Edema maciço de ovário

Massive ovarian edema

Eduardo Cambruzzi[1], Cláudio Galeano Zettler[2], Eduardo Walker Zettler[3],
Geraldo Jotz[4], Rafael da Ros Motta[5], Luiz Guilherme de Saboya Lenzi[6], Júlia Schmidt Silva[7]

RESUMO

O edema maciço de ovário é uma condição benigna rara caracterizada pelo aumento tumoral símile do ovário comprometido. As doenças ovarianas de importância cirúrgica da infância não são frequentes e podem ser divididas em lesões neoplásicas, em cistos não neoplásicos e em alterações inflamatórias. Os autores descrevem um caso de edema maciço de ovário em uma paciente de treze anos que referia dor abdominal associada a uma lesão sólido-cística do ovário direito, avaliada como neoplasia pela ultrassonografia. Ao exame macroscópico, o ovário era bocelado e estava aumentado de volume, medindo 9,5×6,0×5,0 cm e apresentando uma lesão sólida com áreas císticas à superfície de corte. O aspecto microscópico fundamental desse processo era a presença de edema acentuado e difuso do estroma, envolvendo folículos, e associado a uma camada cortical com espessamento fibroso superficial. O conhecimento dessa entidade é fundamental para auxiliar no diagnóstico durante a avaliação ultrassonográfica de tumores ovarianos e prevenir tratamentos incorretos.

UNITERMOS: Ovário, Neoplasias Ovarianas, Doenças Ovarianas, Neoplasias Ginecológicas.

ABSTRACT

Massive ovarian edema is a rare benign condition characterized by similar tumor growth of the affected ovary. The ovarian disorders of surgical importance of childhood are not frequent and can be divided into neoplastic lesions, non-neoplastic cysts, and inflammatory alterations. Here the authors describe the case of a massive ovarian edema in a 13-year-old female patient who reported abdominal pain associated with a solid-cystic lesion of the right ovary evaluated as a neoplasm by ultrasonography. The macroscopic examination showed ovary with increased volume, measuring 9.5×6.0×5.0 cm, and presenting a solid lesion with cystic areas at the cutting surface. The key microscopic feature of this process was the presence of pronounced diffuse edema of the stroma, involving follicles and associated with a cortical layer with superficial fibrous thickening. Knowledge of this entity is key in aiding the diagnosis during the ultrasonographic evaluation of ovarian tumors and preventing improper treatments.

KEYWORDS: *Ovary, Ovarian Neoplasias, Ovarian Diseases, Female Genital Neoplasms.*

INTRODUÇÃO

As doenças ovarianas de importância cirúrgica da infância podem ser divididas em lesões neoplásicas, cistos não neoplásicos e em alterações vasculares e inflamatórias. Em crianças, os tumores de células germinativas são as neoplasias mais frequentes; correspondem de 60 a 70% dos casos e compreendem o teratoma cístico maduro, o teratoma imaturo, os tumores do seio endodérmico e os disgerminomas. O tumor de células da granulosa e os fibrotecomas são responsáveis por cerca de 10 a 25% dos casos. As neoplasias do epitélio superficial representam de 15 a 20% dos casos, sendo em sua maioria benignas e representadas pelo cistoadenoma seroso (1, 2, 3, 4).

Os cistos não neoplásicos são pouco frequentes e assintomáticos, sendo os cistos foliculares e os cistos de corpo lúteo os mais comuns. Outras lesões não neoplásicas de ovário, como gônada acessória, fusão esplênico-gonadal, edema maciço, infecções fúngicas, doença inflamatória pélvica e síndrome policística ovariana, também podem ser encontradas sob a forma de uma massa ovariana unilateral e estarem associadas a manifestações hormonais ou à infertilidade (5, 6, 7, 8).

Os autores descrevem um caso de edema maciço de ovário que corresponde a um processo de comportamento biológico benigno, pouco frequente e de etiopatogenia indefinida, sendo fundamental o conhecimento dessa entidade, a qual pode sugerir neoplasia ovariana durante a realização de exames de imagem ou avaliação cirúrgica.

