



CAPÍTULO 11

TUMOR MUCINOSO BORDERLINE TIPO ENDOCERVICAL-SÍMILE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.98325160911>

Ana Clara Carvalho de Almeida

Universidade de Vassouras
Vassouras - Rio de Janeiro

Jodson Fernandes Rêgo

Universidade de Vassouras
Vassouras - Rio de Janeiro

RESUMO: As neoplasias de ovário são caracterizadas como a terceira neoplasia ginecológica mais comum, estando atrás somente das neoplasias de colo de útero e endométrio conforme dito pelo Instituto Nacional de Câncer. Nesse sentido, as neoplasias ovarianas são divididas em subgrupos, sendo um deles o tipo epitelial, o qual pode ser classificado como seroso, mucinoso, endometrioides e de células claras. O tumor ovariano do tipo Borderline pode ser tanto seroso quanto mucinoso, sendo a segunda forma a mais rara de identificação. O Tumor Mucinoso Borderline é caracterizado como de intermediário potencial de malignidade, podendo aparecer mais comumente em mulheres com idade entre 30 e 50 anos e de crescimento rápido e exorbitante, mas de bom prognóstico. O objetivo deste artigo é retratar a experiência durante o acompanhamento teórico de uma paciente diagnosticada com Tumor Mucinoso Borderline tipo endocervical-símile. A experiência proporciona a observação do processo diagnóstico, do planejamento terapêutico e das condutas adotadas pela equipe multiprofissional, contribuindo para ampliar a compreensão sobre aspectos clínicos, cirúrgicos e humanísticos do cuidado, fortalecendo a formação.

PALAVRAS-CHAVE: Tumor mucinoso; Borderline; Tumor ovariano.

BORDERLINE MUCINOUS TUMOR OF ENDOCERVICAL-LIKE TYPE: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Ovarian neoplasms are the third most common gynecological neoplasm, behind only cervical and endometrial neoplasms, according to the National Cancer Institute. Ovarian neoplasms are divided into subgroups, one of which is the epithelial type, which can be classified as serous, mucinous, endometrioid, or clear cell. Borderline ovarian tumors can be either serous or mucinous, with the latter being the rarest. Borderline mucinous tumors are characterized as having intermediate malignant potential, most commonly occurring in women between 30 and 50 years of age, and exhibit rapid and exorbitant growth, but with a good prognosis. This article aims to describe the experience during the theoretical follow-up of a patient diagnosed with an endocervical-like borderline mucinous tumor. The experience provides observation of the diagnostic process, therapeutic planning and the conduct adopted by the multidisciplinary team, contributing to broadening understanding of clinical, surgical and humanistic aspects of care, strengthening training.

KEYWORDS: Mucinous tumor; Borderline; Ovarian tumor.

INTRODUÇÃO

A neoplasia de ovário é a terceira neoplasia ginecológica mais comum, ficando atrás do câncer de colo de útero e endométrio. Em torno de 95% dos tumores ovarianos são provindos de células epiteliais, que estão localizadas na parte externa do ovário. Os remanescentes vêm de células germinativas e estromais.

Os dados estatísticos alegam uma estimativa de 7.310 casos novos de cânceres de ovário no Brasil por ano. Além disso, há uma estimativa de número de óbitos de 4.037 no ano de 2021, o que representa cerca de 3,6% dos óbitos por neoplasias nesta época.

O Tumor Mucinoso Borderline de ovário traz consigo uma distribuição atípica do seu epitélio, sendo maior que os tumores benignos, mas não havendo a destruição invasiva que ocorre nos tipos malignos, podendo apresentar um prognóstico mais oportuno. São de baixo potencial de malignidade, correspondendo de 10% à 15% das neoplasias epiteliais e, por causa do seu comportamento biológico e estrutural, não são classificados como tumores benignos ou malignos.

