

## **Adenocarcinoma mucinoso com alto grau de malignidade - relato de caso**

### **High grade mucinous adenocarcinoma - case report**

DOI:10.34117/bjdv7n8-074

Recebimento dos originais: 07/05/2021

Aceitação para publicação: 01/06/2021

#### **Laura de Freitas Oliveira**

Formação acadêmica mais alta: Acadêmica do 6º Ano do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Instituição de atuação atual: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço completo: SEPN 707/907 – Asa Norte – Brasília-DF. CEP: 70790-075

E-mail: lauraolivmed@gmail.com

#### **Ana Clara Guerreiro Araújo de Gouvêa**

Formação acadêmica mais alta: Acadêmica do 6º Ano do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Instituição de atuação atual: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço completo: SEPN 707/907 – Asa Norte – Brasília-DF. CEP: 70790-075

E-mail: ana.gouvea@sempreceub.com

#### **Andressa Freitas Gomide de Araújo**

Formação acadêmica mais alta: Acadêmica do 6º Ano do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Instituição de atuação atual: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço completo: SEPN 707/907 – Asa Norte – Brasília-DF. CEP: 70790-075

E-mail: dessagomide@gmail.com

#### **Lívia Novaes Teixeira**

Formação acadêmica mais alta: Acadêmica do 6º Ano do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Instituição de atuação atual: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço completo: SEPN 707/907 – Asa Norte – Brasília-DF. CEP: 70790-075

E-mail: livia.novaes.teixeira@gmail.com

#### **Talita Trindade França**

Formação acadêmica mais alta: Acadêmica do 6º Ano do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Instituição de atuação atual: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço completo: SEPN 707/907 – Asa Norte – Brasília-DF. CEP: 70790-075

E-mail: talita.trindadee94@gmail.com

#### **Tássya Daiana Porto Lima**

Formação acadêmica mais alta: Médica Residente do terceiro ano de Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Regional do Gama (HRG)

Instituição de atuação atual: Hospital Regional do Gama (HRG)

Endereço completo: Área Especial nº 01, St. Central - Gama, Brasília - DF, 72405-901

E-mail: tassya.med@icloud.com

### **Thiago Henrique Queiroz de Oliveira**

Formação acadêmica mais alta: Médico formado pelo Centro Universitário de Brasília (CEUB).

Instituição de atuação atual: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço completo: SEPN 707/907 – Asa Norte – Brasília-DF. CEP: 70790-075

E-mail: thiagoqueiroz6@gmail.com

### **Viviane Carneiro Valentim**

Formação acadêmica mais alta: Médica Residente do segundo ano de Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Regional do Gama (HRG)

Instituição de atuação atual: Hospital Regional do Gama (HRG)

Endereço completo: Área Especial nº 01, St. Central - Gama, Brasília - DF, 72405-901

E-mail: valentim.viviane@gmail.com

## **RESUMO**

As neoplasias ovarianas constituem o terceiro grupo de tumores que mais afetam mulheres. Comumente assintomático, muitas pacientes apresentam a doença em estágio avançado no momento do diagnóstico, resultando em alta taxa de letalidade. Dentro desse contexto, o adenocarcinoma mucinoso é uma neoplasia maligna que frequentemente adquire grandes dimensões. Relatamos o caso de uma mulher de 35 anos que procurou o ambulatório de Oncoginecologia referindo que, há um ano, apresenta aumento do volume abdominal sem outras queixas. Após investigação com ultrassonografia transvaginal com Doppler e marcadores tumorais, foi submetida à laparotomia exploradora. Durante o procedimento, foi realizada a excisão de um tumor ovariano à direita, com peso de 9750 gramas e dimensões de 38x25x15 centímetros. O laudo da biópsia revelou adenocarcinoma de alto grau histológico de malignidade com áreas de diferenciação mucinosa. Devido à alta taxa de letalidade relacionada às neoplasias ovarianas, em conjunto com o quadro clínico silencioso, a realização de um atendimento integral com exames complementares eficazes pode alterar o curso natural da doença.

