

CARCINOMA EPIDERMÓIDE PRIMÁRIO EM CISTO DERMÓIDE DE OVÁRIO

Apresentação de um caso

Hugo B. Haase
Rui Luzzato
Ruben L. Haase

O cisto dermóide ou teratoma cístico do ovário é uma malformação tumoral bastante freqüente. Para EWING⁽⁸⁾ e BLACKWELL e col.⁽³⁾ ele constitui cerca de 10% de todas as neoplasias ovarianas. ALLAN & HERTIG⁽²⁾ fazem subir essa proporção a 20%, enquanto que FRANK (cit em 12) coletando dados de diferentes autores a situa entre 5 a 25% e HERBUT⁽¹⁰⁾, entre 5 a 34%.

Em relação à sua potencialidade evolutiva, principalmente quando confrontado com teratomas sólidos ou alguns outros tumores ovarianos, a impressão geral dos patologistas e cirurgiões é fundamentalmente de extrema benignidade^(1, 5, 8, 9, 10, 11, 15).

Na realidade, porém, a possibilidade de transformação maligna existe, embora sendo bastante remota. Também aqui, a proporção é variável de acordo com as estatísticas dos diferentes autores. Assim, segundo EWING⁽⁸⁾, BAB colecionou 37 carcinomas originados em teratomas císticos de ovário e WIERNER, revisando 60 cistos dermóides, positivou ao todo a existência de 3, ou sejam 5%. GEIST⁽⁹⁾ e ALLAN & HERTIG⁽²⁾, por outro lado, encontraram apenas uma proporção de 1%, que subiu a 3% para BLACKWELL et al. (3). Já MEYER (cit. 12), em 1268 casos examinados conseguiu selecionar apenas 1,7% de transformações malignas, enquanto que para DOUCETTE & WOODROW⁽⁷⁾, esta proporção é de 1,5% (de carcinomas epidermóides).

Entretanto, quando tal transformação maligna ocorre, o prognóstico para a maioria dos autores é bastante reservado e sombrio. NOVAK⁽¹¹⁾ opina que apenas 6% dos casos sobrevivem mais que 5 anos. AHUMADA (cit. 12) afirma conhecer apenas um caso de cura definitiva. Já CLIMIE & HEATH⁽⁶⁾ são um pouco menos céticos e consideram o panorama mais favorável para os casos nos quais as proliferações anaplásicas não se estenderam pela parede do cisto, por ocasião de sua remoção.

De toda forma, embora com incidência baixa, o perigo de uma transformação maligna sempre está presente, assumindo quando assim ocorre, características de alta gravidade. Acreditamos por isto, que em face da benignidade da ressecção cirúrgica de um cisto dermóide ovariano, nunca será demais insistir na conveniência de sua retirada imediata. É por esta razão que julgamos justificada a apresentação de um caso de observação e experiência pessoais que foi retirado dos arquivos do Departamento de Patologia da FMPA — U. F. R. G. S. (AP-37534/71), com material remetido do Hospital Tuparendi, deste Estado.

Apresentação do Caso

História Clínica: H. G. mulher solteira de 35 anos, doméstica. Procurou o médico em 22.9.1970, com dores na fossa ilíaca esquerda há mais ou menos

20 dias, acompanhada de alguma polaciúria. Última menstruação em 15.9, normal.

Ao exame físico, nenhuma particularidade, a não ser massa tumoral ao nível do anexo esquerdo, com útero de tamanho habitual. Operada em 24.9.70, de oóforosal-pingectomia bilateral e histerectomia total; a exploração da cavidade abdominal nada revelou digno de nota. Pós-operatório normal e alta hospitalar em 5.10.71.

