶.

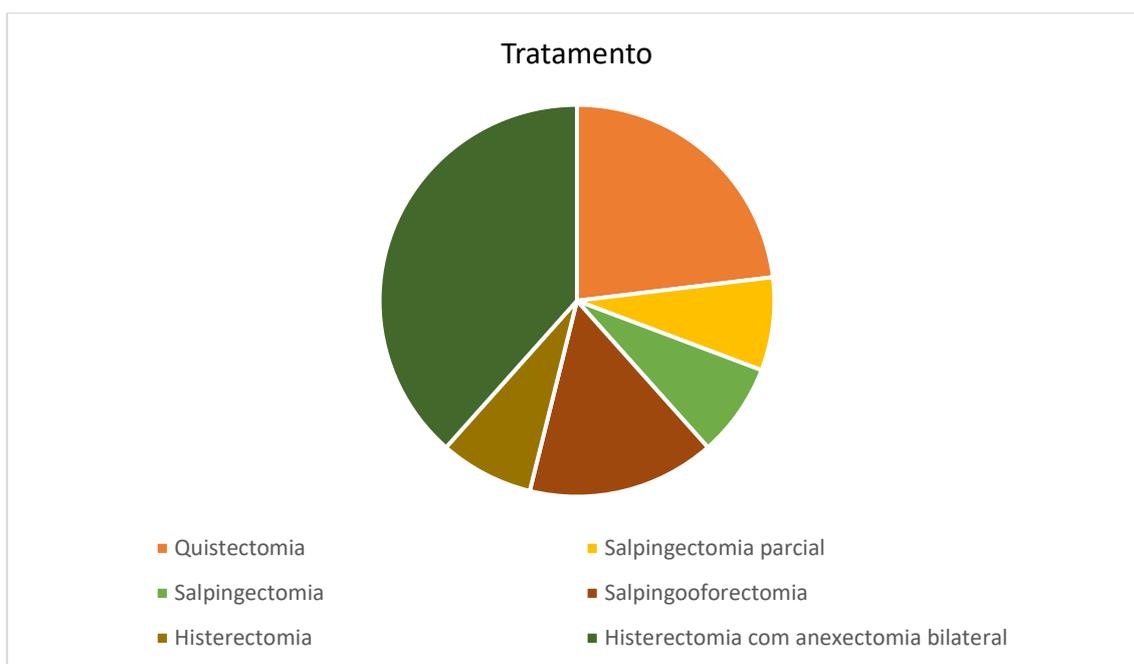


Figura 6: Procedimentos utilizados na excisão do tumor.

Prognóstico

Em geral, o prognóstico é bom e, raramente, o cistoadenoma da trompa tem potencial maligno ⁶. No que toca ao impacto na fertilidade, é também proposto que a compressão exercida pelo tumor pode, por si só, causar obstrução do lúmen da trompa de Falópio e comprometer a migração dos gâmetas ou embrião para o útero ⁷.

Comparação do caso do CHUCB com os descritos na literatura

A idade da nossa doente (25) enquadra-se no intervalo de idades descrito na literatura (19 a 73 anos) aquando do diagnóstico do cistoadenoma da trompa, sendo que apenas três pacientes tinham idade igual ou superior a 50 anos.

No caso clínico do CHUCB acima descrito, o tumor foi diagnosticado através de cirurgia por suspeita de tumor do ovário, após ecografia endovaginal motivada por dores pélvicas, em contexto de consultas de planeamento familiar. Doze dos dezasseis diagnósticos de cistoadenoma da trompa de Falópio foram achados acidentais, isto é, motivados por exame de imagem abdominopélvico, mas principalmente durante cirurgias

por outras patologias. Entre as cirurgias mencionadas, destacam-se quatro casos por leiomiomas uterinos, dois para laqueação de trompas, um por gravidez ectópica, um por cirurgia de reparação de prolapso uterino e um por laparoscopia exploratória eletiva motivada por infertilidade primária. Dos restantes três diagnósticos acidentais, dois observaram-se por exame de imagem e outro durante um processo de Fertilização In Vitro (FIV). Os leiomiomas uterinos são associados, na sua maioria, à nuliparidade e à menarca precoce. Contudo, nesta revisão bibliográfica, não dispomos de dados de saúde suficientes que corroborem essa relação entre os fatores de risco mencionados e os leiomiomas. Para além disso, os leiomiomas são mais comuns em idade reprodutiva, o que parece também não se verificar na amostra de estudos incluída neste trabalho ¹⁶. Sabemos que o leiomioma uterino é o tumor mais comum do trato genital, portanto talvez seja essa a razão para que seja a patologia concomitante mais frequente nesta amostra.

