

Cisto ovariano gigante simulando ascite

Cyst ovarian giant simulating ascites

Virginia Moreira Braga¹. José Milton de Castro Lima². Marcelo Leite Vieira Costa³. Cesar Portugal Prado Martins⁴.

1 Médica pela Universidade Federal de Alagoas, Residência em Clínica Médica pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil. 2 Médico, Gastroenterologista, Professor do Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil. 3 Médico, Cirurgião Oncológico, Professor do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil. 4 Acadêmico de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Cisto ovariano gigante simulando ascite é um evento raro devido ao avanço do diagnóstico precoce por imagem nos serviços de saúde. O diagnóstico diferencial com ascite é o maior desafio durante o manejo desses cistos. Como tratamento, requerem ressecção pelos sintomas associados que podem causar, como complicações devido ao efeito de massa, dificuldades em estabelecer a origem da lesão e do risco de malignidade (raro). Descreveremos um caso de uma jovem com cisto ovariano gigante internada com hipótese inicial de ascite de causa a esclarecer.

Palavras-chave: Adenoma. Ovário. Cistos ovarianos. Laparotomia.

ABSTRACT

Giant ovarian cyst mimicking ascites is a rare event due to the advancement of early diagnostic imaging in health care. The differential diagnosis of ascites is the biggest challenge in the management of these cysts. Require resection as a treatment for the symptoms associated with it can cause, such as complications due mass effect, difficulties in establishing the origin of the injury and the risk of malignancy (rare). We describe a case of a young woman with ovarian cyst giant hospitalized with initial hypothesis ascites causes clarify.

Keywords: Adenoma. Ovary. Ovarian cysts. Laparotomy.

Autor correspondente: Virginia Moreira Braga, Rua Vicente Lopes, 850, Cidade dos Funcionários, Fortaleza, Ceará. CEP: 60822-104. Telefone: +55 11 99823-5458. E-mail: virginia_moreira@hotmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 14 Dez 2015; Revisado em: 23 Feb 2016; Aceito em: 24 Feb 2016.

INTRODUÇÃO

A ascite é o acúmulo de líquido na cavidade peritoneal além do volume fisiologicamente encontrado (25 a 50 ml). Suas principais etiologias são cirrose hepática, neoplasias, peritonite tuberculosa, peritonite piogênica, insuficiência cardíaca congestiva e desordens pancreáticas e renais.¹ Algumas enfermidades podem mimetizar uma ascite: distensão da vesícula ou divertículo, pseudocistos pancreáticos, hidronefrose e grandes tumores ovarianos ou uterinos.² Cistos gigantes intra-abdominal são raros devido ao avanço de diagnóstico precoce nos serviços de saúde e raramente crescem e ficam sem aparecimento de nenhum outro sintoma. O diagnóstico diferencial com ascite é o maior desafio durante o manejo desses cistos. O ultrassom é o método de escolha para o diagnóstico e rastreamento de cistos ovarianos.³ Será descrito o caso de uma jovem com cisto ovariano gigante que foi internada no Hospital Universitário da UFC com hipótese inicial de ascite de causa a esclarecer.

RELATO DE CASO

Paciente, 21 anos, sexo feminino, nulípara (G0P0A0, ciclos irregulares desde menarca aos 15 anos) com crescimento do abdome de caráter insidioso há 4 anos, associado a ganho de peso de 16 kg no último ano. Nega dor abdominal, febre, alteração do hábito intestinal, edema de membros inferiores ou dispnéia. Foi avaliada em um outro hospital e diagnosticada com uma ascite de origem a esclarecer. Foi encaminhada ao Hospital Universitário Walter Cantídio para investigação diagnóstica. Ao exame físico chamava a atenção o peso de 108,5 kg da paciente e a grande circunferência abdominal. (Figura 1). Ao exame, o abdome mostrou-se globoso, maciço, indolor, sinal do piparote positivo e com estrias acastanhadas em pele.