Achados Patológicos: O espécimen cirúrgico consta de útero mais os seus dois anexos. O útero, pequeno e também ambas as trompas apresentam-se sem particularidades. Os ovários, entretanto, estão alterados. O ovário Direito está ligeiramente aumentado de volume, tem forma ovalada e superfície lisa, medindo 5,5x3, 5x3 cm. Ao corte, apresenta-se cístico, unilocular, com parede relativamente delgada e conteúdo de material sebáceo envolvendo grande número de pelos enovelados; em um ângulo da parede existe pequeno espessamento nodular correspondendo eventualmente a parênquima ovariano (Fig. 1). Já o aumento volumétrico da massa ovariana esquerda é bem maior, tendo ela também forma oval e superfície lisa. A tumoração mede 15x12x10 cm, e ao corte mostra-se cística, multiloculada, contendo no interior dos compartimentos material gelatinoso, mucóide claro, ou sebáceo com alguns pelos, ou material colóide, às vezes hemorrágico (fig. 1). Em determinado ponto da parede, por uma extensão de cerca de 3 cm de diâmetro, observa-se um espessamento algo nodular, onde a consistência está aumentada, quase fibrosa e onde ao corte evidenciam-se mínimas áreas necróticas (flechas da fig. 1).

A microscopia revela em ambas as massas tumorais ovarianas, pequena área, constituída por parênquima ovariano ainda conservado com a presença de alguns folículos císticos pequenos e corpos albicantes. O restante é formado por tecido conjuntivo-vascular de sustentação, encerrando diversos tipos de tecido endo e mesodérmico dispostos irregularmente ou às vezes parcialmente

organizados e revestindo a ou as cavidades císticas existentes com diferentes epitélios. Mais freqüentes são as estruturas dermatológicas, constituídas por epiderme, quase sempre cornificada (fig. 2) e derma incluindo folículos pilosos, com respectivos pelos, musculatura lisa correspondendo aos horripiladores, mais glândulas sebáceas e sudoríparas (fig. 3). Em um ponto da massa esquerda, surge uma formação pilosa bastante maior, apresentando células de revestimento do tipo escamoso, porém mumificadas, ao lado de outras com calcificação acentuada, tudo lembrando um "pilomatricoma" (epitelioma calcificado de Malherbe) em formação abortada (fig. 2). Noutros pontos dessa massa, aparecem estruturas foliculares, revestidas internamente por células epiteliais cúbicas ou achatadas e contendo material eosinofílico homogêneo, em tudo semelhante a tecido tireóideo (fig. 4); às vezes estão nelas contidas células descamadas ou espaços vazios indicativos de cristais de colesterolina.

Na neoplasia cística maior, correspondendo ao lado esquerdo, existe um ponto de epitélio malpighiano cornificado onde se evidencia no cório subjacente uma invasão proliferativa de grandes células epiteliais anaplásicas, poligonais de citoplasma abundante, denso, eosinófilo e núcleos hipercromáticos aumentados. Essas células dispõem-se em ninhos e cordões apresentando freqüentes focos de cornificação bem delineada e invadem em alguns pontos a camada mais superficial do teratoma (Fig. 5 e 6).

Quanto ao estudo histológico do útero e trompa, revela-se sem particularidades patológicas evidentes e dignas de nota. O diagnóstico patológico foi de cisto dermóide do ovário, bilateral com transformação maligna (lado esquerdo) sob forma de Carcinoma epidermóide diferenciado, atingindo a superfície tumoral.

Evolução: A doente voltou à consulta em 21.10.70, com sensação de fogaços e tontura. Peso corporal de 50 Kg. T. A. = 15/9.

Em 15.12.70: Passando bem — Peso corporal 50 quilos.

Em 20.01.71: Algumas dores imprecisas no baixo ventre — fogachos — peso 52 quilos — exame físico e toque vaginal sem particularidades.

Em 12.02.71: Dores lombares fracas constantes, irradiadas para as regiões inguinais.

Em 22.02.71: Dores lombares mais intensas e agora também no hipocôndrio direito — Anemia secundária marcada. Ao toque vaginal, empastamento tumoral nos paramétrios.

Em 4.03.71: Dores cada vez mais fortes — anemia acentuada: eritrócitos $1.700.000/\text{mm}^3$, hemoglobina 5 g, hematócrito 20%, leucócitos $6.300/\text{mm}^3$. Foram feitas transfusões de sangue.

