15 minutos

Cisto de ovário no USG de rotina

Caso rápido · ambulatório de GO

CASO | 'APARECEU UM CISTO NO MEU EXAME'

Fernanda, 38 anos, advogada, G2P2.

Veio para o preventivo. Traz USTV 'de rotina' de 3 semanas atrás, feito no 20º dia do ciclo: ovário direito com cisto anecoico, unilocular, de 5,8 x 5,1 cm, paredes finas, sem septos, sem papilas, sem fluxo ao Doppler; útero e ovário esquerdo normais; sem líquido livre. Laqueada. Assintomática: sem dor, distensão ou alteração intestinal. Sem história familiar de câncer de ovário ou mama. Exame sem massa palpável.
Outro médico já pediu CA-125: 41 U/mL (referência < 35) e 'sugeriu laparoscopia para tirar antes que vire outra coisa'. Ela chegou chorando, perguntando se é câncer.



USTV: cisto unilocular anecoico, paredes finas, sem septos nem papilas

Opera, acompanha ou encaminha? O CA-125 de 41 muda a sua decisão?

Imagem: acervo da aula.

O QUE O USG MOSTRA | REGRAS SIMPLES DA IOTA

Regras B (benigno): B1 unilocular; B2 componente sólido < 7 mm; B3 sombra acústica; B4 multilocular liso < 10 cm; B5 sem fluxo (escore 1).

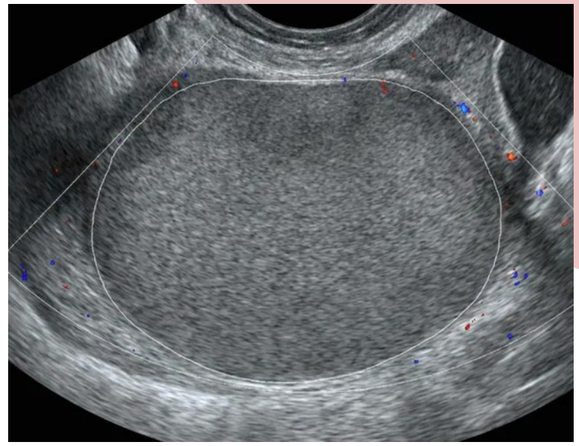
Regras M (maligno): M1 sólido irregular; M2 ascite; M3 ≥ 4 projeções papilares; M4 multilocular-sólido irregular ≥ 10 cm; M5 fluxo intenso (escore 4).

Leitura: só B = benigno; só M = maligno; B e M juntas ou nenhuma = inconclusivo → ultrassonografista experiente, RM ou oncoginecologia.

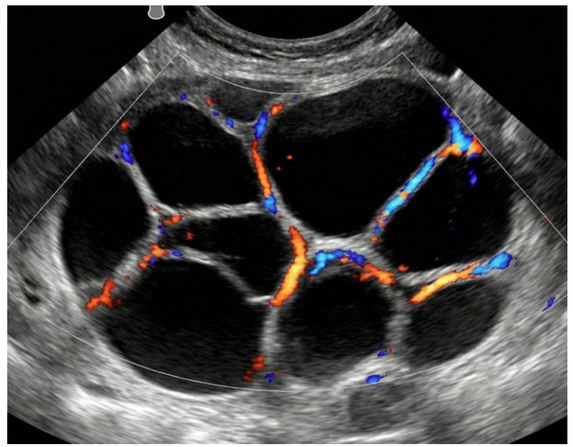
Acurácia das regras simples: sensibilidade cerca de 90%, especificidade cerca de 95% quando aplicáveis (≈ 80% das massas).



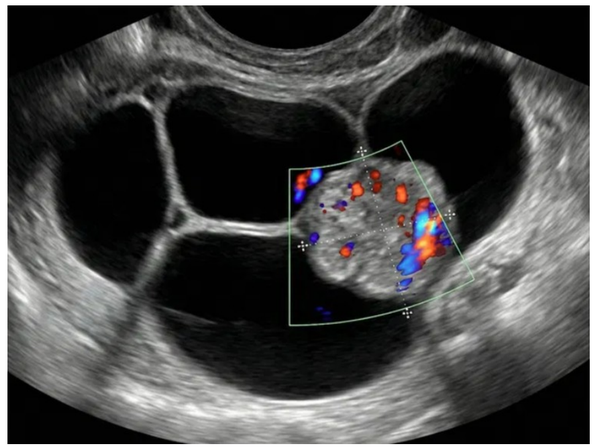
B1: cisto unilocular, anecoico, parede lisa — benigno



