

IMPLANTAÇÃO CURIOSA DE UM QUISTO DO OVÁRIO

JORGE DE ANDRADE

Cirurgião do Asilo-Colônia de Santo Ângelo

Todo o interesse que possa despertar esta comunicação, está justamente no admirável capricho de um quisto do ovário direito simular ser do esquerdo, porque seu ponto de fixação encontrava-se sobre o ligamento largo oposto.

A natureza tem extravagâncias que o homem, apesar de um grande esforço, não consegue explicar e se vê compelido a cair no terreno da hipótese, se não quiser passar por ignorante.

Os meios de elucidação lhe falham, seja pela inextrincável incoerência dos fatos, seja pelas dificuldades ambientais de pesquisas, que o adstritam a uma visibilidade limitada além da qual só a suposição faz fé até à prova concreta.

O circunstancial exame clínico da doente e todos os demais solicitados à anatomia patológica, como se verá mais adiante, não nos elucidaram o porquê nem como esse grande quisto ovariano desviou-se de sua localização natural para ir buscar noutra região um ponto de apoio que só serviu para dificuldade de diagnóstico.

Trilocular, as duas cavidades do polo superior, incontestavelmente, são formadas pelo ovário direito; entretanto, aquela única que se encontra no polo inferior, será formada por ele também ou é de um quisto do ligamento largo esquerdo que se fundiu com as precedentes, formando um todo como nos mostra a figura n.º 1?

Nas figuras ns. 2 e 3, vemos esse quisto em dois cortes sagital e transversal respectivamente.

Nestas duas fotografias vemos perfeitamente as duas cavidades superiores circundadas por um tecido branco amarelado parecendo a degeneração gorda dos elementos constitutivos do ovário, ao passo que a inferior só é caracterizada por um emaranhado de septos recôncavos e bolsas formadas por um tecido fibroso, relativamente frágil, que se rompeu no ato operatório, e por onde se fixava no ligamento largo esquerdo.

O próprio conteúdo cavitário, aqui, diferenciava-se extraordinariamente das outras duas cavernas ováricas o que, aliás, entre

elas, também, divergiam os elementos de composição que as preenchiam, parecendo um ser o processo de evolução do outro.

Na cavidade (a) o conteúdo era mais líquido, exercia maior pressão interna, tinha grande quantidade de grumos como bolas de gordura, apresentava uma coloração chocolatada e numa quantidade de mais ou menos uns 800 cc.; na cavidade (b), o conteúdo era simplesmente fluido, de cor marrom claro e de 1500 cc. aproximadamente, enquanto que, o da cavidade (c) encontrava-se com uma coloração amarelo prateada, com grumos numerosos semelhantes à gordura, avaliada em 1.000 cc. bastantemente espesso.

A coloração das duas primeiras cavidades pode ser explicada pelo extravasamento sanguíneo e subsequente transformação hemoglobínica (FAURE e SIREDEY) isso porque, pelo pedículo desse lado, foram encontrados vasos que por ele penetravam para a parede anterior do quisto.

O odor de cada uma dessas substâncias que concorriam para o aumento de volume do quisto, também, era característico para cada uma delas.

Não o posso descrever por falta de um termo de comparação e por sutilezas de diversidade, que só mesmo cada olfato é que o pode definir.

O pedículo ovariano seccionado, como se pode ver na figura n.º 1, apresenta uma grossa veia, que quando cheia possuía o calibre de um dedo indicador de homem, o que se avalia pela própria fotografia, estando ao lado da trompa que havia feito corpo comum com o quisto (FAURE e SIREDEY).

No polo superior e à esquerda (fig. 1), nota-se uma formação alongada, bordejando o corpo quístico, que à primeira vista parece tratar-se dos elementos cordonados do anexo esquerdo, entretanto, não se trata senão, de uma nova cavidade que se ia formando, o que nos confirma a letra (d) da figura 2.

A forma desse quisto, era de urna pera invertida, de eixo inclinado para cima e para a direita, tendo o centro dessa linha coincido mais ou menos com a linha mediana infra umbelical.

O aspecto dessa pera era a de um útero de feto a termo, de superfície pouco bosselada, de coloração de pérola, brilhante, com exceção do terço superior que se apresentava violáceo.

