

NEWS: ARTIGOS CETRUS

Ano V – Edição 45 – Maio 2013

COMO AVALIAR TUMORES ANEXIAIS

RELATO DE CASO

COMO AVALIAR TUMORES ANEXIAIS

– Relato de Caso

AUTOR:

FERNANDO GUASTELLA

INSTITUIÇÃO:

CETRUS – Centro de Ensino em Tomografia, Ressonância e Ultrassonografia

INTRODUÇÃO

A ultrassonografia pélvica transvaginal tem papel fundamental no diagnóstico e na avaliação do risco de malignidade nos tumores anexiais. Por este motivo torna-se essencial uma padronização de descrição destes tumores e a utilização de uma classificação que avalie o potencial de malignidade, de forma auxiliar o ginecologista na decisão clínica.

A literatura médica contém muitas publicações com o objetivo de estimar a probabilidade de malignidade das massas anexiais, dentre estes um grupo, IOTA (International Ovarian Tumor Analysis) apresenta grande destaque.

Em um dos seus primeiros trabalhos(1) foram definidos quais os termos que devem ser utilizados para se descrever e classificar as massas anexiais. Os artigos do IOTA que sucederam esta(2 e 4) e outras publicações de grupos diferentes(3) utilizaram essa mesma padronização para descrever as imagens anexiais. Dessa forma, esta revisão aborda a descrição e a classificação dos tumores anexiais, de acordo com os critérios IOTA.

A: Descrição ultrassonográfica

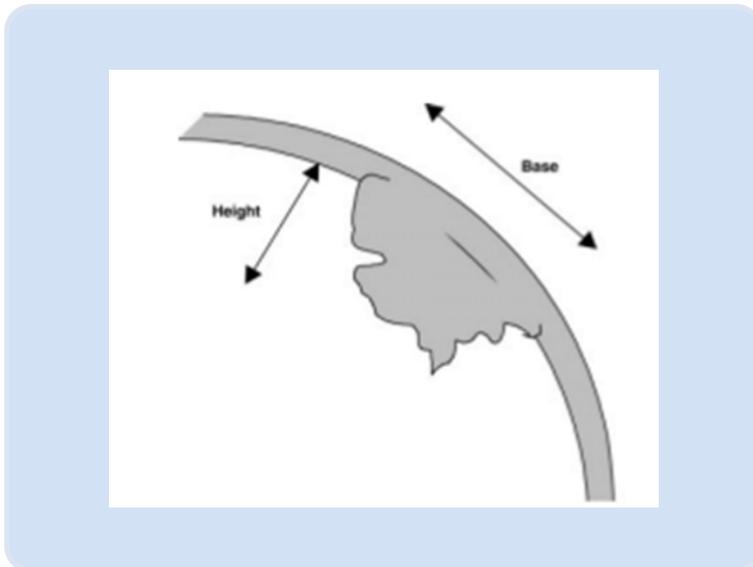
Devem ser avaliadas as seguintes características nos tumores anexiais:

1. Presença de septos
2. Presença de projeções sólidas
3. Paredes

4. Conteúdo
5. Vascularização

1: **Septo (definição):** fina linha de tecido que cruza a região interna de um cisto.

2: **Projeção sólida:** tecido sólido que apresenta altura maior ou igual a 3 mm.



3: **Paredes:** as paredes são classificadas como regulares ou irregulares. Quando não houver irregularidades a imagem será regular. Quando a altura de uma área sólida for menor que 3 mm compreende-se a definição de irregularidade interna. Se maior ou igual a 3 mm, projeção sólida.

Quando o tumor anexial for sólido, o contorno externo, é classificado como regular ou irregular.

4: Conteúdo: o conteúdo de um cisto pode ser anecóico ou apresentar ecos em suspensão. Nesta situação deve ser classificado como:

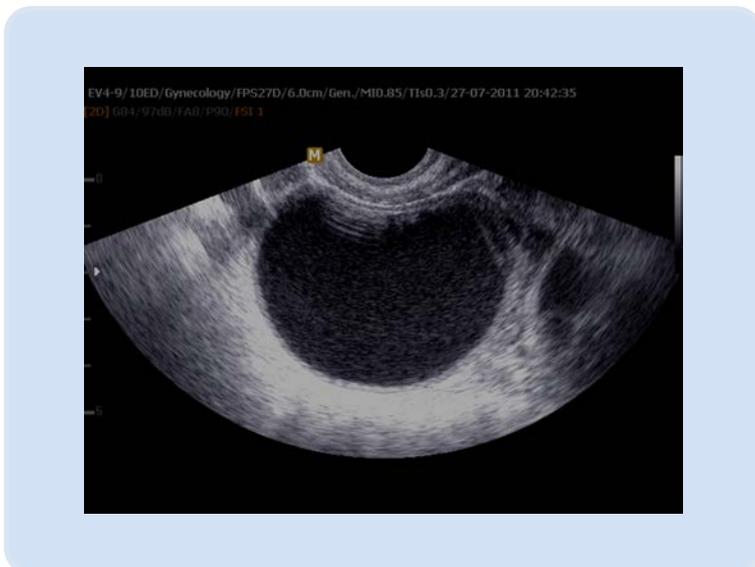
4.a - Vidro fosco: frequentemente encontrado nos endometriomas. O conteúdo é nitidamente espesso e na maior parte das vezes não se observa movimento das partículas em seu interior.



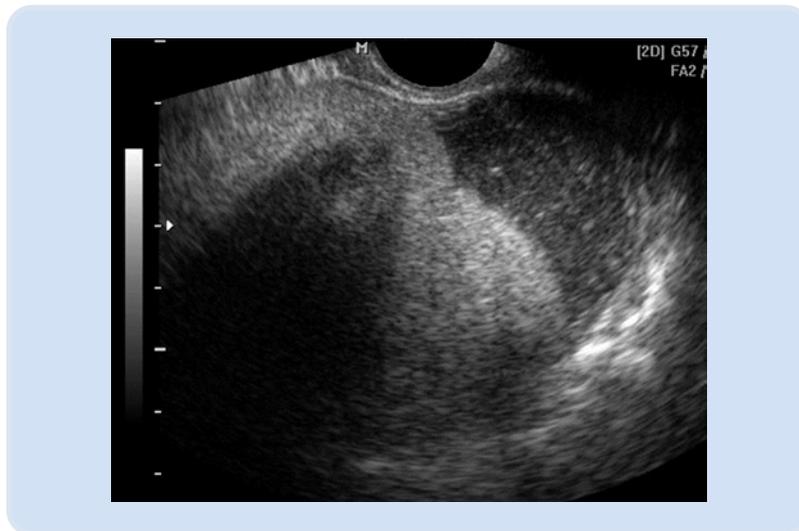
4.b - Hemorrágico: frequentemente observado no corpo lúteo hemorrágico. Em seu interior notam-se “finas traves ecogênicas” ou um aspecto reticulado na imagem.



4.c - Baixa ecogenicidade: frequentemente identificado em diversos tipos de neoplasias, entre as quais tumores mucinosos. A percepção dos ecos em suspensão torna-se mais evidente com o aumento do ganho e muitas vezes observa-se movimento das partículas em seu interior.



4.d - Misto: encontrado usualmente em teratomas, abscessos e corpo lúteo hemorrágico.



5: Vascularização: deve ser avaliada em relação a sua intensidade de maneira subjetiva.

1. Ausência de vascularização
2. Pouca vascularização
3. Moderada vascularização
4. Muita vascularização

B: Classificação com base na presença de septos e áreas sólidas

Risco de malignidade informado na Publicação IOTA 2008(2)

Classificação IOTA	Risco de malignidade	N. de casos
1. Unilocular*	1,3%	337
2. Multilocular	10,3%	213
3. Unilocular com projeção sólida	37,1%	330
4. Multilocular com projeção sólida	43,0%	330
5. Sólido	65,3%	170
6. Não classificáveis	0%	7

1. Tumores uniloculares: ausência de septos e áreas sólidas. Quando for identificado um septo incompleto o tumor permanece sendo unilocular.
2. Tumores multiloculares: presença de pelo menos um septo completo e ausência de áreas sólidas.
3. Tumores uniloculares com componente sólido. Ausência de septos completos e pelo menos uma área sólida.
4. Tumores multiloculares com componente sólido: presença de pelo menos um septo completo associado e pelo menos uma projeção sólida.

5. Tumores sólidos: quando pelo menos 80% do tumor for sólido.

Legenda: *Para os tumores uniloculares o critério de inclusão no estudo foi a persistência por pelo menos 4 meses, o que possibilita a exclusão de grande parte dos cistos funcionais encontrados em mulheres durante a menacme.

