

“Struma ovarii” benigno

FAUZER SIMÃO ABRÃO¹, FRANCISCO RICARDO GUALDA COELHO², FRANCISCO MARZIONA³,
AYRTON DE ANDRÉA FILHO³, OSVALDO GIANNOTTI FILHO⁴

Unitermos: Ovário — Neoplasma. Célula germinativa — Tumor.

Key words: Ovary — Neoplasms. Germ cell — Tumor.

RESUMO — São descritos dois casos de *struma ovarii* benignos examinados e tratados no Departamento de Ginecologia do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antônio Prudente. O diagnóstico anatomopatológico de congelação já demonstrava histopatologia sugestiva de *struma ovarii*, ratificado posteriormente através do exame com parafina. Procedeu-se ainda ao estudo com imunoperoxidase (antitiroglobulina), como propedêutica complementar. Os aspectos clínicos diferenciais e tratamento deste tumor raro são discutidos.

INTRODUÇÃO

Struma ovarii é uma forma de teratoma em que existe preponderância parenquimatosa de tecido tireoidiano⁽¹⁹⁾. Alguns autores estimam que entre um quarto e um terço desses tumores são formados por tecidos tireoidianos⁽⁶⁾. Outro autor refere que, para ser considerado como *struma ovarii*, a massa neoplásica deve ser constituída na sua totalidade por tecido tireoidiano⁽⁷⁾. Este tecido tireoidiano é, sob os aspectos histológico, biológico, químico e farmacológico, idêntico ao encontrado no tecido da glândula tireóide cervical^(14,17).

Incide em pacientes jovens e idosas. Apenas ocasionalmente é associado a sinais de hipertireoidismo, sendo que em 5 a 6% dos casos produz tirotoxicose⁽²⁰⁾.

Strumae podem ocorrer em forma pura ou em paredes de cistos dermóides ou cistoadenomas⁽¹⁹⁾. São tumores raros, representando 2,7% dos teratomas ovarianos e 0,3% dos tumores sólidos do ovário⁽¹⁵⁾. São descritos na forma benigna ou mais raramente maligna em 5 a 10% dos casos^(13,19). Abordamos aqui os aspectos clínicos, pa-

tológicos e terapêuticos de dois casos de *struma ovarii* benignos, admitidos no Departamento de Ginecologia do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antônio Prudente em 1981 e 1986.

RELATO DOS CASOS

O primeiro caso tratava-se de paciente de 54 anos de idade, branca, cuja queixa principal era de crescimento rápido do volume abdominal, com dor na região mesogástrica de forte intensidade, acompanhada de vômitos pós-prandiais e anorexia intensa. Apresentava evidências clínicas, radiológicas e ultra-sonografias de ascite e derrame pleural à direita. A citologia oncótica do líquido ascítico e pleural, após paracentese e toracocentese esvaziadoras, evidenciou classe V (Papanicolaou) e a colpocitologia encontrada foi de classe II. A curetagem revelou endométrio proliferativo.

Ainda sem diagnóstico definitivo, esta paciente foi submetida à laparotomia exploradora; o achado consistiu de conteúdo ascítico de médio volume de cor amarelo-citrino e tumor sólido em ovário direito, medindo oito centímetros. O exame de congelação revelou *struma ovarii*. O procedimento cirúrgico adotado foi histerectomia total e salpingooforectomia bilateral.

Com esse diagnóstico, a paciente fez provas laboratoriais de função tireoidiana, as quais se encontravam normais, não havendo evidências de presença de nódulo tireoidiano.

Trabalho realizado no Departamento de Ginecologia do Instituto Central — Hospital A.C. Camargo, da Fundação Antônio Prudente. Aprovado para publicação em 17/9/87.

1. Diretor Depto. Ginecologia.

2. Residente de Cirurgia.

3. Titular Depto. Ginecologia.

4. Titular Depto. Anatomia Patológica.

Em janeiro de 1987 a paciente encontrava-se assintomática.

O exame macroscópico da peça (fig. 1) apresentou características de teratoma cístico benigno, inclusive contendo cabelos, com algumas áreas sólidas que corresponderam no exame microscópico à presença do *struma ovarii* (parafina). O diâmetro maior da peça (ovário direito) foi de dez centímetros. No restante do exame anatomopatológico da peça cirúrgica retirada não foi encontrada alteração significativa.

A revisão das lâminas do exame citológico dos líquidos das cavidades abdominal e torácica mostrou ter havido erro de interpretação e as células que inicialmente foram consideradas como células epiteliais neoplásicas na realidade correspondiam a células mesoteliais.