O terço superior e anterior dessa face era percorrido pela grossa veia já descrita.

Sua face posterior não apresentava nada de interesse.

Era bastante móvel o que foi de fácil exteriorização o que não se dava seu polo inferior, fixado na fossa ilíaca esquerda, no ligamento largo, por um pedículo em forma de fita, de uns 4 cents, de largura por uns 2 cents. de altura, resistente, pulsátil o que demons-





trava a presença de artéria, obrigando-me a pinçá-lo com um clamp curvo e ligá-lo com ponto de CONNELL.

Essa fixação do tumor (MALASSEZ) é que levou, provavelmente ao erro de um diagnóstico anterior de quisto do ovário esquerdo, feito há 8 anos passados, como relata a paciente.

Algo de que me penitencio é haver me olvidado a pesagem da massa quística mas, sem exagero, posso avaliá-la de 10 a 12 kgs. para mais.

O maior quisto, relatado pelo Prof. AUGUSTO PAULINO em seu Tratado de Patologia Cirúrgica é o de PFOEHLER que continha 17 litros de líquido e pesava 67 kgs.

Um golpe de vista sôbre a fig. n.º 1, dá bem a imagem do volume deste quisto.

Em geral, todos os autores são acordes em admitirem a unilateralidade do quisto, dando uma percentagem mínima para aqueles que atingiram os dois ovários assim: para SPENCER WELLS é de 7%; para OLSHAUSEN de 4% e para MONOD e BOURSIER de 9%.

O caso presente era indiscutivelmente um quisto do ovário direito pois o esquerdo apesar de não haver sido encontrado devido a formações gelatiniformes, como pequenos grumos gordurosos semelhando um conjunto de pequenos cogumelos que atapetam todo o assoalho pélvico e a parede lateral da pelvis bem como recobrando a face anterior do reto.

Tentei, com uma compressa de gaze remover essas vegetações, o que foi impossível, devido à sua forte aderência ao território subjacente e circunstante.

A topografia desta região era, entretanto, perfeitamente clara o que permitia verificar a presença de seus elementos constitutivos, tais como a trompa que era perfeitamente normal em sua morfologia, coloração e sítio; o ligamento largo já reconstituído; o útero em sua posição normal, etc..

Além disso, o período catamenial da paciente se reintegrava normalmente em seu ciclo, após o segundo mês da intervenção, o que mais uma vez vem nos demonstrar que, apesar de perdido entre, e no fundo daquela verdadeira floresta fungiforme, o ovário continua a existir íntegro, pelo menos para satisfação de uma de suas finalidades funcionais.

Esses elementos circunstanciais veem afastar qualquer idéia da singenesia quística e criar o problema de sua ambigenia ou unigenitura.

Pelos exames requeridos ao Laboratório de anatomia patológica, talvez, tal como foi feito, se pudesse concluir algo sôbre essa anomalia de implantação; entretanto, ele veio tão falho, tão impreciso que

mais sombreou a ilação buscada deixando a questão em suspenso e a discussão no terreno da hipótese.

Em 3 vidros separados, foram colocadas as peças para exame e acompanhadas pelo seguinte relatório

LABORATÓRIO ANATOMO-PATOLÓGICO

Nome: A. C. — Idade: 45; Nacionalidade: italiana; Profissão: doméstica; Sexo: feminino; Procedência (Sanatório ou Clínica): Santo Ângelo; Médico: *Dr. Jorge de Andrade*.

Qualidade da peça: Quisto pluri-cavitário do ovário direito (tumor da granulosa, arrenoblastoma, adenoma tubular testicular do ovário, simples quisto mucoso).

Diagnóstico clínico: Quisto do ovário — Data: 21-2-40.

Breve relatório clínico e caracteres da lesão: Quisto do volume de mais ou menos um útero de feto a termo.

N.º 1 — Parede de 1 cavidade cística próxima à implantação do ligamento tubo ovariano.

N.º 2 — Parede e septo inter-cavitário.

N.º 3 — Provável tecido ovariano alterado; corte retirado próximo ao ponto de implantação do ligamento tubo ovariano.

Exames complementares: Acidofilia protoplasmática e birefringência dos lipóides; tipo do tumor quanto à sua estrutura. Qual sua variedade histológica.