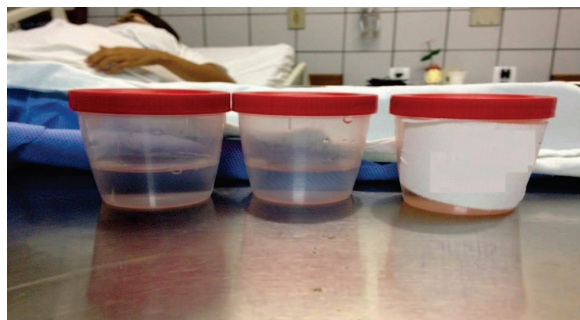
Figura 1. Foto da paciente de perfil antes do internamento hospitalar.



Fonte: Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).

Trouxe ultrassonografia (US) abdomino-pélvica que mostrava ascite acentuada. Foi realizada paracentese diagnóstica e detectado líquido límpido e incolor. Microscopia: glicose: 2,2, LDH: 19,5, Proteína total: 0,1; Albumina: 0,0; Globulinas: 0,1. Contagem global de células: Eritrócitos: 20; Células nucleadas: 01 (apenas 01 linfócito) (Figura 2).

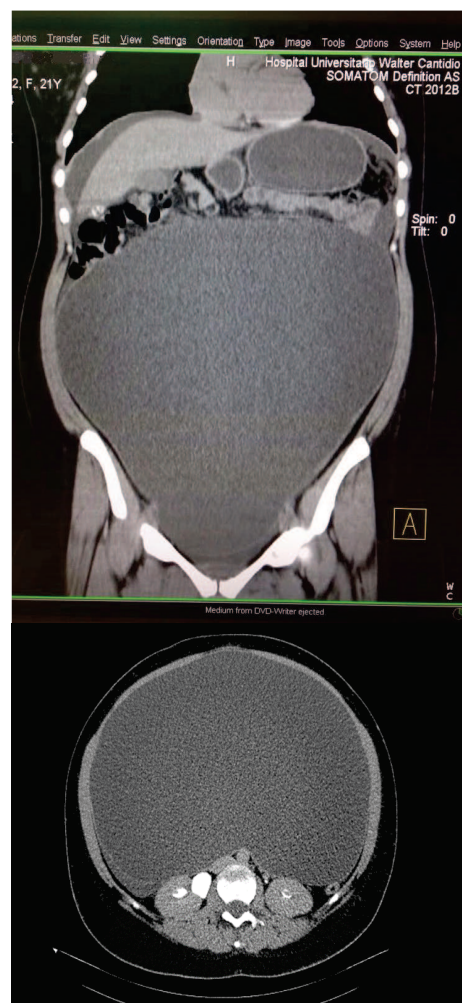
Figura 2. Líquido abdominal retirado por paracentese.



Fonte: Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).

Repetimos a US abdômino-pélvica e foi evidenciada volumosa formação cística ocupando toda cavidade abdominal e pélvica. Solicitamos uma tomografia computadorizada (TC) de abdome que mostrou lesão expansiva cística, intraperitoneal, ocupando a subtotalidade da cavidade abdômino-pélvica. Não há características tomográficas que permitam definir a origem anatómica da lesão (Figura 3).

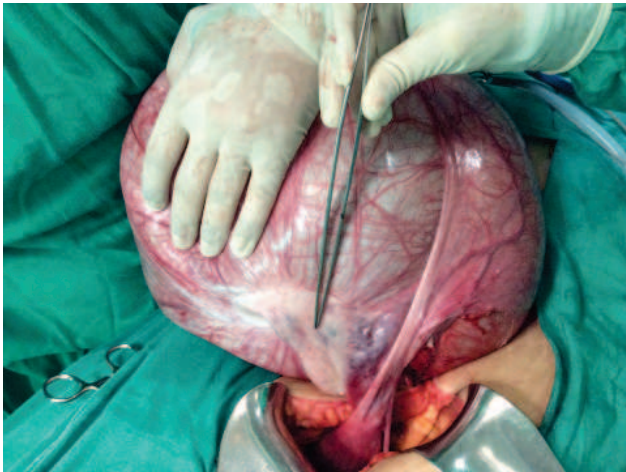
Figura 3. TC de abdome e pelve evidenciando volumosa formação cística.



