

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

**CASUÍSTICA DE TUMORES DE OVÁRIO**

**operados no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**da UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA**

**no período de Setembro de 1989 a Agosto de 1994.**

**Antonio Augusto Carvalho Brasil Neto  
12. Período/94  
Matrícula 289.16.100-6 (UFF)**

**Orientadora: Dra. Maria Beatriz Cacesse Shiozawa**

80  
576  
f. 12/16

# AGRADECIMENTOS

Aos funcionários do S.A.M.E., que sempre mostraram-se prestativos às nossas solicitações.

À Cesar José Moskorz, pela paciência e ajuda decisiva na edição deste trabalho, sem a qual seria impossível alcançar tão alto padrão de qualidade.

## ÍNDICE

- Introdução.....	pg. 01
- Objetivos.....	pg. 02
- Material e Métodos.....	pg. 02
- Apêndice.....	pg. 04
- Resultados.....	pg. 08
- Discussão.....	pg. 23
- Conclusão.....	pg. 28
- Resumo.....	pg. 29
- Referência Bibliográfica.....	pg. 30

## INTRODUÇÃO

*atuação imbuída*

Os tumores ovarianos são formas comuns de neoplasia. Existem numerosos tipos de tumores ovarianos, tanto benignos quanto malignos, sendo que os primeiros perfazem 80% dos casos. Em relação a idade, os tumores benignos ocorrem predominantemente em mulheres jovens, entre 20 e 45 anos, e os tumores malignos são mais comuns em mulheres mais idosas, entre 40 e 65 anos.

*Exatidão e precisão do diagnóstico*

Embora alguns dos tumores específicos possuam aspectos característicos e sejam hormonalmente ativos, as características clínicas da maioria dos tumores ovarianos são semelhantes, e a vasta percentagem não é funcionante. Esses tumores tendem a produzir sintomas relativamente leves até que tenham atingido grande tamanho. Esta característica influe substancialmente no prognóstico dos casos de malignidade, já que no momento da apresentação clínica, muitos deles evidenciam disseminação extra ovariana da neoplasia, conseqüentemente menor eficácia na erradicação total da doença. Os sintomas mais comuns são dor e aumento do volume abdominal, sintomas dos tratos urinário e gastrointestinal devido a compressão tumoral ou invasão do câncer, e sangramento abdominal e vaginal. As formas benignas podem ser inteiramente assintomáticas, e serem diagnosticadas através de um achado no curso de um exame abdominal ou pélvico, ou até mesmo durante uma cirurgia.

No presente trabalho vamos confrontar dados obtidos com aqueles encontrados em outros relatos, tentando fazer uma análise crítica dos resultados. É importante destacar a dificuldade para coleta de dados por motivos vários, levando-nos a restringir nossa gama de abordagem, na tentativa de nos aproximarmos estatisticamente da realidade.

## **OBJETIVOS:**

1. - Registrar a incidência de Tumores Ovarianos Operados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, destacando o perfil histopatológico e associação com a apresentação clínica.
2. - Índice de comprometimento extra ovariano do câncer de ovário no curso do seu tratamento cirúrgico.
3. - Confrontar os dados obtidos com aqueles vigentes na literatura corrente.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Foram analisados 41 casos de neoplasias ovarianas procedentes do Departamento de Anatomia Patológica do Hospital Universitário da U.F.S.C. através do livro de registros dos laudos das peças cirúrgicas, que abrange o período de setembro de 1989 a agosto de 1994. Foram também pesquisados os prontuários dos respectivos pacientes no Serviço de Arquivo Médico e Estatística do mesmo Hospital.

Foram colhidas informações referentes a idade das pacientes na época da cirurgia, estado civil, cor, naturalidade e procedência, queixa principal, dados associados a queixa principal, história familiar, antecedentes ginecológicos e obstétricos, acometimento unilateral ou bilateral, lateralidade e, nos casos de malignidade, a presença ou não de metástases.

Os casos foram agrupados de acordo com o tipo histológico apresentado nas peças cirúrgicas, cujo laudo se baseia na classificação histológica da O.M.S., que classifica as neoplasias ovarianas de acordo com o tecido mais provável de origem.

Foram confrontados dados obtidos com o tipo histológico do tumor, dando-se enfoque apenas nas informações que constavam com frequência estatisticamente significativa, excluindo portanto, aqueles dados que frequentemente se mostravam incompletos.

## APÊNDICE

- Classificação histológica dos tumores de ovário segundo a O.M.S.

### I - TUMORES EPITELIAIS

#### A. Tumores serosos

##### 1. Benignos

- a) cistadenoma e cistadenoma papilar
- b) papiloma superficial
- c) adenofibroma e cistadenofibroma

##### 2. Carcinoma de baixo potencial maligno

- a) cistadenoma e cistadenoma papilar
- b) papiloma superficial
- c) adenofibroma e cistadenofibroma

##### 3. Malignos

- a) adenocarcinoma, adenocarcinoma papilar e cistadenocarcinoma papilar
- b) carcinoma papilar superficial
- c) adenofibroma e cistadenofibroma malignos

#### B. Tumores mucinosos

##### 1. Benignos

- a) cistadenoma
- b) adenofibroma e cistadenofibroma

##### 2. Carcinomas de baixo potencial maligno

- a) cistadenoma
- b) adenofibroma e cistadenofibroma

##### 3. Malignos

- a) adenocarcinoma e cistadenocarcinoma
- b) adenofibroma e cistadenofibroma malignos

## C. Tumores endometrióides

### 1. Benignos

- a) adenoma e cistadenoma
- b) adenofibroma e cistadenofibroma

### 2. Carcinoma de baixo poder maligno

- a) adenoma e cistadenoma
- b) adenofibroma e cistadenofibroma

### 3. Malignos

- a) carcinoma
  - a.1) adenocarcinoma
  - a.2) adenoacantoma
  - a.3) adenofibroma e cistadenofibroma malignos
- b) sarcomas estromáticos endometrióides
- c) tumores mesodérmicos (mullerianos), homólogos e heterólogos

