

Diagnóstico e Tratamento Videoassistido para Leydigoma em Cadela com Síndrome do Ovário Remanescente – Relato de Caso

Thabata Laccort Bortolato¹; Itallo Barros de Freitas²; Siglía Staell Casagrande³; Rogério Luizari Guedes⁴

Palavras-chave: Neoplasia ovariana. Laparoscopia. Canino.

Introdução

A síndrome do ovário remanescente pode acometer cadelas que, após ooforectomia, apresentam ciclos ou sinais físicos e comportamentais de estro, causado pela técnica cirúrgica aplicada, podendo manter a produção de estrogênio e apresentar foliculogênese (NELSON e COUTO, 2010; BECK et al., 2004). As células de Leydig são componentes do tecido intersticial do testículo produtoras de testosterona por estímulo do hormônio luteinizante hipofisário (JUNQUEIRA e CARNEIRO, 2008). A neoplasia destas células ocorre normalmente em machos com mais de 10 anos de idade, podendo produzir estrogênio causando síndromes paraneoplásicas (NELSON e COUTO, 2010). Em fêmeas, normalmente os tumores ovarianos são unilaterais, firmes e lobulados, já os das células de Leydig podem ocorrer bilateralmente, um caso raro e de grande importância na medicina veterinária (KLEIN, 2007). O presente trabalho relata o tratamento cirúrgico para síndrome do ovário remanescente associado à reimplantação de parênquima ovariano que desenvolveu neoformação compatível com Leydigoma.

Relato de Caso

Uma paciente da espécie canina, sem raça definida, 12 anos, apresentava histórico de cio persistente mesmo após OVH pré-púbere. Foi indicado o procedimento de laparoscopia exploratória para diagnóstico complementar. Foram realizados dois acessos pela técnica aberta, o primeiro para a inserção de um portal de 6 mm para uso de um endoscópio rígido de 5 mm de diâmetro e angulação de 0° e o segundo para a inserir um portal de 11 mm para manipulação de instrumentais cirúrgicos. Para melhorar a manipulação das vísceras, a paciente foi posicionada em decúbito lateral esquerdo, permitindo avaliar a região de coto ovariano direito, que não apresentava comunicação com a neoplasia. A mesma encontrava-se aderida em base de mesentério jejunal, tendo uma extensão mais ampla que a imagem ecográfica, apresentando cerca de 8 cm de diâmetro, aspecto rugoso e coloração enegrecida. Uma vez que essas alterações e localização foram identificadas, foi realizada a ampliação do acesso cirúrgico de 11 mm para exteriorização da região intestinal com a neoplasia. Devido sua localização foi optado pela sua remoção associada à enterectomia. Foi realizada a hemostasia dos vasos mesentéricos com fio polidioxanona 4-0 e ligaduras circulares, seguida da oclusão das alças

1 Curso de Medicina Veterinária – UTP/PR

2 Médica Veterinária – Clínica Veterinária Bicho Amigo

3 Mestrando em Cirurgia Veterinária – UFPR

4 Docente de Medicina Veterinária – UTP/PR

intestinais com clampes intestinais. A seguir, foi realizada a ressecção entre os clampes e também raiz mesentérica, para remover o tumor e o segmento intestinal. As bordas intestinais remanescentes foram aproximadas com pontos interrompidos simples e o mesmo fio cirúrgico, sendo realizada a omentopexia sobre a região. Também foi realizada a avaliação do coto ovariano esquerdo, sendo encontrado um pequeno cisto compatível com remanescente ovariano. O mesmo foi removido através de ligadura circular e fio poliglactina 2-0. A síntese de parede abdominal foi realizada em três camadas, a linha alba foi aproximada com padrão contínuo simples e fio poliglactina 2-0, o tecido subcutâneo com padrão Cushing e mesmo fio e a pele com o padrão Wolff interrompido e fio mononáilon 4-0. O tempo cirúrgico total foi de aproximadamente 120 minutos. O pós-operatório consistiu em internação durante 48 horas, havendo retorno da alimentação gradual. Foi utilizado como analgesia pós-operatória o cloridrato de tramadol (2 mg.kg^{-1} , TID, SC) e dipirona (25 mg.kg^{-1} , TID, SC) por três dias. Antibioticoprofilaxia foi utilizada com a aplicação de amoxicilina com clavulanato (22 mg.kg^{-1} , BID, VO) e metronidazol (25 mg.kg^{-1} , BID, VO) por cinco dias. A neoplasia foi encaminhada para análise histopatológica, com o diagnóstico compatível de Leydigoma, um tumor de origem ovariana.

Discussão

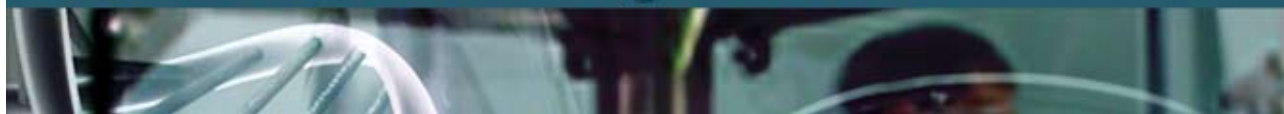
Considerando a castração pré-púbere e síndrome do ovário remanescente na senilidade, foi comprovado neste caso que complicações cirúrgicas podem ser responsáveis por distúrbios hormonais, alterações comportamentais tardias e desenvolvimento de neoplasias funcionais, de acordo com Nelson e Couto (2010) e Beck et al. (2004). Para os autores deste relato, a neoplasia não aderida ao coto ovariano comprova ainda que resquícios de tecido ovariano que porventura fiquem livres na cavidade abdominal também podem ser responsáveis por neoplasias funcionais e síndrome do ovário remanescente. Os tumores das células de Leydig não acometem apenas indivíduos do sexo masculino em neoplasias testiculares. De acordo com Klein (2007), fêmeas podem desenvolver essa neoplasia, neste caso funcional associada à síndrome do ovário remanescente.

Conclusão

A síndrome do ovário remanescente pode ocorrer por complicações de técnica cirúrgica incluindo a perda de fragmentos ovarianos durante o procedimento, com sua reimplantação em outros locais da cavidade abdominal. Apesar de raro, o Leydigoma pode acometer fêmeas, porém com menor incidência que em machos, sendo de grande importância o uso do exame histopatológico para diagnóstico diferencial das células neoplásicas.

Referências

BECK, C.A.C; PIPPI, N.L; RAISER, A.G; et al. Ovariectomia laparoscópica em uma cadela com ovários remanescentes: relato de caso. MEDVEP Rev Cientif Med Vet Pequenos Anim Anim Estim 2004; 2(5):15-9. Disponível em <http://medvep1.hospedagemdesites.ws/wp-content/uploads/2015/07/Mv005-01.pdf/> Acesso em 26/08/2016.



JUNQUEIRA, L.C.U; CARNEIRO, J. Histologia básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 424 p.

NELSON, R.W.; COUTO, C.G. Fundamentos da medicina interna de pequenos animais. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2010. 907, 908, 972 p.

WITHROW, S.J; VAIL, D.M; PAGE, R.L. Withrow and macewen's small animal clinical oncology. In KLEIN, M.K; Tumors of the Female Reproductive System. Philadelphia: Saunders, 2007, Cap.25, p.661.