



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA
CURSO DE MEDICINA

PRISCO BARRETO DE QUEIROZ NETO

TERATOMA CÍSTICO MADURO DE OVÁRIO:
Revisão de literatura

São Luís, MA
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE DUTRA
CURSO DE MEDICINA

PRISCO BARRETO DE QUEIROZ NETO

TERATOMA CÍSTICO MADURO DE OVÁRIO:
Revisão de literatura

Trabalho de conclusão de curso apresentado à faculdade de medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), como requisito para obtenção do título de graduação em medicina, sob a orientação do Prof. Dr. João Nogueira Neto.

São Luís, MA
2017

BARRETO DE QUEIROZ NETO, PRISCO.

TERATOMA CÍSTICO MADURO DE OVÁRIO : Revisão de
literatura / PRISCO BARRETO DE QUEIROZ NETO. - 2017.
25 p.

Orientador(a): JOÃO NOGUEIRA NETO.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
SÃO LUÍS, 2017.

1. Cistectomia. 2. Ooforectomia. 3. Teratoma cístico
maduro de ovário. I. NOGUEIRA NETO, JOÃO. II. Título.

TERATOMA CÍSTICO MADURO DE OVÁRIO:
Revisão de literatura

**Trabalho de conclusão de curso apresentado à
faculdade de medicina da Universidade Federal do
Maranhão (UFMA), como requisito para obtenção
do título de graduação em medicina.**

Aprovado em: ____ / ____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Nogueira Neto (Orientador)
Doutor em Medicina (Ginecologia)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Msc. Adriana Lima dos Reis Costa (Membro interno)
Mestre em Medicina (Saúde da Mulher)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Tarcisio Mota Coelho (Membro interno)
Doutor em Ciências
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Msc. Gláucia Irauna de Melo Freire de Souza (Membro externo)
Mestre em Saúde Materno Infantil
Universidade Federal do Maranhão

Aos meus pais José Eustáquio de Queiroz e Mariluce Costa de Queiroz, à minha
irmã Mariana Costa de Queiroz e minha avó (*in memoriam*) Maria de Lourdes da
Costa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e por ter me dado uma família excepcional.

Aos meus queridos e amados pais José Eustáquio e Mariluce Costa, exemplos de amor e dedicação incondicional aos filhos. A minha adorável irmã, Mariana Costa de Queiroz, amiga, companheira e incentivadora. A Jesca Silva e toda sua família que esteve ao meu lado em mais uma conquista, por todo carinho e apoio recebido durante a minha trajetória.

Aos amigos do curso, agradeço pela companhia ao longo de todos esses meses, em especial ao eterno grupo 1, composto pelos meus amigos Manoel de Castro, Danilo Amorim, Danilo Dallago, Vinícius Carneiro e Rodrigo Almeida, por todos os ensinamentos, brincadeiras e amizade durante essa jornada.

Aos professores do curso, agradeço a todos pela dedicação e ensinamentos transmitidos.

A Universidade Federal do Maranhão, a coordenação do curso de medicina e ao Hospital Universitário unidade Presidente Dutra e unidade Materno Infantil meus agradecimentos.

Aos amigos médicos que fiz nos estágios extracurriculares, o meu agradecimento pelos ensinamentos na medicina e na vida, em especial para Chrystiano Arraes, Ludmila Porfírio e André Rossanno.

Ao Professor Doutor João Nogueira Neto, meu orientador, mestre, incentivador e exemplo profissional, agradeço aos ensinamentos e à paciência. Agradeço também por acreditar em mim, muito obrigado.

“O insucesso é apenas uma oportunidade para recomeçar com mais
inteligência.”
Henry Ford

RESUMO

O teratoma cístico maduro de ovário (TCMO), também denominado de cisto dermóide, é o tumor ovariano com maior prevalência nas mulheres em idade reprodutiva, representando a maioria das neoplasias ovarianas benignas. O TCMO é um tumor de células germinativas benigno, revestido por epiderme e anexos cutâneos, apresentando tecidos derivados das três camadas germinativas. Apresenta-se na grande maioria de forma unilateral à direita. A taxa de malignidade é baixa, e tem sido associada à mulheres com idade mais avançada, menopausadas e tumores de maior tamanho. Pacientes portadoras de TCMO apresentam baixa incidência de sintomas, por vezes, assintomáticas, e acabam descobrindo o tumor em exames de rotina. Exames de imagem e marcadores tumorais podem ser utilizados na suspeita de malignização do TCMO. Atualmente, o tratamento pode ser feito com o emprego de dois métodos: ooforectomia e cistectomia. O primeiro visa a retirada completa do ovário, causando maior prevalência de perda de fertilidade e função hormonal. Enquanto o segundo visa retirar apenas o tumor, com maiores taxas de preservação de fertilidade, sendo a técnica mais recomendada atualmente para pacientes jovens e/ou com desejo de engravidar. Neste trabalho realizou-se uma revisão atual da literatura nacional e internacional, acerca do TCMO, sua incidência e prevalência, diagnóstico e tratamento mais adequado.

