

Tumores Malignos do Ovário

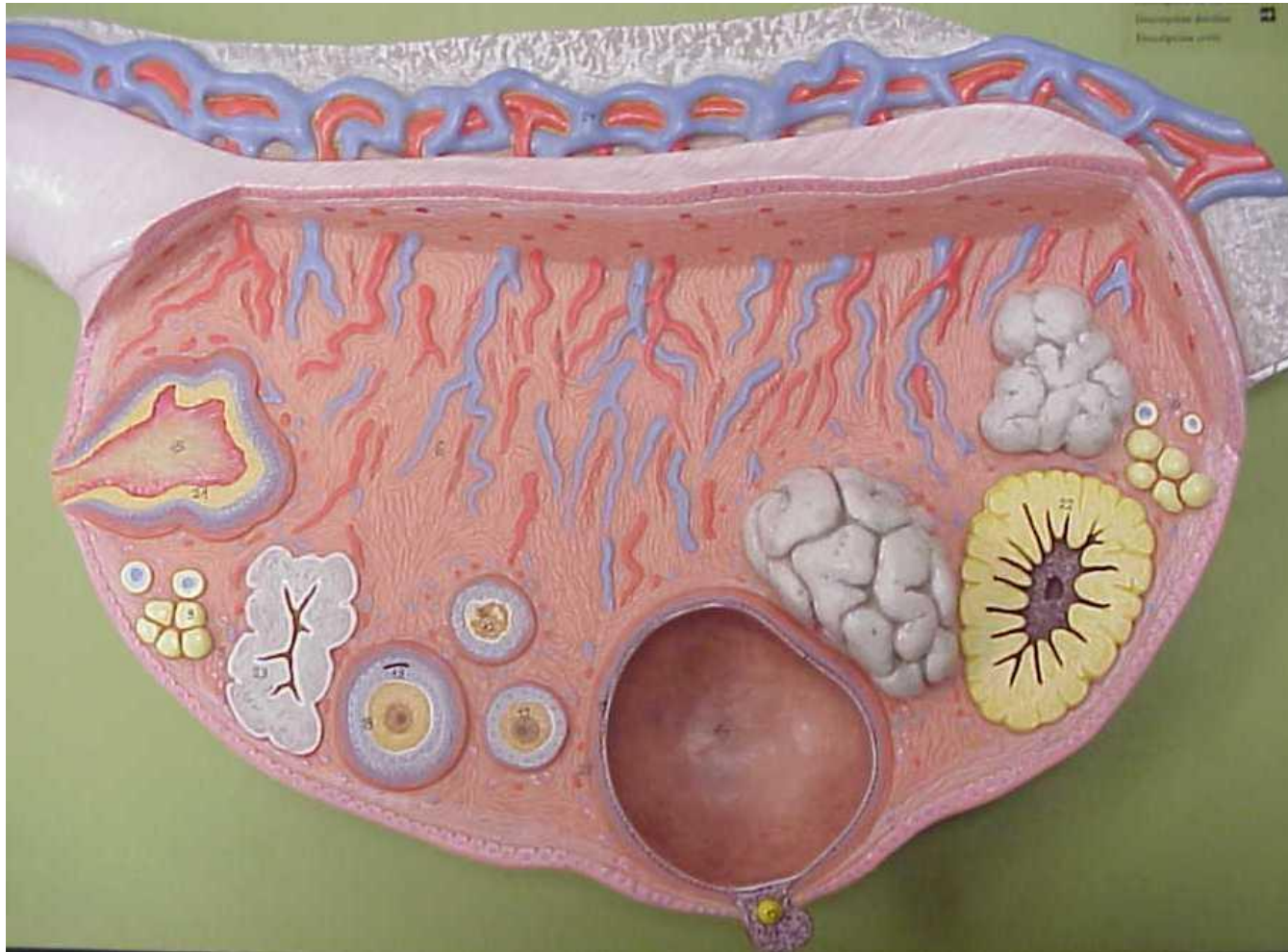
Francisco J. Candido dos Reis

Departamento de Ginecologia e
Obstetrícia da FMRP-USP

Conteúdo

- Tipos de tumores ovarianos
- Epidemiologia dos tumores ovarianos
- Apresentação clínica
- Diagnóstico diferencial

