

ONCOLOGIA GINECOLÓGICA NA ADOLESCÊNCIA

A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Departamento da Mulher, HFF
Directora: Dra. Antónia Nazaré

Serviço de Ginecologia
Director: Dr. Silva Pereira

Dr. Fernando Igreja
Dr. Fernando Gomes
Dra. Clara Aleluia
Dr. Miguel Campo

Cátia Paixão
Elsa Landim
Mariana Miranda

ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

DOENÇA GESTACIONAL DO TROFOBlasto - DGT

1. Introdução teórica
2. Caso clínico
3. Conclusão/Discussão



DOENÇA GESTACIONAL DO TROFOBLASTO - DGT

DEFINIÇÃO

DGT

- origem placentar
- exclusivamente relacionados com tecido fetal

- histologicamente distintos
- β -hCG

- diferente potencial de invasão

Benigna

Mola hidatiforme:

MH completa

MH parcial

Neoplasia Maligna Trofoblasto

- raras
- pós-GESTACIONAIS
- bom prognóstico

- Mola Invasiva
- Coriocarcinoma
- T. Trofoblástico do Leito Placentar
- T. Trofoblástico epitelióide



DOENÇA GESTACIONAL DO TROFOBLASTO - DGT

EPIDEMIOLOGIA

Incidência MH

- Maior
prevalência Ásia

Japão 2:1000
gestações

-Europa /América
do Norte 0,6-1,1

Portugal:
1/570 gestações

Neoplasia Maligna

-Pouco frequente

Portugal:
1/185 gestações

Factores Risco

Gravidez
molar anterior
(↑10-20x)

Idade
reprodutiva
avançada

Défices
alimentares



Mola Hidatiforme

PATOLOGIA E CITOGENÉTICA – ANOMALIA CONCEÇÃO

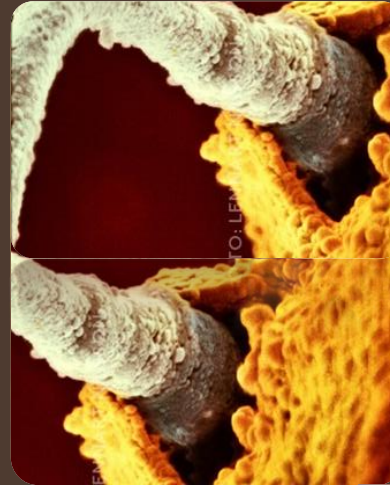


Mola Completa

- Diplóide
- **material genético paterno**

DH - Vilosidades hidróticas
Ausência de partes fetais

Doença persistente - 20%
(patologia pré-maligna)



FECUNDAÇÃO



Mola Hidatiforme

DIAGNÓSTICO

CLÍNICA

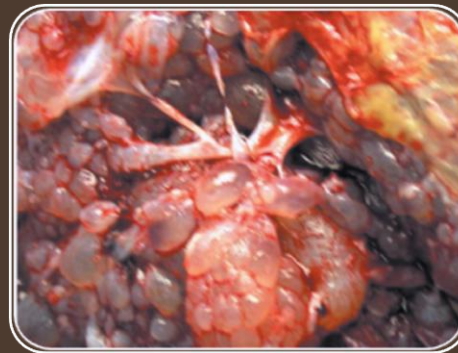
- Hemorragia anômala
- ↑↑ útero

MARCADOR ECOGRAFIA

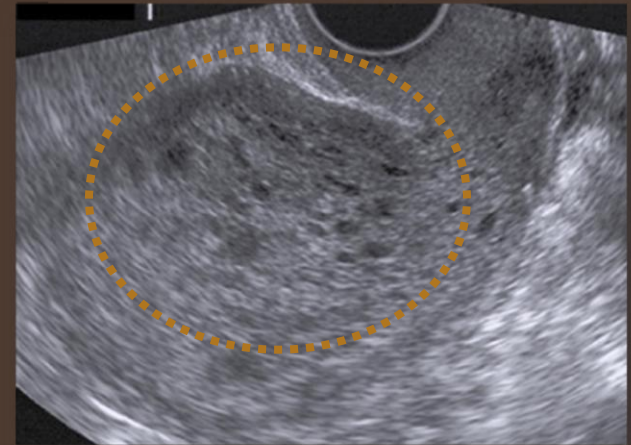
- ↑β hCG
- “sown storm”

D.DEFINITIVO

- Histológico



- anemia
- hiperemese
- pré-eclâmpsia
- hipertireoidismo
- Q. luteínicos
- embolização
- evacuação de vesículas



