



Universidade Federal da Grande Dourados
Hospital Universitário
Direção de Educação Superior
Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia



THAIS BARINI DE CAMPOS ARAUJO

**MASSA OVARIANA BILATERAL E CONDUTA EXPECTANTE
NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

Dourados – MS

2021

THAIS BARINI DE CAMPOS ARAUJO

**MASSA OVARIANA BILATERAL E CONDUTA EXPECTANTE
NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Residência
Médica em Ginecologia e Obstetrícia do
Hospital Universitário da UFGD.

Orientador: Prof. Me. Sidney Antonio
Lagrosa Garcia.

Dourados – MS

2021

THAIS BARINI DE CAMPOS ARAUJO

**MASSA OVARIANA BILATERAL E CONDUTA EXPECTANTE
NA GESTAÇÃO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

BANCA EXAMINADORA

Dr. Me. Sidney Antonio Lagrosa Garcia
Universidade Federal da Grande Dourados

Dra. Carla Becker
Universidade Federal da Grande Dourados

Dr. Gustavo Boccia
Universidade Federal da Grande Dourados

Dourados-MS, 22 de agosto de 2021.

Rendam graças ao Senhor, pois Ele é bom;
o seu amor dura para sempre.

1 Crônicas 16:34

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas oportunidades dadas a mim, pelos obstáculos que proporcionaram crescimento pessoal e livramentos ao longo dessa jornada.

A minha família, minha mãe Maristela e pai Francisco e avó Wilman que ao longo desses últimos 3 anos passaram por incríveis mudanças em nossa estrutura familiar, porém mantiveram-se resilientes e apoiadores.

Ao meu esposo Nilton pela paciência e acima de tudo, certeza, de que este seria um projeto de vida que valeria a pena. Nós conseguimos!

Aos meus preceptores, eterna admiração. Não é fácil ensinar, muito menos em circunstâncias de uma rotina que muitas vezes não foi gentil com a vontade de vocês em plantar novos conhecimentos em nossas mentes, técnica em nossas mãos e paixão em nossos corações. Gratidão!

Ao Dr. Sidney Antonio Lagrosa Garcia, nosso pai, confidente, poço de sabedoria e elegância. Prova viva de amor à docência. O senhor é detentor de uma mente brilhante que proporcionou iluminar o caminho tortuoso durante esses anos. Muito obrigada!

Aos meus colegas residentes, obrigada por me entenderem e inclusive patrocinarem as minhas loucuras na residência. Vocês tornaram tudo mais leve.

Aos membros da banca examinadora, Dra Carla Becker e Dr Gustavo Boccia, vocês sempre serão exemplos para mim.

ARAUJO, Thais Barini de Campos. **Massa ovariana bilateral e conduta expectante na gestação: relato de caso e revisão de literatura.** 2021. X p. Trabalho de Conclusão de Curso – Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2021.

RESUMO

Cerca de 20-25% dos tumores ovarianos correspondem aos chamados teratomas ovarianos¹, sendo o mais comum por sua vez os do tipo cístico maduro, de aparecimento predominantemente unilateral e comportamento tipicamente benigno. No entanto, aproximadamente 1% dos teratomas maduros císticos podem sofrer malignização, sendo dessa maneira, justificado a sua terapia cirúrgica através da sua exérese⁸. Em cerca de 15% dos casos nos deparamos com o aparecimento de teratomas ovarianos bilateralmente, sendo que o grande desafio se estabelece a partir do momento que propomos a paciente jovem e ainda sem prole definida a terapia cirúrgica com possibilidade de comprometimento de sua função reprodutiva e hormonal, devido necessidade de consequente ooforectomia¹¹. O presente estudo tem como objetivo o relato de caso de massa ovariana bilateral sugestiva de teratoma cístico maduro e sua conduta expectante durante anos após o diagnóstico presuntivo para manutenção da fertilidade de uma paciente sem prole constituída.

Palavras-chave: 1. Teratoma 2. Bilateral 3. Ovariano

ARAUJO, Thais Barini de Campos. **Massa ovariana bilateral e conduta expectante na gestação: relato de caso e revisão de literatura.** 2021. X p. Trabalho de Conclusão de Curso – Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2021.