Palavras – chave: teratoma cístico maduro de ovário; ooforectomia; cistectomia.

ABSTRACT

Mature cystic teratoma of the ovarian (MCTO), also called a dermoid cyst, is the most prevalent ovarian tumor in women of reproductive age, accounting for the majority of benign ovarian neoplasms. MCTO is a benign germ cell tumor, covered by the epidermis and cutaneous appendages, presenting tissues derived from the three germ layers. It presents in the great majority of form unilateral to the right. The malignancy rate is low, and has been associated with older women, menopausal women, and larger tumors. Patients with MCTO have a low incidence of symptoms, sometimes asymptomatic, and eventually discover the tumor on routine exams. Image exams and tumor markers may be used in the suspected malignancy of MCTO. Currently, the treatment can be done using two methods: oophorectomy and cystectomy. The first seen the complete withdrawal of the ovary, causing higher prevalence of loss of fertility and hormonal function. While the second one aims to remove only the tumor, with higher rates of preservation of fertility, being a technique more recommended for young patients and / or with desire to become pregnant. In this work a current revision of the national and international literature was made, regarding MCTO, its incidence and prevalence, diagnosis and more appropriate treatment.

Key words: mature cystic teratoma of the ovary; oophorectomy; cystectomy.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Ultrassonografia de uma mulher de 14 anos, demonstrando massa cística (TCMO), e nódulo de Rokitansky (setas) 16
- Figura 2 - Tomografia computadorizada mostrando TCMO de grande volume, recoberto por fina camada de gordura (pontas de seta) 17
- Figura 3 - Ressonância magnética de uma mulher de 31 anos com TCMO, mostrando sinal de alta intensidade de gordura e sinal de baixa intensidade de camada aquosa18
- Figura 4 - Teratoma cístico maduro em ovário direito, antes da abertura do tumor, com útero e tubas uterinas (4A) e, após a abertura, com exposição de anexos cutâneos e pelos (4B) 19
- Figura 5 – Teratoma cístico maduro de ovário – microfotografia (100x, H&E) 20

SUMÁRIO

1. RESUMO	7
2. ABSTRACT	8
3. LISTA DE FIGURAS	9
4. INTRODUÇÃO	11
5. OBJETIVOS	13
6. METODOLOGIA	14
7. REVISÃO DE LITERATURA	15
8. CONCLUSÃO	23
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

INTRODUÇÃO

Os cistos ovarianos são problemas comuns. Cerca de 70% dos casos aparecem nas mulheres com idade reprodutiva, e são divididos em duas categorias: fisiológica e patológica. Os cistos fisiológicos são classificados como foliculares ou lúteos. Os cistos patológicos são considerados tumores ovarianos, que podem ser malignos, benignos ou padrão indeterminado (boderline). Os tumores benignos acometem, geralmente, mulheres jovens em idade fértil, e os tumores malignos aparecem com maior prevalência em mulheres idosas e/ou menopausadas¹.

Dentre os tumores benignos, o teratoma cístico ovariano maduro (TCMO) ou cisto dermóide ovariano apresenta maior incidência, representando 32,5 % em média dos tumores ovarianos, com maior prevalência em mulheres com idade média de 30 anos².

A provável origem do TCMO, seria durante o processo de diferenciação da ectoderma das células totipotentes, mostrando um padrão de células germinativas, porém pode ter componentes dos três tecidos (ectoderma, mesoderma e endoderma), com predomínio de tecidos derivados da ectoderma. É formado como resultado da falência da meiose II ou de células pré-meióticas quando ocorre falha na meiose^{2,3}.

O TCMO apresenta-se na forma unilateral, porém em torno de 10 a 15% dos casos tem apresentação bilateral. Na análise histopatológica, possui aspecto característico, que consiste em cistos unicelulares repletos de pelos e material sebáceo, por vezes observa-se a presença de estruturas dentárias no interior do cisto. Ao exame histológico, a parede do cisto é composta de epitélio escamoso estratificado².

Em cerca de até 1% dos casos, o TCMO pode ter transformação maligna, sendo a mais comum o tumor de células escamosas, com incidência de 80 a 90% nos casos de transformação maligna, seguido por sarcomas e melanomas^{4,5,6}.

O diagnóstico é incidental, pois a maioria dos casos, as pacientes não apresentam queixas, e acabam descobrindo o TCMO durante exames de rotina, principalmente na ultrassonografia pélvica ou transvaginal^{1,7}.

As queixas mais comuns, em pacientes sintomáticas com diagnóstico de TCMO são: alteração do fluxo menstrual, sangramento vaginal, aumento da frequência urinária e presença de massa palpável em região pélvica³.