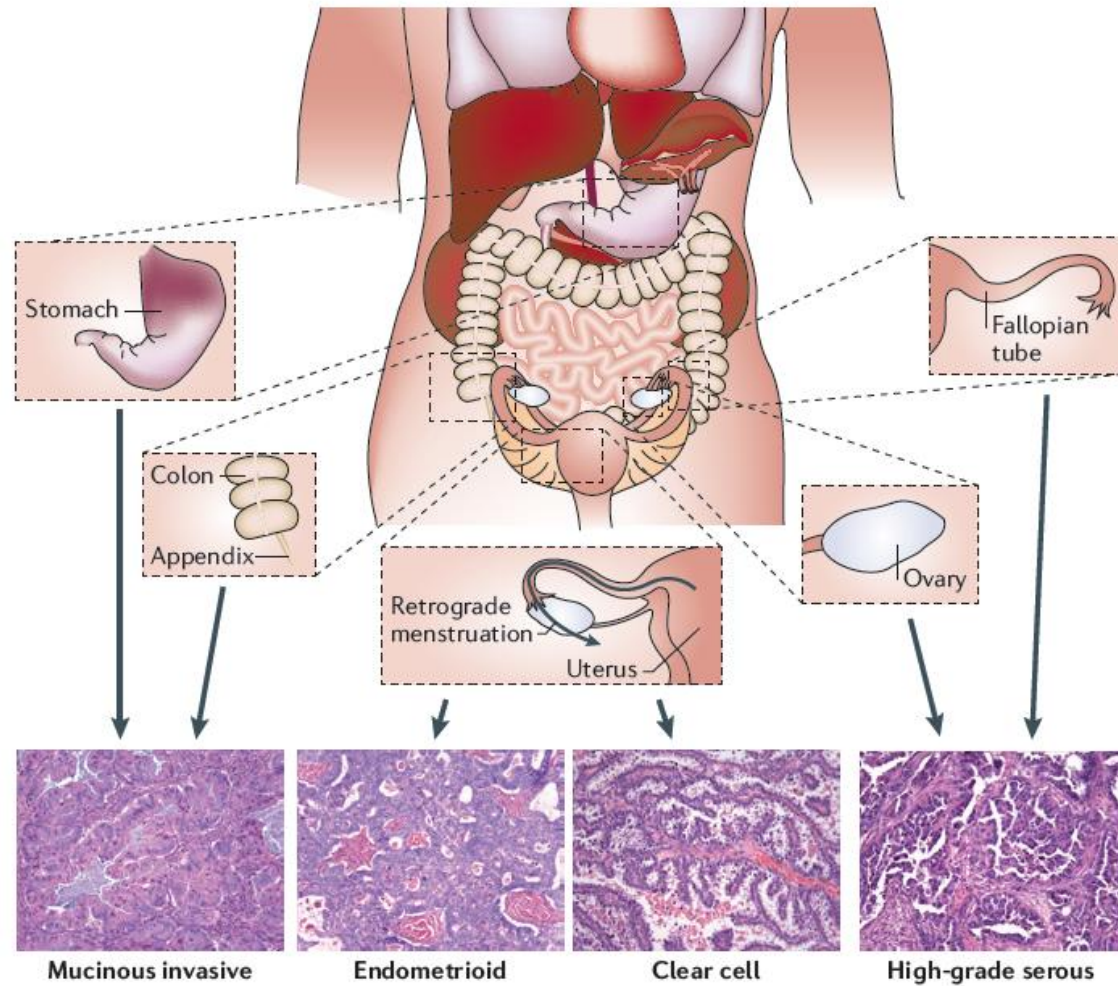
Componentes do Ovário



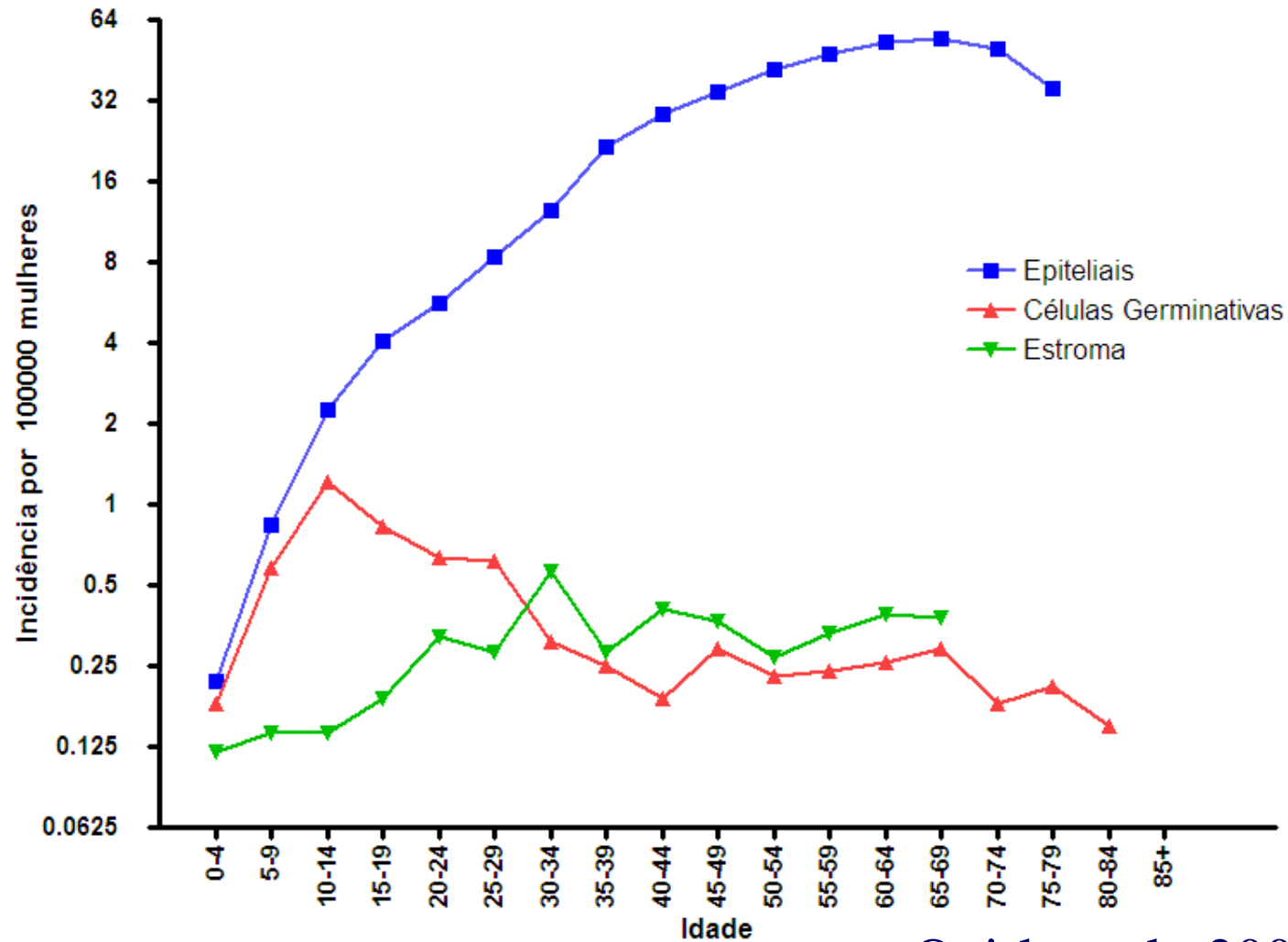
Tumores Malignos do Ovário

- **Epiteliais**
 - Seroso – alto grade
 - Seroso – baixo grade
 - Células claras
 - Endometrióide
 - Mucinoso
- **Estromais**
- **Células germinativas**

