

# MASSA ANEXIAL E GRAVIDEZ: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA\*

## Adnexal Mass and Pregnancy: Case Report and Review of Literature

Cléber Sérgio da Silva<sup>1</sup>, Marina de Carvalho Paschoini<sup>1</sup>, Alexandre Gonçalves de Ângelo<sup>2</sup>,  
Giovana de Carvalho Paschoini<sup>3</sup> e Eddie Fernando Candido Murta<sup>4</sup>

### RESUMO

É infreqüente o encontro de massa anexial e gravidez. A maioria dos casos é benigna e desaparece espontaneamente até o término do primeiro trimestre de gestação. A persistência de massas anexiais após o primeiro trimestre representa uma preocupação em relação à condução obstétrica e pela possibilidade de neoplasia maligna. Apresentamos um caso de massa anexial e gestação, conduzido com laparotomia exploradora na 26ª semana de gravidez em função da persistência do tumor anexial. Os marcadores tumorais estavam em níveis normais. Um cistoadenofibroma foi diagnosticado. Após a cirurgia, a gravidez evoluiu normalmente, sendo a paciente submetida a cesariana por indicação obstétrica. Uma revisão da literatura foi realizada.

**Palavras-chave:** cistos ovarianos; gravidez; laparotomia.

### ABSTRACT

*The occurrence of an adnexal mass during pregnancy is uncommon. Most of them are benign and they usually disappear by the 16<sup>th</sup> week of gestation. Their persistence represents a major concern related to the obstetrical management and the possibility of malignancy. We report a case of a woman at the 26<sup>th</sup> week of gestation that underwent an exploratory laparotomy because of a persistent adnexal mass. Tumor markers were normal. A cistoadenofibroma was diagnosed. After the laparotomy, the pregnancy evolved successfully and a cesarean section was performed upon an obstetrical indication. Also, a literature review is made.*

**Key words:** ovarian cysts; pregnancy; laparotomy.

\*Trabalho realizado na Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. Apresentado no XV Encontro Mineiro de Ginecologia e Obstetrícia, junho de 2000, Poços de Caldas, MG, Brasil.

<sup>1</sup>Professor Substituto da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia.

<sup>2</sup>Residente de Ginecologia e Obstetrícia.

<sup>3</sup>Aluna do Curso de Graduação em Medicina.

<sup>4</sup>Professor Adjunto da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia. Enviar correspondência para E.F.C.M. Rua Alfên Paixão 170/202, Mercês; 38060-230 Uberaba, MG, Brasil. E-mail:eddiemurta@mednet.com.br

## INTRODUÇÃO

No passado era incomum o encontro de massa pélvica durante a gestação. Entretanto, a partir do uso alargado da ultra-sonografia na rotina obstétrica, a presença de tumoração anexial tem sido mais freqüentemente diagnosticada.<sup>1</sup> A maioria dessas massas anexiais é cisto de corpo lúteo que irá regredir espontaneamente até a 16ª semana.<sup>2</sup> O risco de tumor ovariano maligno é raro durante a gravidez, com incidência variando de 1 em 12.000 para 1 em 47.000 gestações.<sup>3</sup> A conduta na massa anexial persistente associada à gravidez apresenta uma difícil decisão clínica.<sup>4</sup> A cirurgia abdominal durante a gestação representa riscos tanto para mãe quanto para feto.<sup>5</sup> No passado, todas as mulheres grávidas com massas anexiais persistentes eram conduzidas através de intervenção cirúrgica, preferivelmente no segundo trimestre.<sup>6</sup> Hoje, em função dos avanços da ultra-sonografia, muitos pesquisadores têm questionado esta conduta.<sup>7</sup> Os autores relatam caso de paciente com cisto ovariano persistente tratado durante a gravidez.

