

# Cistoadenocarcinoma Mucinoso de Baixo Potencial de Malignidade em Coexistência com Teratoma Cístico Maduro do Ovário: Relato de Caso

Mucinous Cystadenocarcinoma of Low Malignant Potential Coexisting with a Mature Cystic Teratoma – A Case Report

Daniel Guimarães Tiezzi<sup>1</sup>, Edgard Guariento Guimarães<sup>1</sup>, Nereu Oguido<sup>1</sup>, Gisele Alborghetti Nai<sup>2</sup>

## RESUMO

*Os tumores puramente mucinosos do ovário são considerados, por alguns autores, como variante monodérmica do teratoma maduro. Raros relatos de casos citam a coexistência entre estes dois tumores de origem celular distintas. Nosso objetivo é descrever o relato de caso de paciente de 38 anos de idade que apresentava cistoadenocarcinoma mucinoso de baixo potencial de malignidade concomitante com teratoma cístico maduro no ovário direito e divulgar a importância do conhecimento desta associação para o cirurgião ginecológico.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Ovário: câncer. Ovário: tumores de malignidade limítrofe. Teratomas.*

## Introdução

A coexistência de dois tumores adjacentes, distintos histologicamente, em um mesmo órgão é denominada, por alguns autores, como tumores de colisão<sup>1,2</sup>. Uma série de relatos de casos relaciona a coexistência do teratoma maduro com outras neoplasias<sup>1-4</sup>, sendo que a presença de componente maligno pode ocorrer em cerca de 1-2% dos casos e, com maior frequência, ocorre em mulheres menopausadas<sup>5,6</sup>. A neoplasia maligna que mais se associa ao teratoma maduro é o carcinoma epidermóide, que representa cerca de 80% dos casos. No entanto, podem ocorrer adenocarcinoma, sarcoma, carcinoma indiferenciado, entre outros<sup>7</sup>. Encontram-se, também, raros relatos de casos descritos da coexistência de tumores mucinosos com o teratoma maduro de ovário<sup>8</sup>. Recentemente operamos paciente de 38 anos de idade com tumor do ovário direito onde foi encontrado cistoadenocarcinoma

mucinoso de baixo potencial de malignidade concomitante com teratoma cístico maduro. Devido à raridade desta situação e à indicação da necessidade de avaliação cuidadosa das peças cirúrgicas apresentamos este caso.

## Relato do Caso

Paciente MPB, 38 anos, parda, G1 P1 A0. Procurou o nosso serviço em abril de 2003 referindo que, há três meses, vinha notando aumento progressivo do volume abdominal. Referia polaciúria, porém, negava disúria. Negava qualquer queixa gastrointestinal. Negava febre, inapetência ou perda ponderal. O exame físico geral era normal, apresentando-se em bom estado geral, corada, eupnéica e afebril. No exame específico notava-se abdome globoso e distendido com presença de grande massa palpável, endurecida, superfície lisa e bocelada, que se estendia desde a pelve até o epigástrio. Fígado e baço não eram palpáveis. Ao toque, a vagina era púrvia para duas polpas digitais, colo uterino grosso, consistência cartilaginosa e fechado. Palpava-se grande lesão tumoral que ocupava toda a pelve, com extensão até a região epigástrica. O útero não era individualizado ao toque.

Os exames complementares demonstravam hemograma normal (Hb - 12,5 g/dL, Ht - 36,8%,

<sup>1</sup>Departamento de Ginecologia e Obstetria do Hospital Universitário "Domingos Leonardo Cerávolo" da Faculdade de Medicina de Presidente Prudente - UNOESTE.

<sup>2</sup>Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Presidente Prudente - UNOESTE

Correspondência:

Daniel Guimarães Tiezzi

Hospital Universitário - FMPP - Departamento de Ginecologia e Obstetria

Rua José Bongiovani, 1297 - Cidade Universitária 19050-680 - Presidente Prudente - SP

glóbulos brancos - 3.800, bastonetes - 3%, segmentados - 54%, linfócitos - 37%, plaquetas - 268.000), urina I normal, antígeno cárcino-embriônico 2,2 ng/mL e radiografia de tórax sem alterações. Foi realizada ultra-sonografia de abdome total e pelve, na qual foi encontrada volumosa lesão expansiva, heterogênea, predominantemente cística, ocupando toda a pelve e estendendo-se até o epigástrio, medindo cerca de 25 x 13 x 10 cm em seus maiores eixos (volume estimado de 1950 cm<sup>3</sup>), suspeito de tumor complexo do ovário (Figura 1). Fígado e vias urinárias sem alterações. Foi indicado laparotomia de estadiamento por suspeita clínica e ultra-sonográfica de tumor maligno do ovário.



