

**Conduta ao diagnóstico de tumor anexial torcido: relato de caso***Conduct to tumor diagnosis of twisted tumor: case report*Cristina Cotrim de Sousa<sup>1</sup>, Carolina Marques Caiado<sup>2</sup>, Guilherme Nascimento Pinheiro<sup>3</sup>, Ludmila Naves Marinho<sup>4</sup>, Tais Maltarolo Sousa<sup>5</sup>

## RESUMO

**Introdução:** tumores anexiais originam-se principalmente dos ovários, sendo maioria composta por cistos benignos e acometem geralmente mulheres jovens em fase reprodutiva.

**Objetivo:** relatar os aspectos diagnósticos e abordagem cirúrgica de um caso de tumor anexial resultante em ooforectomia e salpingectomia direita devido à impossibilidade de conservação.

**Material e Métodos:** paciente procurou atendimento devido à dor intensa em FID que havia iniciado há 3 meses. Solicitou-se assinatura do TCLE, ficando uma via com a paciente e outra com os pesquisadores. Foram realizados exames diagnósticos, pré-operatórios e após cirurgia, anatomopatológico da peça.

**Resultados:** paciente do sexo feminino, 18 anos, procedente de Aurilândia – GO. USG: cisto ovariano complexo a direita; TC: Lesão expansiva heterogênea anexial “esquerda” provavelmente relacionada à teratoma. Exames pré-operatórios: discreta leucocitose. Cirurgia: Incisão de Pfannenstiel com visualização de volumosa tumoração pélvica, coloração escura com pedículo torcido, identificados como trompa e ovário direito(OD). Anatomopatológico: macroscopia: OD medindo 11,5x10,0x7,0 cm, pesando 635g. Superfície externa lisa, exibindo segmento de tuba uterina medindo 8,5x2,0x1,0 cm. Microscopia – diagnóstico: OD: teratoma maduro monodérmico; tuba uterina: hematossalpinge. A sintomatologia de um tumor anexial torcido geralmente é dor em fossa ilíaca referente ao lado acometido, irritação peritoneal e queda do estado geral. Sua maior prevalência ocorre entre 20 e 30 anos. Pacientes jovens que desejam a experiência gestacional têm cirurgia conservadora (ooforectomia e salpingectomia unilateral) como opção terapêutica, independente do estadiamento tumoral.

**Considerações finais:** a tumoração apresentava aspecto necrótico, tornando-se necessária completa remoção dos anexos através da ooforectomia e salpingectomia direita.

**Descritores:** Cistos ovarianos. Ooforectomia. Salpingectomia. Teratoma.

## ABSTRACT

**Introduction:** adnexal tumors originate mainly from the ovaries, most of them composed of benign cysts and usually involve young women in the reproductive phase.

**Objective:** to report the diagnostic aspects and surgical approach of a case of adnexal tumor resulting in oophorectomy and right salpingectomy due to the impossibility of preservation.

**Material and Methods:** patient sought care due to intense pain in FID that had started 3 months ago. It was requested a signature of the TCLE, leaving one way with the patient and another one with the researchers. Diagnostic exams were performed, preoperative and after surgery, anatomopathological of the piece.

**Results:** female patient, 18 years old, coming from Aurilândia - GO. USG: complex ovarian cyst on the right; CT: Adjuvant heterogeneous lesion "left" probably related to teratoma. Preoperative tests: discrete leukocytosis. Surgery: Incision of Pfannenstiel with visualization of bulky pelvic mass, dark color with twisted pedicle, identified as right fallopian tube and ovary. Anatomopathological: macroscopy: OD measuring 11.5x10.0x7.0 cm, weighing 635g. Smooth outer surface, showing uterine tube segment measuring 8.5x2.0x1.0 cm. Microscopy - diagnosis: OD: mature monotherapy teratoma; uterine tube: hematossalpinge. The symptomatology of a twisted adnexal tumor is usually iliac fossa pain related to the affected side, peritoneal irritation and general decline. Its highest prevalence occurs between 20 and 30 years. Young patients wishing gestational experience have conservative surgery (oophorectomy and unilateral salpingectomy) as a therapeutic option, independent of tumor staging.

**Final considerations:** the tumor presented a necrotic appearance, requiring complete removal of the appendages through oophorectomy and right salpingectomy.

**Descriptors:** Ovarian Cysts. Oophorectomy. Salpingectomy. Teratoma.

<sup>1</sup> Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário UnirG. E-mail: criscotrimdesouza@gmail.com

<sup>2</sup> Biomédica. Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário UnirG. E-mail: carol\_caiado@hotmail.com

<sup>3</sup> Graduando em Medicina pelo Centro Universitário UnirG. E-mail: guilhermepinho12@hotmail.com

<sup>4</sup> Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário UnirG. E-mail: ludnavesmarinho@gmail.com

<sup>5</sup> Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário UnirG. tais\_maltarolo@hotmail.com

## ENDEREÇO PARA

## CORRESPONDÊNCIA:

Cristina Cotrim de Sousa. Rua 10, entre Guanabara e Rio Grande do Sul, apartamento 05, Gurupi.TO. CEP: 77400-000.

