

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E
HISTOPATOLÓGICAS DAS NEOPLASIAS DE OVÁRIO, ENTRE
OS ANOS 2008 A 2014, NO INSTITUTO MEDICINA INTEGRAL
PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA (IMIP).**

**EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL
CHARACTERISTICS OF OVARIAN NEOPLASMS, BETWEEN
THE YEARS 2008 TO 2014, AT INSTITUTO INTEGRAL
PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA (IMIP).**

Aurélio Antônio Ribeiro da Costa

Milena Novaes Torres

Deborah de Albuquerque Beltrão Amorim

Larissa Santana de Mariz Nogueira

Recife

2017

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DAS NEOPLASIAS DE OVÁRIO, ENTRE OS ANOS 2008 A 2014, NO INSTITUTO MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA (IMIP).

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF OVARIAN NEOPLASMS, BETWEEN THE YEARS 2008 TO 2014, AT INSTITUTO INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA (IMIP).

AURÉLIO ANTÔNIO RIBEIRO DA COSTA

Doutor em Ginecologia pela UNICAMP

Mestre em Saúde Materno-Infantil pelo IMIP

RG 3220.987 Tel 32225716 CPF 670.479.204-04

Rua Jornalista Edmundo Bittencourt, 75, apt. 102/B

Boa Vista, Recife/ PE.

Email: aureliorecife@gmail.com

MILENA NOVAES TORRES

Estudante do 5º ano de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

RG: 6887200 Tel: (81) 996861317 CPF: 06089778451

Rua Demócrito de Souza Filho, 156, Bloco b, apt. 2103

Madalena, Recife – PE.

Email: milena_novaes86@yahoo.com.br

DEBORAH DE ALBUQUERQUE BELTRÃO AMORIM

Estudante do 5º ano de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

RG: 8504914 Tel: (81) 981831957 CPF: 0950570745

Av. Flor de santana, 167, apt.101

Casa Forte, Recife – PE.

Email: deborahsapiens@hotmail.com

LARISSA SANTANA DE MARIZ NOGUEIRA

Estudante do 5º ano de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

RG: 9323425 Tel: (81) 996798185 CPF: 02502463505

Rua Dr Geraldo de andrade, 75, apto 1001

Espinheiro, Recife – PE.

Email: lari_nogueira@hotmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: a presença de massa anexial benigna em mulheres é rotina na prática ginecológica, porém a possibilidade de malignidade deve ser avaliada pois o câncer de ovário é a oitava neoplasia maligna mais diagnosticada em mulheres no Brasil.

OBJETIVO: determinar, as características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas das neoplasias de ovário, nas pacientes atendidas no CAM-IMIP entre 2008 e 2014.

MÉTODOS: foi realizado um estudo descritivo observacional do tipo corte transversal, em pacientes com neoplasia ovariana, assistidas no IMIP, em Recife, Pernambuco. Dados foram coletados a partir de prontuários de pacientes entre os anos de 2008 e 2014 sendo excluídos todos aqueles que apresentaram ausência de informações essenciais ou com perda de seguimento do paciente. Foram avaliadas características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas das neoplasias de ovário.

RESULTADOS: a idade média foi 46,3 anos, 55,8% estavam em menacme, a principal doença associada foi hipertensão arterial sistêmica (31,6%) e dor em baixo ventre foi o principal sintoma (56,1%). A maioria foi diagnosticada por ultrassonografia (63,2%), com média do volume das massas de 1043,8 ml. O histopatológico revelou tumores epiteliais em 64,2%, germinativos (22,2%), os estromais (4,7%). A maioria foi submetida a procedimento cirúrgico (94,8%) e 40,7% realizaram quimioterapia.

CONCLUSÃO: foi possível determinar as características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas das pacientes portadoras de câncer de ovário, apresentando real relevância estatística, uma vez que, através dos dados obtidos, foi possível corroborar com os dados observados na literatura. **PALAVRAS-CHAVES:** neoplasias ovarianas; epidemiologia; histerectomia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: the presence of benign adnexal mass in women is a routine in gynecological practice, but the possibility of malignancy should be evaluated also since ovarian cancer is the eighth most malignant neoplasm diagnosed in women in Brazil.

OBJECTIVE: to determine the epidemiological, clinical and histopathological features of ovarian neoplasms in patients attended at CAM-IMIP between 2008 and 2014.

METHODS: a cross-sectional, observational descriptive study was performed in patients with the diagnosis of ovarian neoplasm, assisted at IMIP, Recife, Pernambuco. Data were collected from patients' records between 2008 and 2014, excluding all those who presented absence of essential information or loss of follow-up of the patient.

Epidemiological, clinical and histopathological features of ovarian neoplasms were evaluated. **RESULTS:** The average age was 46.3 years, 55.8% were menacing, the main associated disease was systemic arterial hypertension (31.6%) and pain in the lower abdomen was the main symptom (56.1%). Most were diagnosed by ultrasonography (63.2%), with an average mass volume of 1043.8 ml. Histopathological findings revealed epithelial tumors in 64.2%, germinal (22.2%), and stromal tumors (4.7%). The majority was submitted to a surgical procedure (94.8%) and 40.7% underwent chemotherapy.

CONCLUSION: It was possible to determine the epidemiological, clinical and histopathological characteristics of the patients with ovarian cancer, presenting real statistical relevance, since, through the data obtained, was possible to corroborate with the data observed in the literature. **KEY WORDS:** ovarian neoplasm; epidemiology; hysterectomy.