Em torno de 20% das pacientes podem apresentar complicações ligadas ao TCMO, sendo consideradas emergências ginecológicas como: torção ovariana, ruptura, infecção e transformação maligna⁸.

A ooforectomia é o procedimento mais realizado no tratamento do TCMO, e consiste na remoção completa do ovário comprometido. A remoção total do ovário acarreta na diminuição de fertilidade e função hormonal, e nos casos de ooforectomia bilateral ocasiona infertilidade e início precoce da menopausa^{9,10}.

Atualmente, a cistectomia apresenta bons resultados em mulheres jovens com diagnóstico de TCMO, pois consiste em retirar apenas a tumoração, e dessa forma apresenta maiores taxas na manutenção da fertilidade e função hormonal. É importante salientar, que a cistectomia está indicada para tumores de até 10 cm e com padrão sugestivo de benignidade nos exames de imagem. Tumores com tamanho maior que 10 cm, padrão sugestivo de malignidade, diagnosticados em mulheres jovens ou menopausadas, devem ser submetidos a ooforectomia pois a chance de transformação maligna ou ruptura durante o procedimento e extravasamento do seu conteúdo na cavidade abdominal é alta, o que justifica uma abordagem mais radical¹¹.

A utilização de quimioterapia e/ou radioterapia em pacientes com diagnóstico histopatológico positivo para malignidade tem mostrado benefícios nessas pacientes, com maior sobrevida e menor taxa de recidiva, porém os autores divergem sobre o verdadeiro benefício da terapia adjuvante^{4,5}.

OBJETIVO

A proposta desse trabalho é apresentar uma revisão atual da literatura nacional e internacional acerca do teratoma cístico maduro de ovário, visto ser um tumor de grande incidência na prática clínica, definindo a sua epidemiologia, apresentação clínica, diagnóstico, e formas de tratamento (clínica e cirúrgica).

METODOLOGIA

Este estudo tem como metodologia uma revisão atual da literatura nacional e internacional acerca do tema: teratoma cístico maduro de ovário no ano de janeiro/2014 a dezembro/2016, tendo como base as plataformas de pesquisa: SciELO, Pubmed, portal Capes, Bireme e LILACS. Os seguintes termos foram utilizados como palavras chaves: teratoma cístico maduro de ovário, cisto dermóide ovariano, tratamento do teratoma cístico maduro de ovário, cistectomia, ooforectomia, mature cystic teratoma of the ovary, dermoid cyst, cystectomy, oophorectomy e management of ovarian cysts.

Após a realização da pesquisa nos bancos de dados supracitados, os artigos foram divididos em: artigos originais, artigos de revisão e artigos de relato de caso. Analisando os títulos e resumo dos artigos, foram excluídos os artigos com duplicidade de publicação ou que não apresentavam concordância com o tema da pesquisa. Ao final da análise foram selecionados um total de 22 artigos pela relevância, e importância acerca do tema dessa revisão.

REVISÃO DE LITERATURA

Em torno de 70% dos tumores ovarianos ocorrem em idade reprodutiva, tendo maior incidência entre 21 e 40 anos. O teratoma cístico maduro de ovário (TCMO), frequentemente chamado de cisto dermóide, é o tumor ovariano mais comum em mulheres em idade reprodutiva e representa a maioria das neoplasias ovarianas benignas⁴. O TCMO é um tumor de células germinativas benigno, sendo revestido por epiderme e anexos cutâneos, apresentando tecidos derivados das três camadas germinativas: ectoderma, mesoderma e endoderma, embora ocorra predomínio de estruturas derivadas do ectoderma, justificando o padrão de células epiteliais na sua composição. Como apresenta tecidos das três camadas, pode apresentar no seu interior gordura, pelos, dentes, tecidos tireoidianos e estruturas ósseas. Os tumores podem ter tamanhos variados, mas possuem uma média de diâmetro variando entre 5 e 10 cm^{10,12,13}.

O TCMO representa 25 a 40% dos tumores ovarianos, 80% do diagnóstico ocorre em mulheres em idade reprodutiva, e 60% em mulheres com menos de 40 anos¹⁴. Há uma predominância da apresentação unilateral à direita, porém em torno de 10% dos casos ocorre acometimento bilateral^{9,17}, atingindo mulheres na faixa etária de 30 a 35 anos¹⁵.

A origem da patogênese tem sido relacionada a fatores genéticos, com aumento da expressão do gene p53 e diminuição da expressão do gene p16, explicando a grande proliferação de células germinativas, que possuem origem na falha da conclusão da meiose I e II, contendo conjuntos de alelos homozigóticos, verificados após a realização de análise genética dos tumores^{5,10,16,18}.

Usualmente o TCMO apresenta-se como neoplasia benigna, mas em torno de 0,2 a 1% dos casos podem evoluir com transformação maligna¹⁷, o que justifica a exérese cirúrgica, especialmente em mulheres de risco ou na suspeita de possíveis complicações: abdome agudo por torção; infecção ou ruptura^{10,17}, que apesar de serem raras, trazem grande risco para as pacientes, sendo consideradas emergências ginecológicas, estando presente em torno de 20% dos casos de TCMO¹⁰.

