

Cistadenocarcinoma do ovário

A propósito de um caso clínico

Cystadenocarcinoma of the ovary with unusual manifestation

*Leonor Ribeiro**, *Inês Barros***, *Conceição Lourenço***, *Mário Oliveira****, *Eugénia Pinto*****, *Teresinha Santos ******, *Barros Veloso******

Resumo

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 49 anos, internada por poliadenopatias e sintomatologia respiratória, cujo diagnóstico definitivo de cistadenocarcinoma seroso do ovário, foi efectuado através do exame necrópico. O quadro clínico era dominado por extensa invasão linfática predominantemente supra-diafragmática, apresentação não habitual deste tipo de neoplasia.

Palavras chave: poliadenopatias, cistadenocarcinoma seroso do ovário, invasão supra-diafragmática.

Abstract

The authors present a case report of a female patient with 49 years old, admitted in the hospital ward with multiple lymphadenopathies and respiratory symptoms in which the diagnosis of serous cystadenocarcinoma of the ovary was made by the post-mortem examination. The clinical picture was related with the presence of vast lymphatic dissemination mostly upper-diaphragmatic, which is unusual in this type of neoplasm.

Key words: multiple lymphadenopathies, serous cystadenocarcinoma of the ovary, upper-diaphragmatic dissemination.

Introdução

As neoplasias do ovário são muito frequentes na mulher, sendo mesmo descritas como primeira causa de tumor maligno ginecológico¹.

Os tumores epiteliais representam cerca de 85 a 90% dos tumores malignos primários do ovário, sendo o cistadenocarcinoma seroso o mais frequente com 60 a 80% dos casos^{1,2,3}. Ocorrem, mais frequentemente, em mulheres de raça eurocaucasiana, na peri e na pós-menopausa, com um máximo de incidência entre os 45 e os 65 anos^{3,4}.

A disseminação do cistadenocarcinoma do ovário faz-se inicialmente por contiguidade e invasão intraperitoneal, seguindo-se a via linfática e, mais raramente, a hematogénea⁵.

Apesar de em cerca de 50% dos casos existir, na altura do diagnóstico, invasão da doença fora da cavidade abdominal, ela surge maioritariamente num contexto de extensa disseminação intra-peritoneal.

Na literatura, não encontramos referência a metastização predominantemente supra-diafragmática desta doença.

Recentemente, observámos uma doente com cistadenocarcinoma seroso do ovário cujos sintomas reveladores estavam relacionados com a presença de extensa disseminação linfática supra-diafragmática, contrastando com a escassa invasão loco-regional do tumor.

Caso clínico

I.C.R., sexo feminino, 49 anos de idade, raça eurocaucasiana, «residente» de longa data no Hospital Miguel Bombarda por oligofrenia. Foi internada num serviço de Medicina em Março/92 por poliadenopatias de etiologia a esclarecer. Conhecia-se da história clínica apenas que, três semanas antes do internamento, havia iniciado um quadro clínico caracterizado por tosse com expectoração mucosa acompanhada de dispneia de esforço. Simultaneamente, com anorexia não selectiva e astenia. Sem febre nem torcálgia, bem como outras queixas. Por agravamento progressivo da sintomatologia e pela existência de múltiplas adenomegalias das cadeias ganglionares do pescoço, é enviada ao Serviço de Urgência do Hospital de Santo António dos Capuchos pelo médico do hospital de origem, tendo ficado internada.

Do exame objectivo de entrada, salienta-se: atraso mental grave com labialidade emocional e má colaboração no fornecimento de dados anamnésticos; obesidade harmónica; pele e mucosas descoradas e hidratadas; apirexia bem como restantes parâmetros vitais dentro dos valores normais; aumento do volume do pescoço à custa de numerosas adenomegalias cervicais e supra-claviculares, bilaterais, volumosas, (com 2 a 4 cms de diâmetro), confluentes, de consistência aumentada, aderentes aos planos superficiais, dolorosas à palpação; ausência de adenomegalias das restantes cadeias ganglionares; auscultação pulmonar com ferveores crepitantes audíveis no 1/3 inferior dos dois hemitórax. Restante observação negativa.