INTRODUÇÃO

A presença de massa anexial em mulheres com sintomatologia pélvica ou de forma incidental representa uma rotina na prática ginecológica. A etiologia da maior parte dessas massas anexiais é benigna, mas a possibilidade de malignidade deve ser avaliada¹, visto que o câncer de ovário atinge 6% das mulheres no mundo e é a oitava neoplasia maligna mais diagnosticada em mulheres no Brasil².

Os principais fatores de risco não modificáveis são a idade, com incidência maior em mulheres após os 50 anos de idade, e a susceptibilidade genética³ que se faz presente em cerca de 10% dos casos de tumor ovariano⁴. Pesquisas informam que história positiva de câncer de ovário, em dois ou mais parentes de primeiro grau, aumenta significativamente o risco de câncer de ovário⁵. Sabe-se ainda que outros fatores podem aumentar o risco para o desenvolvimento da neoplasia ovariana maligna, como IMC elevado e o tabaco⁶.

A maioria dos casos é diagnosticado em estágios mais avançados da doença devido a prevalência de manifestações iniciais inespecíficas, levando a um desafio para diagnóstico e tratamento precoces⁷. Apesar dos avanços da terapia oncológica, não houve alteração significativa na sobrevida das pacientes nas últimas décadas, com média de sobrevida global de 40% em cinco anos⁸.

Baseado na morbiletalidade dessa doença e no pouco conhecimento da epidemiologia dessa neoplasia em Recife, um estudo que aborde o tema pode ser útil para o conhecimento das características da doença e de sua situação ao longo do tempo. Dessa forma é possível aprimorar o Sistema de Informação sobre mortalidade e colaborar com a produção de informações mais fidedignas sobre as neoplasias ovarianas

no Recife e com o poder público, particularmente com o setor saúde, para o planejamento e adoção de ações de enfrentamento da doença.

MÉTODOS

O presente estudo foi realizado no Centro de Atenção à Mulher do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) entre os meses de agosto de 2015 a junho de 2017. Foi um estudo de caráter descritivo observacional do tipo corte transversal com o objetivo de descrever as características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas das neoplasias de ovário nas pacientes atendidas no CAM-IMIP, entre o ano de 2008 e o de 2014.

Foram analisados 212 prontuários sendo avaliadas cerca de 31 características que englobam aspectos epidemiológicas, biológicas, clínicas, ecográficas, histopatológicas, cirúrgicas e prognósticas.

Os dados foram analisados através dos softwares de bioestatística SPSS 13.0 para Windows e o Excel 2010 e processados estatisticamente em forma de tabelas com suas respectivas frequências absoluta e relativa, utilizando-se medidas de tendência central e suas dispersões para as variáveis numéricas contínuas.

O presente estudo obedeceu às determinações da resolução de Helsinque, emendada em 2000 (Japão), bem como à Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP sob o número 49107315.5.0000.5201. Em se tratando de um estudo retrospectivo, não houve a possibilidade de se solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que foram consultados apenas os prontuários. Os autores se comprometeram a manter a confidencialidade e o sigilo em todas as etapas do estudo.

RESULTADOS

Foram coletados dados de 212 pacientes, no período entre 2008-2014, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

Os resultados foram agrupados em características epidemiológicas (tabela 1), biológicas (tabela 2), clínicas (tabela 3), ecográficas (tabela 4), histopatológicas (tabela 5), cirúrgicas/tratamento (tabela 6) e prognósticas (tabela 7) das neoplasias de ovário.

Em relação as características epidemiológicas, no que diz respeito a procedência, 33% eram da Região Metropolitana de Recife, 31,9% eram de Recife e 35,1% de outras localidades. A maior parte das pacientes se considerava da raça parda, correspondendo a 63,2% dos casos, seguido das branca (22,2%), negra (11,1%) e com o menor percentual, àquelas que se consideravam amarelas (3,4%). Se diziam evangélicas 48,1% das pacientes, com o mesmo percentil para católicas e 3,7% para aquelas com outras religiões. As solteiras somavam 35% da amostra, casadas (32,1%), união consensual (12,4%), viúvas (11,7%) e separadas (8,8%). Considerando a ocupação, observou-se que 45,3% eram do lar, 9,4% eram aposentadas, 5,8% eram estudantes, 1,4% desempregadas e 38,1% tinham outras ocupações. Em relação aos hábitos de vida, caracterizado através de tabagismo e etilismo, 11,3% das pacientes faziam uso de cigarro e 15,6% ingeriam bebidas alcóolicas.

Englobando as características biológicas, a média da idade encontrada era de 46,3 anos, do peso era de 65,2Kg, e da altura 1.33 metros. De acordo com o status hormonal, 55,8% das pacientes eram menacme e 44,2% eram menopausa, sendo que destas, 4,3% eram por menopausa cirúrgica. Das que gestaram, a paridade média foi de

2 filhos com via de parto vaginal em 56,4% dos casos, cesariana 16% e por ambas as vias 27,7%. Considerando as doenças associadas, a mais prevalente foi hipertensão arterial sistêmica, correspondendo a 31,6%, seguida de diabetes melitus (7,5%), tireoidopatias (2,4%) e cardiopatias (1,9%).