URGENTE, PARA TRABALHO

Em 3 fichas separadas correspondentes a cada uma das peças enviadas, que tem os números 3.631, e 3.633 recebi o diagnóstico anátomo-patológico, que e o mesmo para tôdas.

LABORATÓRIO ANATOMO-PATOLÓGICO

N.º 3.631 — São Paulo, 13 de março de 1940.

Nome do doente: A. C. (1.º) — Procedência: Santo Angelo — Fixação: formol a 10% — Cortes: parafina — Coloração: hem. eos. e Ziehl-Neelsen.

Médico: *Dr. Jorge de Andrade* — Qualidade da peça: Ovário.

Diagnóstico anátomo-patológico: quistoma multi-locular.

Esse exame anátomo-patológico que poderia vir trazer alguma luz quanto à constituição da cavidade inferior que nos mostram as figs. 2 e 3 que, como se vê, é bem diferente das outras duas, deveria desfazer qualquer suposição, de uma única feita, de um quisto do ligamento largo esquerdo.

Não tendo podido ser assim, devemos analisar as circunstâncias para excluirmos essa hipótese.

Os quistos do ligamento largo se processam por alterações dos órgãos de ROSENMULLER (Verneuil) e foram assinalados pela primeira vez por VOLPEAU e encontrados 32 vezes em 284 casos de OISHAUSEN, percentagem essa que FAURE julga um tanto excessiva.

Instalam-se entre os dois folhetos do ligamento largo, são pouco volumosos apesar de FORGUE haver operado um que continha 25 litros de líquido.

São arredondados, uniloculares, de paredes finas, contendo um líquido aquoso, citrino e transparente e não contém nunca para-albumina de WALDEYER.

Esse líquido que é um dos característicos dessa espécie de quisto vem falar contra a hipótese ambigénica do caso presente pois vimos alhures, o aspecto daquele que se extravasou durante o ato operatório.

O confronto anátomo-patológico entre as paredes das 3 cavidades poderia ser de grande utilidade na diferenciação, entretanto, ou por falta de elementos ou por deficiência de meios, vimos que de nada nos valeu.

Assim sendo, baseando exclusivamente na espécie do conteúdo quístico, único fator concreto de diversidade, julgo que todo êle era formado pelo ovário direito e que êsse pediculo conjuntivo nada mais era que uma brida sinequial.

Tendo o quisto se desenvolvido para o lado da fossa ilíaca esquerda, aí encontrou qualquer reação peritoneal resultante de anexite, formando-se, dêsse modo, a aderência.

Parece ser essa a hipótese mais aceitável dessa atipicidade de implantação pois, não raro, os processos infeciosos com essa localização (FAURE, MOREL e outros) provocam reações peritoneais e até a união de todos os órgãos da pequena bacia (FAURE).

Outra hipótese que poderia ser levantada, seria a da infecção do quisto, somente em seu polo inferior, provocando essa disposição, o que me afigura inconsistente, já que o quadro geral dêsse processo não poderia passar despercebido à própria doente, que a êle deveria fazer qualquer referência, pois a sintomatologia de tal acontecimento jamais seria esquecida.

Além disso, o "reliquat" de tal fato seria encontrado na laparotomia o que não aconteceu, pois, fora dessa aderência incomum, nada mais havia exprobatório à flogose.

E' pouco provável que um quisto permanecesse infeccionado em um só ponto, conservando-se indene o restante.

Os exames complementares requeridos ao laboratório anátomo-patológico, poderiam ainda esclarecer um ponto interessante, qual seja, aquele de certos caracteres viris apresentados pela paciente.

Talvez êsse quisto apresentasse algo de um adenoma tubular esticular do ovário, porque senão, não vejo razões que expliquem a presença de certos elementos próprios do homem como a voz um Tanto grave, a disposição do panículo adiposo e do relêvo muscular, compleição esquelética e distribuição pilosa; considerando-se a pre-

sença do outro ovário, que como vimos, continua ativando seu destino fisiológico.

A observação clínica que se segue pertence à clínica médica de mulheres a cargo do Dr. MAXIMIANO FERRAZ DE SOUSA.

