

38

Protocolos Febrasgo

Ginecologia | nº 38 | 2024

Massas anexiais na gestação

3ª edição

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria



Diretoria da Febrasgo 2024 / 2027

Maria Celeste Osório Wender

Presidente

Roseli Mieko Yamamoto Nomura

Diretor Administrativo

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Diretor Científico

Marcelo Luís Steiner

Diretor Financeiro

Lia Cruz Vaz da Costa Damasio

Diretor de Defesa e Valorização
Profissional

Maria Auxiliadora Budib

Vice-Presidente

Região Centro-Oeste

Olímpio Barbosa de Moraes Filho

Vice-Presidente

Região Nordeste

Hilka Flavia Barra do Espírito

Santo Alves Pereira

Vice-Presidente

Região Norte

Sérgio Podgaec

Vice-Presidente

Região Sudeste

Alberto Trapani Junior

Vice-Presidente

Região Sul



Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica

2024 / 2027

Presidente

Eduardo Batista Candido

Vice-Presidente

Renato Moretti Marques

Secretária

Sophie Françoise Mauricette Derchain

Membros

José Carlos de Jesus Conceição
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Suzana Arenhart Pessini
Jesus Paula Carvalho
Caetano da Silva Cardial
Delzio Salgado Bicalho
Etelvino de Souza Trindade
Geórgia Fontes Cintra
Marcia Luiza Appel Binda
Ricardo dos Reis
Filomena Marino Carvalho
Leandro Santos de Araújo Resende
Mariana Seabra Leite Praça

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica. Massas anexiais na gestação. 3ª ed. São Paulo - FEBRASGO, 2024. (Protocolos FEBRASGO, Ginecologia, no. 38).

iv, 10p.

1. Neoplasias ovarianas 2. Gravidez 3. Complicações na gravidez I. Autor

ISBN 978-65-87832-95-1

NLM - WP 322

2024/2025 (3a edição) - Responsável científico: Prof. Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho
2021/2022 (2a edição) - Responsável científico: Prof. Dr. César Eduardo Fernandes
2018 (1a edição) - Responsável científico: Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá

Coordenador Editorial

Bruno Henrique Sena Ferreira

Revisora Ortográfica e Gramatical

Viviane Zeppelini

Normalização/ Normalização

Edna Terezinha Rother

Diagramação e Projeto Gráfico

Adriano Aguina

Massas anexiais na gestação

Palavras-chave

Gravidez; Neoplasias ovarianas; Complicações na gravidez

Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Massas anexiais na gestação. 3a ed. São Paulo: FEBRASGO; 2024. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 38/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica).

Highlights

1. Apenas 1 a 6% das massas anexiais diagnosticadas durante a gestação são malignas.
2. Características ultrassonográficas utilizadas para diferenciar lesões benignas de malignas apresentam acurácia semelhante em pacientes gestantes e não gestantes.
3. Marcadores tumorais podem alterar durante a gestação. Um aumento acentuado deve ser interpretado como suspeito.
4. Nos raros casos em que for necessária uma abordagem cirúrgica durante a gestação, quando a dimensão do tumor permitir, a laparoscopia realizada por equipe experiente deve ser a via de acesso preferencial, por estar associada a menor sangramento, contrações pré-termo e eventos adversos ao feto.
5. Indicações de quimioterapia, fármacos utilizados e intervalo em pacientes gestantes com neoplasia maligna de ovário são as mesmas das não

*Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Oncológica e validado pela diretoria científica como documento oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Obstetrícia, n. 38. Acesso: <https://www.febrasgo.org.br/>

Todo conteúdo está licenciado sob a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY.

gestantes. Porém tratamento sistêmico deve ser evitado no primeiro trimestre e após 35 semanas.

