

# Mioma uterino mimetizando neoplasia do trato genital com miomectomia anteparto bem sucedida. Relato de caso\*

*Uterine leiomyoma mimicking a tumor of the genital tract with successful antepartum myomectomy. Case report.*

Milucci Messias Gatti de Mello<sup>1</sup>, Fábio Nogueira Liguori Alves<sup>1</sup>, Carla Montaldi Maruxo<sup>1,2</sup>, Denise Maria Cristofolini<sup>3</sup>, Bianca Bianco<sup>3</sup>, Caio Parente Barbosa<sup>4</sup>

\*Recebido do Hospital Estadual Mário Covas. Santo André, SP.

## RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** Os miomas são tumores benignos, estrogênio-dependentes, atingindo suas dimensões máximas durante o menacme e são encontrados em até 4% das gestações. A miomectomia na gravidez é discutível, intervir ou não depende da possível lesão à gestação. O objetivo deste estudo foi apresentar um caso de mioma subseroso que simulou neoplasia em primigesta com miomectomia anteparto bem sucedida.

**RELATO DO CASO:** Nulípara, 38 anos, encaminhada à Oncologia Ginecológica por distensão abdominal progressiva, protusão umbilical e amenorreia há três meses e desconforto respiratório. O abdômen demonstrava massa endurecida, fixa, ocupando região pélvica e abdominal até apêndice xifoide. Trazia ultrassonografia (US) transvaginal relatando útero aumentado de volume (2305 cc), textura difusamente heterogênea com múltiplos nódulos sólidos; colo uterino e canal cervical normais; ovários não visualizados e presença de ascite. Solicitou-se fração  $\beta$  da gonadotrofina coriônica humana ( $\beta$ HCG), marcadores tumorais e ressonância magnética nuclear (RMN) para investigação etiológica. Os resultados demonstraram  $\beta$ HCG: 57684 mUI/mL; CA125: 161,1 U/mL; CA:19,9:0,8 U/mL; alfafetoproteína: 2,56 KUI/mL; US: feto

vivo pesando 580 g e 22 semanas. RMN mostrava imagem compatível com útero gravídico e placenta corporal. Na parede uterina existia a presença de mioma intramural. A paciente foi submetida à laparotomia exploradora onde foi observada presença de massa pediculada única de aproximadamente 30 cm com pedículo vascular de 5 cm. O exame perioperatório revelou lesão benigna, provável leiomioma. O exame anatomopatológico revelou leiomioma, pesando 7925 g e dimensões de 27 x 24 x 12 cm, negativo para células neoplásicas. Após a miomectomia, a gestação evoluiu sem qualquer intercorrência, com parto a termo por cesariana.

**CONCLUSÃO:** A miomectomia pode ser um procedimento seguro durante a gravidez, se indicada.

**Descritores:** Estrogênio, Laparotomia, Miomas, Miomectomia anteparto, Tumores pélvicos.

## SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Leiomyomas are benign estrogen-dependent tumors, that occur in up to 4% of pregnancies with maximum dimensions during the reproductive period. Although myomectomy during pregnancy is still controversial, the decision whether to intervene or not depends mainly on the location of the fibroid and the surgeon's experience. We report here the case of a massive, symptomatic leiomyoma successfully managed by antepartum myomectomy.

**CASE REPORT:** A 38-year-old, nulliparous patient was referred to the Gynecological Oncology outpatient clinic complaining of progressive abdominal distension, umbilical protrusion, 3-months amenorrhea and respiratory distress. On physical examination, her abdomen showed a hardened, fixed mass, occupying the whole pelvic and abdominal region up to the xiphoid appendix. A previous transvaginal ultrasound showed an enlarged uterus (2305 cc), a diffusely heterogeneous texture with multiple solid nodules, cervix and cervical channel without alterations; ovaries not visualized and presence of ascites. We requested Human chorionic gonadotropin ( $\beta$ HCG), tumor markers and Nuclear magnetic resonance (NMR) for the etiology investigation. The tests showed QHCG:  $\beta$ HCG: 57684 mUI/mL; CA125: 161.1 U/mL; CA:19.9: 0.8 U/mL; alpha-fetoprotein: 2.56 KUI/mL; Ultrasonogram: single live fetus, weight 580g, estimated gestational age 22w. NMR showed image consistent with gravid uterus and corporal placenta. The presence of an intramural leiomyoma in the uterine wall was observed. The patient was submitted to an exploratory laparotomy that showed