Relativamente à apresentação clínica dos restantes casos: as doentes dos relatos de Fukushima et al e Khatib et al manifestaram sintomatologia compressiva exercida pelo tumor, como dor e distensão abdominal ^{8,9}. No caso publicado por Grigore et al, o estudo ecográfico revelou uma massa anexial e foi motivado por infertilidade secundária. Por outro lado, no caso de Da Silva, as manifestações clínicas eram muito sugestivas de apendicite aguda. Porém, durante a cirurgia, o apêndice aparentava ser normal, o que conduziu a uma nova exploração onde se verificou hemorragia pélvica com origem num tumor ginecológico. A doente do caso de Hodzic et al, experienciou dispneia, por compressão extrínseca das vias aéreas, exercida pelo tumor. Contudo, o diagnóstico já havia sido conhecido através de um exame de imagem de rotina, quatro anos antes da intervenção cirúrgica acima mencionada na tabela-resumo, não se considerando, desta forma, um achado acidental.

Existem dois casos cujo diagnóstico pré-operatório diferiu do diagnóstico final, para além do já mencionado acima (caso de De Silva et al). No relato de Fukushima et al, equacionou-se uma gravidez ectópica, por inexistência de saco gestacional intra-uterino, observado por ecografia transvaginal, e teste de gravidez positivo. O segundo caso corresponde a uma suspeita de neoplasia ovariana, diagnosticada através de uma TC abdominal, mas que se verificou, afinal, tratar-se de um tumor benigno da trompa.

Podemos ainda contabilizar dois relatos associados a infertilidade. No caso de Chen et al, o diagnóstico do cistoadenoma da trompa resultou de uma laparoscopia exploratória motivada por infertilidade primária. Já no caso de Grigore et al, perante uma situação de infertilidade secundária, procedeu-se a uma ecografia endovaginal, onde se observou uma massa anexial.

Cistoadenoma da trompa de Falópio – uma descrição de um caso clínico

A maior dimensão do tumor por nós descrito foi de 54mm, o que está de acordo o observado na literatura, e apenas 3mm superior à média. Para efeitos de cálculo da média das dimensões das massas tumorais, utilizei a medida do maior diâmetro dos tumores, dos artigos que divulgaram esses mesmos dados, e obtive o valor de ~ 50,31mm.

A nossa doente foi tratada com excisão completa do tumor (salpingectomia direita), tal como na maioria dos casos descritos na literatura. O tratamento desta patologia varia de acordo com o motivo da cirurgia, o volume tumoral e as condições cirúrgicas. As cirurgias realizadas foram a quistectomia, a salpingectomia parcial e total, a salpingooforectomia, a histerectomia e a histerectomia com anexectomia bilateral.

O tratamento pode interferir na manutenção da capacidade reprodutiva, dependendo da idade da paciente. Tendo em conta que apenas três pacientes tinham idade superior a 50 anos, percebemos a importância de ponderar a preservação da fertilidade, uma vez que a maioria está em idade reprodutiva. Dos casos selecionados, apenas em três se preservou, completamente, os órgãos, através de uma quistectomia. Portanto, nos restantes casos descritos, houve impacto na fertilidade, apesar de em diferentes graus.

Por outro lado, o próprio tumor pode estar associado à infertilidade, consoante a sua localização, causando obstrução parcial ou completa das trompas de Falópio e impedindo a migração dos gâmetas ou embrião para o útero, como se descreve em dois dos casos acima ^{11,15}.

O prognóstico do cistoadenoma da trompa é favorável e não exige qualquer vigilância adicional determinada. Contudo, recomenda-se que estas mulheres sejam vigiadas regularmente em consultas de Ginecologia.

Conclusão

Os tumores das trompas de Falópio são raros, e por isso o cistoadenoma, que também pode ser designado por papiloma, fibroadenoma ou adenofibroma, é um tumor muito raro, do nosso conhecimento, com apenas dezasseis casos descritos na literatura.

O diagnóstico, na sua maioria, ocorre de forma acidental, isto é, cujo diagnóstico foi motivado por exame de imagem abdominopélvico, situação clínica ou mesmo durante cirurgias por outras patologias. A ecografia endovaginal é o exame complementar de diagnóstico mais custo-efetivo e, portanto, o mais usado em consulta de rotina. A TC e a RMN são reservadas para esclarecimento de achados resultantes da ecografia. Sendo a TC e a RMN exames menos acessíveis e o cistadenoma da trompa de Falópio uma patologia extremamente rara e cujo prognóstico é favorável, o uso dos exames supra-citados é injustificado.

Quando diagnosticado por imagiologia, há que fazer o diagnóstico diferencial com o cancro invasivo do ovário, pelo que se justifica sempre a abordagem cirúrgica.

O diagnóstico definitivo é histológico, e confirmado por imunohistoquímica.

O tratamento definitivo é a excisão completa do tumor.

O prognóstico a curto prazo é favorável, não havendo casos descritos de recidiva, após a excisão completa.

O prognóstico a longo prazo é desconhecido, assim como o seu risco oncológico futuro, pelo que é prudente que as doentes com o diagnóstico de cistoadenoma da trompa de Falópio se mantenham em vigilância regular nas consultas de Ginecologia.