ABSTRACT

Around 20-25% of ovarian tumors are named as teratomas¹, being the most common the type of mature cystic, which development is predominantly unilateral and have behavior typically benign. However, around 1% of mature cystic teratomas can suffer malignant degeneration, therefore it justifies the surgical therapy through the mass' exeresis⁸. In about 15% of the cases it's documented bilateral ovarian teratomas, establishing a great challenge in the moment that it's proposed to a young and without offspring patient the definitive surgical therapy with the possibility of compromising her hormonal and reproductive function, due to the necessity of consequently ooforectomy¹¹. This study has the goal to report a case of bilateral ovarian mass suggestive of mature cystic teratoma e the expectant conduct years after the presumptive diagnosis objectiving the maintainance of fertility of a young and without offspring defined patient.

Key words: 1. Teratoma 2. Bilateral 3. Ovarian

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Corte transversal de RNM de pelve evidenciando massas anexiais.....16
- Figura 2** – Corte sagital de RM de pelve mostrando tumor ovariano à esquerda.....16
- Figura 3-4** – Imagem obtida através de sonda transvaginal em ultrassonografia evidenciando tumores ovarianos.....17
- Figura 5-7** – Fotografias de intraoperatório mostrando momentos antes, durante e após a exérese tumoral por cistectomia.....18

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	11
3. METODOLOGIA, MATERIAL E MÉTODOS.....	14
4. RELATO DE CASO.....	15
5. RESULTADOS.....	20
6. DISCUSSÃO.....	21
7. CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

Os tumores ovarianos são constituídos em cerca de 20-25 % dos casos chamados tumores de células germinativas. Os tumores de células germinativas são responsáveis por até 70% das neoplasias ovarianas de mulheres entre 10 e 30 anos de idade¹, sendo em cerca de 95% de sua totalidade de comportamento benigno^{2, 3, 4}.

O teratoma cístico maduro ovariano corresponde a maioria dos tumores derivados de células germinativas, sendo de evolução benigna e podem conter elementos diferenciados proveniente das três folhetos germinativos: ectoderma, mesoderma e endoderma⁵.

O diagnóstico de presunção é basicamente ultrassonográfico, através do qual é possível analisar imagem cística complexa predominantemente heterogênea contendo nódulos hiperecóticos, nível fluído e calcificações internas⁶.

O manejo envolve além do correto diagnóstico presuntivo ultrassonográfico por operador experiente, a dosagem de marcadores tumorais para a exclusão de massas ovarianas de caráter maligno⁶.

O tratamento padrão ouro é constituído pela terapia cirúrgica com a exérese completa do tumor e seu encaminhamento para análise histopatológica para a possibilidade de conclusão diagnóstica.

Em um cenário ideal a retirada tumoral sem a necessidade de realização de ooforectomia e salpingectomia seria a melhor proposta para as pacientes acometidas por esta patologia. No entanto, a abordagem do teratoma possui conflitos em relação à casuística cirúrgica⁷, sendo comum na prática o achado da aderência da massa neoplásica a estruturas adjacentes como o ovário e a tuba uterina, sendo indissociáveis da peça tumoral e sua ressecção tornando-se necessária, na maioria dos casos, para o tratamento completo da paciente⁸.

Tal quadro clínico na realidade diária constitui patologia de manejo simples visto que até 85-90% dos casos são de ocorrência unilateral, preservando, assim a capacidade hormonal e reprodutiva feminina⁵.

Desta maneira, o real desafio de manejo se apresenta a partir do diagnóstico de neoplasia ovariana bilateral sugestivo de teratoma maduro em pacientes jovens sem prole definida e com perda de função hormonal a partir do momento da ooforectomia bilateral.

O presente estudo tem como objetivo proporcionar, através de um relato de caso, a compreensão sobre o diagnóstico, a terapêutica e as possibilidades de conduta expectante em paciente previamente sem prole definida e, ao momento de contato com a equipe deste trabalho, já com gestação em curso apresentando massa ovariana bilateral sem sinais de malignidade sugestiva de teratoma maduro ovariano.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Massas anexiais são tumores originados de tubas uterinas, ovários e outras estruturas adjacentes a esses órgãos. Constituem achado frequente na rotina ginecológica, seja através de exames protocolares periódicos ou motivados por investigação de sintomas¹². Dentre as massas anexiais, a avaliação de tumores ovarianos se sobressai uma vez que o câncer de ovário é responsável pela maior taxa de mortalidade por neoplasia maligna originada do trato genital feminino em países desenvolvidos¹³. Além disso, é necessário pontuar a relevância das massas ovarianas uma vez que o manejo focado na exclusão da malignidade constitui verdadeiro dilema na prática médica.

