

**TORSÃO EM CISTO DE TUBA UTERINA:  
UM CASO RARO DE ABDÔMEN AGUDO**  
*TORSION IN CYST OF UTERINE TUBE:  
A RARE CASE OF ACUTE ABDOMEN*

Joe Luiz Vieira Garcia Novo<sup>1</sup>, Orlando Fermozelli Rodrigues Jr.<sup>2</sup>

E.R.A. com 50 anos, dois partos normais anteriores, o último há 21 anos, chegou à emergência hospitalar com intensa dor abdominal difusa há quatro horas. Tinha a sensação de cólica, irradiando-se para as costas, e de desmaio iminente. Não havia queixa de febre, dores intestinais ou urinárias. Sua última menstruação ocorrera há um ano. Estava usando anorexígenos sob controle médico. Ao exame físico exibia condições estáveis, hidratada, pálida, afebril, pulso = 98 batimentos/minuto, regular, pressão arterial = 140/80 mmHg. No exame abdominal havia intensa reação dolorosa difusa à palpação da região hipogástrica (bilateralmente). O exame especular revelava colo revestido e vagina com conteúdo habitual. Toque vaginal bimanual dificultado pela reação dolorosa da paciente, útero em antiversão, dolorido, principalmente à tentativa de mobilização.

Nos exames laboratoriais tinha hemoglobina = 11g/%, leucócitos = 6.800, contagem leucocitária diferencial dentro da

normalidade, urina tipo I normal. Exame ultra-sonográfico de abdome apresentava órgãos normais nas regiões epi e mesogástrica. No hipogástrio visibilizava-se lesão mista (sólido-líquida, multicística), medindo 85 x 85 x 82 mm, com discreta quantidade de líquido ao seu redor. Ultra-som pélvico descreveu útero heterogêneo em antiversão (82 x 52 x 70 mm, v = 159 cm<sup>3</sup>), contornos bocelados, com imagem fúndica sólida hipocóica ântero-lateral D (52 x 52 x 44 mm), endométrio linear (7 mm); imagem heterogênea predominantemente anexial D, contornos bocelados mal-definidos, com áreas sólidas e múltiplas áreas císticas anecóicas (77 x 73 x 117 mm), com líquido hipocóico adjacente (presença de fluxo sanguíneo ao doppler colorido e pulsado), fundo de saco de Douglas livre. Tomografia computadorizada de pelve feminina confirmou lesão sólida com vários cistos em topografia ovariana D (70 x 102 mm), ovários também não visibilizados e ausência de sinais de líquido intra-abdominal (Figuras 1 e 2).

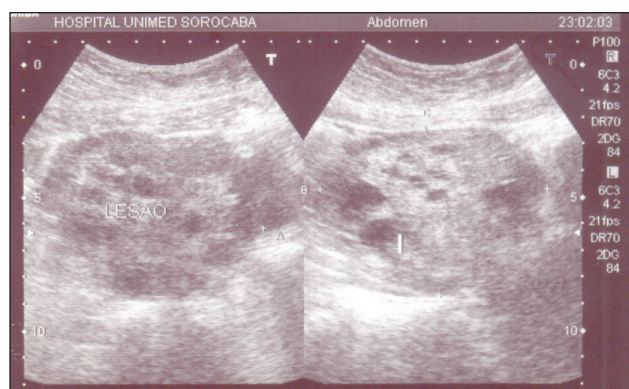


Figura 1. Ultra-som pélvico revelando imagem na região hipogástrica com aspecto misto (sólido-líquida, multicística), medindo 85 x 85x 82 mm, com discreta quantidade de líquido ao seu redor.

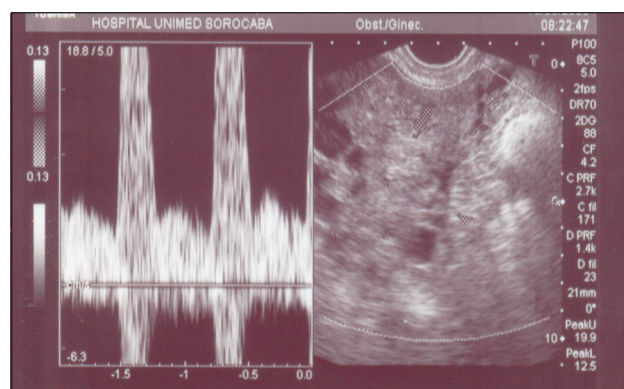


Figura 2. Ultra-som transvaginal: imagem heterogênea predominantemente anexial D, com contornos bocelados e mal-definidos (sólida cística), medindo 77 x 73 x 117 mm; nota-se presença de fluxo sanguíneo ao doppler colorido e pulsado.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 9, n. 1, p. 12 - 14, 2007

1 - Professor do Depto. de Cirurgia - CCMB/PUC-SP

2 - Professor do Depto. de Morfologia e Patologia - CCMB/PUC-SP  
Recebido em 31/5/2006. Aceito para publicação em 14/3/2007.