**Palavras-chave:** Adenocarcinoma mucinoso, Neoplasias ovarianas, Ovário, Procedimentos cirúrgicos em Ginecologia.

## **ABSTRACT**

Ovarian neoplasms are the third group of tumors that most affect women. Commonly asymptomatic, many patients are in an advanced stage of the disease at the time of diagnosis, resulting in high lethality rates. Within this context, mucinous adenocarcinoma is a malignant neoplasm that often acquires large dimensions. We report the case of a 35-year-old woman who came to the onco-gynecological outpatient care reporting that, for the past year, she had an increase in abdominal volume with no other complaints. After investigation with transvaginal Doppler ultrasonography and tumor markers, she underwent exploratory laparotomy. During the procedure, an ovarian tumor was excised on her right side, weighing 9750 grams and measuring 38x25x15 centimeters. The biopsy report revealed adenocarcinoma of high histological grade of malignancy with areas of mucinous differentiation. Due to the high lethality rate related to ovarian neoplasms, combined with the silent clinical picture, the observance of comprehensive care with effective complementary exams may change the natural course of the disease.

**Keywords:** Mucinous adenocarcinoma, Ovarian neoplasms, Ovary, Surgical procedures in Gynecology.

## 1 INTRODUÇÃO

As neoplasias ovarianas (NO) constituem o terceiro grupo de tumores que mais afetam mulheres (HERRERA et al., 2016), sendo a sétima principal causa de morte entre elas (VAZ; RONCHI, 2018). Por se tratar de um tumor assintomático na maioria dos casos, aproximadamente 75% das mulheres apresentam a doença em estado avançado no momento do diagnóstico (COLOMBO et al., 2006), o que resulta em alta taxa de letalidade (DE OLIVEIRA; DE OLIVEIRA; ARAUJO, 2016). Cerca de 90% dos tumores ovarianos malignos é de origem epitelial, que diferenciam-se histologicamente em seis tipos: seroso (75%), mucinoso (20%), endometrióide (2%), de células claras (2%), de Brenner e indiferenciados (1%) (BEREK, 2008). O adenocarcinoma mucinoso é uma neoplasia maligna e frequentemente adquire grandes dimensões (ABRÃO, 2000). Este artigo visa relatar o caso de uma paciente portadora de uma NO gigante que apresentou como único sintoma o aumento de volume abdominal, buscando enfatizar a importância do diagnóstico precoce frente à escassez de sintomas na maior parte dos casos.

## 2 DESCRIÇÃO DO CASO

C.L.L., 35 anos, sexo feminino, G2PN1PC1A0, encaminhada ao Ambulatório de Oncoginecologia do Hospital Regional do Gama em setembro de 2020, referindo que há um ano apresenta aumento do volume abdominal sem outros sintomas associados. Após admissão, foram solicitados marcadores tumorais, que evidenciaram CA 125 de 248,2U/mL (valor de referência de 0 a 35U/ml), CA 19.9 de 6070U/mL (valor de referência de 0 a 37U/ml) e CEA de 7,6ng/mL (valor de referência de até 5ng/ml). A ultrassonografia transvaginal (USG TV) realizada em 27/08/2020 demonstrou gigantesca massa cística complexa, medindo 38x25x15 centímetros, multiseptada e multiloculada, ocupando todos os quadrantes do abdome desde a pelve. No Doppler, apresentou vascularização com vasos de baixa resistência, demonstrando alto risco de malignidade.

No dia 29/09/2020, a paciente foi submetida à laparotomia exploradora, sendo realizada histerectomia total abdominal, tumorectomia de ovário direito, salpingectomia à esquerda, omentectomia, linfadenectomia pélvica bilateral e apendicectomia. Foi realizada a retirada de um gigantesco tumor ovariano à direita, com peso de 9.750 gramas e mesmas dimensões constatadas na USG TV (Figuras 1, 2 e 3).

O laudo da biópsia das peças cirúrgicas revelou adenocarcinoma de alto grau histológico de malignidade com áreas de diferenciação mucinosa, de padrão

predominantemente expansivo de invasão no ovário direito, associado à invasão angiolinfática. Útero, colo uterino, ovário esquerdo, tubas uterinas esquerda e direita livres de neoplasia, com comprometimento de dois linfonodos ilíacos esquerdos, dos dez avaliados. A paciente recebeu alta hospitalar três dias após a cirurgia, apresentando bom estado geral, sem queixas e com boa evolução pós-operatória. Após a alta, apesar de busca ativa, perdeu seguimento com a equipe de Oncoginecologia.