* *Interna do Internato Complementar de Medicina Interna*

** *Assistente Hospitalar de Medicina Interna*

*** *Assistente Hospitalar de Anatomia Patológica*

**** *Assistente Hospitalar de Anatomia Patológica*

***** *Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna*

***** *Director de Serviço*

Serviço de Medicina I do Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa

Do estudo clínico efectuado obtiveram-se os seguintes resultados: anemia normocrômica normocítica (Hb = 11,5 g/dl, Htc = 32,2%, VGM = 86,1 fl, HGM = 29,8 g, CHGM = 34,6%); VS = 66mm na 1ª hora; ferro = 17 µg/dl; transferrina = 216 µg/dl; ferritina normal; parâmetros da função renal e hepática normais; pesquisa de B.K., na expectoração, negativa; VIH 1, VIH 2, negativos. A telerradiografia do tórax revelava um I.C.T. superior a 50%, com imagens de hipotransparência heterogênea de limites mal definidos a nível do 1/3 inferior dos dois campos pulmonares e com sinais de derrame pleural direito de pequenas dimensões.

A ecografia cervical confirmava as múltiplas formações ganglionares a este nível, de ecogenicidade e dimensões variadas, algumas confluentes, distribuídas nos escavados supraclaviculares e nos triângulos cervicais anteriores e posteriores. TAC torácica mostrando: múltiplos infiltrados bilaterais a nível pulmonar, com condensação nodular arredondada no 1/3 médio do hemitórax direito; derrame pleural bilateral; for-

mações nodulares envolvendo os grandes vasos supra-aórticos, peri-cava e peri-aórticos em relação com adenopatias e derrame pericárdico (Fig.1).

Durante o internamento a doente revelou inadaptação ao meio hospitalar da enfermaria, apresentando discreta dificuldade respiratória e verificando-se episódios vespertinos de temperaturas subfebris (37,5°C). Programou-se biópsia ganglionar que não foi efectuada, pois a doente veio a falecer no dia da marcação deste exame sem que tivesse existido qualquer acidente terminal aparente. A autópsia revelou a presença de um cistadenocarcinoma seroso do ovário, bilateral, com metástases ganglionares do hilo, paratraqueais e cervicais, além de extensa invasão dos vasos linfáticos de órgãos supra-diafragmáticos: pulmão, pleura, coração e tiróide (Fig. 2 e 3).

Discussão

Perante um quadro clínico de instalação insidiosa caracterizado por poliadenopatias e queixas respiratórias



Figura 2 - Cistadenocarcinoma seroso do ovário, bem diferenciado pouco diferenciado