Conteúdo homogêneo em 'vidro fosco' — endometrioma (benigno clássico)



Multilocular com septos espessos e fluxo nos septos — não é simples



Componente sólido vascularizado ao Doppler — regra M, encaminhar

Fontes: Timmerman D et al., IOTA Simple Rules, Ultrasound Obstet Gynecol 2008 e BMJ 2010; Andreotti RF et al., O-RADS US, Radiology 2020 (v2022); imagens: acervo da aula.

QUEM ACOMPANHA, QUEM OPERA, QUEM ENCAMINHA

Achado no USG	Classificação	Conduta
Folículo ou corpo lúteo ≤ 3 cm na pré-menopausa	O-RADS 1 (fisiológico)	Nada. Nem descrever como 'cisto' para a paciente
Cisto simples ≤ 5 cm (pré) ou ≤ 3 cm (pós-menopausa)	O-RADS 2 (< 1% de malignidade)	Sem seguimento obrigatório; pós-menopausa: pode repetir em 1 ano
Cisto simples 5–10 cm; hemorrágico 5–10 cm; endometrioma ou dermoide < 10 cm	O-RADS 2	Repetir USTV em 8 a 12 semanas; dermoide/endometrioma: controle anual ou cirurgia se sintoma, crescimento ou > 5–6 cm. ACO não acelera resolução
Cisto simples ≥ 10 cm; multilocular liso < 10 cm; parede irregular; sólido liso sem fluxo	O-RADS 3 (1–10%)	Ultrassonografista experiente ou RM; ginecologista decide cirurgia (laparoscopia, cistectomia sem romper)
Multilocular ≥ 10 cm ou com componente sólido; 1–3 papilas; fluxo moderado	O-RADS 4 (10–50%)	Oncoginecologia ou ginecologista com oncologista disponível; CA-125 e RM ajudam
≥ 4 papilas; sólido irregular com fluxo intenso; ascite ou implantes peritoneais	O-RADS 5 (≥ 50%)	Oncoginecologia. Não puncionar, não operar em serviço sem congelação

Fontes: ACR O-RADS US v2022 (Andreotti RF et al., Radiology 2020; Strachowski LF et al., Radiology 2023); ACOG Practice Bulletin 174 (2016); RCOG Green-top 62 (2011); Grimes DA et al., Cochrane 2014 (ACO não trata cisto funcional); FEBRASGO 2018.

RESOLUÇÃO | ACOMPANHAR — E DEVOLVER O SONO

Cisto ovariano simples de 5.8 cm na pré-menopausa — O-RADS 2, regra B1 isolada. Risco de malignidade < 1%.

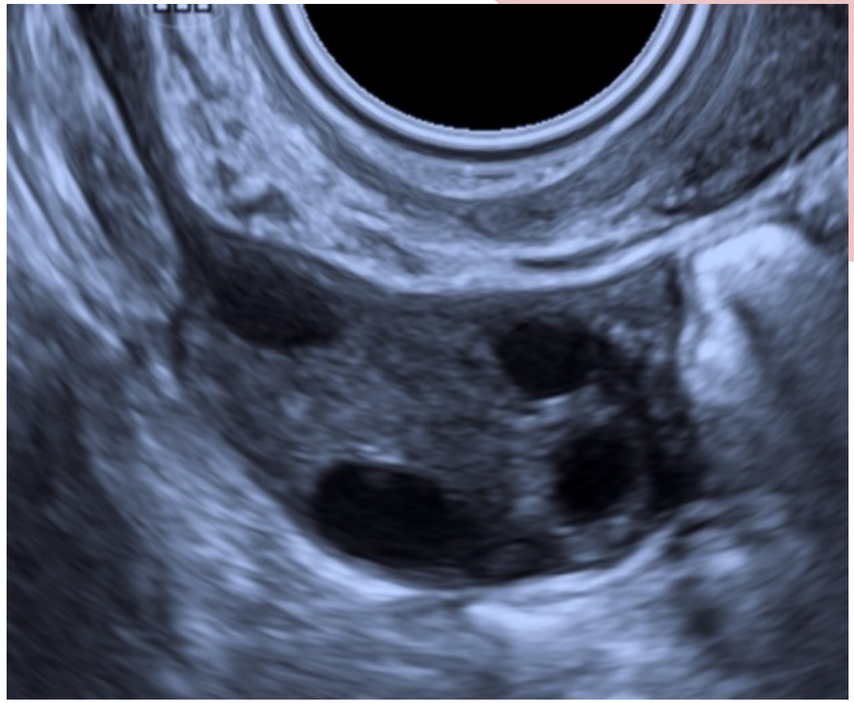
O CA-125 de 41: não muda nada. Na pré-menopausa ele sobe com menstruação, endometriose, mioma e DIP; a especificidade é baixa. Não deveria ter sido pedido para um cisto simples — e não se trata o número. Na pós-menopausa seria diferente: entra no RMI (USG × menopausa × CA-125; > 200 encaminha).

