

Caso Clínico / Radiological Case Report

Torção Subaguda de Fibroma Ovárico*Subacute Torsion of an Ovarian Fibroma*Ana Coutinho Santos¹, Ana Constâncio Martins², Mariana Horta³¹Interna de Radiologia no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal²Assistente Hospitalar, Serviço de Obstetria e Ginecologia - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal³Assistente Hospitalar, Serviço de Radiologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Lisboa, Portugal**Correspondência**Ana Coutinho Santos
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
Serviço de Radiologia
Estrada do Forte do Alto do Duque
1495-005 Lisboa, Portugal
email: a.coutinho.santos@gmail.com**Resumo**

A torção anexial constitui uma causa rara de dor pélvica aguda na mulher. A apresentação clínica é inespecífica e os achados imagiológicos dependem da duração e do grau da torção. O principal fator predisponente é a existência de uma lesão anexial ipsilateral quística ou tumoral, tipicamente benigna. Dada a inespecificidade da sintomatologia, a torção anexial subaguda por um tumor anexial é uma das armadilhas no diagnóstico diferencial das massas pélvicas. Descrevemos um caso clínico de torção ovárica subaguda direita causada por um fibroma ovárico, que se apresentou como uma lesão pélvica indeterminada por ecografia, numa mulher em idade reprodutiva cuja sintomatologia era dor pélvica ligeira de tipo moimha irradiada à região lombar.

Palavras-chave

Ovário; Fibroma; Urgências; Ginecologia; Radiologia.

Abstract

Adnexal torsion is a rare cause of acute pelvic pain in women. Clinical presentation is nonspecific and imaging findings depend on the degree and duration of torsion. Predisposing factors for ovarian torsion include an underlying ipsilateral ovarian cyst or tumor that can be benign. Subacute adnexal torsion is a known imaging pitfall of female pelvic masses, due to the non-specificity of symptoms.

Here, we present a case of a subacute adnexal torsion caused by an ovarian fibroma that presented as a sonographically indeterminate adnexal mass in a young woman whose only symptom was mild pelvic pain irradiated to the lumbar region.

Keywords

Ovary; Fibroma; Emergencies; Gynecology; Radiology.

Introdução

A torção anexial constitui uma causa rara de dor pélvica aguda na mulher, correspondendo a cerca de 2.7-7.4% das emergências ginecológicas.^{1,2} A torção ovárica caracteriza-se pela rotação parcial ou completa do pedículo vascular do ovário, na maioria das situações associada a torção da trompa.³⁻⁵ De facto, em até 67% das torsões anexiais, verifica-se torção concomitante do ovário e da trompa;⁴ por outro lado, a torção isolada da trompa é rara.⁵ A torção anexial ocorre mais frequentemente nas três primeiras décadas de vida, embora possa surgir em qualquer faixa etária.²⁻⁵ Dezassete a 20% dos casos surgem em grávidas^{3,4} habitualmente antes das 20 semanas de gestação.⁶ O principal fator predisponente, presente em 50-60% dos casos, é a existência de uma lesão anexial ipsilateral quística ou tumoral, tipicamente benigna.^{1,3-5} As mais comuns são os quistos foliculares e do corpo amarelo (17%) e o teratoma maduro quístico (3.5-16.1%).^{1,5,6} Os sinais e sintomas são inespecíficos e variáveis, incluindo dor pélvica aguda, constante ou intermitente, febre, náuseas, vômitos e massa pélvica palpável.^{4,6} Os achados imagiológicos dependem da duração e do grau da torção.³ Descrevemos um caso clínico de torção ovárica subaguda direita causada por um fibroma ovárico, que se apresentou como uma massa pélvica indeterminada por ecografia, numa mulher em idade reprodutiva com sintomatologia inespecífica.