Em 17.03.71: Quadro inalterado — ventre distendido — melena — grande tumor palpável na fossa ilíaca direita.

Em 22.03.71: Dores abdominais tebrantes no baixo ventre e fossa ilíaca direita, cedendo apenas com o uso de entorpecentes — anemia marcada — melena — adinamia intensa — deambulação difícil.

Morte duas semanas após. Não foi feita necrópsia.

Comentários

O caso apresentado tem uma característica especial, que é a bilateralidade da lesão ovariana. Na verdade, o cisto dermóide nem sempre é unilateral. Acontece com relativa frequência, variável conforme os autores, acometer ambos os ovários ao mesmo tempo. BLACKWELL e col. ⁽³⁾ e ALLAN & HEATH ⁽²⁾ encontraram essa ocorrência em 12% dos casos de cisto dermóide, enquanto que SILBERBLATT & CARABBA ⁽¹⁶⁾, a constatarem em 17,2%. SAPHIR ⁽¹⁵⁾ e CATAN ⁽⁵⁾ verificaram o acometimento bilateral em 25% dos casos.

Apesar da bilateralidade do processo teratomatoso no caso apresentado, deu-se a transformação maligna apenas em um dos cistos dermóides, precisamente no maior e com diferenciação carcinosmatosa epidermóide (com cornificação).

A transformação maligna pode fazer-se em diversos e variados sentidos. Na grande maioria, contudo, é constituída por carcinomas epidermóides bem diferenciados. PETERSON ⁽¹⁴⁾, em 1959, fez exaustivo levantamento bibliográfico a respeito, até o ano de 1957 inclusive, totalizando 229 neoplasias primárias do ovário, desenvolvidas sobre cistos dermóides. Dessas, 204 estão rotuladas como carcinomas, havendo apenas 16 sarcomas e ainda 9 neoplasias especiais diversas (gliossarcoma, carcinosarcoma, etc.). Entre os carcinomas, 180 são representados por carcinomas epidermóides (78,6% do total), sendo os restantes adenocarcinomas, carcinomas mistos, carcinóide e melanomas. CLIMIE & HEATH ⁽⁶⁾ completaram essa revisão até o ano de 1967, acrescentando mais 43 casos, que incluem 40 carcinomas e somente 3 sarcomas. Entre os carcinomas, contudo, o contingente de carcinomas epidermóides baixou para 23 (ou sejam 53,5% do total dessa série), a custa de adenocarcinomas (2 casos), carcinomas indiferenciados (3) e misto (1) mas principalmente a custa de argentafinomas ou carcinóides (9). Estes últimos foram bem estudados por DOUCETTE & WOODROW ⁽⁷⁾, em 1965, que acrescentaram mais um caso a 13 já publicados e referindo ainda 3 outros carcinóides de ovário mas não associados a tratomas císticos. Rotulados como carcinomas, houve também a incidência de um certo número de melanomas desenvolvidos sobre cistos dermóides de ovário. Foi PARK et al. ⁽¹³⁾ que em 1970 descreveram o 4º caso na literatura médica mundial, apresentando atividade juncional.

A idade em que prepondera a malignização, situa-se para SAPHIR ⁽¹⁵⁾ entre 21 a 40 anos, durante a vida reprodutiva e o nosso caso, com os seus 35 anos de idade está dentro desta faixa. OLIVEIRA ⁽¹²⁾, entretanto relata que de acordo com as estatísticas, 70 a 75% dos casos costumam ocorrer depois dos 40 anos, numa idade média de 49 anos. PETERSON ⁽¹⁴⁾ encontrou em seu levantamento, idades de 33 a 75 anos, com 55 anos de média.