Importante: áreas hipercóicas e avasculares dos tumores dermóides (teratomas) não são classificados como áreas sólidas.

C: Atualização

Com a intenção de melhorar ainda mais a avaliação do risco de malignidade foram propostos cinco critérios (regras) de malignidade e cinco critérios (regras) de benignidade. (2 e 4)

Este estudo envolveu 8 países e 19 centros de pesquisa com 1938 pacientes

Critérios de malignidade (M)

- Tumor sólido irregular
- Presença de ascite
- Pelo menos 4 estruturas papilares
- Tumor multilocular com componente sólido e diâmetro $>$ ou igual a 100 mm
- Vascularização intensa (score 4)

Critérios de benignidade (B)

- Unilocular
- Presença de componente sólido menor que 7 mm
- Presença de sombra acústica posterior
- Tumor multilocular regular com diâmetro menor que 100 mm
- Ausência de fluxo ao Doppler (score 1).

Como utilizar os critérios

1 - Se o tumor apresentar pelo menos uma característica M (malignidade) e nenhuma característica B (benignidade) o tumor é provavelmente maligno

2 - Se o tumor apresentar uma ou mais características B e nenhuma características M o tumor é provavelmente benigno.

3 – Se o tumor apresentar características B e M ou se nenhuma característica B ou M está presente o resultado será inconclusivo

Resultados do estudo:

- Sensibilidade de 92% e especificidade de 96%
- As regras 1 e 2 se aplicam a 77% das massas anexiais.
- Sensibilidade de 95% quando se inclui resultados inconclusivos como malignos.

Qual a importância do trabalho científico estudado?

- Estudo realizado com massas anexiais persistentes. A casuística do estudo apresentava poucos casos de cistos funcionais, que são os tumores mais frequentes encontrados em mulheres durante a menacme.
- Maior precisão na estimativa de malignidade nos cistos com componentes sólidos. O risco de malignidade é baixo quando o componente sólido for único e menor que 7 mm.
- Maior precisão na estimativa de malignidade nos cistos multiloculares. Quando menores que 100 mm e de paredes internas regulares o cisto é provavelmente benigno
- Como utilizar o Doppler na avaliação do risco de malignidade. Tumores sem vascularização são provavelmente benignos e tumores muito vascularizados são provavelmente malignos, independente de índices de resistência e pulsatilidade.

D: Conclusão

A padronização das descrições e a classificações dos tumores anexiais tem como objetivo auxiliar o ginecologista na conduta clínica e na decisão quanto ao tipo de abordagem cirúrgica. O grupo IOTA apresenta uma padronização muito clara quanto à descrição dos tumores anexiais.

A classificação IOTA para tumores anexiais é muito bem fundamentada e avalia o risco de malignidade, sendo amplamente utilizado no mundo.

A utilização dos critérios de malignidade e benignidade possibilita um entendimento ainda melhor dos tumores anexiais quanto ao risco de malignidade, mesmo por profissionais com diferentes níveis de conhecimento. Dessa forma devemos evitar utilizar classificações do tipo “cisto complexo”, pois essa nomenclatura não informa riscos de malignidade e pode confundir o ginecologista na tomada de decisões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, Collins WP, Verrelst H, Vergote I. Terms, definitions and measurements to describe the ultrasonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the international ovarian tumor analysis (IOTA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:500-505.
- 2- Timmerman D, Testa AC, Bourne T, Ameye L, Jurkovic D, Van Holsbeke C, et al. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31:681-90.
- 3 - Amor F, Vaccaro H, Alcázar JL, León M, Craig JM, Martínez J. Gynecologic imaging reporting and data system: a new proposal for classifying adnexal masses on the basis of sonographic findings. *J Ultrasound Med* 2009; 28: 285–291.
- 4 - Timmerman D, Ameye L, Fischerova D, Epstein E, Melis GB, Guerriero S, Van Holsbeke C, Savelli L, Fruscio R, Lissoni AA, Testa AC, Veldman J, Vergote I, Van Huffel S, Bourne T, Valentin L. Simple ultrasound rules to distinguish between benign and malignant adnexal masses before surgery: prospective validation by IOTA group. *BMJ* 2010; 341: c6839.