## D. Tumores de células claras (Mesonefróides)

### 1. Benignos: adenofibroma

### 2. Carcinomas de baixo potencial maligno

### 3. Malignos: carcinoma e adenocarcinoma

## E. Tumores de Brenner

### 1. Benignos

### 2. Carcinomas de baixo potencial maligno

### 3. Malignos

## F. Tumores epiteliais mistos

### 1. Benignos

### 2. Carcinomas de baixo potencial maligno

### 3. Malignos

## G. Carcinoma indiferenciado

## H. Tumores epiteliais não classificados

## II - TUMORES DOS CORDÕES SEXUAIS-ESTROMA

### A. Tumores de células granuloso-estromáticas

- 1. Tumor de células de granulosa**
- 2. Tumor do grupo tecoma-fibroma**
  - a) tecoma
  - b) fibroma
  - c) não classificado

### B. Androblastomas; tumores de células de Sertoli-Leydig

- 1. Bem diferenciados**
  - a) androblastoma tubular; tumor de células de Sertoli
  - b) androblastoma tubular com depósito lipídico
  - c) tumor de células de Sertoli-Leydig
  - d) tumor de células de Leydig; tumor de hilares
- 2. Medianamente diferenciados**
- 3. Pouco diferenciados (sarcomatóides)**
- 4. Com elementos heterólogos**

### C. Ginandroblastoma

### D. Não classificados

## III - TUMOR DE CÉLULAS LIPOIDEAS

## IV - TUMORES DE CÉLULAS GERMINATIVAS

A. Disgerminoma

B. Tumor dos seios endodérmicos

C. Carcinoma embrionário

D. Poliembrioma

E. Coriocarcinoma

F. Teratomas

**1. Imaturos**

**2. Maduros**

a) sólidos

b) císticos

b.1 cistos dermóides

b.2 cistos dermóides com  
transformação maligna

**3. Monodérmicos e altamente especializados**

a) estruma ovárico

b) carcinóide

c) estruma ovárico e carcinóide

d) outros

G. Formas mistas

V. GONADOBLASTOMA

A. Puro

B. Associado a um disgerminoma e a outras formas de tumores de células germinativas

VI. TUMORES DE TECIDOS CONECTIVOS NÃO ESPECÍFICOS DO OVÁRIO

VII. TUMORES NÃO CLASSIFICADOS

## VIII. TUMORES SECUNDÁRIOS (Metastáticos)

### RESULTADOS

Em virtude da variedade histológica, vamos analisar primeiramente os casos quanto a malignidade e, posteriormente, separá-los de acordo com o tipo celular ovariano de origem. Esta metodologia tem como finalidade dar uma ideia global da epidemiologia e a análise mais apurada dos tipos histológicos mais frequentes.

#### 1. - Frequência

Dos 41 casos analisados, verificou-se 31 casos de tumores benignos e 10 casos de tumores malignos, sendo que um caso era caracterizado como carcinoma de baixo potencial maligno (Borderline), e que numa revisão posterior, foi agrupado como fazendo parte dos carcinomas.

Do grupo dos benignos 11 eram cistadenomas serosos, cinco eram cistadenomas mucinosos, 11 eram teratomas adultos císticos, 2 tumores de células da granulosa e 2 fibromas. No grupo dos malignos 4 eram cistadenocarcinomas serosos, 4 cistadenocarcinomas mucinosos e 2 eram adenocarcinomas endometrióides.

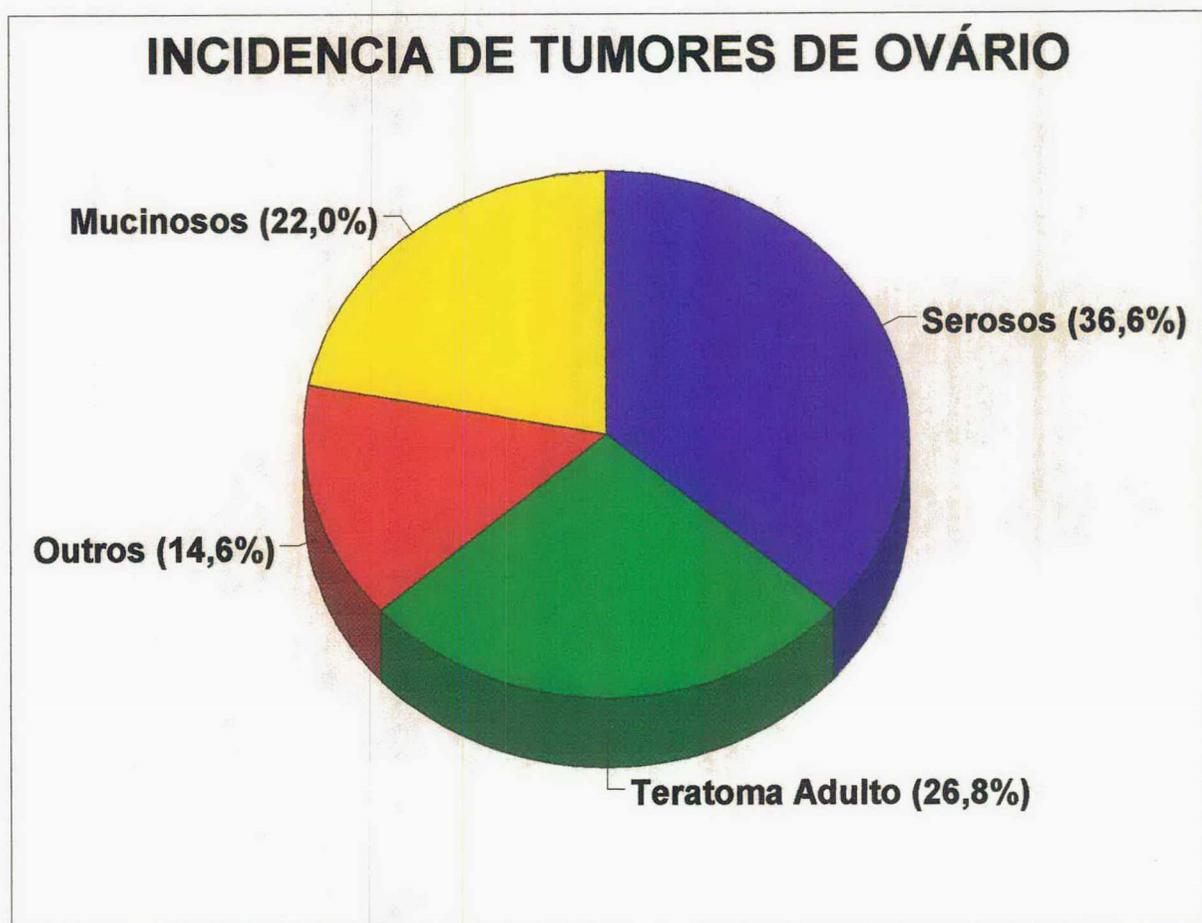
No geral, a proporção entre variantes malignas e benignas foi de 1:3; com índices de mais ou menos 1:3 e 1:1 nos tipos serosos e mucinosos, respectivamente.