As metástases costumam fazer-se para o peritônio, gânglios linfáticos e fígado, mais raramente para o estômago e osso, com estruturas histológicas em geral idênticas ao nódulo carcinomatoso primitivo. O caso apresentado, por falta da necrópsia, não consegue trazer qualquer contribuição destacada neste sentido, a não ser que se desenvolveu uma grande tumoração palpável na bacia e fossa ilíaca direita. Destaca-se no entanto, o fato de que nada foi notado du-

rante a exploração e ressecção cirúrgicas, pouco tempo antes da "explosão maligna", a não ser leves e discretas aderências peritoneais do tipo inflamatório entre o cisto e alça intestinal e parede pélvica, facilmente desfeitas. Foi apenas o exame anatomo-patológico, requerido por uma constante de rotina, que trouxe o surpreendente achado da malignidade nesse caso de "simples" cistos dermóides dos ovários e que permitiu prognosticar a gravidade de sua evolução.



FIGURA 1: Aspecto macroscópico de ambos os cistos dermóides do ovário. Na parte superior o tumor do lado direito com conteúdo de material sebáceo e pelos. Na parte inferior o tumor esquerdo com os seus compartimentos císticos e área (flechas) de malignização (Carcinoma).

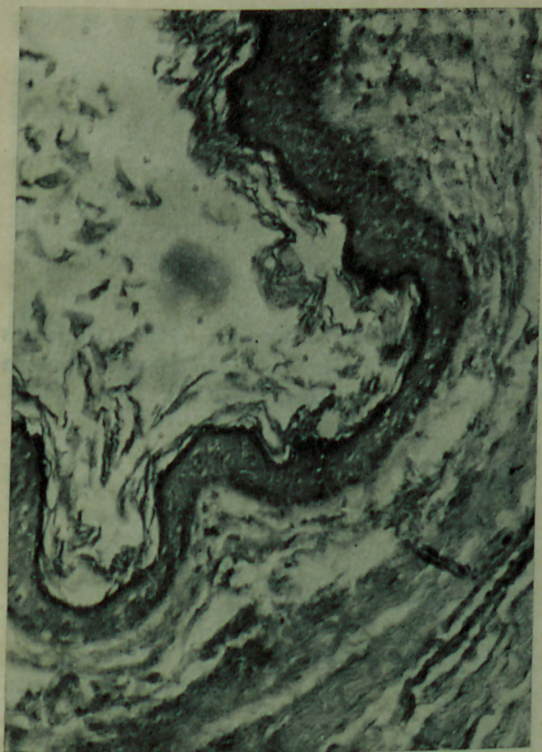


FIGURA 2: Um fragmento de epitélio malpighiano cornificado no interior do teratoma — H.E. Aum. 250 x.

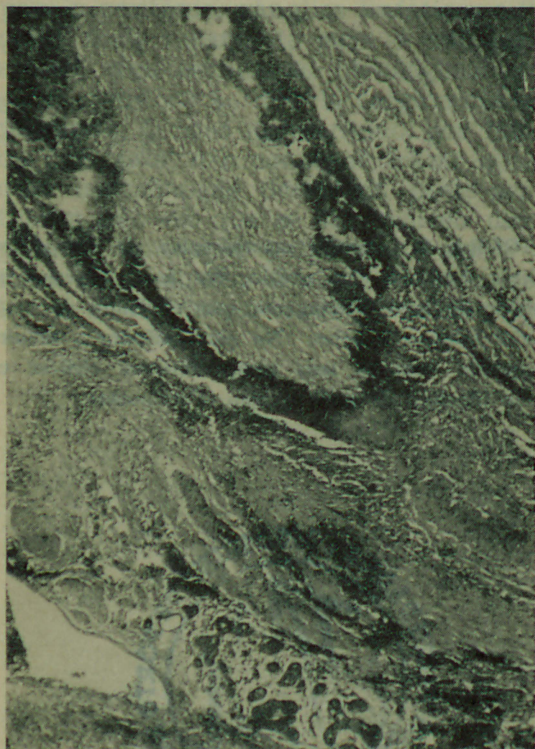


FIGURA 3: Área do teratoma cístico. Na parte inferior uma glândula, do tipo sudoríparo e na parte superior uma estrutura pilosa alterada com mumificação e calcificação parcial do epitélio (pilomatricoma esboçado?) — H. E. — Aum. 35 x.

