

CASO CLÍNICO ARP Nº 5: TUMOR DE KRUKENBERG E FIBROTECOMA DO OVÁRIO

ARP CASE REPORT Nº 5: KRUKENBERG TUMOR AND OVARIAN FIBROTHERCOMA

André Gomes¹, Alexandre Lourenço², Lurdes Correia³, Manuel Abecasis¹

¹Serviço de Imagiologia Geral

Diretora do Serviço: Dr.^a Isabel Távora

²Serviço de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução Humana

³Serviço de Anatomia Patológica

Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

Apresentação do caso

Doente do sexo feminino com 28 anos de idade, raça africana, grávida de 11 semanas, recorre ao serviço de urgência por perda hemática vaginal, referindo ainda aumento do volume abdominal com 6 meses de evolução. Realizou ecografia (suprapúbica e endocavitária) onde foi identificada massa pélvica lateralizada à direita com cerca de 14 cm de maior eixo. Ecografia obstétrica sem outras alterações para além da massa pélvica.

Examinada G3P1 com um parto distócico (cesariana por motivo desconhecido) e uma interrupção voluntária da gravidez. Sem antecedentes pessoais ou familiares conhecidos relevantes. Resultados de estudos laboratoriais com valores dentro da normalidade.

Efeutou estudo de Ressonância Magnética (RM) pélvica 1 semana depois.

Características imagiológicas

Ecograficamente (fig. 1) distingue-se uma massa sólida heterogénea com 14 cm de maior eixo, vascularizada, com pequena área nodular anecogénea excêntrica.

No estudo de Ressonância Magnética identifica-se massa pélvica lateralizada à direita, medindo 15 x 13 x 6,5 cm, com pedículo vascular na dependência do ovário direito (seta nas figs. 4A e 5C). Embora adjacente ao fundo uterino, não se observa implantação miometrial (figs. 4C e 5A). A massa é hipointensa em T1 e heterogeneamente hiperintensa em T2, com finos septos hipointensos, bem delimitada por uma “cápsula” hipointensa. Identifica-se pequena área quística excêntrica com 2 cm (fig. 4B). Ausência de focos hiperintensos em T1 ou artefacto de desvio químico sugestivos de hemorragia e gordura macroscópica ou gordura microscópica, respetivamente.

Presença de líquido ascítico (figs. 3,4 e 5) nos recessos supra e inframesocólicos.

Note-se hipointensidade do miométrio da vertente posterolateral esquerda do fundo uterino em relação com mais provável contração do miométrio (figs. 4C,4D e 5A).



Figura 1 – Imagem de ecografia pélvica suprapúbica no plano axial com Doppler cor.

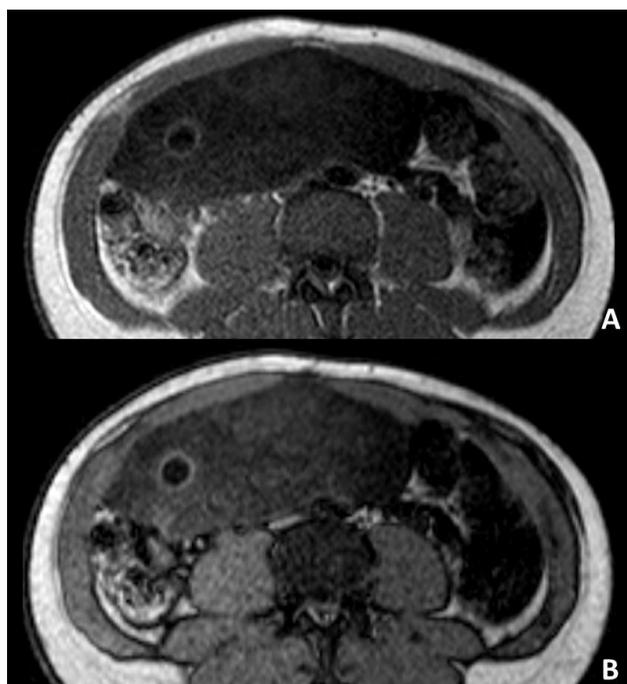


Figura 2 – Imagens de RM ponderadas em T1 em fase (A) e fora de fase (B) no plano axial.



Figura 3 – Imagem de RM ponderada em T2 no plano axial.