História Clínica

Doente do sexo feminino, 30 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por dor ligeira de tipo moimha na fossa ilíaca direita, irradiada à região lombar, associada a náuseas e vômitos. Negava outras queixas, nomeadamente febre e alterações urinárias e a última menstruação tinha ocorrido cerca de 4 semanas antes. O exame objetivo era negativo, não existindo nem defesa ou reação peritoneal e o Murphy renal era negativo. Analiticamente apenas se assinalava ligeira leucocitose (14.3 x10⁹/L), sem neutrofilia (neutrófilos 69.5%; linfócitos 23.0%) ou elevação valorizável da Proteína C Reativa (0.75 mg/dL). O hemograma, função renal e exame sumário de urina eram normais e o diagnóstico imunológico de gravidez foi negativo. A ecografia pélvica por via supra-púbica e transvaginal revelou uma volumosa lesão sólida, com cerca de 8x5 cm, no fundo de saco de Douglas, sem claro ponto de partida (Fig. 1), uma vez que os ovários eram apenas parcialmente visualizados, devido à presença de vários leiomiomas subserosos e intramurais. Existia também ligeira quantidade de líquido intraperitoneal. Dada a sintomatologia apresentada, a primeira hipótese que se colocou foi a de um tumor anexial direito, indeterminado por ecografia. Optou-se por realizar uma tomografia

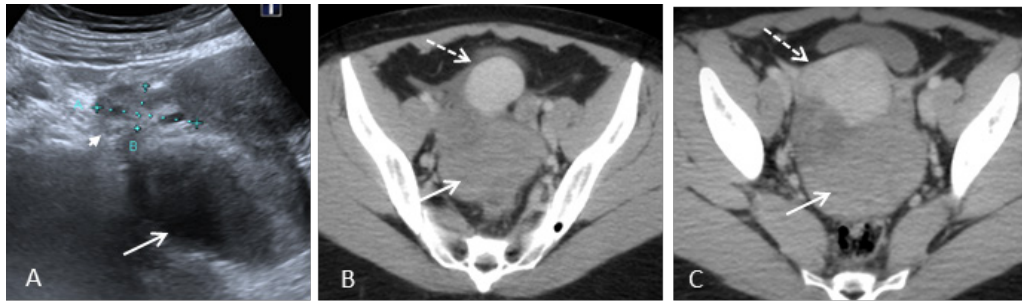


Figura 1 – Tumor da cavidade pélvica com origem e natureza indeterminada por ecografia. (A) Ecografia pélvica por via supra-púbica onde é evidente tumor sólido e hipocogênico de origem indeterminada (seta), com cerca de 8x5 cm, bem como parcialmente o ovário direito (ponta de seta) que não apresentava características ecográficas particulares. (B) e (C) TC com contraste endovenoso no plano axial, sendo (C) ligeiramente caudal a (B). A lesão observada na ecografia localiza-se na linha média (seta) posteriormente ao corpo do útero (seta tracejada). É uma lesão bem delimitada, sugestiva de ter contiguidade com o ovário direito, globalmente homogênea, sem calcificações e com captação de contraste inferior à do miométrio. Para além de pequena quantidade de líquido livre intraperitoneal, não se documentavam formações nodulares sólidas peritoneais.

computorizada (TC) no SU, devido à disponibilidade da técnica, para exclusão de outras alterações, nomeadamente gastrointestinais, do trato urinário e de doença peritoneal. A TC (Fig. 1) apoiou a hipótese de lesão anexial direita e não revelou quaisquer outros achados para além dos referidos. A doente foi internada para esclarecimento do quadro clínico, mantendo escassos períodos de dor intermitente. Neste sentido, para caracterização adicional da lesão anexial indeterminada diagnosticada no SU, foi realizada

uma ressonância magnética (RM) pélvica com brevidade (Figs. 2 e 3). A RM demonstrou uma volumosa lesão pediculada sólida em contiguidade com o ovário direito, com hipossinal em T1 e marcado hipossinal em T2 (Fig. 3), sem restrição à difusão. Não se documentou captação de contraste paramagnético quer pelo ovário direito quer pela lesão anexial (Figs. 2C e 3B). O ovário esquerdo era normal e não existiam adenomegalias pélvicas nem outras alterações relevantes. Perante estes