1. Médicos do Setor de Ginecologia Oncológica do Hospital Estadual Mário Covas da Faculdade de Medicina do ABC. Santo André, SP, Brasil

2. Médica Ginecologista Colaboradora do Centro de Reprodução Humana e Genética do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC. Santo André, SP, Brasil

3. Geneticistas do Centro de Reprodução Humana e Genética do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC. Santo André, SP, Brasil

4. Chefe do Centro de Reprodução Humana e Genética do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC. Santo André, SP, Brasil

Apresentado em 03 de abril de 2011

Aceito para publicação em 24 de outubro de 2011

Conflito de interesses: Nenhum.

Endereço para correspondência:

Caio Parente Barbosa

Av. Príncipe de Gales, 821

09060-650 Santo André, SP.

Fone/Fax: +55 11 4993-5464

E-mail: caiopb@uol.com.br

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

the presence of a single pediculated mass of approximately 30cm with a 5cm vascular pediculus. The perioperative examination of the piece revealed a benign lesion – probably a leiomyoma. The final pathology analysis resulted in a leiomyoma weighing 7925g, measuring 27 x 24 x12 cm and negative for neoplastic cells. After the myomectomy, gestation progressed without any intercurrentence to a term delivery by cesarean section.

**CONCLUSION:** Antepartum myomectomy may be a safe procedure to perform during pregnancy, if indicated.

**Keywords:** Antepartum myomectomy, Estrogens, Laparotomy, Myomas, Pelvic tumors.

## INTRODUÇÃO

O leiomioma uterino é o mais comum dentre os tumores sólidos pélvicos do trato genital feminino<sup>1</sup>. Acomete entre 20% e 30% das mulheres em idade fértil e mais de 40% das mulheres acima de 40 anos de idade<sup>2</sup>. Podem ser assintomáticos ou provocar sangramento, dor, compressão e infertilidade. São tumores estrogênio-dependentes e apresentam crescimento, durante a gestação, em até 50% dos casos<sup>1,3</sup>. A complicação mais comum dos leiomiomas na gestação é a chamada “síndrome dolorosa dos leiomiomas na gravidez”, presente em 10% dos casos. Consistem classicamente de dor localizada, náusea, vômito, febre baixa, leucocitose e aumento da atividade uterina, principalmente no segundo e início do terceiro trimestre de gravidez, cedendo em média 10 dias após seu início<sup>4</sup>. Outras complicações são também frequentemente associadas a gestações com leiomiomas uterinos: apresentação fetal anômala<sup>2,4</sup>, trabalho de parto pré-termo, restrição do crescimento intrauterino e descolamento de placenta normalmente inserida<sup>5</sup>. A decisão pela indicação cirúrgica para o tratamento dos leiomiomas concomitantes à gravidez é difícil, porque além dos riscos anestésicos e cirúrgicos para a mãe, há um pior prognóstico fetal.

A ultrassonografia (US) é o método inicial na avaliação dessas lesões; o aspecto de imagem é típico, porém variações na apresentação decorrem de fatores degenerativos como hemorragia, salinização e degeneração mixoide, podendo simular outras doenças, tais como neoplasias<sup>2,3</sup>. A ressonância magnética nuclear (RMN) tem-se mostrado de grande valia no diagnóstico desses casos<sup>2</sup>.