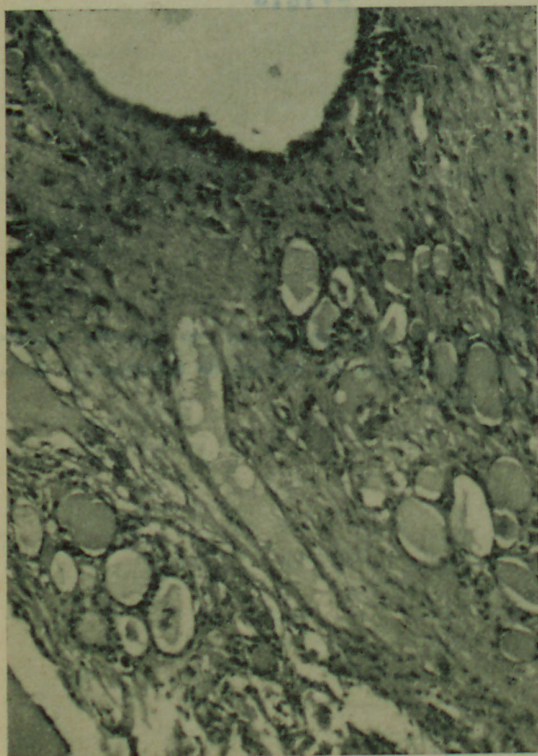


FIGURA 4: Área do teratoma cístico. Estruturas foliculares com aspecto de tecido tireoideo (Struma ováril) — H.E. — Aum. 35 x.

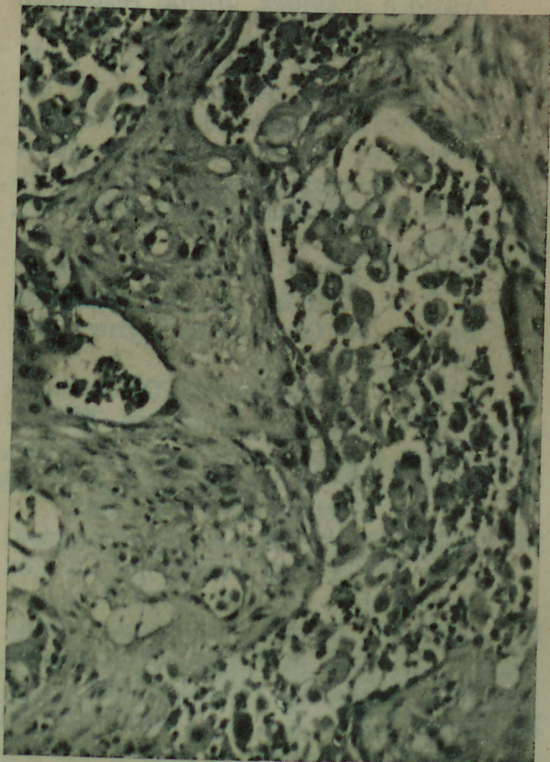


FIGURA 5: Aspecto de ilhotas de Carcinoma epidermóide diferenciado (cornificado) invadindo o estroma do cisto dermóide. Aum. 250 x.