Acresci nela a parte constante de minha ficha cirúrgica e seus exames subsidiários para completá-la e, reduzir um dispêndio inútil que pouco interesse traria para a exposição.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Nome: A. C. — Data da internação: 15-2-39 — Idade: 45 anos; Sexo: feminino; Côr: branca; Estado civil: casada; Profissão: doméstica; Nacionalidade: italiana; Naturalidade: Ferrara; Procedência: São Paulo.

Anamnese: Há 8 anos foi examinada por médico que lhe predisse a existência de pequeno quisto do ovário esquerdo, o qual quis operá-lo, o que foi recusado por não incomodar nada mas, agora, aumentou muito. Esse aumento vinha se processando com lentidão até que se desencadeou com certa rapidez, depois que se sujeitou a um tratamento de cerca de 15 aplicações de diatermia. De vez em quando, parecia perceber "uma cousa correr dentro como se desprendendo um ruído de escapamento da válvula de aparelho de pressão", *sic*.

Tinha cólicas horríveis, vômitos post-prandiais, polaquiúria, oligúria, com ardor à micção.

Antecedentes pessoais: Moléstias da infância. Sempre foi forte, não tendo tido moléstia alguma que lhe chamasse a atenção Catamênio aos 17 anos, em períodos e quantidades normais só se tendo alterado o ciclo agora em que as "regras" são raras. Teve 1 aborto espontâneo. Nulipara. Corrimento vaginal espesso, amarelado e aparecido após o matrimônio. Só trabalhava em serviços domésticos. Desfrutava uma vida de relativo conforto considerando-se a condição de operário do marido, que nada deixava faltar no lar. Sono difícil devido a certa irritabilidade nervosa que lhe provocava frequentemente insônias. Nega tabagismo e quanto ao alcool era moderada.

Antecedentes hereditários: Os pais eram fortes e, já falecidos. Tem um irmão vivo, forte e com doze filhos homens; outros quatro, falecidos. Nulipara e só relata que teve 1 aborto de 2 meses, espontâneo, não tendo mais concebido e desde essa época tornou-se adoentada, com menstruação escassa e ausente durante uns 2-3 meses.

Interrogatório sobre os diferentes aparelhos: Nega cefaléia, febres, vista fraca; ouve menos de um ouvido mas, não sabe informar qual seja; sente, às vezes, falta de ar com palpitações noturnas. Micções diárias normais e à noite 1-2 vezes.

Inspecção geral: O aspecto é de individuo nervoso, com atitudes normais; marcha normal; fisionomia normal somente com pêlos no rosto, principalmente no mento e lábio superior; paniculo adiposo, reduzido com disposições masculina; sobrancelhas espessas e abundantes; musculatura reduzida e relêvo muscular pouco nítido; esqueleto, longelineo; pêlos axilares bastante abundantes; antebraços bastante pilosos; pêlos pubianos em disposição masculina, subindo pela linha alba até 4 dedos transversos para cima da cicatriz umbelical; tórax e abdome, longelineos; bacia ampla, francamente ferenil; coxas grossas, ferenis, mas de pêlos abundantes que se continuam com os dos grandes lábios e pubis; pernas finas, masculinas, pilosas; nádegas, pouco desenvolvidas e sem pelos; seios flácidos, volumosos, aréola rosada, mamilo presente com pêlos disseminados

sua volta; pele da face posterior do tórax e dorso, glabra; não se notam manchas hipercrômicas.

Cabeça: Normal, simétrica, sem pontos dolorosos; couro cabeludo normal, com cabeleira relativamente rara cuja perda de cabelos mais se acentua com o desenvolvimento do tumor *sic*.

Olhos: Queda parcial dos supercílios no tærço externo; cílios, normais; conjuntivas, normais; reflexo à luz, acomodação e consensual, normais; presbiopia; visão, igual a 1; meios transparentes e fundos, normais.

Ouvidos: Ausência de infiltração nos lóbulos da orelha.

Nariz: Mucosa congesta, porém, lisa e sem lesão.

Boca: Dentes, regularmente tratados; gengivas bem coradas e língua normal; amígdalas pouco desenvolvidas; reflexo faríngeo, normal; glândulas salivares, normais.