Cerca de 20-25% dos tumores ovarianos são originados de células germinativas, os quais por sua vez, correspondem em sua maioria aos chamados teratomas ovarianos¹. Os tumores de células germinativas são responsáveis por até 70% das neoplasias ovarianas de mulheres entre 10 e 30 anos de idade¹, sendo em cerca de 95% de sua totalidade de comportamento benigno^{2,3,4}.

Os teratomas são divididos em categorias, sendo os mais comuns os do tipo cístico maduro, caracterizados por possuírem elementos diferenciados provenientes dos três folhetos germinativos: ectoderma, mesoderma e endoderma⁵. Também conhecidos com a denominação de cistos dermóides, os teratomas maduros são de aparecimento predominantemente unilateral, comportamento tipicamente benigno e mais frequentes entre a segunda e terceira década de vida¹.

Do ponto de vista histopatológico, os teratomas císticos maduros apresentam tecido originado do folheto ectodérmico como folículo piloso, pele, cabelo e glândulas sebáceas; procedente do folheto mesodérmico como músculo e também proveniente do endoderma como tecido gastrointestinal¹⁵. Assim, adquirem aspecto macroscópico heterogêneo contendo por exemplo cabelo, pele, dente e fluído sebáceo¹.

No entanto, aproximadamente 1 % dos teratomas maduros císticos podem sofrer malignização, sendo, dessa maneira, justificado a sua terapia cirúrgica através da exérese da massa ovariana⁸. Além disso, qualquer um dos componentes do teratoma pode sofrer degeneração maligna, como por exemplo o aparecimento de carcinoma de células escamosas originada do ectoderma¹⁶, reforçando mais ainda necessidade de seu tratamento definitivo.

A investigação inicia-se através da anamnese e exame físico detalhados, correlacionando especialmente com histórico familiar de neoplasias. Prosseguindo a propedêutica é necessário o uso de exames de imagem, sendo a ultrassonografia transvaginal o exame de eleição. Em alguns casos, soma-se a necessidade de complementação com ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve ou tomografia computadorizada (TC)¹².

A partir do momento do diagnóstico presuntivo de teratoma cístico maduro ovariano por meio do estudo ultrassonográfico, é necessária a dosagem complementar de marcadores tumorais, em especial o chamado CA-125 para efetivar o provável caráter benigno da lesão e a decisão sobre a abordagem cirúrgica para a sua exérese⁹. É interessante ressaltar que nenhum método isolado ou combinado possui sensibilidade e especificidade para diagnóstico de certeza a respeito da natureza benigna ou não da lesão, porém contribuem para avaliar a necessidade da terapêutica em centros oncológicos de referência¹².

Do ponto de vista dos critérios ultrassonográficos clássicos é possível analisar imagem cística complexa predominantemente heterogênea contendo nódulos hiperecoicos, nível fluído e calcificações internas, bem como ausência de fluxo ao Doppler⁶. Considerando a limitação técnica operador dependente da ultrassonografia, foi proposto modelo para auxílio ao estimar o índice de risco de malignidade de massas anexiais conhecido como IOTA (Avaliação Internacional de Tumor Ovariano), através do qual foi possível nivelar termos e possibilitar melhor entendimento sobre o risco de malignidade desses tumores¹⁷, contribuindo para o tratamento definitivo precoce.

Na prática cirúrgica habitual, o cenário mais comum é de identificação de teratoma ovariano unilateral com características benignas em pacientes jovens, abaixo de 30 anos, com decisão de exérese tumoral associada a provável salpingectomia e ooforectomia ipsilateral devido à aderência de tais estruturas a neoplasia. O procedimento é usualmente sem complicações, com altas taxas de remissão da doença, preservando a função reprodutiva e hormonal da paciente através dos anexos íntegros contralaterais ao tumor^{9, 10}.