Conduta: repetir USTV em 8 a 12 semanas, na fase folicular (dia 5 a 10). A maioria dos cistos funcionais some; se persistir simples, controle anual; se crescer, mudar de aspecto ou passar de 10 cm, laparoscopia com cistectomia preservando o ovário.

ACO 'para secar o cisto': não acelera a resolução (Cochrane). Só previne novos cistos funcionais — e ela é laqueada, não precisa.

Voltar antes se: dor súbita intensa com náusea (torção — risco maior acima de 5 cm), febre, distensão progressiva.

O que dizer: 'é um cisto simples, do tipo que o ovário faz todo mês; a chance de câncer é menor que 1 em 100; em 2 meses repetimos o exame e ele provavelmente terá sumido'.



Ovário com folículos: o 'cisto' de 2 cm que não precisa de laudo

Simples: acompanhar

USTV em 8–12 semanas

CA-125 na pré: não

Regra M: oncogineco

Fontes: ACOG PB 174 (2016); O-RADS US v2022; IOTA 2008; Grimes DA, Cochrane 2014.

PEGADINHA DE PROVA

Mulher de 31 anos, assintomática, com ultrassonografia transvaginal mostrando cisto anecoico unilocular de 6 cm no ovário esquerdo, paredes finas, sem septos, papilas ou fluxo ao Doppler. CA-125 de 38 U/mL. A conduta mais adequada é:

A Laparoscopia com cistectomia, pelo tamanho superior a 5 cm e CA-125 elevado.

B Anticoncepcional combinado por 3 meses para acelerar a regressão do cisto.

C Repetir a ultrassonografia transvaginal em 8 a 12 semanas, sem necessidade de novo CA-125.

D Encaminhar à oncoginecologia, pois o CA-125 acima de 35 U/mL indica risco de malignidade.

E Punção aspirativa do cisto guiada por ultrassonografia.

PEGADINHA DE PROVA

Mulher de 31 anos, assintomática, com ultrassonografia transvaginal mostrando cisto anecoico unilocular de 6 cm no ovário esquerdo, paredes finas, sem septos, papilas ou fluxo ao Doppler. CA-125 de 38 U/mL. A conduta mais adequada é:

A Laparoscopia com cistectomia, pelo tamanho superior a 5 cm e CA-125 elevado.

B Anticoncepcional combinado por 3 meses para acelerar a regressão do cisto.

C Repetir a ultrassonografia transvaginal em 8 a 12 semanas, sem necessidade de novo CA-125.

D Encaminhar à oncoginecologia, pois o CA-125 acima de 35 U/mL indica risco de malignidade.

E Punção aspirativa do cisto guiada por ultrassonografia.

PARA LEVAR

1

Cisto simples na pré-menopausa: ≤ 5 cm é nada; 5 a 10 cm repete o USG em 8 a 12 semanas; ≥ 10 cm, persistente ou sintomático se opera. ACO não seca cisto.

2

Leia o laudo com as regras da IOTA: unilocular, parede lisa, sem fluxo é benigno. Sólido irregular, ≥ 4 papilas, ascite ou fluxo intenso é oncoginecologia.

3

CA-125 na pré-menopausa não decide nada e assusta a paciente; na pós-menopausa entra no RMI (> 200 encaminha). Explique o risco em números.