## INTRODUÇÃO

As tubas uterinas, o agrupamento vascular, os ovários e os ligamentos formam a região anexial que se localiza lateralmente ao útero.

A torção ovariana representa a rotação parcial ou total do pedículo vascular ovariano, com a promoção de estase circulatória, inicialmente venosa, e que se torna arterial com a progressão da torção e do edema resultante, gangrena e necrose hemorrágica, com risco de lesões ovarianas irreversíveis.<sup>1-2</sup>

Constitui-se em importante causa de dor abdominal aguda em mulheres em idade reprodutiva, apesar de sua baixa incidência. Tendo como diagnósticos diferenciais: doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, abscesso tubo ovariano, endometriose, apendicite aguda, ruptura de cisto ovariano e litíase de vias urinárias. Associa-se, com frequência, com erros diagnósticos e tratamentos inadequados devido à inespecificidade de suas manifestações clínicas.<sup>1,3-4</sup>

O diagnóstico de massa anexial em mulheres com sintomatologia pélvica ou de forma incidental representa uma rotina na prática ginecológica. Embora a etiologia da maior parte dessas massas anexiais seja benigna, a possibilidade de malignidade sempre deve ser considerada.<sup>5-6</sup>

A anamnese e exame físico iniciam a investigação diagnóstica de tumores anexiais. A ultrassonografia pélvica avalia o risco de malignidade e permite realizar diagnósticos diferenciais. Porém, casos duvidosos lança-se mão da tomografia computadorizada e da ressonância magnética para melhor avaliação do tumor.

O objetivo deste estudo foi relatar os aspectos diagnósticos e abordagem cirúrgica de um caso de tumor anexial resultante em ooforectomia e salpingectomia direita devido à impossibilidade de conservação.

## MATERIAL E MÉTODOS

As informações contidas neste relato foram obtidas por meio de atendimento médico de urgência à adolescente em um hospital público/privado devido à dor intensa em FID há cerca de três meses.

Para a elaboração do presente relato de caso foram realizados a revisão do prontuário, descrição da conduta cirúrgica, discussão e conclusão do caso.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta em bases de dados de relevância para a produção do conhecimento em saúde: PubMed – U.S. National Library of Medicine e SciELO – Scientific Eletronic Librari Online utilizando os descritores “Cistos ovarianos”, “Ooforectomia”, “Salpingectomia”.

Atendendo às questões éticas, solicitou-se assinatura do TCLE, ficando uma via com a paciente e outra com os pesquisadores.

## RESULTADOS

### Descrição do caso

Realizou-se um relato de experiência sobre o atendimento de uma paciente ocorrido no Pronto-Socorro do Hospital Montes Belos da cidade São Luis de Montes Belos (GO), do sexo feminino, 18 anos, que deu entrada no pronto socorro com dor em fossa ilíaca direita. Foi solicitado exame de ultrassonografia pélvica no dia 23/04/2015 que indicou cisto ovariano complexo a direita. Foi prescrito um analgésico para a paciente e alta. No dia 20/07/2015 foi solicitado uma tomografia abdominal a fim de melhor detalhamento da lesão e o resultado foi uma lesão expansiva heterogênea anexial “esquerda” provavelmente relacionada à teratoma. Indicou-se a cirurgia na paciente e feito os exames pré-operatórios no dia 22/07/2015 que apenas indicou uma leve leucocitose.

### Abordagem cirúrgica

O diagnóstico de tumor anexial torcido foi estabelecido após o aparecimento dos sinais e sintomas relatados acima, juntamente com os exames também citados. O tratamento de escolha foi abordagem cirúrgica. A cirurgia foi realizada 48 horas após os exames pré-operatórios. Utilizou-se a incisão de Pfannenstiel, para a abertura da cavidade. Após abertura cavitária, observou-se uma volumosa tumoração pélvica, coloração escura e pedículo torcido, identificados como trompa e ovário direito. Após realizada ooforectomia e salpingectomia direita, a peça foi encaminhada para anatomopatológico.

O resultado do anatomopatológico macroscópico confirmou cisto de ovário torcido, pesando 635g com as seguintes dimensões: 115 x 100 x 70 mm (Figura 1). Na microscopia o diagnóstico é de teratoma maduro monodérmico e na tuba uterina observou-se uma hematossalpinge.



Figura 1 Cisto ovariano direito.