Referências bibliográficas

1. de la Fuente AA. Benign mixed Mullerian tumour – Adenofibroma of the fallopian tube. *Histopathology*. 1982; 6:661–6.
2. Silverman A, Artinian B, Sabin M. Cistadenofibroma seroso da trompa de Falópio: um relato de caso. *Am J Obstet Gynecol*. 1978;130(5):593–5.
3. Amboss [Internet]; Development of the reproductive system; [consultado a 8 de dezembro de 2021]; Disponível em:
<https://next.amboss.com/us/article/yKodQS?q=m%C3%BCllerian%20ducts#Zdc31ba8cd5fc76cc05f3b089eebc4f50>
4. Hodzic E, Pusina S, Bajramagic S, Salibasic M. Cistadenofibroma Papilar de Trompa de Falópio: Relato de Caso com Revisão da Literatura. *Med Arh*. 2020;74(1):73 .
5. Kanbour AI, Burgess F, Salazar H. Adenofibroma intramural da trompa de Falópio. *Microscopia de luz e eletrônica. Câncer*. 1973 Jun;31(6):1433–9 .
6. Pandey A. Cistadenofibroma benigno da trompa de Falópio: Um relato de caso. *Revista de Fisiologia e Fisiopatologia*; 2012. pág. 3.
7. Mondal S. Adenofibroma e gravidez ectópica da trompa de Falópio esquerda: uma coexistência rara. *J Obstet Gynaecol Res*. 2010;36(3):690–2.
8. Patel R, Khatib Y, Kashikar A, Chavan K. Cistoadenofibroma papilar seroso da trompa de Falópio: um relato de caso e uma breve revisão da literatura. *Revista Indiana de Patologia e Microbiologia*. 2015;58(4):524.
9. Fukushima A, Shoji T, Tanaka S, Sugiyama T. Um caso de adenofibroma da trompa de Falópio: dificuldades associadas à diferenciação de gravidez ectópica. *Insights de Medicina Clínica: Relatos de Casos*. 2014; 7 CCRep.S18859.
10. Valerdiz CS, Mindan PJ Cystadenofibroma de trompa de Falópio. *Appl Pathol*. 1989;7:256–9.

11. Chen K. Adenofibroma Papilar Bilateral da Trompa de Falópio. *Revista Americana de Patologia Clínica*. 1981;75(2):229–31.
12. Gurbuz Y, Ozkara S. Perfil imuno-histoquímico de cistoadenofibroma papilar seroso da trompa de Falópio. *Imuno-histoquímica Aplicada e Morfologia Molecular*. 2003; 11 (2):153-5.
13. Silva T, Patil A, Lawrence R. Acute presentation of a benign cystadenofibroma of the fallopian tube: a case report. *J Med Case Reports*. 2010; 4, 181.
14. Erra S, Costamagna D. Cistoadenofibroma seroso da trompa de Falópio: Relato de caso e revisão da literatura. *G Chir*. 2012; 33 :31-3.
15. Grigore M, Popovici R, Furnica C, Pristavu A, Hamod A, Gafitanu D. Three-dimensional ultrasound and HDlive in tubal serous cystadenofibroma: a case report and literature review. Department of Obstetrics and Gynecology, Department of Anatomy, Student, University of Medicine and Pharmacy. Iasi, Romania; 2017.
16. Ciavattini A. Uterine Fibroids: Pathogenesis and Interactions with Endometrium and Endomyometrial Junction [Review Article]: *Woman's Health Sciences Department, Faculty of Medicine, Polytechnic University of Marche*. 2013.
17. Rubinstein NH, Fromberg E, Lederman S. Sonographic diagnosis of a serous tumor of low malignant potential of the fallopian tube. A care report. *American institute of Ultrasound in Medicine. J Ultrasound Med*. 2004;23(6):869–72.
18. Green TH Jr, Scully RE. Tumors of the fallopian tube. *Clin Obstet Gynecol*. 1962 Sep;5(3):886–906.
19. Iwanow, W. M. Cystadenofibromyoma papilliferum tubae Fallopieae, *Zentraldl. Gynaekol* 33; 745, -19b9.

Anexos

Abaixo, encontra-se o parecer emitido pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, a 22 de abril de 2022.



Marta Roque Maia <a37687@fcsaude.ubi.pt>

Comunicação de parecer

1 mensagem

CHCBeira - Comissão de Ética <comissaodeetica@chcbeira.min-saude.pt>
Para: "a37687@fcsaude.ubi.pt" <a37687@fcsaude.ubi.pt>

26 de abril de 2022 às 13:03

Ex.ma Senhora Investigadora:
Marta Roque Maia

Por indicação do Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Prof. Doutor Manuel Passos Morgado, comunica-se ter sido emitido em 2022/04/22 parecer favorável (sem observações) à realização do Estudo nº 19/2022 – “ Cistoadenoma da trompa de Falópio. Descrição de um caso clínico e revisão da literatura”

O mesmo foi remetido ao Gabinete de Investigação e Inovação e o seu teor poderá ai ser consultado.

Salienta-se que este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados.

A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Ex.mo Conselho de Administração do CHUCB e que no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.

CHCBeira - Comissão de Ética
Comissão de Ética

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
Sede | Quinta do Alvito | 6200 – 251 Covilhã

Tlm: | Tel: | Fax:
www.chcbeira.min-saude.pt/

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

