

## CISTO DISONTOGENÉTICO DE VULVA: RELATO DE CASO

BOTTON, Lucas Antônio dos Santos<sup>1</sup>  
TAKAHASHI, Winny Hirome<sup>2</sup>  
MORAIS, Carlos Floriano<sup>3</sup>  
MENDES, Igor Ricardo Mihara<sup>4</sup>

### RESUMO

Tumores císticos de vulva são frequentes em práticas ginecológicas. Contudo, o cisto disontogenético de vulva é raro, benigno e pode estar associado à má formação da genitália feminina interna. Geralmente são difíceis de distinguir de neoplasias, e embora muitas lesões possam ter apresentações clínicas específicas, a confirmação do diagnóstico deve ser obtida por biópsia. Este trabalho consiste em um relato de caso de um cisto disontogenético de vulva em uma paciente de 54 anos, submetida à exérese de tumor cístico vulvar e posterior confirmação anátomo-patológica de cisto mülleriano.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tumor, cisto, Mulleriano, vulva.

### VULVA DYSONTOGENETIC CYST: A CASE REPORT

### ABSTRACT

Cystic tumors of vulva are frequent in gynecological practice. However, the vulva dysontogenetic cyst is rare, benign, and can be associated with malformation of the internal female genitalia. Are often difficult to distinguish from cancer, and although many injuries may have specific clinical presentations, diagnostic confirmation should be obtained by biopsy. This work is a case report of a vulva dysontogenetic cyst in a patient aged 54, underwent excision of the vulvar tumor and later confirmed a müllerian cyst by pathologic.

**KEYWORDS:** tumor, cyst, Mullerian, vulvar

### 1 INTRODUÇÃO

Tumores císticos benignos de vulva são encontrados frequentemente nas práticas ginecológicas. Lesões císticas verdadeiras surgem de tecidos vulvovaginais. No entanto, os cistos resultantes de estruturas circundantes, tais como a uretra, também podem apresentar-se clinicamente como cistos vulvares ou vaginais. (SMITH; NETTER, 2002). Entre os tumores císticos vulvares, o cisto da glândula de Bartholin predomina de modo praticamente absoluto, sendo os cistos disontogenéticos achados pouco frequentes.

O cisto disontogenético da vulva de origem paramesonéfrica (mülleriano) representa uma relativa raridade. O primeiro relato de cisto vulvar mulleriano foi publicado por Loury em 1840. (JANOVSKI, 1962). Anatomicamente o cisto disontogenético de origem paramesonéfrica está localizado no terço superior da vulva com preferência particular por aspectos mediais dos pequenos lábios, área periclitorial e hímen (JANOVSKI, 1962). É frequentemente único, peduncular e pende ao longo do vestíbulo. O cisto disontogenético mülleriano pode alcançar tamanho considerável e interferir na micção e coito. É resultado de má formação embrionária, com deslocamento dos ductos paramesonéfricos ou epitélio mülleriano no seio urogenital. O epitélio paramesonéfrico é de origem mesodérmica e a vulva é de origem ectodérmica. O entrelaçamento ou deslocamento das estruturas paramesonéfricas nas estruturas ectodérmicas da vulva podem ser devido à migração prematura, com formação embrionária, ou à mudança na natureza das células – até então chamada de rediferenciação ou metaplasia. (HAMILTON; BOYD; MOSSMAN, 1952). Cistos paramesonéfricos na vulva também podem estar associados com má-formação da genitália feminina interna. (JANOVSKI, 1962)

A maioria dos cistos disontogenéticos na vulva é dos seguintes tipos, em ordem de frequência: paramesonéfrico, surgindo de restos müllerianos (EVANS; HUGHES, 1961); epidérmicos, devido à reorganização embrionária com deslocamento do epitélio escamoso; e mesonéfrico, de restos de Wolff ou Gartner. Uma proporção de 10:3 foi estabelecida entre cistos de origem paramesonéfrica e àqueles de origem de Wolff. (JANOVSKI, 1962). Ocassionalmente um cisto disontogenético se origina do tecido ectópico no seio ou mesotélio deslocado ao longo da inserção do ligamento redondo. (KAUFMANN, 1957)

Histologicamente o cisto mülleriano pode ser formado por dois tipos de epitélio: (1) endocervical, com membrana basal proeminente e células colunares altas com citoplasma claro e núcleo situado na base, e (2) tubário, formado por células secretoras, células ciliadas e intercaladas. (JANOVSKI, 1962). Assim, tumores benignos de vulva podem ser difíceis de distinguir de neoplasias. Embora muitas lesões possam ter apresentações clínicas específicas, a sobreposição das características entre benignidade e malignidade sugere que a confirmação deve ser obtida por biópsia para todas as lesões para as quais existe dúvida no diagnóstico. (HALEY; MIROWSKI; HOOD, 1998)

<sup>1</sup> Acadêmico – Faculdade Assis Gurgacz.