Todavia, em cerca de 15% dos casos nos deparamos com o aparecimento de teratomas ovarianos bilateralmente, grande desafio de manejo se estabelece a partir do momento que propomos a uma paciente jovem e ainda sem

prole definida a terapia cirúrgica com possibilidade de comprometimento de sua função reprodutiva e hormonal¹¹.

Sabidamente, existem duas técnicas cirúrgicas possíveis para o tratamento do teratoma maduro ovariano, a cistectomia e a ooforectomia, ainda sem consenso na literatura sobre a técnica padrão ouro⁷. O objetivo de ambas consiste na remoção completa da neoplasia, evitando a disseminação do tumor, sendo que a cistectomia atua também preservando o tecido ovariano saudável.

A realidade cirúrgica pode envolver na prática a necessidade de ooforectomia e salpingectomia concomitante, não apenas pela dificuldade técnica, mas também por ser preferida por algumas vertentes pelo menor risco de recorrência e malignização⁷, atingindo assim o padrão ouro de tratamento, porém comprometendo o futuro gestacional das pacientes acometidas pela massa ovariana bilateralmente.

Dados revelam que atualmente na menacme, o tratamento cirúrgico de massas anexiais é tão frequente, que cerca de um terço das mesmas são conduzidas com cistectomias, ooforectomias ou salpingo-ooforectomias. Essa porcentagem torna-se ainda mais relevante, chegando a 70% de ooforectomias em tumores com características limítrofes¹². Assim, a preservação do tecido ovariano tem sido tema amplamente discutido na abordagem de massas anexiais benignas em pacientes jovens.

2.4 Metodologia, Material e Métodos

Trata-se de um estudo do tipo observacional, descritivo, do caso de uma gestante em acompanhamento de serviço de pré-natal particular na cidade de Dourados em Mato Grosso do Sul, no período de fevereiro até agosto de 2021, que foi realizado a partir da revisão do prontuário médico físico e digital da paciente, depois de aprovação pelo comitê de ética do Hospital Universitário da UFGD (Universidade Federal de Grande Dourados).

Na construção do relato de caso foi utilizado o prontuário registrado em um serviço de saúde ambulatorial referente ao período de acompanhamento pré e pós-natal entre 2020 e 2021, onde há a descrição dos dados de histórico, exame físico, exames laboratoriais e de imagem, terapêutica adotada, evolução e desfecho puerperal do caso.

Para atender os preceitos éticos, o presente trabalho foi submetido à Comissão de Avaliação de Pesquisa e Extensão (CAPE) da UFGD. Após a devida aprovação, houve coleta a assinatura da paciente no TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido).

Foi realizada busca bibliográfica em bases de dados Uptodate, Medline, Lilacs, Pubmed, SciELO, entre outras, usando, como termos de busca: “massas ovarianas e seus diagnósticos diferenciais”, “teratoma ovariano”, “aspectos ultrassonográficos de tumores ovarianos” e “massas ovarianas bilaterais”.

RELATO DE CASO

A.L.S., 29 anos, sexo feminino, branca e sem comorbidades conhecidas, gestante de primeiro trimestre, inicia acompanhamento de pré-natal tendo como diagnóstico prévio massa anexial bilateral desde 2016. Há 5 anos a paciente até então assintomática, teve durante exame ginecológico de rotina, o diagnóstico de tumor em ambos os ovários caracterizados como nódulos hiperecogênicos de limites parcialmente definidos, com conteúdo heterogêneo de cerca de 2 cm³ à esquerda e 5 cm³ à direita. A ressonância nuclear magnética da pelve concluiu que a imagem descrita como ovalada, levemente heterogênea com componente predominante de gordura em ambos ovários seria compatível com teratomas.

A mesma não realizou acompanhamento adicional de marcadores tumorais na época, reiniciando o seu segmento ginecológico após 3 anos, motivada por algia pélvica de moderada intensidade, intermitente, do tipo pontadas, acentuada a esquerda.