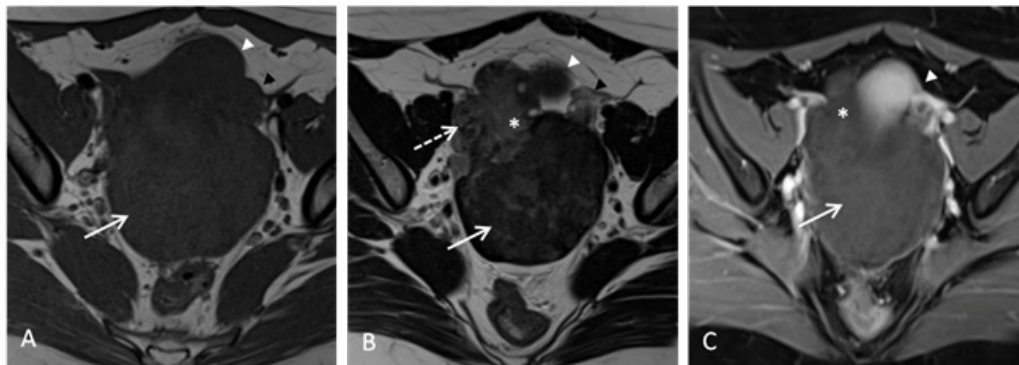


Figura 2 – Torção subaguda de fibroma ovárico em RM, no plano axial. (A) Sequência ponderada em T1. Volumosa lesão globalmente homogênea (seta comprida) na linha média, hipointensa, localizada anteriormente ao recto e por dentro dos vasos ilíacos, cujo limite anterior não é perceptível. Observam-se ainda duas bosseladuras na vertente anterior da cavidade pélvica, a mais mediana correspondendo a um leiomioma uterino (ponta de seta) e outra lateralizada à esquerda correspondendo ao ovário esquerdo (ponta de seta preta). (B) Sequência ponderada em T2, onde são evidentes os limites da lesão (seta branca) e a sua contiguidade com o ovário direito (asterisco). Trata-se de uma lesão sólida e marcadamente hipointensa, com focos dispersos de hipersinal. Adjacente ao ovário direito, paralela a este e por dentro dos vasos ilíacos externos, identifica-se estrutura tubular de morfologia em vírgula, isointensa com o ovário, que corresponde ao pedículo e à trompa edemaciados e torcidos (seta tracejada). São parcialmente identificados o ovário esquerdo, de dimensões normais (ponta de seta preta) e o leiomioma identificado em (A) pela ponta de seta branca. (C) Sequência ponderada em T1 com supressão de gordura após administração de gadolínio e.v. em fase tardia. Não se verifica captação de contraste pela lesão (seta) nem pelo ovário (asterisco), contrastando com o realce do ovário esquerdo e do miométrio (ponta de seta branca).

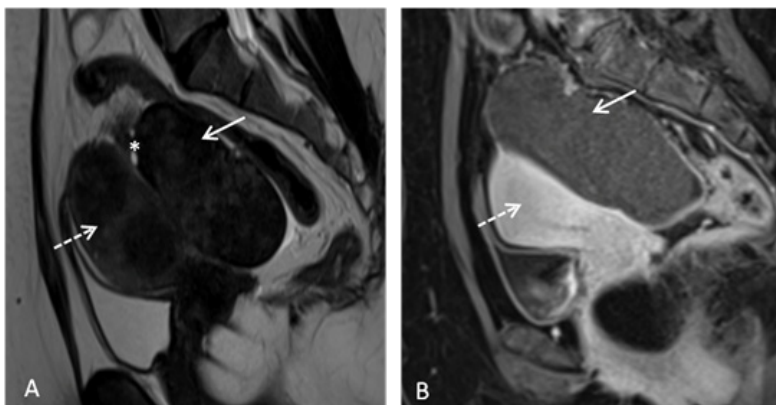


Figura 3 – Torção subaguda de fibroma ovárico em RM, no plano sagital. (A) Sequência ponderada em T2. Volumosa lesão com pequenos focos de hipersinal (seta) correspondendo ao fibroma ovárico, sem plano de clivagem com o ovário (asterisco), mas com plano de clivagem com o útero miomatoso (seta tracejada). (B) Sequência T1 com supressão de gordura após administração de gadolínio e.v. na fase tardia. Verifica-se ausência de captação de contraste pela lesão e pelo ovário (seta), contrastando com o intenso realce do miométrio (seta tracejada).

aspectos, colocou-se como principal hipótese diagnóstica torção ovárica subaguda condicionada pela lesão descrita, cuja semiologia radiológica era sugestiva de fibroma. Da restante avaliação laboratorial realizada destacava-se apenas ligeira elevação do CA-125 (51.5 U/mL), sendo os valores de CEA e AFP normais.

A doente foi submetida a anexectomia direita (Fig. 4), verificando-se aquando da cirurgia torção concomitante do segmento distal da trompa. A citologia do lavado peritoneal foi negativa para células neoplásicas e o diagnóstico anatomopatológico, extemporâneo e definitivo, confirmou a presença de um fibroma do ovário com necrose hemorrágica como causa da torção. Após a cirurgia, a doente teve evolução clínica favorável.