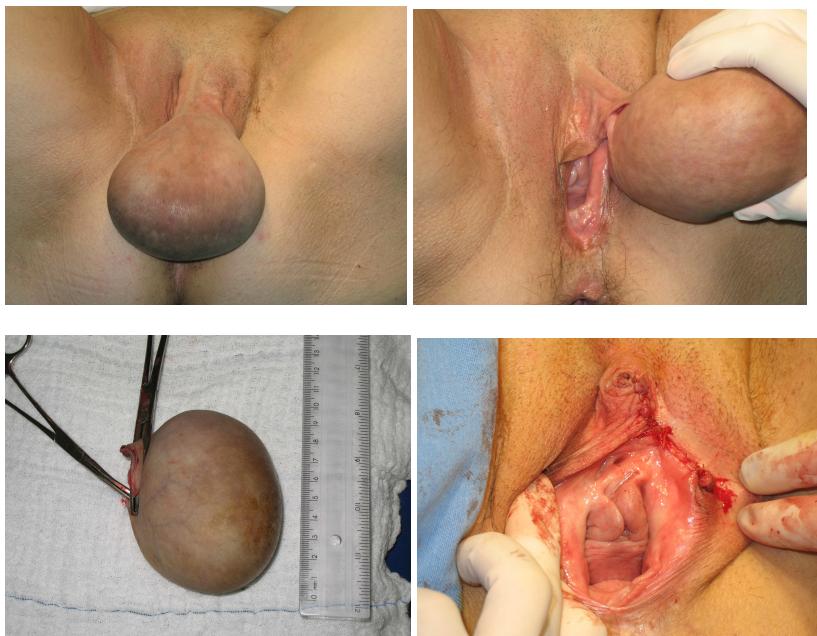
<sup>2</sup> Docente orientador – Faculdade Assis Gurgacz Curso de Medicina.

<sup>3</sup> Docente co-orientador – Faculdade Assis Gurgacz Curso de Medicina.

<sup>4</sup> Docente – Faculdade Assis Gurgacz Curso de Medicina.

## 2 RELATO DE CASO

Paciente de 54 anos de idade, do sexo feminino, procedente de Cascavel – PR, foi admitida no Hospital São Lucas da Faculdade Assis Gurgacz (FAG) de Cascavel - PR em 26/08/2011. Referia aparecimento de tumoração em região vulvar há mais ou menos 30 anos. Inicialmente, tumor era pequeno, menor que 3 cm, pouco sintomático, mas que apresentou crescimento lento nos últimos 15 anos e atualmente interfiria na micção, higiene e coito. Paciente sem comorbidades ou uso de medicações, com menopausa há 11 anos. Teve oito partos normais e dois abortamentos, totalizando dez gestações, a última há 22 anos. Ao exame da genitália externa apresentava-se com tumoração cística de 10 cm o maior diâmetro, pediculada, com pedículo originando-se em pequeno lábio esquerdo e pendendo ao longo do intróito vaginal. Paciente foi submetida à exérese cirúrgica de lesão sob raquianestesia, com posterior reconstrução de pequeno lábio esquerdo. Evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no dia seguinte à cirurgia. A peça cirúrgica foi enviada para estudo anátomo-patológico. O trabalho foi previamente encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos da FAG e o mesmo foi aprovado e registrado em ata.

