

Câncer de Ovário

Rita de Cássia Pozzati¹

Pouco frequente, o câncer de ovário é o tumor ginecológico mais difícil de ser diagnosticado e o de menor chance de cura. Cerca de 3/4 dos cânceres desse órgão apresentam-se em estágio avançado no momento do diagnóstico, sendo que sua incidência aumenta acentuadamente com a idade, sendo relativamente raro antes dos 50 anos.

Histórico familiar é o principal fator de risco para o câncer de ovário, cerca de 10% dos casos apresentam componente genético ou familiar, e 90% são esporádicos, isto é, sem fator de risco conhecido. Casos de câncer de mama, útero ou colorretal na família ou nunca ter engravidado também aumenta o risco de ter câncer de ovário. A maioria dos tumores de ovário são carcinomas epiteliais (câncer que se inicia nas células da superfície do órgão), o mais comum, ou tumor maligno de células germinativas (que dão origem aos espermatozoides e aos ovócitos - chamados erroneamente de óvulos).

O diagnóstico de massa anexial em mulheres com sintomatologia pélvica ou de forma incidental representa uma rotina na prática ginecológica, fazendo-se necessário seu diagnóstico precoce. Na fase inicial, o câncer de ovário não causa sintomas específicos. À medida que o tumor cresce, pode causar pressão, dor ou inchaço no abdômen, pelve, costas ou pernas; náusea, indigestão, gases, prisão de ventre ou diarreia e cansaço constante. Outros sintomas, apesar de menos comuns, também podem surgir, como necessidade frequente de urinar e sangramento vaginal.

A presença de cistos no ovário, bastante comum, não deve ser motivo para pânico. Cistos simples ovarianos uniloculares têm uma incidência que varia de 2,5 a 17% nas pacientes pós-menopáusicas. Por fim, o percentual de remissão espontânea do cisto simples de ovário é muito alto na literatura mundial variando de 49 a 74% e o potencial de malignidade muito baixo variando de 0,6 a 1%. A ultrassonografia transvaginal (USTV) é o método de imagem mais utilizado para diagnóstico das massas anexiais. Os aspectos morfológicos presentes na USTV que sugerem malignidade são: paredes e septos irregulares e grossos; projeções papilares; lesões sólidas; ecogenicidade moderada a ultrassonografia. Nos casos duvidosos à USTV, a ressonância nuclear magnética (RNM) mostra-se superior à tomografia computadorizada (TC) e ao Doppler para diferenciação dos casos benignos e malignos.

O risco de malignidade em massas anexiais sem características suspeitas no pré-operatório é de 0,9% e 3% para mulheres na pré e pós-menopausa, respectivamente.

O CA125 é uma glicoproteína normalmente produzida pelo epitélio das serosas, trompas de falópio, endométrio e endocérvice. Não é encontrado no ovário adulto normal, mas está presente na superfície celular do carcinoma ovariano. Trata-se de um dos marcadores tumorais mais utilizados em oncologia ginecológica. Os níveis elevados de CA125 estão associados a um maior risco de morte por cânceres ginecológicos e outras doenças benignas e malignas. Pode apresentar títulos elevados em mulheres com endometriose, história prévia de câncer ginecológico, e reduzido em pacientes hysterectomizadas, fumantes e usuárias de cafeína. São considerados normais valores séricos do CA125 menor que 35 U/mL. O CA-125 encontra-se elevado em 50% dos casos de tumores epiteliais no estágio 1 e em 90% nos casos avançados.

Nas gestantes, a estimativa de câncer ovariano diagnosticado durante a gravidez fica em torno de 2 a 3% de todas as massas anexiais vistas nesse período. A etiologia dessas massas anexiais, na maioria das vezes, é de cisto de corpo lúteo, cistos funcionais que têm menos do que 5 cm, que irá regredir espontaneamente até as 16 semanas de gestação. O prognóstico de tumor ovariano na gravidez é favorável, já que a parcela acometida é pequena e o diagnóstico pode ser precoce com a US no pré-natal.

A incidência e a mortalidade do câncer de ovário têm se mantido estáveis nas últimas três décadas e representam a principal causa de morte por neoplasia maligna do trato genital feminino nos países desenvolvidos. Anualmente, são registrados cerca de 200 mil novos casos e 120 mil mortes por essa neoplasia em todo o mundo. O diagnóstico tardio e a adoção de condutas inadequadas constituem os principais fatores responsáveis pela baixa sobrevivência de pacientes com câncer de ovário. Dessa forma é importante ficarmos atentos às mudanças de hábitos pessoais e consultar médico Ginecologista regularmente uma vez que a realização do citopatológico (Preventivo para Câncer de colo Útero) regularmente não detecta essa doença.

¹Rita de Cássia Pozzati é médica formada pela Universidade Federal de Passo Fundo (2001), residência médica em Ginecologia e Obstetria pelo Hospital da cidade Passo Fundo (2004), membro da sociedade de Ginecologia e Obstetria de Santa Catarina.

Referências Bibliográficas

LIMA, Renito Aires, et al. **Abordagem das massas anexiais com suspeita de câncer de ovário.** *Femina*. Junho 2010. vol 38. nº 6

SCHETTINI, Juliana A. C, et al. **Conduta no cisto simples de ovário na pós-menopausa.** *Femina*. Dezembro 2009. vol 37. nº 12

FEITOSA, Francisco E. L, et al. **Massas anexiais na gestação.** *Femina*. Março 2009. vol 37. nº 3