

Struma ovarii em paciente com hipotireoidismo

Struma ovarii in a patient with hypothyroidism

Octávio de Oliveira SANTOS FILHO¹
Aristides Manoel dos Santos BRAGHETO¹
Paulo Newton Danje SALVIA²
Ester Araújo MARTINS³
Ruane Silva de FIGUEIREDO³
Octávio de Oliveira SANTOS NETO⁴

RESUMO

Este relato de caso trata de uma paciente com hipotireoidismo, que apresentou tumor ovariano raro, de tecido tireoidiano, denominado *Struma ovarii*. Em análise da literatura, somente 5% dos casos associa-se a hipertireoidismo, não havendo relatos de associação a hipotireoidismo. Foram demonstradas imagens de ultrassonografia, laparoscopia e histologia do tumor, e realizadas comparações clínicas com as características previamente descritas sobre esse tipo de tumor.

Termos de indexação: Estruma ovariana. Hipotireoidismo. Hipertireoidismo.

ABSTRACT

This case report is about a patient with hypothyroidism who presented a rare ovarian tumor containing thyroid tissue, known as struma ovarii. According to the literature, only 5% of the cases are associated with hyperthyroidism and

¹ Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Faculdade de Medicina. Av. Jonh Boyd Dunlop, s/n., Prédio Administrativo, Jd. Ipaussurama, 13090-950, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: O.O. SANTOS FILHO. E-mail: <oosfilho@gmail.com>.

² Laboratório de Anatomia da Cidade de Campinas - Citocamp. Campinas, SP, Brasil.

³ Acadêmicas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Faculdade de Medicina. Campinas, SP, Brasil.

⁴ Acadêmico, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, Brasil.

there are no reports of an association with hypothyroidism. Ultrasound, laparoscopic and histological images of the tumor were compared with the characteristics of this type of tumor described in the literature.

Indexing terms: *Struma ovarii. Hypothyroidism. Hyperthyroidism.*

INTRODUÇÃO

O teratoma é um tumor derivado das células da linhagem germinativa de um dos três folhetos embrionários (ectoderma, mesoderma e endoderma), podendo se apresentar como uni ou pluri-tissular¹.

O *Struma ovarii* é variedade rara de tumor ovariano, composto por, pelo menos, 50% de tecido maduro tireoidiano, representando 3% do total de teratomas, 2% dos tumores ovarianos de células germinativas e 0,5% de todas as tumorações desse órgão².

Geralmente é considerado benigno, embora tenham sido relatados casos de malignização em 5% a 10% dos casos³. De regra, é unilateral e pode chegar a 30cm de diâmetro, sendo bilateral em apenas 6% dos casos¹. Tem maior prevalência em mulheres entre 40 e 60 anos, sendo raro em pré-púberes e menopausadas. Não apresentam associação genética nem influência ambiental⁴.

A maioria das pacientes é assintomática, mas algumas podem manifestar distensão abdominal, dor, retenção urinária, obstrução intestinal, infertilidade ou rubor facial, que pode ser explicado pela produção de esteroides. Ocasionalmente apresentam ascite e, associado a esta, derrame pleural (pseudo-síndrome de Meigs); entretanto, esse sinal não é indicativo de malignidade. O tecido ectópico tireoidiano no *Struma ovarii* pode alterar a fisiologia da glândula tireoide, ocasionando sintomas de tireotoxicose em 5% dos casos. O *Struma ovarii* pode associar-se ao quadro de hipertireoidismo, mas somente em 5% dos casos^{1,3}.

Alguns tumores têm a característica de um bócio multilobular com nódulo colóide, intercalados com alterações hiperplásicas. Esses nódulos, por vezes, implantam-se na cavidade peritoneal, ini-

ciando uma condição conhecida como *strumosis ovarii* benigno, e podem, erroneamente, ser interpretados como metástases de tumor maligno².

Pacientes com *Struma ovarii* benignos são curadas por cirurgia de retirada do tumor. Em situações em que há ascite e/ou derrame pleural, a simples remoção da massa é suficiente para a regressão espontânea dessas entidades nosológicas. Mesmo nos casos malignos o tratamento oferece bons resultados, porém na presença de metástases o prognóstico é menos favorável⁵. Apesar de pouco conhecido, o tratamento para strumas malignos é baseado em omentectomia, tireoidectomia seguida de ablação com iodo radioativo e quimioterapia em casos selecionados⁶.