## RELATO DE CASO

J.D.B.A., 22 anos, branca, casada, comerciária, natural de São Paulo (SP) e procedente de Uberaba (MG). Gestante (G1 P0 A0) em consulta de pré-natal no ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. No exame obstétrico, verificada altura uterina de 26 cm, discordante da idade gestacional pela data da última menstruação, com 10 semanas e 4 dias. Os batimentos cardíco-fetais não foram identificados ao *sonar-doppler*. Foi realizada ultra-sonografia, que demonstrou feto único, batimentos cardíco-fetais positivos, idade gestacional correspondente a 11 semanas e 5 dias e lesão cística de paredes finas e lisas com conteúdo anecóico em flanco esquerdo, hipovascularizada, medindo 15,8 x 12,0 x 14,3 cm com 1.438 cm<sup>3</sup>. As dosagens séricas de CA 125, CA 19.9, CA 15.3, antígeno cárcino-embriônico e  $\alpha$ -fetoproteína foram normais. Beta-hCG aumentado pela gravidez. Os exames laboratoriais da rotina

pré-natal não mostraram alterações. A gestante foi acompanhada periodicamente através de exame clínico e ultra-sonográfico. Com 17 semanas de gestação, o cisto regrediu para 911cm<sup>3</sup> e com 24 semanas aumentou para 1.500cm<sup>3</sup>. Decidiu-se pela laparotomia exploradora. Após 13 dias, a paciente foi submetida a exérese de lesão cística ovariana com aproximadamente 2.000cm<sup>3</sup> e trompa à esquerda (Figura 1). A análise do líquido proveniente de lavado peritoneal realizado durante a cirurgia foi negativa para células neoplásicas. O laudo histopatológico da peça operatória revelou cistoadenofibroma seroso. A gravidez transcorreu sem intercorrências chegando a 42 semanas. Diagnosticou-se pós-datismo, sendo iniciada indução eletiva, porém, sem sucesso. A paciente foi submetida à cesareana com feto feminino, pesando 3.430g, Apgar 10 e 10.



Figura 1 - Fotografia do ato operatório mostrando o útero gravídico e a massa anexial à esquerda.

## DISCUSSÃO

Em 1963, Munnell<sup>8</sup> descreveu que a remoção cirúrgica de um ovário durante a gravidez é indicada por três razões: 1) eliminação de uma possível causa de distócia; 2) risco de torção, ruptura e hemorragia e 3) risco de malignidade. Apesar dos avanços da medicina nos últimos 30 anos, estas considerações ainda se aplicam.<sup>4</sup> No entanto, Whitecar et al.,<sup>4</sup> em revisão de 130 casos de gestação com massa anexial, não encontraram nenhum caso de distócia, sendo uma indicação rara de laparotomia durante o período gravídico. A gravidez representa um estado especial no qual complicações tais como torção e ruptura podem estar aumentados.<sup>9</sup> A torção de neoplasia ovariana é mais freqüente entre o meio

e o fim do primeiro trimestre, talvez pelo pequeno tamanho do útero e pelo rápido crescimento durante este período.<sup>10</sup> A ruptura com resultante hemoperitônio, assim como a torção, podem ocasionar abdome agudo e, obviamente, cirurgia de emergência.<sup>1</sup> O risco de malignidade *per se* só justifica a intervenção cirúrgica em grávidas com massas anexiais persistentes,<sup>4</sup> cuja incidência de câncer varia de 2,4% a 5% no terceiro trimestre.<sup>1</sup> Entretanto, a maior dificuldade é diferenciar tumores anexiais benignos dos malignos para a definição de conduta. Dentre os exames complementares destacam-se a ultrasonografia, a ressonância magnética e os marcadores tumorais. Hogston et al.,<sup>11</sup> seguindo prospectivamente através de ultrasonografia 123 gestantes com massas anexiais, mostraram que apenas 2,3% tiveram torção ovariana sintomática e nenhuma teve complicação relacionada à obstrução do trabalho de parto.

O uso de ultra-sonografia com *doppler* colorido tem sido utilizado para diferenciar lesões benignas de malignas. Wheeler e Fleisher<sup>12</sup> relataram que um índice de pulsatilidade menor que um ao estudo com *doppler* e uma área morfológica suspeita são fatores preditivos para malignidade. O uso do *doppler* torna-se questionável em função de alteração da vascularização própria da gravidez na região pélvica. Platek et al.<sup>7</sup> sugerem que mesmo cistos grandes com diâmetro maior que seis centímetros, desde que simples, sem ascite, sem áreas sólidas e sem a presença de septos grossos podem ser conduzidos conservadoramente. Entretanto, Whitecar et al.,<sup>4</sup> em uma série de 130 casos, encontrou tumores malignos em duas pacientes com diagnóstico de cisto simples à ultra-sonografia. Curtis et al.<sup>13</sup> descreveram a utilização da ressonância magnética para diferenciar massas anexiais suspeitas, isto é, leiomiomas de tumores ovarianos sólidos.

