

Ovário ectópico torcido: diagnóstico incomum definido por ultrassonografia

Ectopic ovary with torsion: uncommon diagnosis made by ultrasound

Adham do Amaral e Castro¹, Fernando Morandini², Caroline Paludo Calixto³, Wagner Haese Barros⁴, Edson Tetsuya Nakatani⁵, Allan do Amaral e Castro⁶

Castro AA, Morandini F, Calixto CP, Barros WH, Nakatani ET, Castro AA. Ovário ectópico torcido: diagnóstico incomum definido por ultrassonografia. Radiol Bras. 2017 Jan/Fev;50(1):60–61.

Resumo A ultrassonografia é uma importante ferramenta diagnóstica no quadro de hérnia inguinal e na avaliação do conteúdo do saco herniário. Neste relato será apresentado um caso com diagnóstico ultrassonográfico de ovário ectópico herniado na região do grande lábio vulvar direito, complicado com torção de seu pedículo vascular, assim como será feita uma breve discussão sobre herniação ovariana, suas complicações e tratamentos.

Unitermos: Ovário ectópico; Ultrassonografia; Torção de ovário.

Abstract Ultrasound is an important diagnostic tool in inguinal hernia and in the evaluation of the contents of the hernia sac. This report presents a case in which ultrasound revealed a herniated ectopic ovary, complicated by torsion of its vascular pedicle, in the right labia majora. We also present a brief discussion of ovarian hernia, its potential complications, and the treatments available.

Keywords: Ectopic ovary; Ultrasonography; Ovary torsion.

INTRODUÇÃO

Massa labial vulvar em paciente pré-puberal tem a hérnia inguinal como diagnóstico diferencial, sendo a ultrassonografia uma importante ferramenta no diagnóstico e avaliação do conteúdo do saco herniário⁽¹⁾. O presente relato consiste em herniação de ovário direito para o grande lábio vulvar ipsilateral, complicando-se com torção ovariana.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, dois meses de idade, foi trazida pela mãe para o setor de emergência da instituição, que relatou ter notado “caroço doloroso” no grande lábio vulvar direito da criança. Ao exame físico, havia nodulação palpável local, não redutível, sem sinais flogísticos.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil.

1. Mestre, Aluno de Doutorado do Instituto de Pesquisas Médicas da Faculdade Evangélica do Paraná – Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Pós-graduando em Radiologia Musculoesquelética no Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

2. Médico Radiologista do Hospital Vita Curitiba, Curitiba, PR, Brasil.

3. Médica Residente de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil.

4. Médico Radiologista do Grupo Fleury / Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil.

5. Médico Ginecologista e Obstetra Especialista em Medicina Fetal do Instituto da Mulher e Medicina Fetal, Curitiba, PR, Brasil.

6. Médico Radiologista da Prefeitura Municipal de Paranaguá, Paranaguá, PR, Brasil.

Endereço para correspondência: Dr. Adham do Amaral e Castro. Alameda Augusto Stefffeld, 1980, Bigorriho. Curitiba, PR, Brasil, 80730-150. E-mail: adham.castro@gmail.com.

Recebido para publicação em 15/4/2014. Aceito, após revisão, em 20/6/2014.

Realizou-se ultrassonografia, que mostrou estrutura sólida com múltiplos cistos periféricos, caracterizada como o ovário direito ectópico (Figuras 1 e 2). Ao Doppler não se demonstrou fluxo ovariano, achado que, aliado aos múltiplos cistos periféricos e ao aumento do órgão, sugeriram o diagnóstico de torção (Figura 3).