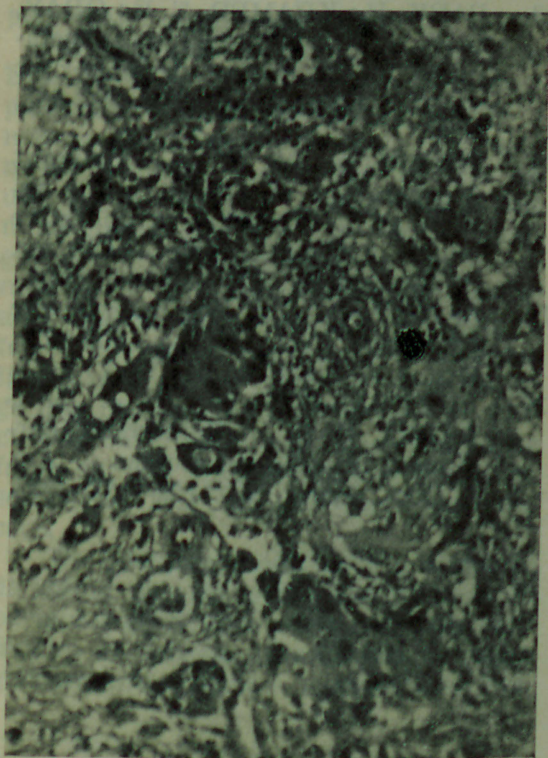


FIGURA 6: Aspecto de ilhotas de Carcinoma epidermóide diferenciado (Cornificado) invadindo o estroma do cisto dermóide. Aum. 250 x.

RESUMO

É apresentado um caso de carcinoma epidermóide diferenciado, unilateral desenvolvido em um dos teratomas císticos bilaterais do ovário. Os autores tecem considerações em torno de sua incidência, frequência, patologia e evolução.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Verfasser beschreiben einen Fall von verhorntem Plattenepithelkarzinom das sich auf eines der beiderseitig zystischen Teratome (Dermoidzysten) des Ovars entwickelt. Sie besprechen ihre Häufigkeit, Pathologie und Verlauf.

SUMMARY

The authors describe a case of cornified squamous carcinoma developed in one of bilateral cystic teratomas of the ovary. They discuss their incidence, pathology and evolution.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACKERMAN, L. V. — Surgical Pathology (pg. 690) — The Mosby C., St. Louis, 1959.
2. ALLAN, M. S. & HERTIG, A. T. — CARCINOMA of the ovary — Am. J. Obst. Gynec., 58: 640-653, 1949.
3. BLACWELL, W. J.; DOKERTY, M. B.; MASSON, J. C.; MUSSEY, R. D. — Dermoid cysts of the ovary. Their clinical and pathologic significance — Am. J. Obst. Gynec., 51: 151-172, 1946.
4. BOGLIOLO, L. — Patologia (pg. 576) — Guanabara Koogan, Rio, 1972.
5. CATAN, F. — Cistos dermóides de ovário e gravidez, *Jornal Brasileiro de Medicina*, 19: 116-121, 1970.
6. CLIMIE, A. R. W. & HEATH, L. P. — Malignant degeneration of benign cystic teratomas of the ovary. Review of the literature and report of a chondrosarcoma and carcinosarcoma — *Cancer*, 22: 824-832, 1968.
7. DOUCETTE, J. W. & WOODROW, B. E. — Primary ovarian carcinosarcoma tumors — *Obstetr. & Gynec.*, 25: 94-101, 1965.
8. EWING — Neoplastic Diseases — Fourth ed. — Saunders Philad. 1941.
9. GEIST, S. H. — Ovarian Tumors — Ed. Hoeber, N. York, 1942.
10. HERBUT, P. A. — Gynecological and Obstetrical Pathology — Lea & Febiger, Philad., 1953.
11. NOVAK, E. — Carcinoma arising in dermoid cyst (pg. 377) Fourth ed., Saunders, Philad., 1967.
12. OLIVEIRA, C. — Transformação maligna de cisto dermóide do ovário — *Col. Anat. Brasil.*, 5: 115-123, 1959.
13. PARK, H.; KRAMER, E. E.; GRAY, G. F. — Primary malignant melanoma in an ovarian dermoid cyst — *Am. J. Obst. Gynec.*, 106: 942-943, 1970.
14. PETERSON, W. K. — Malignant degeneration of benign cystic teratomas of the ovary. A collective review of the literature — *Obstetr. Gynec. Survey*, 12: 459-488, 1959.
15. SAPHIR, O. — A text on systemic pathology, vol. I (pg. 590-592), Grune & Stratton, N. York, 1958.
16. SILBERBLATT, W. B. & CARABBA, S. R. — Epidermoid carcinoma in cystic teratomas — *Am. J. Obst. Gynec.* 65: 1129-1133, 1953.