

RELATO DE CASO

STRUMA OVARIII COM PADRÃO BORDERLINE ENTRE BENIGNIDADE E CARCINOMA

STRUMA OVARIII WITH BORDERLINE TYPE BETWEEN BENIGNITY AND CARCINOMA



ACESSO LIVRE

Citação: Oliveira RDM, Silvério RG, Araújo JHS, Neto JFA. (2021) Struma ovarii com padrão borderline entre benignidade e carcinoma. Revista de Patologia do Tocantins, 8(2).

Instituição: ¹Discente da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil. ²Discente da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil. ³Discente da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil. ⁴Docente da Universidade Federal do Tocantins, Especialista em Cirurgia Oncológica, Coordenador do programa residência médica em Cirurgia Geral da Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Brasil.

Autor correspondente: Renato Domingues Melo de Oliveira. Quadra 208 Norte, Alameda 24, Lote 05, AP 03 CEP: 77006288 reenatomeelo@gmail.com

Editor: Rosa A. C. G. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 25 de julho de 2021.

Direitos Autorais: © 2021 Oliveira et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

Renato Domingues Melo de Oliveira¹, Rodrigo Goulart Silvério², João Henrique da Silva Araújo³, João Freire de Almeida Neto⁴.

RESUMO

Introdução: O Struma ovarii é um tumor extremamente raro, sendo um dos subtipos de teratomas do ovário. Geralmente de acometimento benigno em mulheres que estão entre a terceira e a quinta década de vida. Com sintomatologia discreta como massa abdominal palpável, aumento do volume abdominal e dor abdominal, podendo se apresentar de forma assintomática em alguns casos.

Desenvolvimento: O estudo tem como objetivo demonstrar um relato de caso de uma paciente 38 anos com diagnóstico de Struma ovarii que foi tratada cirurgicamente e mantém acompanhamento ambulatorial. A imuno-histoquímica evidenciou Struma ovarii, histologicamente maligno e compatível com Struma ovarii associado a carcinoma papilífero de tipo clássico. **Considerações finais:** Por ser uma patologia de baixa incidência e prevalência, não há um consenso acerca do tratamento e acompanhamento pós-cirúrgico, por isso, a importância de relatos de casos para trazer à luz discussões para uma melhor terapêutica e seguimento.

Palavras-chave: Struma ovarii; teratoma; ovário; tumor; câncer.

ABSTRACT

Introduction: Struma ovarii is an extremely rare tumor, being one of the subtypes of ovarian teratomas. Usually of benign involvement in women who are between the third and fifth decade of life. With mild symptoms such as a palpable abdominal mass, increased abdominal volume and abdominal pain, it may be asymptomatic in some cases. **Development:** The study aims to demonstrate a case report of a 38-year-old patient diagnosed with Struma ovarii who was treated surgically and maintained outpatient follow-up. Immunohistochemistry showed Struma ovarii, histologically malignant and compatible with Struma ovarii associated with classic papillary carcinoma. **Final considerations:** As it is a pathology of low incidence and prevalence, there is no consensus about treatment and post-surgical follow-up, therefore, the importance of case reports to bring to light discussions for better therapy and outpatient follow-up.

Key-words: Struma ovarii; teratoma; ovary; tumor; cancer.

INTRODUÇÃO

Struma ovarii (SO) é um tumor ovariano de células germinativas, um teratoma, cuja composição é inteiramente ou predominante de tecido tireóideo, ou seja, mais de 50% desse e representa aproximadamente 5% de todos os teratomas ovarianos. Pode ser então classificado como monodérmico, cujo significado é a constituição predominante de um tecido¹.

O pico de frequência acontece na 5ª década de vida, mas há casos relatados em pré-púberes e pós-menopausadas¹. Struma ovarii também inclui casos de teratoma ovariano com menos de 50% de tecido tireoidiano que tenha malignidade associada à tireóide². A malignidade mais comum em struma ovarii é o carcinoma papilar da tireoide (CPT). Lesões diagnosticadas como carcinoma folicular é a segunda mais frequente, embora com critérios para o diagnóstico de câncer de tireoide, alguns deles podem representar variante folicular do CPT³.

Os sintomas associados a esse tumor são diversos. A principal queixa é de uma massa abdominal e/ou dor pélvica. Pode causar ascite, variados sintomas de um hipertireoidismo, mas também pode ser assintomática. Estabelecer se os sintomas de hipertireoidismo são decorrentes da glândula tireoide ou do struma ovarii é difícil. E a mensuração da função relativa ao hormônio nem sempre é feita de forma adequada para uma boa análise casuística⁴.