A malignidade tem sido associada a idade das pacientes acometidas, menopausa e tamanho do tumor. Mulheres em torno de 45 a 60 anos, apresentam maior potencial de transformação maligna em comparação a mulheres mais jovens.

bem como tumores de maior diâmetro em relação a tumores de diâmetros menores. O carcinoma de célula escamosa é a forma mais comum de transformação maligna no TCMO, em torno de 80 a 90% de incidência, seguido de sarcomas e melanomas^{4,5}.

DIAGNÓSTICO

Em uma grande parte das pacientes o TCMO não apresenta sintomas¹, e a suspeita diagnóstica ocorre através de exames de rotina, como ultrassonografia (US) pélvica e/ou transvaginal (figura 1). Quando ocorrem sintomas associados ao TCMO, os mais comuns são: alterações no ciclo menstrual, dor pélvica e sensação de massa na pelve, o que faz as pacientes procurarem atendimento médico, identificando a presença do tumor, no exame físico e/ou em exames de imagem^{1,7,19}.

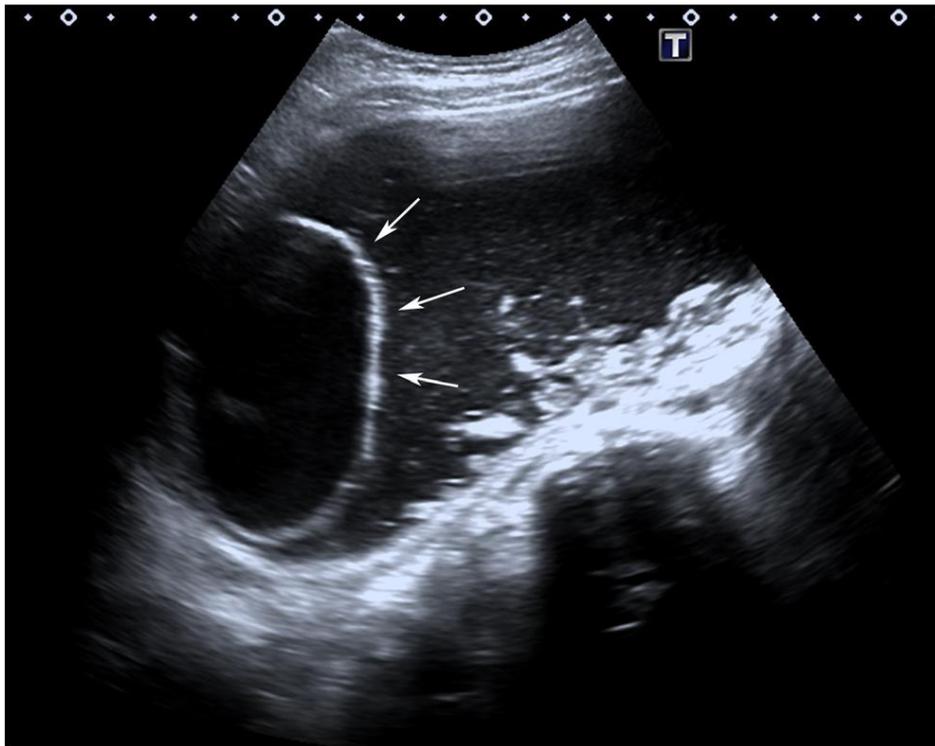


Figura 1 - Ultrassonografia de uma mulher de 14 anos, demonstrando massa cística (TCMO), e nódulo de Rokitansky (setas).
Fonte: SAHIN; ABDULLAZADE; SANCI, 2016, p. 3.

A US com doppler e ecografia transvaginal podem ser utilizados como primeiro exame na suspeita diagnóstica de TCMO, porém em alguns casos a US mostra apenas uma massa heterogênea, suscitando dúvida diagnóstica^{10,20}. Nos casos em que a US não fornece diagnóstico adequado, a tomografia computadorizada (TC) (figura 2) e/ou ressonância magnética (RNM) (figura 3) apresentam maior sensibilidade e especificidade dando uma melhor delimitação do tumor, bem como a caracterização do seu padrão tecidual, direcionando assim o tratamento mais adequado^{5,21}. Os estudos mostram que TC e RNM apresentam especificidade e sensibilidade muito próximas no diagnóstico de TCMO, estando a critério do médico responsável o exame a ser solicitado¹³.

