

## *Struma Ovarii*: incidental finding

## *Struma Ovarii*: um achado incidental

Inês Vaz\*, Vânia Ferreira\*, Cristina Godinho\*\*, Umbelina Ramos\*\*\*  
Centro Hospitalar do Porto

### Abstract

*Struma ovarii* is a rare form of ovarian mature teratoma being the thyroid tissue the predominant element. The authors present a clinical report of a 53-year-old patient with an incidental finding of a complex adnexal mass diagnosed as a *struma ovarii*.

**Keywords:** Ovary; Teratoma; *Struma ovarii*; Thyroid.

### INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez por Boettlin em 1889, o *Struma Ovarii* é uma entidade extremamente rara<sup>1,2</sup>.

Considerada uma forma diferenciada de teratoma maduro do ovário, caracteriza-se pela existência de tecido tiroideu como elemento histológico predominante. Representa 1% dos tumores sólidos do ovário e cerca de 3% dos tumores dermóides do ovário<sup>2</sup>.

As doentes são habitualmente assintomáticas e a massa pélvica pode ser diagnosticada no exame ginecológico ou em avaliação ecográfica de rotina. Em 5-8% dos casos podem ocorrer alterações da função tiroideia<sup>3</sup>.

O diagnóstico definitivo é estabelecido pelo exame anátomo-patológico, após exérese cirúrgica de uma massa pélvica. O prognóstico é excelente e são raros os casos de malignidade.

Os autores apresentam o caso de uma doente de 53 anos, com uma tumefação anexial diagnosticada incidentalmente em ecografia. O estudo anátomo-patológico após exérese cirúrgica revelou tratar-se de um *struma ovarii*. A doente apresentou-se assintomática e eutiroideia.

### CASO CLÍNICO

Mulher de 53 anos, assintomática, com antecedentes de histerectomia total abdominal aos 45 anos por miomas uterinos, referenciada à consulta por tumefação anexial direita complexa. O diagnóstico foi incidental, em estudo ecográfico reno-vesical após episódio de cólica renal. A ecografia transvaginal confirmou a presença de tumefação quística multiloculada com septos e parede espessados, medindo 70x58x57mm.

Ao exame ginecológico bimanual, identificou-se massa pélvica alongada que ocupava a fossa ilíaca direita e linha média da pelve, com aproximadamente 7cm de diâmetro, consistência elástica, móvel e indolor à palpação.

Análiticamente apresentava marcadores tumorais séricos negativos (CA 125 - 5,6U/L) e função tiroideia normal.

A tomografia computadorizada abdominal e pélvica descreveu uma tumefação quística complexa no anexo direito, com 8cm de diâmetro, aparentemente com componente sólido na sua porção distal, sugestiva de cistadenoma ou cistadenocarcinoma do ovário. Foi submetida a laparotomia exploradora, que confirmou a presença da tumefação ovárica descrita, de cor nacarada, consistência elástica, com componente misto – áreas císticas e áreas sólidas, paredes regulares, sem aderências às estruturas vizinhas. Realizada colheita de lavado peritoneal (300mL) e anexectomia bilateral. O exame intra-operatório era a favor de benignidade.

Macroscopicamente, observou-se formação cavitá-

\*Interna do Internato Complementar de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar do Porto

\*\*Assistente de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

\*\*\*Assistente Sênior de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar do Porto

ria multiloculada, com quistos de superfície interna lisa e conteúdo mucóide. O exame histológico definitivo identificou um teratoma benigno do ovário constituído essencialmente por tecido tiroideu e com pequena representação de tecido epitelial respiratório e tecido cartilágneo – *struma ovarii* misto (Figuras 1 e 2). O ovário esquerdo apresentava apenas um quisto simples.

A doente manteve-se assintomática e com valores normais de THS e T4 livre no pós-operatório.

## DISCUSSÃO

O *struma ovarii* é uma forma de teratoma maduro do ovário diferenciada que representa 1% dos tumores sólidos do ovário e 3% dos teratomas do ovário. Curiosamente, os casos de *struma testis* são tão raros que existem poucas descrições na literatura<sup>4</sup>. A maioria dos *struma ovarii* são benignos e geralmente unilaterais<sup>2</sup>.

O pico de incidência ocorre entre a terceira e quinta década de vida. São raros na pós-menopausa e no início da idade reprodutiva<sup>2</sup>.

Os sintomas típicos, quando presentes, são os que acompanham uma massa pélvica, incluindo dor, pressão, aumento do volume abdominal e irregularidades menstruais<sup>5</sup>.

A maior parte dos *struma ovarii* são funcionalmente inativos e apenas em 5-8% dos casos ocorre um hipertiroidismo clínico<sup>3</sup>. Existem casos descritos de hipotiroidismo pós cirúrgico após resseção de *struma ovarii* funcionante, no entanto, a nossa doente não apresentou qualquer alteração da função tiroideia pré

ou pós-operatória.

Ao exame ginecológico pode apresentar-se como uma massa palpável, dependendo do seu tamanho e localização. Mais raramente pode ocorrer derrame pleural ou ascite<sup>5</sup>.

