



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 07, pp. 48507-48508, July, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.22376.07.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

FIBROTECOMA OVARIANO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM UM AMBULATÓRIO DE CLÍNICA MÉDICA

Lincoln Matos de Souza*¹, Igor Neiva Guará Rosa ², Andrea Marques da Silva Pires³
and Igor Marcelo Castro e Silva,*⁴

¹Médico Residente do Programa de Clínica Médica do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUUFMA),

²Médico Cirurgião Oncológico- Hospital de Câncer do Maranhão Tarquínio Lopes Filho, ³Professora do departamento de Patologia - UFMA, ⁴Professor do departamento de Patologia- UFMA; Preceptor médico dos Programas de Residência Médica de Clínica Médica e Geriatria do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUUFMA)

ARTICLE INFO

Article History:

Received 28th April, 2021

Received in revised form

19th May, 2021

Accepted 12th June, 2021

Published online 25th July, 2021

Key Words:

Chaves, Tumor, Ovário;
Fibrotecoma, Tratamento.

*Corresponding author:

Lincoln Matos de Souza

ABSTRACT

O fibrotecoma ovariano é um tipo de tumor estromal do cordão sexual que apresenta características intermediárias entre fibroma e tecoma, e se apresenta comumente como lesão sólida unilateral em mulheres no pós-menopausa. A ressecção cirúrgica é o tratamento primário, possuindo, de modo geral, caráter curativo, sendo, portanto, uma neoplasia de bom prognóstico. Este artigo relata o caso de uma paciente de 33 anos com diagnóstico de fibrotecoma que se apresentou como massa anexial à esquerda associada a dor pélvica e ascite.

Copyright © 2021, Lincoln Matos de Souza et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Lincoln Matos de Souza, Igor Neiva Guará Rosa, Andrea Marques da Silva Pires and Igor Marcelo Castro e Silva. "Fibrotecoma ovariano: diagnóstico diferencial em um ambulatório de clínica médica", *International Journal of Development Research*, 11, (07), 48507-48508.

INTRODUCTION

Os Tumores estromais do cordão sexual do ovário são um conjunto de neoplasias que se desenvolvem a partir das células do estroma, do cordão sexual ou de ambos. São responsáveis por, aproximadamente, 4% dos tumores benignos e cerca de 8% dos cânceres ovarianos (GERSHENSON, 2021). Entre os principais tipos estão os tumores de células da granulosa (GCTs), os fibromas e os fibrotecomas (OUTWATER, *et al*, 1998). Os fibrotecomas são tumores benignos raros, com predominância em mulheres pós-menopausa, podendo está associados a síndrome de Meigs (CHECHIA, *et al*, 2008). Manifestam-se, geralmente, como uma massa anexial, o que dificulta a determinação de sua etiologia provável, de forma que para o diagnóstico definitivo se dá após ressecção cirúrgica (MUTO, 2020; SALEMIS, *et al*, 2011). Relatamos um caso de uma paciente com fibrotecoma com achados clínicos e patológicos.

CASE REPORT

Paciente, feminina, 33 anos, abriu quadro de dor pélvica em dezembro de 2019. Procurou assistência médica em serviço público de emergência, onde optaram por conduta conservadora. Após 07 dias de antibioticoterapia, não houve melhora da sintomatologia, retornou ao serviço médico onde fora solicitada tomografia (TC) de pelve, evidenciando massa sólida em ovário esquerdo associada a ascite. Negava febre, perda ponderal ou alterações em padrão menstrual. Ao exame físico, apresentava abdome globoso, doloroso à palpação, sem massas ou visceromegalias palpáveis. Indicada, então, laparotomia exploradora onde se identificou líquido ascítico, massa ovariana à esquerda, realizando, então, ressecção de massa ovariana, linfadenectomia ilíaco-pélvica esquerda e direita, omentectomia, biópsia peritoneal e coletado líquido ascítico para citologia. Paciente cursou estável, com melhora significativa do quadro inicial. Retornou em ambulatório oncológico com laudo histopatológico compatível

morfologicamente com neoplasia mesenquimal ovariana sem comprometimento da lesão em linfonodos pélvicos, peritônio, cápsula e omento. O estudo imunohistoquímico revelou neoplasia composta por proliferação de células fusiformes sem atipias significativas e com citoplasma escasso, dispostas em estroma colagenizado; por vezes, havia transição para áreas onde as células apresentavam fenótipo mais epitelióide e citoplasma eosinófilo amplo. Não se observaram atividade mitótica ou necrose. Revelou-se, ainda, expressão difusa para FOXL2, consistentes para Fibrotecoma. Paciente segue em seguimento clínico.