Introdução

A frequência de massas anexiais diagnosticadas durante a gravidez varia de 0,05 a 2,4%. Destas, 1 a 6% são malignas,⁽¹⁻³⁾ de forma que o câncer de ovário é a quarta neoplasia mais diagnosticada durante a gestação.⁽⁴⁾

Das neoplasias malignas, os tumores de linhagem epitelial são os mais comuns, correspondendo a aproximadamente metade dos casos, seguidos de tumores germinativos e do cordão sexual/estroma. A maioria das pacientes (70%) é diagnosticada em estágio I.⁽⁴⁾

Aproximadamente 75% das massas anexiais diagnosticadas na gestação são cistos simples, e a maioria daquelas com características complexas desaparece espontaneamente até 6 semanas após o parto.^(2,3) Ainda assim, apenas 10% das lesões persistentes se revelam malignas.⁽³⁾

Cistos teca-luteínicos costumam apresentar áreas sólidas que, na maioria dos casos, correspondem a parênquima ovariano edemaciado, apresentando fluxo ao Doppler. O principal fator confundidor é que podem atingir grandes volumes, principalmente em gestações múltiplas e naquelas decorrentes de tratamento por reprodução assistida. Luteoma é uma neoplasia benigna que ocorre apenas na gestação, com curso benigno após o término dela. É predominantemente sólida e costuma estar associada à clínica de hiperandrogenismo.⁽¹⁻³⁾

Em razão da popularização do ultrassom no período pré-natal, na maioria das pacientes o diagnóstico será incidental. Porém, em tumores volumosos e/ou de crescimento rápido, como os germinativos, torção pode ocorrer em 5% dos casos, e a paciente pode apresentar clínica de abdome agudo. Em casos avançados, a paciente poderá apresentar os mesmos sintomas das não gestantes, como empachamento, desconforto abdominal e ascite.^(5,6)

O manejo pode ser conservador ou cirúrgico, a depender da clínica da paciente, do risco de torção, dos critérios ultrassonográficos de suspeição e da idade gestacional.^(3,5)

O câncer de ovário é a neoplasia ginecológica mais letal, e a primeira cirurgia tem impacto direto nas chances de cura da paciente. O diagnóstico coincidente com gestação exige condução em centro de referência com equipe médica multidisciplinar, incluindo oncologista clínico, onco-ginecologista, obstetra especializado em pacientes de alto risco e unidade de terapia intensiva neonatal.⁽⁶⁾

A avaliação da biópsia por anatomopatologista experiente é fundamental, pois há alterações histológicas inerentes à gestação que podem mimetizar características malignas.

Exames de imagem

O exame ultrassonográfico das massas anexiais em mãos experientes é suficiente para auxiliar na identificação de características malignas. Características ultrassonográficas utilizadas para diferenciar lesões benignas de malignas foram validadas em mulheres gestantes e apresentam acurácia semelhante a das não gestantes.^(3,5,7)

A ressonância magnética é uma excelente ferramenta diagnóstica para avaliação complementar das lesões anexiais, sendo sua principal vantagem no diagnóstico diferencial com endometrioma, edema ovariano e mioma subseroso.^(1-3,8) Ademais, após a 16ª semana de gestação, a depender do volume da lesão ovariana e do índice de massa corporal da paciente, a avaliação dos anexos por ultrassom pode ser prejudicada, sendo, então, a ressonância uma ferramenta propedêutica alternativa. Em pacientes com alta suspeição de malignidade, deve ser utilizada para estadiamento radiológico do abdome, já que a tomografia computadorizada, pela dose de radiação ionizante, pode apresentar riscos ao feto. O uso de contraste (gadolínio) é contraindicado pela potencial teratogenicidade.^(6,8)