Tumores Epiteliais do Ovário




Tumores Malignos do Ovário



Quirk et al., 2005

Tumores Malignos de Ovário- Brasil

INCA-2012

	Localização primária	casos novos	percentual
Mulheres 	Mama Feminina	52.680	27,9%
	Colo do Útero	17.540	9,3%
	Cólon e Reto	15.960	8,4%
	Glândula Tireoide	10.590	5,6%
	Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3%
	Estômago	7.420	3,9%
	Ovário	6.190	3,3%
	Corpo do Útero	4.520	2,4%
	Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4%
	Sistema Nervoso Central	4.450	2,4%

Diagnóstico

- Rastreamento
- Investigação de massa anexial

Rastreamento do Câncer de Ovário

Estudo	Período	Método	N	VP	I/II	III/IV	↓EC	↑SG
PLCO	1993- 2001	US Ca-125	34253	212	22%	77%	-	-
UKCTOCS	2001 - 2005	US Ca-125	50078	34	47%	53%	+	?
		US	48230	24	50%	50%		?
Multicêntrico	1985 - 1999	US Ca-125	41688	27	67%	33%	+	?
U. Kentucky	1987 - 2011	US	37293	47	70%	30%	+	+

Massas Anexiais

- Alterações funcionais dos ovários
 - Cistos foliculares
 - Cistos de corpo lúteo
 - Cistos teca-luteínicos
- Doenças benignas
 - Neoplasias benignas do ovário
 - Doenças tubáreas
 - Endometriomas
 - Resquícios embrionários
 - Pseudocistos peritoneais
- Tumores malignos
 - Epiteliais
 - Estromais
 - Células germinativas
 - Metastáticos

Importância

- Elevada prevalência

- 5% a 10% das mulheres são submetidas a procedimento cirúrgico em função de uma massa anexial durante a vida

NIH Consensus Development Panel on Ovarian Cancer, 1995

- A prevalência é de 0,17% a 5,9% nas mulheres assintomáticas e 7,1% a 12% nas sintomáticas

Padilla et al., 2000

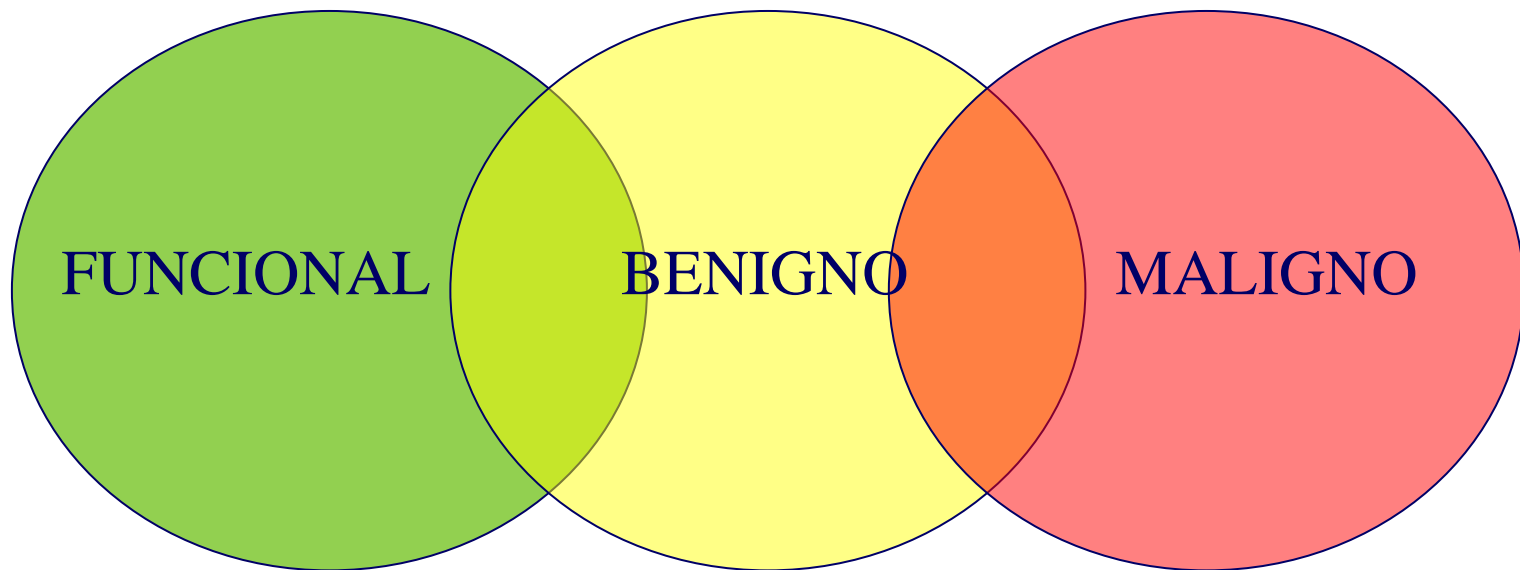
- Morbidade associada

- 289.000 hospitalizações por ano nos EUA

Curtin, 1994

- Dificuldades no manejo correto

Diagnóstico Diferencial



Como Avaliar o Risco de Malignidade?