DISCUSSION

O termo tumores estromais do cordão sexual corresponde a tumores que contém células de Leydig, células de Sertoli, células da granulosa ou células da teca (SOURIAL, *et al*, 2013). Os fibrotecomas são tumores raros, que possuem características histológicas intermediárias entre os fibromas e tecomas (GERSHENSON, 2021). Possuem significativa celularidade, níveis consideráveis de colágeno, podendo ainda estar associado a edema (PALADINI, *et al*, 2009). Enquanto o componente tecomatoso é formado por células poligonais, com médio a grande citoplasma, isoladas ou agrupadas em pequenos grupos, o fibroso é composto por células fusiformes dispostas em feixes. Predominam em mulheres no pós-menopausa, e são, mais frequentemente, unilaterais (ANGELES, *et al*, 2005). O presente caso ocorreu em uma mulher de 33 anos, fato mais infrequente. A depender do grau de semelhança a fibroma outecoma, determinadas neoplasias podem apresentar atividade hormonal (GERSHENSON, 2021). Aquelas com características mais próximas aos fibromas, tendem a ser pobres em lipídeos e inertes do ponto de vista hormonal. As que se assemelham aos tecomas, podem apresentar atividade hormonal, podendo se manifestar como sangramento uterino anormal (ANGELES, *et al*, 2005) e aumentando o risco de câncer de endométrio (GERSHENSON, 2021). O Fibrotecoma pode estar, ainda, associado à ascite e a derrame pleural, tríade que compõe a Síndrome de Meigs, além de ter relação com níveis elevados de CA125 (KRISHNAN, *et al*, 2014). A principal apresentação clínica, porém, é composta por dor pélvica ou metrorragia associada a achado de massa anexial em exames de imagem (SALEMIS, *et al*, 2011).

À ultrassonografia com doppler, a maioria dos fibrotecomas ovarianos se apresenta como lesões sólidas com sombras listradas e vascularização mínima a moderada. Alguns padrões atípicos, quando concomitantes a ascite ou líquido livre no fundo de saco de Douglas, antígeno de câncer 125 (CA 125) elevado e alterações ao Doppler, podem suscitar dúvidas quanto à malignidade (PALADINI, *et al*, 2009). À tomografia computadorizada, manifesta-se como tumor sólido homogêneo, mas há aumento do risco de padrão heterogêneo se lesões grandes. Além disso, apresenta diversidade de graus de realce pós contraste (MAK, *et al*, 2009). O achado mais específico na Ressonância magnética é a baixa intensidade de sinal nas imagens ponderadas em T2 (TROIANO, *et al*, 1997). Apesar de dados clínicos, laboratoriais e achados em exames de imagem sugerirem o diagnóstico, este é definido através de análise histopatológica realizada após ressecção cirúrgica, tratamento de escolha para os fibrotecomas ovarianos (NUMANOGLU, *et al*, 2013). Em pacientes jovens, a tumorectomia é a mais indicada, enquanto, para mulheres na pós-menopausa, asalingo-ooforectomia (associada ou não à histerectomia) é a preterida (CHECHIA, *et al*, 2008). Devido à dificuldade em se estabelecer um diagnóstico pré-operatório preciso, associado a potenciais achados clínicos ou de imagem que fortaleçam a hipótese de malignidade como diagnóstico diferencial, a tendência é a realização da laparotomia pela maioria dos cirurgiões. Entretanto, a laparoscopia vem ganhando espaço, por estar associada a menor tempo cirúrgico e não haver diferenças significativas nas taxas de complicação perioperatória (CHO, *et al*, 2013).