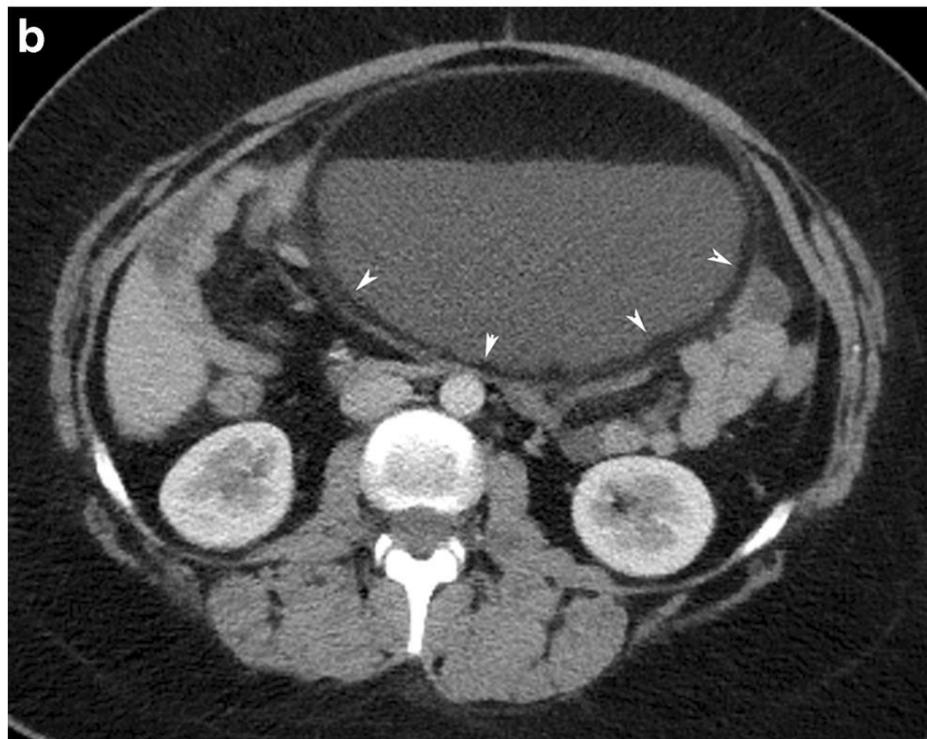


Figura 2 – Tomografia computadorizada mostrando TCMO de grande volume, recoberto por fina camada de gordura (pontas de seta).
Fonte: SAHIN; ABDULLAZADE; SANCI, 2016, p. 6.

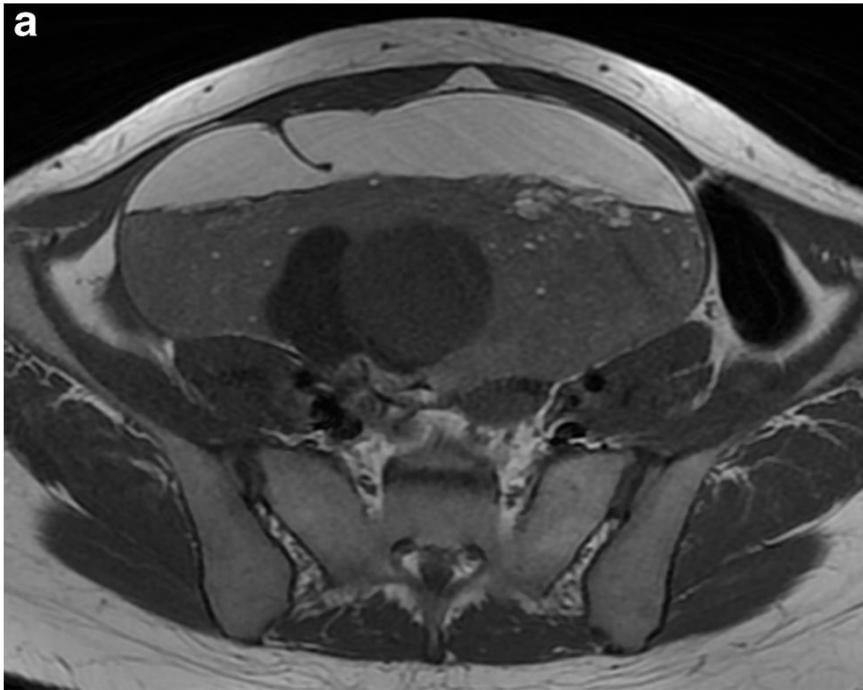


Figura 3 – Ressonância magnética de uma mulher de 31 anos com TCMO, mostrando sinal de alta intensidade de gordura e sinal de baixa intensidade de camada aquosa.

Fonte: SAHIN; ABDULLAZADE; SANCI, 2016, p. 8.

Alguns marcadores tumorais podem ser utilizados para o diagnóstico, na suspeita de TCMO em exames de imagem e achados clínicos, como: subunidade Beta da gonadotrofina coriônica humana (Beta HCG), alfa feto-proteína (AFP), antígeno carcinoembrionário (CEA), CA19.9 e CA125^{5,15,22}. Apesar do TCMO não causar elevação desses marcadores, o aumento desses marcadores está relacionada com malignidade, sobretudo com AFP no tumor de células imaturas¹⁵.