Embora a miomectomia durante a gravidez ainda seja discutível, a decisão de intervir ou não, depende principalmente da localização do mioma e da experiência do cirurgião. Além disso, já foi relatada a miomectomia anteparto associada com a reversão de complicações fetais, como oligoidrâmnio, deformidade postural fetal e restrição de crescimento intrauterino<sup>6</sup>.

O objetivo deste estudo foi apresentar um caso de mioma subseroso que simulou neoplasia em primigesta, com miomectomia anteparto bem sucedida.

## RELATO DO CASO

Paciente nuligesta, 38 anos foi encaminhada ao ambulatório de Oncologia Ginecológica do Hospital Estadual Mário Covas da Faculdade de Medicina do ABC com queixa de distensão abdominal progressiva, protusão umbilical e amenorreia há três meses que evoluiu com desconforto abdominal e lombar, melhorava com analgésico e sem fatores de piora. Acompanhada de fezes em fita,

inapetência e emagrecimento de 5 kg neste período. Sem antecedentes pessoais dignos de nota, menarca aos 12 anos, ciclos regulares eumenorreicos, sem uso de métodos anticoncepcionais. Negava histórico familiar de câncer ou demais doenças. Paciente relatava acompanhamento ginecológico regular, mas não trazia exames recentes de citologia oncótica e/ou exames de imagem.

Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, descorada+/-4, hidratada, anictérica, afebril, acianótica, eupneica, emagrecida. O abdômen demonstrava massa abdominal endurecida, fixa, ocupando toda região pélvica e abdominal até o apêndice xifoide; especular: secreção fisiológica, sem lesões aparentes no colo uterino; toque: colo móvel, consistência fibroelástica, não havendo movimentação da massa à mobilização do colo; toque retal: esfíncter normotenso, abaulamento extrínseco em parede anterior.

Trazia US transvaginal que descrevia útero acentuadamente aumentado de volume, textura difusamente heterogênea com múltiplos nódulos sólidos, medindo o maior 11,2 cm; cavidade uterina virtual, sem conteúdo; volume do útero de 2305 cc; colo uterino de aspecto normal; canal cervical sem alteração; ovários não visualizados; bexiga vazia; presença de ascite.

Foram solicitados exames laboratoriais:  $\beta$ HCG, marcadores tumorais e de imagem: RMN para investigação etiológica.

Os resultados demonstraram  $\beta$ HCG: 57684 mUI/mL; CA125: 161,1 U/mL; CA:19,9;0,8 U/mL; alfafetoproteína: 2,56 KUI/ml; US: idade gestacional estimada 22 semanas e 2 dias, feto único vivo, peso 580 g. Índice de líquido amniótico normal para a fase gestacional, Doppler de artérias uterinas sem alterações. A RMN mostrava a presença de imagem compatível com útero gravídico, notando-se a presença de imagem no seu interior de feto único, placenta corporal. Observa-se que na parede uterina existia a presença de mioma intramural (Figura 1). Observa-se volumosa lesão com efeito de massa colada na parede uterina de aspecto exofítico e intensidade de sinal heterogêneo, estendendo-se desde o abdômen até a região epigástrica. A massa levava a compressão e deslocamento do fígado, baço e pâncreas e a compressão do rim no sentido ântero-posterior, sendo as glândulas suprarrenais visibilizadas.

Diante deste quadro clínico e da possibilidade de comprometimento da gestação (idade gestacional 22s e 2d) optou-se por abordagem cirúrgica. A paciente foi orientada sobre os riscos da cirurgia para a gestação, caso houvesse sangramento incontrolável, bem como sobre a possibilidade de haver comprometimento de outras estruturas como intestino e/ou rins, necessitando de uma abordagem mais ampla. Os exames pré-operatórios eram normais (avaliação da função hepática, renal e cardiopulmonar, hemograma e coagulograma). Discutidas possibilidades, riscos e benefícios cirúrgicos foi indicada a abordagem cirúrgica.