No que diz respeito às características clínicas, o principal motivo para procura do serviço foram os sintomas apresentados, totalizando 84,2% dos casos, seguindo da presença de imagens complementares sugestivas, totalizando 69,4% da amostra. Desses, 66,1% havia realizado ultrassonografia, 2,2% tomografia computadorizada e 1,1% ressonância magnética. O motivo com menor percentual foi a presença de encaminhamento por história clínica sugestiva, totalizando 39,6% dos casos. Dentre as manifestações clínicas apresentadas, 56,1% das pacientes referiram dor em baixo ventre, 46,7% aumento de volume abdominal, 24,1% sangramento e 4,7% hiperêmese.

Dentre as formas de diagnóstico, 63,2% das pacientes realizaram ultrassonografia diagnóstica, em que a média do volume das massas encontradas foi de 1043,8 ml, com valor médio dos tamanhos dos ovários direito e esquerdo de 233,5ml e 210,9ml, respectivamente. Foi observado também, a presença de septos (65,4%), baixo fluxo ao doppler (46,3%) e presença de contorno irregular (35,6%).

Quanto as características histopatológicas, os tumores epiteliais corresponderam a 64,2% da amostra, os germinativos (22,2%), os estromais (4,7%) e os metastáticos com outros sítios primários (3,3%). Em 5,7% da amostra não foi especificado a origem tumoral. Dentro dos tumores de células epiteliais, o tipo histológico seroso correspondeu a maior parte, sendo observado em 47,1% dos casos, seguido dos mucinosos com 20,6%, dos endometriais com 11,8% e, por fim, dos mesonéfricos com 0,7%. Em 19,9% da amostra epitelial não foi especificado o tipo histológico. Da

amostra com especificação para os tipos histológicos observou-se uma maior prevalência dos adenocarcinomas, correspondendo a 31,7% de todos os subtipos de sítio primário ovariano e 3,3% de sítios primários que não o ovário, seguido do teratoma maduro cístico (17%) e do adenoma (15,1%).

Em relação as formas terapêuticas, constatou-se que a maioria das pacientes foi submetida a procedimento cirúrgico, correspondendo a 94,8% da amostra. Desses, o mais observado foi a ooforectomia bilateral em 65,4% dos casos, que esteve associada à de salpingectomia bilateral em 51,1% das pacientes, caracterizando a taxa total de anexectomias bilaterais. Já a anexectomia unilateral isolada foi realizada em apenas 12,1% dos procedimentos. Observou-se ainda, que a histerectomia foi realizada em 43,4% das pacientes, omentectomia (15,4%), linfadenectomia (9,9%) e apendicectomia (6%). Em 28,9% das mulheres a histerectomia esteve associada a outros procedimentos cirúrgicos, sendo esses: anexectomia (10,9%), anexectomia com omentectomia (7,2%) e, anexectomia com omentectomia e linfadenectomia (3,6%). Em relação às demais modalidades terapêuticas, 40,7% das pacientes foram submetidas à quimioterapia.

Quando as características prognósticas, a análise do potencial metastático mostrou que 33,3% das pacientes evoluíram com metástases. Os principais sítios acometidos foram o peritoneal (72,3%), seguido de hepática (18,5%), metástase pulmonar (10,8%) e os demais sítios correspondendo a 27,7%. De acordo com a terminação, foram a óbito 14,6% das pacientes. As demais (85,4%) receberam alta, sendo que destas, 21,4% necessitaram de reinternamento.

DISCUSSÃO

A análise dos dados dessa pesquisa permitiu traçar o perfil epidemiológico da amostra estudada. Assim, o percentual de mulheres atendidas com tumoração ovariana provenientes de Recife (31,9%), de sua Região Metropolitana (33,3%) e dos demais locais do estado (35,1%) foi semelhante. As que se intitularam católica ou evangélica, ambas com 48,1%, perfizeram quase a totalidade dos tipos de religião. Solteiras assinalaram 35%, casadas 32,1%, em união consensual 12,4%, viúvas 11,7% e, por fim, separadas 8,8%.

No tocante a raça, a maior parte das pacientes se declarou parda (63,2%), seguida de branca (22%), negra (11,1%) e amarela (3,4%)⁹. Mais de 45% das mulheres tinham como ocupação ser dona de casa (do lar), 37,4% trabalhavam, 9,4% eram aposentadas, 5,8% estudavam e 1,4% estava desempregada. Em relação aos hábitos de vida, caracterizado através de tabagismo e etilismo, 11,3% das pacientes faziam uso de cigarro e 15,6% ingeriam bebida alcoólica.

Dentre os fatores de risco para tumoração ovariana, a predisposição genética é o maior para o desenvolvimento de câncer de ovário⁴. Vaz, F. et al. discorre que o histórico familiar, mesmo que em um único parente, aumenta a probabilidade da doença de 1,6 % para 5%⁹. Foi encontrado uma positividade para este quesito em apenas 1,4% da amostra aqui estudada, resultado este, semelhante ao encontrado por um estudo brasileiro no qual nenhuma das pacientes analisadas possuía história familiar de câncer de ovário².

De acordo com o artigo brasileiro citado acima, a incidência e a mortalidade do câncer de ovário aumentam com a idade mantendo-se em um platô após os 70 anos devido à exaustão dos oócitos na menopausa. Esse autor relata também que estudos realizados por Deland et al. mostraram que a média de idade das portadoras de neoplasias benignas ovarianas era de 34 anos, contra 50 anos das portadoras de câncer de ovário². Esses achados confirmam os deste estudo, onde foi encontrado uma média etária de 46,3 anos nas mulheres acometidas por tumor de ovário.

É sabido, e ressaltado por artigo de revisão literária, que a gestação diminui o risco carcinogênico sobre o epitélio ovariano por induzir, concomitantemente, anovulação e supressão pituitária; a primeira gestação a termo reduz o risco em aproximadamente 40% e as subsequentes em 14%⁵. De forma oposta, menarca precoce, principalmente antes dos 10 anos, e menopausa tardia aumentam tanto a propensão para tumoração maligna de ovário como para afecções benignas, sendo essas frequentes, sobretudo em mulheres em idade reprodutiva¹⁰. Abordando esse tipo de dado, das mulheres que afirmaram ter gestado, 54,5% da amostra, a paridade média foi de 2 filhos, com via de parto vaginal em 56,4% dos casos, cesariana 16% e por ambas as vias 27,7%. Sobre o status hormonal, 55,8% das pacientes analisadas estavam em menacme e 44,2% em menopausa, sendo que destas, 4,3% por menopausa cirúrgica.

As comorbidades associadas têm real importância em pacientes portadoras de câncer de ovário. Como pode ser visto, há evidências de que pacientes neoplasias reportam ter mais comorbidades do que pacientes sem histórico de câncer¹¹. De acordo com o estudo de caso-controle americano, 3,9% das pacientes possuíam diabetes mellitus tipos 2, 11,9% de hipertensão arterial e 18,5% de tireoidopatias¹², estando discordante dos dados encontrados nesta pesquisa, visto que as diabéticas

corresponderam a 7,5% das pacientes, as hipertensas 31,6%, as portadoras de tireoidopatias 2,4% e as cardiopatas 1,9%. A presença de dados conflitantes pode ser decorrente da diferença entre os perfis epidemiológicos dos dois trabalhos

Avolumam-se estudos ressaltando que a diferenciação clínica dos tipos de tumores de ovário é dificultada devido a maioria das pacientes apresentar uma massa anexial assintomática no exame ginecológico anual. Pensava-se que pela posição anatômica do ovário seria necessário um aumento muito grande do seu volume para o desenvolvimento de sintomas, levando a ideia de que as queixas referidas não seriam observadas em fases iniciais das doenças ovarianas¹³. Entretanto, o principal motivo para procura do serviço pelas mulheres desta pesquisa foram os sintomas apresentados, representando 84,2% dos casos, enquanto que achados sugestivos em exames de imagens complementares totalizou 69,4% da amostra. Derchain, S. et al, legitima esses achados ao discorrer que mais de trinta estudos demonstraram que mulheres em qualquer estágio de câncer de ovário apresentam sintomas até mesmo 36 meses antes do diagnóstico¹⁴.

Ainda neste contexto, em um estudo de coorte transversal brasileiro realizado com 105 mulheres, no qual foram discriminados os sintomas associados a massas anexiais benignas e malignas, os achados mais comuns para as tumorações malignas foram inchaço abdominal (70%), aumento do volume abdominal (67%), dor pélvica (60%) e irregularidade menstrual (60%), enquanto que para as benignas foram essencialmente: dor pélvica (61%), irregularidade menstrual (61%) e sensação de inchaço abdominal (47%)¹⁵. De acordo com os dados coletados, o principal sintoma assinalado pelas mulheres dessa pesquisa foi dor em baixo ventre (56,1%), seguido de aumento do volume abdominal (46,7%), sangramento (24,1%) e hiperêmese (4,7%).

Reitera-se assim a importância da valorização dos sintomas que muitas vezes são subestimados pelo fato de serem inespecíficos ou por estarem presentes em muitas condições puramente benignas.

Na atualidade a ultrassonografia é o método propedêutico mais solicitado para o diagnóstico simples e diferencial de tumores pélvicos¹. Segundo a Apell, M. et al., atualmente utiliza-se um sistema de score para a classificação dos achados morfológicos, onde cistos ovarianos complexos, com superfície irregular, projeções papilares internas e externas, septações, componente sólido e paredes espessas são sugestivos de malignidade com risco de 1 a 45%⁴. No presente estudo, 63,2% das pacientes fizeram uso desse exame como forma diagnóstica, sendo encontrado a presença de septações em 65,4% dos casos, contorno irregular em 35,6% e baixo fluxo ao Doppler em 46,3%. A média do volume das massas foi de 1043,8 cm³, com tamanho médio dos ovários direito e esquerdo de 233,5 cm³ e 210,9 cm³, respectivamente.

Os dados supracitados demonstram uma correta investigação inicial das massas pélvicas realizada pelos profissionais da instituição da pesquisa, sendo, por outro lado, possível perceber que muitas mulheres procuram o serviço de saúde já com alterações ovarianas importantes, à medida que os ovários possuem normalmente 2 a 4 cm de diâmetro. A possibilidade de malignidade deve sempre ser considerada, ainda que a maior parte das tumorações anexiais seja benigna, pois, para se interferir na história natural do câncer de ovário é de extrema importância o estabelecimento precoce do diagnóstico¹⁶.

Em relação a origem dos tumores primitivos do ovário, Derchain, S. et al. informa que mais de 80% advém do epitélio celômico que recobre os ovários, 10 a 15% são tumores de células germinativas e 5 a 10%, tumores do estroma¹⁴. Nesse estudo, os

resultados percentuais encontrados foram equiparáveis aos da literatura, com tumores epiteliais correspondendo a 64,2% da amostra, germinativos (22,2%), estromais (4,7%) e metastáticos com outros sítios primários (3,3%). Em 5,7% da amostra não foi especificado a origem tumoral.

Segundo os critérios propostos pela OMS de 2014, os tumores epiteliais dividem-se em: tipo seroso, mucinoso, endometrióide, de células claras Brenner, seromucinoso e indiferenciado. A correta classificação histológica das neoplasias epiteliais de ovário, como referido por Vaz, F. et al., é especialmente importante por ser um fator de prognóstico independente, pela possibilidade de cursarem com alterações genéticas, epigenéticas ou moleculares, e assim serem capazes de originar tumorações específicas deste tecido⁹. Nos resultados aqui assinalados para a amostra epitelial, o tipo histológico seroso correspondeu a maior parte, sendo observado em 47,1% dos casos, seguido do mucinoso com 20,6%, endometrial com 11,8% e, por fim, dos de células claras com 0,7%. Em 19,9% da amostra epitelial não foi especificado o tipo histológico.

Quanto ao comportamento biológico, conforme o grau de atipias e invasibilidade, os tumores ovarianos são sub classificados em benignos, malignos e *bordeline*⁵. Estudo retrospectivo português informa que os tumores benignos são frequentes e podem corresponder a uma patologia funcional, como um cisto folicular, ou a uma patologia orgânica, como os tumores epiteliais, germinativos e do estroma gonádico¹⁰. Em consonância com esse autor, dos 48,6% tumores benignos encontrados no nosso estudo, os tipos histológicos mais frequentes foram o teratoma maduro e o cistoadenoma, representando juntos 36,6% da amostra.

Os tumores ovarianos com comportamento maligno também possuem, em cerca de 90% da sua totalidade, origem epitelial, sendo os 10% restantes de origem germinativa, cordão sexual (estromais) e metastáticos¹⁷. Para o Instituto Nacional de Câncer (INCA) a neoplasia epitelial de ovário é o segundo câncer mais comum do trato genital feminino, somando cerca de 5% das neoplasias malignas em mulheres¹⁸. Ao detalhar especificamente os carcinomas epiteliais, Oliveira, C. et al. expõe que o tipo histológico seroso é o mais comum, observado em 60% dos casos desse tipo de tumor, seguido dos mucinosos (15%), endometrioides (10-15%) e de células claras (3 a 10%), existindo ainda um grupo menor : os de células transicionais ou tumor de Brenner (1%) e o carcinoma epitelial misto (3%)¹⁹. Nessa pesquisa, a tumoração maligna esteve presente em 38,2% da amostra e assim como visto na literatura o tipo histológico mais encontrado foi o adenocarcinoma epitelial, correspondendo a 84,2% dos carcinomas primários do ovário.

Os tumores *borderline*, ou de baixo potencial de malignidade, possuem 20% de risco de disseminação e constituem 10% das neoplasias epiteliais²⁰. Estes tumores obtiveram os menores percentuais do estudo, 7,1%, maior apenas do que os tumores metastáticos de sítios secundários ao ovário e dos tumores de ovário não especificados que quando somados representaram 6,1% da amostra.

Devido ao diagnóstico clínico tardio, a maioria das pacientes é diagnosticada em estágios avançados, uma vez que neoplasia já se estendeu além dos limites do ovário, situação em que as opções terapêuticas se encontram restritas à cirurgia citorrredutora e a quimioterapia². Segundo Oliveira, C. et al., a cirurgia é a abordagem de escolha para o tratamento do tumor de ovário na maioria dos protocolos terapêuticos, tendo como objetivo a remoção da lesão primitiva e de possíveis metástases da forma mais completa

possível¹⁹. Em nossa avaliação, 94,8% das pacientes foram submetidas à procedimento cirúrgico, corroborando com a literatura atual.

A abordagem cirúrgica dos tumores malignos ovarianos tem utilidade terapêutica e no estadiamento da doença²¹. Esse estadiamento cirúrgico é determinado por classificações internacionais e é dividido nos seguintes estágios: estágio I (tumor limitado ao(s) ovário(s)), estágio II (tumor acomete um ou ambos os ovários e há extensão para a pelve), estágio III (tumor acomete um ou os dois ovários com implantes peritoneais microscópicos confirmados fora da pelve e estágio IV (tumor acomete um ou os dois ovários e apresenta metástases à distância)²¹ e sua realização consiste na execução da abordagem cirúrgica padrão, que inclui: histerectomia total, anexectomia bilateral, biópsia de líquido ascítico (se presente), omentectomia infracólica, linfadenectomia pélvica e para-aórtica, biópsia ou ressecção de lesões suspeitas, biópsias randomizadas de superfícies peritoneais e apendicectomia, se houver diagnóstico ou suspeita de tumor mucinoso²². Entretanto, em pacientes jovens e férteis, deve ser considerada a cirurgia conservadora, com preservação do útero e do ovário contralateral²².

Da análise realizada neste estudo, observou-se que 43,3% das pacientes foram submetidas à histerectomia, estando este valor em consonância com os dados observados em um caso-controle americano envolvendo 50 pacientes submetidas à laparoscopia ou laparotomia para estadiamento cirúrgico de provável neoplasia ovariano em estágio I ou neoplasia de tuba ovariana, em que 74% das pacientes foram submetidas à histerectomia²³. Esse fato mostra a importância da histerectomia na erradicação das células neoplásicas no tumor ovariano, uma vez que o útero pode se encontrar colonizado com células cancerosas provenientes de disseminação linfática¹⁹.

Em um outro trabalho americano, um artigo retrospectivo realizado com 36 pacientes submetidas a laparoscopia para estadiamento cirúrgico de provável neoplasia ovariana no estágio I ou neoplasia da tuba ovariana, 58,33% das mulheres evoluíram para histerectomia bilateral com anexectomia bilateral, 11,11% para apendicectomia e 83,33% para omentectomia²⁴. Ao contrário do autor citado, as taxas encontradas de apendicectomia, de omentectomia e de histerectomia associada a anexectomia bilateral foram de 6,0%, 15,4% e 6,7%, respectivamente. Salienta-se que, no presente estudo, foram incluídos tumores benignos e malignos, ao contrário do artigo citado. Além do que, o número de pacientes analisados neste artigo foi superior (212 X 36), o que possivelmente pode ter levado à divergência de taxas.

Por fim, em estudo italiano, 74% das pacientes realizaram anexectomia unilateral²⁵, dado discordante do encontrado em nossa amostra, qual demonstrou que 12,1% das mulheres foram submetidas à anexectomia unilateral. Tal discordância se deve provavelmente a divergência entre as amostras analisadas, uma vez que nesta pesquisa foram incluídas neoplasias benignas e malignas de ovário, abordadas através de qualquer uma das técnicas, conservadora e não conservadora, enquanto que no artigo italiano, foram incluídas apenas pacientes com neoplasia epitelial de ovário, tratadas através de abordagem conservadora de fertilidade.

Em relação ao tratamento quimioterápico, segundo Dornelles, D., a maior parte das pacientes com neoplasia maligna de ovário necessitará do tratamento adjuvante ou neoadjuvante de quimioterapia, tendo como objetivo melhorar a eficácia cirúrgica, erradicar possível doença residual e melhorar a qualidade de vida²⁶. Nesse projeto, 40,7% das pacientes foram submetidas a tratamento com quimioterápicos. Tal dado se encontra discordante do artigo de caso-controle americano, em que 85,9% das pacientes

foram submetidas à quimioterapia²⁷, o que possivelmente se deve a diferença entre as amostras, uma vez que o estudo americano incluiu pacientes com cânceres malignos nos estágios IIIC e IV, enquanto que este projeto incluiu neoplasias ovarianas de caráter benigno, quais podem ser abordadas apenas por via cirúrgica²⁸.

Nas tumorações ovarianas com potencial metastático, a propagação das células neoplásicas pode seguir todas as vias de disseminação com distribuição predominantemente para as goteiras parietocólicas, superfícies diafragmáticas, pulmão, cápsula do fígado, superfície do intestino e para omento¹⁷. A análise dos dados desta pesquisa demonstrou que 33,3% das pacientes evoluíram com metástase e destas, compativelmente com os achados literários supracitados, os principais sítios de disseminação foram o peritoneal (72,3%), hepático (18,5%), pulmonar (10,8%) e demais sítios 27,7%.

Segundo Vaz, F. et al., o comportamento biológico das tumorações de ovário varia desde tumores com excelente prognóstico e grande probabilidade de cura, até tumores de rápida progressão e de mau prognóstico⁹. Neste contexto, de acordo com a terminação, foram a óbito 14,6% das pacientes avaliadas. As demais receberam alta hospitalar com a necessidade de reinternação em 21,4% dos casos.

Ferreira, P. et al relata que os fatores prognósticos associados à sobrevida de mulheres com carcinoma de ovário englobam o estágio ao diagnóstico, o grau histológico e o volume residual do tumor após a primeira cirurgia²⁹. Salienta-se que, no entanto, nesta pesquisa foram avaliadas as tumorações ovarianas em sua totalidade, englobando desde massas benignas a carcinomas extremamente invasivos. Dessa forma, não se pode comparar o índice de mortalidade aqui encontrado com a análise exclusiva do câncer de ovário, que segundo Ristow, C. et al. e corroborado por Lima, R. et al, é a

maior causa de morte por câncer ginecológico no Brasil assim como em países desenvolvidos^{5,16}.

CONCLUSÃO

Levando-se em consideração todos os aspectos analisados por este artigo, é possível observar que a idade das pacientes se aproximava dos cinquenta anos e a maior parte delas apresentava sintomas ao procurar o serviço. Quase a totalidade foi submetida à cirurgia, com cerca metade apresentando tumores de caráter benigno à histopatologia. Dos tumores malignos, mais da metade era de origem epitelial e, desses, o seroso foi o tipo histológico mais encontrado. Em virtude do que foi mencionado, o artigo teve sucesso em determinar as características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas das pacientes portadoras de câncer de ovário, apresentando real relevância estatística, uma vez que, através dos dados obtidos, foi possível corroborar com os dados observados na literatura. Ainda, exerceu importante papel em nossa formação quanto médicos, uma vez que nos deu a chance de conhecer não só os aspectos literários da doença, mas também suas diversas formas de comportamento no dia-a-dia. Entretanto, durante o processo de elaboração do artigo, foi vivenciada certa dificuldade na obtenção de dados na literatura e na própria coleta dos dados, principalmente do ponto de vista epidemiológico, o que demonstra a necessidade de novos estudos neste campo.