- Fatores epidemiológicos
- Sintomas / Achados físicos
- Ultra-sonografia
 - Achados morfológicos
 - Doppler
- Marcadores tumorais

Quem tem risco aumentado?

- Idade
- História reprodutiva
 - Primeira gestação tardia
 - Nuligravida ou pequeno número de filhos
 - Nunca usou ACO (os ACOs conferem proteção proporcional ao tempo de uso)
- História familiar
 - Se a mãe ou irmã teve câncer de ovário o risco aumenta cerca de 18 vezes
- História pessoal
 - Pacientes com história de câncer de mama, cólon e endométrio tem chance aumentada em cerca de 4 vezes

Sintomas Antecipatórios

Goff, et al., 2007

- Sintomas
 - Distensão abdominal
 - Aumento do volume abdominal
 - Dificuldade para comer
 - Rápida sensação de plenitude
 - Dor abdominal
 - Dor pélvica
- Características
 - Frequência: mais de 12 vezes por mês
 - Duração: menos de 1 ano

Avaliação de Sintomas

Goff, et al., 2007

- Critério
 - Pelo menos um dos seis sintomas
 - Mais de 12 vezes no mês
 - Menos de um ano
- Sensibilidade
 - 56,7% para estadio inicial
 - 79,5% para estadio avançado
- Especificidade
 - 86,7% antes dos 50 anos
 - 90% após os 50 anos

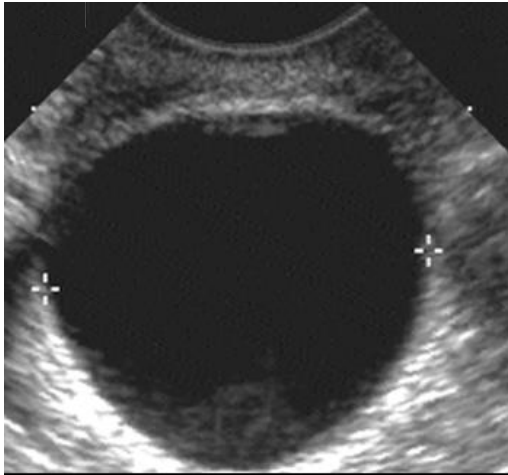
Exame Ginecológico

	Benigno	Maligno
Ascite	Não	Sim
Mobilidade	Móvel	Fixo
Consistência	Cístico	Endurecida / sólida
Acometimento	Unilateral	Bilateral
Fundo de saco	Liso	Nodular

Exame Físico e Diagnóstico Diferencial

Estudo	N	Sensibilidade	Especificidade
Adonakis 1996	2000	66,7%	97,2%
Grover 1995	2623	-	98,5%
Jacobs 1988	1010	100,0%	97,3%
Roman 1997	200	51,2%	83,6%
Balbi 2001	72	90%	74%
Overall		0,72	0,92

Ultrassonografia



Cisto unilocular



Cisto multilocular



Cisto complexo



Massa sólida

Dez regras simples para identificar um tumor maligno ou um tumor benigno de ovário. (IOTA, 2008)

<i>Parâmetros para prever um tumor maligno</i>	<i>Parâmetros para prever um tumor benigno</i>
M1- Tumor sólido e irregular	B1- Unilocular
M2- Presença de ascite	B2- Presença de componente sólido com no máximo 7mm de diâmetro
M3-No mínimo 4 estruturas papilares	B3- Presença de sombra acústica posterior
M4- Tumor sólido multilocular com maior diâmetro ≥ 100 mm	B4- Tumor multilocular com maior diâmetro < 100 mm
M5- Intensa vascularização	B5- Ausência de vascularização

Se um ou mais parâmetros M ocorrerem na ausência de parâmetros B, a massa é classificada como maligna.

Se um ou mais parâmetros B ocorrerem na ausência de parâmetros M, a massa é classificada como benigna.

Se parâmetros M e B ocorrerem concomitantemente a massa não pode ser classificada.