Marcadores tumorais

Os marcadores tumorais comumente empregados para avaliação de massas anexiais podem encontrar-se em níveis aumentados na gestação, dificultando sua interpretação.^(1-3,5,9) Os níveis séricos do CA-125 estão elevados na maioria dos casos de câncer epitelial de ovário. Porém, por ser produzido por tecidos normais, incluindo o endométrio, os níveis podem estar elevados durante o início da gestação e imediatamente após o parto.⁽⁹⁾ Valores acima de 150U/mL após a 15ª semana de gestação devem ser interpretados como suspeitos. O HE 4 (sigla em inglês a partir de *human epididymis protein 4*) parece não ter seus valores alterados durante o período gestacional e, por isso, tem sua interpretação mais confiável. A alfafetoproteína (AFP) sérica pode ter valores elevados em tumores germinativos, porém também é utilizada como triagem para defeito de fechamento do tubo neural e de síndrome de Down. No entanto, os níveis da AFP associados aos tumores germinativos costumam ser bastante elevados – bem acima dos descritos em pacientes cujos fetos apresentam tais alterações. Os valores da lactato desidrogenase não aumentam em gestações normais, de forma que ela pode ser considerada um marcador confiável em gestantes com suspeita de tumor germinativo. Pré-eclâmpsia ou alterações hepáticas podem provocar alteração nesse marcador, porém em níveis bem menos acentuados. A inibina A é secretada pela placenta, portanto não é um marcador confiável durante a gestação; já a inibina B e o hormônio anti-mülleriano permanecem estáveis.^(3,9)

Manejo

As principais causas de sintomas associados a massas anexiais na gestação são torção e abscesso tubo-ovariano. Nesses casos, o manejo é cirúrgico na maioria dos casos. Pacientes com torção anexial podem não apresentar alteração ao Doppler, por isso a decisão sobre intervenção cirúrgica deve levar em conta principalmente a clínica da paciente. Assim como nas pacientes não gestantes,

quando não há suspeita de malignidade, ooforoplastia é a cirurgia de escolha em pacientes com torção anexial.⁽³⁾

Em pacientes assintomáticas, a decisão entre manejo expectante e intervenção depende do risco de torção ou de malignidade, levando-se em conta os riscos de cirurgia em uma paciente grávida, que incluem parto prematuro, aborto espontâneo e sofrimento fetal.^(3,5,6)

O risco de torção reportado na literatura varia de 3 a 12%, sendo a maioria com dimensão maior de 10cm.^(1-3,5) Em pacientes com maior risco de torção, orientação quanto a sintomas que exigem procura de serviço de saúde é fundamental para permitir abordagem em tempo adequado e preservação ovariana.

Cirurgia

Em caso de suspeita de malignidade, é necessária a avaliação histopatológica, mesmo durante o período gestacional.^(3,5,10) A anestesia deve ser geral venosa, visto que anestesia inalatória tem potencial teratogenicidade. Quando a indicação cirúrgica ocorre no primeiro trimestre, se não houver risco materno, recomenda-se aguardar até a 14^a semana para sua realização. Durante a cirurgia, o monitoramento adequado da condição materna é obrigatório para garantir o bem-estar materno e o fetal. Mudanças hemodinâmicas fisiológicas na gravidez têm consequências para o monitoramento perioperatório.^(3,6,10) O refluxo gastroesofágico associado à gravidez aumenta o risco de broncoaspiração. A hipotensão materna causa redução do fluxo placentário, e hipóxia fetal ocorre logo após hemorragia e hipovolemia, sendo fundamental o controle rigoroso de hemostasia.^(3,6,10) O período de 90 a 120 minutos é defendido como limite seguro para cirurgia laparoscópica em paciente gestante,^(3,6,10) em razão do risco de hipercapnia e do aumento da pressão intra-abdominal inerente ao método, que pode causar hipofluxo placentário. A depender da idade gestacional, cirurgia estadiadora ou citorrredutora pode também ser realizada no mesmo tempo da cesárea.⁽⁶⁾