A utilização desses marcadores também auxiliam na exclusão de outras neoplasias malignas¹⁵. Os marcadores tumorais: CEA, CA19.9 e CA125 estão relacionados com o carcinoma de célula escamosa, estando aumentados 65, 65 e 60% respectivamente²³.

Após exérese do tumor é verificado, principalmente, uma única cavidade cística, porém em alguns casos, o tumor pode apresentar-se com várias cavidades isoladas, em ambos os casos com grandes quantidades de pelos e material sebáceo em seu interior (figura 4A e 4B). Geralmente, existe uma protuberância na cavidade do cisto, denominada de Rokitansky, e quando são encontrados ossos e dentes no interior do tumor, estes são originados nessa protuberância, que também está

associada a maior probabilidade de transformação maligna. O diagnóstico definitivo ocorre através da análise do histopatológico, onde será verificado grande proliferação de células germinativas, do tipo epitélio escamoso estratificado^{5,10,20} (figura 5).



Figura 4A - Teratoma cístico maduro em ovário direito, antes da abertura do tumor, com útero e tubas uterinas.

Fonte: GENARO *et al*, 2016, p. 486.



Figura 4B - Teratoma cístico maduro em ovário direito, após a abertura, com exposição de anexos cutâneos e pelos.

Fonte: GENARO *et al*, 2016, p. 486.

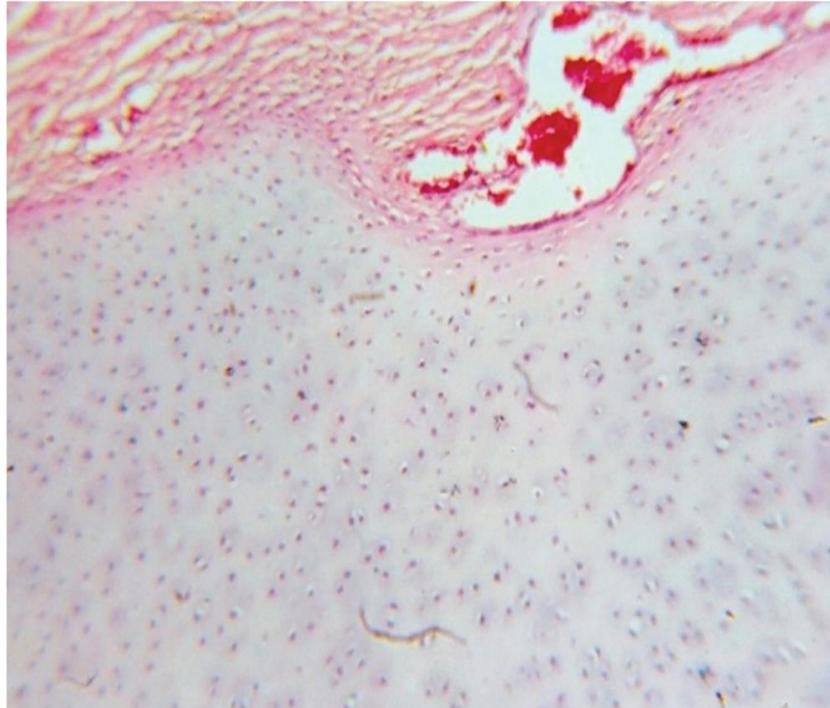


Figura 5 – Epitélio escamoso estratificado – microfotografia (100x, H&E)
Fonte: MANKAR; JAIN, 2015, p. 109.

TRATAMENTO

A abordagem cirúrgica nos casos de TCMO pode considerar a preservação da fertilidade e função hormonal, levando em consideração a histologia do tumor, a paridade, idade e estado menopausal da paciente⁹. Em mulheres na menacne a tumorectomia com preservação dos anexos deve ser priorizada. Em mulheres na menopausa, a recomendação é que seja feita remoção completa dos anexos e útero, pelo maior risco de malignização^{9,4}. As cirurgias mais utilizadas para a remoção do TCMO são: ooforectomia ou cistectomia¹⁰.

A exérese cirúrgica do tumor pode ser realizada através de laparotomia ou laparoscopia, ocorrendo maior predomínio da laparotomia em relação a laparoscopia, tanto na literatura mundial, como na brasileira, porém há uma

tendência mundial no crescimento da laparoscopia como padrão ouro na ressecção dos tumores¹⁰. Os estudos têm mostrado um maior benefício na via laparoscópica, pois as pacientes apresentaram recuperação mais rápida, menos dor, menos utilização de analgésicos no pós-operatório e menos dias de hospitalização¹⁴.

Na comparação da via de abordagem cirúrgica, observa-se maior predomínio de laparotomia em mulheres acima de 55 anos. Em mulheres abaixo de 35 anos a laparoscopia foi a via de escolha mais utilizada. Há um predomínio em pacientes com três filhos ou mais, na utilização da laparotomia em comparação às pacientes nulíparas⁹.

