

CASO CLÍNICO ARP N° 4: CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO, MULLERIANOSE DOS TECIDOS PARAVESICAIS E HIDÁTIDE DE MORGAGNI BILATERAL

ARP CASE REPORT N° 4: ENDOMETRIAL CARCINOMA, MULLERIANOSIS OF PARAVESICAL TISSUES AND BILATERAL HYDATID OF MORGAGNI

Elisa Melo Abreu, Teresa Margarida Cunha, Cláudia Campos

Serviço de Radiologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa,
Francisco Gentil
Director do Serviço: Dr. José Venâncio

As autoras apresentam um caso clínico de uma doente de 74 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, que recorreu ao médico assistente por metrorragias. A doente foi submetida a histeroscopia com biópsia, tendo sido confirmado o diagnóstico de carcinoma do endométrio.

Características Radiológicas

As imagens de ressonância magnética (RM) abdominal e pélvica confirmam a presença de um carcinoma endometrial

com sinal intermédio em T2 (superior à metade interior do miométrio), com restrição no estudo de difusão, medindo 3.6 x 3.0 cm, que invade a metade exterior do miométrio, critério melhor observado no estudo após contraste paramagnético. É excluída invasão da serosa e do estroma cervical, estando mantida a integridade dos paramétrios, da vagina, da bexiga e do recto (Fig. 1).

Concomitantemente, observa-se um nódulo em topografia para-uterina esquerda, bem circunscrito, hipointenso em T1 e com sinal heterogéneo em T2, revelando área hiperintensa