Figura 1 - Ultra-sonografia de abdome e pelve. Note a extensa lesão de conteúdo predominantemente cístico com áreas sólidas formando imagem heterogênea.

A paciente foi submetida a laparotomia em 23 de abril de 2003, utilizando incisão mediana infra e transumbilical. Encontramos grande lesão tumoral originária do ovário direito, com cápsula lisa e íntegra, móvel e sem aderências a outros órgãos. Na inspeção da cavidade abdominal e pélvica não se identificava lesão extra-ovariana suspeita. O útero e o ovário esquerdo eram macroscopicamente normais. Não havia presença de líquido ascítico. O omento maior e o fígado estavam sem alterações. Não havia presença de linfonodomegalia à palpação das cadeias para-aórticas. Foi realizado salpingooforectomia direita e a peça cirúrgica foi submetida a exame histopatológico por congelamento no intra-operatório. Ao corte notavam-se numerosos fios de cabelos entremeados, bem como área plana, endurecida, de consistência óssea intracística, e chamava a atenção a grande quantidade de material mucóide amarelo no interior (Figura 2a e 2b). O resultado do exame intra-operatório foi sugestivo de teratoma maduro. Foi colhido lavado peritoneal e fi-

nalizada a cirurgia, optando-se por aguardar o resultado definitivo do exame anatomopatológico. A paciente evoluiu satisfatoriamente, tendo alta hospitalar no segundo dia pós-operatório. Ao exame histológico observava-se a presença de tecido epidérmico maduro com anexos, bem como área revestida por epitélio cilíndrico muco-secretor, que confirmou a presença de componente mucinoso (Figura 3a e 3b). O diagnóstico histo-patológico definitivo foi de teratoma cístico maduro associado a cistoadenocarcinoma mucinoso de baixo potencial de malignidade. O lavado peritoneal foi negativo para células malignas.

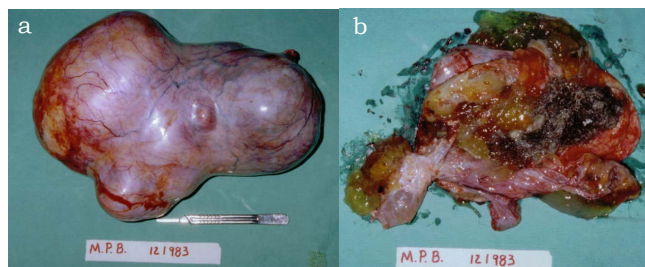


Figura 2 - Aspecto macroscópico (a). Em b, após abertura da cápsula, presença de grande quantidade de fios de cabelos entremeados e a presença de conteúdo mucinoso.

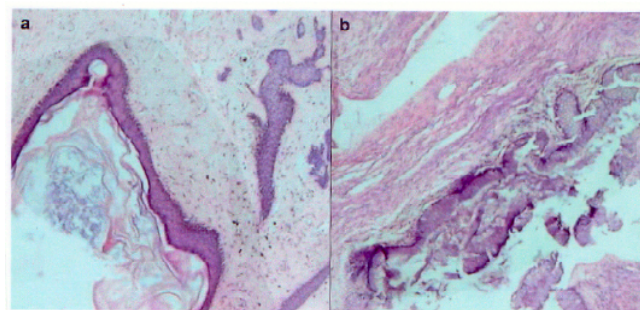


Figura 3 - Teratoma cístico maduro associado a cistoadenocarcinoma *borderline*. a, Área mostrando tecido epidérmico maduro com anexos. b, Área revestida por epitélio cilíndrico muco-secretor, com focos de pseudo-estratificação. (Hematoxilina-eosina, 100X).

Em razão de a paciente desejar manter a fertilidade e pela ausência de sinais clínicos e histológicos de disseminação extra-ovariana do componente mucinoso do tumor, optamos por manter a paciente em seguimento clínico semestral. Seu último atendimento foi em 25 de julho de 2003, no qual a paciente permanecia assintomática.