[1] Doutorado. Médico Patologista, Professor Adjunto Doutor de Patologia do Curso de Medicina da ULBRA.
[2] Doutorado. Professor Adjunto de Patologia do Curso de Medicina da ULBRA.
[3] Doutorado. Professor Adjunto do Curso de Medicina da ULBRA.
[4] Pós-doutor. Professor Adjunto do Curso de Medicina da ULBRA.
[5] Residência Médica em Anatomia Patológica e Citopatologia. Médico Residente de Anatomia Patológica do Hospital Albert Einstein, de São Paulo.
[6] Acadêmico de medicina da ULBRA.
[7] Acadêmica de medicina da ULBRA.

14-205_edema maciço de ovário.pmd 261 29/9/2009, 10:06

RELATO DE CASO

Paciente C.P.H., 13 anos, feminina, branca, estudante, nuligesta, procurou os serviços médicos do Hospital Luterano – ULBRA em novembro de 2004, referindo dor cíclica em pontada de moderada intensidade no hipogastro e em fossa ilíaca direita há três dias. A paciente não apresentava antecedentes patológicos pregressos, queixa de sangramento vaginal disfuncional ou alteração do ciclo menstrual. Ao exame físico apresentava dor à palpação de fossas ilíacas e hipogastro, sem evidências de massa abdominal palpável. Não foram encontrados linfadenopatia e sinais sugestivos de precocidade sexual ou de virilização. Os exames laboratoriais evidenciavam hemoglobina igual a 12,9 g/dl, hematócrito igual a 39,5%, leucócitos igual a 7.400/ul, HCG menor que 25,0 UI/l, alfa-fetoproteína igual a 4,0 ng/ml e exame qualitativo de urina sem alterações e urocultura negativa para crescimento bacteriano. A ultrassonografia abdominal evidenciou uma massa ecogênica heterogênea com áreas radioluscentes em ovário direito medindo 10,0 × 6,5 × 5,0 cm e moderada ascite, sendo indicada a ooforectomia por suspeita de neoplasia ovariana. O ovário esquerdo e o útero não exibiam alterações.

A avaliação citopatológica do líquido abdominal exibia alguns grupamentos de células mesoteliais com alterações reativas e poucos linfócitos, com hemácias e material proteináceo amorfo de fundo. O exame histopatológico evidenciou um ovário aumentado de volume, pesando 104,0 g e medindo 9,5×6,0×5,0 cm. Exibia superfície externa bocelada, lisa e branco-acinzentada. A superfície de corte mostrava-se pardo-acinzentada, brilhante, elástica, de córtex espessado e fibrótico, com áreas de edema e hemorragia, e algumas diminutas cavidades císticas ocupadas por líquido seroso claro (Figura 1). O exame microscópico evidenciou um acentuado edema do estroma, com áreas de células estromais de padrão fusiforme, alguns folículos císticos e zonas de hemorragia e de torção do pedículo, sendo realizado o diagnóstico de edema maciço de ovário (Figura 2).

DISCUSSÃO

O aumento de volume de um ovário, ou ocasionalmente de ambos os ovários, secundário ao acúmulo de líquido de edema entre o estroma, é designado como edema maciço de ovário. As pacientes acometidas são tipicamente jovens, com uma idade média de 21 anos, e podem referir, como queixa clínica, dor abdominal ou pélvica, irregularidade menstrual e distensão abdominal. A dor pode estar presente como o sintoma principal durante vários anos, ou ser um dos elementos presentes em um quadro clínico agudo, à semelhança da dor referida na apendicite aguda. Manifestações androgênicas, como hirsutismo e pseudoprecocidade sexual, estão presentes em cerca de 20% das pacientes, e, na maioria dos casos, refletem a presença de células luteínicas no estroma. O nível de testosterona sérica está elevado em algumas pacientes (4, 7, 9, 10). O exame da pelve tipicamente revela uma massa anexial, sendo mais comum à direita (70% dos casos). Estima-se que essa frequência maior à direita esteja associada ao retorno venoso ovariano, que drena diretamente para a veia cava, apresentando níveis pressóricos distintos à esquerda. A exploração cirúrgica da cavidade abdominal exibe o envolvimento ovariano unilateral em 90% dos casos, sendo que, em metade desses casos, encontra-se uma torção completa ou parcial do meso-ovário. (4, 5, 11, 12, 13). Pouco frequentemente encontra-se ascite de pequeno volume (4, 5, 11, 12, 14).