CONCLUSION

Relatou-se um caso de fibrotecoma ovariano, destacando-se a importância desta temática, uma vez que o abraçar do comportamento biológico dessa rara entidade patológica constitui-se no aprimoramento de terapêuticas mais eficazes, com otimização da sobrevida livre de doença.

REFERENCES

- Angeles RM, Salem FL, Sirota RL. 2005. A right ovarian mass in a 71-year-old woman with ascites and elevated CA 125 level. Fibrothecoma of the right ovary. *Arch Pathol Lab Med.*, May;129 (5):701-2. doi: 10.5858/2005-129-0701-AROMIA. PMID: 15859649.
- Chechia A, Attia L, Temime RB, Makhlof T, Koubaa A. I. 2008. Incidence, clinical analysis, and management of ovarian fibromas and fibrothecomas. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Nov;199 (5):473.e1-4. doi: 10.1016/j.ajog.03.053. Epub 2008 May 23. PMID: 18501324.
- Cho YJ, Lee HS, Kim JM, Joo KY, Kim ML. 2013. Clinical characteristics and surgical management options for ovarian fibroma/fibrothecoma: a study of 97 cases. *Gynecol Obstet Invest.* 2013;76 (3):182-7. doi: 10.1159/000354555. Epub Sep 14. PMID: 24051436.
- Gershenson, DM. 2021. Sex cord-stromal tumors of the ovary: Epidemiology, clinical features, and diagnosis in adults. In A Chakrabarti, SR Vora (Ed.), *UpToDate*. Acessado em junho 10, 2021, por <https://www.uptodate.com/contents/sex-cord-stromal-tumors-of-the-ovary-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis-in-adults>
- Krishnan D., Kumar K., Thomas AA. 2014. Unilateral ovarian fibrothecoma with menorrhagia. *Malays J Pathol.*, Apr;36 (1):55-8. PMID: 24763236
- Mak CW, Tzeng WS, Chen CY. 2009. Computed tomography appearance of ovarian fibrothecomas with and without torsion. *Acta Radiol.* Jun;50 (5):570-5. doi: 10.1080/02841850902896163. PMID: 19455450.
- Muto, MG. 2020. Approach to the patient with na adnexal massa. In A. Chakrabarti (Ed), *UpToDate*. Acessado em junho 10, 2021, por <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-an-adnexal-mass>
- Numanoglu C, Kuru O, Sakinci M, Akbayır O, Ulker V. 2013. Ovarian fibroma/fibrothecoma: retrospective cohort study shows limited value of risk of malignancy index score. *Aust N Z J ObstetGynaecol.* Jun;53 (3):287-92. doi: 10.1111/ajo.12090. Epub 2013 Apr 23. PMID: 23611791.
- Outwater EK, Wagner BJ, Mannion C, McLarney JK, Kim B. 1998. Sex cord-stromal and steroid cell tumors of the ovary. *Radiographics.* Nov-Dec;18 (6):1523-46. doi: 10.1148/radiographics.18.6.9821198. PMID: 9821198.
- Paladini D, Testa A, Van Holsbeke C, Mancari R, Timmerman D, Valentin L. 2009. Imaging in gynecological disease (5): clinical and ultrasound characteristics in fibroma and fibrothecoma of the ovary. *Ultrasound Obstet Gynecol.* Aug;34 (2):188-95. doi: 10.1002/uog.6394. PMID: 19526595.
- Salemis NS, Panagiotopoulos N, Papamichail V, Kiriakopoulos K, Niakas E. 2010. Bilateral ovarian fibrothecoma. An uncommon cause of a large pelvic mass. *Int J Surg Case Rep.* 2011;2 (3):29-31. doi:10.1016/j.ijscr.07.005
- Sourial MW, Sabbagh R, Doueik A, Ponsot Y. 2013. A 17 year old male with a testicular fibrothecoma: a case report. *Diagn Pathol.* 8:152. Published 2013 Sep 17. doi:10.1186/1746-1596-8-152
- Troiano RN, Lazzarini KM, Scoutt LM, Lange RC, Flynn SD. 1997. McCarthy S. Fibroma and fibrothecoma of the ovary: MR imaging findings. *Radiology.* Sep;204 (3):795-8. doi: 10.1148/radiology.204.3.9280262. PMID: 9280262.