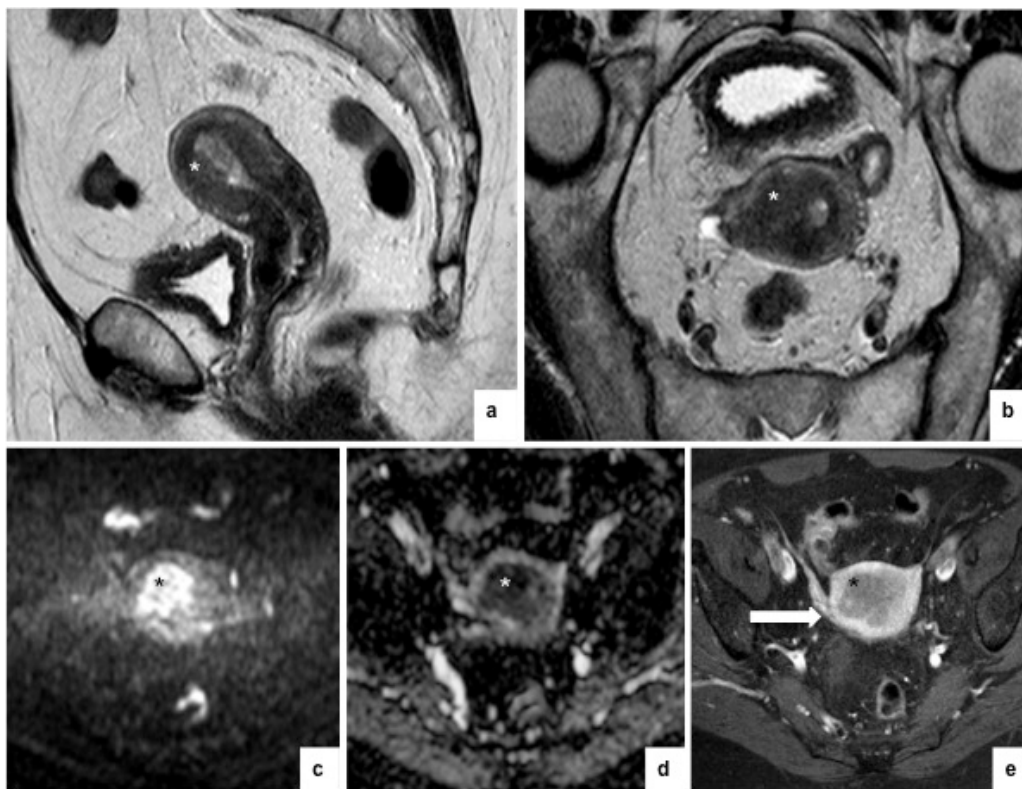


Figura 1 – Imagens de RM ponderadas em T2 nos planos sagital (a) e axial do corpo do útero (b), estudo de difusão no plano axial, b=1000 (c) e mapa ADC (d), e imagem ponderada em T1 com saturação de gordura após administração de gadolínio no plano axial (e) demonstram carcinoma do endométrio (asterisco) com sinal intermédio em T2 e restrição no estudo de difusão, que invade a metade exterior do miométrio, importante factor de prognóstico melhor estudado após administração de gadolínio, que permite obter melhor contraste entre o tumor e o realce do miométrio (seta). A análise histológica da peça operatória confirmou o diagnóstico de carcinoma do endométrio do tipo endometrióide, bem diferenciado (G1), estágio IB da FIGO, 2009.

central. Este nódulo realça de forma isoíntensa relativamente ao miométrio após administração de contraste paramagnético e não apresenta restrição suspeita no estudo de difusão (Fig. 2).

Identificam-se, ainda, dois quistos simples em topografia anexial bilateral (doente menopáusia; >1cm) (Fig. 3).

Abordagem Terapêutica e Resultado Anátomo-Patológico

A doente foi proposta para histerectomia total, anexectomia bilateral e linfadenectomia pélvica bilateral, que confirmou o diagnóstico de carcinoma do endométrio do tipo endometrióide, bem diferenciado (G1), que invadia a metade exterior do miométrio, não tendo sido observado

envolvimento metastático ganglionar (pT1bN0). A análise histológica do nódulo para-uterino esquerdo foi compatível com Mullerianose dos tecidos para-vesicais. Os dois quistos simples observados em topografia anexial bilateral corresponderam a Hidátides de Morgagni (HM).

Discussão

A utilização da RM no estadiamento do carcinoma do endométrio, com um protocolo técnico adequado, é recomendada pelo National Cancer Institute of France, pela European Society of Radiology e pelo Royal College of Radiologists, devido à relevância que esta técnica apresenta no planeamento terapêutico e na avaliação prognóstica¹.

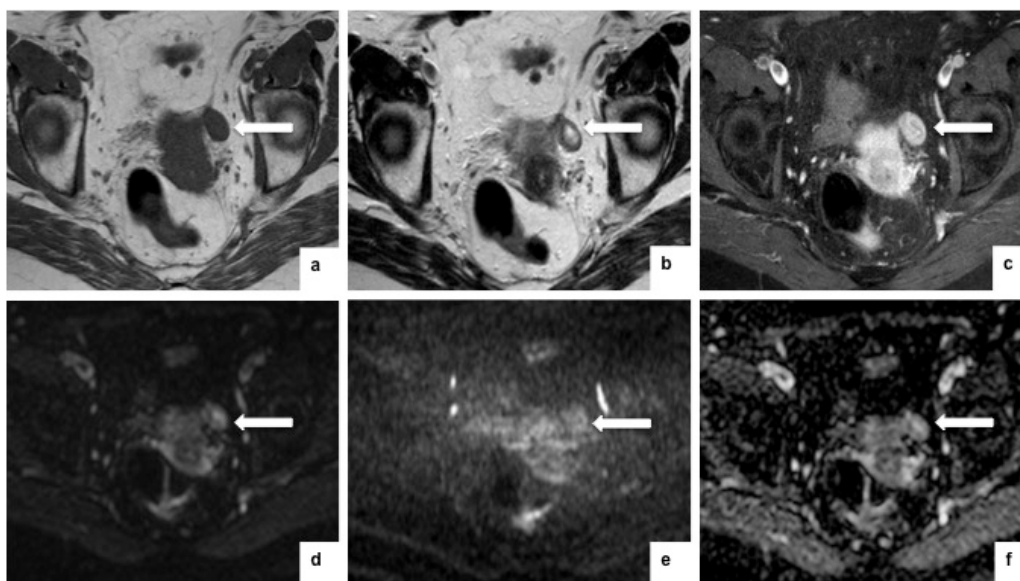


Figura 2 – Imagens de RM ponderadas em T1 (a), T2 (b) e T1 com saturação de gordura após administração de contraste paramagnético (c) no plano axial, e imagens de estudo de difusão no plano axial, b=0 (d), b=1000 (e) e mapa ADC (f), demonstram nódulo para-uterino esquerdo, hipointenso em T1, heterogêneo em T2 com hipossinal na periferia e hipersinal central, que realça intensamente após administração de contraste, não revelando restrição no estudo de difusão (seta). O diagnóstico histológico revelou tratar-se de Mullerianose dos tecidos para-vesicais.