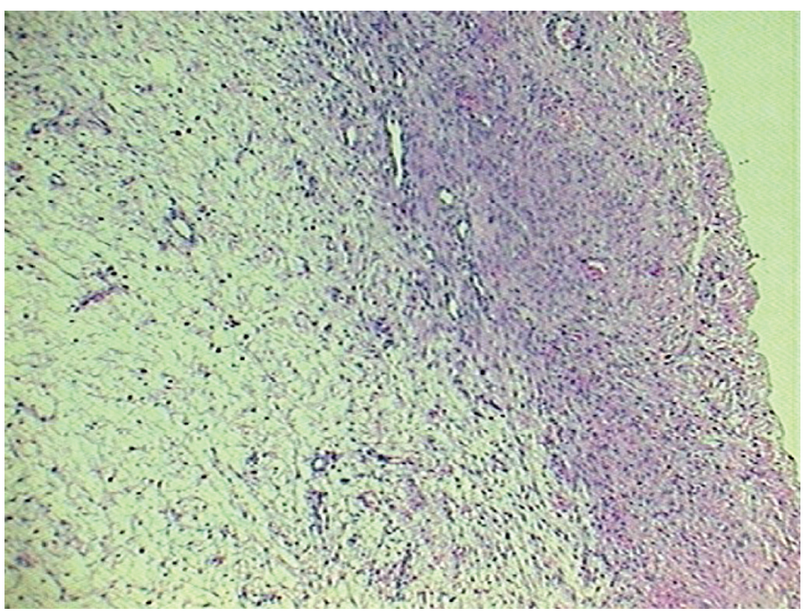


FIGURA 1 – Exame microscópico (hematoxilina-eosina, 100x): ovário apresentando acentuado edema do estroma em área de espessamento fibroso da albugínea.

14-205_edema maciço de ovário.pmd 262 29/9/2009, 10:06

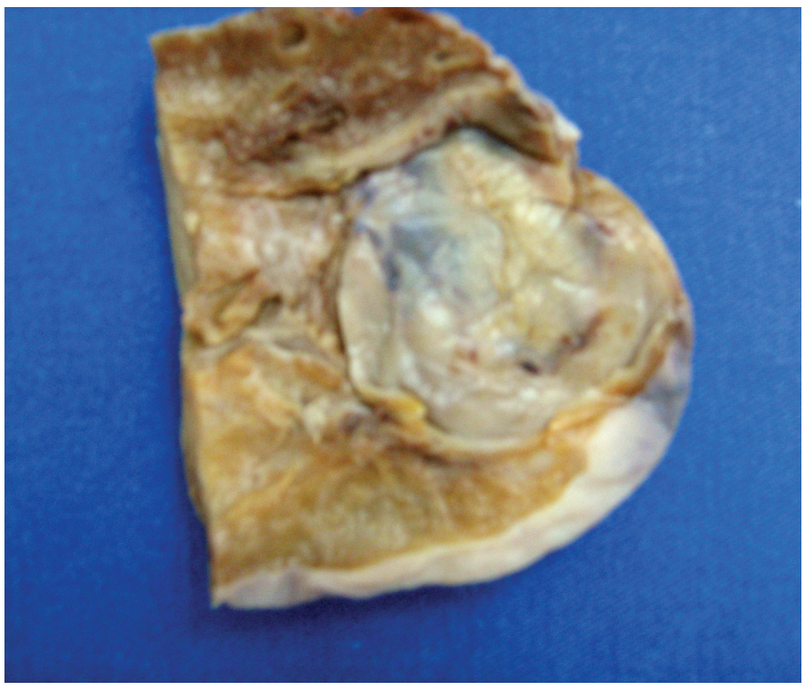


FIGURA 2 – Exame macroscópico: ovário aumentado de volume, exibindo áreas de edema à superfície de corte.

