



Caso Clínico

Struma Ovarii, um Diagnóstico Incomum: Caso-Clínico



Daniel Costa Santos ^{a*}, Vitor Rocha^a, Hugo Gameiro^a, Miguel Allen^a, Diogo Sousa^a,
Diogo Marinho^a, Ana Cruz^a, Andreia Ferreira^a, Mariana Claro^a, José Augusto Martins^a,
Pierpaolo Cusati^b

^aServiço de Cirurgia Geral / Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém, Portugal

^bServiço de Anatomia Patológica / Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Received/ Recebido: 2018-04-26

Accepted/Aceite: 2018-11-22

Online: 2019-09-30

Palavras-chave:

Neoplasias dos Ovários

Struma Ovarii/diagnóstico

Struma Ovarii/diagnóstico por imagem

Keywords:

Ovarian Neoplasms

Struma Ovarii/diagnosis

Struma Ovarii/diagnostic imaging

R E S U M O

Struma ovarii é um teratoma ovárico com mais de 50% de tecido tiroideu e representa 1% dos tumores do ovário.

É geralmente assintomático e diagnosticado incidentalmente, mas pode causar sintomas abdominais e alterações da função tiroideia.

Apresentamos o caso clínico de doente do sexo feminino, 51 anos, seguida em consulta por massa anexial à direita, assintomática, de características benignas, com aumento progressivo de dimensões. Analiticamente sem alterações relevantes (nomeadamente função tiroideia e marcadores tumorais). A doente foi submetida a salpingo-ooforectomia unilateral. O exame histológico revelou predominância de tecido tiroideu, compatível com *struma ovarii*. Manteve-se assintomática e sem alterações analíticas no seguimento.

A raridade e características do *struma ovarii* levam a que, apesar de um elevado grau de suspeição, o diagnóstico seja realizado apenas após confirmação histológica. O tratamento é excisão cirúrgica e pode ser diferente na presença de células malignas.

Struma Ovarii, an Uncommon Diagnosis: Case-Report

A B S T R A C T

Struma ovarii is an ovarian teratoma with more than 50% of thyroid tissue and represents 1% of ovarian tumors.

It is usually asymptomatic and diagnosed incidentally, but it can cause abdominal symptoms and changes in thyroid function tests.

We present the case of a 51 year-old patient, who had an asymptomatic right adnexal tumor, with benign features and progressive growth. The blood tests (namely thyroid function and tumor markers) were normal.

The patient was submitted to unilateral oophorosalingectomy. Histology showed predominance of thyroid tissue, which is consistent with *struma ovarii*. The patient was asymptomatic on follow-up. *Struma ovarii* rarity and characteristics demand a high suspicion level, but the diagnosis is still histology-dependent. The treatment is surgical excision and can be different if malignant cells are present.

* Autor Correspondente / Corresponding Author.

E-Mail: costasantos.daniel@hotmail.com (Daniel Costa Santos)

Rua dr. Adriano Franco n°7

2530-148 Lourinhã

Portugal

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpedm.14.1.CC180024>

1646-3439/© 2019 Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Publicado por Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Struma ovarii é um teratoma ovárico raro, em que mais de 50% do tecido corresponde a tecido tiroideu. É mais comum em mulheres entre os 40-60 anos de idade. Estatisticamente corresponde a 1% dos tumores do ovário e a cerca de 3% de todos os tumores dermóides.^{1,2} Maioritariamente é unilateral e benigno.³

Os sintomas podem ser inexistentes ou inespecíficos, sendo que muitas vezes o achado de massa anexial ou pélvica é incidentalmente feito por ecografia ou outro exame imagiológico.

Em 5% - 8% dos casos podem existir alterações da função tiroideia, nomeadamente hipertiroidismo, devido à produção exógena de hormonas tiroideias.^{1,2} Nestes casos, os níveis de hormona estimulante da tiróide (TSH) podem estar baixos e os de triiodotironina (T3), tiroxina (T4) e tiroglobulina elevados.

Yoo *et al* mostraram que o diagnóstico pré-operatório por ecografia é possível em cerca de 12% dos casos, sendo que nos restantes o diagnóstico definitivo só foi estabelecido pelo exame histológico após ressecção cirúrgica da lesão.¹

Uma vez que o *struma ovarii* maligno é uma entidade rara (menos de 5% dos casos), o prognóstico desta patologia é favorável.^{1,3} Neste caso, o carcinoma papilar tiroideu é o mais frequente. O tratamento do *struma ovarii* maligno não é consensual e pode implicar ooforectomia contralateral, histerectomia e a realização de terapêutica adjuvante.¹

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 51 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, assintomática. Ao exame objectivo identificava-se massa palpável na fossa ilíaca direita, com cerca de 5 cm de diâmetro, indolor, com limites bem definidos, de superfície lisa e regular, consistência elástica, móvel em relação a planos superficiais, sem alterações da pele suprajacente.

Analicamente apresentava CA 125 dentro dos limites da normalidade, sem alteração da função tiroideia ou outras alterações relevantes.