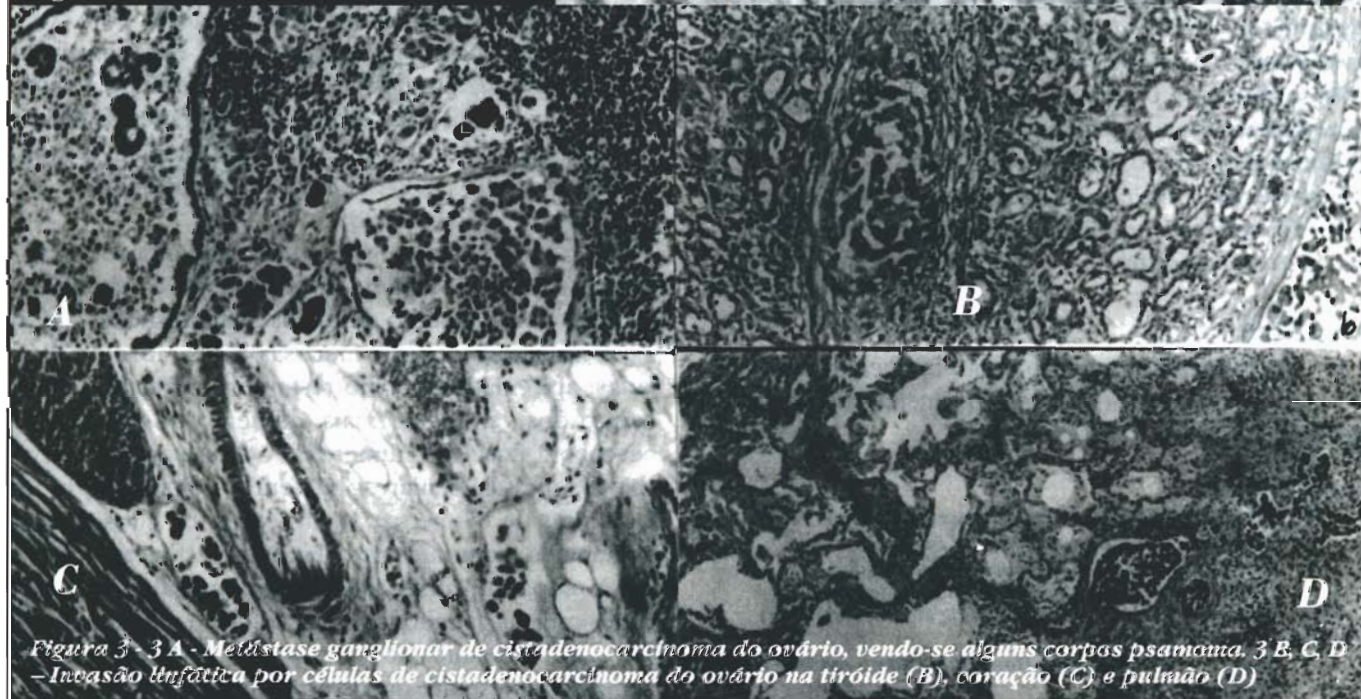


Figura 3 - 3 A - Metástase ganglionar de cistadenocarcinoma do ovário, vendo-se alguns corpos psamomatosos. 3 B, C, D - Invasão linfática por células de cistadenocarcinoma do ovário na tiróide (B), coração (C) e pulmão (D)

vagas, numa doente "residente" em meio hospitalar, colocou-se como hipótese diagnóstica inicial a de um processo infeccioso, nomeadamente tuberculose pulmonar e/ou ganglionar, não descurando outras possibilidades, nomeadamente a de doença linfoproliferativa. Neste caso concreto, o diagnóstico clínico de neoplasia do ovário poderá ter sido dificultado pela ausência de queixas do foro ginecológico. Admite-se, contudo, que, a terem existido, tenham sido omitidas pela doente, em consequência do défice mental referido. Sabe-se, porém, que frequentemente as queixas ginecológicas são, neste tipo de tumor, relativamente raras ou pouco valorizadas pelos doentes, razão porque não são muitas vezes referidas.

O grave prognóstico dos tumores malignos do ovário, nomeadamente do cistadenocarcinoma, deve-se precisamente à circunstância de 2/3 dos casos serem diagnosticados em fases avançadas da doença ², dada a inespecificidade dos sintomas precoces. Também não existem exames complementares de despiste precoce destas situações, nomeadamente marcadores tumorais com elevada especificidade. O marcador mais usado, o CA 125, é, geralmente, normal em estádios precoces da doença, podendo estar elevado na patologia benigna ginecológica. Ele é mais útil no seguimento pós-operatório para despiste de recorrência e na monitorização da evolução da doença durante e após terapêutica adjuvante ^{4,6}.

A disseminação inicial do cistadenocarcinoma seroso do ovário faz-se, habitualmente, por contiguidade loco-regional e intra-abdominal e, só depois, pelas vias linfática e hematogénea. As metástases à distância, presumivelmente por via hematogénea, encontram-se no fígado, pulmão, pleura, rim, osso, supra-renal, bexiga e baço, por ordem decrescente de frequência ⁵.