Contato: Joe Luiz Vieira Garcia Novo

R. Manoel Ferreira Leão, 49

Vila Leão

18040-410 Sorocaba-SP

Tel.: (15) 3233-4155

E-mail: joeluzinov@hotmail.com

Com os diagnósticos provisórios de mioma uterino intramural e parcialmente mucoso, e de imagem heterogênea sugestiva de neoplasia ovariana D com torção pedicular, foi indicada resolução cirúrgica. Paciente encaminhada para laparotomia exploradora: abertura cavitária revelando útero miomatoso em antiversão, tubas e ovários normais; presença de tumor sólido-cístico, azulado e necrótico, com cerca de 10 cm de diâmetro, com conteúdo hemorrágico, torcido ao redor

de seu pedículo, localizado no istmo da tuba E (Figura 3).

Decidiu-se pela exérese do cisto tubário E necrosado e histerectomia total com anexectomia bilateral. A evolução pós-operatória da paciente ocorreu sem anomalias, recebendo alta após quatro dias.

O exame histo-patológico revelou infarto hemorrágico de cisto de tuba uterina E, tubas e ovários normais, útero com mioma subseroso (Figuras 4 e 5).



Figura 3. Imagem macroscópica de peça irregular com caracteres de cisto de tuba uterina, que mede 11,5 x 8,0 x 6,0 cm com a superfície externa bocelada e vinhosa. Aos cortes, o parênquima é vinhoso, com diversas áreas císticas preenchidas por líquido vinhoso.



Figura 4. Peça cirúrgica revelando útero com aspecto noduloso, acompanhado das trompas e de seus ovários D e E.

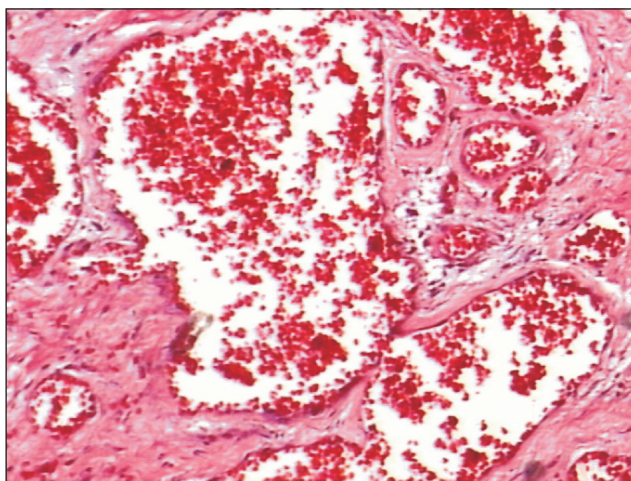


Figura 5. Corte histológico da peça cirúrgica das figuras 1 e 2 mostrando grandes extensões de necrose e de hemorragia em parede cística; os vasos estão intensamente dilatados e congestionados. Há resquícios de epitélio colunar ou levemente estratificado.

As lesões císticas encontradas nas tubas uterinas e/ou nas áreas ao seu redor desvelam ser, na maioria, alterações acessórias na própria parede tubária.<sup>1</sup> Estas modificações têm sido descritas como hidátides ou cistos paraovarianos, porque seu relacionamento com a tuba normal e significados clínicos ainda não estão claramente conhecidos. Até a atualidade, a origem embriológica deles permanece imperfeitamente estudada.<sup>2</sup>

São tumorações anexiais pequenas, cerca de 10% das massas anexiais, provavelmente de origem mülleriana,<sup>1</sup> mais comuns na terceira e quarta décadas de vida da mulher.<sup>3</sup> Os de pequeno volume soem ser assintomáticos, porém, os volumosos, que são mais raros, podem sofrer torsão pedicular e, conseqüentemente, isquemia, necrose e/ou hemorragia.<sup>3,4</sup>

A torsão de anexo uterino é importante fator de dor abdominal aguda. Entretanto, a torsão de cisto tubário é evento muito raro.<sup>4</sup> É emergência cirúrgica incomum em ocorrência, quadro clínico pouco diagnosticado, porém, necessitando, em geral, de rápida resolução.<sup>1</sup>

Há raridade desses casos, porém, torna-se necessária a resolução cirúrgica, geralmente emergencial, para a sobrevivência da paciente. O presente relato foi proposto com o objetivo de se alertar para a importância deste tipo de abdômen agudo.