Ao exame complementar de imagem, através de ultrassonografia pélvica e ressonância nuclear magnética da pelve, foi evidenciado que a massa tumoral havia aumentado consideravelmente de tamanho, tendo à direita o volume evoluído para 15 cm³ e à esquerda 71cm³, com descrição de conteúdo compatível com lesões lipomatóides, além de presença de septações grosseiras e componente ovalado irregular podendo corresponder a sangue ou calcificações, corroborando para a presunção de teratomas ovarianos maduros.

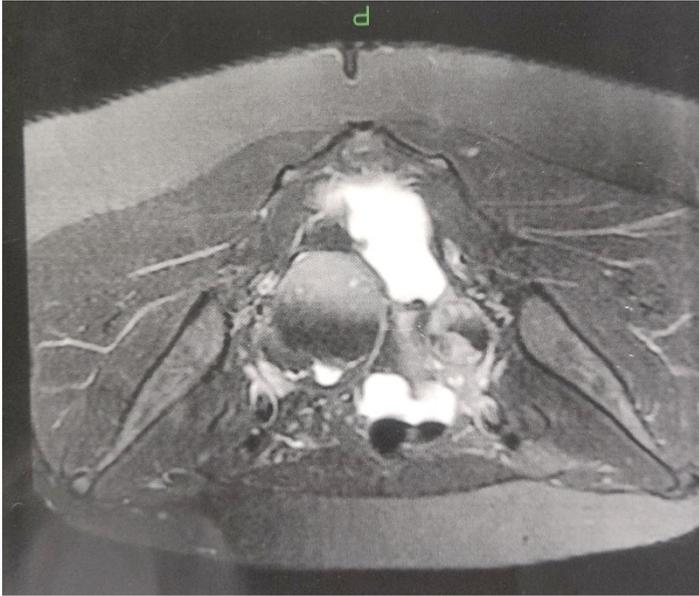


Imagem 1: avaliação de corte transversal de pelve através de ressonância nuclear magnética revelando imagens ovarianas bilateralmente de características complexas, evidenciando septações grosseiras e sinal alto em T1 com supressão de gordura podendo representar calcificação.



Imagem 2: corte sagital de pelve através de ressonância nuclear magnética evidencia dimensão proporcional de lesão tumoral em ovário esquerdo, com cerca de 71 cm³ de volume.

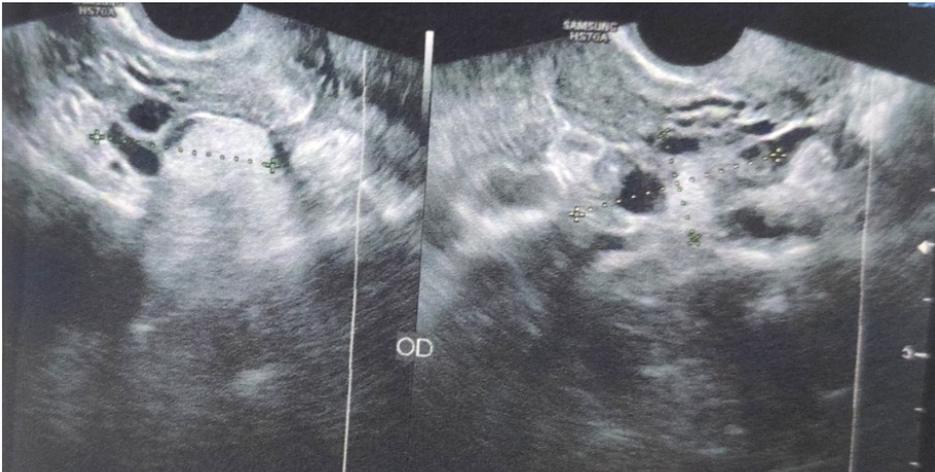


Imagem 3: imagem obtida através de sonda transvaginal em estudo ultrassonográfico da pelve evidenciado massa heterogênea em ovário direito medindo 3.7 x 2.0 x 3.4 cm.