Ex. do odontologista: Dentes péssimos; focos dentários e tártaro salivar; na conjugação, observa-se pela pressão, líquido purulento aliás pouco acentuado; gengiva levemente irritada no maxilar superior, em correspondência com as regiões focais; hiperemiada na mandíbula onde ao lado esquerdo existem diversos ocos de infecção dentária; língua e glândulas salivares, de aparência normais e cm conclusão: o conjunto buco-dentário é portador de infecção local e não apresenta sinais objetivos de caráter leprótico.

Pescoço: Fino, de pele levemente ruborecida, com tiróide normal, com cartilagem cricóide bem percebida e móvel pela deglutição.

Aparelho respiratório: Tórax longelíneo; fossas supra e infra-claviculares bem visíveis; espaços intercostais, pouco visíveis; tegumento rouco desenvolvido com circulação venosa evidente; telangeotasia na região do manúbrio esternal; mensuração da torácica: 88 cents. Respiração torácica com a frequência de 26 por minuto. Palpação, percussão e ausculta, normais.

Aparelho circulatório: Choque da ponta no 5.º espaço; pulsações: 120 por minuto; pulso pouco cheio; frequente. Percussão e ausculta, normais; Aorta, talpável na fúrcula. Pulso arterial: 120 por minuto, frequente, pouco cheio. Pressão arterial: Mx. 11 e Mn. 6. Artérias e veias perceptíveis, normais.

Aparelho digestivo: Boca, já, descrita e esófago, normal.

Abdome: Normal, paredes flácidas e paniculo adiposo pouco desenvolvido; maciez na grande área correspondente a uma linha transversal passando a 4 dedos transversos acima da cicatriz umbelical e se estendendo aos flancos e fossas ilíacas; à palpação: só é dolorosa a região ovariana esquerda; nota-se um tumor duro, semelhando a um útero de feto a tærmo, pouco móvel e restringindo-se aos limites da maciez referida; desvia-se na linha média um pouco mais tara a esquerda e sua superfície parece conter um sulco de cima para baixo, correspondendo a mais ou menos a linha mediana infra-umbelical; relêvo de sua face anterior é mais ou menos uniforme somente parecendo mais sólido à esquerda.

Fígado e baço: Em suas respectivas lojas.

Aparelho urinário: Nada a notar, senão os já referidos na anamnese.

Aparelho genital: órgãos genitais externos normais, somente com a disposição pilosa já descrita; órgãos genitais internos: colo do útero em posição carnal, sem escoriações e sem corrimento; toque: útero em posição normal, tamanho normal, mobilidade natural; anexos direitos palpáveis e os esquerdos natingíveis.

Sistema nervoso: Estática e motilidade normais; sensibilidade subjetiva, armênica nas pernas; sensibilidade objetiva superficial, somente alteradas as

atingidas pelo mal de Hansen; sensibilidade objetiva profunda, normal; refletividade superficial e profunda, normais; exame mental, nada a crescer; exame psicológico alterado para o lado da esfera sexual em que sempre houve algidez desde solteira; orgasmo difícil e raro depois de casada; não houve desvio para a homossexualidade nem o casamento lhe trouxe melhor despertar para a sua natureza fria.

Exame radiológico: Radiografia de 8-12-39 apresenta um sombreado no qual se pode ver os contornos do tumor.

Diagnóstico clínico: Quisto do ovário esquerdo.

FICHA OPERATÓRIA

Data: 13-12-39.

Operação: Extirpação de quisto do ovário.

Operador: Dr. *Jorge de Andrade* — Auxiliares: Dr. *Itagiba Martins Vilaça* e enferm. Magalhães. — Anestesista: *Elza* — Anestesia: raqui, neo-tuto cafua 1 amp. e nos últimos 20 minutos, geral pelo Éter, 1 amp.