Seu diagnóstico é um tanto quanto complexo, haja vista sua manifestação tardia de sinais e sintomas, sendo difícil de diagnosticar precocemente. Pode-se citar como sinais e sintomas mais prevalentes e que devem ser investigados a presença de ascite, massa abdominal ou pélvica, distensão abdominal, perda ponderal e do apetite.

O tratamento dos tumores ovarianos, de maneira geral, consiste no âmbito cirúrgico, o qual é indicado quando há a possibilidade de ressecção total, seguida de quimioterapia adjuvante. Já quando não é possível a cirurgia, pode ser indicada a quimioterapia neoadjuvante.

No âmbito da formação em saúde, o contato com casos complexos, como o Tumor Mucinoso Borderline tipo endocervical-símile, torna-se uma oportunidade singular de aprendizado. Este relato de experiência tem como objetivo compartilhar a vivência teórica de um caso de tumor ovariano borderline, destacando tanto os aspectos técnicos observados quanto às reflexões pessoais e acadêmicas decorrentes dessa prática.

METODOLOGIA

Este estudo do tipo relato de experiência, de natureza descritiva, elaborado a partir da análise teórico-prática advindas da análise do caso clínico. A vivência se deu por meio da observação direta e indireta da paciente, análise de exames complementares disponibilizados e acompanhamento das discussões clínicas realizadas.

A experiência foi registrada de forma reflexiva, valorizando não apenas os elementos clínicos e científicos, mas também os aspectos subjetivos relacionados à formação acadêmica. O método escolhido permitiu correlacionar literatura científica atualizada com a prática observada.

A pesquisa foi realizada baseada em artigos científicos em português e inglês, pesquisados nas bases de dados PubMed e SciELO publicados nos anos de 2011 à 2024. Foram utilizados os descritores “Borderline”, “ovário” e “neoplasia”, presente no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

As neoplasias de ovário ocupam o oitavo lugar dentre as neoplasias mais prevalentes nas mulheres no Brasil, o que corresponde a 3% dos casos totais. Além disso, ele é a terceira neoplasia ginecológica mais prevalente, estando atrás somente dos cânceres de colo de útero e endométrio.

A incidência de neoplasias de ovário teve uma queda de 1,09% para mulheres em idade inferior à 65 anos e em 0,95% para aquelas com 65 anos ou mais durante uma análise feita por um período de 10 anos, e sua justificativa se dá pela diminuição do padrão da prescrição hormonal - em que foi-se relacionado a presença desta neoplasia com a terapia de reposição.

Os tumores do tipo Borderline correspondem cerca de 10% à 15% dos tumores epiteliais de ovário. É um tipo singular, haja vista estar entre as neoplasias benignas e malignas devido a sua composição histológica. Eles normalmente apresentam uma mutação em seu DNA, incluindo mutações nos genes BRCA1 e BRCA2.

Existem muitos fatores relacionados aos genes que podem estar correferidos com o aumento do risco de desenvolvimento do câncer de ovário, como a mutação dos genes BRCA1 e BRCA2 - sendo estes os mais comuns de serem encontrados. Os subtipos serosos são os mais prevalentes, enquanto os mucinosos raramente são correlacionados.

O carcinoma do tipo Borderline pode ser classificado como serosos e mucinosos, este, que pode ser tanto do tipo intestinal quanto do tipo endocervical. O subtipo endocervical está geralmente relacionado com a presença de endometriose.

Os sinais e sintomas presentes nos pacientes que possuem esta neoplasia são um tanto quanto inespecíficos, podendo ser citados a dor abdominal e pélvica, alterações no ciclo menstrual e síndrome do intestino irritável (SII), podendo, ainda, o paciente estar assintomático.

A Ressonância Nuclear Magnética (RNM) se apresenta como sendo superior à TC e ao Doppler para diferenciar casos benignos e malignos.

Podem ser utilizados marcadores tumorais para o auxílio do diagnóstico na avaliação inicial, como o CA 125, CEA, Beta-hCG e a Alfa-fetoproteína.