## DISCUSSÃO

Pacientes do sexo feminino com queixas de dor em hipogástrio ou massa palpável em região abdominal devem ter o tumor anexial como diagnósticos diferenciais, independente de outras sintomatologias, causas ginecológicas e obstétricas. Embora a etiologia da maior parte dessas massas anexiais seja benigna, a possibilidade de malignidade sempre deve ser considerada.<sup>7-8</sup>

A maior incidência de tumores anexiais ocorre na faixa etária de 20 a 30 anos, embora, 1% dos tumores na infância ocorra nos anexos uterinos e apresentem 10 a 35% de malignidade. Na adolescência 2 a 5% das massas anexiais são neoplasias e, quando ovarianas, 50 a 60% são de células germinativas.<sup>9</sup>

A ocorrência de torções anexiais é incomum e corresponde a 3% das emergências cirúrgicas ginecológicas, as quais requerem intervenção cirúrgica precoce para preservar a função ovariana e prevenir complicações como edema, gangrena e necrose hemorrágica. Esse é um dos motivos nos quais o relato é de grande contribuição médica, pois quanto mais se sabe de casos incomuns, mais se diagnostica.

O mecanismo pelo qual ocorre a torção do pedículo anexial é controverso e considera-se que pode ser causada pela transmissão de um movimento corporal (um salto, uma queda), para o tumor.<sup>5,9</sup>

Massas anexiais que sofrem torção são geralmente benignas, sendo as mais frequentes compostas por cisto simples seroso, teratoma cístico maduro (mais comum na adolescência) e cistoadenoma seroso. Cistoadenomamucinoso de ovário atinge um maior tamanho e geralmente se apresenta multilobulado ao diagnóstico histopatológico, o seu conteúdo é mucoide e deve-se evitar quebrar a cápsula no intraoperatório.<sup>5</sup> No caso da paciente em questão, o diagnóstico era de teratoma.

A paciente com tumor anexial torcido, caracteristicamente apresentará, em 50% dos casos, uma tríade clássica, composta por dor, irritação peritoneal e queda do estado geral. A dor tem localização no hipogástrio com maior intensidade em fossa ilíaca referente ao lado acometido e varia entre um desconforto difuso a dor debilitante e quadro de choque. A dor pode ser acompanhada de síncope vasovagal, náuseas, vômitos, urgência urinária e presença de ruídos intestinais.<sup>10</sup> No caso apresentado/descrito, a evolução aguda do quadro clínico, com agravamento súbito da dor de localização unilateral, associada a imagem ecográfica de tumefação anexial sugeriu a hipótese diagnóstica de torção anexial. O diagnóstico é considerado fácil quando a paciente apresenta tal quadro clínico, entretanto em casos quando a dor abdominal é mal definida, deve-se recorrer a outros métodos, especialmente a

ultrassonografia que identificaria a presença de líquido livre peritumoral no saco de Douglas. A desvantagem do método é a limitação do uso do transdutor intravaginal em pacientes pediátricas e a baixa especificidade dos dados recolhidos. A dopplerfluxometria colorida é usada para demonstrar o fluxo sanguíneo nas extremidades dos anexos e executar uma correlação muito precisa desta com o grau de necrose da porção distal afetada. A ressonância magnética e tomografia computadorizada podem ajudar a estabelecer algum tipo de prognóstico e apoiar o tratamento conservador (preservação do ovário garantindo a função reprodutiva da paciente).<sup>11-12</sup>

Os principais diagnósticos diferenciais clinicamente identificados são doença aguda inflamatória pélvica, gravidez ectópica e apendicite aguda. Outros grupos de doenças incluem ileíte regional, divertículo de Meckel inflamado, gastroenterite aguda, cólica ou infecção do trato urinário e bursite aguda da articulação do quadril.<sup>13</sup>

A laparoscopia proporciona possibilidades diagnósticas e terapêuticas que permitem a visualização da cavidade pélvica-abdominal e definição de conduta em menor tempo. A possibilidade de se distorcer o pedículo, drenar e retirar o cisto, evitando-se a ooforectomia, pode preservar a função ovariana.<sup>14</sup> A paciente por apresentar 18 anos, portanto ter idade reprodutiva e não ter prole definida optou-se pela ooforectomia e salpingectomia unilateral.

Qualquer paciente com torção anexial deve ser analisada em detalhe no trans-operatório de considerar o tratamento conservador.<sup>15</sup> Pacientes que apresentam fatores de risco para episódios recorrentes ou pacientes pós-menopáusicas cujo episódio de torção anexial está relacionado com a presença de tumores ovarianos devem ser submetidas a tratamento radical com ooforectomia.<sup>11,16</sup>

Quando não é possível realizar a laparoscopia por limitação da instituição de atendimento, deve-se realizar a laparotomia, com exérese do tumor anexial e tentativa de preservar as tubas uterinas e tecido ovariano.<sup>17</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tumor anexial torcido é um diagnóstico raro em adolescentes, desde modo deve ser incluído nos diagnósticos diferenciais de dor pélvica. Nota-se que a maioria desses tumores são de caráter benigno. Para que haja um diagnóstico conclusivo, necessita de uma anamnese e exame físico adequados, mas a ultrassonografia pélvica é indispensável na avaliação do risco de malignidade. A TC e RM são indicadas apenas para melhor avaliação da origem do tumor.

