

## INTRODUÇÃO

Há poucos relatos de caso sobre as lesões ginecológicas decorrentes de trauma. A maioria das pacientes apresentam lesão ovariana ou trompa de Falópio (74,8%), lesão uterina (25,2%), ambas (3%) sendo a lesão vascular presente em apenas 3% dos casos<sup>1</sup>.

O trauma ginecológico é raro em pacientes não gestantes, tendo uma prevalência de 1% de todos os traumas abdominais fechados, principalmente pela proteção do arcabouço ósseo pélvico<sup>1,2</sup>.

Em relação as lesões ovarianas no trauma, pode-se observar a ruptura ovariana, principalmente associada aos cistos (20-25%) e aos teratomas (cisto dermóide) representando 15% das neoplasias ovarianas benignas<sup>3,4,5</sup>.

Os tumores originados das células do estroma gonadal são incomuns, representando apenas 8% de todas as neoplasias ovarianas. Apresenta diversos subtipos, dentre eles o fibrotecoma, composto por células estromais e da teca<sup>6</sup>.

O objetivo do presente estudo é relatar um caso de avulsão de um tumor ovariano junto a região de seu hilo, em uma mulher na menopausa, vítima de trauma contuso, o qual foi identificado como sendo um fibrotecoma. Após revisão da literatura, não foi identificado nenhum caso de ruptura de fibrotecoma descrito em decorrência de trauma.

## RELATO DE CASO

MCGH, fem, 62a, vítima de atropelamento por moto. Deu entrada no serviço, protocolada em prancha rígida e colar cervical, via aérea pérvia, exame respiratório sem alterações, saturação de O<sub>2</sub> 94%, FC 60bpm e PA 80x60mmHg, abdome globoso, doloroso a palpação difusa, massa palpável em região anexial esquerda, dor a movimentação pélvica a direita e sínfise púbica fechada, FAST (+) em espaço de Morrison, esplenorrenal e pelve e presença de massa anexial de tamanho moderado, EFAST (-), escala de coma de Glasgow 14, pupilas isocóricas e fotoreagentes, e deformidade com exposição óssea em tornozelo esquerdo assim como escoriações em todo abdome. Doenças progressas: HAS, DM e Miotatose Uterina, antecedente cirúrgico: Nefrectomia a Esquerda. Paciente evoluiu com estabilidade hemodinâmica após expansão volêmica, realizado tomografia de crânio, tórax, abdome e coluna completa pelo mecanismo do trauma. Com seguintes achados:

TC crânio e tórax sem lesões decorrentes do trauma.

TC abdome: Nódulo de adrenal direita medindo 3,0cm, com componente de maior atenuação e sem realce pelo meio de contraste, podendo estar relacionado a hematoma. Moderada quantidade de líquido na cavidade peritoneal, sobretudo perihepático (Figura 2), periesplênico e na escavação pélvica. Formação de densidade cística sem realce pelo meio de contraste na região hipogástrica/ fossa ilíaca esquerda, medindo 13,3 x 9,0 cm nos maiores eixos axiais de provável origem anexial (Figura 3).

Exames da entrada: Hb 10,5 / Ht 29,8 / Plaquetas 289.000 / INR 1,17 / Lactato 33,6 / Cálcio Iônico 1,21 / gasometria pH 7,37, BE -2,9.

Paciente evoluiu com piora clínica e hemodinâmica, apresentando dor abdominal intensa, hipotensão sem taquicardia, com moderada quantidade de líquido livre, sem lesão de víscera sólida, optado por realizar cirurgia de emergência.

Realizado laparotomia diagnóstica, sendo identificada moderada quantidade de sangue em perihepático, hematoma retroperitoneal em zona II, não expansível ou pulsátil, e grande tumoração em ovário esquerdo com avulsão do hilo encontrando-se solto na cavidade pélvica, presença de sangramento ativo em artéria ovariana esquerda, realizado ligadura dupla do hilo ovariano esquerdo não sendo identificadas outras lesões.

