



Tenho cisto no ovário, e agora?

Autor: Dr. Sidney Tomyo Arazawa

Um dos principais achados em ultrassonografias na mulher em idade reprodutiva é o **cisto no ovário**. Essa notícia frequentemente gera dúvidas, angústias e preocupações na paciente, familiares e até mesmo no médico.

A **maioria dos cistos não traz qualquer risco à paciente** e desaparece espontaneamente em algumas semanas. São principalmente cistos funcionais, como folículos ovulatórios e cistos de corpo lúteo. Traduzindo: cistos que se formam normalmente em mulheres que não usam anticoncepcional e que se renovam a cada ciclo menstrual. Geralmente não são grandes, podendo chegar até uns 5 cm, aproximadamente. Os anticoncepcionais hormonais, como a pílula, evitam a formação desse tipo de cisto. Porém uma vez já existente, a pílula é pouco eficaz para reduzi-lo.

Caso se observe persistência do cisto por mais de 2 a 3 meses, muito provavelmente não se trata de um cisto funcional, e sim de outro tipo de cisto.

Abaixo estão outros tipos frequentes de cistos benignos:

- **Cistoadenomas:** podem ser serosos ou mucinosos, têm grande potencial de crescimento. Os maiores cistos abdominais já descritos fazem parte desse grupo, podendo passar de 30 cm.
- **Endometriomas:** cistos de endometriose, comumente causam muita dor e podem estar associados à infertilidade.

- **Teratomas:** são cistos complexos, que podem conter vários tipos de tecidos humanos, como cabelo, dente e gordura. São de maior risco para torção do ovário.

Os **cistos não-funcionais** (que não estão relacionados ao ciclo menstrual) geralmente precisam ser retirados cirurgicamente, por diversos motivos: tamanho, risco de torção do ovário, dor, infertilidade ou suspeita de câncer de ovário.

A cirurgia é preferencialmente realizada por **laparoscopia**, e em pacientes que desejam engravidar o objetivo é retirar somente o cisto, mantendo o resto do ovário o mais intacto possível para permitir uma gestação futura. Isso porém nem sempre é possível. Para as pacientes que não desejam engravidar ou àquelas que estejam na menopausa, pode ser considerada a retirada do ovário doente. Essa decisão é individualizada e precisa ser avaliada pelo médico ginecologista. É importante ressaltar que há sempre o risco de recidiva do cisto. Portanto o acompanhamento é mandatório mesmo após realizada a cirurgia.

Não se inclui nesse grupo as pacientes com Síndrome dos Ovários Policísticos. Essa é uma doença totalmente diferente, em que raramente formam-se cistos volumosos. Os microcistos na verdade são folículos responsáveis por gerar os óvulos. Essas pacientes são inférteis pois não ovulam espontaneamente. A cirurgia é indicada somente em casos excepcionais.

Portanto, quando fizer um ultrassom pélvico e souber da presença de um cisto, procure a orientação de um ginecologista. Muitas vezes trata-se de um cisto fisiológico e benigno.

O AUTOR

Dr. Sidney Tomyo Arazawa é médico formado pela Universidade de São Paulo (USP) com residência em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital das Clínicas da

USP. Possui Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) e Título de Especialista em Endoscopia Ginecológica, ambas pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Membro da American Society of Reproductive Medicine (ASRM), da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo (SOGESP) e da Sociedade Brasileira de Endoscopia Ginecológica (SOBENG). Atualmente atua no Setor de Laparoscopia Ginecológica do HC-FMUSP e como médico da Clínica de Reprodução Humana Vida Bem Vinda.



vidabemvinda
clínica de reprodução humana