Apesar de rara ocorrência dentro da ginecologia, a lesão tem importância nos diagnósticos diferenciais de teratomas ovarianos, massas e dores abdominais. Nesse contexto, este estudo tem por objetivo relatar um caso e discutir as características clínicas do *Struma ovarii*, confrontando com a literatura.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 29 anos, nuligesta, branca, natural e procedente de Campinas (SP), assintomática, procurou o ambulatório para exame ginecológico de rotina. Referiu menarca aos 11 anos, ciclos menstruais regulares, uso de anticoncepcional oral há 8 anos e parceiro único sem antecedentes de doença sexualmente transmissível. Apresentou Citologia Oncológica Classe II de Papanicolau. Mencionou bons antecedentes de saúde, exceto hipotireoidismo, negando doenças, cirurgias, alergias, tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas. Referiu que tinha dificuldade de emagrecimento, motivo pelo qual procurou o endocrinologista que, por exames

laboratoriais, diagnosticou a doença. Mantém acompanhamento ambulatorial e usa PuranT4® 50mcg/dia, apresentando TSH e T4 livre normais. Em relação aos antecedentes familiares, tinha somente o pai com hipertensão arterial.

Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, corada, eupneica, acianótica, anictérica e afebril. A pele e pelificação eram normais para sexo e idade. A mensuração da pressão arterial foi de 140X80mmHg e o pulso de 72bpm. A tireóide apresentava lobos de tamanho normal, móveis, indolores, superfície regular e consistência elástica. Os pulmões mostravam-se com murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios, e o coração, com bulhas rítmicas e normofonéticas. Apresentava abdome plano, indolor, sem visceromegalias, e membros inferiores sem alterações.

Ao exame ginecológico, possuía mamas simétricas, sem abaulamentos ou retrações, sem nódulos palpáveis ou descarga papilar à expressão e axilas livres. Genitais externos sem alterações, vagina púrvia para espéculo nº 2, colo aparentemente epitelizado com orifício externo puntiforme e secreção vaginal fisiológica. Ao toque vaginal bimanual, o útero era anteversofletido, de tamanho, forma e consistência normais, colo uterino de consistência fibroelástica e impérvio. A região anexial direita continha massa cística, móvel e pouco dolorosa, de 6cm de diâmetro.

Devido à palpação dessa massa cística, a paciente foi submetida a ultrassonografia transvaginal, que mostrou ovário direito com cisto complexo de 5,7cm de diâmetro, septos irregulares, espessados, com fluxo evidente em áreas sólidas e ausência de líquido livre na cavidade abdominal, e volume ovariano de 6,32cm (Figura 1).

Foi feita hipótese diagnóstica de tumoração complexa no ovário direito, sendo a paciente submetida a laparoscopia com ooforoplastia à direita, com retirada do tumor (Figura 2).

O exame anatomopatológico revelou ausência de atipias celulares, sendo compatível com *Struma ovarii* benigno (Figura 3). A dosagem plasmática de

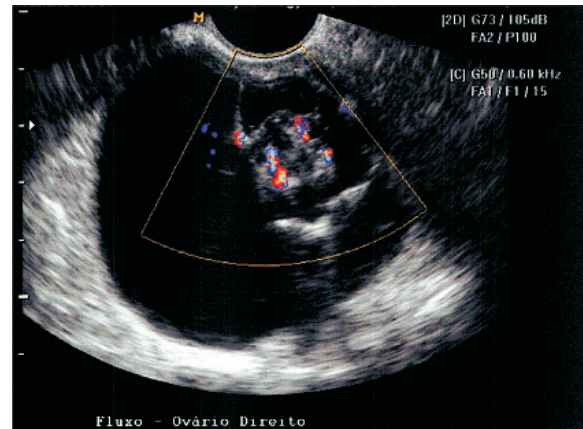


Figura 1. Ovário direito com cisto complexo de 5,7cm de diâmetro, septos irregulares, espessados e com fluxo evidente em áreas sólidas. Volume ovariano = 6,32cm.

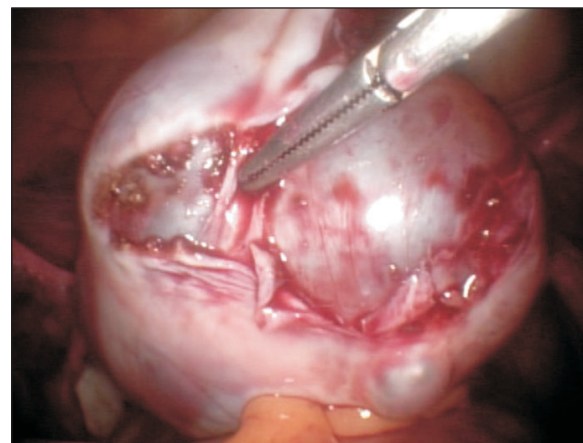


Figura 2. Ressecção laparoscópica do tumor ovariano.