Dos exames imagiológicos realizados, destaca-se ecografia pélvica que revelou massa anexial direita, heterogénea, septada, com componente sólido, com cerca de 55 mm de maior diâmetro; e tomografia computadorizada que revelou lesão expansiva com cerca de 25x33 mm, em localização postero-lateral direita em relação

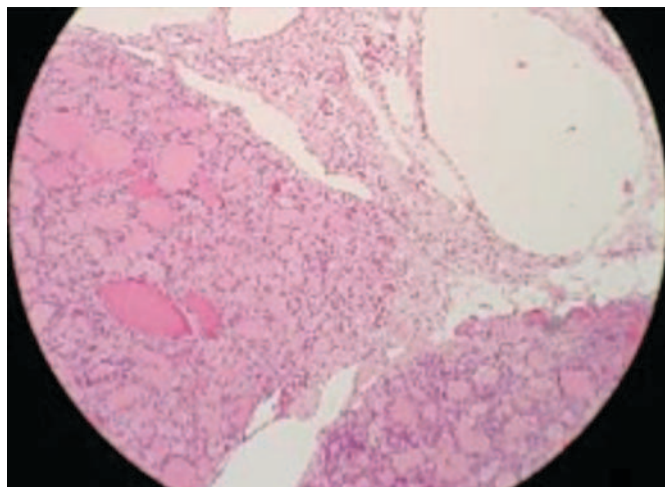


Figura 2. *Struma ovarii* - exame histológico. Microscopicamente idêntico a tecido tiroideu.

com o útero, com características lipídicas, e uma lesão com cerca de 67 mm de maior eixo, sólida, heterogénea, com características hiperdensas, sem evidência de hemorragia recente, ocupando toda a vertente posterior do corpo uterino, tendo plano de clivagem com o mesmo, aparentemente correspondentes a volumoso tumor dermóide anexial direito associado a formação fibromiomatosa uterina, com larga base de implantação uterina em topografia sub-serosa. Destaca-se ainda ausência de líquido ascítico, adenomegalias, metástases hepáticas e alterações dos anexos à esquerda.

Foi submetida a salpingo-ooforectomia à direita por laparotomia de Pfannenstiel, constatando-se volumoso teratoma ovárico (Fig. 1) e líquido ascítico, que se enviaram para exame anátomo-patológico, que revelou *struma ovarii* sem atipias celulares (Fig. 2), trompa de Falópio sem alterações e líquido ascítico sem células neoplásicas malignas.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo a doente alta ao quarto dia pós-operatório. No seguimento a doente encontra-se sem queixas e com função tiroideia normal.

Discussão

Struma ovarii é um teratoma raro do ovário. É mais comum nas quarta e quinta décadas de vida e é frequentemente unilateral e benigno.^{2,4}

Os sintomas podem incluir aumento do perímetro e dor abdominal, presença de massa abdominal palpável, metrorragias, ascite, hipertiroidismo, entre outros, mas mais frequentemente apresenta-se como achado imagiológico incidental.^{1,3,5}

O diagnóstico diferencial de *struma ovarii* é feito com a generalidade dos tumores ováricos benignos e malignos, o que conduz frequentemente ao tratamento cirúrgico semelhante ao realizado na suposição diagnóstica de doença maligna.

O valor de CA 125, marcador tumoral de eleição para doenças malignas do ovário, é limitado, sendo que este pode estar alterado em outras doenças malignas (endométrio, mama, pulmão, intestino) e benignas ginecológicas.^{6,7} No caso apresentado, o valor de CA 125 encontrava-se dentro da normalidade, o que levou à decisão de ooforectomia unilateral (em oposição a histerectomia total, salpingo-ooforectomia bilateral e omentectomia).

Apesar de não ser rotineiramente efectuado na presença de massa anexial, o estudo da função tiroideia (T3 e T4 livres, TSH, tiroglobulina e anti-corpo anti-tiroglobulina) deve ser realizado

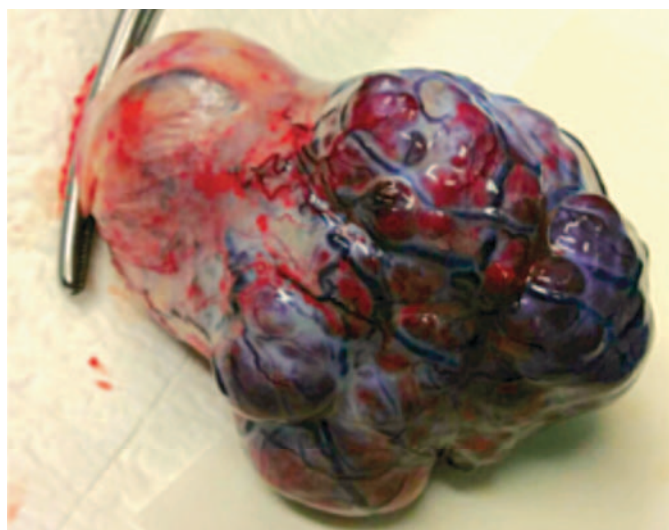


Figura 1. Teratoma ovárico - aspecto macroscópico semelhante a glândula tiróide.

quando há suspeita de *struma ovarii* hormonalmente ativo. Além disso, esta avaliação analítica é fundamental para prevenção de tempestade tiroideia, complicação que pode ocorrer como consequência do tratamento cirúrgico. Na maioria das séries de casos encontrados na literatura, como as descritas por Mandic *et al* e Yoo *et al*, não foram encontradas alterações analíticas da função tiroideia no pré e pós-operatório, como no caso clínico por nós apresentado.