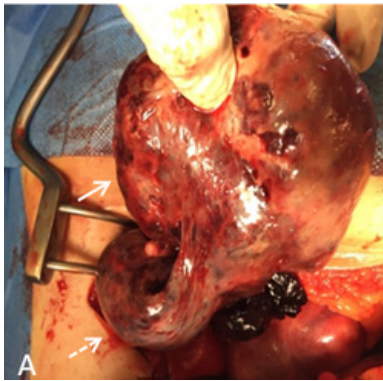


Figura 4 – Fotografia intraoperatória de torção do anexo direito. Massa anexial direita com cerca de 8x8,5x4 cm, de consistência aumentada e cor violácea, correspondendo ao fibroma ovárico torcido (seta). Observa-se ainda o pedículo torcido (seta tracejada).

Discussão

A torção do ovário deve-se à rotação do ovário e respetivo pedículo vascular nos seus suportes ligamentares⁶ e constitui a quinta emergência cirúrgica ginecológica mais comum.⁴ Numa primeira fase, ocorre compromisso da drenagem venosa e linfática, com consequente edema, e mais tardiamente pode haver compromisso do fluxo arterial que conduz a enfarte hemorrágico e à perda irreversível da função ovárica.^{3,4,6} A torção anexial é particularmente frequente em mulheres em idade reprodutiva, designadamente em grávidas e em mulheres submetidas a estimulação ou indução da ovulação, e também na idade pediátrica (primeiro ano de vida e menarca).^{4,6} O diagnóstico atempado tem elevada importância, de forma a preservar o ovário envolvido e evitar complicações infecciosas, nomeadamente peritonite e sépsis.^{1,3,4} A apresentação clínica da torção anexial é, contudo, inespecífica, mimetizando outras causas de dor pélvica aguda mais frequentes como apendicite, diverticulite, cólica renal, doença inflamatória pélvica ou rotura de quisto ovárico.^{2,3,6} Além disso, os aspetos imagiológicos são variados, o que torna esta entidade, não raras vezes, num desafio diagnóstico em contexto de urgência.¹

O caso clínico que descrevemos ilustra a inespecificidade da apresentação da torção anexial (dor pélvica ligeira de tipo moimha, irradiada à região lombar, náuseas, vômitos e ligeira leucocitose) e o desafio que pode constituir a sua avaliação imagiológica. Na avaliação ecográfica inicial (por via supra-púbica e transvaginal), foi apenas possível identificar um tumor sólido sem claro ponto de partida, devido à presença de vários leiomiomas uterinos que condicionavam a visualização da cavidade pélvica. Existia também ligeira quantidade de ascite no fundo de saco de Douglas. A TC, realizada para excluir a coexistência de

outras alterações, corroborou a hipótese de se tratar de uma lesão anexial direita sem outros achados associados. Dada a ausência de dor franca e a presença de uma lesão em sede anexial de natureza e origem indeterminada, era fundamental melhor caracterização por RM em tempo eletivo.^{1,3}

A RM está indicada para a caracterização de lesões anexiais indeterminadas por ecografia.^{7,8} É uma técnica com elevada especificidade porque, devido à sua resolução tecidual, permite a exclusão de lesões benignas que mimetizam tumores malignos ováricos (ex. fibroma, teratoma, endometrioma). É também uma mais-valia na deteção da origem das lesões na pélvis, permitindo determinar a origem ovárica ou uterina de um tumor just-uterino.⁸ Este aspeto é da maior relevância se, como no caso apresentado, existir uma lesão sólida francamente hipointensa em T2, que poderá ser ou um fibroma ovárico ou um leiomioma subseroso ou do ligamento largo.⁸⁻¹⁰ Nesta situação deverá ser realizado um plano paralelo ao longo eixo do útero (eixo do ovário) ou, alternativamente, um plano que passe na zona de maior contacto entre o tumor e o útero, para que se possa identificar o eventual sinal dos “vasos em ponte”, que permite diagnosticar a lesão como uterina.⁸