A paciente encontrava-se em início da fase reprodutiva, com isso merecia uma abordagem mais atenciosa, como realização da cirurgia por vídeo, a

laparoscopia, tendo em vista que essa patologia poderá interferir no seu futuro reprodutivo. Mas devido a falta de estrutura hospitalar, foi feita uma laparotomia para a retirada do OD e preservação do esquerdo. Contudo, a realização cirúrgica deve ser bastante cautelosa, a fim de evitar procedimentos desnecessários, que acarretem em perda da função sexual e reprodutiva da mesma.

## REFERÊNCIAS

1. Rodrigues AF, Oliveira BEC, Santos DR, Silva Junior EF, Guimarães FF, Muniz HG, Andrade LV, Geber S. Torção ovariana. *Rev Med Minas Gerais* 2010;20(2 Supl 1):78-81.
2. Chang HC, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. *Radiographics* 2008;28(5):1355-1368.
3. Galinier P, Carfagna L, Delsol M, Ballouhey Q, Lemasson F, Le Mandat A, et al. Ovarian torsion. Management and ovarian prognosis: report of 45 cases. *J Pediatr Surg* 2009;44(9):1759-1765.
4. Nizar K, Deutsch M, Filmer S, Weizman B, Beloesesky R, Weiner Z. Doppler studies of the ovarian Venous blood flow in the diagnosis of adnexal torsion. *J Clin Ultrasound* 2009;37(8):436-439.
5. Lima RA, Viotti LV, Cândido EB, Silva-Filho AL. Abordagem das massas anexiais com suspeita de câncer de ovário. *Femina* 2010;38(6):259-262.
6. Sokalska A, Timmerman D, Testa AC, Van Holsbeke C, Lissoni AA, Leone FP, et al. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound examination for assigning a specific diagnosis to adnexal masses. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;34(4):462-470.
7. Pellicciari CR, Camargo LA, Rozas AA, Rachkorky LL, Novo JLVG. Abdome agudo ginecológico em paciente adolescente. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba* 2013;15(1):202-205.
8. Maita Q. Freddy, Hochstatter Arduz Erwin, Niño de Guzman Peña Oscar. Diagnóstico en Torsión de Pedículo de Quiste Anexial en Ginecología. *Gac Med Bol* 2011;34(1): 30-33.
9. Giordano LA, Giordano MV, Silva RO. Tumores anexiais na adolescência. *Adolesc Saude* 2009;6(4):48-52.
10. Horowitz IR, De La Cuesta RS, Majmudar B. Benign and malignant tumors of the ovary. In: Carpenter SE, Rock JA, editors. *Pediatric and adolescent gynecology*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 207-219.
11. Van Winter JT, Simmons PS, Podratz KC. Surgically treated adnexal masses in infancy, childhood and adolescence. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(6):1780-1786.
12. Maita F, Arduz EH; Pena ONG. Diagnóstico en Torsión de Pedículo de Quiste Anexial en Ginecología. *Gac Med Bol* [periódicos na Internet] 2011[acesso em 20 ago 2017]; 34(1):30-33. Disponível em: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662011000100007&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662011000100007&lng=es).
13. Walquíria QSP, Guttenberg RP. Tumores ovarianos. *Femina* 2004; 32(4).
14. Barreta A, Bastos JFB, Sarian LO, Toledo MCS, Sallum LF, Derchain S. Laparoscopia na abordagem inicial de tumores anexiais. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódicos na Internet] 2014[acesso em 20 ago 2017];36(3):124-130. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032014000300124&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000300124&lng=en&nrm=iso).
15. Zamboni TM, Palominos SG, Núñez VF, Durruty VG, Mayerson BD, Barrena GN et al. Manejo conservador de la torsión anexial: ¿una alternativa o una obligación frente a un posible error de apreciación por parte del cirujano? *Rev chil obstet ginecol* 2011;76(4):248-256.
16. Pupo AS, Concepción OF, Casas ER. Torsión de tumor ovárico en paciente premenopáusica. *Rev Cubana Cir* [periódicos na Internet] 2015[acesso em 19 ago 2017];54(1):56-62.
17. Campos MR. Abordaje terapéutico de torsión anexial: manejo conservador vs radical. *RMCC* 2007;LXIV(581):207-210.