Neoplasia maligna aparentemente restrita ao ovário

Quando o tamanho do tumor permitir, a laparoscopia realizada por ginecologista oncológico experiente é preferível, por estar associada a menor sangramento, contrações pré-termo e eventos adversos ao feto.^(6,10,11) Se, devido ao risco de ruptura tumoral, for optado por laparotomia, a incisão deve ser vertical. Salpingo-ooforectomia é preferível à ooforoplastia, em razão do risco de ruptura tumoral. A cirurgia estadiadora preservadora do útero é factível até a 22ª semana, quando o volume uterino ainda permite a avaliação do fundo do saco de Douglas e a linfadenectomia. Porém, levando-se em conta o risco gestacional de uma cirurgia de grande porte e a baixa acurácia do exame de congelação em diferenciar tumor *borderline* de neoplasia invasora e em definir o tipo histológico dos tumores não epiteliais,⁽¹¹⁾ no contexto da gestação, é aceitável realizar apenas a salpingo-ooforectomia e aguardar resultado anatomopatológico final.^(3,6) Confirmado se tratar de neoplasia maligna, a decisão sobre a reabordagem cirúrgica para completar o estadiamento ainda durante a gestação ou aguardar o parto deve ser individualizada.

Neoplasia maligna com carcinomatose

Pacientes com suspeita de doença metastática nos exames de imagem devem ter o diagnóstico confirmado por biópsia percutânea ou cirúrgica. É importante que o material seja adequado para possível complementação diagnóstica com imuno-histoquímica, a fim de confirmar o tipo histológico e descartar outro sítio primário. Cirurgia citoredutora deve ser realizada após a gestação, quando houver indicação.⁽⁶⁾

Tratamento sistêmico

Nos contextos clínicos em que houver necessidade de quimioterapia, esta deverá ser evitada no primeiro trimestre da gestação, uma vez que a expo-

sição durante a organogênese foi associada a risco de 10 a 20% de malformações.^(6,12,13) O benefício ao feto em postergar o tratamento até o segundo trimestre deve ser avaliado em relação ao risco materno. Após 14 semanas de gestação, a administração de uma série de quimioterápicos é viável e segura, incluindo taxanos, platina, etoposídeo e bleomicina, apesar de a maioria dos medicamentos quimioterápicos atravessar a placenta.^(6,12,13) Em vários estudos, a taxa de malformações fetais foi comparável à da população em geral, demonstrando a segurança relativa da quimioterapia após o primeiro trimestre. Contudo, permanece associada a maior índice de complicações obstétricas e fetais, que incluem maior risco de trabalho de parto prematuro, restrição do crescimento fetal e baixo peso ao nascer.^(4,6,12)

A gravidez resulta em alterações fisiológicas que podem influenciar a concentração sérica e a eficácia dos tratamentos sistêmicos, interferindo na farmacocinética, no que diz respeito ao metabolismo e à excreção dos medicamentos.

Recomendações atuais sugerem a dosagem dos quimioterápicos durante a gravidez com base no peso real, não no peso corporal ideal nem no pré-gestacional.⁽⁶⁾

Não há recomendação de antecipar o parto para a realização de quimioterapia. É recomendado, se houver condições obstétricas e fetais adequadas, seguir a gravidez até o termo, sempre que possível.⁽⁶⁾

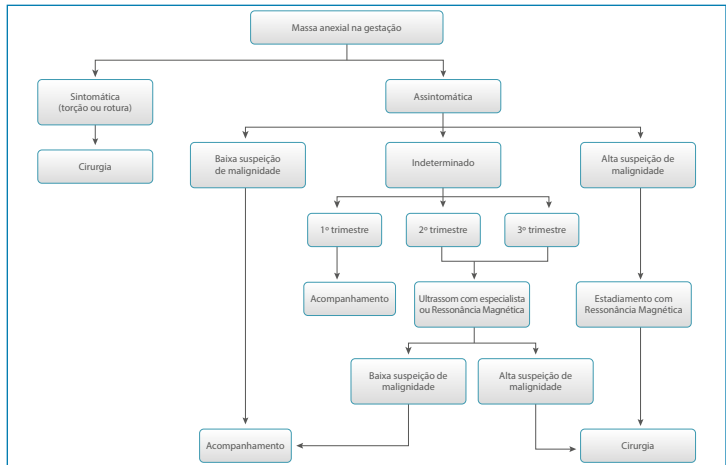
A quimioterapia não é recomendada após 35 semanas, pois um intervalo de 3 semanas entre o último ciclo de quimioterapia e o parto é importante para permitir a recuperação das medulas ósseas materna e fetal.^(6,11,12)