*Figura 1, Ectoscopia da Paciente. Figura 2, Ressecção Cirúrgica.*



*Fonte: arquivo pessoal.*



*Fonte: arquivo pessoal*

*Figura 3, Peça Cirúrgica Mostrando Volumoso Tumor em Ovário Direito*



*Fonte: arquivo pessoal*

### 3 DISCUSSÃO

O câncer primário de ovário é mais incidente em mulheres brancas, acima de 50 anos e de classe socioeconômica média a alta e corresponde a 15% das neoplasias malignas nos serviços de ginecologia geral (ABRÃO, 2000). A idade média de diagnóstico é de 60 anos e a possibilidade de ocorrência é de uma em cada setenta mulheres, com risco mais elevado em pacientes portadoras de mutações germinativas, principalmente dos genes BRCA1 e BRCA2. (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2016). Outros indicadores de risco incluem fatores reprodutivos: mulheres nulíparas apresentam risco duas vezes maior de desenvolver neoplasia ovariana. Fatores protetores incluem primeira gestação em mulheres jovens, menopausa precoce e uso de anticoncepcionais orais (BEREK et al., 2018).

Em casos de lesões muito extensas em que há aumento do volume abdominal, a avaliação clínica com exame físico mostra-se útil para a identificação de tumorações (MEDEIROS et al., 2011). Entretanto, quando há ocorrência de lesões pequenas ou na investigação inicial de sintomas sugestivos de neoplasia, a USG TV faz-se importante na sugestão do caráter do tumor, entre benignos e malignos (GUBBELS et al., 2010). Após

o diagnóstico, exames como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética auxiliam na avaliação da extensão da doença.

O biomarcador tumoral CA-125 tem sensibilidade de 50% a 60% e especificidade de 90% para os estágios iniciais da doença, porém inúmeras condições benignas podem elevar esse marcador (GUBBELS et al., 2010). Até o presente momento, não há métodos de rastreamento eficazes que reduzam a mortalidade do câncer de ovário. A Força Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos não recomenda seu rastreamento em mulheres assintomáticas com marcadores tumorais, exame pélvico ou ultrassonografia pélvica. A baixa prevalência da doença e a falta de métodos de triagem adequados tornam mais provável a obtenção de resultados falso-positivos, podendo resultar em intervenções desnecessárias (BEREK et al., 2018).

De acordo com as diretrizes da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) estabelecidas em 2018, o estadiamento do câncer de ovário é cirúrgico. Além de confirmar o tipo histológico, permite avaliar o prognóstico das pacientes e orienta quanto à necessidade de quimioterapia adjuvante.

Aproximadamente dois terços dos tumores epiteliais de ovário encontram-se em estágio III ou IV no momento do diagnóstico. Os sintomas são insidiosos e podem incluir dor abdominal, irregularidade menstrual, dispepsia e outras manifestações gastrointestinais leves. De acordo com a progressão da doença, a distensão e o desconforto abdominal relacionados à ascite tendem a piorar, com possibilidade de associação à sintomas respiratórios devido ao aumento da pressão intra-abdominal ou por derrame pleural (BEREK et al., 2018).

Todas as mulheres com suspeita de câncer epitelial invasivo de ovário devem ser avaliadas por um cirurgião ginecológico para considerar a indicação de cirurgia citorrredutora primária (para estádios IA e IB). Para as pacientes em idade fértil que desejam engravidar e apresentam tumores de alto grau de diferenciação, a salpingo-ooforectomia unilateral pode ser considerada (WRIGHT et al., 2016). Nos demais casos, a histerectomia abdominal total com salpingo-ooforectomia bilateral e omentectomia é o procedimento de escolha, com avaliação e biópsia do peritônio diafragmático, goteiras parietocólicas, peritônio pélvico, amostragem ou linfadenectomia pélvica e de linfonodos para-aórticos, além de lavado peritoneal para pesquisa de células malignas. Além disso, a quimioterapia neoadjuvante baseada em platina apresenta papel importante no tratamento de pacientes em estágio II, III e IV. Nas neoplasias de histologia mucinosa, a apendicectomia e a investigação do trato gastrointestinal, com endoscopia digestiva alta

e colonoscopia, são importantes para verificar a exclusão da lesão ovariana como uma metástase do trato gastrointestinal. (HARTER et al., 2017).

