

# Abordagem das massas anexiais com suspeita de câncer de ovário

Management of the adnexal mass with suspect of ovarian cancer

Renilton Aires Lima<sup>1</sup>  
Luciana Vilela Viotti<sup>2</sup>  
Eduardo Batista Cândido<sup>3</sup>  
Agnaldo Lopes da Silva-Filho<sup>4</sup>

## Palavras-chave

Cistos ovarianos  
Neoplasias ovarianas  
Terapêutica

## Keywords

Ovarian cysts  
Ovarian neoplasms  
Therapeutics

## Resumo

O presente estudo visou realizar uma revisão da literatura em relação à abordagem das mulheres com massas anexiais suspeitas de malignidade. Na existência de uma massa anexial, o diagnóstico do câncer de ovário sempre deve ser cogitado e fatores como características aos exames de imagem, idade, história familiar, presença de sinais e sintomas e níveis de marcadores tumorais são fundamentais para a escolha da melhor abordagem terapêutica. A videolaparoscopia constitui uma via bem estabelecida na propedêutica e no tratamento das massas anexiais benignas e vem apresentando um aumento progressivo de indicações em oncologia. No entanto, a cirurgia convencional, por meio de laparotomia mediana, realizada por profissional especializado, ainda constitui o padrão-ouro para confirmação do diagnóstico, estadiamento e tratamento do câncer de ovário.

## Abstract

This paper presents a literature review in the management of women with adnexal mass suspicious of ovarian cancer. In the existence of adnexal mass, the diagnosis of ovarian cancer should always be on mind and factors like features of the image screening, age, family history, presence of signals and symptoms and serum tumor markers levels are essential in the choice of the best management. The videolaparoscopic approach is a well established route in propaedeutic and treatment of benign adnexal masses and has been progressively indicated in oncology. However, the conventional surgery by midline laparotomy, made by a specialist, is still the gold standard for diagnosis confirmation, staging and treatment of ovarian cancer.

<sup>1</sup> Pós-graduando em Ginecologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil

<sup>2</sup> Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil

<sup>3</sup> Pós-graduando em Ginecologia da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil

<sup>4</sup> Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil

**Endereço para correspondência:** Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – Avenida Professor Alfredo Balena, 190 – Centro – CEP 30130-100 – Belo Horizonte (MG), Brasil – Tel.: (31) 3409-9764 – Fax: (31) 3409-9765 – E-mail: agsilvaf@terra.com.br

## Introdução

O diagnóstico de massa anexial em mulheres com sintomatologia pélvica ou de forma incidental representa uma rotina na prática ginecológica<sup>1</sup>(C). Estima-se que 5 a 10% das mulheres nos Estados Unidos serão submetidas a intervenções cirúrgicas por esse motivo<sup>1</sup>(C). Embora a etiologia da maior parte dessas massas anexiais seja benigna, a possibilidade de malignidade sempre deve ser considerada<sup>1</sup>(C). A incidência e a mortalidade do câncer de ovário têm se mantido estáveis nas últimas três décadas e representam a principal causa de morte por neoplasia maligna do trato genital feminino nos países desenvolvidos<sup>2,3</sup>(D). Anualmente, são registrados cerca de 200 mil novos casos e 120 mil mortes por essa neoplasia em todo o mundo<sup>2,3</sup>(D). O diagnóstico tardio e a adoção de condutas inadequadas constituem os principais fatores responsáveis pela baixa sobrevida de pacientes com câncer de ovário<sup>4,5</sup>(D).

## Metodologia

Foi realizada uma revisão da literatura a partir de um levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicas Scientific

Electronic Library On-line (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline).

Os descritores em português empregados na revisão bibliográfica foram: “câncer de ovário” e “massa anexial”. Seus correspondentes em inglês foram: “ovarian cancer” e “adnexal mass”. O período abordado neste artigo refere-se à literatura publicada nos últimos cinco anos (2004 a 2009). No entanto, três artigos considerados relevantes sobre o assunto, publicados anteriormente ao ano 2004, foram citados na revisão. A revisão priorizou estudos clínicos de melhor qualidade metodológica. Não foi encontrado nenhum estudo randomizado.

## Estratificação do risco de malignidade

A definição do risco de malignidade das massas anexiais deve ser baseada em suas características aos exames de imagem, além da idade, história familiar, sintomatologia, achados ao exame físico e níveis de marcadores tumorais<sup>5,6</sup>(A). Dessa forma, as pacientes são classificadas como de alto ou baixo risco para neoplasias malignas (Tabela 1).