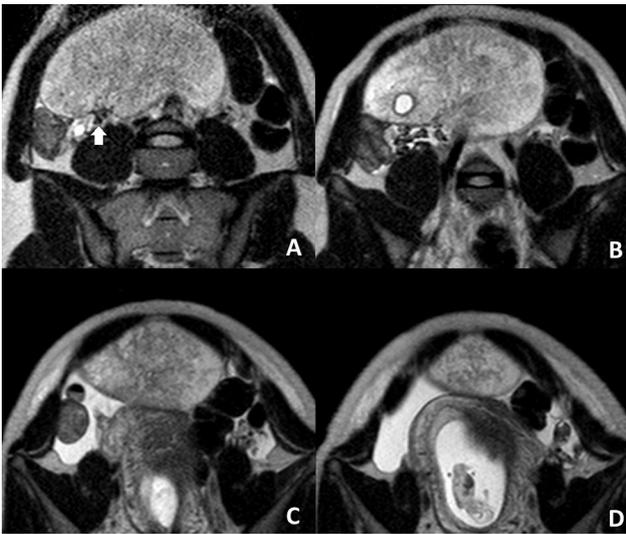


Figura 4 – Imagens de RM ponderadas em T2 (sentido crânio-caudal de A a D) num plano axial oblíquo.

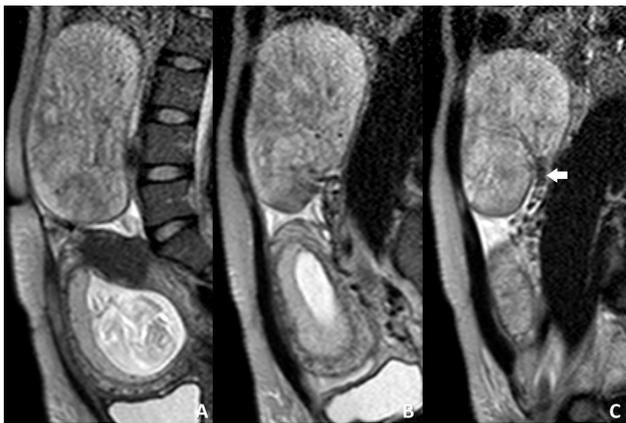


Figura 5 – Imagens de RM ponderadas em T2 na linha média (A) e lateralizadas à direita (B e C) no plano sagital.

Opção terapêutica e resultado anatomopatológico

A literatura não é consensual em relação ao tratamento de massas anexiais durante a gravidez¹. Embora a maioria das lesões possa ser abordada de forma conservadora, quando se identificam massas volumosas ou persistentes, com suspeição de malignidade ou risco de complicação, como neste caso, o tratamento cirúrgico é a opção favorecida.

O resultado anatomopatológico da peça operatória (fig. 6) foi de metástase de adenocarcinoma pouco diferenciado com células em “anel de sinete” em ovário com tecoma luteinizado. A biópsia de lesão suspeita do corpo gástrico em estudo de endoscopia digestiva alta revelou fragmentos de mucosa gástrica com adenocarcinoma pouco diferenciado com células em “anel de sinete”.



Figura 6 – Fotografia da massa após remoção cirúrgica.

Discussão

Perante uma massa pélvica, a determinação do seu ponto de origem é essencial para o diagnóstico diferencial. Não raras vezes os leiomiomas uterinos exófiticos simulam massas anexiais nos estudos ecográficos². Adicionalmente, alguns miomas (<1/3) podem crescer durante o primeiro trimestre da gravidez³. A RM tem melhor acuidade do que a ecografia na determinação do ponto de origem⁴, sendo útil seguir o respetivo pedículo vascular.

Detectam-se massas anexiais em cerca de 1 a 2% das mulheres grávidas, excluindo os quistos do corpo amarelo. As mais frequentes são benignas, nomeadamente quistos funcionais (38%), quistos dermóides (32%), tumores quísticos benignos (12%) e endometriomas (11%)⁵, excluídas deste diagnóstico diferencial atendendo à natureza predominantemente sólida da lesão em estudo.

Os tumores malignos anexiais afetam apenas 0,1% das gestações⁶. Apesar da idade da doente, ausência de adenopatias ou elevação dos marcadores tumorais, as queixas clínicas de aumento do volume abdominal (que antecede a gravidez), o tamanho da lesão e a presença de ascite são características que não permitem excluir malignidade. Entre as massas anexiais predominantemente sólidas malignas neste grupo etário, a raridade e as características imagiológicas da lesão desfavorecem as hipóteses de disgerminoma (massa heterogênea de contornos lobulados) ou tumores das células de Sertoli-Leydig (tipicamente com várias áreas quísticas)⁷, considerando-se a hipótese de origem secundária.