**Vilosidades hidróticas <>
padrão vesicular
característico na cavidade
uterina**

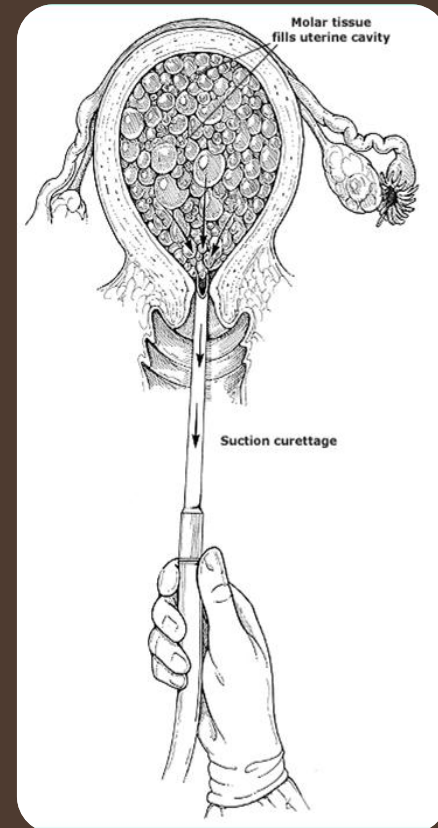




Mola Hidatiforme

TRATAMENTO E FOLLOW-UP

- Esvaziamento uterino
 - curetagem aspirativa
- Follow-up – determinação β -hCG
 - Indetectavel – risco NTG \neq zero
- NTG pós-MH – 15% doença invasiva útero
4% metastização (80% pulmonar)
- Diagnóstico – \uparrow persistente de β -hCG
- Estadiamento anatômico
 - Conduta terapêutica
 - Prognóstico





MOLA HIDATIFORME COM METASTIZAÇÃO PULMONAR

Caso Clínico – Oncologia na adolescência

- ◉ Adolescente 14A
- ◉ Aparentemente saudável
- ◉ Etnia cigana
- ◉ 4º ano escolaridade
- ◉ Casada desde 13A, vive com os sogros



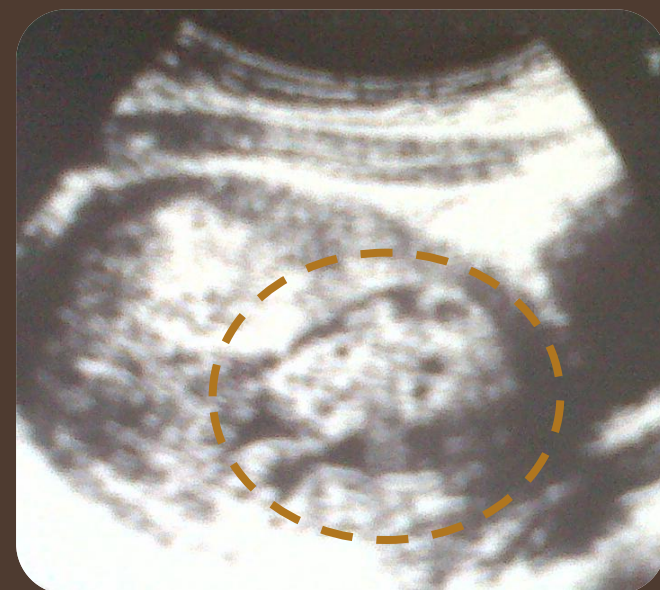
ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

METASTIZAÇÃO MOLA HIDATIFORME – Caso Clínico

Ref C. Obstetrícia HFF, Maio 2011

Risco obstétrico – **adolescente 14A**

- Gravidez 1ºT, **8S+6d de amenorreia**
- AP ginecológico/obstétricos
 - IO: 0000
- AF irrelevantes
- Recusou obs. ginecológica



Ecog .TV - cavidade uterina preenchida com conteúdo vesicular <> **mola hidatiforme.**

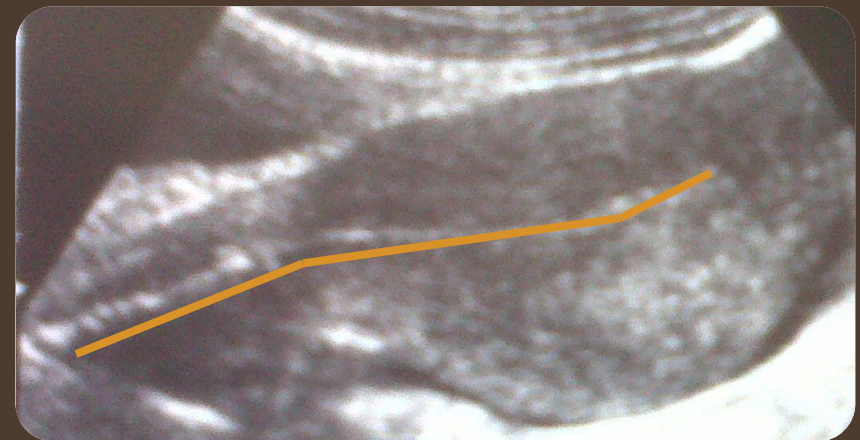
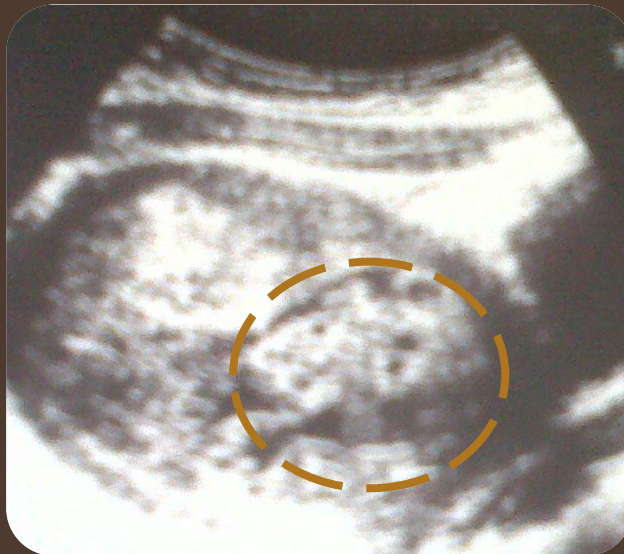


ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

METASTIZAÇÃO MOLA HIDATIFORME – Caso Clínico

Serv. Urg. – Bloco Partos
Suspeita de mola hidatiforme

- Curetagem uterina **aspirativa** sob controlo ecográfico
- Produto de concepção enviado para AP.
- Alta clínica D5 – Consulta ginecologia



ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

METASTIZAÇÃO MOLA HIDATIFORME – Caso Clínico

Consulta Ginecologia HFF : -Hipótese diagnóstica : Aborto espontâneo?

- DH (19/5/11) – ... produto de concepção retido **sem patologia do trofoblasto**.
- Follow-up β -hCG



- Planeamento familiar C.S. - **Implanon**®
(8/6/11)



ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

METASTIZAÇÃO MOLA HIDATIFORME – Caso Clínico

Consulta Ginecologia

β -hCG ↑

2313

3416

3085

HIPÓTESE – Doença persistente?
Revisão de lâmina

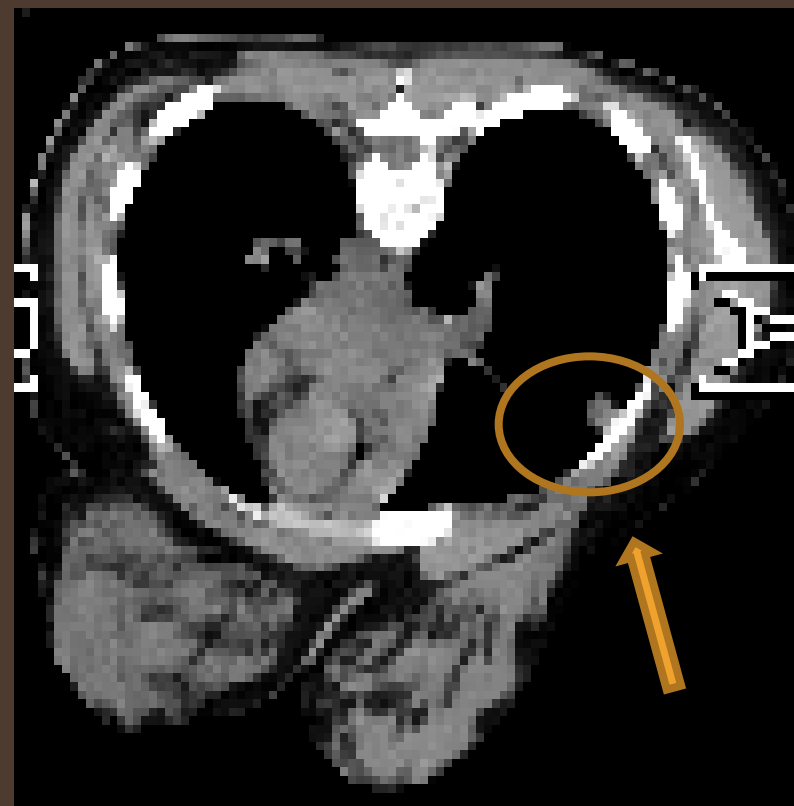
– Mola hidatiforme parcial/completa?
Estadiamento anatómico
Oncologia Médica



ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

METASTIZAÇÃO MOLA HIDATIFORME - Caso Clínico

- RM CE e Pélvica - sem evidência doença invasiva.



- PET/CT-FDG corporal e TC tóraco-abdominal
 - lesões pulmonares 2^{as}rias.
 - múltiplos nódulos bilaterais, subpleurais.



ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

METASTIZAÇÃO MOLA HIDATIFORME – Caso Clínico

C. Oncologia Médica: **NTG**

B-HCG- 3000

233920



3003

ESTADIAMENTO

**Metástases
pulmonares
bilaterais**

- Caracterização da
lesão 2ª:

MH COMPLETA

TRATAMENTO

Quimioterapia

•Metotrexato IM
1mg/Kg/d(D1,3,5,7)

•Ác. folínico IM
1 mg (D2,4,6,8)

-β-HCG semanal



ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

METASTIZAÇÃO MOLA HIDATIFORME – Caso Clínico

Boa tolerância à QT / decréscimo β -hCG

C1

170

C2

47,3

C3

9,1

C4

2,5

C5

<1,0

C6

<1,0

C7 – 2/Jan

<1,0

C8 – 13/Fev



RELEVÂNCIA CLÍNICA

EVIDÊNCIA
LITERATURA: 1/570

>> idade 40-50A
80% resolução pós-evacuação

Mola invasiva – 15%
Metastatização – 2-4%

“NOSSO CASO”