**Tabela 1** - Estratificação de risco das massas anexiais conforme achados aos exames clínico e complementar

Característica	Alto risco	Baixo risco
Idade	>50 anos	<50 anos
História familiar	Presente	Ausente
Sintomas	Persistentes e múltiplos	Ausentes
Achados ao exame físico	Massa grande, fixa, irregular, evidência de ascite ou metástases	Nenhum sugestivo de alto risco
Marcadores tumorais	Elevados	Normais
Achados ultrassonográficos	≥10 cm, septação espessa, multilocular, ecogenicidade aumentada e/ou mista e/ou componente sólido, excrescências papilares presentes	<10 cm, septação ausente ou fina (1-2 mm), unilocular, hipocogênico homogêneo, excrescências papilares ausentes

**Tabela 2** - Sintomas e achados ao exame físico sugestivos de malignidade<sup>4</sup>

<b>Sintomas</b>
dor (pélvica, abdominal ou costas)
empachamento
aumento do volume abdominal
sintomas múltiplos
persistência dos sintomas
<b>Achados ao exame físico</b>
grande massa anexial
massa fixa
irregularidade
ascite

### Idade

A incidência do câncer de ovário aumenta acentuadamente com a idade, sendo relativamente raro antes dos 50 anos<sup>6</sup>(A).

### História Familiar

A história familiar é o principal fator de risco para o câncer de ovário<sup>7</sup>(D). Cerca de 20% das pacientes possuem parentes com essa neoplasia; entretanto, uma predisposição genética é encontrada em apenas 5 a 10% dos casos, sendo as mutações nos genes BRCA 1 e 2 as principais alterações encontradas<sup>8-10</sup>(A).

### Sintomas e alterações ao exame físico

Pacientes com massas anexiais sintomáticas, especialmente climatéricas, apresentam maior incidência de neoplasia maligna<sup>6</sup>(A). Embora o exame físico tenha baixa sensibilidade para detecção de massas anexiais, ele pode fornecer critérios para distinção entre lesões benignas e malignas<sup>6</sup>(A) (Tabela 2).

### Exames de imagem

A ultrassonografia transvaginal (USTV) é o método de imagem mais utilizado para diagnóstico das massas anexiais<sup>5,6</sup>(A). Os aspectos morfológicos presentes na USTV que sugerem malignidade são: (1) paredes e septos irregulares e grossos; (2) projeções papilares; (3) lesões sólidas; (4) ecogenicidade moderada a ultrassonografia<sup>2,11,12</sup>(B).

Nos casos duvidosos à USTV, a ressonância nuclear magnética (RNM) mostra-se superior à tomografia computadorizada (TC) e ao Doppler para diferenciação dos casos benignos e malignos<sup>8,13,14</sup>(A). O Doppler apresenta resultados heterogêneos e mostra uma grande sobreposição nos valores dos índices avaliados em massas malignas e benignas, e seus resultados devem ser avaliados com cautela<sup>11,15,16</sup>(B). Com exceção do tecido adiposo e de calcificações, a TC apresenta fraca discriminação entre os tecidos moles, além da desvantagem da irradiação, tornando esse método de utilidade limitada nos casos duvidosos<sup>13</sup>(D).

### Marcadores tumorais

O CA-125 encontra-se elevado em 50% dos casos de tumores epiteliais no estágio 1 e em 90% nos casos avançados<sup>11,17</sup>(D). Esse marcador sérico apresenta maior utilidade na avaliação das mulheres na pós-menopausa, predizendo malignidade em 98% dos casos, com valores acima de 65 U/mL<sup>18</sup>(D). Nas pacientes mais jovens, a gonadotrofina coriônica humana (HCG), a desidrogenase láctica (LDH) e a alfa-fetoproteína (AFP) devem ser solicitadas para excluir tumores de células germinativas<sup>19</sup>(D).

## Quando encaminhar pacientes para tratamento especializado?

Pacientes com suspeita de câncer de ovário devem ser tratadas por profissionais com treinamento e experiência na condução desses casos<sup>20</sup>(D). Mulheres operadas por profissionais especializados apresentam maior intervalo livre de doença e sobrevida, além de menor necessidade de reoperação precoce<sup>20</sup>(D). O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) e a Sociedade de Ginecologistas Oncológicos (SGO) recomendam que pacientes que apresentarem, ao menos, uma das seguintes características devem ser referenciadas a um especialista em oncologia ginecológica<sup>20</sup>(D):

- na pós-menopausa: elevação dos níveis de CA-125, ascite, massa fixa ou nodular, evidência de metástases abdominais ou à distância, história familiar de uma ou mais parentes de primeiro grau com câncer de ovário ou mama; na pré-menopausa: níveis de CA-125 muito elevados (>200 U/mL), ascite, evidência de metástase abdominal ou à distância, história familiar de uma ou mais parentes de primeiro grau com câncer de ovário ou mama.

