



Relato de Caso: Carcinomas de ovário e colo uterino em paciente previamente hígida

Maria Eduarda Galdino Palmério, Marcela Ferreira Fernandes, Karol Amancio de Souza Borges, Jeniffer Adibe Borges Silva



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n6p05-14>

Artigo recebido em 21 de Abril e publicado em 01 de Junho de 2025

Revisão de literatura

RESUMO

Este artigo descreve o caso de uma paciente de 63 anos diagnosticada com um tumor gigante de ovário, associado a carcinoma mucinoso de alto grau e carcinoma de células escamosas. A paciente, com histórico familiar de câncer e tabagismo, procurou atendimento devido ao aumento progressivo do volume abdominal e dor pélvica. A investigação, que incluiu ultrassonografia e marcadores tumorais, revelou uma massa cística de 9,5 kg. O tratamento cirúrgico consistiu em laparotomia exploradora com salpingo-ooforectomia esquerda. A paciente teve uma recuperação pós-operatória sem complicações. O diagnóstico precoce e a abordagem cirúrgica foram fundamentais para o bom prognóstico, apesar da presença de carcinoma. Este caso reforça a importância da detecção precoce, do uso de marcadores tumorais e da cirurgia no tratamento de tumores ginecológicos complexos, oferecendo lições valiosas para a prática clínica.

Palavras-chave: Carcinoma; Ginecologia, Relato de caso.

Case Report: Ovarian and cervical carcinomas in a previously healthy patient

ABSTRACT

This article describes the case of a 63-year-old female patient diagnosed with a giant ovarian tumor associated with high-grade mucinous carcinoma and squamous cell carcinoma. The patient, with a family history of cancer and smoking, sought care due to progressive abdominal enlargement and pelvic pain. Investigation, which included ultrasound and tumor markers, revealed a 9.5 kg cystic mass. Surgical treatment consisted of exploratory laparotomy with left salpingo-oophorectomy. The patient had an uneventful postoperative recovery. Early diagnosis and surgical approach were essential for a good prognosis, despite the presence of carcinoma. This case reinforces the importance of early detection, use of tumor markers, and surgery in the treatment of complex gynecological tumors, offering valuable lessons for clinical practice.

Keywords: Carcinoma; Gynecology, Case report.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 In](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



Introdução

O câncer ovariano é o sexto tipo mais frequente de câncer e a quarta principal causa de morte entre as mulheres nos Estados Unidos. Em 2004, estima-se que foram diagnosticados 25.580 novos casos, resultando em 16.090 óbitos. Em 2017, ocorreram 3.879 mortes causadas por essa enfermidade no Brasil, o que equivale a um risco de 3,75 casos para cada 100 mil mulheres, de acordo com informações do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A chance de contrair câncer de ovário durante a vida, desde o nascimento até os 85 anos, é de cerca de 1,5%. Isso ocorre, em parte, porque a maior parte dos casos é identificada em fases avançadas, período em que as alternativas de tratamento se restringem à cirurgia citorrredutora ou quimioterapia com compostos de platina. Esses tratamentos têm eficácia apenas parcial, o que faz com que grande parte das pacientes enfrente recidiva e, frequentemente, falecimento devido à doença (1).

A maioria dos tumores epiteliais benignos de ovário são não invasivos e clinicamente insignificantes. Os cistoadenomas serosos e mucinosos são os tipos mais proeminentes. Certos tumores exibem comportamento intermediário, sendo categorizados como de baixo risco de malignidade. Os carcinomas serosos e mucinosos proliferativos atípicos são exemplos disso. Estes se distinguem dos carcinomas invasivos porque não invadem o estroma ovariano, apesar de poderem se espalhar superficialmente, especialmente na cavidade peritoneal. De 85% a 90% dos tumores malignos ovarianos são carcinomas epiteliais. A categorização histológica é fundamentada nas propriedades morfológicas das células tumorais, com o subtipo seroso predominando (52%), seguido pelos subtipos endometriode (10%), mucinoso (6%) e de células brancas (6%). A graduação histológica é feita com base no grau de diferenciação celular: tumores de grau 1 apresentam maior semelhança com o epitélio normal e melhor prognóstico, enquanto os de grau 3 são pouco diferenciados e associados a pior desfecho clínico. Tumores de grau 2 exibem características intermediárias (6).