Indicações de quimioterapia, fármacos utilizados e intervalo em pacientes gestantes com neoplasia maligna de ovário são as mesmas das não gestantes: carboplatina e paclitaxel a cada 3 semanas em neoplasias epiteliais e etoposídeo e cisplatina com ou sem bleomicina (BEP ou EP) em tumores germinativos.⁽⁶⁾

Interrupção da gestação

A maioria das pacientes com câncer de ovário diagnosticado durante a gestação apresenta estágio inicial, em que o útero não está acometido. Além disso, o prognóstico delas parece ser semelhante ao das não gestantes.⁽⁹⁾ Por isso, diretrizes internacionais consideram a interrupção apenas em doença metastática.⁽⁶⁾ Porém, como o tratamento cirúrgico preconizado em pacientes com câncer de ovário inclui histerectomia, a interrupção da gestação pode ser considerada com o argumento de risco materno, prevista no Art. 128 do Código Penal Brasileiro (aborto necessário ou terapêutico).⁽¹⁴⁾ A paciente deve ser aconselhada em relação aos seus direitos, assim como o prognóstico e aos possíveis riscos de toxicidade fetal ou complicações decorrentes do tratamento do câncer de ovário durante a gravidez.

Fluxograma de conduta



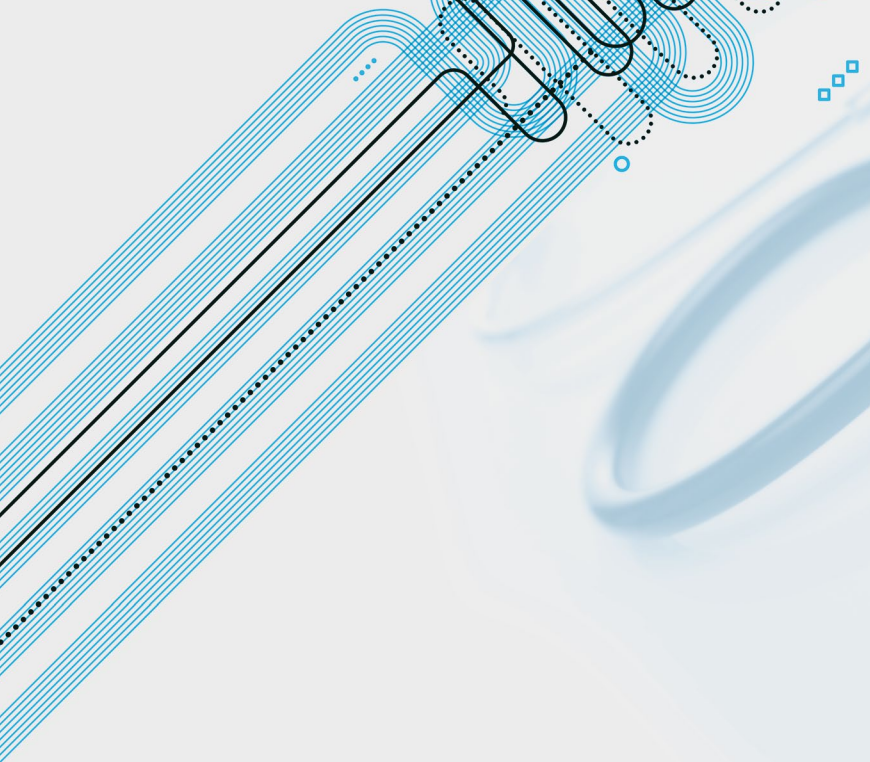
Recomendações finais

A maioria das pacientes com lesão anexial durante a gestação pode ser conduzida de forma expectante. Nos raros casos em que for necessária uma abordagem cirúrgica durante a gestação, a paciente deve ser encaminhada para centro de referência para ser avaliada por equipe multidisciplinar (ultrassonografista experiente, obstetra de alto risco, onco-ginecologista e neonatologista).

Referências

1. Webb KE, Sakhel K, Chauhan SP, Abuhamad AZ. Adnexal mass during pregnancy: a review. *Am J Perinatol.* 2015;32(11):1010-6.
2. Aggarwal P, Kehoe S. Ovarian tumours in pregnancy: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;155(2):119-24.
3. Cathcart AM, Nezhat FR, Emerson J, Pejovic T, Nezhat CH, Nezhat CR. Adnexal masses during pregnancy: diagnosis, treatment, and prognosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2023; 228(6):601-12
4. de Haan J, Verheecke M, Van Calsteren K, Van Calster B, Shmakov RG, Mhallem Gziri M, et al. International Network on Cancer and Infertility Pregnancy (INCIP). Oncological management and obstetric and neonatal outcomes for women diagnosed with cancer during pregnancy: a 20-year international cohort study of 1170 patients. *Lancet Oncol.* 2018;19(3):337-346.