## Discussão

As neoplasias de origem epitelial do ovário podem ser classificadas, segundo características histológicas, em três grupos: tumores benignos,

malignos e de baixo potencial de malignidade, também designados de tumores *borderline*. Os achados histológicos que caracterizam as lesões *borderline* são: proliferação epitelial acentuada, quando comparada a sua variante benigna, presença de atipias celulares variáveis e presença de mitose, porém, com ausência de invasão estromal, que é um achado típico das lesões consideradas invasoras<sup>9</sup>.

O tipo histológico mais freqüente dos tumores de baixo potencial de malignidade é o seroso. O tipo mucinoso é uma entidade rara. Algumas peculiaridades desta distinta neoplasia requerem algumas considerações<sup>10</sup>. A apresentação clínica difere das demais neoplasias do ovário, pois freqüentemente se apresentam como tumores de crescimento rápido, atingem grandes volumes e podem evoluir para o desenvolvimento de pseudomixoma peritoneal (PMP). O termo PMP tem sido aplicado a toda lesão com componente mucinoso, incluindo casos de tumores de apêndice cecal, adenocarcinomas do trato gastrointestinal e tumores ovarianos, com disseminação peritoneal<sup>11</sup>.

No caso dos tumores de origem ovariana, do ponto de vista histológico, a heterogeneidade celular merece consideração. Estes tumores podem ser representados por população de células que se assemelham ao epitélio endocervical, de origem mülleriana, bem como por células tipicamente originárias do epitélio intestinal ou com população celular mista<sup>10</sup>. Vários estudos têm demonstrado que o PMP é derivado da ruptura de tumores mucinosos do apêndice, tanto em homens quanto em mulheres, sendo que a origem ovariana raramente é sua causa<sup>12,13</sup>.

Alguns autores apoiam a hipótese de que apenas os tumores mucinosos do ovário formados por células de origem intestinal são os responsáveis pelo PMP<sup>14,15</sup>. Na série descrita por Ronnett e Seidman<sup>16</sup>, os três tumores mucinosos associados com teratoma maduro do ovário eram consistentes, morfológica e imuno-histoquimicamente, com tumores mucinosos do tipo intestinal. Langley e Fox<sup>17</sup> consideram a possibilidade no caso de um tumor puramente mucinoso de ovário, se tratar de teratoma maduro monodérmico. Estes dados suportam a última hipótese de que os tumores mucinosos coexistindo com teratoma maduro do ovário não possam ser denominados tumores de colisão, mas sim, neoplasias originárias de componente intestinal intrínseco do próprio teratoma maduro.

Os teratomas maduros são em geral assintomáticos, porém, é possível que apresentem sintomas agudos decorrentes de torção do pedículo ovariano ou ruptura da cápsula<sup>18,19</sup>. O encontro de ruptura capsular, necrose, aderências a estruturas vizinhas, áreas sólidas no interior do cisto e

rápido crescimento tumoral são sinais clínicos de que se deve suspeitar de lesão maligna associada ou presença de outra neoplasia concomitante<sup>20</sup>.

O conhecimento da associação destas neoplasias tem interesse tanto científico como terapêutico, visto que a abordagem cirúrgica pode ser modificada no caso de achado de lesão maligna ou *borderline*. Um achado macroscópico sugestivo de teratoma maduro (presença de fios de cabelo, gordura, ossos, etc.) não exclui a possibilidade, ainda que remota, desta associação e, quando presente, o componente mucinoso do tumor deve ser o parâmetro para a abordagem terapêutica.

---

## ABSTRACT

*The purely mucinous tumors of the ovary are considered, by some authors, as a monodermic variant of mature teratoma. Few case reports mention the coexistence of these two tumors with distinct cellular origin. Our objective is to describe the case of a 38-year-old patient with a mucinous cystadenocarcinoma with low malignant potential arising in a mature cystic teratoma and to divulge the importance of the knowledge about this association to the gynecological surgeon.*