**Tabela I - Neoplasias do ovário: relação entre a malignidade e a frequência.**

<b>Tumor</b>	<b>Malignos (%)</b>	<b>Benignos (%)</b>	<b>TOTAL (%)</b>	<b>% Malignos</b>
Seroso	4 (26,7)	11 (73,3)	15 (100)	1:3
Mucinoso	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (100)	1:1
Endometrióide	2 (100,0)	- -	2 (100)	-
Teratoma Adulto	- -	11 (100,0)	11 (100)	-
Tumor de células da Granulosa	- -	2 (100,0)	2 (100)	-
Fibroma	- -	2 (100,0)	2 (100)	-
<b>TOTAL</b>	<b>10 (24,4)</b>	<b>31 (75,6)</b>	<b>41 (100)</b>	<b>1:3</b>

Quanto a incidência de neoplasia em relação ao tipo histológico, sem distinguir a malignidade, encontramos 15 tumores serosos, 9 tumores mucinosos, 11 teratomas, 2 endometrióides, 2 tumores de células da granulosa e 2 fibromas. No quadro a seguir ilustramos a incidência de tais tumores, agrupando como outros, os tipos histológicos menos frequentes.

## QUADRO 1



## 2. - Faixa Etária

A idade das pacientes, na época do diagnóstico, variava entre vinte e 88 anos, com uma média de 45,5 anos. Dentre as neoplasias malignas, a média de idade foi em torno de 50,4 anos, com a idade mais elevada de 68 anos e a mais baixa de 22 anos. Para as neoplasias benignas, a idade oscilou entre 20 e 88 anos com uma média de 44,0 anos.

Especificando-se os tipos histológicos, verificou-se que para os 4 cistadenocarcinomas serosos, a idade máxima das pacientes foi de 68 anos e a mínima de 47 anos e a média de 53,0 anos (68, 47, 47 e 50 anos).

O correspondente benigno mostrou os seguintes valores: 66 anos (idade máxima), 20 anos (idade mínima) e 43,6 anos (idade média). Para os cistadenomas mucinosos, as idades eram de 25, 29, 37, 44 e 84 anos, com uma média de 43,8 anos. Os cistadenocarcinomas mucinosos tinham idades de 22, 47, 55 e 57 anos, com uma média de 45,3 anos. Outro tipo histológico digno de nota é o teratoma adulto, onde as idades variavam entre 23 e 76 anos, com uma média de 37,6 anos. Os dois tumores de células granulosas apresentavam idade de 48 e 62 anos, com uma média de 55 anos, sendo de 54 e 88 anos as idades dos 2 casos de fibroma (média de 71 anos). Nos casos de adenocarcinoma endometrióide a média foi de 55,5 anos, com pacientes apresentando idades de 53 e 58 anos.

**Tabela II - Relação entre as idades das neoplasias**

<b>BENIGNO</b>						<b>MALIGNO</b>					
62	23	24	25	49	29	58	47	68	57	47	53
45	48	84	54	76	66	47	22	50	55		
40	29	25	88	32	37						
23	46	29	29	44	28						
66	50	20	61	34	36						
63											
Média 44,03 anos						50,40 anos					

A média de idade das neoplasias benignas é menor que a das neoplasias malignas.

**Tabela III - Distribuição da idade entre as variantes malignas e benignas dos tumores serosos.**

<b>BENIGNO</b>						<b>MALIGNO</b>			
20	36	63	50	66	28	50	47	68	47
46	32	66	49	24					
Média 43,64 anos						53,00 anos			

### 3. - Queixa Principal

Em relação a queixa principal foram encontrados sintomas como: dor abdominal (17 casos), aumento de volume abdominal (3 casos) e outros menos frequentes como hemorragia vaginal, mudança de hábito intestinal e hematuria, totalizando 5 casos. Achado ultrassonográfico foi evidenciado em seis casos e em 7 casos a queixa principal era desconhecida. Devemos frisar que dor abdominal juntamente com aumento de volume abdominal ocorreram como queixa principal em mais 3 pacientes (foram caracterizadas como ambos).

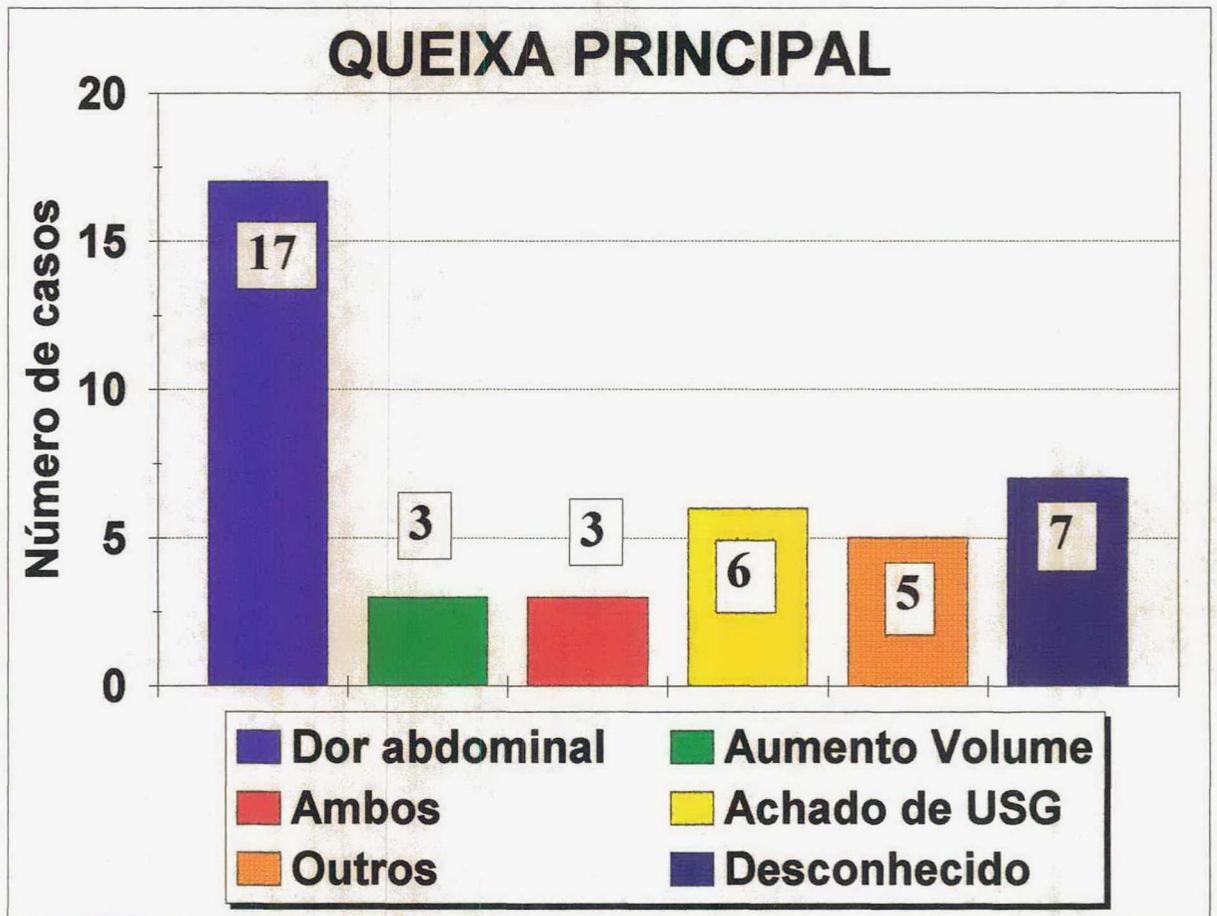
**Tabela III - Relação entre tipos histológicos e queixa principal.**