Neste caso, a RM permitiu caracterizar a lesão e estabelecer com detalhe as suas relações anatómicas, confirmando-se a dependência do ovário direito. A ausência de captação de contraste paramagnético pela lesão e pelo ovário foi decisiva para o diagnóstico de torção do ovário. A lateralidade da torção nesta situação está em concordância com o reportado na literatura, havendo um predomínio do lado direito em relação ao contralateral^{3,4,6} numa proporção de 3:2.¹ Perante uma torção subaguda do ovário, impunha-se determinar se existiam características que sugerissem a presença de eventual tumor maligno do ovário, que implicaria uma cirurgia citorrredutora agressiva, sem preservação da fertilidade nesta examinada de idade jovem.⁷ Contudo, as características da lesão na RM, nomeadamente o facto de ser sólida, volumosa, bem delimitada, hipointensa em T1 e marcadamente hipointensa em T2, favoreceram o fibroma ovárico como hipótese diagnóstica mais provável.^{3,10,11} Tornou-se essencial o exame anatomopatológico extemporâneo aquando da cirurgia, que confirmou o diagnóstico.

Os fibromas são tumores benignos dos cordões sexuais e do estroma do ovário que correspondem aos tumores ováricos primitivos sólidos mais comuns em mulheres assintomáticas de todas as idades.⁹⁻¹² São frequentemente difíceis de diagnosticar ecograficamente, podendo ser interpretados como leiomiomas uterinos ou como tumores malignos.^{11,12} Associam-se, como no caso apresentado, a ascite e a aumento dos níveis de CA-125.^{3,12} Na maioria dos casos são lesões sólidas indeterminadas por ecografia, necessitando de melhor caracterização por RM.⁹ A RM frequentemente demonstra lesões sólidas, homogeneamente hipointensas em T2 e com hipossinal no estudo de difusão ($b=1000$ s/mm²).^{3,8} Segundo as recomendações mais recentes da *European Society of Genitourinary Radiology* (ESUR) estas características são suficientes para diagnosticar uma lesão como benigna, não sendo necessário o recurso ao estudo dinâmico após injeção de gadolínio.⁸ Contudo, no presente caso, foi exclusivamente a ausência total de captação de contraste paramagnético pelo tumor que permitiu o diagnóstico de torção subaguda ovárica concomitante.

Divulgações Éticas / Ethical Disclosures

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Conflicts of interest: The Authors have no conflicts of interest to declare.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidencialidade dos dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Confidentiality of data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Proteção de pessoas e animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Protection of human and animal subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

Referências

1. Rha SE, Byun JY, Jung SE, Jung JI, Choi BG, Kim BS et al. CT and MR imaging features of adnexal torsion. *Radiographics*. 2002;22:283-94.
2. Damigos E, Johns J, Ross J. An update on the diagnosis and management of ovarian torsion. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2012;14:229-36.
3. Hamm B, Forstner R. MRI and CT of the female pelvis. Berlin Springer. 2007;226:360-3.
4. Chang HC, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and pitfalls in diagnosis of ovarian torsion. *Radiographics*. 2008;28:1355-68.
5. Correia L, Marujo AT, Queirós A, Quintas A, Simões T. Torção anaxial. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2015;9:45-55.
6. Duigenan S, Oliva E, Lee SI. Ovarian torsion: diagnostic features on CT and MRI with pathologic correlation. *AJR*. 2012;198:122-31.
7. Forstner R, Meissnitzer M, Cunha, TM. Update on imaging of ovarian cancer. *Curr Radiol Rep*. 2016;4:31.
8. Forstner R, Thomassin-Naggara I, Cunha TM, Kinkel K, Masselli G, Kubik-Huch R, et al. ESUR recommendations for MR imaging of the sonographically indeterminate adnexal mass: an update. *Eur Radiol*. 2017;27:2248-57.
9. Wu B, Peng WJ, Gu YJ, Cheng YF, Mao J. MRI diagnosis of ovarian fibrothecomas: tumour appearances and oestrogenic effect features. *Br J Radiol*. 2014;87:20130634.
10. Shinagare AB, Meylaerts LJ, Laury AR, Mortelet KJ. MRI features of ovarian fibroma and fibrothecoma with histopathologic correlation. *AJR*. 2012;198:296-303.
11. Horta M, Cunha TM. Sex cord-stromal tumors of the ovary: a comprehensive review and update for radiologists. *Diagn Interv Radiol*. 2015;21:277-86.
12. Macciò A, Madeddu C, Kotsonis P, Pietrangeli M, Paoletti AM. Large twisted ovarian fibroma associated with Meigs' syndrome, abdominal pain and severe anemia treated by laparoscopic surgery. *BMC Surgery*. 2014;14:38.