O Struma ovarii maligno é diagnosticado quando os critérios histopatológicos do carcinoma da tireoide são encontrados. Após a ressecção cirúrgica, a abordagem terapêutica depende da extensão da lesão primária e do estadiamento da doença. De fato, o tratamento ideal do SO maligno ainda não está bem estabelecido por causa da raridade desta doença e dos poucos dados disponíveis⁵. Nos casos apresentando microcarcinomas papilíferos da tireoide, após ressecção cirúrgica do tumor ovariano nenhuma outra terapia envolvendo a tireoide é realizada. Nos tumores maiores, alguns autores defendem a tireoidectomia para permitir o monitoramento da tireoglobulina e tratamento com radioiodo⁶.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 38 anos, sexo feminino, parda, foi atendida primeiramente queixando-se de dor pélvica à direita. Realizou uma ultrassonografia endovaginal com o aparelho em modo bidimensional, com probe de varredura convexa, cujo relatório da médica ultrassonografista continha o diagnóstico de imagem anecoica na topografia do ovário direito, de contornos regulares e paredes finas, medindo 12 cm x 9,5 cm x 10 cm e com volume de 693 cm³. Paciente foi encaminhada para salpingo-ooforectomia a direita. Realizou a retirada da massa cerca de 2,5 meses após a ultrassonografia. O material foi enviado para análise histopatológica. A peça recebida possuía dimensões de 12cm x 10cm x 7,3 cm. Na análise, o material possuía coloração parda, consistência cística e aspecto globoide. Aos cortes, preenchido por conteúdo citrino. Identificado também pedaço compatível com tuba uterina medindo 6 cm x 0,8 cm, fímbrias livres (em

sua face interna, formação cística de conteúdo gelatinoso medindo 3 cm). Conclusão do estudo histopatológico foi cistoadenoma com projeções papilíferas em padrão dúbio entre borderline e carcinoma.

Após análise dos resultados até então, foi solicitado estudo imunohistoquímico da amostra. O material apresentou: Evidência de neoplasia hiperclular, constituída por numerosas células epiteliais organizadas na forma de folículos tireoidianos bem definidos e por numerosas papilas, contendo substrato colóide em seu interior; presença de alterações nucleares no tamanho e forma, incluindo amoldamento e alongamento nuclear, irregularidade da membrana nuclear, fendas nucleares, clareamento e margeamento cromatínico, além de pseudo inclusões nucleares; Raras mitoses e índice proliferativo ao KI-67 de 5%; Invasão vascular não detectada; coexpressão difusa de CK7, TTF-1, PAX-8 e tireoglobulina confirmando a diferenciação em tecido tireoidiano e Neoplasia não reagente para receptores hormonais. De conclusão se depreendeu: Painel imuno-histoquímico, associado aos aspectos histológicos de teratoma monodérmico constituído exclusivamente por tecido tireoidiano, compatível com Struma ovarii, histologicamente maligno e compatível com Struma ovarii associado a carcinoma papilífero de tipo clássico.

Paciente continua em acompanhamento periódico.

DISCUSSÃO

Há poucas descrições sobre o Struma ovarii devido sua raridade, representa cerca de 3% dos teratomas do ovário⁷. Ele incide, principalmente, entre a terceira e a quinta década de vida, sendo na maioria das vezes benignos e unilaterais⁸. Na grande maioria dos casos o paciente se encontra assintomático, quando presentes, os sintomas geralmente são: dor, massa pélvica, irregularidades do ciclo menstrual, aumento do volume abdominal e, em pequena parte dos casos, um hipertireoidismo clínico. A ascite é pouco frequente⁹. No exame ginecológico, dependendo do tamanho, pode-se encontrar uma massa palpável⁹. No caso descrito, a paciente apresentava apenas dor pélvica à direita.

Com isso, pode-se suspeitar de um Struma ovarii no doppler ultrassonográfico que evidencia um componente sólido bem vascularizado ou em tomografia computadorizada que relata um tumor multilocular¹⁰. No caso retratado, a paciente continha uma ultrassonografia com imagem anecoica na topografia do ovário direito de contornos regulares. No aspecto macroscópico, o tumor se apresenta tipicamente marrom ou marrom-esverdeado, com consistência sólida ou gelatinosa¹¹. No tumor relatado se apresentava com coloração parda, consistência cística e aspecto globoide, preenchido por conteúdo citrino. Na histologia, nota-se que aproximadamente 15% dos teratomas contêm tecido tireoidiano, porém o diagnóstico de Struma ovarii deve ser estabelecido quando o tecido tireoidiano é o elemento predominante (> 50% da neoplasia)^{12,13}. No histopatológico da paciente, foi encontrado cistoadenoma com projeções papilíferas em padrão dúbio entre borderline e carcinoma.