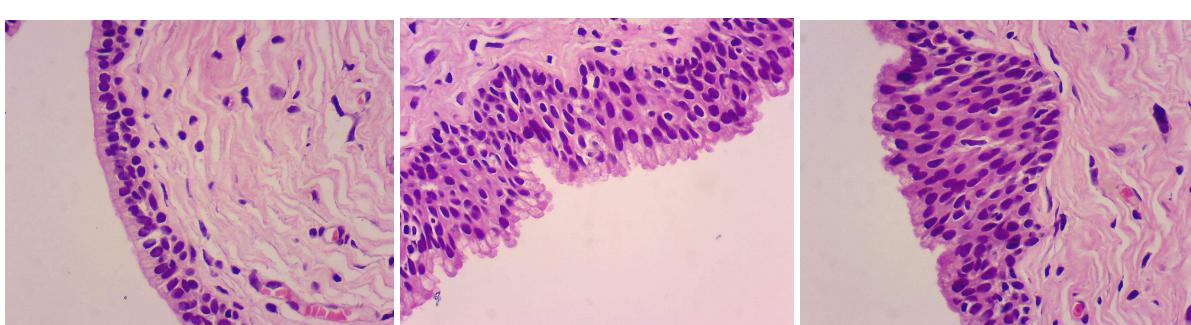


Macroscopicamente, consistia de fragmento cístico, íntegro, com 10,0 x 8,0 cm, com conteúdo acastanhado, líquido, homogêneo. Superfície interna era lisa, brilhante e regular.

Microscopicamente caracterizava-se por processo neoplásico. Nota-se cisto revestido por epitélio mucoso, sem atipias, e com discreta proliferação de células de reserva. Analisado lâminas com material de imuno-histoquímica e citológico.

Fig 1: Lâmina corada pelo H.E mostrando parede do cisto revestido por monocamada de epitélio do tipo mucoso disposto em monocamadas.

Fig 2 e 3: Maior aumento. Nota-se epitélio mucoso com hiperplasia. Abaixo do epitélio nota-se tecido conjuntivo com linfócitos



### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Embora relativamente raros, os cistos disontogenéticos aparecem, e são muitas vezes encaminhados aos médicos especialistas para avaliação e tratamento. Apesar dos avanços significativos nesta área, tumores benignos podem ser difíceis de distinguir de doenças mais graves. É por isso que deve se ter em mente que: (1) anatomicamente: o cisto disontogenético de origem paramesonéfrica é localizado no terço superior da vulva com preferência particular por aspectos mediais dos lábios menores e área periclitoral, (2) embriologicamente: os ductos paramesonéfricos que formam a vagina encontram o seio urogenital no nível do hímen. O restante dos ductos mesonéfricos terminam no mesmo nível. Há uma tendência de as células epiteliais do trato urogenital se proliferarem nesse ponto e se misturarem com as celulares do epitélio paramesonéfrico e vice versa, e (3) histologicamente: o cisto paramesonéfrico pode ser formado por dois tipos de epitélio Mulleriano: o endocervical, com membrana basal proeminente e celulares colunares altas com citoplasma claro e núcleo situado na base, e o tubário, formado por células secretoras, células ciliadas e intercaladas.

Nenhum exemplo de transformação maligna do cisto disontogenético de origem Mulleriana foi observada em materiais e/ou literatura por nós revisada.

### **REFERÊNCIAS**

CAMPAGNOLO, M.I.; OLIVEIRA, VF. **Como diferenciar e manejar os achados normais e anormais na vulva.** Femina;30(1): 15-20, jan.-fev. 2002.

EVANS, D. M. D.; HUGHES, H. **Cysts of the vaginal wall.** J. Obstet. Gynaco. Brit, Cielth. 68:247, 1961.

HALEY, J. C.; MIROWSKI, G. W.; HOOD, A. F. **Benign vulvar tumors.** Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery, v. 17, September. W.B. Saunders Company, 1998.

HAMILTON, J. R.; BOYD, J. D.; MOSSMAN, W. H. **Human Embryology.** Williams & Wilkins, Baltimore, Md., 1952.

HOOD A.F.; LUMADUE J. **Benign vulvar tumors.** Dermatol Clin;10(2): 371-85, Apr, 1992.

JANOVSKI, N. A. **Dysontogenetic Cyst of the vulva.** New York. 1962

KAUFMANN, E. **Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomic II Band, I Teil,** Ed 11 and 12. de Gruyter, Berlin, 1957

LEE, K. R.; CREIM, C. P. **Diagnostic Gynecologic and Obstetric Pathology.** 1 ed. Elsevier Saunders 2006.

PERVEEN S. **Benign tumours of the vulva.** J Coll Physicians Surg Pak;14(9): 537-9, Sep, 2004.

SCOTT, A. R. **Benign vulvovaginal cysts.** Diagnostic Histopathology, v. 16. November 2010. Elsevier Ltd.

SMITH RP, NETTER FH. **Netter's. Obstetrics, gynecology, and women's health.** Icon Learning Systems, 2002