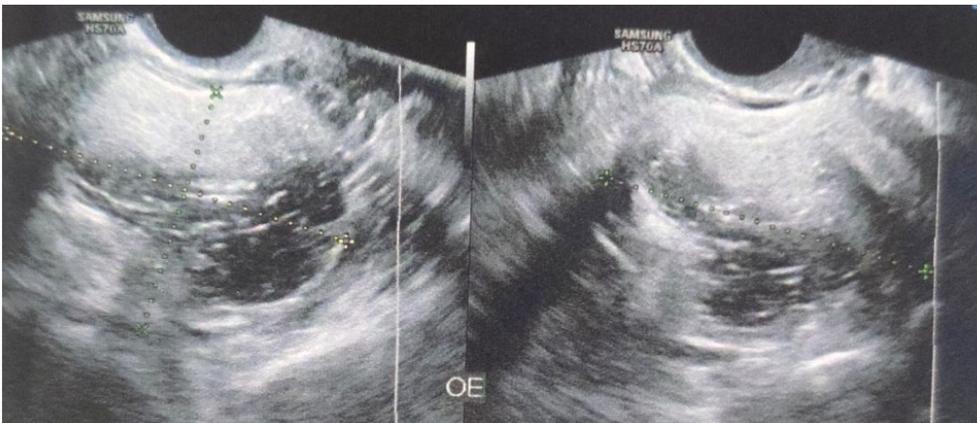


Imagem 4: imagem obtida através de sonda transvaginal em estudo ultrassonográfico da pelve evidenciado massa heterogênea em ovário esquerdo medindo 6.1 x 4.3 x 5.7 cm.

A paciente, ainda sem prole definida e motivada por principal desejo de manter capacidade reprodutiva e hormonal optou por acompanhamento da lesão, uma vez que o diagnóstico de presunção até o momento era de teratoma ovariano maduro bilateral. À avaliação de marcadores tumorais corroborou para a possível etiologia benigna da massa, com dosagem de Ca 125 pouco elevado (74,3 U/ ml) associado a antígeno carcinoembrionico (CEA) e CA 19-9 negativos.

Evoluiu com gestação sem intercorrências e programação de abordagem de massa ovariana durante parto cesariana. Em momento de intra-operatório, foi avaliada massa ovalada bilateral de superfície regular de cerca de 5 cm no maior eixo à esquerda e cerca de 2 cm no maior eixo à direita. Realizada a exérese da mesma por cistectomia, sem a necessidade de ooforectomia ou salpingectomia.



Imagem 5: fotografia de intraoperatório revelando lesão ovariana bilateral, de superfície regular, medindo cerca de 2 cm à direita e 5 cm à esquerda.

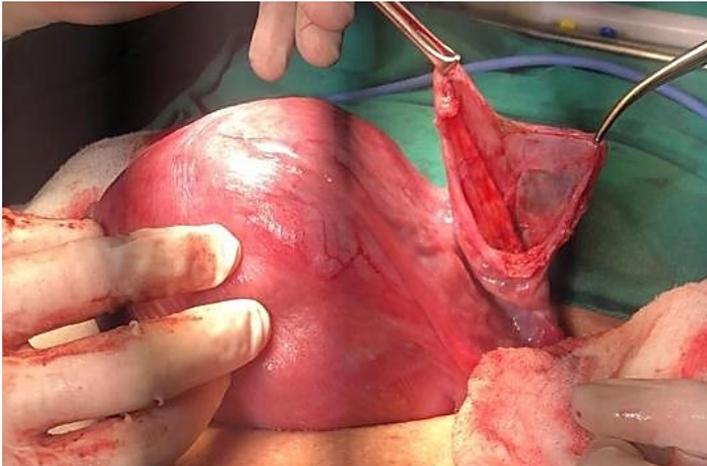


Imagem 6: fotografia de intraoperatório mostrando a técnica performeda de cistectomia à esquerda.



Imagem 7: fotografia de intraoperatório evidenciando a preservação dos ovários e tubas uterinas bilateralmente após a exérese tumoral completa.

Após laudo de avaliação anatomopatológica, foi confirmado o diagnóstico de teratoma ovariano maduro. Dessa maneira o mesmo foi tratado cirurgicamente com técnica objetivando a preservação do tecido ovariano.

3.1 Resultados

Massas anexiais são diagnósticos comuns na rotina ginecológica, principalmente na menacme, fase na qual há cuidado especial no manejo de tal patologia visando a manutenção da capacidade reprodutiva feminina.