As lesões metastáticas correspondem a 10% dos tumores do ovário e desenvolvem-se em doentes em idade fértil⁸. Os locais dos tumores primários mais frequentes incluem o cólon e o estômago⁷; a presença de massa com componente predominantemente sólido favorece a origem gástrica⁹. A hipótese de tumor de Krukenberg deve ser sempre colocada em doentes com lesões anexiais sólidas bilaterais. No entanto não se pode excluir este diagnóstico com base na unilateralidade ou ausência de alterações laboratoriais¹⁰.

Os fibrotecomas do ovário correspondem a um espectro de tumores sólidos benignos dos cordões sexuais/estroma ovárico. Tipicamente apresentam margens bem definidas e hipointensidade relativamente ao miométrio nas sequências ponderadas em T1 e T2. Quando ultrapassam os 6 cm estão frequentemente associados a presença de cápsula, áreas quísticas periféricas, alterações degenerativas/edema (condicionando aumento do sinal em T2) e heterogeneidade do sinal em T2¹¹, todas estas características presentes no estudo de RM apresentado. A distinção entre miomas e fibrotecomas pode beneficiar da administração de contraste

endovenoso¹¹, só utilizado excepcionalmente em grávidas, e de estudo em Difusão¹²; por outro lado, a Difusão não auxilia a distinção entre fibrotecomas e outras massas sólidas anexiais¹². Encontram-se descritos casos de metastização ovárica associada a fibrotecomas^{13,14}.

Diagnósticos finais

- Fibrotecoma
- Metástase ovárica – Tumor de Krukenberg

Bibliografia

1. Yakasai IA, Bappa LA. Diagnosis and management of adnexal masses in pregnancy. *J Surg Tech Case Rep*. 2012 Jul;4(2):79-85. doi: 10.4103/2006-8808.110249.
2. Telischak NA, Yeh BM, Joe BN, Westphalen AC, Poder L, Coakley FV. MRI of adnexal masses in pregnancy. *AJR Am J Roentgenol*. 2008 Aug;191(2):364-70.
3. Rosati P, Exacoustòs C, Mancuso S. Longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy. A sonographic study. *J Ultrasound Med*. 1992 Oct;11(10):511-5.
4. Weinreb JC, Brown CE, Lowe TW, Cohen JM, Erdman WA. Pelvic masses in pregnant patients: MR and US imaging. *Radiology*. 1986;159:717-724.
5. Chiang G, Levine D. Imaging of adnexal masses in pregnancy. *J Ultrasound Med*. 2004; 23:805-19.
6. Morice P, Uzan C, Gouy S, Verschraegen C, Haie-Meder C. Gynaecological cancers in pregnancy. *Lancet*. 2012 Feb 11;379(9815):558-69.
7. Jung SE, Lee JM, Rha SE, Byun JY, Jung JI, Hahn ST. CT and MR imaging of ovarian tumors with emphasis on differential diagnosis. *Radiographics*. 2002 Nov-Dec;22(6):1305-25.
8. Brown DL, Zou KH, Tempany CM, et al. Primary versus secondary ovarian malignancy: imaging findings of adnexal masses in the Radiology Diagnostic Oncology Group Study. *Radiology*. 2001;219:213-8.
9. Testa AC, Ferrandina G, Timmerman D, Savelli L, Ludovisi M, Van Holsbeke C, Malaggese M, Scambia G, Valentin L. Imaging in gynecological disease (1): ultrasound features of metastases in the ovaries differ depending on the origin of the primary tumor. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2007 May;29(5):505-11.
10. Testa AC, Licameli A, Di Legge A, Mascilini F, Petruzzello L, Pelagalli M, Scambia G, Ferrandina G. Color Doppler sonographic features of a Krukenberg tumor in pregnancy. *J Ultrasound Med*. 2009 May;28(5):695-8.
11. Shinagare AB, Meylaerts LJ, Laury AR, Mortelet KJ. MRI features of ovarian fibroma and fibrothecoma with histopathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2012 Mar;198(3):W296-303.
12. Zhang, He et al. "Value of 3.0 T Diffusion-Weighted Imaging in Discriminating Thecoma and Fibrothecoma from Other Adnexal Solid Masses." *Journal of Ovarian Research* 6 (2013): 58. PMC. Web. 18 Feb. 2016.
13. Hann LE, Lui DM, Shi W, Bach AM, Selland DL, Castiel M. Adnexal masses in women with breast cancer: US findings with clinical and histopathologic correlation. *Radiology*. 2000 Jul;216(1):242-7.
14. Nickel J, Briese V, Briese J, Rehda E. Malignant melanoma and fibrothecoma —an ovarian mixed tumor. *Anticancer Res*. 2005 May-Jun;25(3A):1603-6.