

Carcinoma espinocelular originado em teratoma cístico do ovário.

Relato de um caso

AFONSO CELSO PINTO NAZÁRIO¹, FERNANDO TAKESHI KAWAKAMI²,
GERALDO RODRIGUES DE LIMA³, SERGIO MANCINI NICOLAU⁴

Trabalho realizado na Disciplina de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina.

Resumo

Descreve-se um caso de carcinoma espinocelular originado em teratoma cístico de ovário, discutindo-se seus aspectos clínicos, histopatológicos e terapêuticos. A paciente, de 49 anos, apresentava quadro de dor e tumor abdominais e o tratamento consistiu em uma histerectomia total abdominal com salpingooforectomia bilateral e omentectomia. O estágio clínico final foi 1A e, após cinco anos de seguimento, não há sinais de recidiva.

Unitermos: teratoma cístico do ovário; cisto dermóide; transformação maligna

Introdução

O teratoma cístico benigno é bastante comum, correspondendo a 20% de todos os tumores do ovário e a 95% das neoplasias originárias de células germinativas [1].

Sua malignização é rara, ocorrendo em 1 a 2% dos casos. A transformação maligna mais freqüente é para o carcinoma espinocelular (75% dos casos), vindo a seguir o adenocarcinoma (7%) [1, 3].

Descreve-se um caso de carcinoma espinocelular originado de teratoma cístico do ovário, discutindo-se seus aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos.

Relato do caso

H.M., 49 anos, branca, foi internada na Enfermaria da Disciplina de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina em março de 1986 com quadro de dor e tumor abdominais. Ao exame físico, constatou-se uma volumosa massa (25 x 20 cm) pouco móvel, ocupando o hipogástrio, flancos e hipocôndrio direito,

apresentando consistência elástica em seu pólo superior e sólida inferiormente. A ultra-sonografia pélvica confirmou a ecogenicidade mista do tumor (sólida e cística). A propedêutica complementar realizada (urografia excretora, enema opaco e ultra-sonografia abdominal) revelou apenas compressão extrínseca sem sinais de infiltração.

Foi indicada laparotomia, praticando-se incisão mediana. O ovário direito estava transformado no tumor anteriormente descrito, apresentando superfície bocelada, cápsula íntegra, constituído por áreas sólidas e císticas. Havia cerca de 30 ml de líquido peritoneal sero-hemático, cujo estudo citológico ulterior foi negativo para malignidade. A exploração da cavidade pélvica e dos órgãos do andar superior e médio do abdome não revelou metástases. O exame de congelamento do tumor ovariano direito demonstrou tratar-se de teratoma cístico com áreas sólidas e imaturas. Praticou-se histerectomia total abdominal com salpingooforectomia contralateral e omentectomia.

O estudo histopatológico revelou neoplasia consti-

¹Professor Assistente da Disciplina de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina; ²Monitor da Disciplina de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina; ³Professor Titular e Chefe da Disciplina de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina; ⁴Professor Auxiliar da Disciplina de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina. Endereço do autor para correspondência: Rua Caramuru, 1438, apto. 62-A - Saúde - São Paulo - SP - CEP 04138-002

tuída por estruturas originárias dos três folhetos embrionários, tais como tecido cartilaginoso, pele, tecido cerebral, glândulas serosas e mucosas. No epitélio escamoso, observou-se transformação maligna, caracterizada por células justapostas, anaplásicas, com muitas mitoses e núcleos hiper cromáticos e pleomórficos (Figura 1). Concluiu-se tratar-se de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado originado em teratoma cístico. O estágio clínico final foi 1A. A evolução pós-operatória foi satisfatória e até a presente data, após 5 anos de seguimento, não há sinais de recidiva.

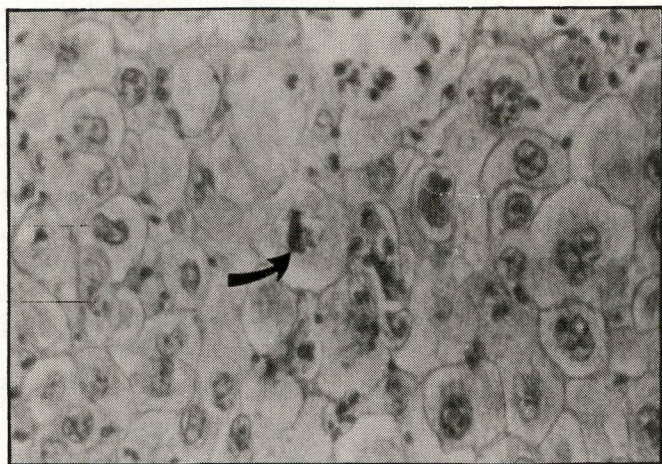


Figura 1. Fotomicrografia da neoplasia maligna epitelial escamosa (carcinoma espinocelular) em teratoma cístico, formada pela proliferação de células anaplásicas justapostas. Observa-se mitose central (seta) (HE-400x).

