

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Manejo da Paciente com Diagnóstico de Massa Pélvica

Versão: 2 | 2025

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

ROSEKEILA SIMÕES NOMELENI

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Rosekeila Simões Nomelini, Unidade de Saúde da Mulher

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 11/4/2025

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UMUL.001

Vigência: dois anos

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados ® 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados
www.ebserh.gov.br*



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVO

Esse protocolo tem como objetivo auxiliar os profissionais médicos da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) no diagnóstico e decisão entre conduta clínica ou cirúrgica nas massas pélvicas e abdominopélvicas.

2. DESCRIÇÃO

O diagnóstico de massas pélvicas e o manejo correto são importantes porque podem reduzir o número de cirurgias desnecessárias em pacientes com tumores não neoplásicos e poderiam direcionar o ginecologista a encaminhar aquelas pacientes com maior predição de malignidade para serem operadas pelo oncologista ginecológico. Já está comprovado na literatura que, quando as pacientes com câncer de ovário são operadas na primeira cirurgia, pelo oncologista, o prognóstico da doença é melhor.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Massas pélvicas ou abdominopélvicas enquadram todas as lesões tumorais que crescem na pelve, estendendo-se ou não para o abdome, podendo ter causas ginecológicas ou não ginecológicas. O manejo de massas não ginecológicas será excluído desse protocolo, porque serão encaminhadas para tratamento pela especialidade correta, de acordo com a etiologia.

4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

É de responsabilidade dos médicos do ambulatório de Ginecologia Geral encaminhar todas as pacientes com diagnóstico de massa abdominopélvica e massa pélvica para o ambulatório de “Oncologia Ginecológica-OGI”.

É de responsabilidade dos médicos do ambulatório de OGI atender, diagnosticar, tratar e seguir essas pacientes, de acordo com esse protocolo.

5. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Na anamnese, é importante questionar às pacientes não somente sobre sintomas ginecológicos, mas principalmente sintomatologia do trato gastrointestinal, como pirose, dor abdominal e sensação de plenitude pós-prandial, visto que o câncer de ovário pode levar a sintomas pouco específicos.

Ao exame físico, é importante, além do exame físico geral e de mamas, examinar detalhadamente o abdome (para verificar se a massa é palpável e verificar se há sinais de ascite) e fazer exame especular para coleta de citologia cervicovaginal. Fazer também um toque vaginal para verificar se a massa pélvica é perceptível, descrevendo suas características (tamanho aproximado, consistência, se se encontra aderida ou não, se é dolorosa ou não). Mas é importante saber que mesmo um ginecologista experiente pode não conseguir palpar massas anexiais com diâmetro de até 5 cm.

6. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Para todas as pacientes encaminhadas ao ambulatório de OGI por massa pélvica, é importante solicitar:

- a. Ultrassonografia (US) pélvico, via transvaginal (USTV) com Doppler (a não ser que a paciente não tenha tido sexarca, nesse caso, solicitar US pélvico via abdominal); se massa ultrapassa os limites da pelve, solicitar também US de abdome superior e pelve;
- b. Marcadores tumorais - MT (CA-125, CA15.3, CA19.9, AFP, CEA, beta-HCG, e, nos casos de tumores com áreas sólidas ou com suspeita de produção de hormônios, estradiol e testosterona total);
- c. Caso haja dificuldade de definição se a massa é originária ou não dos ovários, ou suspeita de teratoma ou endometrioma, ou ainda se paciente terá indicação de cirurgia e é nulípara e desejosa de gestação (ou crianças e adolescentes), complementar com ressonância magnética de pelve, para programar melhor a conduta cirúrgica;
- d. Caso haja indicação cirúrgica, após avaliação dos resultados dos exames solicitados nos itens a e b, solicitar a rotina de exames pré-operatórios;
- e. Caso haja alta suspeição de neoplasia maligna de ovário ou tuba após avaliação dos resultados dos exames solicitados nos itens a e b, complementar com ressonância magnética de pelve, tomografia computadorizada de abdome superior e tórax, endoscopia digestiva alta e colonoscopia.

7. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

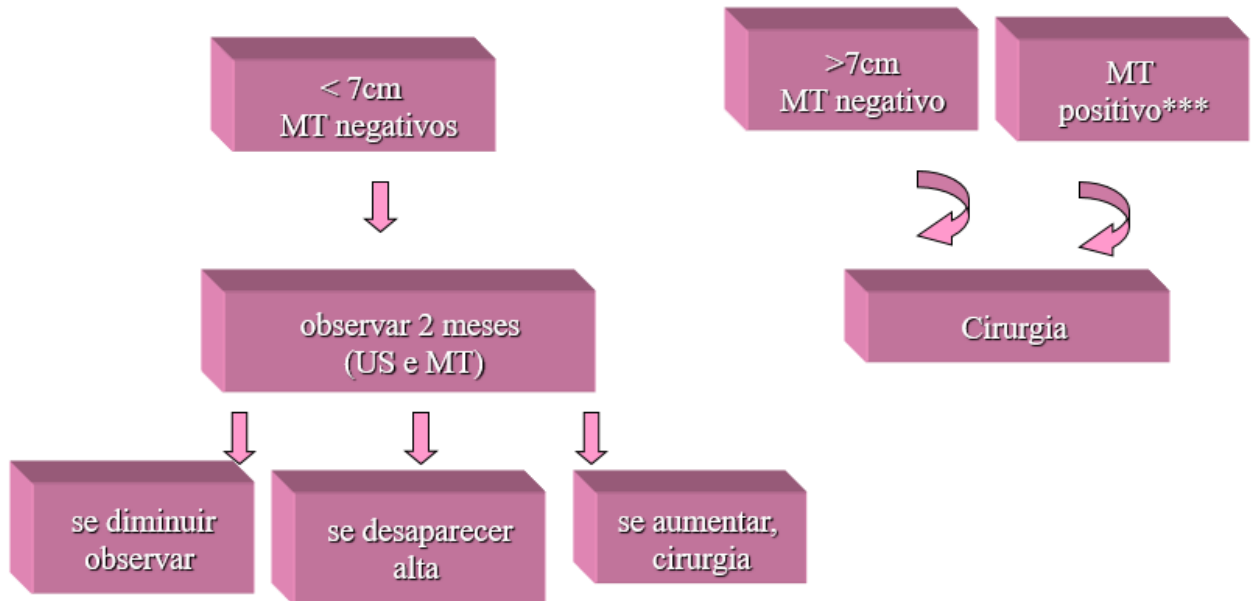
- a. Massa anexial com conteúdo anecoico e, no máximo, um septo fino, e MT negativos, com maior diâmetro até 7 cm: repetir USTV em 2 meses. Se desaparecer, alta do ambulatório OGI e encaminhar ao ambulatório de Ginecologia Geral. Se aumentar, indicar cirurgia (laparotomia ou laparoscopia). Se reduzir, manter USTV a cada 2 meses até desaparecer. Se persistir por 6 meses ou mais, indicar cirurgia (laparotomia ou laparoscopia) (Fluxograma 1).
- b. Diâmetro da massa anexial maior que 7 cm: indicar cirurgia (laparotomia ou laparoscopia).
- c. Se algum dos MT positivos sem nenhuma outra causa, que justifique o aumento, ou se qualquer um dos critérios a seguir pela US com Doppler, indicar cirurgia (laparotomia ou laparoscopia, dependendo do tamanho e das características).
Critérios: presença de áreas sólidas ou vegetações no interior, dois ou mais septos finos, septos grossos, cápsula espessa, presença de ascite, bilateralidade, ou Doppler com IR menor que 0,4 ou IP menor que 1,0.

8. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Não se aplica.

9. FLUXOGRAMA

Cistos Simples e / ou com um Septo Fino



Fonte: própria

10. MONITORAMENTO

As pacientes com câncer de ovário serão monitoradas a cada 6 meses nos primeiros 5 anos e, depois, a cada ano no ambulatório de OGI. As pacientes com diagnóstico de lesão não neoplásica ou neoplasia benigna terão alta.

11. REFERÊNCIAS

MURTA, E.F.; DA SILVA, C.S.; GOMES, R.A.; TAVARES-MURTA, B.M.; MELO, A.L. Ultrasonographic criteria and tumor marker assay are good procedures for the diagnosis of ovarian neoplasia in preselected outpatients. **European journal of gynaecological oncology**.v.25, n.6, p.707-712, 2004.

MURTA, E.F.; NOMELINI, R.S. Early diagnosis and predictors of malignancy of adnexal masses. **Current opinion in obstetrics & gynecology**. v.18, n.1, p.14-19, 2006.

VAN CALSTER, B.; VAN HOORDE, K.; VALENTIN, L. et al. Evaluating the risk of ovarian cancer before surgery using the ADNEX model to differentiate between benign, borderline, early and advanced stage invasive, and secondary metastatic tumours: prospective multicentre diagnostic study. *British Medical Journal*. v.349, n.G5920, p.1-14, 2014.

ZHANG, F.; ZHANG, Z.L. The Diagnostic Value of Transvaginal Sonograph (TVS), Color Doppler, and Serum Tumor Marker CA125, CEA, and AFP in Ovarian Cancer. *Cell Biochemistry and Biophysics*. v.72, n.2, p.353-357, 2015.

12. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	12/12/2022	Elaboração do protocolo (PRT)
2	11/4/2025	Revisão de conteúdo e inserção em novo modelo

13. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 2) – data: 26/11/2024

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL)

Validação técnica – data: 27/1/2025 a 19/3/2025

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados (STESP)

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado (DGC)

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Aprovação – data: 10/2/2025

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Registro, validação de forma e revisão – data: 11/4/2025

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Elaboração da versão 1 – data: 12/12/2022

Rosekeila Simões Nomelini, médica (Mastologia e Oncologia Ginecológica) e chefe da UMUL

Validação

Rodrigo Juliano Molina, médico do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

Luciana Paiva Romualdo, chefe do STGQ

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do STESP

Ivonete Helena Rocha, chefe da DGC

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos

Aprovação

Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde