

## DEGENERAÇÃO MALIGNA DE TERATOMA MADURO EM CARCINOMA ESPINOCELULAR OVARIANO

Genital (Feminino) , Oncologia

---

### Dados do Caso

**Data submissão:** 14/12/2019

**Data publicação:** 01/04/2020

**Seção :** Ensino

**Tipo de Caso :** Tipo Caso 1

**Autor:** Matheus Menezes Gomes - Hospital A

**Autor correspondente:** -

**Dados do paciente :** Feminino, 37 anos

**Palavras-Chave :** Teratoma, Ovário, Neoplasias, Carcinoma de Células Escamosas, Imagem por Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada por Raios X

**URL:** <https://brad.org.br/article/4225/pt-BR/degeneracao-maligna-de-teratoma-maduro-em-carcinoma-espinocelular-ovariano>

**Link do Abstract no PUBMED:**

**DOI :** Ahead of DOI

### Resumo

-

### Histórico Clínico

Paciente apresentando dor pélvica crônica e perda ponderal significativa (estimada em 14 kg) há 06 meses. Massa palpável e dolorosa na escavação pélvica. Marcadores tumorais elevados: CA125: 157,5 U/ml (VR < 35,0 U/ml); CEA: 14,8 ng/ml (VR < 4,0 ng/ml). A Paciente foi submetida a exames de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética) para investigação.

### Achados Radiológicos

Na investigação inicial foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) do abdome com contraste, que evidenciou uma massa pélvica heterogênea com componentes de gordura e calcificação, compatível com teratoma ovariano (figura 1 e 2). A lesão tinha margens

infiltrativas, com sinais de invasão de órgãos adjacentes. A ressonância magnética (RM) da pelve com o uso do meio de contraste endovenoso evidenciou áreas de restrição à difusão na massa e corroborou a invasão do corpo uterino, da musculatura do iliopsoas direito e da musculatura da parede pélvica posterior (figuras 3-6). Os ovários não foram identificados. A lesão foi ressecada e o diagnóstico anatomopatológico confirmou tratar-se de um carcinoma espinocelular com componente somático maligno de teratoma ovariano.

## **Discussão**

A degeneração maligna de um teratoma ovariano maduro é um evento raro, com uma incidência de até 2% (1). O carcinoma de células escamosas (CEC) responde por 80 a 90% dos casos, também sendo descritos outros subtipos histológicos ainda mais raros, tais quais o adenocarcinoma, o sarcoma indiferenciado e o carcinoma papilar (2). A maior prevalência de CEC se deve ao predomínio de tecidos de origem ectodérmica nos teratomas císticos maduros. Enquanto alguns autores defendem que o CEC se origina a partir de epitélio estratificado primário do teratoma, outros apoiam a origem a partir de epitélio de células colunares respiratórias concomitante com metaplasia escamosa (3). É importante levantar a suspeição para esse tipo de evento, uma vez que os teratomas ovarianos maduros são comumente ressecados por cirurgia laparoscópica, sendo necessárias condutas mais agressivas diante de uma neoplasia maligna sobreposta, incluindo abordagens cirúrgicas amplas com ou sem quimioterapia adjuvante (4). A partir de uma revisão sistemática incluindo sessenta e quatro estudos com um total de 277 pacientes portadoras de teratoma cístico maduro e CEC, observou-se que esse tipo específico de degeneração foi encontrado principalmente em mulheres acima de 50 anos, com alta concentração de CA125 e tumores ovarianos com mais de 10 cm de tamanho (4). Uma série de casos incluindo 37 pacientes concluiu que o CEA e o antígeno do carcinoma de células escamosas (SCC), nesta ordem, mostraram-se os melhores marcadores tumorais para a suspeição de carcinoma espinocelular sobreposto a um teratoma ovariano maduro, e ainda cogitou como estratégia adequada a dosagem rotineira desses marcadores em pacientes acima de 45 anos com cistos dermóides maiores que 9,0 cm (5). No caso aqui apresentado, a paciente era jovem (37 anos) com CA125 e CEA discretamente elevados. Clinicamente, a transformação maligna pode não ser facilmente reconhecida e invasões ou metástases locais extensas podem ocorrer em até dois terços dos pacientes (6). O prognóstico desses tumores, por sua vez, é bastante reservado, com uma taxa de sobrevida em cinco anos de apenas 15 a 30% (2).

## **Lista de Diferenciais**

- teratoma ovariano imaturo
- cistoadenocarcinoma seroso
- cistoadenocarcinoma mucinoso
- metástase

## **Diagnóstico**

- carcinoma espinocelular do ovário

## Aprendizado

Os teratomas ovarianos são neoplasias comuns, particularmente em jovens, mas em pacientes a partir da quinta década e portadoras de grandes massas a atenção deve ser redobrada pela possibilidade de degeneração maligna, nem sempre facilmente reconhecida pelos exames de imagem ou aspectos clínicos. Marcadores tumorais elevados, como o CA125 e o CEA podem ajudar na suspeita diagnóstica.

## Referências

- 1. Takagi H, Ichigo S, Murase T, Ikeda T, Imai A. Early diagnosis of malignant-transformed ovarian mature cystic teratoma: fat-suppressed MRI findings. *J Gynecol Oncol* 2012 Apr;23(2):125-8.
- 2. Thaker S. Squamous cell carcinoma developing in mature cystic teratoma of the ovary: a rare case. *J Obstet Gynaecol India* 2012 Dec;62(Suppl 1):63-4.
- 3. Amidzi J, Dolai M, Kaanski MM, Gluhovi A, Ili J, Bozani S. Squamous cell carcinoma in mature cystic teratoma of the ovary. *Med Pregl* 2012 Sep-Oct;65(9-10):429-31.
- 4. Hackethal A, Brueggmann D, Bohlmann MK, Franke FE, Tinneberg HR, Münstedt K. Squamous-cell carcinoma in mature cystic teratoma of the ovary: systematic review and analysis of published data. *Lancet Oncol* 2008 Dec;9(12):1173-80
- 5. Kikkawa F, Nawa A, Tamakoshi K, Ishikawa H, Kuzuya K, Suganuma N, et al. Diagnosis of squamous cell carcinoma arising from mature cystic teratoma of the ovary. *Cancer* 1998 Jun 1;82(11):2249-55.
- 6. Maslin P, Luchs JS, Haas J, Katz DS. Ovarian teratoma with malignant transformation: CT diagnosis. *AJR Am J Roentgenol* 2002 Jun;178(6):1574.

## Imagens



Figura 1 – TC com contraste evidencia massa pélvica (seta) contendo áreas de gordura (\*) e foco de calcificação (cabeça de seta), compatível com teratoma ovariano.



Figura 2 – TC com contraste mostra que a lesão tem margens infiltrativas, com sinais de invasão do corpo uterino (cabeças de seta) e do cólon sigmoide (\*).

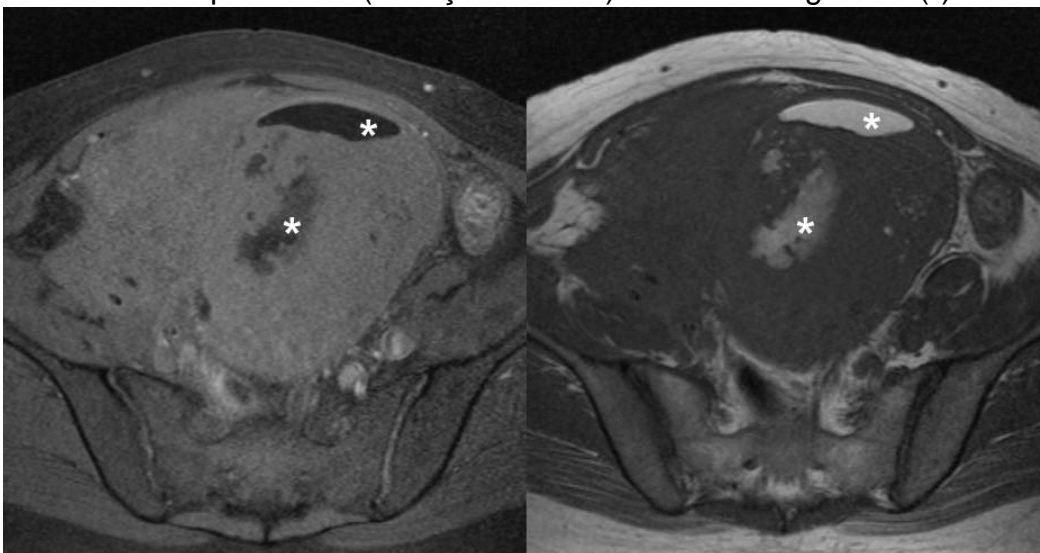


Figura 3 – RM da pelve no plano axial T1, com (à esquerda) e sem (à direita) saturação de gordura mostrando as áreas de gordura da lesão (\*).

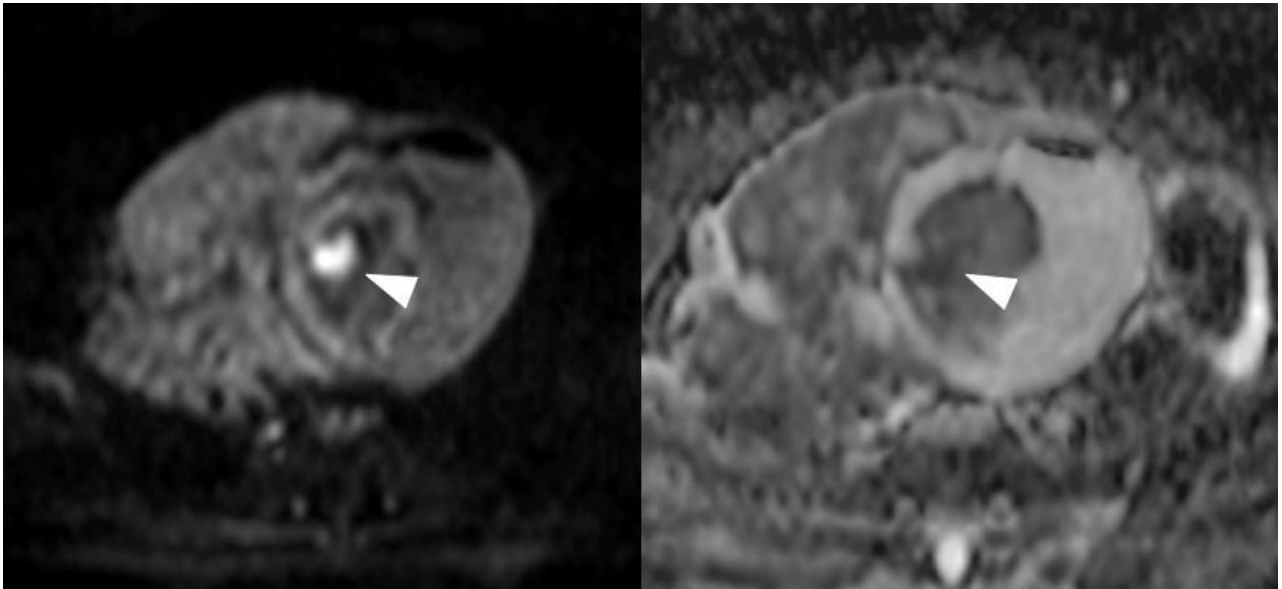


Figura 4 – RM nas sequências DWI e mapa ADC evidencia áreas com restrição à difusão, como indicado pela cabeça de seta.



Figura 5 – RM no plano coronal T2 mostra o predomínio de hipersinal da lesão pelo seu componente adiposo (\*), com áreas de menor sinal invadindo o corpo e o fundo uterinos (cabeças de seta).