Fonte: Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).

Realizada laparotomia exploradora diagnóstica e encontrado cisto gigante originário de ovário esquerdo (Figura 4).

Figura 4. Laparotomia exploradora diagnóstica evidenciando volumoso cisto ovariano.



Fonte: Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).

O histopatológico da lesão evidenciou cistoadenoma seroso de ovário esquerdo e cistos foliculares associados. A paciente continua em acompanhamento clínico ambulatorial em excelentes condições clínicas.

DISCUSSÃO

A ascite é uma consequência ou combinação de muitas doenças diferentes. As causas de ascite incluem uma lista muito longa de condições patológicas que podem surgir em vários órgãos intraperitoneais ou extraperitoneais, tais como a cirrose hepática, neoplasias, peritonite tuberculosa, insuficiência cardíaca congestiva e distúrbios pancreáticos e renais. O procedimento padrão para diagnosticar ascite inclui exames laboratoriais (contagem de células, nível de albumina, nível de proteína total, coloração de Gram, cultura e citologia) e investigações de imagem (com ultrassom ou tomografia computadorizada (TC)).¹

Embora o diagnóstico de ascite esteja correto na maioria dos casos, sinais ocasionalmente semelhantes são observados em pacientes sem fluido livre na cavidade peritoneal.² Fiedorek et al. e Brophy et al. revisaram as várias causas de “falsas ascites” sendo encontrado em alguns casos os cistos mesentéricos gigantes, cisto omental gigante e cistos ovarianos gigantes. Enfatizaram ainda a dificuldade de distinguir “falsas ascites” de ascite verdadeira pela história ou exame físico.³⁻⁵

Cistos ovarianos gigantes que preenchem todo o abdome podem ser facilmente confundidos com ascite no exame físico.⁶ Nossa paciente não tinha nenhuma doença sistêmica conhecida que causasse ascite. Também não houve achados clínicos ou laboratoriais de doença peritoneal local, como a tuberculose ou carcinomatose peritoneal. Ela foi avaliada em outro hospital e diagnosticada como ascite de origem desconhecida. Dessa

forma foi realizada paracentese abdominal como parte do laboratório de investigações.

Cistos ovarianos gigantes que simulam ascite têm sido raramente relatados na literatura.⁷ Os cistos ovarianos são muito comuns na adolescência e após a quarta década de vida. Além de cistos funcionais não-neoplásicos (folicular ou lúteo) de tamanho relativamente pequeno, os tipos neoplásicos são geralmente benignos do tipo seroso ou mucinoso.⁸ Dos cistos, os foliculares são os mais comuns e ocorrem devido a ovulação disfuncional com persistência do folículo restante. Estes cistos são usualmente de 2 a 3 cm de diâmetro e resolvem-se durante a segunda metade do ciclo menstrual. A maioria das adolescentes com cistos foliculares apresentam dor abdominal e, muitas vezes, relatam menstruações irregulares.⁹ Se a ovulação não ocorrer, estes cistos foliculares podem continuar a crescer sob estímulo hormonal, ocasionalmente, para tamanhos tão grandes quanto 8 centímetros.¹⁰ No entanto, cistos gigantes como observado no paciente são raros.

Antes do advento de modernas técnicas de imagem radiológica, o diagnóstico muitas vezes era difícil. A ultra-sonografia é comumente utilizada como o primeiro passo na avaliação de pacientes suspeitos de patologia intra-abdominal. É a investigação de escolha para os clínicos porque é muito útil, amplamente disponível e sem o risco de radiação nociva. No entanto, os médicos devem também reconhecer as limitações da ultrassonografia e devem considerar outros diagnósticos diferenciais de grandes coleções de líquido intra-abdominal. Devemos ainda usar outras modalidades de diagnóstico como TC abdominal ou laparoscopia para diagnosticar e explorar as causas de aumento do volume abdominal.¹¹

No nosso caso, a ausência de qualquer sintoma de doença sistêmica apoiou o diagnóstico de cisto gigante intra-abdominal. Curiosamente, nem ultrassom abdominal nem TC mostraram qualquer anormalidade de ovário.