A paciente foi submetida à laparotomia exploradora, em inventário da cavidade foi observada presença de massa pediculada, única de aproximadamente 30 cm com pedículo vascular de 5 cm, presença de hidronefrose bilateral, alças intestinais com aderência frouxa ao tumor, anexos bilateralmente sem alterações e/ou aderências. Optou-se por realizar ligamento do pedículo vascular com fita cardíaca nº 1, com posterior exerese do tumor minimizando o sangramento. Foi realizado ligamento de coto do pedículo com fio poligalactina nº 0, com pontos separados. O exame perioperatório da peça (congelado) revelou lesão benigna, provável leiomioma (Figura 2). Realizado US no intraoperatório, feto encontrava-se

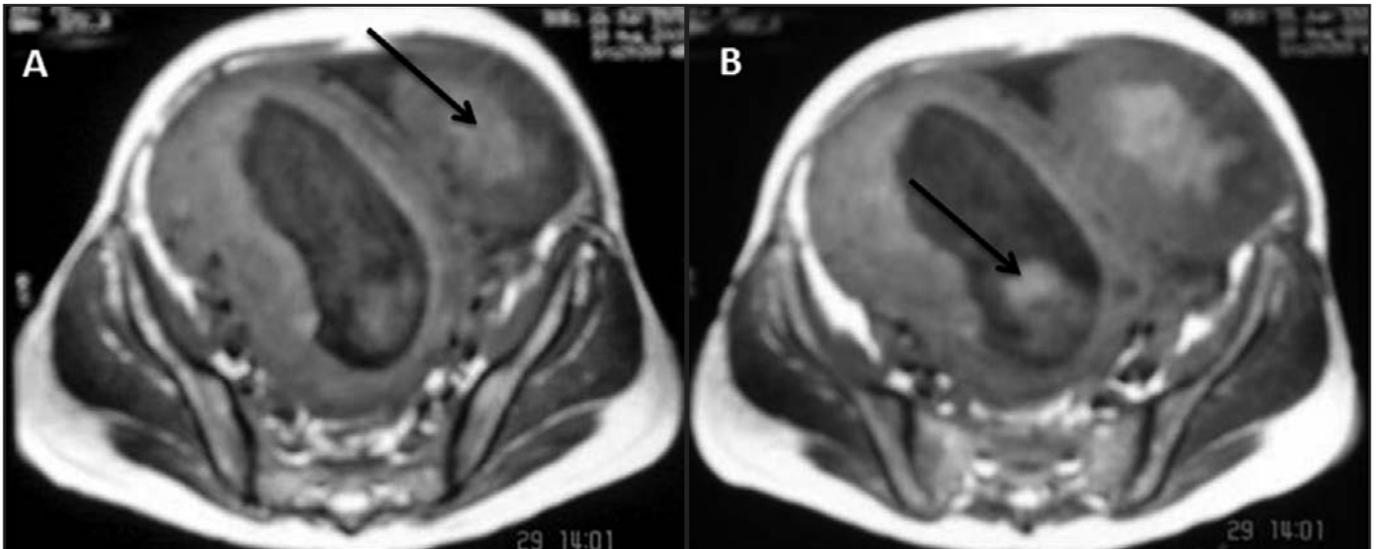


Figura 1 – A) A imagem de ressonância magnética nuclear da pélvis evidencia um mioma intramural de parede uterina. B) Imagem de ressonância magnética nuclear da pélvis mostrando útero gravídico com a observação de feto único.