Embora tenham origens diferentes, os cânceres de colo de útero e ovário enfrentam desafios semelhantes no âmbito da saúde pública, particularmente no que

se refere ao diagnóstico tardio e ao efeito na saúde reprodutiva das mulheres. Ambos podem apresentar sintomas vagos em estágios iniciais, o que complica a identificação antecipada, especialmente em áreas com acesso restrito a serviços de saúde. Ademais, em fases avançadas, podem coexistir na cavidade pélvica, complicando a determinação anatômica da neoplasia primária, especialmente em situações de metástases peritoneais ou envolvimento linfático. Apesar do câncer de colo uterino estar fortemente ligado à infecção pelo HPV e o de ovário envolver aspectos genéticos e hormonais, a combinação de estratégias de detecção e diagnóstico é essencial, como exames ginecológicos periódicos, ultrassonografia transvaginal e avaliação citopatológica, pode contribuir para a detecção mais precoce de ambas as neoplasias e melhor desfecho clínico (6).

As células germinativas são os tipos histológicos mais frequentes. Os tumores de células germinativas (TCG), responsáveis pela produção de esteroides, estão geralmente ligados à puberdade antecipada. Uma forma juvenil desses tumores é vista como uma entidade distinta, ocorrendo principalmente entre os 6 meses e os 20 anos de idade, sendo mais comum antes dos 10 anos e menos frequente após os 30 anos. Ao contrário dos tumores de granuloma presentes em mulheres adultas, esses tumores costumam evoluir de forma benigna. Sob a perspectiva histológica, as células cancerosas exibem características de luteinização, muitas vezes associadas a mitoses e anormalidades nucleares. (2,3).

A idade da paciente influencia os fatores de risco para o câncer de ovário. Em meninas e adolescentes, os fatores determinantes incluem: antecedentes familiares (modificações nos genes BRCA1 e BRCA2), aspectos reprodutivos (nuliparidade, falta de amamentação, uso de anticoncepcionais orais), hábitos e estilo de vida (como o consumo excessivo de tabaco, carnes e gorduras, além de sedentarismo) e exposição ao trabalho (especialmente ao amianto). Entre os fatores de risco, o histórico familiar é o mais importante, com o fator reprodutivo também tendo um papel importante no surgimento do câncer (4).

A detecção antecipada e a rastreabilidade do câncer de ovário são fatores essenciais, considerando a elevada taxa de mortalidade e a baixa taxa de detecção em

fases iniciais. A dificuldade principal nos métodos de rastreamento está na alta taxa de resultados falso-positivos. O marcador tumoral CA 125 é amplamente utilizado para o rastreamento e diagnóstico de mulheres assintomáticas com câncer de ovário epitelial, embora sua sensibilidade e especificidade variem conforme diversos fatores (5).

A cirurgia ainda é o tratamento mais eficiente para os tumores ovarianos. Outros métodos terapêuticos, como a quimioterapia e a radioterapia, são empregados de acordo com o tipo histológico e a fase da enfermidade. A técnica cirúrgica usual consiste em uma laparotomia longitudinal para um tratamento integral, que engloba uma histerectomia abdominal total, salpingo-ooforectomia bilateral, omentectomia e linfadenectomia de linfonodos que possam ser indícios (1,3). O principal objetivo dessa cirurgia é remover o máximo possível do tumor, aumentando as chances de controle da doença.

Relato do Caso

Paciente, de 63 anos, do sexo feminino, procurou atendimento no Pronto Socorro por conta de dor pélvica e aumento do volume abdominal. Paciente relatou um crescimento gradual do volume abdominal nos últimos 2 meses. Negava qualquer outra manifestação de sintomas. Associado a sintomas como náuseas, vômitos e diarreia, mas também apresenta comorbidade a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Sem registros de internações ou cirurgias anteriores e com histórico familiar de câncer de pâncreas na mãe e de fígado no pai. Fumante e alcoólico há muito tempo. Utiliza Olmesartana Medoxomila 20 mg (1-0-0) e Citalopram 20 mg (1-0-0) como medicamentos. A menarca ocorreu aos 12 anos e a última menstruação ocorreu aos 44 anos. A paciente relatava coleta de Citologia Oncótica recente e de resultado normal. No exame físico, o paciente apresenta uma boa condição geral.

Observou-se um abdome globoso, com ruídos hidroaéreos presentes e normais, levemente tenso, com dor ao palpar o baixo-ventre e uma grande massa palpável na região perianal. Estabelecido o diagnóstico de massa abdominal a ser esclarecida, com a recomendação de internação para a realização de exames diagnósticos. Requereu-se uma ultrassonografia abdominal total (US) e marcadores de tumor. A ultrassonografia, dentre os exames solicitados, revelou uma grande massa cística, multiloculada, situada

na linha média das cavidades abdominal e pélvica, medindo 17,6 x 13,7 e 18,1 x 2.302 centímetros cúbicos, resultando em uma massa de 9,5 kg. Os marcadores apresentaram os seguintes resultados: CA 125: 66 U/ml, CEA: 11,2 ng/ml e CA 19,9: 377 U/ml.