A avaliação e o seguimento rigorosos de lesões ovarianas bilaterais em pacientes jovens com caracterização de critérios de benignidade ou malignidade contribui para a possibilidade de conduta expectante bem como de cirurgia minimamente mutiladora da função hormonal de pacientes em idade fértil.

3.2 Discussão

A abordagem de pacientes com massas ovarianas ainda na menacme têm sido tema amplamente discutido e abordado por protocolos no intuito de elucidar quando uma lesão pode ser manejada como de etiologia provável benigna ou quando existem critérios de malignidade que a façam ser encaminhada para centro de referência oncológico. Além disso, o debate se estende para a possibilidade de conduta expectante até a definição de prole pela paciente quando se trata do manejo de tumores bilaterais.

O diagnóstico de tumores anexiais é frequente na rotina ginecológica em pacientes jovens, e a importância de sua correta avaliação recai sobre o fato de que o câncer de ovário é responsável pela maior taxa de mortalidade por neoplasia maligna originada do trato genital feminino em países desenvolvidos¹³, sendo assim fundamental o estabelecimento rigoroso de parâmetros que permitam aos profissionais estimar o risco de malignidade.

No manejo de massas ovarianas, destacam-se os derivados de células germinativas, os quais por sua vez, correspondem em sua maioria aos chamados teratomas ovarianos maduros¹. Os teratomas maduros, também conhecidos como cistos dermóides, são de aparecimento predominantemente unilateral, comportamento tipicamente benigno e mais frequentes entre a segunda e terceira década de vida¹.

Como do ponto de vista histopatológico, os teratomas císticos maduros apresentam tecidos originados do folheto ectodérmico, mesodérmico e endodérmico, além de possuírem o potencial próprio de malignização de aproximadamente 1%⁸, qualquer componente interno do teratoma pode sofrer degeneração maligna, como por exemplo o aparecimento de carcinoma de células escamosas originada do ectoderma¹⁶), reforçando mais ainda necessidade de seu tratamento definitivo cirúrgico.

A paciente do caso em questão demonstrava um dos grandes dilemas de manejo, uma vez que pelo potencial de malignização a terapia cirúrgica com exereses total da massa seria necessária, a mesma não apresentava prole constituída no momento do diagnóstico, realizando conduta expectante por 5 anos até sua terapia definitiva durante a cesárea.

Idealmente, após o estabelecimento de risco de malignidade através da avaliação proposta pelos critérios ultrassonográficos de Análise Internacional de

Tumores Ovarianos (IOTA), associado a dosagem sérica do marcador tumoral CA 125 abaixo de 200 UI/ml, pode-se proceder com a programação cirúrgica em centro não oncológico visando cistectomia através de videolaparoscopia ou minilaparotomia¹⁴. A ooforectomia e salpingectomia nos casos de massas de provável etiologia benigna como o teratoma maduro em questão, deve ser evitada, porém devido a dificuldades técnicas durante o procedimento a sua necessidade eventual deve ser previamente discutida com a paciente no momento pré-operatório¹⁴.

Neste caso, devido ao desejo de estabelecimento de prole a paciente relatada optou pelo seguimento e posterior cirurgia com cistectomia bilateral no momento de sua cesariana, obtendo sucesso na manutenção de tecido ovariano saudável, bem como na confirmação de teratoma maduro ovariano ao estudo anatomopatológico da peça.

CONCLUSÃO

O teratoma ovariano maduro é achado frequente na investigação de massas anexiais em pacientes jovens, porém devido ao seu acometimento tipicamente unilateral a sua terapia cirúrgica não representa dilema na prática ginecológica. No entanto, frente a teratomas bilaterais em paciente ainda em prole constituída é necessário a individualização da terapêutica definitiva visando manutenção da sua capacidade hormonal e reprodutiva. Dessa maneira, a avaliação complementar através de exames de imagem e dosagem de marcadores séricos necessita ser protocolarmente desempenhada, visando a possibilidade de conduta expectante limitada até a definição de prole desejada.