Na altura do diagnóstico, a disseminação infra-diafragmática é, assim, frequente. No entanto, existe, associada metastização fora da cavidade abdominal em 50% dos casos ¹. Estes tumores são, por isso, diagnosticados em fases avançadas da doença, surgindo ha-

bitualmente como quadros supostamente do foro gastroenterológico, (dores abdominais, ou mesmo em situação de oclusão intestinal).

Nesta doente, e ao contrário do que é habitual, não existia invasão loco-regional, resumindo-se a metastização infra-diafragmática ao compromisso de alguns gânglios do hilo hepático. Predominava, sim, a extensa invasão linfática supradiafragmática com envolvimento de várias cadeias ganglionares além do pulmão, pleura, coração e tiróide.

Na literatura internacional não se encontrou descrito nenhum caso com envolvimento da tiróide, sendo as referências de invasão pulmonar e pleural descritas só em contexto de doença abdominal disseminada.

Mais raramente, têm sido observadas metástases esplênicas isoladas ⁸.

Não obstante a particularidade de disseminação do caso presente, a evolução não divergiu da maioria dos casos de neoplasia do ovário, em especial do cistadenocarcinoma, cujo prognóstico continua a ser grave.

As medidas terapêuticas utilizadas nesta situação englobam: ressecção cirúrgica radical; radioterapia em doença limitada ou doença residual mínima pós-cirúrgica, poliquimioterapia pós-operatória (sistémica ou intraperitoneal), com cisplatínio, carboplatim, ciclofosfamida e adriamicina, entre outros citostáticos. Dentro dos outros agentes anti-tumorais refere-se ainda, o paclitaxel, produto identificado em 1971 como componente natural extraído da casca do teixo «*Taxus brevifolia*» ^{8,9}. O seu mecanismo de acção, identificado em 1979, inclui a despolimerização dos microtúbulos, tornando-os não funcionantes, bloqueando, assim, a divisão celular. Entre outros tumores malignos, o paclitaxel é usado desde 1989 no cancro do ovário refractário a outros citostáticos. Hoje, encontra-se em estudo o seu uso como primeira linha do tratamento nos estádios III e IV desta neoplasia, isoladamente ou associado ao cisplatínio, carboplatim e ciclofosfamida⁹.

Bibliografia

1. Young RC, Fuks ZVI, Hoskins. Cancer of the ovary. In: Devita VT JV, Hellmans, Rosenberg SA. Cancer Principles and Practice of Oncology. Philadelphia: Lippincott, 1989: 1162-1196.
2. Andredi, Bennett, Carpenter, Plum, Smith - Ovarium Carcinoma. In: Cecil Essentials of Medicine. Philadelphia: Saunders, 1993: 505-506.
3. Rosai J. Ovary. In: Ackerman's Surgical Pathology. C.V. Mosby, 1989: 1108-1173.
4. Hendler FJ Carcinoma of the Ovary. In: Wilson, Braunwald, Isselbacher, Petersdorf, Martin, Fauci, Root. Harrison's Principles of Internal Medicine. Mc Graw-Hill Inc., 1991: 1621-1625.
5. Yamasaki H, Saw D, Zdaniwitz J, Faltz LL. Ovarian Carcinoma Metastasis to the Breast Case Report and Review of the Literature. The American Journal of Surgical Pathology 1993; 17(2): 193-197.
6. Margolis AJ, Greenwood S. Gynecology & Obstetrics. In: Tierney LM JV, Mc Phee SJ, Papadakis MA, Schroeder SA. Current Medical Diagnosis & Treatment. Connecticut: Prentice-Hall International Inc., 1993: 561-613.
7. Farias ER, Braly P, Berek JS. Solitary recurrent metastasis of epithelial ovarian cancer in the spleen. Ginecol-oncol 1993; 48 (3): 338-341.
8. Lavelle F, Von Hoff DD. Taxoids. In: Cvitkovic E, Droz JP, Armand JP, Khoury S. Handbook of Chemotherapy in Clinical Oncology. Jersey: Scientific Communication International Ltd, 1993: 327-331.
9. Rowinsky EK, Donehower RC. Paclitaxel (Taxol). N Engl J Med 1995; 332(15): 1004-1014.