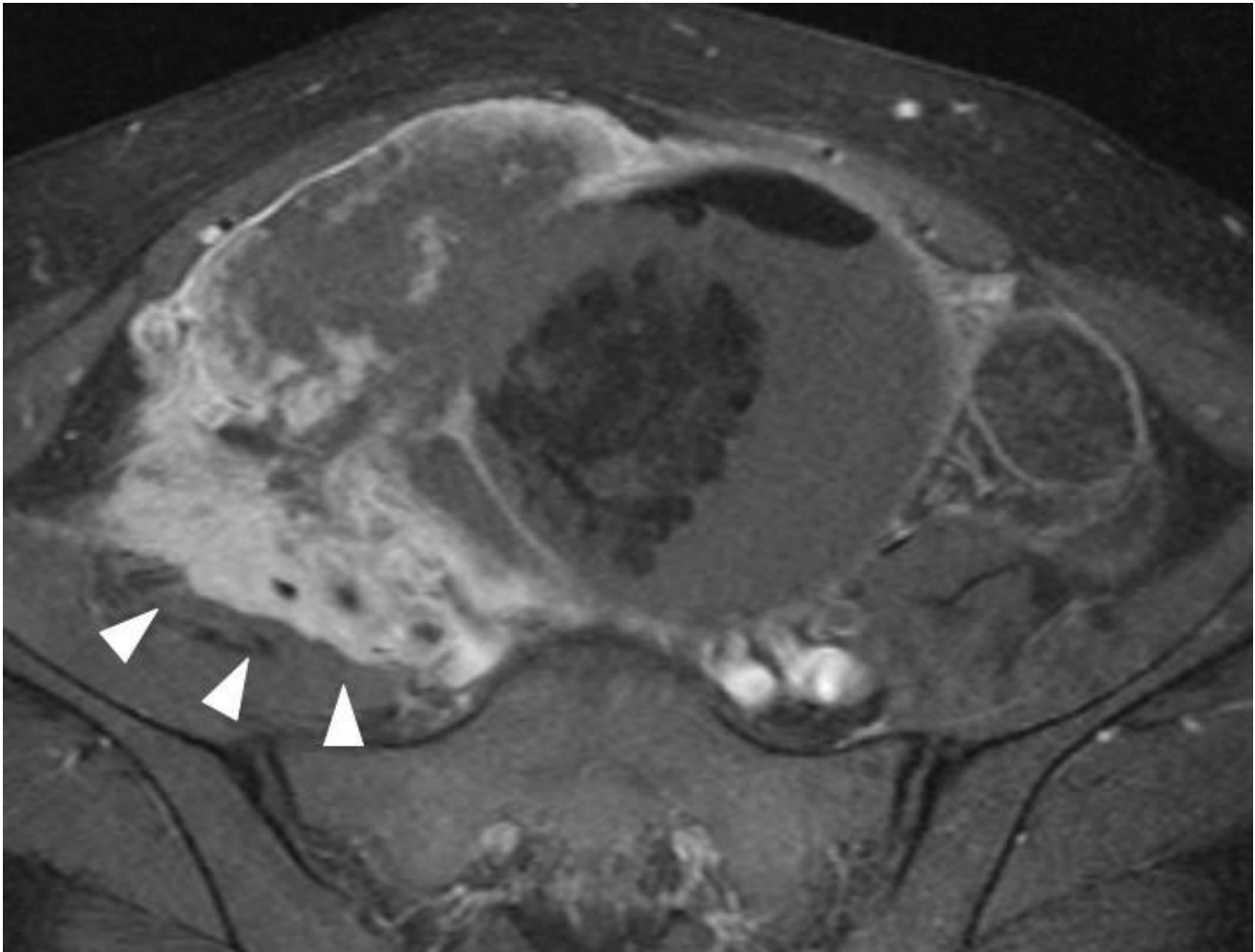


Figura 6 – RM no plano axial T1 pós-contraste evidencia a invasão da musculatura pélvica posterior à direita pela massa.

## Vídeos

Nenhum resultado encontrado