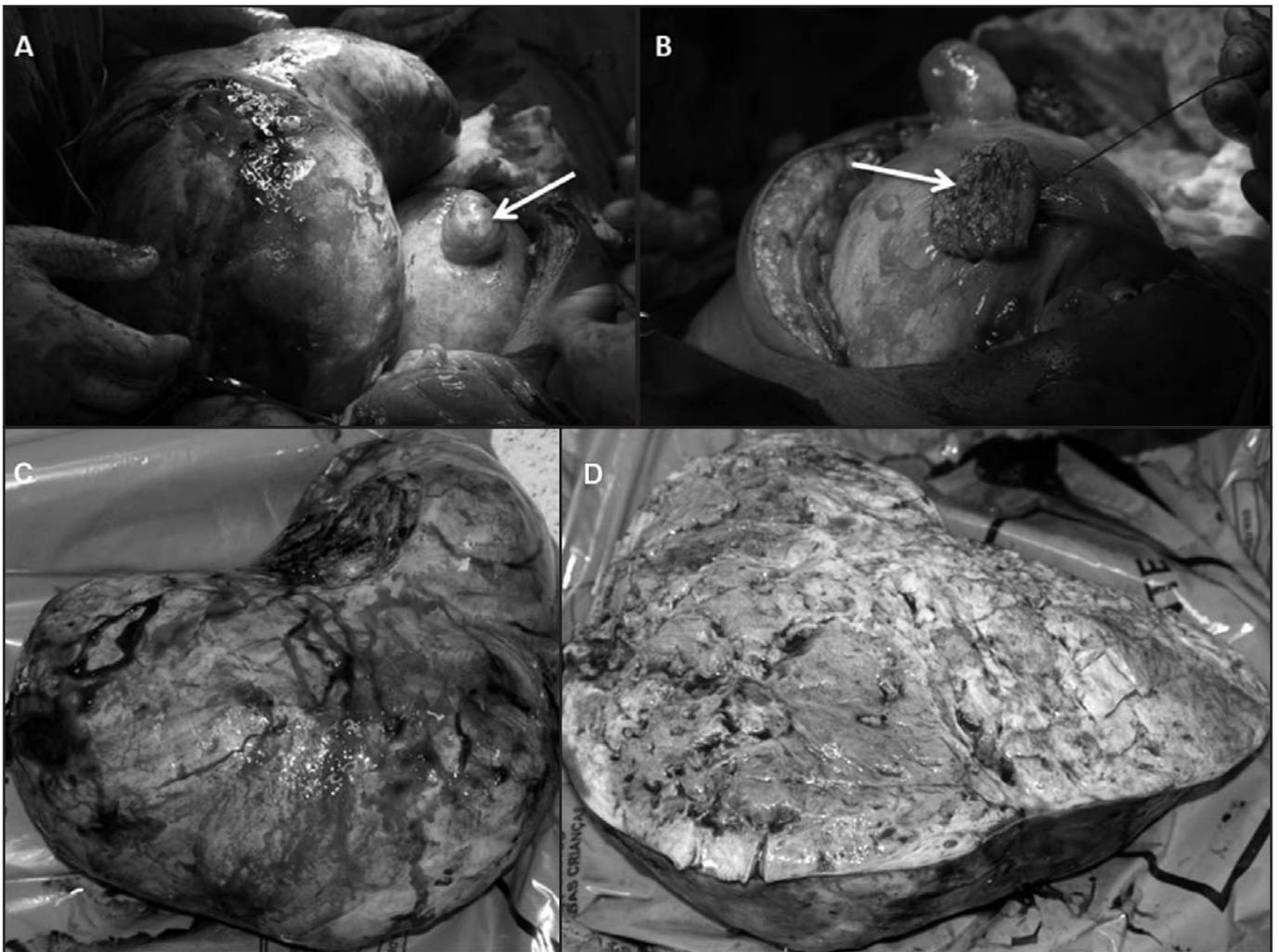


Figura 2 – A) A imagem mostra o tumor na face externa da parede abdominal e a seta evidencia outro tumor menor que não foi ressecado por proximidade da parede uterina gravídica. B) A seta mostra imagem do pedículo do mioma ressecado. C) O tumor maior foi completamente removido com margem de segurança. D) O tumor aberto após a remoção sem evidências aparentes de malignidade.

vivo com batimentos cardíacos fetais presentes.