Ato operatório: Laparotomia exploradora mediana infra-umbelical. Aberta a parede deparou um tumor bem mais volumoso que o pressentido, de coloração parda acastanhada, duro e de mobilidade mais limitada. Para a exteriorização tive que alongar a incisão para cima de uns 3 dedos transversos para além da cicatriz umbelical. Na abertura do peritônio extravasava liquido acitico amarelo citrino uma quantidade de uns 2 litros. Exteriorizado, encontro um quisto formado à custa de todo o ovário direito, que havia desaparecido e que se inseria no ligamento largo com a trompa fazendo corpo comum com a massa cística, à direita e em seu polo superior. O pediculo estava à esquerda e vinha se continuar com o ligamento largo esquerdo, tendo-se apresentado como uma faixa de 1 e ½ centímetros de espessura e uns dois dedos transversos de largura, percorrido por grossos vasos. Os vasos tubo-ovarianos à direita tinham o calibre de um dedo indicador de homem. Pela manobra rompeu-se a bolsa mais inferior à esquerda, que apresentava uma parede muito fina e friável, por onde saiu uma substancia espessa, grumosa, amarelo prateada, como golfadas de gordura que podia ter mais ou menos o volume de 1 litro. Tôda a manobra tornava-se difícil o que me levou a esvaziar as outras duas cavidades, pela inferior direita saiu um liquido espesso, gorduroso, achocolatado escuro quase como bôrra de café que media uns 800 cc. e pela superior saiu mais ou menos litro e meio de uni liquido marron claro, com alta pressão. Tornando-se o tumor assim mais acessível, secciono a trompa e o ligamento largo, entre duas pinças de KOCHER junto ao útero, fazendo a ligadura em massa e a peritonização imediata com catgut n. 1; liberto o tumor dêste lado, introduzo os indicador e médio da mão esquerda no pediculo do lado esquerdo, em forma de forquilha, guio assim um clamp grosso e pinço-o, seccionando-o após com tesoura curva sôbre a pinça. Extirpado, passo a fazer a ligadura em massa com ponto tipo CONNELL para duodeno e dêsse modo consigo fácil hemostasia. Rebato o peritônio sôbre êsse coto com 3 pontos separados de catgut 1.

Procuo então o ovário esquerdo que não foi encontrado de modo algum se bem houvesse encontrado trompa livre, de coloração normal mas o assoalho pélvico estava todo recoberto de uma espécie de tecido parecendo "filó" ou uma geléia gordurosa, róseo pálida, com pontos amarelados de grumos gordurosos, dificilmente apanhados pela pinça, entre os dentes da qual fugiam. O útero era de volume, coloração e consistência normais, mobilidade normal. Passo a uma minuciosa limpeza do assoalho pélvico retirando com compressas de gaze todo o coagulo sanguíneo e substância extravasada do quisto com especial cuidado pelo fundo de sacco de DOUGLAS. Síntese, em 3 planos; peritônio, com,

sutura contínua; aproximação dos músculos retos com pontos de catgut; aponevrose superficial com catgut cromado a 3 e pele com 4 pontos de crina e 13 agrafes.

Pressão arterial antes da operação: Mx 11 e Mn. 6; pressão do líquido céfalo-raquidiano 40 pelo manômetro de CLAUDE, baixada a 30; tempo de coagulação, 3 minutos. Tempo de operação, 80 minutos.

Alta curada em 2-1-1940.

BIBLIOGRAFIA

AUGUSTO PAULINO — Patologia Cirúrgica, Vol. III.

ACHARD & LOEPER — Anatomie Pathologique — Paris, 1916.

FORGUE, E. — Precis de Pathologie Externe — Paris, 1906.

L. TESTUT — Anatomie Humaine — Paris, 1923: IV.

VARANGOT, J. M. — A propósito dos tumores masculinizantes do ovário. Boletim da Sociedade d'Obstetrícia e Ginecologia de Paris. — Paris, 1938: XXVII, (1).

RESUMO

O A. apresenta diversas fotografias de um grande quisto do ovário direito, do volume de um útero de feto a termo, que no exame clínico simulava ser do esquerdo, por apresentar uma brida aderencial que unia seu polo inferior ao ligamento largo deste lado.

Refere-se aos distúrbios endocrínicos apresentados pela paciente, afasta a hipótese da ambigenia e conclue pela idéia de uma anexite esquerda, provocando a faixa sinequial.

Apresenta os diversos exames complementares e a técnica cirúrgica empregada, bem como, os resultados colhidos pela paciente que tem sido observada com frequência, até agora, cerca de 1 ano após a intervenção.

Não houve discussão.