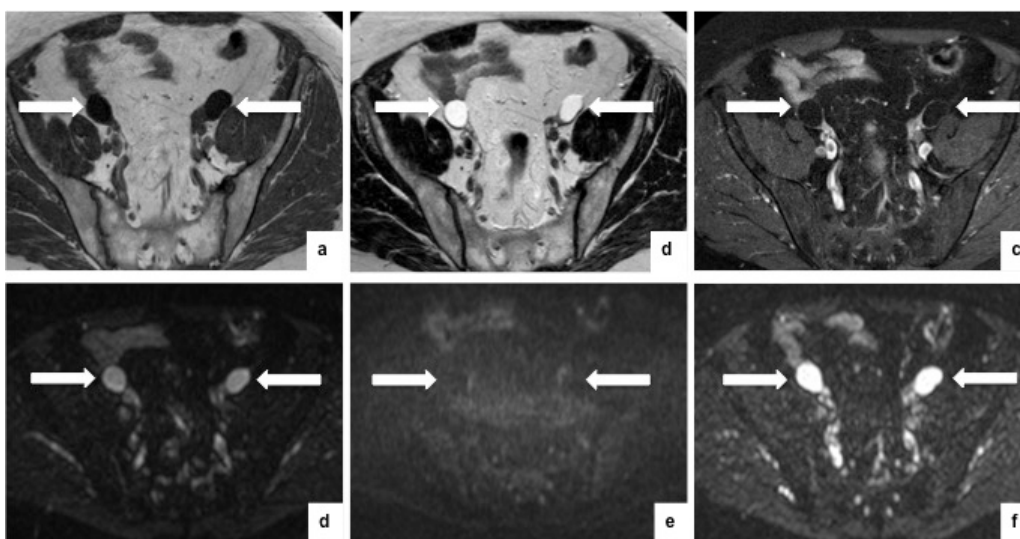


Figura 3 – Imagens de RM ponderadas em T1 (a), T2 (b) e T1 com saturação de gordura após administração de contraste paramagnético (c) no plano axial, e imagens de estudo de difusão no plano axial, b=0 (d), b=1000 (e) e mapa ADC (f), demonstram dois quistos simples em topografia anexial bilateral, com o habitual hipossinal homogêneo em T1, hipersinal em T2 e ausência de realce após contraste ou de restrição no estudo de difusão (setas). A análise histológica revelou tratarem-se de Hidátides de Morgagni.

Em RM, os carcinomas do endométrio apresentam-se com sinal intermédio em T2, superior à metade inferior do miométrio e com restrição no estudo de difusão. As questões mais importantes a responder dizem respeito à profundidade de invasão miometrial, à invasão do estroma cervical e ao possível envolvimento metastático ganglionar. Em particular, a administração de contraste magnético constitui um “problem solving” na avaliação da invasão do miométrio, permitindo delimitar com maior precisão a interface tumoral com o miométrio².

Os factores de prognóstico do carcinoma do endométrio incluem o estágio da International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), a profundidade de invasão miometrial, o envolvimento ganglionar metastático, o subtipo histológico, o grau de diferenciação do tumor e a invasão linfovascular^{1,2}.