Esperamos que através deste artigo se abra um novo horizonte com realização de novos estudos epidemiológicos sobre as neoplasias benignas e malignas de ovário, para que se tenha uma visão mais global da oitava neoplasia mais diagnosticada no Brasil.

TABELAS

Tabela 1: Principais características epidemiológicas das mulheres incluídas na pesquisa com neoplasia de ovário internadas no IMIP entre os anos de 2008 e 2014.

Variáveis	n	%
Procedência		
Recife	61,0	31,9
Região metropolitana do Recife	63,0	33,0
Outros	67,0	35,1
Religião		
Evangélica	52,0	48,1
Católica	52,0	48,1
Outros	4,0	3,7
Raça		
Parda	74,0	63,2
Negra	13,0	11,1
Branca	26,0	22,2
Amarela	4,0	3,4
Estado civil		
Solteira	48,0	35,0
Casada	44,0	32,1
Viúva	16,0	11,7
Separada	12,0	8,8
União consensual	17,0	12,4
Hábitos		
Tabagismo	24,0	11,3
Etilismo	33,0	15,6

Ocupação		
Do lar	63	45,3
Aposentada	13	9,4
Estudante	8	5,8
Desempregada	2	1,4
Outros	53	38,1
Antecedente familiar de tumor de ovário	3	1,4

Fonte: IMIP.

Tabela 2: Principais características biológicas das mulheres incluídas na pesquisa com neoplasia de ovário internadas no IMIP entre os anos de 2008 e 2014.

Variáveis	n	%
Status hormonal		
Menacme	116,0	55,8
Menopausa	83,0	39,9
Menopausa cirúrgica	9,0	4,3
Forma de terminação		
Vaginal	53,0	56,4
Cesárea	15,0	16,0
Vaginal + Cesárea	26,0	27,7
Doenças associadas		
HAS	67,0	31,6
DM	16,0	7,5
Tireoidopatias	5,0	2,4
Cardiopatias	4,0	1,9
Idade (M, DP)	46,3	17,2
Paridade (MD, V)	02	01 - 03
Peso (M, DP)	65,2	15,2
Altura (M, DP)	133,3	55,6

Fonte: IMIP.

Tabela 3: Principais características clínicas das mulheres incluídas na pesquisa com neoplasia de ovário internadas no IMIP entre os anos de 2008 e 2014.

Variáveis	n	%
Sangramento	51,0	24,1
Dor em baixo ventre	119,0	56,1
Hiperemese	10,0	4,7
Aumento do volume abdominal	99,0	46,7
Motivo de procura do serviço		
História clínica	72,0	39,6
Sintomas	154,0	84,2
USG	121,0	66,1

RM	2,0	1,1
TAC	4,0	2,2
Biópsia	10,0	5,5
Formas de diagnóstico		
USG	132	63,2

Fonte: IMIP.

Tabela 4: Principais características ecográficas das mulheres incluídas na pesquisa com neoplasia de ovário internadas no IMIP entre os anos de 2008 e 2014.

Variáveis	n	%
Septos	53,0	65,4
Contorno irregular	21,0	35,6
Baixo fluxo ao Doppler	19,0	46,3
Volume de massa (I, DP)	1043,8	2011,8
Volume ovário direito (I, DP)	233,5	528,38
Volume ovário esquerdo (I, DP)	210,9	656,9

Fonte: IMIP.

Tabela 5: Principais tipos histopatológicos das mulheres incluídas na pesquisa com neoplasia de ovário internadas no IMIP entre os anos de 2008 e 2014.

Variáveis	n	%
Epitelial	136,0	64,2
Seroso	64,0	47,1
Mucinoso	28,0	20,6
Endometrial	16,0	11,8
Mesonéfrico	1,0	0,7
Não especificado	27,0	19,9
Germinativos	47,0	22,2
Estromais	10,0	4,7
Metastáticos	7,0	3,3
Não especificados	12,0	5,5

Fonte: IMIP.

Tabela 6: Principais características cirúrgicas/tratamento das mulheres incluídas na pesquisa com neoplasia de ovário internadas no IMIP entre os anos de 2008 e 2014.

Variáveis	n	%
Histerectomia	79,0	43,3
Anexectomia unilateral	22,0	12,1
Anexectomia bilateral	92,0	50,5

Ooforectomia unilateral	36,0	19,8
Ooforectomia bilateral	119,0	65,4
Salpingectomia unilateral	23,0	12,6
Salpingectomia bilateral	93,0	51,1
Omentectomia	28,0	15,4
Apendicectomia	11,0	6,0
Linfadenectomia	18,0	9,9
Citorredução	2,0	1,1
HTA + anexectomia	21	10,9
HTA + anexectomia unilateral	1	0,5
HTA + anexectomia bilateral	13	6,7
HTA + anexectomia + omentectomia	14	7,2
HTA + anexectomia + omentectomia + Linfadenectomia	7	3,6
Quimioterapia	79,0	40,7

Fonte: IMIP.

Tabela 7: Principais características prognósticas das mulheres incluídas na pesquisa com neoplasia de ovário internadas no IMIP entre os anos de 2008 e 2014.

Variáveis	n	%
Reinternamento	45	21,4
Metástase	66,0	33,3
Pulmonar	7,0	10,8
Hepática	12,0	18,5
Peritoneal	47,0	72,3
Outras	18,0	27,7
Tipo de terminação		
Alta	181,0	85,4
Óbito	31,0	14,6

Fonte: IMIP.