1. OOFORECTOMIA

A ooforectomia consiste na remoção total do ovário, podendo ser unilateral ou bilateral. Em alguns casos pelo tamanho do tumor e pelo comprometimento de ambos os ovários é necessário a realização da histerectomia associada a ooforectomia. Nesses casos a probabilidade de transformação maligna do tumor é alta, o que justifica a abordagem mais radical^{9,10}.

A escolha pela ooforectomia está relacionada com maior taxa de infertilidade, principalmente, quando há o comprometimento bilateral e assincronismo, com um maior predomínio pela utilização dessa técnica nos estudos internacionais, fato que também se repete na realidade brasileira^{9,10,12}.

A ooforectomia realizada tanto na pré ou pós-menopausa, está associada a maiores índices de doenças cardiovasculares, osteoporose, fraturas, depressão, perda de libido, já que mesmo na menopausa o ovário produz androstenediona e testosterona, sendo convertidos em estroma no tecido adiposo, músculo e pele, prevenindo assim as doenças supracitadas^{9,10}.

2. CISTECTOMIA

A cistectomia ou tumorectomia consiste na remoção apenas do tumor ou cisto, preservando os ovários, estando associada com altos índices na manutenção de fertilidade e da função hormonal. Está indicada nos tumores de até 10 cm, com baixa possibilidade de ruptura, em torno de 12 a 18%, e com baixos índices de malignidade^{9,12,11}.

A cistectomia é, usualmente, indicada, para pacientes jovens, nulíparas ou que ainda possuem o desejo de engravidar, pois esta técnica tem demonstrado elevadas taxas de fertilidade, principalmente, em mulheres com apresentação bilateral do TCMO, que pela técnica de ooforectomia ficariam inférteis^{1,17}.

O tecido cortical restante após a cistectomia, mesmo que em pequenas quantidades, contém quantidades de folículos suficientes para manter a fertilidade e função hormonal. Dessa forma mulheres jovens com prole completa ou mesmo menopausadas, poderiam ser submetidas a esta técnica como forma de manter a função hormonal ovariana preservada^{9,11}.

3. TERAPIAS NEOADJUVANTES

A utilização de quimioterapia e/ou radioterapia em pacientes com suspeita de malignidade e diagnóstico histopatológico positivo para malignidade tem mostrado benefícios nessas pacientes, com maior sobrevida e menor taxa de recidiva, porém os autores divergem sobre o verdadeiro benefício da terapia adjuvante, embora seja uma tendência da literatura nacional e internacional a associação da remoção cirúrgica do tumor com quimioterapia e radioterapia^{4,5}.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise sobre a prevalência do teratoma cístico maduro de ovário na literatura nacional e internacional, bem como o seu diagnóstico e tratamento.

De uma maneira geral, o TCMO apresenta-se de forma assintomática, sendo descoberto em exames de ultrassom abdominal ou transvaginal, mas podem apresentar sintomas como: alteração do fluxo menstrual, dor e massa pélvica. A tomografia ou ressonância pode trazer uma melhor acurácia no diagnóstico, bem como padrão tecidual e plano terapêutico mais adequado. O tratamento de escolha é o cirúrgico, com via de acesso pela laparoscopia ou laparotomia, sendo a laparotomia a via mais escolhida na literatura nacional e internacional. As técnicas de exérese do tumor pode ser feito através da retirada completa do ovário (ooforectomia), ou através da retirada do tumor (cistectomia), com boas taxas de preservação de fertilidade e função hormonal, porém a técnica mais prevalente nas indicações cirúrgicas consiste na retirada completa do ovário comprometido. A associação de radioterapia e quimioterapia em pacientes com evolução maligna tem-se mostrado promissora, porém os estudos ainda divergem sobre os reais benefícios da sua indicação.

Dada a importância do tema, torna-se necessário o desenvolvimento de novas pesquisas e projetos, mostrando a incidência/prevalência atual, como melhorar o diagnóstico precoce, ratificar os tratamentos atuais ou demonstrar novas formas de tratamento, trazendo benefícios para os pacientes e médicos através da educação continuada.

Este trabalho demonstra a importância acerca do objeto do estudo, trazendo informações atuais para toda a comunidade acadêmica, bem como a população em geral, através da revisão dos trabalhos científicos da literatura nacional e internacional.