O uso de marcadores tumorais para diagnóstico e prognóstico de massas anexiais durante a gestação é controverso. A utilização do CA 125 para diferenciar tumores malignos de benignos tem sido descrito.<sup>1</sup> Infelizmente, em mulheres na pré-menopausa, é alto o índice de falso positivo, tornando-o pobre como método de screening.<sup>1</sup> Associado a isto, já foi descrita elevação do CA 125 em

aproximadamente 16% de mulheres durante o primeiro trimestre de gestação, sem evidência de malignidade.<sup>1</sup> A própria gestação já aumenta alguns destes marcadores, como a  $\alpha$ -fetoproteína e o  $\beta$ -hCG.

Dentre as neoplasias, o teratoma cístico maduro é o mais freqüentemente encontrado na gravidez, representando 24% a 40% de todos tumores ovarianos.<sup>9</sup> Os demais tumores são mais raros e a freqüência é semelhante aos das mulheres não grávidas.

O momento da realização da cirurgia em pacientes assintomáticas é um dilema para o obstetra. O aumento do risco de complicações, como trabalho de parto prematuro, aborto espontâneo, morte neonatal e intra-uterina e morbidade perinatal pode ocorrer quando se opta pela cirurgia. Quando a laparotomia é realizada no primeiro trimestre, é mais freqüente a ocorrência de abortamento espontâneo. Estudos prévios recomendam a exérese de massas anexiais após 16<sup>a</sup> a 18<sup>a</sup> semanas para evitar risco de abortamento.<sup>4</sup> No nosso caso, a opção pela cirurgia foi feita em função da persistência da massa anexial e ocorreu na 26<sup>a</sup> semana de gestação, não havendo complicações. A histopatologia mostrou que o tumor era benigno e permitiu o seguimento do pré-natal sem anormalidades. A interrupção da gestação por via abdominal foi por indicação obstétrica.

Em conclusão, embora a incidência de câncer ovariano na gravidez seja pequena, a presença de cistos ovarianos diagnosticados neste período é angustiante para o médico e a gestante. A utilização de meios propedêuticos de imagem e bioquímicos é fundamental para a conduta de cada caso. A conduta cirúrgica, nos casos de marcadores tumorais alterados e/ou a ultra-sonografia demonstrando massas sólidas ou mistas, ou a persistência do cisto, deve ser tomada imediatamente. A idade gestacional para intervenção parece ser a mais conveniente em gestantes com gravidez acima de 16 semanas.

## AGRADECIMENTOS

Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal e Ensino Superior (CAPES) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grendys EC, Barnes WA. Ovarian cancer in pregnancy. *Surg Clin North Am* 1995;75:1-14.
2. Nelson MJ, Cavalieri R, Graham D, et al. Cysts in pregnancy discovered by sonography. *J Clin Ultrasound* 1986;14:509-12.
3. Garrett WJ, Coppleson M, Mcinerney RJF. Ultrasound and ovarian cysts. *Med J Aust* 1990;152:52.
4. Whitecar P, Turner S, Higby K. Adnexal masses in pregnancy: a review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:19-24.
5. Shnider SM, Webster GM. Maternal and fetal hazards of surgery during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1965;92:891-900.
6. Novak ER, Lambrou CD, Woodruff JD. Ovarian tumors in pregnancy: an ovarian tumor registry review. *Obstet Gynecol* 1975;46:401-6.
7. Platek DN, Henderson CE, Goldberg GL. The management of a persistent adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1236-40.
8. Munnell EW. Primary ovarian cancer associated with pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1963;6:983-93.
9. Caspi B, Levi R, Appelman Z, Rabinerson D, Goldman G, Hagay Z. Conservative management of ovarian cystic teratoma during pregnancy and labor. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:503-5.
10. Schwartz P. Cancer in pregnancy. In: Gusberg S, Shingleton H, Deppe G, eds. *Female genital cancer*. New York: Churchill Livingstone, 1988:736.
11. Hogston P, Lilford RJ. Ultrasound study of ovarian cysts in pregnancy: prevalence and significance. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:625-8.
12. Wheeler TC, Fleisher AC. Complex adnexal mass in pregnancy: predictive value of color Doppler sonography. *J Ultrasound Med* 1997;16:425-8.
13. Curtis M, Hopkins MP, Zarlingo T, Martino C, Graceansky-Lengyl M, Jenison EL. Magnetic resonance imaging to avoid laparotomy in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 82:833-6.