5. Testa AC, Mascilini F, Quagliozzi L, Moro F, Bolomini G, Mirandola MT, et al. Management of ovarian masses in pregnancy: patient selection for interventional treatment. *Int J Gynecol Cancer.* 2021;31(6):899-906.
6. Amant F, Berveiller P, Boere IA, Cardonick E, Frusci R, Fumagalli M, et al. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines based on a third international consensus meeting. *Ann Oncol.* 2019;30(10):1601-12.
7. Lee SJ, Kim YH, Lee MY, Ko HS, Oh SY, Seol HJ, et al. Ultrasonographic evaluation of ovarian mass for predicting malignancy in pregnant women. *Gynecol Oncol.* 2021;163(2):385-91.
8. Thomassin-Naggara I, Fedida B, Sadowski E, Chevrier MC, Chabbert-Buffet N, Ballester M, et al. Complex US adnexal masses during pregnancy: is pelvic MR imaging accurate for characterization? *Eur J Radiol.* 2017;93:200-8.
9. Sarandakou A, Protonotariou E, Rizos D. Tumor markers in biological fluids associated with pregnancy. *Crit Rev Clin Lab Sci.* 2007;44(2):151-78.
10. Shigemori D, Aso S, Matsui H, Fushimi K, Yasunaga H. Safety of laparoscopic surgery for benign diseases during pregnancy: a nationwide retrospective cohort study. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019;26(3):501-6.
11. Ratnavelu ND, Brown AP, Mallett S, Scholten RJ, Patel A, Founta C, et al. Intraoperative frozen section analysis for the diagnosis of early stage ovarian cancer in suspicious pelvic masses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3(3):CD010360.
12. Cordeiro CN, Gemignani ML. Gynecologic malignancies in pregnancy: balancing fetal risks with oncologic safety. *Obstet Gynecol Surv.* 2017;72(3):184-93.

13. Peccatori FA, Azim HA Jr, Orecchia R, Hoekstra HJ, Pavlidis N, Kestic V, et al.; ESMO Guidelines Working Group. Cancer, pregnancy and fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2013;24 Suppl 6:vi160-70.
14. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Artigo 128. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1941 [citado 2024 Ago 19]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm



febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

COMPORTAMENTO,
SAÚDE E INFORMAÇÃO



FEITO PARA ELA