O exame anatomopatológico da peça revelou leiomioma com áreas de hialinização, focos de necrose e microcalcificações distróficas. A peça apresentou-se com superfície externa lisa, pardo clara com vascularização evidente, pesando 7925 g e dimensões de 27 x 24 x 12 cm. O omento constava de tecido adiposo maduro e conjuntivo com fibrose e congestão vascular e áreas de decidualização. Citologia de lavado peritoneal negativo para células neoplásicas.

Paciente seguiu no pós-operatório com acompanhamento conjunto da equipe de medicina fetal, a qual optou por realização de tocolítico profilático por 24 horas. Após a miomectomia, a gestação evoluiu sem qualquer intercorrência, com parto a termo com 38 semanas e 3 dias de idade gestacional por cesariana de um recém-nascido do sexo masculino pesando 3050 g e medindo 46 cm, com Apgar de 8 no primeiro minuto e 10 no 5º minuto.

## DISCUSSÃO

Massas pélvicas podem ser encontradas em mulheres grávidas e apresentam um problema desafiador para os obstetras. Na maioria dos casos, as massas são benignas e a principal questão é saber se vão ou não interferir no parto vaginal<sup>7</sup>. Os miomas uterinos são os tumores mais comuns do trato genital feminino e muitas vezes coexistem com a gravidez. A revisão da literatura sugere que a presença de miomas uterinos na gravidez está associada com taxa de complicação anteparto de 10% a 40%<sup>5</sup>, mas o papel da miomectomia durante a gravidez ainda é controverso. A razão mais comum para a miomectomia durante a gravidez é a dor abdominal intensa que não responde ao tratamento conservador<sup>4,8</sup>.

Os leiomiomas são compostos, predominantemente, por células musculares lisas circundadas por uma pseudocápsula<sup>2,4</sup>. Podem apresentar crescimento durante a gestação ou uso de anti-concepcional, além de involução no climatério e puerpério<sup>2,5</sup>. A etiologia do crescimento durante o período gestacional é multifatorial, podendo estar relacionado à hipertrofia miometrial, maior vascularização e modificações nos receptores locais de esteróides. Com o crescimento, observa-se desproporção entre a oferta e a demanda de oxigênio, causando áreas de degeneração<sup>2</sup>. Das degenerações observadas na gestação, as benignas são mais comuns, em particular a hialina, a mixoide, a vermelha e a cística. A degeneração maligna sarcomatosa é observada em apenas 0,5% dos miomas, sendo discutido se a malignidade é primária ou secundária à degeneração<sup>3</sup>.

Massas pélvicas persistentes no segundo trimestre de gestação, com indicação cirúrgica, devem ser extirpadas entre a 16ª e a 20ª semana, com o objetivo de não postergar o diagnóstico de malignidade e de evitar cirurgias de emergência no caso de torção ou ruptura, o que acarretaria piora do prognóstico materno-fetal<sup>6</sup>. Em estudo comparativo a abordagem durante a gestação demonstrou que a ocorrência de abortos espontâneos pós-cirurgia foi menor do que no grupo com tratamento conservador (13,6%)<sup>4</sup>.

A US pélvica é o exame inicial de escolha na avaliação dos leiomiomas<sup>1</sup>. Quando realizada no primeiro trimestre, pode, além de avaliar a gestação, detalhar a presença dos miomas e acompanhar sua evolução. Tipicamente, aparecem como nódulo hipocóico, circunscrito, homogêneo, localizado em re-

gião submucosa, intramural ou subserosa do corpo e, menos frequentemente, do colo uterino<sup>3,5</sup>. O diagnóstico dos miomas degenerados muitas vezes é difícil, devido à heterogeneidade de apresentação. A degeneração cística, geralmente, manifesta-se como lesão com paredes irregulares, apresentando áreas císticas com grandes componentes sólidos no interior<sup>3</sup>.