Tumores	Dor Abdominal	Aumento de Volume	Ambos	Outros	Achado de USG	Descoberto
Seroso	4	1	2	2	3	3
Mucinoso	5	1	1	1	-	1
Endometrióide	2	-	-	-	-	-
Teratoma Adulto	6	-	-	1	2	2
Tumor de Células da Granulosa	-	1	-	-	1	-
Fibroma	-	-	-	1	-	1
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

Neste item, destacamos um caso de adenocarcinoma endometrióide, que apresentava como queixa principal, além da dor abdominal, um sangramento vaginal, tipo água de carne pós menopausa. Caso este que, após avaliação, constatou-se a presença de carcinoma adenoescamoso de corpo uterino concomitante.

O quadro 2 apresenta um gráfico que demonstra a frequência dessas queixas em relação ao número de casos.

## QUADRO 2



Em relação aos tumores malignos, a dor abdominal estava presente em 7 casos, aumento de volume abdominal foi a queixa principal em 1 paciente, assim como o sangramento intermenstrual foi o que levou 1 paciente à procurar os serviços médicos. Em apenas 1 paciente a queixa principal era desconhecida.

#### 4. - Dados associados à queixa principal.

Quanto aos dados associados verificamos que, um número representante de pacientes (10), não apresentavam outras manifestações secundárias, e estas, quando presentes revelavam que a constipação ocorria com maior frequência (16), seguida pelo aumento de volume abdominal (4) e emagrecimento (4). Outros dados associados de menor frequência como anorexia, anemia, sensação de pelo em hipogástrio, náusea, vômitos, irregularidade menstrual, dispareunia, polaciuria, nictúria e retenção urinária, perfazem dez casos. Em 7 casos esse dado era desconhecido.

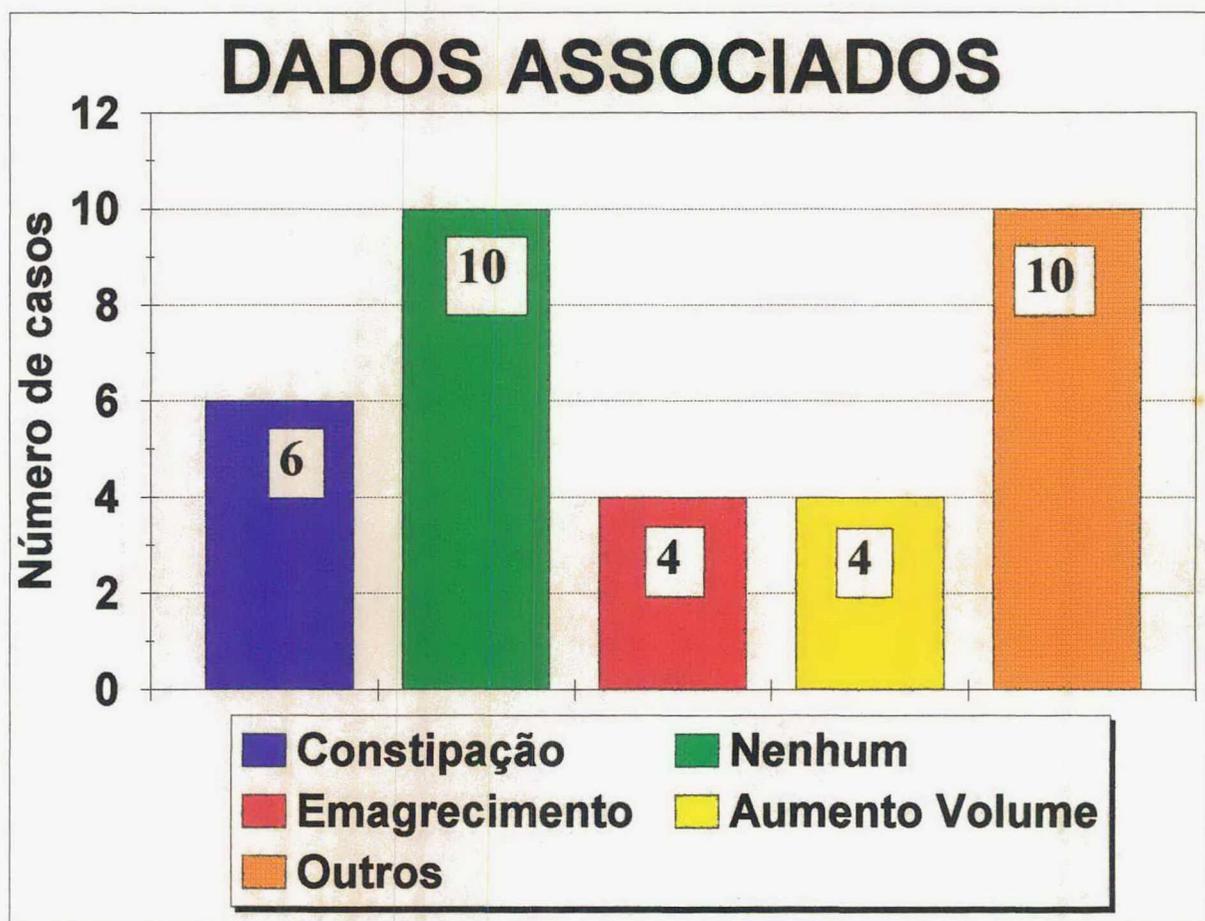
**TABELA IV - Relação entre tipo histológico e dados associados à queixa principal.**