O exame ultrassonográfico do edema maciço de ovário não descreve essa entidade inequivocamente, podendo ser erroneamente diagnosticada como uma possível neoplasia epitelial cística, como o cistoadenoma, ou como uma possível neoplasia de diferenciação germinativa, representada mais frequentemente pelo teratoma cístico maduro. Mesmo a avaliação com *doppler* não apresenta achados típicos para o processo na maioria das ocasiões (7, 12, 15, 16).

O anexo envolvido no edema maciço de ovário está aumentado de tamanho, apresenta consistência elástica e pode variar de 5,0 cm a 35,0 cm. A albugínea é brancacenta, brilhante e lisa. A superfície de corte exibe uma camada cortical fibrótica e delicada, que recobre uma área gelatinosa e/ou edemaciada, pela qual flui líquido aquoso claro. A tuba correspondente também pode exibir áreas de edema (1, 4, 5, 8, 17, 18, 19).

O aspecto microscópico característico do processo é a presença de edema acentuado e difuso do estroma, que envolve os folículos, associado a uma camada cortical superficial espessada e fibrótica. As células estromais comprometidas exibem aspecto fusiforme, estando separadas por líquido claro, por vezes presente na forma de diminutos microcistos. Nas áreas não comprometidas pelo edema, o estroma pode exibir zonas normais, ou áreas de hiperplasia, ou, ainda, fibromatose ovariana. Em cerca de 40% dos casos, veem-se células luteínicas. Outros achados microscópicos incluem a dilatação angiolinfática de vasos ovarianos, ou mesmo do mesossalpinge, focos de necrose, extravasamento de eritrócitos, alguns macrófagos vacuolados fagocitando hemossiderina e poucos mastócitos. Em 75% dos casos, o ovário contralateral é normal. No restante, está aumentado de volume, com áreas de edema, ou, em casos não exibindo edema associado, veem-se hipertecose estromal ou alterações esclerocísticas (4, 8, 9, 20, 21, 22, 23).

No caso descrito, a investigação clínica sugeria uma provável neoplasia cística ovariana, que é o processo mais frequente nessa faixa etária, exigindo conduta cirúrgica e avaliação histopatológica como forma de determinar a natureza da lesão e a terapia adequada.

A patogenia do edema maciço de ovário pode ser relacionada à torção intermitente do pedículo ovariano, determinando obstrução parcial da drenagem venosa ou linfática. A torção do pedículo é observada em cerca de 50% dos casos de edema maciço, existindo poucos casos de edema maciço associados à obstrução secundária de linfáticos ovarianos por metástase de carcinoma em linfonodos pélvicos ou para-aórticos. Em algumas pacientes, o edema maciço ovariano ocorre em um ovário comprometido por fibromatose ou hipertecose estromal, que promovem a torção do pedículo e o edema subsequente (5, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 24). Young et al. sugerem que o edema maciço ovariano é o resultado de uma fibromatose ovariana seguida de torção do pedículo e, finalmente, acúmulo de líquido de edema (4, 25). No caso descrito, a presença de áreas de células fusiformes estromais no parênquima e a hiperemia e torsão do meso-ovário corroboram essa hipótese.

O diagnóstico diferencial de edema maciço de ovário na infância inclui neoplasias de aspecto edematoso ou mixoide, como fibroma, tumor esclerosante estromal, tumor de Krukenberg, tecoma e mixoma, e neoplasias mais frequentes, como teratoma cístico maduro, os tumores do seio endodérmico e os disgerminomas (1, 4, 8, 17, 19, 20, 21, 22, 25).