O líquido dos cistos ovarianos na paracentese não gera informações específicas em bioquímica, microbiológica e exames citológicos.¹² Dessa forma, em caso de dúvida sobre a natureza de tal distensão abdominal, a paracentese deve ser evitada.^{13,14}

Cistos ovarianos gigantes são muito raros e requerem ressecção pelos sintomas associados causados, complicações devido ao efeito de massa, dificuldades em estabelecer a origem da massa e do risco de malignidade. O diagnóstico final de cisto de ovário gigante foi confirmado após laparotomia e exame histopatológico do espécime removido.¹⁵

Sugerimos que em toda paciente com ascite e sem achados clínicos ou laboratoriais de doença sistêmica, cisto ovariano gigante deve ser considerado no diagnóstico diferencial.

REFERÊNCIAS

1. Han CM, Lee CL, Huang KG, Chu CM, Lin SM, Wang CJ, et al. Diagnostic laparoscopy in ascites of unknown origin: Chang Gung Memorial Hospital 20-year experience. *Chang Gung Med J.*

2008;31(4):378–83.

2. Pathak R, Karki DB. Ovarian cyst mimicking ascites on abdominal

- ultrasonography in a prepubertal female. *Nepal Med Coll J.* 2012;14(3):265-6.
3. Fiedorek SC, Casteel HB, Reddy G, Graham DY. The etiology and clinical significance of pseudoascites. *J Gen Intern Med.* 1991;6(1):77-80.
 4. Fiedorek SC, Gopalakrishna GS, Bloss RS. Giant omental cysts presenting as pseudoascites in children. *Tex Med.* 1986;82(7):42-5.
 5. Brophy CM, Morris J, Sussman J, Modlin JM. "Pseudoascites" secondary to an amylase-producing serous ovarian cystadenoma. A case study. *J Clin Gastroenterol.* 1989;11(6):703-6.
 6. Bernal Martínez S, Luna Benítez I, Olivares Valencia CV, Villa Villagrana F. Giant cyst of the ovary. Report of a case. *Ginecol Obstet Mex.* 2001;69:259-61.
 7. Mikos T, Tabakoudis GP, Pados G, Eugenidis NP, Assimakopoulos E. Failure of ultrasound to diagnose a giant ovarian cyst: a case report. *Cases J.* 2009;2:6909.
 8. Kaya M, Sakarya MH. Pseudoascites: report of three cases. *Turk J Gastroenterol.* 2009;20(3):224-7.
 9. Brandt ML, Helmrath MA. Ovarian cysts in infants and children. *Semin Pediatr Surg.* 2005;14(2):78-85.
 10. Rajput D, Gedam J, Bhalerao M, Nadar PA. Giant follicular cyst of ovary in an adolescent girl. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(7):OD03-OD04.
 11. Pathak R, Karki DB. Ovarian cyst mimicking ascites on abdominal ultrasonography in a prepubertal female. *Nepal Med Coll J.* 2012;14(3):265-6.
 12. Macciò A, Madeddu C, Kotsonis P, Pietrangeli M, Paoletti AM. Successful laparoscopic management of a giant ovarian cyst. *J Obstet Gynaecol.* 2014;34(7):651-2.
 13. Young TH, Lee HS. Images in clinical medicine. Giant ovarian cyst. *N Engl J Med.* 2008;358(20):e22.
 14. Bar-Maor JA, Lernau OZ. Giant abdominal cysts simulating ascites. *Am J Gastroenterol.* 1981;75(1):55-6.
 15. Nalini KB, Prathima PT, Shivakumar S, Mohan CV. Anaesthetic implications and management of a giant ovarian cyst. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(3):170-1.

Como citar:

Braga VM, Lima JM, Costa ML, Martins CP. Cisto ovariano gigante simulando ascite. *Rev Med UFC.* 2016 jan-jun;56(1):71-74.