Tumores	Constipação	Aumento de Volume Abdominal	Emagrecimento	Outros	Nenhum
Seroso	3	-	3	4	2
Mucinoso	1	1	1	2	3
Endometrióide	-	1	-	-	1
Teratoma Adulto	2	1	-	2	4
Tumor de Células de Granulosa	-	1	-	1	-
Fibroma	-	-	-	1	-
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Obs.: Os sete casos desconhecidos não foram incluídos na tabela.

O quadro 3 serve para ilustrar a frequência dos dados associados à queixa principal.

## QUADRO 3



Neste item foi pesquisado, em separado, a presença de líquido ascítico, sendo obtido de 8 casos. Seis destes eram de tumores malignos e o restante estava presente nos 2 pacientes com tumores de células da granulosa.

## **5. - Acometimento unilateral e bilateral**

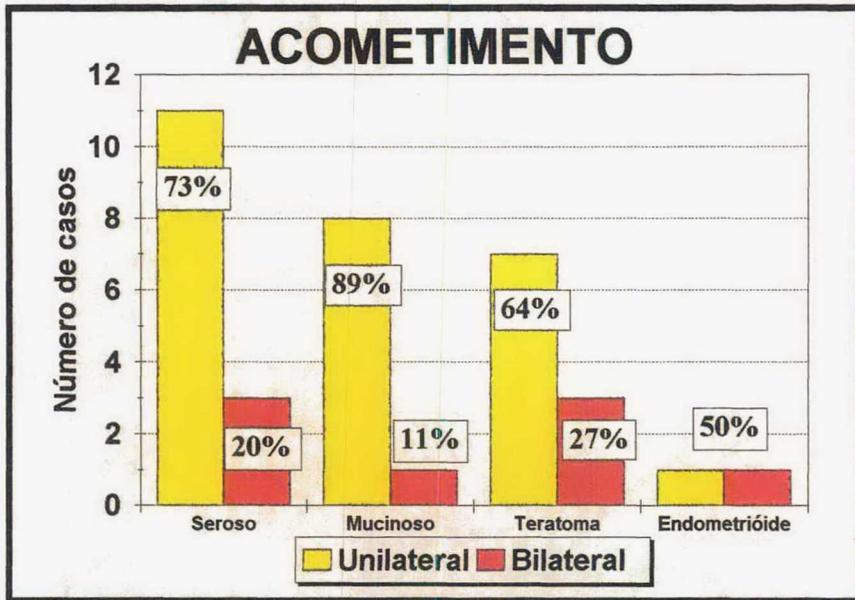
Em relação ao acometimento unilateral ou bilateral, constatamos que a imensa maioria dos tumores compromete apenas um dos ovários (30 casos - 73,2%), ocorrendo em 8 casos (19,5%), comprometimentos dos dois órgãos. Em 3 pacientes (7,3%) essa notificação estava ausente.

Quanto ao tipo histológico, a bilateralidade apareceu com mais frequência nos tumores serosos (3) e nos teratomas adultos (3). Os dois episódios restantes de duplo acometimento foram em 1 tumor mucinoso e em 1 tumor endometrióide. A evidência de unilateralidade ou bilateralidade nos cânceres apresenta também uma predominância de tumor solitário, onde num total de 7, 3 eram serosos, 3 eram mucinosos e 1 era endometrióide. Foram encontrados 3 casos de bilateralidade, sendo 1 caso para cada tipo histológico supracitado (Ver Quadro 5).

**TABELA V - Relação entre tipo histológico e número de acometimento.**

<b>Tipos Histológicos</b>	<b>Unilateral</b>	<b>Bilateral</b>	<b>Desconhecido</b>
Seroso	11	3	1
Mucinoso	8	1	-
Endometrióide	1	1	-
Teratoma Adulto	7	3	1
Tumor de Células da Granulosa	1	-	1
Fibroma	2	-	-
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>8</b>	<b>3</b>

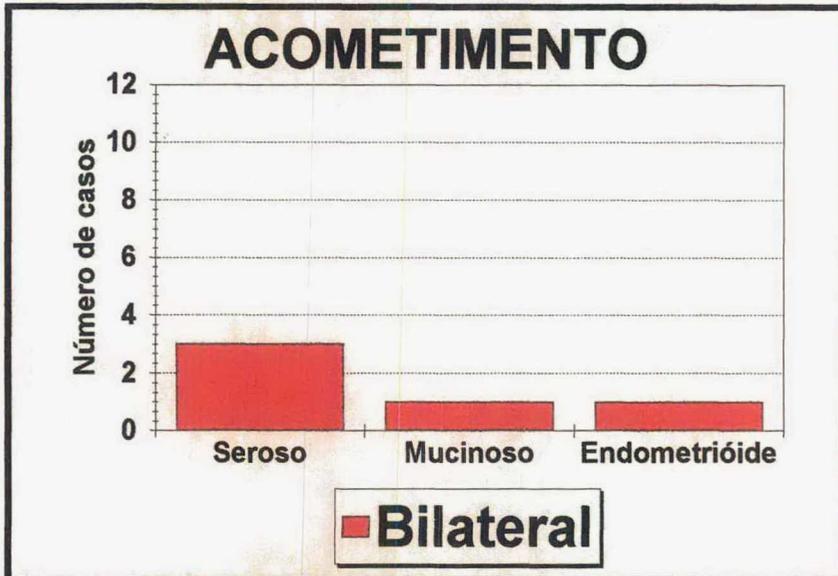
O quadro 4 apresenta um gráfico contendo os tipos histológicos onde ocorreram tanto unilateralidade quanto bilateralidade, com o objetivo de ilustrar as relações entre si.