O estadiamento da doença é cirúrgico, podendo ser utilizado o “Estadiamento cirúrgico da FIGO para câncer de ovário, tuba uterina e peritônio” e o diagnóstico é somente confirmado pelo histopatológico.

Estadio I: Tumor confinado ao ovário ou à tuba uterina (s)	
T1-N0-M0	
IA: Tumor limitado a 1 ovário (cápsula intacta) ou a tuba uterina, sem tumor na superfície ovariana ou tubária, sem células malignas no líquido ascítico ou no lavado peritoneal.	T1a-N0-M0
IB: Tumor limitado a ambos os ovários; cápsula intacta ou tuba uterina; ausência de tumor na superfície ovariana ou na superfície da tuba. Ausência de células malignas em ascite ou lavado peritoneal	T1b-N0-M0
IC: Tumor limitado a 1 ou ambos os ovários ou tubas uterinas, com as seguintes situações:	
IC1: Dispersão cirúrgica	T1c1-N0-M0
IC2: Cápsula rota antes da cirurgia ou tumor na superfície ovariana ou na superfície tubária	T1c2-N0-M0
IC3: Células malignas na ascite ou no lavado peritoneal	T1c3-N0-M0
Estadio II: Tumor envolve 1 ou ambos os ovários ou as tubas uterinas com extensão pélvica (abaixo da cintura pélvica) ou câncer peritoneal	
T2-N0-M0	
IIA: Extensão e/ou implantes no útero e/ou tubas uterinas e/ou ovários	T2a-N0-M0
IIIB: Extensão para outros tecidos intraperitoneais pélvicos	T2b-N0-M0
Estadio III: Tumor envolve 1 ou ambos ovários ou tubas uterinas, ou câncer peritoneal, com disseminação confirmada histologicamente ou citologicamente para além do peritônio pélvico e/ou metástases para os linfonodos retroperitoneais	
T1/2-N1-M0	
IIIA1: Apenas linfonodos retroperitoneais positivos (confirmado histologicamente ou citologicamente):	
IIIA1(i) Metástases até 10 mm de dimensão máxima	
IIIA1(ii) Metástases com mais do que 10 mm de dimensão máxima	
IIIA2: Envolvimento peritoneal extrapélvico microscópico (acima da cintura pélvica) com ou sem linfonodo retroperitoneal positivo	T3a2-N0/N1-M0
IIIB: Metástases peritoneais macroscópicas além da pelve até 2 cm de dimensão máxima, com ou sem metástases para linfonodos retroperitoneais	T3b-N0/N1-M0
IIIC: Metástases peritoneais macroscópicas além da pelve com mais de 2 cm de dimensão máxima, com ou sem metástases para linfonodos retroperitoneais (inclui extensão do tumor para cápsula do fígado e baço, sem envolvimento do parênquima de outros órgãos)	T3c-N0/N1-M0
Estadio IV: Metástases à distância excluindo metástases peritoneais	
Estadio IVA: Líquido pleural com citologia positiva	
Estadio IVB: Metástases parenquimais (incluindo fígado e baço) e metástases para órgãos extra-abdominais (incluindo linfonodos inguinais e linfonodos fora da cavidade abdominal)	
Qualquer T, qualquer N, M1	

Tabela 1: Estadiamento da FIGO

Fonte: Sociedade Brasileira de Patologia, 2019

Para poder preservar a fertilidade das pacientes, pode-se realizar uma abordagem conservadora. Ela é realizada em tumores mucinosos no seu estágio inicial ou em serosos ressecados, e é explicado a este grupo de pacientes sobre a adesão e o acompanhamento a longo prazo, além de sinalizar de que a um risco aumentado de recidiva em comparação com o tratamento cirúrgico.

A cirurgia de citorredução consiste na histerectomia, anexitomia bilateral com excisão do peritônio pélvico, omentectomia total, incluindo o omento supracólico, apendicectomia, remoção de linfonodos pélvicos e para-aórticos.

O acompanhamento no pós-procedimento cirúrgico consiste em um exame clínico com anamnese a cada 3-6 meses por um período de 2 anos e, depois, a cada 6-12 meses.