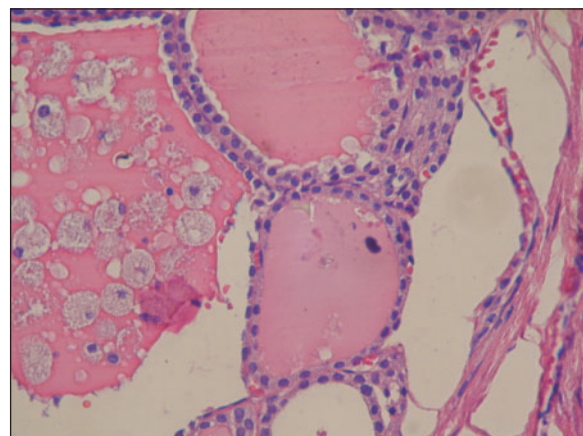


Figura 3. Representação histológica do tumor mostrando tecido tireoidiano com a presença de colóide rodeado por células foliculares.

hormônios tireoidianos apontou T.S.H. de 1,4UI/ml e T4 livre de 7,8ug/dL. Sendo assim, a paciente foi orientada a manter controle ginecológico de rotina e retorno periódico ao endocrinologista.

DISCUSSÃO

O diagnóstico clínico pode ser suspeitado pela presença de massa pélvica, dor abdominal, sinais e sintomas de hipertireoidismo, ascite que ocorre em 1/3 dos casos, embora a doença possa ser totalmente silenciosa⁷. No caso em estudo, a suspeição diagnóstica se baseou somente no achado de massa pélvica em exame ginecológico de rotina, sendo que a paciente não apresentava os sintomas relacionados acima.

A maioria dos *Struma ovarii* não apresenta hipertireoidismo, sendo estes de pior prognóstico. Entre os exames laboratoriais, podem estar alterados T3, T4 e TSH quando o tumor é funcionante. Marcadores como α -feto proteína, β -HCG (gonadotrofina coriônica humana β) e CA125, que não são específicos para o *Struma ovarii* ou para processos de malignidade, não têm, por esse motivo, bom valor diagnóstico, associando-se mais à presença de ascite tanto em casos benignos quanto em malignos^{3,8-10}.

Carvalho *et al.*¹¹, em 2002, relataram um caso de hipotireoidismo após retirada do tumor, mas sem relação com alteração da quantidade de hormônios antes da cirurgia. Ao contrário do que demonstra a literatura, associando o *Struma ovarii* ao hipertireoidismo, o caso relatado envolve paciente com hipotireoidismo, tratada com levotiroxina sódica, o que leva à hipótese de que o tumor não teria relação com a doença, visto que não era funcionante.

Os estudos de imagem, como a ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, podem ser utilizados para avaliar as características morfológicas do tumor, bem como auxiliar na definição de seu estadiamento. A ultrassonografia não é específica, pois mostra imagens heterogêneas de difícil distinção entre cistos dermóides e struma. Por outro lado, a dopplervelocimetria pode ser de grande utilidade para avaliação pré-

-operatória, evidenciando fluxo sanguíneo no centro da lesão sólida, com fluxo de baixa resistência⁶. A análise radiológica pode revelar lesões sólidas, císticas ou mistas e, ainda, septos delimitando cavidades ou presença de calcificações. O achado ultrassonográfico deste caso mostrou lesão cística compatível com o toque vaginal, não sendo necessários outros exames para a intervenção cirúrgica.

O diagnóstico de certeza é feito somente através da observação histológica do tecido obtido por biópsia. Técnicas imuno-histoquímicas para tireoglobulina, tiroxina e triiodotironina e/ou fator 1 de transcrição tireoidiana podem auxiliar no estabelecimento do diagnóstico em casos em que há apresentação histológica incomum¹².