A equipe da Oncoginecologia sugeriu o tratamento cirúrgico para o tumor abdominal, que poderia ser um cistadenoma mucinoso dos ovário, tumor que costuma apresentar crescimento expressivo. Na área da cavidade abdominal, observou-se uma grande massa anexial (Figura 1), cística, móvel, sem aderência a outras estruturas, mantendo planos de clivagem. Esta massa pesava 9,5 kg, apresentava pouca quantidade de líquido na pelve, sem implantes na parede, e fígado e baço estavam livres. Foi enviada a biópsia de congelação, que evidenciou adenocarcinoma mucinoso de alto grau, e então, cirurgia revertida para histerectomia ampliada. A paciente recebeu 3 bolsas de sangue antes da cirurgia e 2 bolsas após e teve um pós operatório satisfatório.

Figura 1: Tumor gigante abdominal e pélvico.



Fonte: Os autores.

O diagnóstico anatômico-patológico da parafina indicou a presença de adenocarcinoma mucinoso de alto grau restrito ao ovário direito, estadiamento pT1a. Não havia infiltração de tumor nas áreas da tuba direita e esquerda, omento, ovário esquerdo e linfonodos pélvicos. Um achado incidental foi um carcinoma de células escamosas de 13,8 milímetros de grau 3 em colo uterino, de estadiamento pT1b2pN0.

Durante o pós-operatório, a paciente não apresentou nenhuma recorrência, sendo monitorada pelo serviço de ginecologia-oncologia, recebendo alta após 20 dias. No final deste estudo, espera-se que este documento seja uma ferramenta de suporte

para os profissionais de saúde nas atividades de assistência a pacientes com tumores gigantes uterinos.

Discussão

Apresentamos um caso de um tumor ovariano gigantesco ligado a outro tipo de câncer. A situação relatada tem grande potencial de aprendizado e comparação com a literatura nacional. No caso em questão, a paciente tinha fatores de risco como antecedentes familiares e hábito de fumar. A história de não gravidez é relevante, pois para essa enfermidade, a nuliparidade, juntamente com a ausência de lactação, constituem os principais fatores de risco. No exame físico, apresentava um abdômen doloroso ao toque no baixo ventre e uma massa palpável na região periumbilical, que eram os sinais e sintomas predominantes. A paciente foi tratada cirurgicamente, realizando uma laparotomia exploradora seguida de salpingo-ooforectomia esquerda, sendo este procedimento o método predominante de tratamento para tumores ovarianos. Evoluiu bem no pós-operatório, sem complicações ou intercorrências.

O diagnóstico precoce foi o aspecto crucial para um bom prognóstico, mesmo tendo um carcinoma associado. A dificuldade principal nos métodos de rastreamento está na alta taxa de resultados falso-positivos. Os marcadores tumoral também auxiliaram no diagnóstico, afinal, o histórico familiar da paciente impactou na abordagem.

Conclusão

Em conclusão, o caso relatado destaca a complexidade no diagnóstico e tratamento de tumores ginecológicos, especialmente quando associados a carcinomas múltiplos. Apesar de fatores de risco como histórico familiar e tabagismo, a paciente foi diagnosticada precocemente, o que foi fundamental para o sucesso do tratamento. A abordagem cirúrgica foi eficaz, e o acompanhamento pós-operatório não revelou complicações. A utilização dos marcadores tumorais no diagnóstico e o rastreamento cuidadoso foram essenciais para a definição da conduta terapêutica. Este caso reforça a

importância do diagnóstico precoce e da gestão integrada em pacientes com tumores ginecológicos complexos, oferecendo valiosas lições para a prática clínica.

REFERÊNCIAS

- 1- MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge. Obstetrícia fundamental. In: **Obstetrícia Fundamental**. 2011. p. 724-724.
- 2- MEIRA, Karina Cardoso et al. Efeitos da idade-período e coorte na mortalidade por câncer do ovário no Brasil e suas grandes regiões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00087018, 2019.
- 3- BEREK, Jonathan S.; CRUM, Christopher; FRIEDLANDER, Michael. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 119, p. S118-S129, 2012.
- 4- SHIN, H.-R. et al. Population attributable risks of modifiable reproductive factors for breast and ovarian cancers in Korea (vol 16, 5, 2016). **BMC CANCER**, v. 16, n. 1, 2016.
- 5- SINGH, Naveena et al. Assignment of primary site in high-grade serous tubal, ovarian and peritoneal carcinoma: a proposal. **Histopathology**, v. 65, n. 2, p. 149-154, 2014.
- 6- AMERICAN CANCER SOCIETY. What is Ovarian Cancer. **Ovarian Tumors and Cysts**. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/types/ovarian-cancer/about/what-is-ovarian-cancer.html>>.