A RMN tem-se mostrado de grande auxílio no diagnóstico das massas pélvicas complexas. Atualmente, é o método mais eficaz na detecção e classificação dos miomas, devido à sua capacidade de resolução de partes moles e de demonstrar a anatomia do útero<sup>4</sup>.

Embora as evidências existentes até o momento sugiram que a RMN é segura durante a gravidez<sup>9</sup>, no entanto, as preocupações com a gestante e o feto permanecem. A RMN deve ser realizada em três situações: (a) quando ultrassom não é possível ou não é conclusivo, (b) quando as informações obtidas a partir da RMN podem alterar a conduta, ou (c) quando o exame não pode esperar até depois do parto<sup>10</sup>. As preocupações quanto à segurança da RMN no início da gestação incluem teratogênese e um risco teórico de lesões acústicas. Embora tenha havido um pequeno número de estudos em animais que sugerem efeitos teratogênicos, não há nenhuma evidência real de qualquer risco de lesões para o feto humano<sup>9</sup>.

Os leiomiomas apresentam-se tipicamente como nódulos circunscritos, com sinal hipointenso em relação ao miométrio nas sequências ponderadas em T2 e realce pelo contraste nas sequências em T1. Nos casos de leiomiomas com aparência atípica, a RNM caracteriza melhor a relação da massa com as outras estruturas pélvicas, assim como permite melhor definição dos componentes líquidos e hemorrágicos da lesão<sup>6</sup>. No presente caso, a observação da serosa recobrando a lesão definiu a origem da massa e o tamanho do pedículo permitindo estabelecer o diagnóstico e aplicar a terapêutica adequada.

Mollica e col.<sup>5</sup> relataram uma série de 106 pacientes de um protocolo clínico para o gerenciamento operacional ou conservador dos miomas, dos quais 18 foram submetidos à miomectomia durante a gravidez, e 88 foram controlados de forma conservadora. Nenhum das pacientes submetidas à miomectomia teve aborto, enquanto 12 casos no grupo tratado conservadoramente apresentaram aborto espontâneo. A taxa de nascimentos prematuros foi de 5,6% no grupo cirúrgico em comparação com 22,7% nas pacientes com conduta expectante. A taxa de cesariana foi de 93,7% no grupo submetido à miomectomia, contra 34% no grupo que foi controlado de forma conservadora. Os resultados fetais foram bons em ambos os grupos. De Carolis e col.<sup>8</sup> estudaram 18 pacientes submetidas a miomectomia durante o primeiro ou segundo trimestre da gravidez. Os autores relataram que 16 pacientes geraram crianças saudáveis de 36 a 41 semanas de gestação, uma paciente teve aborto espontâneo no primeiro dia pós-operatório, e outra paciente não seguiu o acompanhamento médico.

No estudo realizado por Lolis e col.<sup>6</sup>, das 13 pacientes estudadas, uma sofreu aborto espontâneo, tornando a taxa de sucesso de 92%. Duas pacientes tiveram parto prematuro. Simon e col.<sup>4</sup> realizaram estudo retrospectivo de 75 gestantes com miomas. O diagnóstico foi feito antes da gravidez em 18 pacientes (24%), durante a gestação em 41 (54,6%), e durante a cesariana em 16

(21,3%), dos quais apenas seis não foram submetidos a ultrasonografia durante o período pré-natal. Dez partos com fetos prematuros e cinco casos de ruptura prematura das membranas amnióticas foram observados. Sessenta e um recém-nascidos (98,4%) tiveram índice de Apgar acima de 7 no 5º minuto de vida. Os autores concluíram que a cirurgia não leva a um pior prognóstico materno-fetal, quando realizado durante a gravidez. Apesar dos miomas constituírem o tumor mais comum em mulheres em idade reprodutiva, é notável como muito raramente causam complicações agudas. No entanto, quando eles ocorrem, podem causar morbidade significativa (muito ocasionalmente, mortalidade), afetando profundamente a qualidade de vida. As complicações mais comuns incluem tromboembolismo, torsão aguda de leiomioma subseroso pediculado, retenção urinária aguda e insuficiência renal, dor aguda causada por degeneração vermelha durante a gravidez, hemorragia aguda vaginal ou intraperitoneal, trombose venosa mesentérica e gangrena intestinal. É difícil citar uma taxa de incidência dessas complicações agudas, porque como são raras, a maioria são relatadas como casos ou série de casos na literatura.

