

DISGERMINOMA EM GESTAÇÃO: CONDUTA CONSERVADORA¹

DYSGERMINOMA IN PREGNANCY: CONSERVATIVE CONDUCT

Diego Lobão SANTIAGO², Mauricio Batista LIMA² e Marcio VENICIUS³

RESUMO

Objetivo: relatar conduta conservadora de sucesso em caso de tumor gigante de células germinativas durante gestação de 7 meses, com feto viável. **Relato de caso:** paciente de 20 anos, primigesta com 26 semanas de gestação, admitida com massa abdominal volumosa a esclarecer e quadros recorrentes de epigastralgia e náuseas. Devido imaturidade fetal e marcadores tumorais negativos para malignidade, optou-se por conduta expectante, corticoterapia pré-natal e controle de vitalidade fetal, culminando, devido sinais de sofrimento fetal ao doppler, com cesareana segmentar seguida de anexectomia à direita, às 34 semanas da gestação. O recém-nascido pesou 1880g e apresentou apgar 2/5/7. A biópsia de congelação sugeriu neoplasia de origem germinativa e encapsulada de ovário. **Considerações finais:** acredita-se que este relato venha a contribuir como alternativa à conduta em um caso onde se tem uma patologia cirúrgica e um feto viável, além de acrescentar dados à literatura acerca de um tema tão raro.

DESCRITORES: neoplasia, ovário, gestação, disgerminoma.

INTRODUÇÃO

O câncer de ovário é a 8ª neoplasia maligna mais diagnosticada em mulheres no Brasil, e é a principal causa de morte por câncer do trato genital feminino e países desenvolvidos. Trata-se de uma patologia relativamente rara, correspondendo a 1,8% dos cânceres ginecológicos (CANDIDO, 2010).

As neoplasias malignas germinativas do ovário representam 3 a 5% das patologias ovarianas malignas, tendo o disgerminoma o tipo mais frequente de tumor germinativo, equivalendo a 50% dos casos. Este tipo histológico acomete, principalmente, mulheres jovens, onde 90% tem menos de 30 anos, logo, dentro da idade fértil, podendo, portanto, ser diagnosticada durante a gestação (CANDIDO, 2010).

Nos Estados Unidos o câncer complica a gestação em uma taxa de 1:1000, entre as patologias estão o melanoma em primeiro lugar, o câncer cervical em segundo e o câncer ovariano ocupando a terceira colocação entre os mais frequentes (1:10.000-100.000) (GRAVES & PARKER, 2012).

Já sem levar em consideração a malignidade, tumores de ovário concorrem com gestação em maior frequência: 1:50 nascidos vivos, diagnosticados ao ultrassom e 1:80 nascidos vivos, diagnosticados ao exame físico da pelve (GRAVES & PARKER, 2012).

Setenta a oitenta por cento dos disgerminomas são diagnosticado no estágio I, o que somado a sua alta sensibilidade a quimioterapia, dá a paciente um bom prognóstico, de maneira que mesmo apresentando 20%

¹ Trabalho realizado no serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

² Médico graduado pela Universidade Federal do Pará. Residente em Ginecologia e Obstetria no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

³ Médico graduado pela Universidade Federal do Pará. Especializado em Mastologia e Oncologia Pélvica pelo Hospital Beneficente Portuguesa de São Paulo.

de chances de recidiva, é considerado um tumor curável (CANDIDO, 2010).

Grande parte da literatura acerca da situação, -gestação/neoplasia ovariana, adota conduta ativa conservadora, ressecando-se o tumor, realizando citorredução (quando necessário) e administrando quimioterapia, inclusive durante gestação. Grande parte das gestações evolui para parto com feto viável, que seguem com desenvolvimento sem alterações perceptíveis.

RELATO DE CASO

Paciente de 20 anos, primigesta com 26 semanas de gestação, admitida com massa abdominal volumosa a esclarecer e quadros recorrentes de epigastralgia e náuseas. Devido o tamanho da massa, que ocupava toda a cavidade abdominal e rechaçava o útero com o feto para o lado esquerdo, não foi possível definir a origem da massa, nem a realização de estudo dopplervelocimétrico. Uma ressonância magnética conseguiu sugerir origem ovariana, descrevendo aspecto sólido cístico, sem organização em sua estrutura. Devido imaturidade fetal e marcadores tumorais negativos para malignidade, optou-se por conduta expectante, corticoterapia pré-natal e controle de vitalidade fetal, culminando, devido sinais de sofrimento fetal ao doppler, com cesarea segmentar, seguida de anexectomia à direita às 34 semanas da gestação. O recém-nascido pesou 1880g e apresentou apgar 2/5/7. A biopsia de congelação sugeriu neoplasia de origem germinativa e encapsulada de ovário, sendo realizada, seguidamente, citologia de líquido ascítico – negativo para neoplasia – biopsia de fragmento de omento – livre de implantes. No pós-operatório a paciente evoluiu, satisfatoriamente, sem intercorrências, sendo referenciada a instituição com atendimento especializado em patologias malignas.



Figura 01: Paciente em decúbito dorsal



Figura 02: Evidenciando pedículo anexial direito



Figura 03: Tumoração ressecada de aproximadamente 8 kg

SUMARY

DYSGERMINOMA IN PREGNANCY: CONSERVATIVE CONDUCT

Diego Lobão SANTIAGO, Mauricio Batista LIMA, Marcio VENICIUS

Objective: to report successful conservative management in cases of germ cell tumor giant during pregnancy of 7 months, with viable fetus. **Case report:** patient 20 years, first pregnancy at 26 weeks gestation, admitted with abdominal bulky mass to clarify and recurrent epigastric pain and nausea. Because immature fetal and tumor markers negative for malignancy, we opted for expectant management, antenatal steroids, and fetal control, culminating due to signs of fetal doppler, followed by Target with cesarean and rightanexectomy at 34weeks . The newborn weighed 1880g and had Apgar score 2/5/7. A freezing biopsy suggested encapsulated ovarian germ neoplasia source. **Final thoughts:** it is believed that this report will contribute to the alternative approach in a case where you have a surgical pathology and a viable fetus, and add data to the literature on a subject so rare.

KEYWORDS: Neoplasia, ovary, pregnancy, dysgerminoma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Behtash, N. et al. Ovarian carcinoma associated with pregnancy: a clinicopathologic analysis of 23 cases and review of literature. BMC PregnancyChildbirth. 8:3. 2008.
2. Camargo, DF et al. Teratoma imaturo de ovário na gestação: relato de caso e revisão da literatura. Rev. Bras. Cancer. 2007.
3. Candido, EB. Câncer de Ovário. In: FILHO, A.L.S.; TRIGINELLI, S.A.; TRAIMAN, P. Manual de cirurgia ginecológica. 1ªEd. Rio de Janeiro: MedBook. 2010. P.363-84.
4. González, JA et al. Tumor gigante de ovário y embarazo. A propósito de um caso. Medline. 2008.
5. Kwon, YS et al. Ovarian Cancer during pregnancy: clinical and pregnancy outcome. J. Korean MedSci. 2010.
6. Graves, CR; Parker, L. Tumores ovrianos complicando a gravidez. In: ROCK, J.A.; JONES III, H.W. Te Linde Cirurgia Ginecológica. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2012. p.842-51.

Endereço para correspondência

Diego Lobão Santiago

Fone: (91)8197-62-86

Email: dr.disantiago@gmail.com

Recebido em 01.02.2013 – Aprovado em 02.05.2013