Deve-se suspeitar de *struma ovarii* hormonalmente ativo na presença de hipertiroidismo persistente (> 3 a 6 meses) com valores elevados de tiroglobulina, na ausência de bócio e de focos de hiper captação cervical na cintigrafia.

Como demonstrado no trabalho de Joja *et al*, o diagnóstico pré-operatório de *struma ovarii* é possível utilizando cintigrafia de corpo inteiro com I_{131}/I_{123} , que revela a presença de tecido tiroideu ectópico no ovário, bem como a presença de doença metastática, se for esse o caso.⁸

O *struma ovarii* maligno é uma entidade rara e, se presente, corresponde a carcinoma diferenciado tiroideu: papilar (mais frequente) e folicular.⁹

Segundo a revisão levada a cabo por Williams *et al* em 2016¹⁰ o tratamento da forma benigna consiste em exérese cirúrgica simples; no caso de *struma ovarii* maligno o tratamento pode consistir em exérese cirúrgica simples (doentes em idade fértil com lesões localizadas) ou na cirurgia mais radical, comportando histerectomia e salpingo-ooforectomia bilateral (doentes em idade pós-menopausa ou com extensão extra-ovárica).

Relativamente à terapêutica adjuvante, apesar de não ser consensual, recomenda-se o tratamento com I_{131} no caso de tumores com dimensão > 2 cm, doença extra-ovárica ou com características histológicas de maior agressividade tumoral, implicando tireoidectomia total prévia. Esta terapêutica, além de permitir o tratamento de doença metastática e residual, facilita na monitorização da atividade da doença (medindo a tiroglobulina sérica à semelhança dos casos de carcinoma da tiróide). A terapêutica supressora de tiroxina é a escolha de eleição no caso de *struma ovarii* maligno de dimensões < 2 cm, com localização exclusiva no ovário e sem fatores histológicos de mau prognóstico.¹¹

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

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

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

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Referências

1. Yoo SC, Chang KH, Lyu MO, Chang SJ, Ryu HS, Kim HS. Clinical characteristics of struma ovarii. J Gynecol Oncol. 2008; 19:135-8. doi: 10.3802/jgo.2008.19.2.135.
2. Vaz I, Ferreira V, Godinho C, Ramos U. Struma ovarii: um achado incidental. Acta Obstet Gynecol Port. 2014; 8: 411-3.
3. Mandic A, Tesic M, Rajovic J, Vujkov T, Zivaljevic M, Mihajlovic O, et al. Ovarian teratomas: Struma ovarii. Arch Oncol. 2001; 9: 189-91.
4. Carvalho R, Cintra M, Matos P, Campos P. Cystic struma ovarii: a rare presentation of an infrequent tumor. Rev Paulina Med. 2000; 118: 17-20.
5. Deshpande H, Balkawade N, Gore C, Deshpande A. Struma ovarii: A rare case report. Int J Pharm Biomed Sci. 2012; 3: 152-4.
6. Friedrich OL, Sinn HP, Sohn C, Eichbaum M. Giant struma ovarii. Arch Gynecol Obstet. 2013; 287:399-400. doi: 10.1007/s00404-012-2533-x.
7. Leung, YC, Hammond IG. Limitation of CA 125 in the pre-operative evaluation of a pelvic mass: Struma ovarii and ascites. Aust NZ J Obstet Gynaecol. 1993; 33: 216-7.
8. Joja I, Asakawa T, Mitsumori A, Nakagawa T, Akaki S, Yamamoto M, et al. I131 uptake in nonfunctional struma ovarii. Clin Nucl Med. 1998; 23: 10-2.
9. Dardik R, Dardik M, Westra W, Montz F. Malignant struma ovarii: two case reports and a review of the literature. Gynecol Oncol. 1999; 73:447-51.
10. Williams H, Salinas E, Savage E, Samuelson M, Goodheart M. Malignant struma ovarii with insular carcinoma: A report and literature review. Gynecol Oncol. 2016; 18: 1-3. doi: 10.1016/j.gore.2016.08.003.
11. Oudoux A, Leblanc E, Gauthier-Kolesnikon H. Treatment and follow-up of malignant struma ovarii: regarding two cases. Gynecol Oncol Rep. 2016; 17:58-9. doi: 10.1016/j.gore.2016.05.014.