A maioria dessas complicações (exceto a degeneração vermelha, retenção urinária aguda e tromboembolismo) se apresenta como abdômem agudo e exige cirurgia exploratória de urgência. O diagnóstico diferencial incluiria torsão anexial, ruptura de gestação ectópica, hemorragia de corpo lúteo ou cisto folicular, enquanto que a massa pélvica poderia ser carcinoma endometrial ou do ovário, sarcoma uterino ou leiomioma e, raramente fibroma de ovário. Trombose venosa profunda ocorre geralmente devido à compressão venosa pélvica, e enquanto alguns autores defendem que a sua ocorrência em associação com mioma deva ser uma indicação absoluta de histerectomia, o uso de sofisticados dispositivos radiológicos, como filtro de veia cava e suporte hematológico com apropriada anticoagulação, podem permitir a preservação uterina. O diagnóstico de miomas como causa de retenção urinária aguda deve ser de exclusão. O tratamento do mioma agudo na gravidez é, naturalmente, conservador e o tratamento definitivo, se necessário, deve adiada para após o parto<sup>11</sup>.

## CONCLUSÃO

A maioria da literatura publicada sobre o tema inclui um pequeno número de pacientes e não apresentam conclusões definitivas. No entanto, a miomectomia anteparto pode ser um procedimento seguro durante a gravidez, se indicada. O diagnóstico diferencial com neoplasias malignas do trato genital feminino nos tumores de rápido crescimento deve ser sempre considerado.

## REFERÊNCIAS

1. Rezende JC, Stevanato RC, Vasconcelos FL, et al. Gestação sem intercorrências com mioma uterino volumoso tratado previamente com agonista do hormônio liberador das gonadotrofinas. *Brasília Med* 2008;45(2):129-33.
2. Teixeira AC, Urban LABD, Zapparoli M, et al. Degeneração cística maciça de leiomioma uterino em gestante simulando neoplasia ovariana: relato de caso. *Radiol Bras* 2008;41(4):272-9.
3. Lev-Toaff AS, Coleman BG, Arger PH, et al. Leiomyomas in pregnancy: sonographic study. *Radiology* 1987;164(2):375-80.
4. Simon SM, Nogueira AA, Almeida ECS, et al. Leiomiomas uterinos e gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005;27(2):80-5.
5. Mollica G, Pittini L, Minganti E, et al. Elective uterine myomectomy in pregnant women. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1996;23(3):168-72.
6. Lolis DE, Kalantaridou SN, Makrydimas G, et al. Successful myomectomy during pregnancy. *Human Reproduction* 2003;18(8):1699-702.
7. Heffernan E, Köbel M, Spielmann A. Case report: Hydropic leiomyoma of the uterus presenting in pregnancy: imaging features. *Br J Radiol* 2009;82(980):e164-7.
8. De Carolis S, Fatigante G, Ferrazzani S, et al. Uterine myomectomy in pregnant women. *Fetal Diagn Ther* 2001;16(2):116-9.
9. Chen MM, Coakley FV, Kaimal A, et al. Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2008;112(2 Pt 1):333-40.
10. Leyendecker JR, Gorengaut V, Brown JJ. MR imaging of maternal diseases of the abdomen and pelvis during pregnancy and the immediate postpartum period. *Radiographics* 2004;24(5):1301-16.
11. Gupta S, Manyonda IT. Acute complications of fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23(5):609-17.