Enviado material para anatomopatológico (Figura 1) que evidenciou: produto de ooforectomia pesando 598,0g e medindo 13,0 x 10,0 x 6,0 cm. Diagnóstico histopatológico compatível com Fibrotecoma (Figuras 4 e 5).

Paciente evoluiu de maneira satisfatória no pós-operatório, com boa aceitação da dieta, ausência de dor abdominal, controle adequado dos parâmetros hemodinâmicos.

## DISCUSSÃO

As lesões ginecológicas são eventos raros neste tipo de trauma, sendo encontrados em menos de 1% dos casos<sup>2</sup>. Os traumas na mulher associados as lesões ginecológicas geralmente são identificadas em pacientes gestantes, sendo um evento incomum nas não gestantes, tendo na literatura poucos casos relatados<sup>1</sup>.

Em relação ao trauma ginecológico, a faixa etária envolvida situa-se na 3ª década de vida, sendo os órgãos mais acometidos os ovários/tubas uterinas, seguido pela lesão uterina e a lesão vascular destes órgãos<sup>1</sup>. Este tipo de trauma apresenta grande associação com as fraturas de pelve, sendo encontrado em aproximadamente 40% dos casos<sup>2</sup>. Lesões na coluna vertebral ou mesmo medula, são encontrados em aproximadamente 30%<sup>2</sup>. Lesões do trato urinário, como lesão vesical e lesões gastrointestinal também estão presentes em incidências variáveis<sup>1,2</sup>.

Com relação à ruptura traumática do ovário, associado ao trauma abdominal contuso, sua incidência é muito rara, sendo geralmente encontrada em lesões císticas ovarianas e teratomas<sup>3</sup>. Os fibrotecomas são tumores ovarianos incomuns, originados das células do estroma gonadal, composto por células estromais fibroblásticas e/ ou células da teca luteinizadas, quando os dois tipos de células estão presentes em um tumor, é classificado como fibrotecoma e representam 3-4% de todos os tumores ovarianos. Geralmente são lesões benignas com apresentação unilateral em 90% dos casos, com incidência predominante em mulheres idosas após a menopausa<sup>6</sup>.

Atualmente, no tratamento do trauma ginecológico há preferência ao não operatório sempre que possível, desde que critérios maiores de laparotomia não estão presentes, como por exemplo instabilidade hemodinâmica. Tais achados são explicados pela tentativa de manter a função reprodutiva em mulheres jovens<sup>1,2</sup>.

Quando a indicação cirúrgica é imperativa, a tentativa de reparo também é mais comum. O risco de ressecção é aumentado quando a paciente apresenta Injury Severity Score (ISS)  $\geq$  25 na admissão hospitalar, em especial para a histerectomia. Entretanto, pacientes com idade avançada, notadamente acima de 51 anos e instabilidade hemodinâmica, a literatura não evidenciou associação com maiores taxas de ressecção quando comparada ao reparo<sup>1,2</sup>. Quando comparado na literatura em relação a lesão ovariana e/ou tuba uterina 52,4% foram realizados reparo primário, sendo 47,6% sendo submetidas a salpingo-ooforectomia<sup>1</sup>.

## CONCLUSÃO

O trauma ginecológico tem como principal mecanismo o trauma abdominal contuso. Os ovários e tubas uterinas são as principais estruturas lesadas, com elevada associação a fraturas pélvicas. As lesões ovarianas com ruptura são eventos raros, sendo o fibrotecoma um tumor ovariano incomum.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rivas L, Ju T, Hernandez M, et al. Current management of gynecologic trauma. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2020; 49(6):101731
2. Grigorian A, Joe V, Delaplain PT, et al. Risk of hysterectomy and salpingectomy or oophorectomy compared to repair after pelvic gynecologic trauma. Eur J Trauma Emerg Surg. 2019; 45(3):403-410
3. Xaplanteri P, Zacharis N, Potsios C, et al. Post - traumatic rupture of the right ovary and liver after blunt abdominal trauma: A case report. Int J Surg Case Rep. 2020; 66:85-87
4. Yang TW, Ban E, Lee JC, et al. Blunt abdominal trauma resulting in ovarian mucinous cystadenoma rupture. ANZ J Surg. 2021; 91(1-2):197-198
5. Kimbrell BJ, Emami C, Petrone P, et al. Ruptured ovarian cystic teratoma secondary to blunt abdominal trauma: A very unusual case. J Trauma. 2007; 63:27-29
6. Salemis NS, Panagiotopoulos N, Papamichail V, et al. Bilateral ovarian fibrothecoma. An uncommon cause of a large pelvic mass. Int J Surg Case Rep. 2011; 2:29-31
7. Haghayeghi K, Hansen K, Quddus MR. Luteinized Fibrothecoma. Int J Surg Pathol. 2019; 27(6):654-655