Exames de Imagem

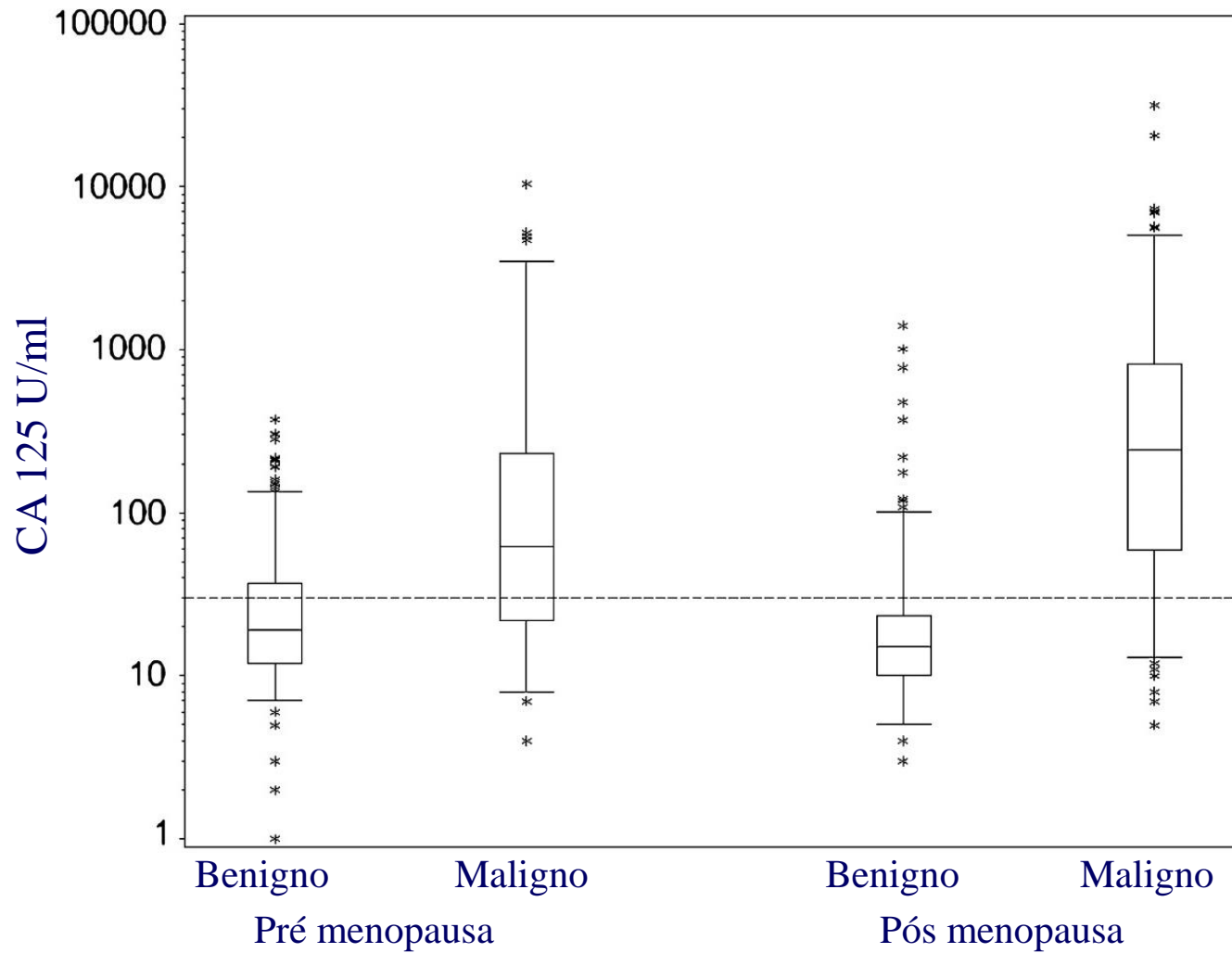
Modalidade	Sensibilidade	Especificidade
Ultra-sonografia transvaginal	0,82-0,91	0,68-0,81
Doppler	0,86	0,91
Tomografia computadorizada	0,90	0,75
Ressonância magnética	0,91	0,88
PET-CT	0,67	0,79
CA 125	0,78	0,78

ACOG practice bulletin, 2007 / AHRQ Publication No. 06-E004, 2006

CT, RM, PET

- Não recomendados na avaliação inicial (maior custo e sem vantagem sobre o USG)
 - CT
 - Avaliação do abdome na suspeita de tumor maligno
 - RM
 - Pode auxiliar na identificação da origem da massa anexial (ex. leiomioma uterino)
 - PET
 - Não utilizar

CA 125



Diagnóstico Diferencial

Método	Sensibilidade	Especificidade	Autor
Clínico	17-68%	85-92%	(FINKLER et al., 1988)
USG	85%	95%	(REIS et al., 1997)
CA 125	71%	88-95%	(REIS et al., 1997)

Quando Encaminhar para um Centro Especializado?

- Pré-menopausa (< 50 anos)
 - CA-125 >200 U/ml
 - Ascite
 - Evidência de metástase abdominal ou à distância
 - História familiar de câncer de mama ou ovário (parente de primeiro grau)
- Pós-menopausa (> 50 anos)
 - CA-125 > 35 U/ml
 - Ascite
 - Massa pélvica nodular ou fixa ao exame físico
 - Evidência de metástase abdominal ou à distância
 - História familiar de câncer de mama ou ovário (parente de primeiro grau)

SGO and ACOG referral guidelines for a newly diagnosed pelvic mass

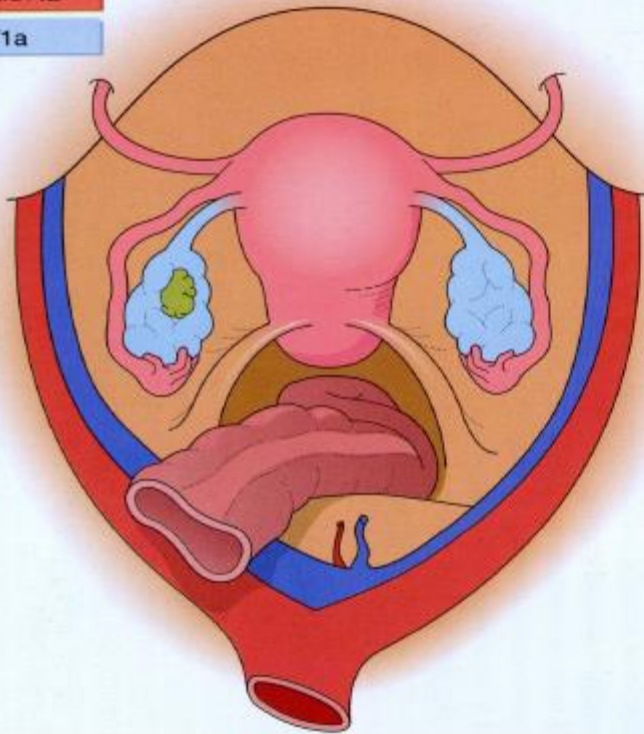
Estadiamento dos Tumores de Ovário

- Laparotomia exploradora
- Citologia peritoneal (lavado ou ascite)
- Avaliação da pelve
 - Radical
 - Histerectomia total e salpingooforectomia bilateral
 - Conservador
 - Salpingooforectomia unilateral
- Avaliação do abdome
 - Biópsias peritoneais
 - Omentectomia
- Avaliação de linfonodos pélvicos e para-aórticos