QUADRO 5



Quadro 5-A



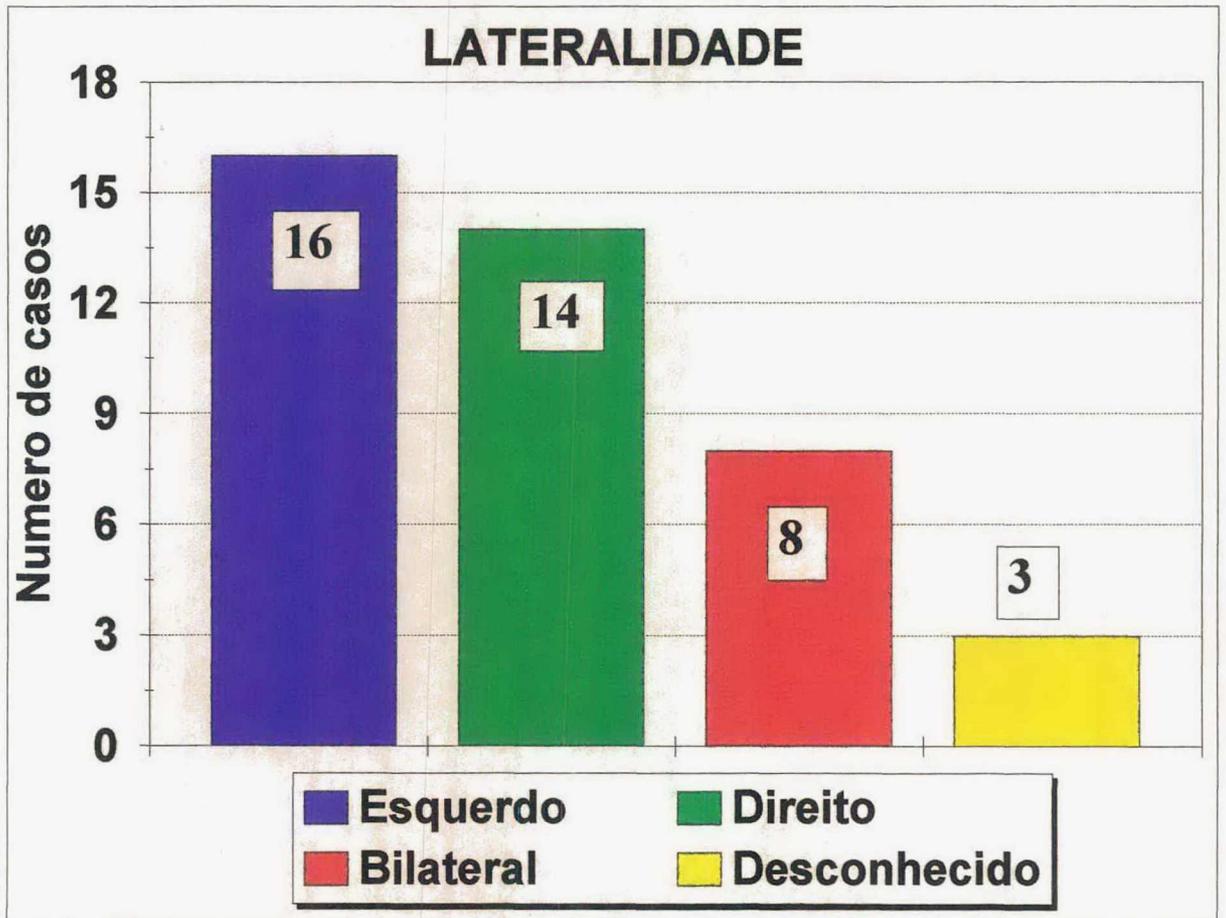
## 6. - Lateralidade

Em relação à lateralidade, este dado era conhecido em 38 casos, sendo observado que para as neoplasias como um todo, 14 vezes (36,8%) o lado direito foi comprometido, 16 vezes (42,1%) o lado esquerdo e em 8 casos (21,1%) a ocorrência era bilateral, como já foi antes mencionado. Em 3 pacientes a lateralidade era desconhecida (Ver Quadro 6).

Entre os benignos, 11 (35,5%) situavam-se do lado direito, 12 (38,7%) do lado esquerdo, 5 (16,1%) eram bilaterais e 3 (9,7%) eram desconhecidos. Nos malignos (10), eram bilaterais 3(30%), enquanto 4 (40%) localizavam-se à esquerda e 3(30%) à direita.

Especificando-se o tipo histológico, notou-se que os tumores serosos situavam-se à direita em 4 casos (26,7%), à esquerda em 7 casos (46,7%), tendo sido encontrado 3 casos (20,0%) bilaterais e 2 casos (13,3%) desconhecidos. A variedade mucinosa, apresentava-se em 3 casos (33,3%) à direita, em 5 casos (55,6%) à esquerda e 1 caso (11,1%) bilateral. O teratoma comprometeu em 5 casos (45,5%) o lado direito, em 2 casos (18,2%) o lado esquerdo e em 3 casos (27,3%) era bilateral sendo 2 casos(18,2%) desconhecidos. Em relação aos tumores endometrióides nos 2 casos presentes, 1 ocorreu à direita e o outro foi bilateral. Nos casos de tumor de células da granulosa, um acometeu o ovário esquerdo e o outro era desconhecido. Um para cada lado, foi a distribuição dos 2 casos de fibroma.

QUADRO 6



## 7. - Metástases

Dentre as dez neoplasias malignas da nossa casuística encontramos 3 casos (30%) de metástases, 5 casos (50%) com ausência de disseminação, 1 caso com metástase de câncer não originário do ovário (concomitante a ele) e 1 caso desconhecido. Em todos os casos de metástases, era encontrado líquido ascítico na cavidade abdominal, e a presença de células neoplásicas no mesmo, foi positiva em todas as amostras. Ocorreu comprometimento hepático em 1 dos casos, e a presença de líquido pleural contendo células malignas em outro.

Quanto ao tipo histológico, os 3 casos com metástases originárias de neoplasia ovariana eram cistadenocarcinomas serosos. Dos 5 pacientes com ausência de metástases, 3 apresentavam cistadenocarcinoma mucinoso, 1 cistadenocarcinoma seroso e 1 carcinoma endometrióide. O caso em que a presença ou não de metástases era desconhecida, tinha como tumor o adenocarcinoma endometrióide.