#### **4 CONCLUSÃO**

Apesar de representarem apenas uma pequena parcela dos tumores ginecológicos, os tumores malignos ovarianos apresentam alta taxa de letalidade. Devido ao seu quadro clínico silencioso, um diagnóstico precoce torna-se desafiador. A ausência de métodos de triagem eficazes reforça o papel do profissional de saúde na identificação de pacientes que necessitam de uma avaliação minuciosa. Ao investigar detalhadamente pacientes que apresentam fatores de risco para neoplasia ovariana, com história clínica e exames complementares direcionados, adquire-se a oportunidade de realizar intervenções capazes de modificar o curso natural da doença.

## REFERÊNCIAS

ABRÃO, Fauzer Simão. Câncer de Ovário: Tratamento e prognóstico. In: HALBE, Hans W. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: ROCA, 2000, p. 2276-2285.

BEREK, Jonathan S. *et al.* Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 143, n. 2, p. 59-78, 2018.

BEREK, Jonathan S.. **Tratado de Ginecologia**: Berek & Novak. 14<sup>a</sup>. ed. Guanabara Koogan, 2008.

COLOMBO, Nicolleta *et al.* Ovarian cancer. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, v. 20, n. 2, p. 159-179.

DOS SANTOS FIGUEREDO, Alyne; RODRIGO BOTOGOSKI, Sheldon; LOPES MOUTINHO NETO, Antônio. Cistoadenoma mucinoso gigante de ovário coexistindo com gestação. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 59, n. 2, 2014.

GUBBELS, Jennifer AA *et al.* The detection, treatment, and biology of epithelial ovarian cancer. **Journal Of Ovarian Research**, v. 3, n. 8, p. 1-11, 2010.

HARTER, Philipp *et al.* LION: Lymphadenectomy in ovarian neoplasms—A prospective randomized AGO study group led gynecologic cancer intergroup trial. **Journal of Clinical Oncology**, v. 35, n. 15, p. 5500-5500, 2017.

HERRERA, Luis Alberto Lazo *et al.* Presentación de quiste gigante de ovario en paciente adolescente. **Universidad Médica Pinareña**, v. 11, n. 2, p. 44-52, 2016.

MARQUES DE OLIVEIRA, Katiele ; MARQUES DE OLIVEIRA, Murielly; SOARES ARAUJO, Raquel. Câncer de ovário e detecção precoce: revisão bibliográfica da literatura. **Revista Científica FacMais**, v. VII, n. 3, 2016.

MEDEIROS, Lidia R. *et al.* Accuracy of magnetic resonance imaging in ovarian tumor: a systematic quantitative review. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 204, n. 1, p. P67.E1-67.E10, 2011.

MOTOYAMA, Teiichi *et al.* Mucinous cystic tumor of the retroperitoneum. A report of two cases. **Acta cytologica**, v. 38, n. 2, p. 261-266, 1994.

PARK, Undong *et al.* A primary mucinous cystadenocarcinoma of the retroperitoneum. **Gynecologic oncology**, v. 42, n. 1, p. 61-67, 1991.

SIEGEL, Rebecca L.; MILLER, Kimberly D.; JEMAL, Ahmedin. Cancer statistics, 2016. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 66, n. 1, p. 7-30, 2016.

SUBRAHMANYA, Nagesh Babu ; KAPADI, Surendra Nayak ; JUNAID, Thamradeen A . Mucinous cystadenoma coexisting with adult granulosa cell tumor in the ovary: is it

a composite tumor or heterologous mucinous elements in a granulosa cell tumor?. **International journal of gynecological pathology**, v. 30, n. 4, p. 286-390, 2011.

VAZ, Fernanda Brião; RONCHI, Daniel Izé. Perfil epidemiológico dos casos de neoplasias de ovário diagnosticados em um laboratório de patologia do sul do estado de Santa Catarina no período de julho de 2008 a julho de 2011. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 1, p. 11-20, 2018.

WRIGHT, Alexi A. et al. Neoadjuvant chemotherapy for newly diagnosed, advanced ovarian cancer: Society of Gynecologic Oncology and American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. **Gynecologic oncology**, v. 143, n. 1, p. 3-15, 2016.