O segundo caso constitui-se de paciente de 55 anos de idade, branca, com queixa à anamnese de dor em cólica difusa e irradiante para região hipogástrica; possuía antecedente de histerectomia abdominal total em outubro de 1971, realizada fora da instituição. O exame anatomopatológico revelou leiomioma uterino, adenomiose e hiperplasia glandular endometrial, não fazendo menção à existência de ovário direito na peça operatória. Apresentava evidências clínicas e ultra-sonográficas de tumor ocupando região hipogástrica e fossas ilíacas de aspecto cístico. A colpocitologia oncótica correspondia à classe II de Papanicolaou.

Para obtenção do diagnóstico, a paciente foi submetida à laparotomia exploradora, em que o achado operatório foi presença de tumor cístico em ovário esquerdo, com múltiplas aderências ao cisto. Foi procedida a ooforectomia esquerda. O ovário direito não foi localizado

durante o inventário da cavidade abdominal. O exame de congelação da peça operatória demonstrou tratar-se de *struma ovarii*.

As provas laboratoriais realizadas após o ato cirúrgico confirmaram função tiroídiana normal, não havendo evidências de presença de nódulo tiroídiano.

Em janeiro de 1977 a paciente encontrava-se assintomática. O aspecto macroscópico do tumor foi de lesão mista, com áreas císticas e sólidas, tendo oito e meio centímetros em seu maior diâmetro e lembrando mais as características de um cistoadenoma do que as de um teratoma. O diagnóstico foi confirmado através do exame de parafina.

Nos dois casos, o aspecto histológico foi semelhante, sendo o diagnóstico simples, caracterizado pela presença de tecido tiroídiano indistinguível do normalmente existente na glândula cervical normal (fig. 2).

Além dos cortes e colorações normalmente feitos, também se procedeu ao estudo com imunoperoxidase (antitiroglobulina).

DISCUSSÃO

Descrito pela primeira vez por Bottlin, em 1889, relatando a presença de tecido tiroídiano em ovário⁽³⁾, tendo sua origem a partir de cistos dermóides ou teratomas relatada por Pick, em 1901⁽¹⁶⁾, o *struma ovarii* foi aceito como composto de tecido tiroídiano verdadeiro, resultante de desenvolvimento unilateral de um teratoma ovariano⁽¹³⁾. Com o passar das décadas, mais casos foram sendo relatados pela literatura e hoje, à luz das novas técnicas de diagnóstico, muitos casos duvidosos obtêm

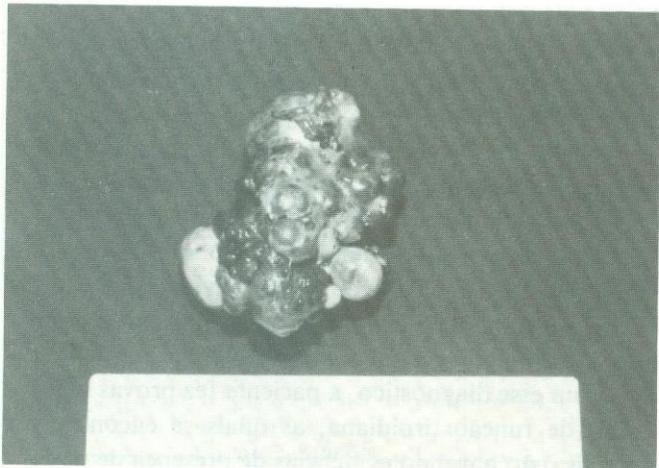


Fig. 1 — Peça cirúrgica

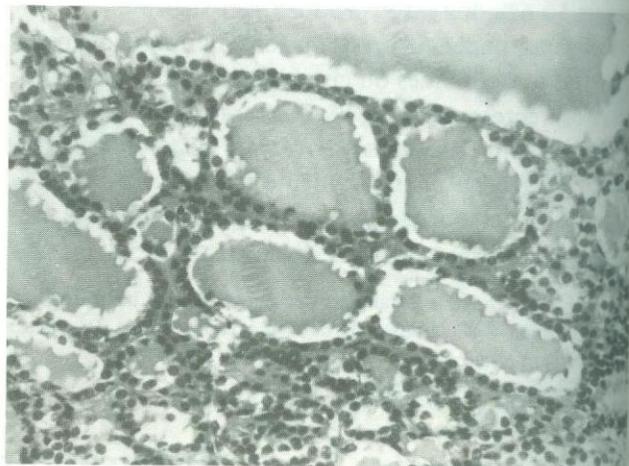


Fig. 2 — Aspecto histopatológico do "struma ovarii"

diagnóstico de certeza e outros do passado certamente seriam excluídos, passando para diferentes grupos de tumores.