Discussão

O teratoma cístico é freqüente, particularmente na idade reprodutiva. Constitui-se na neoplasia mais comum na puerperalidade e corresponde a 50% dos tumores ovarianos nas primeiras duas décadas da vida [1].

Sua malignização, entretanto, é rara, ocorrendo geralmente entre os 40 e 70 anos [1, 8]. A transformação maligna deve ser sempre considerada em pacientes com teratoma cístico em faixa etária avançada ou quando houver nódulos sólidos, áreas friáveis, projeções papilares ou vegetantes e invasão da cápsula tumoral [1].

As formas histológicas de transformação maligna mais comuns são o carcinoma espinocelular invasivo e o adenocarcinoma [1, 3, 4].

O carcinoma espinocelular invasivo parece originar-se de formas *in situ* [6]. A imuno-histoquímica pode diferenciar as forma *in situ* das invasivas através da identificação de proteínas específicas da membrana basal, como a laminina [4, 5].

O tratamento cirúrgico de eleição consiste na histerectomia total com salpingooforectomia bilateral e

omentectomia. Devem-se enfatizar os preceitos técnicos oncológicos em cirurgia pélvica, como a incisão laparotômica ampla e mediana, a proteção da parede abdominal com campos secundários, o lavado peritoneal para estudo citológico e uma exploração minuciosa de toda a cavidade peritoneal.

Em casos selecionados, particularmente em pacientes jovens, sem prole definida e com estágio clínico 1A ou nas formas *in situ*, pode-se optar pela salpingooforectomia unilateral [4].

No caso descrito, embora o exame de congelação tenha sido inconclusivo em relação à malignidade, optou-se pela cirurgia ampla em decorrência das alterações macroscópicas encontradas, evitando-se uma segunda laparotomia.

O prognóstico geral dos teratomas malignizados é desfavorável, com sobrevida de 15% em 5 anos [2, 5]. No estágio I esta sobrevida pode atingir de 65 a 75% [2, 3]. A terapia adjuvante não está bem definida, sobretudo em virtude da ocorrência rara desta entidade. Nos casos de disseminação pélvica, a radioterapia é recomendada. Na doença extrapélvica, a poliquimioterapia deve ser considerada [1, 3].

Embora a transformação seja rara, o teratoma cístico adulto deve ser rotineiramente submetido a cortes histológicos para surpreender áreas de malignização, particularmente em mulheres na pós-menopausa e com alterações macroscópicas suspeitas [7].

Agradecimentos: os autores agradecem aos Drs. Antonio Corrêa Alves e Valcir Chiferi Jr., do Departamento de Anatomia Patológica da Escola Paulista de Medicina, pela revisão histológica.

Summary

A squamous cell carcinoma developing in dermoid cyst of the ovary is related, its clinical picture, and a discussion of histopathology and therapeutic aspects is presented. A 49 years-old white woman complaining of abdominal painful mass was seen. The treatment was a total abdominal hysterectomy with bilateral salpingoophorectomy and omental resection. The final stage was 1A and after five years of follow-up, no recurrence was identified.

Key words: cystic teratoma of the ovary; dermoid cyst; malignant transformation

Referências bibliográficas

1. SINGH P YORDAN EL, WILBANKS GD, MILLER AW, WEE A. Malignancy associated with benign cystic teratomas (dermoid cysts) of the ovary. *Sign Med J* 1988; 29: 30-4.
2. PETERSON WF. Malignant degeneration of benign cystic teratomas of the ovary. A collective review of the literature. *Obstet*

- Gynecol Surv 1957; 12: 793-830.
3. CHADHA S, SCHABERG A. Malignant transformation in benign cystic teratomas, dermoids of the ovary. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1988; 29: 197-206.
 4. PEUCHMAUR M, REYNES M. Squamous cell carcinoma in situ developing in dermoid cyst of the ovary. Path Res Pract 1989; 185: 251-4.
 5. CHRISTOPHERSON WA, COUNCELL RB. Malignant degeneration of a mature ovarian teratoma. Int J Gynecol Obstet 1989; 30: 379-84.
 6. HIRAKAMA T, TSUNEYOSHI M, ENJOJI M. Squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary. Am J Surg Pathol 1989; 13(5): 397-405.
 7. KLIONSKY BL, NICKENS OJ. Squamous cell carcinoma in situ arising in adult cystic teratoma of the ovary. Arch Pathol 1972; 93: 161-3.
 8. TANG LCH, SO KF, WONG RLC. Squamous cell carcinoma in a cystic teratoma of the ovary. Arch Gynecol 1984; 236: 55-9.