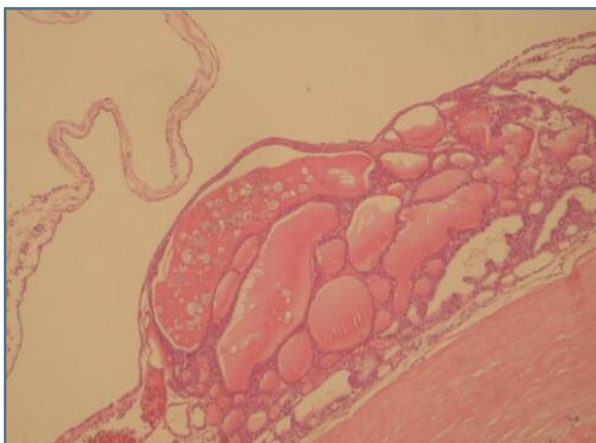
A ecografia é o método de imagem de escolha para diagnóstico diferencial de massas anexiais. O *struma ovarii* apresenta-se habitualmente como uma tumefação complexa multiquística, com superfície lobulada, septos ou paredes do quisto espessados e ocasionalmente com áreas sólidas<sup>6</sup>.

Os sinais clínicos e imagiológicos não são característicos e não é fácil diferenciá-los de outros tumores do ovário, com a exceção dos sinais de hipertiroidismo, quando presentes<sup>7</sup>.

O CA 125 é um marcador tumoral importante no diagnóstico, tratamento e *follow-up* do carcinoma do ovário, no entanto, nos casos de *struma ovarii* raramente se encontra elevado<sup>7</sup>.

No caso descrito, a doente apresentava uma imagem ecográfica incidental de tumefação complexa do ovário direito com 7cm de diâmetro. Embora o valor do CA 125 se encontrasse nos limites da normalidade, a tomografia computadorizada não podia excluir malignidade. O exame histológico definitivo foi compatível com o diagnóstico de *struma ovarii* misto sem sinais de malignidade.

Histologicamente verifica-se que aproximadamente 15% dos teratomas contêm tecido tiroideu, mas o diagnóstico de *struma ovarii* só poder ser estabelecido quando o tecido tiroideu é o elemento predominante



**FIGURA 1.** *Struma ovarii*. Teratoma cístico maduro constituído predominantemente por tecido tiroideu normal. (HEEx10)



**FIGURA 2.** Teratoma cístico benigno. Outros componentes do tumor: epitélio de tipo respiratório (seta pequena) e cartilagem (seta grande). (HEEx10)

**QUADRO I. CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE STRUMA OVARIII (GEIST E SMITH)<sup>9</sup>**

Tipo	Elementos histológicos
<i>Struma</i> puro	Constituído apenas por tecido tiroideu
<i>Struma</i> misto	Constituído por outros elementos teratomatosos com tecido tiroideu predominante
<i>Struma</i> maligno	Atipia citológica, atividade mitótica, invasão vascular e capsular ou metástases

(> 50% da neoplasia). A coloração imunohistoquímica para a tiroglobulina pode ser usada em casos problemáticos<sup>2,7,8</sup>.

Geist e Smith propuseram alguns critérios de diagnóstico para o *struma ovarii* (Quadro I), no entanto, estes critérios não são universalmente aceites<sup>8</sup>. Mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde incluiu os *struma ovarii* benignos e malignos no grupo de tumores da tiróide, sob a designação de teratomas monodérmicos e tumores de tipo somático associados a quistos dermóides<sup>8</sup>.

A transformação maligna está descrita em cerca de 5 a 37% dos casos<sup>9,10</sup>. Os tumores com dimensões superiores a 10cm e com mais de 80% de tecido estromal estão associados a maior risco de malignidade<sup>2,3</sup>.

O tratamento dos *struma ovarii* benignos consiste na ressecção cirúrgica simples. Nas situações de malignidade, cada caso deverá ser orientado de forma individual<sup>5</sup>.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ning Y, Kong F, Cragun JM, Zheng W. Struma ovarii simulating ovarian sertoli cell tumor: a case report with literatura review. *Int J. Clin Exp. Pathol.* 2013; 6(3):516-520
2. Deshpande H, Balkawade N, Gore C, Deshpande A. Struma ovarii: A rare case report. *Int J Pharm Biomed Sci* 2012; 3(4): 152--154
3. Friedrich OL, Sinn HP, Sohn C, Eichbaum M. Giant struma ovarii. *Arch Gynecol Obstet* 2013; 287:399-400
4. Ulbright T. Germ cell tumors of the gonads: a selective review emphasizing problems in differential diagnosis, newly appreciated, and controversial issues. *Modern Pathology* 2005; 18:S61-S79
5. Yoo SC, Chang KH, Lyu MO, Chang SJ, Ryu HS, Kim HS. Clinical characteristics of struma ovarii. *J Gynecol Oncol* 2008; 19(2):135-138
6. Ikeuchi T, Koyama T, Tamai K, Fujimoto K, Mikami Y, Konishi I, Togashi K. CT and MR features of struma ovarii. *Abdom Imaging* 2012; 37:904-910
7. Khediri Z, Mbarki C. Struma ovarii: Clinical presentations of an uncommon tumor. *IJCRI* 2012; 3(4):10-14
8. Roth L, Talerman A. The enigma of struma ovarii. 2007 Department of Pathology, Anatomy and Cell Biology Faculty Papers. Paper 19
9. Rim SY, Kim SM, Choi HS. Struma ovarii showing clinical characteristics of ovarian malignancy. *Int. J. Gyn. Cancer.* 2005;15:1156-1159
10. Selvaggi F, Risio D, Waku M, Simo D, Angelucci D, D'Aulerio A, Cotellese R, Innocenti P. Struma ovarii with follicular Thyroid-type carcinoma and neuroendocrine component - case report. *World J. Surg Oncol.* 2012;10:93
11. Dardik R, Dardik M, Westra W, Montz F. Malignant Struma Ovarii: Two Case Reports and a Review of the Literature. *Gynecologic Oncology* 1999; 73:447-451