TNM: T1b

FIGO: Ia

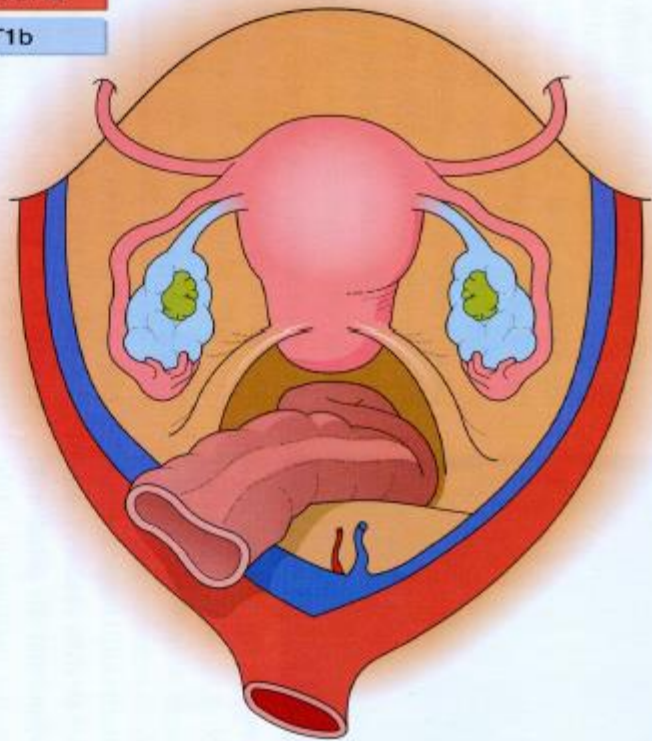
pT1a



TNM: T1b

FIGO: Ib

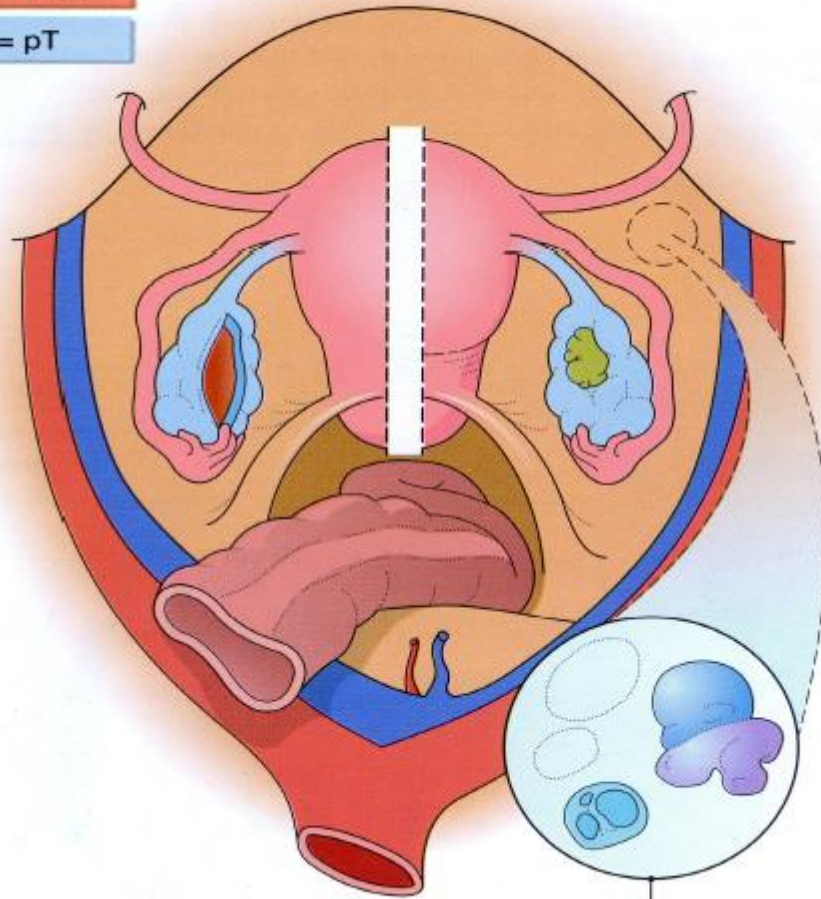
pT1b



TNM: T1c

FIGO: Ic

T = pT

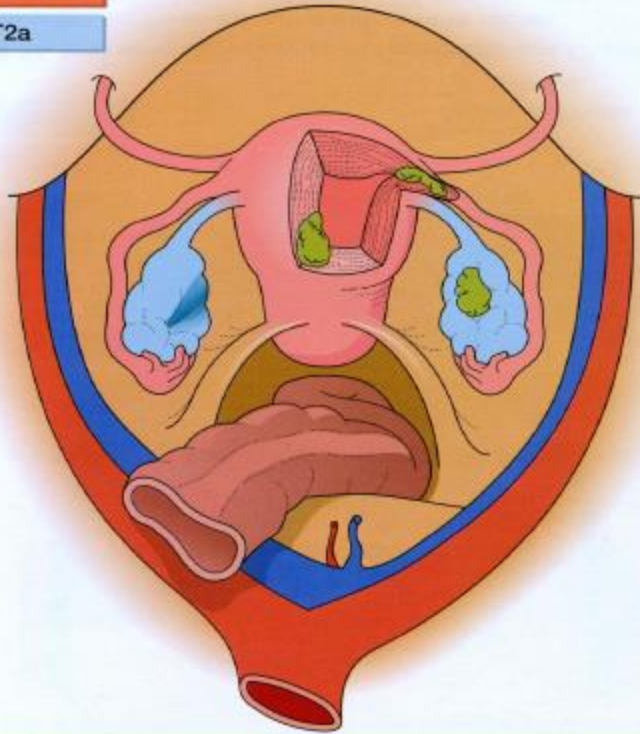


Ascites, peritoneal
washing

TNM: T2a

FIGO: IIa

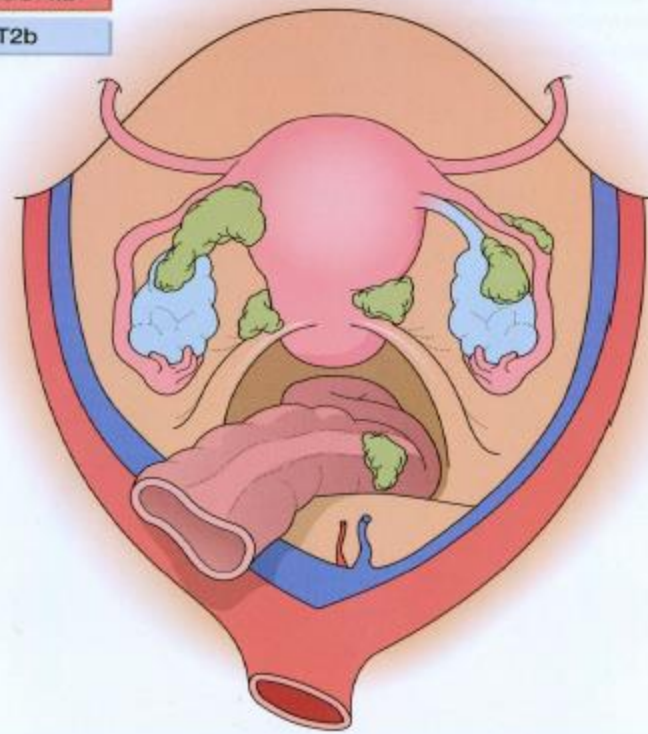
pT2a



TNM: T2b

FIGO: IIb

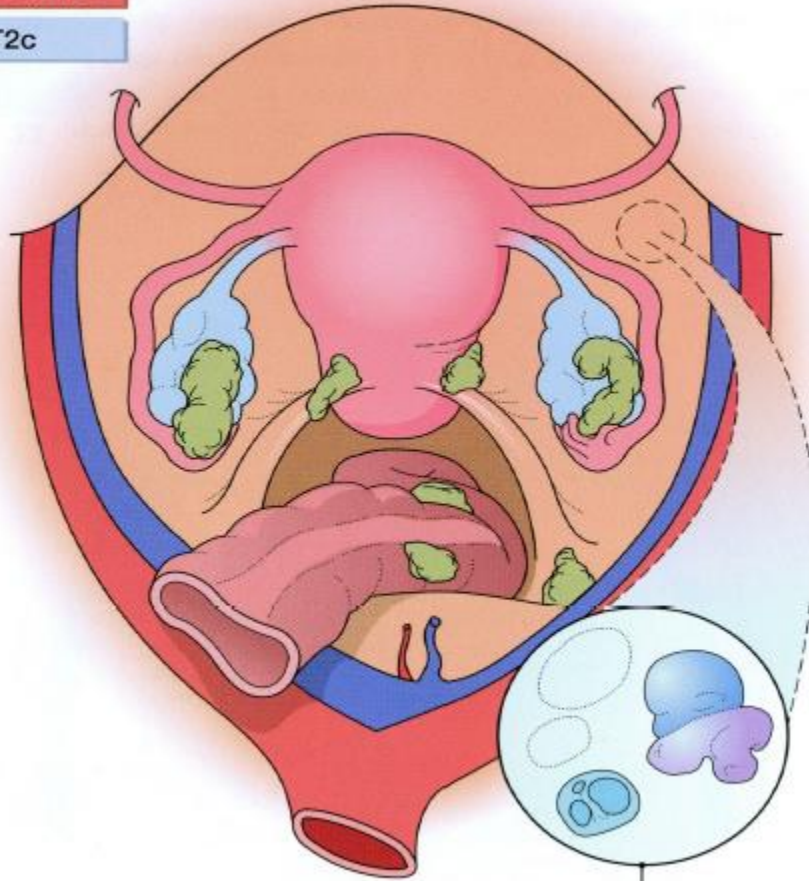
pT2b



TNM: T2c

FIGO: IIc

pT2c



Ascites, peritoneal
washing

TNM: T3

FIGO: III

T=pT

3c/IIIc

Peritoneal
metastases
>2cm

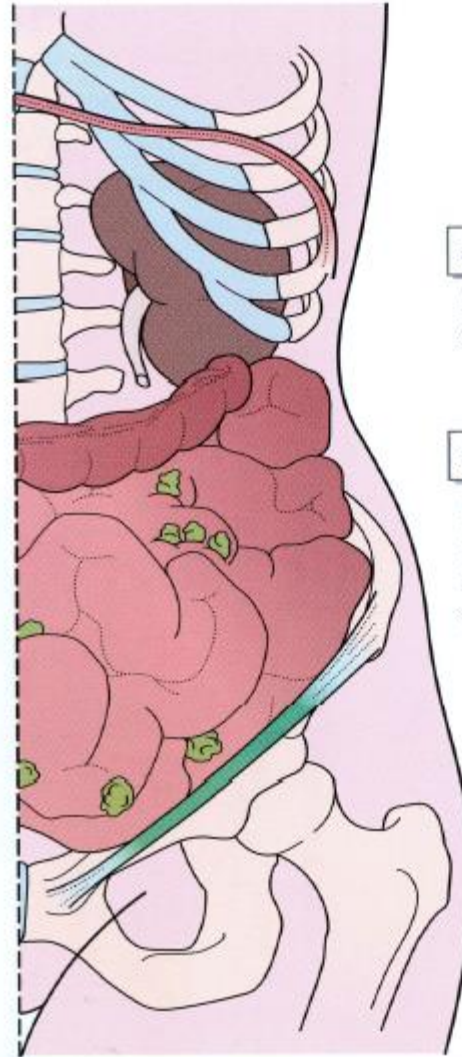


3a/IIIa

Microscopic
only

3b/IIIb