A incidência de malignização do *struma ovarii* é provavelmente menor que 1%⁽⁹⁾. Sua verdadeira incidência é difícil de ser estimada, devido aos critérios heterogêneos adotados⁽¹⁵⁾; contudo, tanto na sua variante maligna como na benigna, são tumores raros. Devem ser considerados como malignos aqueles casos com evidências claras de anaplasia, com sinais de invasão e/ou metástases.

De 45 casos relatados na literatura de *struma ovarii* maligno, apenas 17 estavam associados com metástases^(8,21). Metástases para osso⁽²²⁾, fígado^(11,21), cérebro⁽⁵⁾, pulmões⁽¹¹⁾, mediastino⁽²¹⁾ e ovário contralateral⁽¹⁵⁾ têm sido descritas.

Carcinoma primário oculto da glândula tiróide deve ser excluído, apesar da metastatização para ovário ser raramente notada⁽¹⁵⁾.

O *struma ovarii* maligno deve ser diferenciado do *struma* carcinóide e do cistoadenocarcinoma seroso. Nos casos de dúvida, a utilização principalmente da imunoperoxidase e de microscopia eletrônica torna-se procedimento útil para o diagnóstico diferencial⁽¹⁵⁾.

Nos últimos anos a entidade *struma* carcinóide tem sido melhor estudada, apresentando-se com maior frequência que o *struma ovarii* maligno⁽¹⁸⁾ e muitas vezes com curso clínico mais grave⁽¹²⁾.

A presença de carcinomatose peritoneal não necessariamente caracteriza a lesão como maligna. Estes nódulos podem ser citologicamente benignos, quando são denominados *benigna strumosis*⁽¹⁹⁾.

Cartilagens, ossos ou dentes podem ser encontrados ao redor de 30% dos tumores dermóides⁽¹⁰⁾.

Para se caracterizar a síndrome de Meigs requer-se a presença de fibroma ovariano⁽¹¹⁾ e o desaparecimento espontâneo dos derrames pleural e coleção ascítica, pós-resssecção do tumor, como apresentado pela nossa primeira paciente, não é ocorrência incomum⁽¹⁾. Neste caso, como nos demais relatos da literatura, o hidrotórax não se refere após a toracocentese esvaziadora e a remoção da neoplasia pélvica⁽¹¹⁾.

O hipertireoidismo, quando presente clinicamente ou detectado laboratorialmente, necessita de acurado exame. O sítio de tecido tireoidiano hiperfuncionante pode ser de difícil localização, tais como nódulo cervical, tecido adenomatoso hiperfuncionante ovariano ou ainda da

combinação de ambos⁽¹¹⁾. Contudo, é impossível determinar através da literatura uma prevalência exata da associação do nódulo cervical com *struma ovarii*, porque os relatos de muitos casos não mencionam especificamente sua presença ou ausência⁽¹¹⁾.

A concentração de casos descritos por diversos autores indica faixa etária elevada de pacientes no momento do diagnóstico, igualmente notado nas nossas duas pacientes (54 e 55 anos). É interessante observar que tumores desmóides e teratomas complexos são comuns em pacientes jovens; provavelmente muitas destas lesões já existiam nos anos de fertilidade em estágios mais iniciais de desenvolvimento⁽¹¹⁾. Assim como nos casos aqui relatados, a literatura menciona ser a histerectomia abdominal total e salpingooforectomia bilateral o tratamento de eleição, podendo ser preservado o ovário contralateral, particularmente nas mais jovens, quando a biópsia de congelação do tecido ovariano oposto indicar ausência de malignidade. Há contudo descrição em que, em caso de preservação do ovário oposto, sete anos após, a paciente apresentava um tumor similar no ovário remanescente⁽⁴⁾, o que não nos faz mudar a conduta.

As portadoras de *struma ovarii*, em decorrência da variada sintomatologia apresentada, podem procurar vários especialistas, tais como gastroenterologista, endocrinologista, ou outros, podendo ser por vezes o ginecologista o último a ser consultado. Dessa forma, tais especialistas consultados devem sempre nestes casos atentar para a possibilidade de patologia ovariana, assim como ao ginecologista compete lembrar dessa variedade tumoral na concomitância de sinais e sintomas tireoidianos com neoplasia do ovário.