Doença persistente aos 15A

Metástase pulmonar MC





ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

Cancro do ovário na adolescência

○ Cancro do ovário – revisão teórica

- 6,63/100000 mulheres
- Cancro ginecológico mais letal
 - 70% dg fases avançadas
- pós-menopausa
- < 5% em mulheres com < 20^a
- Malignidade ginecológica mais comum em s < 25^a
- Terapêutica multidisciplinar



○ Cancro do ovário – revisão teórica

➤ Variantes histológicas

- 90% - epitélio de superfície
- < 20^a - 60% origem nas células germinativas

➤ Diagnóstico histológico e estadiamento cirúrgico

“Um massa ovárica na adolescência deverá sempre ser considerada maligna até provado o contrário com o exame histológico.”

in uptodate





ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

OVÁRIO

Tumores de **epitélio-estroma de superfície** Tipos histológicos (componente epitelial)

- Serosos
- Mucinosos
- Endometrióides
- Células claras
- Células de transição (incluindo Brenner)
- Células pavimentosas ou espinocelulares
- Epiteliais mistos
- Indiferenciados e inclassificáveis.

90%

Grau de malignidade do componente epitelial e/ou estromal

- Borderline (ou de baixo potencial maligno)
- Maligno
 - Carcinoma
 - Sarcoma
 - Ambos (Tumor mulleriano misto maligno)

Tumores de **células germinativas**

- Disgerminoma
- Tumor do saco vitelino (do seio endodérmico)
- Carcinoma embrionário
- Coriocarcinoma não-gestacional
- Teratoma imaturo
- Tumor de células germinativas maligno misto (especificar tipos)
- Tumores malignos de tipo somático associados a teratoma maduro (especificar tipo)
- Outro

60% se < 20^a

Tumores dos cordões sexuais-estroma

- Tumor de células da granulosa, do tipo adulto e juvenil
- Tumor de células de Sertoli-Leydig
- Outro

Outros

- Carcinoma de pequenas células, do tipo pulmonar e hipercalcémico
- Carcinoma neuroendócrino de grandes células



OMS

○ Caso clínico

- Referenciada pelo SU Pediatria por massa anexial.

História Clínica:

- K.T.B.A.S
- 15 A
- Natural de Cabo Verde
- 10º ano

AG:

- Menarca: 13 anos
- Ciclos irregulares, dismenorreia moderada
- Sem IVS

AP e AF irrelevantes

Exame Objectivo:

- Massa indolor palpável até nível umbilical
- Peso: 40 kg, Altura: 1,52m



ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

OVÁRIO

ECDs:

Ecografia abdominal (8/11/2011):



Análises

11/11/2011

Marcadores tumorais

Negativos

Ca

15,5 mg/dL

CA 125
CA 19.9
CEA
AFP
βHCG

○ ECDs:

RMN (11/11/2011):

Volumosa massa pélvica mediana com 14x12x7 cm, heterogênea <-> lesão primitiva do ovário esquerdo.



Laparotomia exploradora (22/11/2011)

- Anexectomia esquerda
 - Exame extemporâneo:
neoplasia maligna pouco diferenciada
- Cirurgia de estadiamento e conservadora de fertilidade





ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

OVÁRIO

○ DH:

	H/2011/002650
Peça de ooforosalpinguectomia esquerda	<i>Carcinoma de pequenas células (não se observa celularidade neoplásica na trompa)</i>

Carcinoma de pequenas células do ovário - pT1a pN0 p Mx

- IM: 25/10 CGA,
- Diferenciação neuroendócrina.

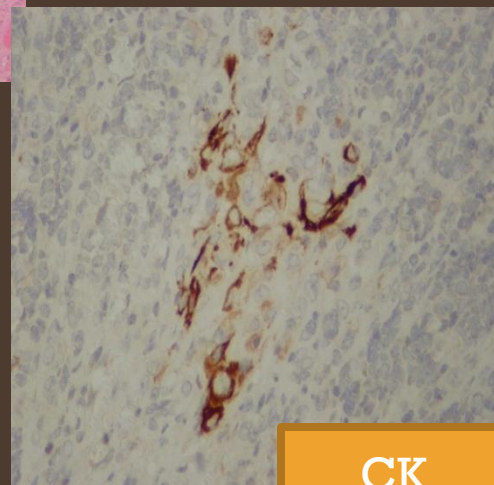
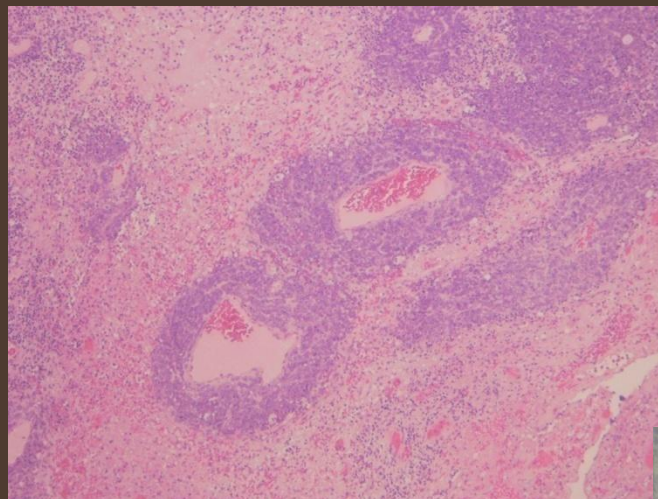
	<i>patológico</i>
Omentectomia infracólica	<i>Sem alterações de significado patológico</i>
Citologia cúpulas diafragmáticas	<i>Negativas para células neoplásicas</i>

ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

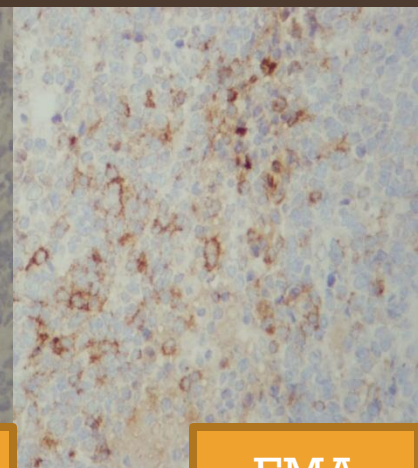
OVÁRIO

- DH:

Descrição microscópica (ovário esquerdo):



CK



EMA



ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

OVÁRIO

- Reunião de Grupo:
 - Proposta para terapêutica adjuvante

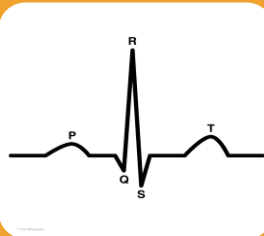


○ Oncologia Médica:



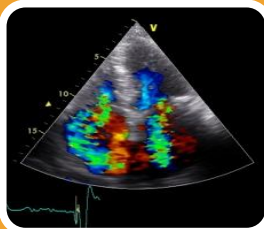
Análises (3/1/2012)

- Hb 10,8g/dL
- Ca 9,3 mg/dL
- Fx tiroideia e PTH N



ECG (5/1/2012)

- RS, FC 82 bpm



Ecocardiograma TT (5/1/2012)

- Dentro dos limites da normalidade

○ Oncologia Médica:



Ecografia tiróide/paratiróide
(5/1/2012)

*Tiróide normal, sem adenomegalias;
Não se visualizam glândulas
paratiroideias.*



TAC CTAP (3/1/2012)

*Milimétricos gânglios mesentéricos;
Pequenos gânglios inguinais bilaterais
pericentimétricos.*



- Oncologia Médica:

QC adjuvante

Cisplatina D1 a D5
(20 mg/m²/d)

+

Etoposido D1 a D5
(100 mg/m²/d)

D1 = D22

○ Carcinoma de pequenas células do ovário

- Carcinoma indiferenciado
- Hipercalcêmico e pulmonar
- Raro
- 23 anos
- Manifestações inespecíficas
- Hipercalcemia em $\frac{2}{3}$ dos casos
- Histogénese desconhecida



○ Carcinoma de pequenas células do ovário

➤ Tratamento padrão

- Cirurgia + QC adjuvante (cisplatina e etoposido)

M.L. Harrison et al

➤ Mau prognóstico

“33% das doentes no estadio IA têm 5 anos livres de doença”

Young et al. Small cell carcinoma: a clinicopathological analyses of 10 cases

- >30 anos;
- Ca 2+ pré-op N;
- < 10cm;
- sem células grandes.

Young et al



● Cancro do ovário – a propósito de um caso clínico

- Esclarecer etiologia,
- Diagnóstico histológico,
- Considerar se mulheres jovens,
- Ponderar manter fertilidade,
- Abordagem multidisciplinar.





Oncologia Ginecológica

Cancro da Mama Precoce

CANCRO DA MAMA

- ◉ Neoplasia feminina mais frequente
- ◉ Representa 1/3 das neoplasias em mulheres
- ◉ Maior taxa de incidência
- ◉ 2ª causa de morte por cancro na mulher
- ◉ < 1% ocorrem em mulheres com < 25 anos.



Factores associados

○ História Familiar

- Familiares directos atingidos
- Mutações de risco (BRCA1, BRCA2, p53, ATM, PTEN)

○ História reprodutiva

- Menarca
- Paridade
- Amamentação
- Menopausa
- ACO/THS

○ Hx anterior de neoplasia mama

○ Rastreio

- Mamografia
 - Classificação BI - RADS

○ Diagnóstico

- Biópsia por punção
- Marcação com arpão
- Biópsia Excisional
- É imprescindível a confirmação histológica



- Classificação Histológica
 - Carcinoma ductal
 - Carcinoma lobular
 - Carcinoma papilar
 - Carcinoma metaplásico (<1%)
- Estadiamento
- Cirurgia
 - Mastectomia radical modificada
 - Cirurgia Conservadora
- Tratamento médico
 - Quimioterapia
 - Radioterapia
 - Hormonoterapia





ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

CASO CLÍNICO - MAMA

- 18 A, IO: 0000
- MC: Aumento marcado da mama direita que ocorreu ao longo de 4M
- Sem história de trauma, corrimento mamilar
- Sem uso prévio de ACO
- Sem antecedentes familiares de neoplasia ginecológica
- EO: Mama direita pétrea e sem mobilidade com cerca de 34cm

ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

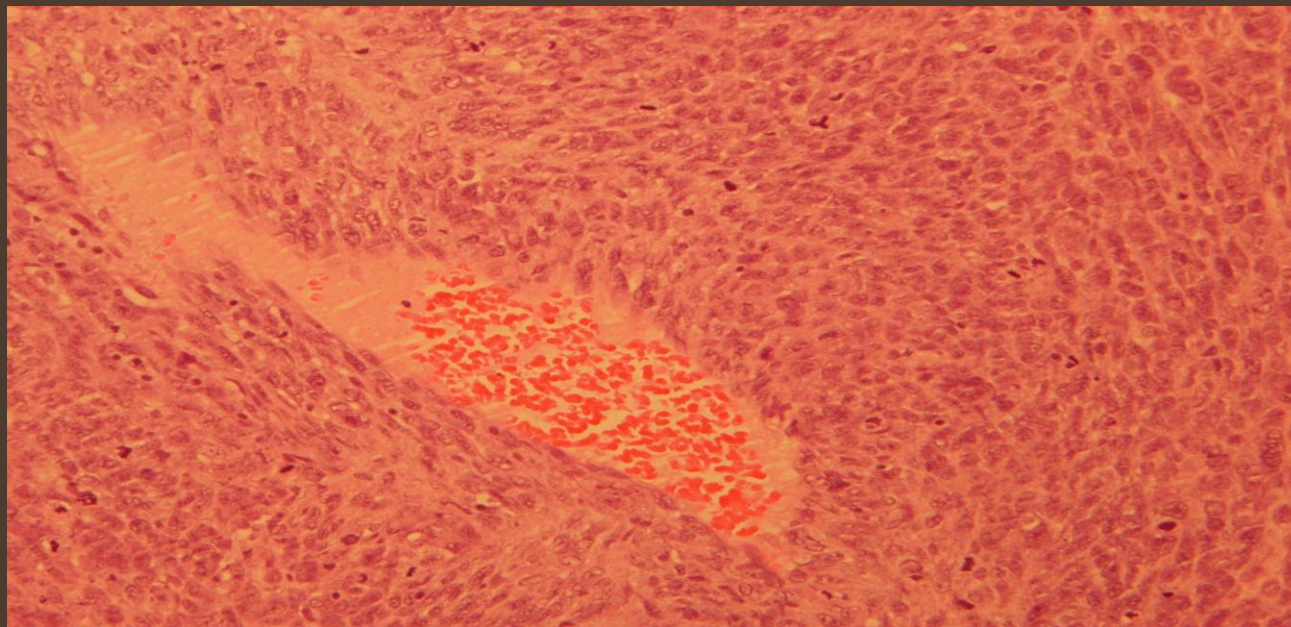
MAMA



ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

CASO CLÍNICO - MAMA

- Biópsia (04/09/2009)
- Carcinoma metaplásico da mama, de alto grau e extensamente necrosada

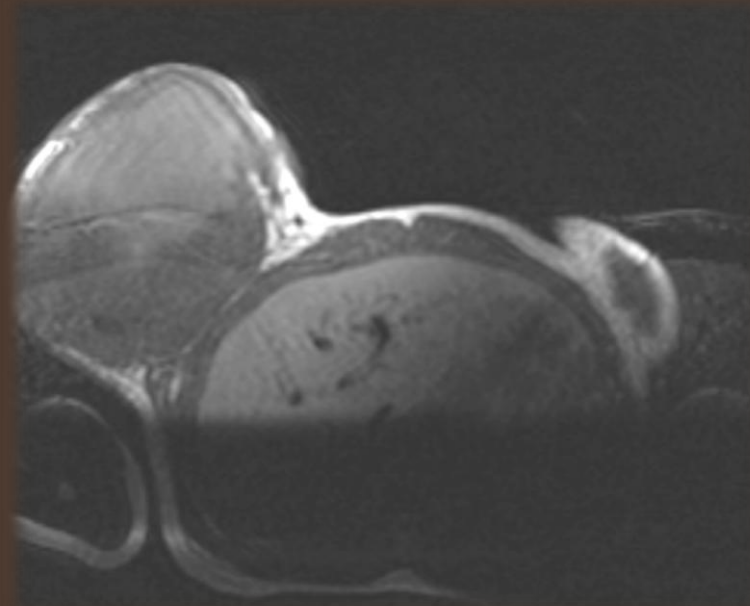


Proliferação de células fusiformes, de padrão arquitetural sarcomatóide e hemangiopericitóide (em torno dos vasos), com marcado pleomorfismo e índice mitótico elevado

ONCOLOGIA GINECOLÓGICA

CASO CLÍNICO - MAMA

- Caso discutido em reunião de grupo, opta-se abordagem cirurgica prévia a terapêutica médica
- Avaliação da ressecabilidade