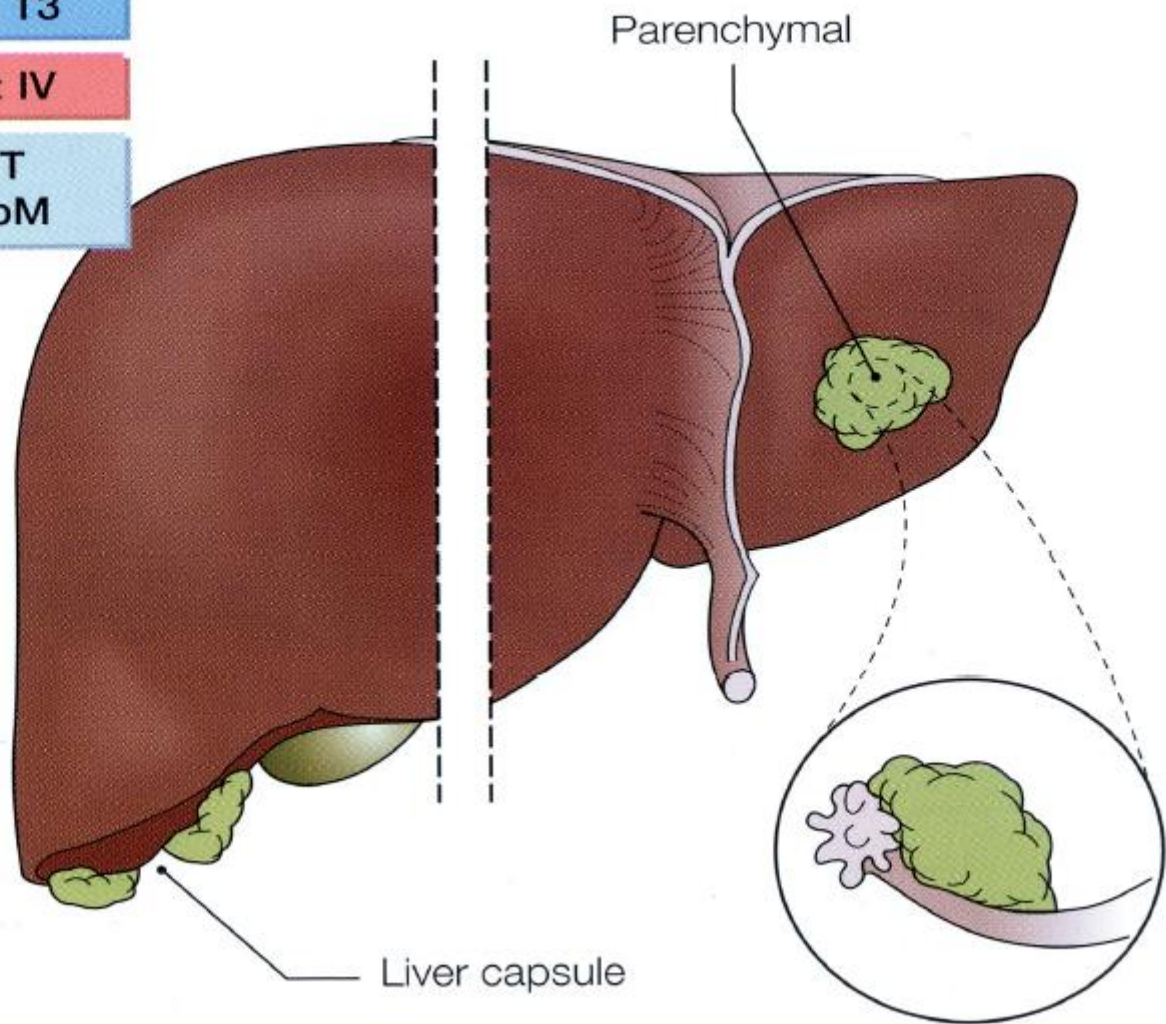
Macroscopic
peritoneal
metastases
≤2cm



TNM: T3

FIGO: IV

T = pT
M = pM



Tumores Malignos Epiteliais

(HORNUNG et al., 2004; LINASMITA et al., 2004)

- A sobrevida em 5 anos
 - Tumor restrito aos ovários: 95%
 - Disseminação regional: 72%
 - Disseminação à distância : 31%
- Extensão no momento do diagnóstico
 - Tumor restrito aos ovários: 19%
 - Disseminação regional : 7%
 - Disseminação à distância: 68%

Tumores de Células Germinativas

- Na infância e adolescência pode atingir 60% dos casos, sendo 1/3 maligno
- Aproximadamente 60 a 70 % dos casos malignos estão restritos aos ovários no momento do diagnóstico

Tumores de Estroma

- Puberdade precoce
 - Manifestação de ~80% destes tumores
 - Menos de 10% dos casos de precocidade sexual em meninas é devido a tumores de ovário
 - Regrida com o tratamento do tumor
- Dor abdominal ~ 36% dos casos
- Ascite ~12% dos casos

Considerações Finais

- Os tumores malignos de ovário são um conjunto de diversas doenças, com origem, sintomas e prognóstico diversos.
- O diagnóstico diferencial correto é essencial para reduzir a mortalidade da doença e a morbidade do tratamento.