Quando há dúvida diagnóstica a imuno-histoquímica pode ajudar. Portanto, pode-se incluir a identificação de tireóide

folículos na parede do cisto, uma coloração para tireoglobulina ou TTF-1 para estabelecer ou confirmar o diagnóstico correto¹⁴. No caso relatado, evidenciou-se numerosas células epiteliais organizadas na forma de folículos tireoidianos e Coexpressão difusa de CK7, TTF-1, PAX-8 e tireoglobulina confirmando a diferenciação em tecido tireoidiano e Neoplasia não reagente para receptores hormonais. Confirmando Struma ovarii. O tratamento atual compreende ressecção cirúrgica seguida de radioiodoterapia, embora a estratégia de tratamento ideal para o estroma ovariano tumores ainda não foram estabelecidos¹⁵. Quando há evidências de malignidade, cada caso deve ser manejado de forma individual⁹. Alguns autores defendem o seguimento pós-cirúrgico com tireoglobulina⁵. A paciente do caso descrito foi submetida a salpingo-ooforectomia com acompanhamento ambulatorial periódico.

CONCLUSÃO

O Struma ovarii é uma doença muito infrequente, sendo responsável por cerca 5% dos teratomas, os quais são correspondentes a 32% dos tumores de ovário. Tumores desse tipo com características malignas, como o tipo papilífero, são ainda mais raros. É importante a análise adequada da neoplasia para detectar esses casos raros, e tomar uma conduta acertada a fim de evitar a evolução da doença. Atentando sempre para uma ressecção cuidadosa e com margens adequadas, devido a possibilidade de recidiva local e até de progressão da doença para um estágio mais grave.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Scully, RE; Young, RH; Clement, PB. Monodermal Teratomas. In: SCULLY, RE; YOUNG, RH; CLEMENT, PB. Tumors of the ovary, maldeveloped gonads, fallopian tube, and broad ligament. American Registry of Pathology, 1998. p.285-306.
- 2 - Roth, LM; Talerman, A. Recent advances in the pathology and classification of ovarian germ cell tumors. International journal of gynecological pathology, v. 25, n. 4, p. 305-320, 2006.
- 3 - Devaney, K et al. Proliferative and histologically malignant struma ovarii: a clinicopathologic study of 54 cases. International journal of gynecological pathology: official journal of the International Society of Gynecological Pathologists, v. 12, n. 4, p. 333-343, 1993.
- 4 - Goffredo, P et al. Malignant struma ovarii: a population-level analysis of a large series of 68 patients. Thyroid, v. 25, n. 2, p. 211-215, 2015.
- 5 - Dane, C et al. Follicular variant of papillary thyroid carcinoma arising from a dermoid cyst: a rare malignancy in young women and review of the literature. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 51, n. 3, p. 421-425, 2012.
- 6 - Uzum, AK et al. Management and follow-up results of an incidental thyroid carcinoma in a young woman with ovarian teratoma. Gynecological Endocrinology, v. 29, n. 7, p. 724-726, 2013.
- 7 - Ulbright, TM. Germ cell tumors of the gonads: a selective review emphasizing problems in differential diagnosis, newly appreciated, and controversial issues. Modern pathology, v. 18, n. 2, p. S61-S79, 2005.

- 8 - Deshpande, H et al. Struma ovarii: a rare case report. Int J Pharm Biomed Sci, v. 3, n. 4, p. 152-154, 2012.
- 9 - Yoo, SC et al. Clinical characteristics of struma ovarii. Journal of gynecologic oncology, v. 19, n. 2, p. 135-138, 2008.
- 10 - De Moortele VK.; Vanbeckvoort, D; Hendrickx, S. Struma ovarii: US and CT findings. JBR-BTR: organe de la Societe royale belge de radiologie (SRBR) orgaan van de Koninklijke Belgische Vereniging voor Radiologie (KBVR), v. 86, n. 4, p. 209-210, 2003.
- 11 - Hasleton, PHS et al. Benign and malignant struma ovarii. Archives of pathology & laboratory medicine, v. 102, n. 4, p. 180-184, 1978.
- 12 - Khediri, Z et al. Struma ovarii: Clinical Presentations of an uncommon tumor. IJCRI, v. 3, n. 4, p. 10-4, 2012.
- 13 - Roth, LM; Talerman, A. The enigma of struma ovarii. Pathology, v. 39, n. 1, p. 139-146, 2007.
- 14 - McCluggage, WG; Young, RH. Immunohistochemistry as a diagnostic aid in the evaluation of ovarian tumors. In: Seminars in diagnostic pathology. WB Saunders, 2005. p. 3-32.
- 15 - Matsuda, K; Maehama, T; Kanazawa, K. Malignant struma ovarii with thyrotoxicosis. Gynecologic oncology, v. 82, n. 3, p. 575-577, 2001.