REFERÊNCIAS

1. Roberto Araujo Fernandes, L., Gazi Lippi, U. & Farah Baracat, F. Índice de Risco de Malignidade para Tumores do Ovário Incorporando Idade, Ultrasonografia e o CA-125 Index of Malignancy Risk for Ovarian Tumors Incorporating Age, Ultrasound and CA-125. *Trab. Orig.* **25**, 345–351 (2003).
2. Luiz, B. M. *et al.* Estudo Epidemiológico de Pacientes com Tumor de Ovário no Município de Jundiaí no Período de Junho de 2001 a Junho de 2006. *Medicina (B. Aires)*. **55**, 247–253 (2009).
3. Doufekas, K. & Olaitan, A. Clinical epidemiology of epithelial ovarian cancer in the UK. *Int J Womens Heal.* **6**, 537–545 (2014).
4. Appel, M., Mônico, H., Geraldo, J., Ramos, L. & Poli, M. E. H. Rastreamento e diagnóstico do câncer de ovário. *Rev. da AMRIGS* **53**, 313–318 (2009).
5. Ristow, C. M., Yamamoto, C. T. & Fávaro, M. Fatores de risco e patogênese das neoplasias malignas epiteliais de ovário: revisão de literatura. *Rev. bras. cancerol* **52**, 185–195 (2006).
6. Cramer, D. W. *The Epidemiology of Endometrial and Ovarian Cancer.* (2012).
7. Novoa Vargas, A. Historia natural del cáncer de ovario. *Rev. Médicas Mex.* **82**, 613–622 (2014).

8. Reis, F. J. C. dos. Rastreamento e diagnóstico das neoplasias de ovário: papel dos marcadores tumorais. *Rev. Bras. Ginecol. e Obs.* **27**, 222–227 (2005).
9. Vaz, F. & Deolinda, P. *100 perguntas chave no cancro do ovário.* (2015).
10. Em, N., Portadores, P. & Mellitus, D. E. D. Avaliação de uma série de 361 tumores benignos do ovário submetidos a tratamento cirúrgico. 80–85 (2014).
11. Smith, A. W. *et al.* Cancer, comorbidities, and health-related quality of life of older adults. *Health Care Financ. Rev.* **29**, 41–56 (2008).
12. Beard, C. M. *et al.* The Epidemiology of Ovarian Cancer: A Population-Based Study in Olmsted County , Minnesota , 1935 – 1991. **2797**, 17–21 (1991).
13. Patrono, M. G. *et al.* Borderline tumours of the ovary, current controversies regarding their diagnosis and treatment. *Ecancermedicalscience* **7**, 1–11 (2013).
14. Derchain, S. F. M., Duarte-Franco, E. & Sarian, L. O. Panorama atual e perspectivas em relação ao diagnóstico precoce do câncer de ovário. *Rev. Bras. Ginecol. e Obs.* **31**, 159–163 (2009).
15. Hartman, C. A. *et al.* Inclusão dos sintomas na discriminação entre tumores anexiais benignos e malignos. *Rev. Bras. Ginecol. e Obs.* 511–517 (2012).
16. Lima, R. A. & Viotti, L. V. Abordagem das massas anexiais com suspeita de câncer de ovário. (2010).
17. Carvalho, F. R. De *et al.* Carcinoma epitelial ovariano: aspectos prognósticos Ovarian epitelial carcinoma: prognostic aspects. **21**, 42–44 (2011).
18. INCA - Câncer - Tipo - Ovário. Available at: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/ovario>.

(Accessed: 21st July 2017)

19. Oliveira, C. F. de & Amaral, N. Cancro do Ovário (tumores epiteliais). *Man. Ginecol. - Vol. I* 391–412 (2009).
20. Ricardo, N., Baptista, G., Sousa, R., Sá, L. & Pereira, D. Tumores borderline do ovário. *7*, 49–57 (2013).
21. Ministério da Saúde. Available at: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0458_21_05_2012.html.
(Accessed: 18th July 2017)
22. Berek, J. S., Crum, C. & Friedlander, M. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int. J. Gynecol. Obstet.* **131**, S111–S122 (2012).
23. Chi, D. S. *et al.* The safety and efficacy of laparoscopic surgical staging of apparent stage I ovarian and fallopian tube cancers. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **192**, 1614–1619 (2005).
24. Nezhat, F. R. *et al.* Laparoscopic management of early ovarian and fallopian tube cancers: surgical and survival outcome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **200**, 83.e1-83.e6 (2009).
25. Fruscio, R. *et al.* Conservative management of early-stage epithelial ovarian cancer: Results of a large retrospective series. *Ann. Oncol.* **24**, 138–144 (2013).
26. Dornelles, D. Neoplasias Malignas de Ovário em Pacientes Tratadas no Christie Hospital (Manchester - Reino Unido). (2005).
27. Chi, D. S. *et al.* Improved progression-free and overall survival in advanced ovarian cancer as a result of a change in surgical paradigm. *Gynecol. Oncol.* **114**,

26–31 (2009).

28. Giordano, L., Giordano, M. & Silva, R. Tumores anexiais na adolescência. *Adolesc Saude* **6**, 48–52 (2009).
29. Ferreira P. et al. Carcinoma de ovário seroso e não seroso: tipo histológico em relação ao grau de diferenciação e prognóstico. *Rev Bras Ginecol Obs.* **34**, 196–202 (2012).