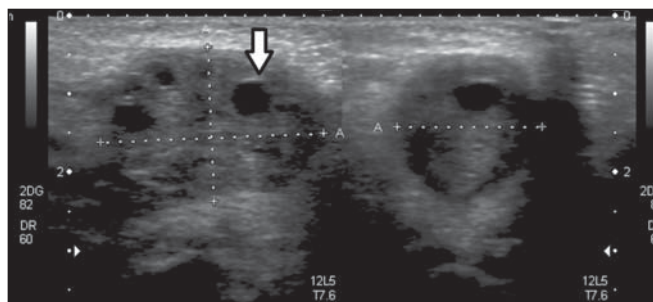


Figura 1. Ultrassonografia de lâbio vulvar maior direito. Presença de ovário direito localizado no grande lábio vulvar ipsilateral, com dimensões aumentadas. Múltiplos cistos periféricos (seta).

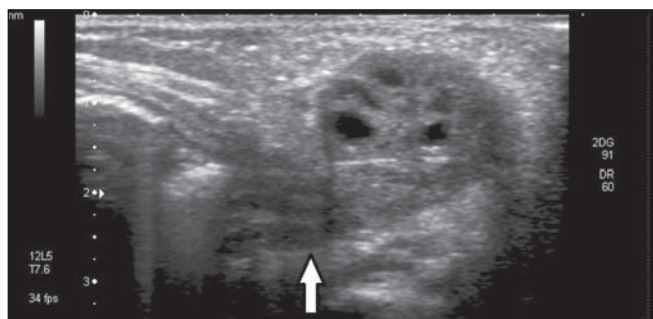


Figura 2. Ultrassonografia do grande lábio vulvar direito. Notar a continuidade do pedículo do órgão para o canal inguinal (seta).

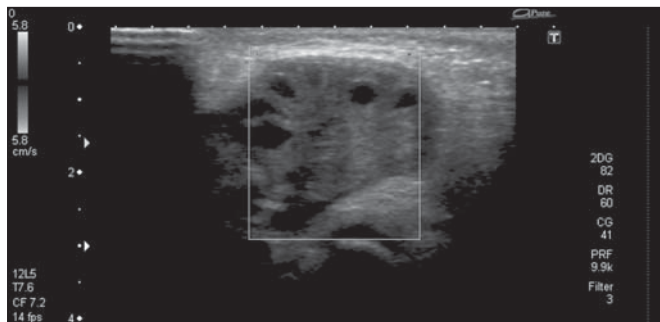


Figura 3. Ausência de fluxo vascular no ovário direito ao estudo com Doppler.

Realizou-se cirurgia de emergência, que revelou sinais de sofrimento do ovário acometido (Figura 4). Após destorção, houve melhora dos sinais de isquemia, sendo o ovário reposicionado na cavidade abdominal, ligando-se o saco herniário. A criança apresentou boa evolução pós-operatória.

DISCUSSÃO

O canal inguinal tem sua formação centrada no *gubernaculum testis* e no *processus vaginalis*⁽²⁾. O primeiro é um cordão fibromuscular que, nas meninas, dará origem ao lábio maior e ao polo inferior da gônada fetal. Dele se formam os ligamentos útero-ovariano e redondo, que ligam o ovário à região mediana do útero, prevenindo sua descida pelo canal inguinal^(2,3). O *processus vaginalis peritonei* (também chamado de canal de Nuck no sexo feminino) é uma prega tubular de peritônio, que se invagina no canal inguinal. Normalmente ele se oblitera totalmente no sexo feminino⁽²⁾. Raramente ocorre falha neste processo, levando a alterações congênitas, como uma evaginação do canal de Nuck no canal inguinal ou no lábio vulvar maior⁽³⁾.

A herniação do canal de Nuck contém o ovário em 15% a 20% dos casos⁽⁴⁾, tendo maior risco de encarceramento e estrangulamento, pois o ovário se edemacia à medida que se encarcera, aumentando progressivamente seu volume, sendo menos compressível que alças intestinais⁽⁵⁾. Também ocorre maior risco de torção com suspensão e estreitamento do pedículo vascular ovariano⁽⁶⁾.