REFERÊNCIAS

1. ABDULJABBAR, Hassan S. *et al.* **Review of 244 cases of ovarian cysts.** 36. ed. Kingdom Of Saudi Arabia: Saudi Medical Journal, 2015. 834-838 p.
2. ROBBINS; COTRAN. **Fundamentos da patologia.** 8. ed. Brasil: Elsevier, 2012. 1149-1150 p.
3. BLACK, Jonathan *et al.* **A Series of Malignant Ovarian Cancers Arising From Within a Mature Cystic Teratoma: A Single Institution Experience.** 5. ed. EUA: International Journal Of Gynecological Cancer, 2015. 792-797 p. v. 25.
4. KOC, Sevgi *et al.* **Malignant transformation of mature cystic teratoma of the ovary: a case series.** Portugal: Journal Of Experimental Therapeutics And Oncology, 2015. 11-16 p. v. 11
5. GLASSPOOL, Rosalind *et al.* **Gynecologic Cancer InterGroup (GCIG) Consensus Review for Squamous Cell Carcinoma of the Ovary.** S3. ed. United Kingdom: International Journal Of Gynecological Cancer, 2014. 26-29 p. v. 24.
6. MANKAR, Deepti Vijay; JAIN, Gaurav K. **Histopathological profile of ovarian tumours: A twelve year institutional experience.** 2. ed. India: Muller Journal Of Medical Sciences And Research, 2015. 107-111 p. v. 6.
7. DE HAAN, J. *et al.* **Management of ovarian cysts and cancer in pregnancy.** 1. ed. Belgium: Facts, Views & Visions In ObGyn, 2015. 25-31 p.v. 7.
8. SAMPAIO, Joana *et al.* **Mature Cystic Teratoma of Ovary with Abnormally High Levels of Ca19-9: a case report.** 7. ed. Brazil: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2016. 365-367 p. v. 38.
9. DERCHAIN, Sophie *et al.* **Preservação da fertilidade e dos ovários em mulheres com tumores anexiais benignos.** 1. ed. Brasil: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2015. 36-41 p. v. 37.
10. RIBEIRO, Leo Cezar *et al.* **Cistectomia via laparoscópica com preservação do tecido ovariano em teratoma maduro de ovário: relato de caso.** 43. ed. Brasil: Arquivos Catarinenses de Medicina, 2014. 73-75 p.
11. OH CHONG, Gun *et al.* **Single-Port (Octoport) Assisted Extracorporeal Ovarian Cystectomy for the Treatment of Large Ovarian Cysts: compare to Conventional Laparoscopy and Laparotomy.** 1. ed. South Korea: Journal Of Minimally Invasive Gynecology, 2015. 45-49 p. v. 22.
12. OUE, Takaharu *et al.* **Treatment and ovarian preservation in children with ovarian tumors.** Japan: Journal of Pediatric Surgery, 2015. 2116-2118 p. v. 50.
13. FOTI, Pietro Valerio *et al.* **MR imaging of ovarian masses: classification and differential diagnosis.** Italy: Insights Into Imaging, 2016. 21-41 p. v. 7.

14. PARK, Jeong-yeol *et al.* **Laparoendoscopic single-site versus conventional laparoscopic surgery for ovarian mature cystic teratoma.** 4. ed. Korea: Obstetrics e Gynecology Science, 2015. 294-301 p. v. 58.
15. GENARO, André *et al.* **Teratoma ovariano imaturo gigante com teratoma maduro bilateral: relato de caso.** 49. ed. Brasil: Revista Femusp, 2016. 483-489 p.
16. FUJJI, Kaho *et al.* **Ovarian mucinous tumors arising from mature cystic teratomas: a molecular genetic approach for understanding the cellular origin.** Japan: Human Pathology, 2014. 717-724 p. v. 45.
17. SRIKANTH, Shastry; ANANDAM, Gadda. **Bilateral dermoid cyst of ovary.** 7. ed. India: Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University, 2014. 492-493 p.
18. JALENCAS, G. *et al.* **Ovarian mature teratoma: a ten year experience in our institution.** Spain: Clin. Exp. Obst. & Gyn., 2014. 1-5 p.
19. MURDOCH, William; SADOSKI, Jill; ROSIN, Frederick. **Multisystem Manifestations of Benign Ovarian Teratomas.** EUA: The Journal Of The American Board Of Family Medicine, 2015. 421-423 p. v. 27.
20. SAHIN, Hilal; ABDULLAZADE, Samir; SANCI, Muzaffer. **Mature cystic teratoma of the ovary: a cutting edge overview on imaging features.** 1. ed. Turkey: Insights Into Imaging, 2016. 20-35 p. v. 13.
21. TING, W. H. *et al.* **Primary carcinoid tumor of the ovary arising in a matura cistic teratoma: a case report.** 35. ed. Taiwan: European Journal Of Gynaecological Oncology, 2014. 100-102 p. v. 1.
22. RAMOS, Umbelina *et al.* **Struma Ovarii: um achado incidental.** 4. ed. Portugal: Acta Obstetrícia e Ginecologia Portuguesa, 2014. 411-413 p. v. 8.
23. SONG, Min Jong *et al.* **Single port gasless laparoscopy-assisted mini-laparotomic ovarian resection (SP-GLAMOR): Reasonable treatment for large cystic ovarian tumors with suspicion of malignancy.** Korea: Gynecologic Oncology, 2014. 119-124 p. v. 132.