**TABELA VI - Relação entre tipo histológico e presença ou não de metástase.**

Tumor	Sim	Não	Desconhecido
Seroso	3	1	-
Mucinoso	-	3	1
Endometrióide	-	1	1
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>

Obs.: Em outro caso de adenocarcinoma endometrióide ocorreu metástase originária de tumor extra ovariano (carcinoma adeno escamoso de corpo uterino), não incluído na Tabela VI.

Outros dados como antecedentes familiares, ginecológicos e obstétricos foram pesquisados, mas devido a esmagadora maioria dos casos não constarem as informações importantes inerentes a esses tópicos, foi decidido não incluí-los no trabalho.

## DISCUSSÃO

Os tumores ovarianos são entidades bastante complexas, sua ampla variedade de apresentação segundo o tecido precursor, juntamente com as nuances estruturais que podem ocorrer em vários tumores histologicamente semelhantes, faz com que sua classificação seja complexa, e um mesmo tumor visto por patologistas diferentes, pode algumas vezes, ter uma classificação diferente. Outro aspecto interessante é a apresentação clínica desta neoplasia, já que ela, quando presente, resume-se a poucos sintomas, dentre os quais a dor e o aumento de volume addominais são bastante frequentes. Em relação ao tempo de eclosão tumoral e a época de aparecimento dos sintomas, exceto àqueles tumores que são fabricantes de hormônios (que são minoria), evidencia-se muitos anos de evolução e isto explica o grande volume da massa tumoral na época do diagnóstico, e o que é pior, no caso de neoplasia maligna, um estágio avançado de comprometimento local e ou sistêmico. Essa característica estimula pesquisadores de todo o mundo a encontrar um meio de rastreamento precoce e específico, para detectar as lesões tumorais ovarianas em um estágio inicial, aumentando sobremaneira o seu percentual de cura e conseqüentemente o prognóstico.

Os fatores de risco para o câncer ovariano são muito menos claros que para outros tumores genitais. A maioria dos estudos de controle de casos concorda em dois fatores de risco: nuliparidade e história familiar. Acerca desse aspecto, fica ressaltada a nossa preocupação em incluir em nosso protocolo, questões pertinentes a antecedentes familiares, ginecológicos e obstétricos. Infelizmente, como já foi atentado, esses itens mostravam-se constantemente incompletos, impossibilitando-nos a traçar um perfil epidemiológico acerca desse assunto. Como ponto positivo, fica o exemplo de como é importante o preenchimento completo de informações inerentes ao

paciente, para que, com estatísticas próprias, não tenhamos que nos basear em dados de outros países, que são geográfico, étnico e culturalmente diferentes do nosso.

Com o objetivo de facilitar a compreensão, o presente capítulo foi dividido em seções de acordo com cada ponto a ser considerado.

## 1. - Frequência

Com respeito a frequência, as neoplasias benignas sempre foram as mais comuns. Na presente casuística de 41 casos, 75,6% do total (31 casos) eram benignos, numa proporção de 3:1 em relação aos malignos. Estes dados são estatisticamente significativos e aproximam-se da estatística vigente na literatura, que considera a frequência de 80% dos tumores como sendo benignos.

Se agruparmos os casos obtidos, relacionando a frequência com o tipo de tecido que deu origem ao tumor, vamos verificar que 63,4% pertencem ao grupo de tumores do epitélio celômico, sendo 57,6% (15 casos) serosos, 34,6% (9 casos) mucinosos e 7,7% (2 casos) endometrióides. Comparando esses dados aos resultados encontrados em uma casuística de 563 casos de um trabalho realizado na Faculdade Paulista de Medicina (Brancaccio 1982), onde 63% das neoplasias eram do tipo serosos, 27,8% mucinosos e 0,5% endometrióide, observamos que em relação aos dois primeiros tipos histológicos as incidências são próximas, e no caso dos tumores endometrióides o nosso percentual é significativamente mais elevado. O segundo grupo que teve uma participação marcante no nosso trabalho foi aquele que enquadra os tumores provenientes das células germinativas, sendo neste caso representados pelo Teratoma Adulto, perfazendo 26,83% (11 casos) do total.

Com menos frequência estavam os tumores originários do esteroma-cordão sexual com 4 casos (9,7%), sendo 2 casos de tumores de células da granulosa e 2 casos de fibroma.

Entre as neoplasias malignas, não houve predominância entre tumores serosos (40% - 4 casos) e mucinosos (40% - 4 casos) e por último tivemos 2 casos (20%) de tumores endometrióides. No que tange aos canceres, é importante frisar que todos os nossos casos são neoplasias provenientes do epitélio celômico. Foi encontrado também uma diferença marcante na relação de malignidade do tipo mucinoso, já que em outros trabalhos, os tumores benignos dessa variante histológica abrangem cerca de 80% dos casos, os borderline 10 a 15% e os malignos 5 a 10%, enquanto que no nosso levantamento 55,5% eram benignos e 45,5% eram malignos (5 e 4 casos, respectivamente).

## **2. - Faixa Etária**

No presente trabalho verificou-se que a média das idades das pacientes na época do diagnóstico era de 45, 59 anos. Quanto as neoplasias benignas, a média de idade era de 44,03 anos, e no caso de neoplasias malignas essa média sobe para 50,4 anos. Em comparação com outros trabalhos que apresentam uma faixa de idade de acometimento de 20 a 45 anos para os tumores benignos e 40 a 65 anos para os tumores malignos, fica evidente que a nossa média de idade para tumores benignos incide no limite superior dessa variação, o que não ocorre com o nossos pacientes portadores de câncer, onde a média de idade equivale a de outras pesquisas.

Nos tipos histológicos mais frequentes, encontramos uma média de 43,6 anos para os cistadenomas serosos, 43,8 anos para os cistadenomas mucinosos e 37,6 anos para os teratomas adultos. Estes

dados não diferem sobremaneira daqueles encontrados na literatura que discorre sobre o assunto.

### **3. - Queixa Principal**

Quanto a queixa principal, é notória a concordância de todos os trabalhos, inclusive o nosso, de que a dor abdominal é um dado bastante frequente no que diz respeito à sintomatologia dos tumores ovarianos. Essa queixa estava presente em 70% dos casos de tumores malignos. Outro ponto que merece atenção, é no fato de que em 2 casos desse trabalho, os tumores eram originários do estroma-cordão sexual e poderiam perfeitamente apresentar-se clinicamente, através de distúrbios de ordem endócrina, tendo em vista que, esta variante histológica, tem o potencial de secretar hormônios. Estes tumores, quando secretantes, são prontamente diagnosticados quando acometem as crianças (causam puberdade precoce) ou as mulheres pós-menopausa, onde provocam o aparecimento de hemorragia uterina disfuncional.