Por sua vez, a Mullerianose constitui uma estrutura organóide de origem embrionária, um coriostoma constituído por remanescentes Mullerianos – endométrio, endossalpinge e endocolo normais – isolados ou em combinação, incorporados num órgão durante a organogénese. Um coriostoma é um componente tecidual normal que “habitualmente não é encontrado no órgão ou estrutura onde está localizado”³. Enquanto a diferenciação metaplásica endometrióide destes elementos culmina na endometriose – a entidade clínica mais frequentemente observada de forma isolada – o termo Mullerianose refere-se à presença de pelo menos dois epitélios glandulares ectópicos Mullerianos, cujo diagnóstico só poderá ser feito nas seguintes condições: 1) ausência de endometriose pélvica; 2) ausência de comunicação com o endocolo, endométrio ou endossalpinge; 3) ausência de cirurgia ginecológica prévia^{3,4}. A Mullerianose é uma entidade rara que, quando se apresenta na forma de implante peritoneal pélvico, pode cursar com dor

pélvica e infertilidade³. Mais frequentemente é identificada incidentalmente no exame histológico, não existindo até a data descrição de características radiológicas patognomónicas que permitam evitar a necessidade de confirmação histológica em adolescentes e mulheres jovens sem antecedentes cirúrgicos⁵. Finalmente, as HM são remanescentes dos ductos Mullerianos na mesossalpinge, com origem distinta do ovário. Embora estejam descritos na literatura casos de torção de HM e de desenvolvimento tumoral associado, as HM são consideradas entidades benignas, tipicamente assintomáticas. A sua relação com infertilidade é controversa⁶. Do ponto de vista radiológico, o diagnóstico de HM é simplificado quando o ovário homolateral é diferenciado da mesma, o que se pode tornar difícil na menopausa tardia quando o ovário reduz significativamente de volume. A HM não complicada assume características de quisto do para-ovário de parede fina, unilocular, estando indicado o seguimento similar àquele preconizado pela Society of Radiologists in Ultrasound e pelo ACR Incidental Findings Committee II para o quisto simples do ovário⁷⁻⁹. HM volumosas ou sintomáticas podem ter indicação cirúrgica. Os diagnósticos diferenciais incluem quisto do ovário (folicular, de inclusão cortical ou cistadenoma), cistadenoma do para-ovário e quisto de inclusão peritoneal⁶.

Diagnósticos Finais

- Carcinoma do endométrio, com invasão da metade exterior do miométrio
- Nódulo para-uterino esquerdo – Mullerianose
- Quistos simples bilaterais do para-ovário – Hidátides de Morgagni

Referências

1. Rauch, GM, Kaur H, Choi H, Ernst RD, Klopp AH, Boonsirikamchai P, et al. Optimization of MR Imaging for Pretreatment Evaluation of Patients with Endometrial and Cervical Cancer. *RadioGraphics*. 2014;34:1082–98.
2. Beddy P, O'Neill AC, Yamamoto AK, Addley HC, Reinhold C, Sala E. FIGO Staging System for Endometrial Cancer: Added Benefits of MR Imaging. *RadioGraphics*. 2012;32:241–54.
3. Batt RE, Smith RA, Buck Louis GM, Martin DC, Chapron C, Koninckx P R, et al. Mullerianosis. *Histol Histopathol*. 2007;22:1161–6.
4. Carvalho S, Fraga S, Ramos U, Sousa S, Santos R, Cando B. Mullerianosis of the Urinary Bladder (Endosalpingiosis): A Case Report. *Acta Obstet Gynecol Port*. 2007;1(4):189–92.
5. Tomada N, Silva J, Vendeira P, Diniz P, Dias M, Cruz F. Mullerianose Vesical: A Propósito de um Caso Clínico. *Acta Urológica*. 2006;23: 2:59–61.

6. Cebesoy FB, Kutlar I, Dikensoy E, Yazicioglu C, Kalayci H. Morgagni Hydatids: A New Factor in Infertility? *Arch Gynecol Obstet*. 2010;281:1015–7.
7. Resvani M, Shaaban AM. Fallopian Tube Disease in the Nonpregnant Patient. *RadioGraphics*. 2011;31:527–48.
8. Levine D, Brown DL, Andreotti RF, Benacerraf B, Benson CB, Brewster WR. Management of Asymptomatic Ovarian and other Adnexal Cysts Imaged at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement. *Radiology*. 2010;256(3):943–54.
9. Patel MD, Ascher SM, Paspulati RM, Shanbhogue AK, Siegelman ES, Stein MW, et al. White Paper of the ACR Incidental Findings Committee II on Adnexal Findings. *Journal of the American College of Radiology*. 2013;10(9):675–81.