O tratamento da hérnia encarcerada de ovário é controverso entre cirurgia eletiva e de urgência. No caso de estrangulamento ou torção, opta-se por cirurgia de urgência. A técnica cirúrgica envolve a exposição do saco peritoneal para a avaliação de seu conteúdo, sendo a víscera devolvida à cavidade abdominal se viável, com ligadura alta do saco herniário. Se há comprometimento da vitalidade do conteúdo herniário, colocam-se compressas mornas durante alguns minutos, para avaliação de sua melhora e definição de conduta; na ausência de melhora, a víscera deve ser ressecada⁽⁷⁾.

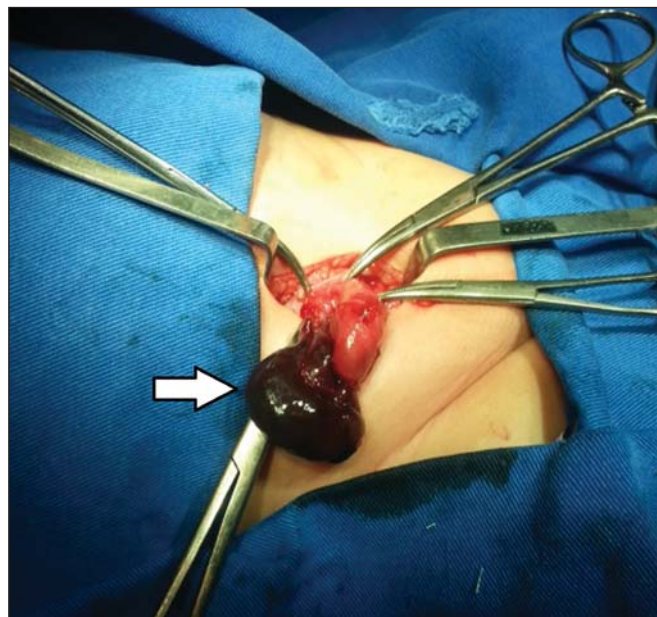


Figura 4. Sinais de isquemia do ovário direito (seta) identificada na cirurgia.

A morfologia ovariana típica pode ser demonstrada por ultrassonografia, avaliando-se também a presença de fluxo sanguíneo pelo Doppler⁽⁸⁾.

O presente relato demonstrou a importância do uso da ultrassonografia para diagnóstico de torção de ovário em herniação do canal de Nuck, confirmada e tratada por cirurgia, permitindo a preservação do órgão.

REFERÊNCIAS

1. Patel B, Zivin S, Panchal N, et al. Sonography of female genital hernias presenting as labia majora masses. *J Ultrasound Med.* 2014;33:155–9.
2. Shadbolt CL, Heinze SBJ, Dietrich RB. Imaging of groin masses: inguinal anatomy and pathological conditions revisited. *Radiographics.* 2001;21(Suppl 1):S261–71.
3. Healey A. Embryology of female reproductive tract. In: Mann G, Blair JC, Garden AS, editors. *Imaging of gynecological disorders in infants and children.* 1st ed. London: Springer-Verlag; 2012. p. 21–30.
4. Ming YC, Luo CC, Chao HC, et al. Inguinal hernia containing uterus and uterine adnexa in female infants: report of two cases. *Pediatr Neonatol.* 2011;52:103–5.
5. Laing FC, Townsend BA, Rodriguez JR. Ovary-containing hernia in a premature infant: sonographic diagnosis. *J Ultrasound Med.* 2007;26:985–7.
6. Merriman TE, Auld AW. Ovarian torsion in inguinal hernias. *Pediatr Surg Int.* 2000;16:383–5.
7. Gabriel E. Hérnia inguinal na infância. *Rev Col Bras Cir.* 2001;28:444–52.
8. Yao L, Mou Y, Wang HX. Sonographic diagnosis of an ovary-containing inguinal hernia with the formation of a corpus luteum in an adult female. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;34:359–60.