**KEYWORDS:** *Ovary: borderline tumors. Ovary: neoplasms. Mature teratoma*

---

## Referências

1. Kim SH, Kim YJ, Park BK, Cho JY, Kim BH, Byum JY. Collision tumors of the ovary associated with teratoma: clues to the correct preoperative diagnosis. *J Comput Assist Tomogr* 1999; 23:929-33.
2. Bichel P. Simultaneous occurrence of a granulose cell tumor and serous papillary cystadenocarcinoma in the same ovary. A case report. *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand* 1985; 93:175-81.
3. Morimitsu Y, Nakashima O, Kage M, Kojiro M, Kawano K, Koga T. Coexistence of mature teratoma and thecoma in an ovary. A report of two cases. *Acta Pathol Jpn* 1991; 41:922-6.
4. Vigliani R, Iandolo M, Lacivita A. Mature ovarian cystic teratoma with combined squamous cell carcinoma and malignant melanoma. *Virchows Arch* 1998; 433:381-4.
5. Kelly R, Scully RE. Cancer developing in dermoid cyst of the ovary. *Cancer* 1961; 14:989-1000.
6. Gordon A, Rosenshein N, Parmley T, Bhagavan D. Benign cystic teratoma in postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138:1120-23.
7. Stamp GWH, McConnell EM. Malignancy arising in cystic ovarian teratomas. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90:671-5.

8. Hunter V, Barnhill D, Jadwin D, Crooks L. Ovarian mucinous cystadenocarcinoma of low malignant potential associated with a mature cystic teratoma. *Gynecol Oncol* 1988; 29:250-4.
9. Schappell HW, Riopel MA, Smith Sehdev AE, Ronnett BM, Kurman RJ. Diagnostic criteria and behavior of ovarian seromucinous (endocervical-type mucinous and mixed cell-type) tumors: atypical proliferative (borderline) tumors, intraepithelial, microinvasive and invasive carcinomas. *Am J Surg Pathol* 2002; 26:1529-41.
10. Carvalho FM. Câncer de ovário: história natural e anatomia patológica. In: Halbe HW editor. *Tratado de Ginecologia*. 3° ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 2252-62.
11. Ronnett BM, Kurman RJ, Zahn CM, et al. Pseudomyxoma peritonei in women: a clinicopathologic analysis of 30 cases with emphasis on site of origin, prognosis and relationship to ovarian mucinous tumors of low malignant potential. *Hum Pathol* 1995; 26:509-24.
12. Kliman L, Rome RM, Fortune DW. Low malignant potential tumors of the ovary: a study of 76 cases. *Obstet Gynecol* 1986; 68:338-44.
13. Lee KR, Scully RE. Mucinous tumors of the ovary: a clinicopathologic study of 196 borderline tumors (of intestinal type) and carcinomas, including an evaluation of 11 cases with pseudomyxoma peritonei. *Am J Surg Pathol* 2000; 24:1447-64.
14. Ronnett BM, Shmookler BM, Diener-West M, et al. Immunohistochemical evidence supporting the appendiceal origin of pseudomyxoma peritonei in women. *Int J Gynecol Pathol* 1997; 16:1-9.
15. Ronnett BM, Zahn CM, Kurman RJ, et al. Disseminated peritoneal adenomucinosis and peritoneal mucinous carcinomatosis: a clinicopathologic analysis of 109 cases with emphasis on distinguishing pathologic features, site of origin, prognosis and relationship to pseudomyxoma peritonei. *Am J Surg Pathol* 1995; 19:1390-408.
16. Ronnett BM, Seidman JD. Mucinous tumors arising in ovarian mature cystic teratomas: relationship to the clinical syndrome of pseudomyxoma peritonei. *Am J Surg Pathol* 2003; 27:650-7.
17. Langley FA, Fox H. Ovarian tumors: classification, histogenesis and etiology. In: Fox H, Wells M, (Editors). *Haines and Taylor Obstetrical and Gynecological Pathology*. 4° ed. New York: Churchill Livingstone; 1995. p. 730.
18. Stern JL, Buscema J, Rosenshein NB, Woodruff JD. Spontaneous rupture of benign cystic teratomas. *Obstet Gynecol* 1981; 57:363-6.
19. Stuart GC, Smith JP. Ruptured benign cystic teratomas mimicking gynecologic malignancy. *Gynecol Oncol* 1983; 16:139-43.
20. Copeland JL. Non-epithelial ovarian tumors. In: Copeland JR, editor. *Textbook of Gynecology*. 1° ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1993. p. 1022-33.

*Recebido em: 22/8/2003*

*Aceito com modificações em: 17/9/2003*

# Publique em RBGO

## envie seu artigo !



*Desde 1959*