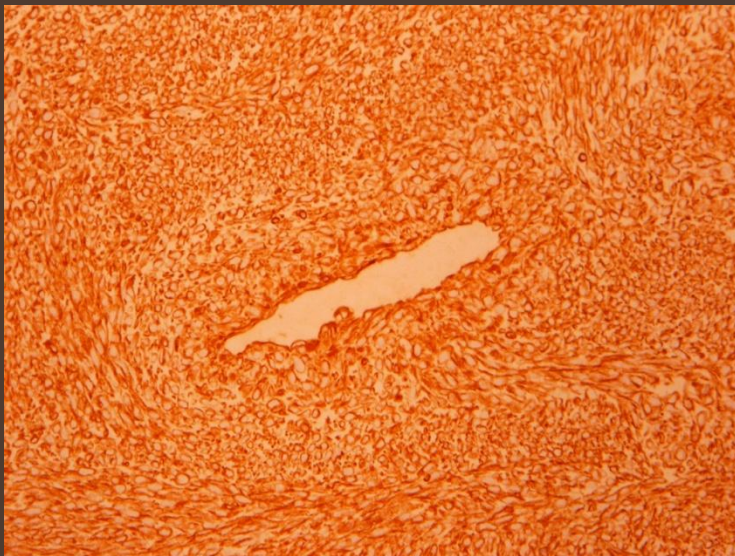


○ Mastectomía radical modificada

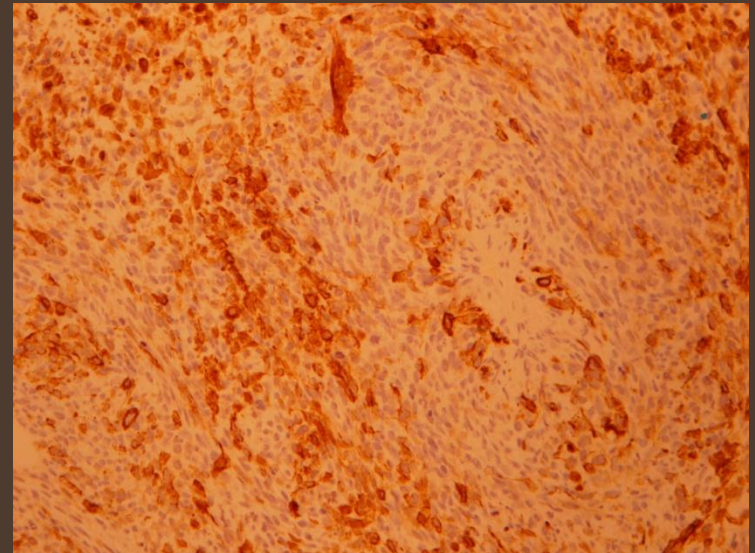
- 25/09/2010



- Carcinoma metaplásico da glândula mamária
 - Receptores estrogénios e progesterona negativos



Marcação com vimentina, evidenciando a diferenciação mesenquimatosa da neoplasia



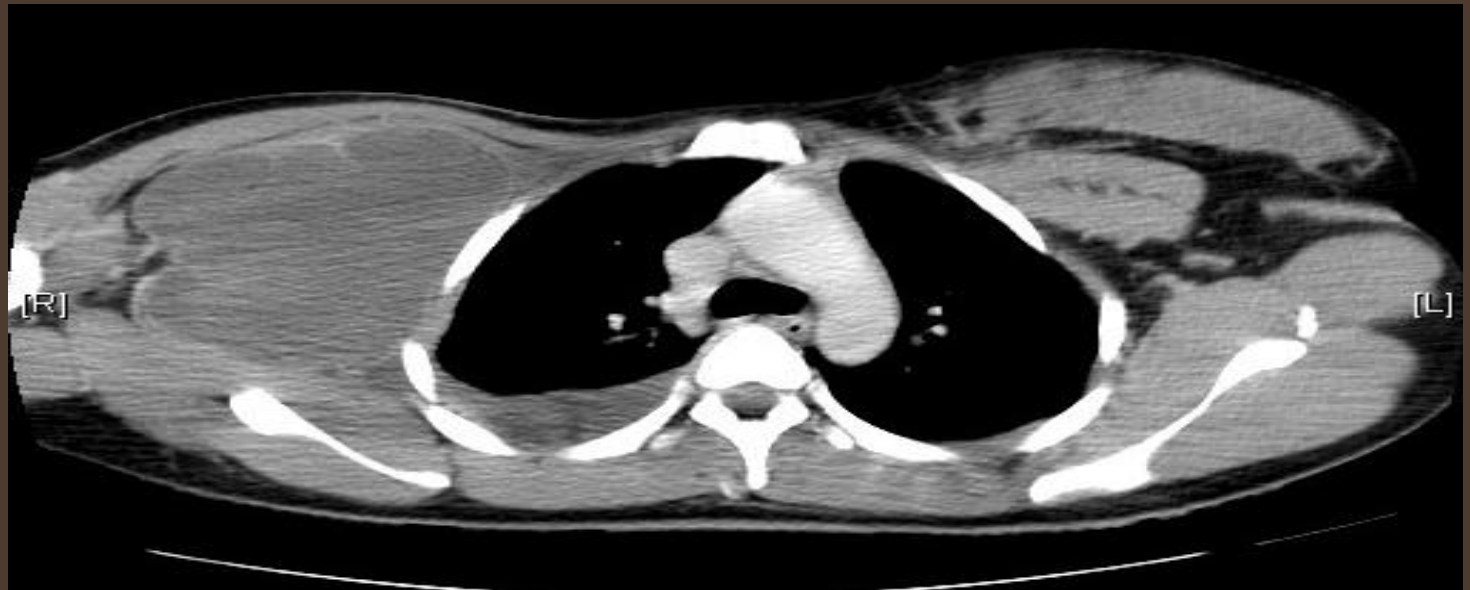
Marcação com queratina de largo espectro, evidenciando a componente epitelial da neoplasia