SUMMARY

Two cases of benign struma ovarii are presented. The diagnosis was made at the time of exploratory laparotomy and confirmed through routine pathological examination and with the use of antithyroglobulina immunoperoxidase technique.

The differential clinical diagnosis and treatment of this rare tumor are discussed in the paper.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRÃO, FS et al. A síndrome de Meigs. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2: 16, 1980.

2. BARBER, HRK Ovarian cancer. *Ca. A Cancer J. Clin.* 36: 149, 1986.
3. BOTTLIN, R Ueber zahmentwicklung in dermoidcystem des ovariums. *Virchows Arch. [Pathol. Anat.]* 115: 493, 1889.
4. DALGAARD, J & WETTLAND, P Struma ovarii: a follow up study of 20 cases. *Acta Chir. Scand.* 112: 1, 1957.
5. DE BAKEY, L & DELEHOCZHY, F Cerebral metastasis of ovarian struma. *Obstet. Gynecol. Surv.* 1: 266, 1946.
6. FOX, H & LANGLAY, FA Tumors of ovary. London, Heinemann Medical, 1976. p. 240.
7. GEIST, SH Ovarian tumors. New York, Paul. B. Hoeber, 1942.
8. GONZALEZ-ANGULO, A et al Adenocarcinoma of thyroid arising in struma ovarii (malignant struma ovarii): a report of two cases and review of the literature. *Obstet. Gynecol.* 21: 567, 1963.
9. HASLETON, PS et al Benign and malignant struma ovarii. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 102: 180, 1978.
10. HERBUT, PA Gynecological and obstetrical pathology. Philadelphia, Lea & Febiger, 1953. p. 505.
11. KEMPER, RD et al Struma ovarii: ascitic hyperthyroid, and asymptomatic syndromes. *Ann. Intern. Med.* 72: 883, 1970.
12. LIMA, GR et al Tumor carcinóide do ovário: apresentação de um caso. *J. Bras. Ginecol.* 89: 267, 1980.
13. MARCUS, GC & MARCUS, SL Struma ovarii. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 81: 752, 1961.
14. PLAUT, A. Ovarian struma: a morphologic, pharmacologic and biologic examination. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 25: 351, 1933.
15. PARDO-MINDAN, FJ & VAZQUEZ, JJ Malignant struma ovarii. *Cancer*, 51: 337, 1983.
16. PICK, L Die marchand'schen nebennieren und ihre neoplasmen: nebst untersuchungen uber glykogenreiche eirestocks-geschwulste. *Arch. Gynaekol.* 64: 670, 1901.
17. RAMAGOPAL, E & STANBURY, JB Studies of the distribution of iodine and protein in a struma ovarii. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 25: 526, 1965.
18. ROBBOY, SJ & SCULLY, RE Strumal carcinoid of the ovary: analysis of 50 cases of a distinctive tumor composed of thyroid tissue and carcinoid. *Cancer*, 46: 2.019, 1980.
19. SCULLY, RE Recent progress in ovarian cancer. *Hum. Pathol.* 1: 73, 1970.
20. SMITH, FG Pathology and physiology of struma ovarii. *Arch. Surg.* 53: 603, 1946.
21. WOODRUFF, JD et al Ovarian struma. *Obstet. Gynecol.* 27: 194, 1966.
22. WYNNE, HMN et al Struma ovarii. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 39: 263, 1940.

PERIGO PARA OS NÃO-FUMANTES

- 1º) A fumaça do cigarro afeta o não-fumante quase tanto quanto ao fumante.
- 2º) O fato de inalar a fumaça do vizinho apressa as batidas do coração, a pressão arterial e aumenta no sangue o nível de óxido carbônico.
- 3º) A fumaça que sobe de um cigarro e paira no ar contém mais alcatrão e nicotina do que a que é inalada.
- 4º) A quantidade de óxido de carbono existente no sangue do não-fumante dobra, quando este se acha numa sala mal ventilada e cheia de fumaça de cigarro. Mesmo depois de deixar a sala, a nocividade do carvão inalado, involuntariamente, ainda permanece 3 a 4 horas no seu organismo.
- 5º) O não-fumante é forçado a respirar a fumaça que sobe da extremidade do cigarro aceso, assim como a que é exalada pelo fumante.
- 6º) Pesquisadores descobriram que as molestias pulmonares são duas vezes mais comuns em crianças cujos pais fumam (sobretudo perto delas), em comparação com aquelas cujos pais não fumam de modo algum.
- 7º) Muitos são sensíveis à fumaça do tabaco e sofrem de asma, mesmo não sendo fumantes.