A malignidade é rara, correspondendo a 5-10% dos casos, e somente em 23% desses há ocorrência de metástases. Os locais mais comuns acometidos por metástases de contiguidade são o omento, a cavidade peritoneal e ovário contralateral. Pela via hematogênica podem ser atingidos cérebro, fígado, pulmões e ossos; pela via linfática, os linfonodos pélvicos regionais e para-aórticos¹³⁻¹⁵. Os critérios histológicos para malignidade são controversos, mas incluem invasão capsular, alterações vasculares e disseminação^{1,3}. A recorrência ocorre em 33% dos casos e, mesmo assim, tem bom prognóstico, sendo as pacientes acompanhadas com exame clínico e dosagem de TSH, tireotoxina e ultrassonografia¹⁶.

Como predito, mulheres com *Struma ovarii* benignos são curadas por cirurgia de remoção do tumor. Neste caso, a exérese foi feita por laparoscopia, possibilitando a preservação do ovário acometido.

CONCLUSÃO

Neste relato, pôde-se observar que a maioria das pacientes com *Struma ovarii* são assintomáticas e que o tumor, quando funcionante, pode associar-se ao quadro de hipertireoidismo. Já, no caso relatado, o tumor não era funcionante, o que leva a acreditar que o hipotireoidismo era apenas coincidente.

COLABORADORES

Todos os autores participaram de todas as etapas do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Landin MF. *Struma ovarii* mimicking ovarian carcinoma: a case reported and review of the literature. *Appl Cancer Res.* 2008; 28(3):119-22.
2. Savelli L, Testa AC, Timmerman D, Paladini D, Ljungberg O, Valentin L. Imaging of gynecological disease (4): clinical and ultrasound characteristics of *struma ovarii*. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008; 32(2):210-9.
3. Kim D, Cho HC, Park JW, Lee WA, Kim YM, Chung PS, et al. *Struma ovarii* and peritoneal strumosis with thyrotoxicosis. *Thyroid.* 2009; 19(3):305-8.
4. Roth LM, Talerman A. The enigma of *struma ovarii*. *Pathology.* 2007; 39(2):139-46.
5. Talerman A. Germ cell tumors of the ovary. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1997; 9(1):44-7.
6. Roth LM, Karseladze AI. Highly differentiated follicular carcinoma arising from *struma ovarii*: a report of 3 cases, a review of the literature, and a reassessment of so-called peritoneal strumosis. *Int J Gynecol Pathol.* 2008; 27(2):213-22.
7. Rana V, Srinivas V, Bandyopadhyay S, Ghosh SK, Singh Y. Bilateral benign non functional *struma ovarii* with Pseudo-Meigs' syndrome. *Indian J Pathol Microbiol.* 2009; 52(1):94-6.
8. Ezon I, Zilbert N, Pinkney L, Wei JJ, Malik R, Nadler EP. A large *struma ovarii* tumor removed via laparoscopy in a 16-year-old adolescent. *J Pediatr Surg.* 2007; 42(8): E19-E22.
9. Obeidat BR, Amarin ZO. *Struma ovarii* with pseudo-Meigs' syndrome and elevated CA125 levels. *J Obstet Gynaecol.* 2007; 27(1):97-8.
10. Yoo SC, Chang KH, Lyu MO, Chang SJ, Ryu HS, Kim HS. Clinical characteristics of *struma ovarii*. *J Gynecol Oncol.* 2008; 19(2):135-8.
11. Carvalho JP, Carvalho FM, Lima de Oliveira FF, Sato de Camargo RY. Hypothyroidism following *struma ovarii* tumor resection: a case report. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.* 2002; 57(3):112-4.
12. Roth LM, Miller AW III, Talerman A. Typical thyroid-type carcinoma arising in *struma ovarii*: a report of 4 cases and review of the literature. *Int J Gynecol Pathol.* 2008; 27(4):496-506.
13. DeSimone CP, Lele SM, Modesitt SC. Malignant *struma ovarii*: a case report and analysis of cases reported in the literature with focus on survival and I131 therapy. *Gynecol Oncol.* 2003; 89(3):543-8.
14. Salvatori M, Dambra DP, D'Angelo G, Conte LL, Locantore P, Zannoni G, et al. A case of metastatic *struma ovarii* treated with 131I therapy: focus on preservation of fertility and selected review of the literature. *Gynecol Endocrinol.* 2008; 24(6):312-9.
15. Yamashita M, Ishii T, Ohtori S, Oikawa Y, Watanabe T, Ito T, et al. Metastasis of malignant *struma ovarii* to the lumbar spine. *J Clin Neurosci.* 2010; 17(2):269-72.
16. Yassa L, Sadow P, Marqusee E. Malignant *struma ovarii*. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab.* 2008; 4(8):469-72.

Recebido em: 3/8/2010
Aprovado em: 21/12/2010