○ HOSPITAL DE DIA

- QT adjuvante com antraciclinas
- Realizou 4 ciclos
- Cintigrafia (21/12/2009)
 - Sem evidência de metastização
- 24/05/2010
- Tumefacção dolorosa e consistência dura na parede anterior do toráx

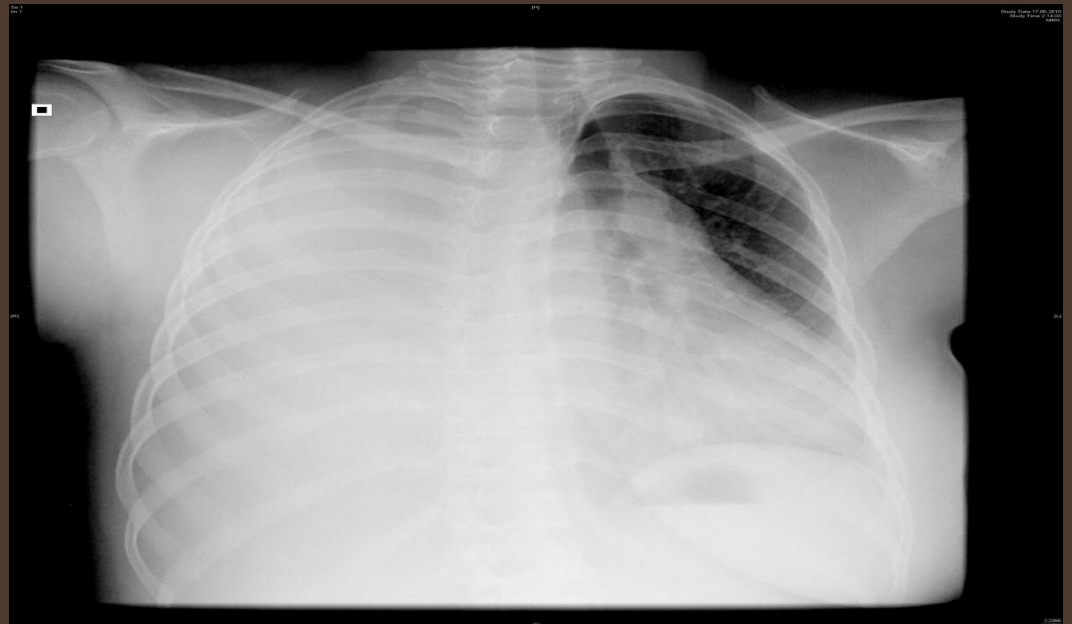
○ HOSPITAL DE DIA

- TAC → nódulo de 9x7cm, heterogéneo ocupando escavado axilar direito e insinuando-se na parede anterior do toráx



Sem possibilidade de recessão cirúrgica

- HOSPITAL DE DIA
 - Inicia RT
 - Metastização pulmonar
 - Derrame pleural recidivante



Morte

CRCINOMA METAPLÁSICO DA MAMA

- Entidade rara
- Grupo heterogêneo, coexistência de adenocarcinoma com áreas de diferenciação
 - Escamosa
 - Células fusiformes
 - Mesenquimatosa
- Negativos receptores hormonais e c-erbB2
- Mau prognóstico
- Recidiva local e metastização pulmonar
- Tratamento ideal não definido



BIBLIOGRAFIA

- ◉ *Berek & Novak's Gynecology – 15 th edition, by Jonathan S. Berek, lippincott williams & Wilkins*
- ◉ *Uptodate medicine*
- ◉ *Metastatic Trophoblastic Disease Following Partial Mole: Case Report and Literature Review, Joseph Menczer et al, Gynecologic Oncology 74-304-307 (1999)*
- ◉ *Consensos da SPG de Cancro Ginecológico, 2010;*
- ◉ *M.L. Harrison et al. Gynecologic Oncology 100, 2006: 233-238;*
- ◉ *Young et al. Small cell carcinoma of the ovary, hypercalcemic type: a clinicopathological analyses of 150 cases. Am J Surg Pathol. 1994; 18:1102-1116;*
- ◉ *Metaplastic carcinoma of the breast, clinical presentation, treatment, results and prognostic factors, Adher Al Sayed et al, Acta Oncologica 45: 188-195 (2006)*