## Conduta nas massas com alta suspeição de malignidade

Exames de imagem não devem ser utilizados com a finalidade de estadiamento e adoção de conduta, porque os critérios radioló-

gicos de irressecabilidade cirúrgica apresentam baixa precisão<sup>21</sup>(B). Apenas a radiografia de tórax deve ser utilizada rotineiramente para rastreamento de metástases pulmonares<sup>19</sup>(D).

A colonoscopia ou enema opaco e/ou endoscopia digestiva alta devem ser solicitados na suspeita de neoplasias metastáticas para o ovário com origem primária no trato gastrointestinal<sup>13,19</sup>(D).

A biópsia por congelamento pode ser utilizada no peroperatório para definição terapêutica nos casos duvidosos<sup>10,14,22</sup>(A). Apresenta alta sensibilidade e especificidade, especialmente quando associada aos dados clínicos e laboratoriais<sup>10,14,22</sup>(A). Os erros diagnósticos são mais comuns nos casos de tumores mucinosos e *borderlines*<sup>10,14,22</sup>(A).

A laparoscopia tem sido amplamente aceita como método padrão para diagnóstico e tratamento de massas anexiais benignas<sup>5,22</sup>(B). Entretanto, existem algumas considerações nos casos suspeitos de malignidade<sup>5,22</sup>(B). A ruptura inadvertida durante a cirurgia, evento não raro no procedimento laparoscópico, altera o estadiamento de uma paciente com tumor IA para IC<sup>22</sup>(B). A mudança no prognóstico dessas pacientes é controversa; no entanto, torna-se um fator decisivo na indicação de tratamento adjuvante<sup>23</sup>(D). Também não se pode estabelecer o risco de disseminação intraperitoneal e metástase no sítio de punção após a cirurgia laparoscópica, embora estudos experimentais sugiram alto risco<sup>24</sup>(D).

O risco de malignidade em massas anexiais sem características suspeitas no pré-operatório é de 0,9% e 3% para mulheres na pré e pós-menopausa, respectivamente<sup>23</sup>(D). Portanto, o tratamento por laparoscopia de toda massa anexial deve incluir: coleta de amostra para exame citológico, inventário completo do abdome e pelve, técnica apropriada para retirada completa da massa sem contaminação da cavidade peritoneal e solicitação de biópsia por congelamento<sup>23</sup>(D). Caso haja evidência macroscópica ou microscópica de malignidade, o procedimento deve ser convertido imediatamente para laparotomia por profissional treinado<sup>23</sup>(D). Nos casos em que o diagnóstico de malignidade só foi possível após o exame anatomopatológico definitivo, todo esforço deve ser feito para que a laparotomia seja realizada o mais rápido possível, visto que estudos têm demonstrado pior prognóstico com o atraso no tratamento definitivo<sup>23</sup>(D). A laparotomia com incisão mediana ampla continua sendo a principal via de acesso nos casos suspeitos de câncer de ovário para confirmação diagnóstica, estadiamento e tratamentos apropriados<sup>20,22,24</sup>(B).

O estadiamento e tratamento cirúrgico incluem coleta de material para exame citológico, omentectomia infracólica, linfadenectomia pélvica e paraaórtica seletivas, biópsia e/ou ressecção de lesões suspeitas, biópsias peritoneais das regiões subdiafragmática direita, reflexão vesicouterina, fundo de saco,

recessos paracólicos e paredes pélvicas e histerectomia total com salpingo-ooforectomia bilateral<sup>19</sup>(D). Nos casos de tumores mucinosos, deve-se realizar a apendicectomia<sup>19</sup>(D). Importante observar os princípios da citorredução ótima, pois esse fator está diretamente relacionado ao aumento na sobrevida das pacientes com neoplasia maligna de ovário<sup>14</sup>(D).

A cirurgia com preservação da fertilidade pode ser adotada em pacientes com tumor limitado a um dos ovários, com cápsula intacta e ovário contralateral aparentemente normal. Nesses casos, a biópsia do ovário contralateral não é indicada<sup>19</sup>(D).

## Considerações finais

A possibilidade diagnóstica de um tumor maligno de ovário deve ser considerada na presença de uma massa anexial. Uma

avaliação pré-operatória detalhada, considerando-se a história clínica e os resultados dos exames complementares, são essenciais para a condução correta desses casos. A videolaparoscopia constitui uma via que vem apresentando um aumento progressivo de indicações em Oncologia. No entanto, a cirurgia convencional, por meio de laparotomia mediana ampla, realizada por profissional especializado, ainda constitui o padrão-ouro para confirmação do diagnóstico, estadiamento e tratamento do câncer de ovário. Pacientes com suspeita de neoplasia maligna devem ser encaminhadas para centros de referência que possuam unidades de suporte terapêutico e equipe multidisciplinar composta por profissionais com treinamento e experiência na condução desses casos. Verifica-se a necessidade de estudos de boa qualidade metodológica para proporcionar evidências seguras na condução dessas pacientes.