## DISCUSSÃO

A tuba uterina é formação anatômica delgada e tubular, estendendo-se desde o ovário até o útero. Está unida ao ligamento largo através de uma delgada prega peritoneal, denominada mesosalpinx. Entre as folhas peritoneais do mesosalpinx podem existir canalículos remanescentes de restos do ureter embrionário e restos dos canalículos mesonefricos: na face externa denominam-se corpo de Rosenmüller ou epoóforo de Waldeyer, e na face interna do meso é o paraoóforo de Waldeyer.<sup>5</sup>

Os resíduos embrionários constituirão o ponto de partida de formação dos cistos paraovarianos wollfianos; geralmente são uniloculares, contendo líquido citrino e transparente.<sup>5</sup>

Têm freqüência ao redor de 10% dos tumores pélvicos; em geral são de pequeno porte.<sup>1</sup> Sendo de pequeno porte geralmente são assintomáticos, na maioria de natureza benigna, porém, raramente podem desenvolver-se e causar transtornos quando se tornam volumosos e/ou em torsão de seu pedículo.<sup>3</sup>

A torsão uterina anexial é rara, mas de condição letal

em qualquer idade para a mulher.<sup>7</sup> Geralmente, é quadro patológico unilateral, poderá envolver a tuba e/ou ovário, de forma parcial ou completa, causando gangrena e piora do quadro sintomático. O não-tratamento oportuno poderá levar à progressão da necrose tissular, desencadear peritonite e/ou evolução para óbito.<sup>6</sup>

O diagnóstico clínico da patologia enfocada sói ser muito difícil, uma vez que são casos raros.<sup>1</sup> Provas complementares de imagem, como ultra-som de alta resolução<sup>8</sup> e/ou ressonância magnética<sup>9</sup> serão úteis, porém, também poderão não ser concludentes.<sup>10</sup> É difícil diferenciá-los de cistoadenomas, cisto ovariano e/ou foliculares. A suspeita é quando se identifica o cisto localizado ao lado do útero e os ovários sejam bem visibilizados.<sup>10</sup>

No caso apresentado era nítida a indicação cirúrgica resolutive do abdome agudo. Porém, o diagnóstico pré-operatório foi de neoplasia cística ovariana D em fase de torsão. O presente relato demonstrou que na presença de quadro de abdômen agudo, associado à imagem anexial tumoral volumosa, *a priori*, não deve ser descartada a probabilidade de que possa ser desencadeado por torsão de cisto tubário.

## REFERÊNCIAS

1. Troconis JN, Roque GG, Fuenmayor SP, Fox MD. Quiste gigante del paraovario: reporte de dos casos. Rev Obstet Ginecol Venez. 2003; 63: 161-3.
2. Samaha M, Woodruff JS. Paratubal cysts: frequency, histogenesis, and associated clinical features. Obstet Gynecol. 1985; 65: 691-4.
3. Macarthur M, Mahomed AA. Laparoscopy in the diagnosis and management of a complicated paraovarian cyst. Surg Endosc. 2003; 17: 1676-7.
4. Manju P, Kanika J, Rinku N. Torsion of para-ovarian cyst: a cause of acute abdomen. Indian J Med Sci 2003; 57: 361.
5. Testut L, Jacob O. Anatomía Topográfica. 8ª ed. Barcelona: Salvat; 1956. v.2, p.528-9.
6. Nichols DH, Julian PJ. Torsion of the adnexa. Clin Obstet Gynecol. 1985; 28: 375-80.
7. Havlik DM, Nolte KB. Sudden Death in an infant resulting from torsion of the uterine adnexa. Am J Forens Med Pathol. 2002; 23: 289-91.
8. Sivyer P. Pelvic ultrasound in women. World J Surg. 2000; 24:186-97.
9. Sala EJS, Atri M. Magnetic resonance imaging of benign adnexal disease. Magn Reson Imaging. 2003; 14: 305-27.
10. Abad P, Obradors J, Ortuño, P, Ametller E, Jiménez E. Quiste paraovárico torsionado en Pediatría. Cir Pediatr. 2005; 18: 46-8.