REFERÊNCIAS

- 1 - GERSHENSON, DM. **Ovarian germ cell tumors: Pathology, epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis.** www.uptodate.com, 2019. Disponível em: < <https://www.uptodate.com/contents/ovarian-germ-cell-tumors-pathology-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis> > . Acesso em: 20 de jan. de 2021
- 2- SAGAE S, KUDO R. Surgery for germ cell tumors. **Semin Surg Oncol.** 2000 Jul-Aug;19(1):76-81. doi: 10.1002/1098-2388(200007/08)19:1<76:aid-ssu12>3.0.co;2-b. PMID: 10883028.
- 3- TALERMAN A. Germ cell tumours of the ovary. In: **Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract**, Kurman RJ (Ed), Springer Verlag, New York 1994. p.849.
- 4- [TEWARI K, CAPPUCINI F, DISAIA PJ, BERMAN ML, MANETTA A, KOHLER MF. Malignant germ cell tumors of the ovary. **Obstet Gynecol.** 2000 Jan;95\(1\):128-33. doi: 10.1016/s0029-7844\(99\)00470-6. PMID: 10636515.](#)
- 5- LAURI HOCHBERG, MD; MITCHEL S HOFFMAN, MD, 2; **Differential diagnosis of the adnexal mass** ; Jun 17, 2020.
- 6- [MAITRAY D, PATEL, MD; **Ultrasound differentiation of benign versus malignant adnexal masses**; Jan 14, 2021.](#)
- 7- VIEIRA LC ; Cistectomia via laparoscópica com preservação do tecido ovariano em teratoma maduro de ovário: relato de caso; **Arq Catarin Med.** 2014 jul-set; 43(3): 73-75 .
- 8- BORGHESE B, MARZOUK P, SANTULLI P, DE ZIEGLER D, CHAPRON C. Traitements chirurgicaux des tumeurs ovariennes présumées bénignes [Surgical treatments of presumed benign ovarian tumors]. **J Gynecol Obstet Biol Reprod** (Paris). 2013 Dec;42(8):786-93. French. doi: 10.1016/j.jgyn.2013.09.033. Epub 2013 Nov 7. PMID: 24210231.
- 9 - CUSTÓDIO S, LEMOS S, DIAS M, OLIVEIRA CF. Avaliação de uma série de 361 tumores benignos do ovário submetidos a tratamento cirúrgico. **Acta Obstet Ginecol Port, 2007; 1 (1): p. 10-14.**

10- MEDEIROS LR, ROSA DD, BOZZETTI MC, FACHEL JM, FURNESS S, GARRY R, ROSA MI, STEIN AT. Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumour. **Cochrane Database Syst Rev.** 2009 Apr 15;(2):CD004751. doi: 10.1002/14651858.CD004751.pub3. PMID: 19370607.

11- COMERCI JT JR, LICCIARDI F, BERGH PA, GREGORI C, BREEN JL. Mature cystic teratoma: a clinicopathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. **Obstet Gynecol.** 1994 Jul;84(1):22-8. PMID: 8008317.

12- FEBRASGO POSITION STATEMENT Massa anexial: diagnóstico e manejo. Número 1 – Julho de 2020
https://www.febrasgo.org.br/images/pec/CNE_pdfs/Position-Statement-FEBRASGO_Massa-anexial_diagnostico-e-manejo-PT.pdf

13- LIMA RA, VIOTTI LV, CÂNDIDO EB, SILVA-FILHO AL. Abordagem das massas anexiais com suspeita de câncer de ovário. **Femina.** 2010;38(6):259-62.

14- Management of Suspected Ovarian Masses in Premenopausal Women Green-top Guideline No. 62 RCOG/BSGE Joint Guideline | November 2011
https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_62.pdf

15- DISAIA PJ, CREASMAN WT. Germ cell, stromal and other ovarian tumors. In: Clinical Gynecologic Oncology, 7th, **Mosby-Elsevier**, 2007. p.381.

16 - HACKETHAL A, BRUEGGMANN D, BOHLMANN MK, et al. Squamous-cell carcinoma in mature cystic teratoma of the ovary: systematic review and analysis of published data. **Lancet Oncol** 2008; 9:1173.

17 - GUASTELLA, F. Como avaliar tumores anexiais relato de caso. Disponível em: <<https://www.cetrus.com.br/assets/conteudo/uploads/artigo4554b6cdedbccc02.pdf>>
Aceso em: 20 de jan. de 2021