## Leituras suplementares

- Sokalska A, Timmerman D, Testa AC, Van Holsbeke C, Lissoni AA, Leone FP, et al. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound examination for assigning a specific diagnosis to adnexal masses. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;34(4):462-70.
- Bhoola S, Hoskins WJ. Diagnosis and management of epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol.* 2006;107(6):1399-410.
- Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol.* 2006;24(14):2137-50.
- Shaaban A, Rezvani M. Ovarian cancer: detection and radiologic staging. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(1):73-93.
- Hilger WS, Magrina JF, Magtibay PM. Laparoscopic management of the adnexal mass. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49(3):535-48.
- Myers ER, Bastian LA, Havrilesky LJ, Kulasingam SL, Terplan MS, Cline KE, et al. Management of adnexal mass. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2006;(130):1-145.
- Elit L. Familial ovarian cancer. *Can Fam Physician.* 2001;47:778-84.
- Kinkel K, Lu Y, Mehdizade A, Pelte MF, Hricak H. Indeterminate ovarian mass at US: incremental value of second imaging test for characterization – meta-analysis and Bayesian analysis. *Radiology.* 2005;236(1):85-94.
- Ilvan S, Ramazanoglu R, Ulker Akyildiz E, Calay Z, Bese T, Oruc N. The accuracy of frozen section (intraoperative consultation) in the diagnosis of ovarian masses. *Gynecol Oncol.* 2005;97(2):395-9.
- Geomini P, Bremer G, Kruitwagen R, Mol BW. Diagnostic accuracy of frozen section diagnosis of the adnexal mass: a metaanalysis. *Gynecol Oncol.* 2005;96(1):1-9.
- McDonald JM, Modesitt SC. The incidental postmenopausal adnexal mass. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49(3):506-16.
- Goff BA, Mandel LS, Drescher CW, Urban N, Gough S, Schurman KM, et al. Development of an ovarian cancer symptom index: possibilities for earlier detection. *Cancer.* 2007;109(2):221-7.
- Togashi K. Ovarian cancer: the clinical role of US, CT, and MRI. *Eur Radiol.* 2003;13 Suppl 4:L87-104.
- Temma-Asano K, Kimura T, Tsutsui T, Nobunaga T, Samejima Y, Mitsuda N, et al. MR imaging evaluation of postmenopausal adnexal masses: correlation with final pathologic diagnosis. *Maturitas.* 2006;53(1):27-31.
- Fleischer AC. Recent advances in the sonographic assessment of vascularity and blood flow in gynecologic conditions. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(1):294-301.
- Marchesini AC, Magrio FA, Berezowski AT, Neto OB, Nogueira AA, Candido dos Reis FJ. A critical analysis of Doppler velocimetry in the differential diagnosis of malignant and benign ovarian masses. *J Womens Health (Larchmt).* 2008;17(1):97-102.
- Cannistra SA. Cancer of the ovary. *N Engl J Med.* 2004;351(24):2519-29.
- Rosenthal AN, Menon U, Jacobs IJ. Screening for ovarian cancer. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49(3):433-47.
- Denny L, Hacker NF, Gori J, Jones III HW, Ngan HYS, Pecorelli S. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Staging Classifications and Clinical Practice Guidelines for Gynaecologic Cancers. 3<sup>rd</sup> ed. Elsevier; 2000.20. Gostout BS, Brewer MA. Guidelines for referral of the patient with an adnexal mass. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49(3):448-58.
- Salani R, Axtell A, Gerardi M, Holschneider C, Bristow RE. Limited utility of conventional criteria for predicting unresectable disease in patients with advanced stage epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2008;108(2):271-5.
- Leng JH, Lang JH, Zhang JJ, Feng FZ, Liu ZF, Sun DW, et al. Role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of adnexal masses. *Chin Med J (Engl).* 2006;119(3):202-6.
- Muzii L, Angioli R, Zullo M, Panici PB. The unexpected ovarian malignancy found during operative laparoscopy: incidence, management, and implications for prognosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005;12(1):81-9.
- Canis M, Rabischong B, Botchorishvili R, Tamburro S, Wattiez A, Mage G, et al. Risk of spread of ovarian cancer after laparoscopic surgery. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2001;13(1):9-14.