Figura 1. Tumor de ovário ressecado



Figura 2. Líquido livre perihepático

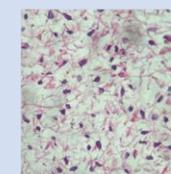


Figura 4. Células da teca luteinizadas

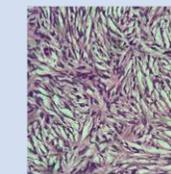


Figura 5. Células estromais fibroblásticas

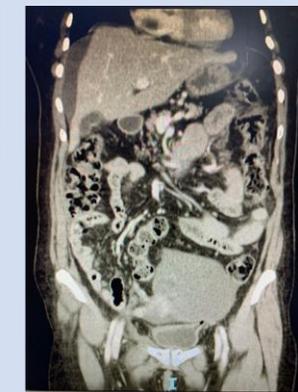


Figura 3. Formação cística anexial



Figura 1. Tumor de ovário ressecado

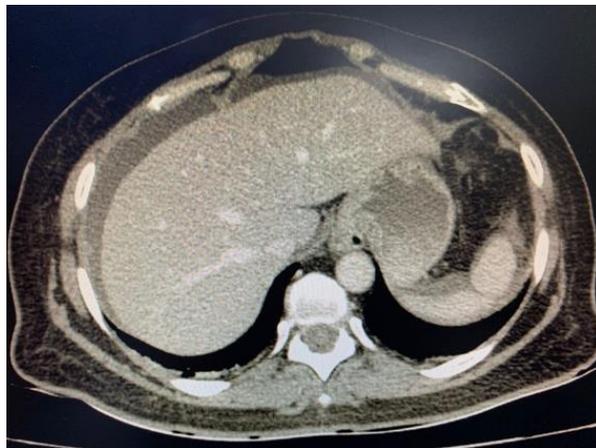


Figura 2. Líquido livre perihepático

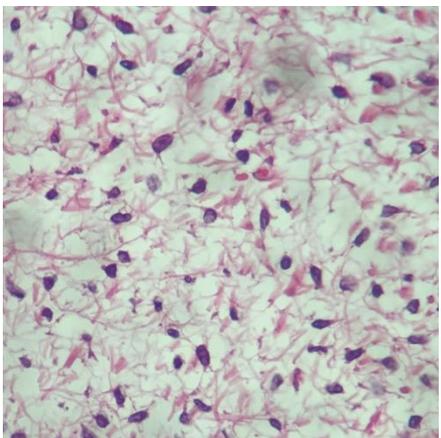


Figura 4. Células da teca luteinizadas

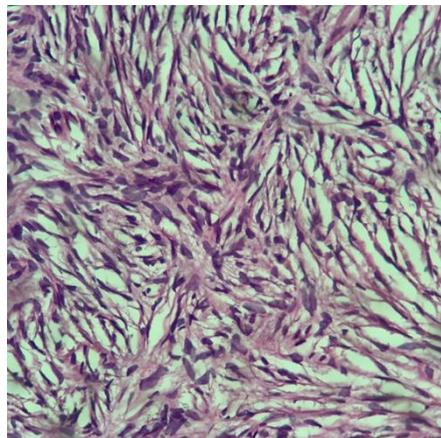


Figura 5. Células estromais fibroblásticas



Figura 3. Formação cística anexial