### **4. - Dados associados e queixa principal**

Com relação a este item, damos ênfase à presença de líquido ascítico na cavidade abdominal nos casos de neoplasias malignas, onde ele era achado com frequência e tinha como conotação principal, a suspeita de comprometimento extra-ovariano da patologia. Naqueles casos com presença de líquido ascítico, a associação de aumento de volume abdominal com a queixa principal era frequente. Em um caso de cistadenocarcinoma mucinoso, a paciente apresentava, como dado associado, história de hematuria e anemia, e que durante a cirurgia, ficou evidenciado a compressão do ureter esquerdo pela massa tumoral.

## **5. - Acometimento unilateral ou bilateral.**

Como foi mencionado anteriormente, o comprometimento bilateral (19,5%) é menos frequente na incidência geral, sendo que essa frequência sobe consideravelmente se adotarmos como parâmetro somente as neoplasias malignas (30% de bilateralidade). Ao se considerar o tipo histológico, pode-se acrescentar que a bilateralidade esta mais relacionada ao tipo seroso (80%) em relação aos tumores mucinosos (11%), estando este fato em concordância com os dados da literatura.

## **6. - Lateralidade**

De uma maneira geral a distribuição dos tumores quanto à lateralidade foi mais ou menos equivalente, sendo 16 casos ocorrendo no ovário esquerdo e 14 casos envolvendo o ovário direito. No que diz respeito ao tipo histológico, os tumores serosos e mucinosos apresentaram marcante predomínio do lado esquerdo, dado este que contrasta com aquele encontrado nas outras pesquisas, onde o lado direito é o sítio predominante de neoplasia.

## **7. - Metástases**

A presença de metástases em 30% dos casos de tumores malignos, reafirma a alta ocorrência de neoplasia disseminada, que também é encontrada na casuística de outros autores. Em nossas pacientes essa disseminação se fazia para a cavidade abdominal, comprometendo peritônio, linfonodos regionais e fígado. Em 1 caso, onde além do comprometimento abdominal, a paciente apresentava derrame pleural à direita, caracterizando a síndrome de Meigs. Devido à constante presença de líquido ascítico nos casos de metástases, e a alta frequência de positividade por células malignas no mesmo, a punção



## RESUMO

O presente trabalho refere-se à casuística de tumores de ovário operados no Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de setembro de 1989 a agosto de 1994.

Os dados foram obtidos através do livro de registro de laudo das peças cirúrgicas, do Departamento de Anatomia Patológica do mesmo hospital, juntamente com os prontuários das pacientes, resgatados do Serviço de Arquivos Médicos e Estatística. Dos 41 casos encontrados, foram coletadas informações quanto à incidência de malignidade, faixa etária, queixa principal, dados associados à queixa principal, acometimento uni ou bilateral, lateralidade e presença de metástases.

Como resultado verificou-se que a média de idade para os tumores benignos é menor que aquela encontrada para os tumores malignos, a queixa principal mais frequente é a dor abdominal; a ocorrência de bilateralidade incide mais nos cânceres; os tumores acometem os ovários esquerdo e direito quase que nas mesmas proporções; aumento de volume abdominal (com conseqüente presença de líquido ascítico) é encontrado como dado associado nas formas disseminadas de tumores malignos, e que as metástases estão presentes em 30% dos casos de malignidade na época do diagnóstico.

No confronto dos dados com aqueles vigentes na literatura, foram observados pontos discordantes, sendo o mais gritante aquele inerente à relação entre os tumores benignos e malignos do tipo mucinoso, que mostrou uma incidência muito alta de câncer.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Brancaccio, N.S.: Neoplasias Epiteliais do Ovário: Aspectos Anatomopatológicos e Critérios de Malignidade São Paulo, 1982.
- Contran, R.S.: Patologia Estrutural e Funcional 4. Edição. PP: 955-965, 1991.
- Jones, H.W., e col.: Novak, Tratado de Ginecologia, 3. edição PP 583-633.
- Langley, F.A., and Fox, Ovarian Tumors: classification, histogenesis, etiology. In. Fox, Haines and Taylor's Obstetrical and Gynaecologic Pathology 4 th ed. 1987, PP 542-555.
- Linder, D., et. al Pathogenetic origin of benign ovarian teratomas, N.Engl. J.Med. 292 : 63, 1975.
- Piver M.S. et al: Epidemiology and Etiology of Ovarian Cancer. Seminarian in Oncology 18.177 - 185. 1991.
- Scully, R.E. Ovarian Tumors. A review Am S. Pathology 87: PP 686, 1977.
- Waltkin, W., et al: Mucinous Carcinoma of the Ovary Cancer 69: 208-212, 1992.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Brancaccio, N.S.: Neoplasias Epiteliais do Ovário: Aspectos Anatomopatológicos e Critérios de Malignidade São Paulo, 1982.
- Contran, R.S.: Patologia Estrutural e Funcional 4. Edição. PP: 955-965, 1991.
- Jones, H.W., e col.: Novak, Tratado de Ginecologia, 3. edição PP 583-633.
- Langley, F.A., and Fox, Ovarian Tumors: classification, histogenesis, etiology. In. Fox, Haines and Taylor's Obstetrical and Gynaecologic Pathology 4 th ed. 1987, PP 542-555.
- Linder, D., et. al Pathogenetic origin of benign ovarian teratomas, N.Engl. J.Med. 292 : 63, 1975.
- Piver M.S. et al: Epidemiology and Etiology of Ovarian Cancer. Seminarian in Oncology 18.177 - 185. 1991.
- Scully, R.E. Ovarian Tumors. A review Am S. Pathology 87: PP 686, 1977.
- Waltkin, W., et al: Mucinous Carcinoma of the Ovary Cancer 69: 208-212, 1992.

**TCC  
UFSC  
TO  
0011**

**Ex.1**

N.Cham. TCC UFSC TO 0011

Autor: Brasil Neto, Anton

Título: Casuística de tumores de ovário



972812767

Ac. 254157

Ex.1 UFSC BSCCSM