O seguimento pós-cirúrgico há de ter um passo a passo distinto, dependendo da literatura que irá ser seguida, mas é de senso comum que se faça um acompanhamento trimestral nos dois primeiros anos que sobrevêm à cirurgia, seguido de uma avaliação semestral por mais três anos, e, posteriormente, seguindo de maneira anual.

A experiência de acompanhar um caso de Tumor Mucinoso Borderline, no contexto teórico, trouxe contribuições valiosas para a formação acadêmica. Do ponto de vista técnico, reforçou o conhecimento acerca da classificação das neoplasias ovarianas, da complexidade diagnóstica e das alternativas terapêuticas possíveis. Além disso, evidenciou a importância da atuação multiprofissional, essencial para o manejo integral da paciente.

Infere-se, portanto, que o relato de experiência em questão contribuiu significativamente para integrar teoria e prática, ampliando a compreensão sobre a oncoginecologia e fortalecendo a formação profissional, com ênfase na responsabilidade ética e no cuidado.

REFERÊNCIAS

- CAMPANHOLI L.L; et al. A residência multiprofissional em oncologia [recurso eletrônico] – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.FILHO A.L.S; et al.Tratado de ginecologia Febrasgo - 1. ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2019.
- FILHO A.L.S; et al.Tratado de ginecologia Febrasgo - 1. ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2019.
- KIPP, B. et al. Manejo de tumores de ovário Borderline (BOT): resultados de um estudo retrospectivo de um único centro na Suíça. *J Ovarian Res* 16, 20 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13048-023-01107-3>.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Câncer de Ovário. Rio de Janeiro, 23 ago. 2022.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022.
- CAMARGO A.F, MELO V.H, Carneiro M.M, REIS F.M. Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidências Científicas, Editora Coopmed, 3^a ed., 2016.
- FARIA, C.F.S. A cirurgia conservadora em tumores malignos e borderline do ovário. Faculdade de medicina da universidade de coimbra, Portugal, 2016

HOFFMAN, B.L. et al. Ginecologia de Williams. 2^a. Ed. Porto Alegre: McGraw-Hill Artmed, 2014

OVÁRIO – NEOPLASIAS – (5a edição – 2019) | Sociedade Brasileira de Patologia [Internet]. 2018. Available from: <https://www.sbp.org.br/manual-de-laudos-histopatologicos/ovario-neoplasias/>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Câncer. Tipos de câncer. Câncer de Ovário. Rio de Janeiro: INCA, 2025. Disponível em <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/ovario>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA. Câncer de Ovário -prevenção,diagnóstico e tratamento. SBCO,2025. Disponível em <https://sbc.org.br/cancer-de-ovario-prevencao-diagnostico-e-tratamento/>

Cerutti ML de C, Côrtes LS, Ribeiro NN, Caixeta DV, Lima MSM de, Albuquerque J da CBP de, Silva ERS e, Pes IC de O. TUMOR BORDERLINE MUCINOSO DE OVÁRIO: UM RELATO DE CASO. Rev. Contemp. [Internet]. 29º de agosto de 2024 [citado 24º de agosto de 2025];4(8):e5556. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/5556>

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE guideline Suspected cancer: recognition and referral. Published: 23 June 2015. Last updated: 29 January 2021 Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>

Matulonis UA, Sood AK, Fallowfield L, Howitt BE, Sehouli J, Karlan BY. Ovarian cancer. Nat Rev Dis Primers. 2016 Aug 25;2:16061. doi: 10.1038/nrdp.2016.61. PMID: 27558151; PMCID: PMC7290868.

Fischerova D, Zikan M, Dundr P, Cibula D. Diagnosis, treatment, and follow-up of borderline ovarian tumors. Oncologist. 2012;17(12):1515-33. doi: 10.1634/theoncologist.2012-0139. Epub 2012 Sep 28. PMID: 23024155; PMCID: PMC3528384.