14-205_edema maciço de ovário.pmd 263 29/9/2009, 10:06

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lara-Torre E, et al. Massive Edema of the Ovary: A Case Report and Review of the Pertinent Literature. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2005; 18 (4): 281-4.
2. Yamashiro T et al. Massive ovarian edema with torsion: unusual hemorrhage and the recovery of contrast enhancement. Emergency Radiology. 2008; 15(2): 115-118.
3. Mainkhard K, Raicheva R, Ganchev S. Massive ovarian edema – a case report. Akush Ginekol. 1997; 36(3): 52-3.
4. Lack EE, Young RH, Scully RE. Pathology of ovarian neoplasms in childhood and adolescence. Pathol. Annu. 1992; 27: 281-356.
5. Cepni I, et al. Massive edema of the ovary diagnosed with laparoscopic biopsy and frozen section. J Postgrad Med. 2005; 51(4): 336-7.
6. Haller H, et al. Massive edema of the ovary. A report of two cases due to lymphatic permeation by metastatci carcinoma form the uterine cervix. Gynecologic Oncology. 2004; 93(2): 564-567.
7. Guvenal T, Cetin A, Tasyurt A. Unilateral massive ovarian edema in a woman with polycystic ovaries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001; 99(1): 129-30.
8. Heiss K, Zwiren F, Winn K. Massive ovarian edema in the pediatric patient: A rare solid tumor. Journal of Pediatric Surgery. 2004; 29(10): 1392-4.
9. Bildirici K, et al. Massive ovarian edema: a case report. Eur J Gynaecol Oncol. 2004; 25(4): 512-4.
10. Friedrich M, et al. Unilateral massive ovarian edema (MOE): a case report. Clin Esp Obstet Gynecol. 2002; 29(1): 65-6.
11. De La Cruz S, et al. Bilateral ovary massive edema. Unusual gynecologic pathology. Report of two cases. Ginecol Obstret Mex. 2001; 69(2): 72-6.
12. Roberts CL, Weston MJ. Bilateral massive ovarian edema: a case report. Ultrasound Obstet Gynecol. 1998; 11(1): 65-7.
13. Valenzuela P, Dominguez P. Bilateral massive edema of the ovary. Zentralbl Gynakol. 1999; 121(5): 258-9.
14. Kallipolitis G, et al. Laparoscopic treatment of massive ovarian edema. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1999; 5(4): 513-6.
15. Umesaki N, et al. Sonographic characteristics of massive ovarian edema. Ultrasound Obstret Gynecol. 2001; 16(5): 479-81.
16. Umesaki N, et al. Successful preoperative diagnosis of massive ovarian edema aided by comparative imaging study using magnetic resonance and ultrasound. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000; 89(1): 97-9.
17. Bazot M, et al. Massive ovarian edema revealing gastric carcinoma: a case report. Gynecol Oncol. 2003; 91(3): 648-50.
18. Carvalho JP, et al. Adnexal torsion following gonadotropin-releasing hormone analog therapy: a case report. Rev Hosp Clin Eac Med São Paulo. 2004; 59(3): 128-30.
19. Krasevic M, et al. Massive edema of the ovary; a report of two cases due to lymphatic permeation by metastatic carcinoma from the uterine cervix. Gynecol Oncol. 2004; 93(2): 584-7.
20. Sakaki M, et al. Ovarian fibrothecoma with massive edema. J Med Invest. 2000; 47(4): 148-51.
21. Lakhey M, et al. Massive ovarian edema with contralateral mature cystic teratoma – a case report of an uncommon combination. Indian J Pathol Microbiol. 2003; 46(2): 219-21.
22. Khalbuss WE, Dipasquale B. Massive ovarian edema associated with ovarian serous cystadenoma: a case report and review of the literature. Int J Gynecol Cancer. 2006; 16(1): 326-330.
23. Nogales FF, et al. Massive ovarian edema. Histopathology. 1996; 28(3): 229-234.
24. Bezircioglu I, Hicylilmaz l, Öziz E, Bdoglu A. Massive ovarian edema in pregnancy. Perinatol Journal. 2005; 13(1): 59-62.
25. McGee DM, Connolly AS, Young R. CASE 24-2003: A 10-years-old girl with recurrent bouts of abdominal pain. The New England Journal of Medicine. 2003; 349: 486-494.

Universidade Luterana do Brasil – Curso de Medicina.
✉ Endereço para correspondência:
Eduardo Cambruzzi
Rua Álvaro Alvim, 400
90420-020 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3378-2800 – 3378-2960
💻 dudacambruzzi@yahoo.com.br

Recebido: 26/5/2009 – Aprovado: 1/6/2009

14-205_edema maciço de ovário.pmd 264 29/9/2009, 10:06