

RELATO DE CASO

Expectant Management of a Presumed Functional Adnexal Cyst during Pregnancy: A Case Report

Manejo expectante de un quiste anexial de probable origen funcional durante el embarazo: reporte de caso

Conduta expectante de um cisto anexial de provável origem funcional durante a gestação: relato de caso

José Luis Quezada Galindo¹✉; Vanessa Balbuca Rojas²; Santiago Naranjo Riofrio²; Danilo Fabricio Agila Sánchez³; Iván Alejandro Espinosa Obando³

¹Médico especialista em Ginecologia, Centro Clínico Quirúrgico Servimed, Gualaquiza, Equador.

²Médico pesquisador independente.

³Interno de Medicina, Universidad Técnica Particular de Loja, Equador.

Citação sugerida: Quezada Galindo JL, Balbuca Rojas V, Naranjo Riofrio S, Agila Sánchez DF, Espinosa Obando IA. Conduta expectante de um cisto anexial de provável origem funcional durante a gestação: relato de caso. Rev Méd Loja. 2026;1(2):46-51. doi:10.67370/h4jv2z30

Recebido: 10-07-2026

Aceito: 30-09-2026

Publicado: 20-10-2026

Editor: Dr. Miguel David Alvarez

Autor de correspondente: José Luis Quezada Galindo✉

ABSTRACT

Adnexal masses detected during pregnancy require assessment integrating symptoms, ultrasound findings, and clinical course. We report the case of a 35-year-old pregnant woman who presented during the first trimester with a nine-day history of left iliac fossa pain. Initial assessment described a viable intrauterine pregnancy and a left adnexal cystic lesion measuring approximately 6 cm, clinically interpreted as a corpus luteum cyst. The patient remained hemodynamically stable and received analgesia and inpatient observation for three days, followed by outpatient monitoring. A follow-up image obtained at 13 weeks and 4 days showed a measurement of 5.70 cm and was labelled as a follicular cyst. According to the recorded clinical course, the lesion persisted at approximately 14 weeks and was no longer visualized at the 18-week assessment. The last reported follow-up was in the third trimester, without associated obstetric complications. The course was consistent with a presumed functional cyst; the available information does not establish its specific subtype conclusively. This case illustrates a favorable course during expectant management and highlights the importance of consistent diagnostic characterization and follow-up documentation of adnexal masses during pregnancy.

Keywords: Ovarian Cysts; Pregnancy; Ultrasonography; Case Reports.

RESUMEN

Las masas anexiales detectadas durante el embarazo requieren una evaluación que integre la sintomatología, los hallazgos ecográficos y la evolución clínica. Se presenta el caso de una gestante de 35 años que consultó durante el primer trimestre por dolor en la fosa ilíaca izquierda de nueve días de evolución. La valoración inicial describió un embarazo intrauterino viable y una lesión quística anexial izquierda de aproximadamente 6 cm, interpretada clínicamente como quiste de cuerpo lúteo. La paciente permaneció hemodinámicamente estable y recibió analgesia y vigilancia hospitalaria durante tres días, seguidas de controles ambulatorios. Una imagen de seguimiento, obtenida a las 13 semanas y 4 días, mostró una medición de 5,70 cm y el rótulo de quiste folicular. Según la evolución clínica consignada, la lesión persistía alrededor de la semana 14 y dejó de visualizarse en el control de la semana 18. El último seguimiento descrito correspondió al tercer trimestre, sin complicaciones obstétricas asociadas. La evolución fue compatible con un quiste de probable origen funcional; la información disponible no permite establecer de manera concluyente su subtipo. Este caso ilustra una evolución favorable durante el manejo expectante y la importancia de documentar de forma consistente el diagnóstico y el seguimiento de las masas anexiales durante la gestación.

Palabras clave: Quistes Ováricos; Embarazo; Ultrasonografía; Informes de Casos.

RESUMO

As massas anexiais detectadas durante a gestação exigem uma avaliação que integre a sintomatologia, os achados ultrassonográficos e a evolução clínica. Apresenta-se o caso de uma gestante de 35 anos que consultou no primeiro trimestre por dor na fossa ilíaca esquerda com nove dias de evolução. A avaliação inicial descreveu uma gestação intrauterina viável e uma lesão cística anexial esquerda de aproximadamente 6 cm, interpretada clinicamente como cisto de corpo lúteo. A paciente permaneceu hemodinamicamente estável e recebeu analgesia e vigilância hospitalar durante três dias, seguidas de controles ambulatoriais. Uma imagem de seguimento, obtida com 13 semanas e 4 dias, mostrou uma medida de 5,70 cm e o rótulo de cisto folicular. Segundo a evolução clínica registrada, a lesão persistia por volta da 14ª semana e deixou de ser visualizada no controle da 18ª semana. O último seguimento descrito correspondeu ao terceiro trimestre, sem complicações obstétricas associadas. A evolução foi compatível com um cisto de provável origem funcional; as informações disponíveis não permitem estabelecer de forma conclusiva o seu subtipo. Este caso ilustra uma evolução favorável durante o manejo expectante e a importância de documentar de forma consistente o diagnóstico e o seguimento das massas anexiais durante a gestação.

Palavras-chave: Cistos Ovarianos; Gravidez; Ultrassonografia; Relatos de Casos.

INTRODUÇÃO

A detecção de uma massa anexial durante a gestação suscita decisões sobre sua caracterização e sobre a necessidade de observação ou intervenção. A avaliação deve integrar a apresentação clínica, o aspecto ultrassonográfico e a evolução da lesão, juntamente com os riscos de complicações e de uma eventual cirurgia. Embora muitas massas apresentem evolução benigna, a presença de sintomas exige uma avaliação individualizada.⁽¹⁾

A resolução espontânea está documentada em estudos de seguimento. Em uma coorte prospectiva de 274 gestantes com massas anexiais, aproximadamente 74,2% das lesões resolveram-se espontaneamente. Esse resultado descreve a evolução de uma população heterogênea e não permite prever, por si só, o desfecho de uma paciente específica.⁽²⁾

A ultrassonografia permite caracterizar a localização, o tamanho e a morfologia das massas, bem como orientar o diagnóstico diferencial entre lesões funcionais e outras entidades anexiais. A interpretação de um cisto como folicular ou de corpo lúteo deve basear-se em suas características e no contexto gestacional.⁽³⁾ Além disso, o tamanho e a complexidade ultrassonográfica têm sido associados à persistência dessas massas durante a gestação.⁽⁴⁾

Descreve-se a evolução de uma gestante com dor abdominal e um cisto anexial esquerdo de aproximadamente 6 cm, conduzido mediante vigilância clínica e ultrassonográfica. O interesse do caso reside na evolução observada e na necessidade de manter concordância entre o diagnóstico

clínico, o rótulo ultrassonográfico e as conclusões do seguimento. A apresentação narrativa foi organizada tomando como referência os itens das diretrizes CARE.⁽⁵⁾

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente de 35 anos, do lar, com gestação no primeiro trimestre e antecedente de dois partos, com intervalo intergestacional referido de cinco anos. Entre os antecedentes cirúrgicos constavam exérese de um linfonodo axilar e amigdalectomia. Procurou o serviço de Ginecologia e Obstetrícia por dor abdominal com nove dias de evolução, localizada na fossa ilíaca esquerda, de intensidade moderada, caráter opressivo e irradiação lombossacra. Em outra instituição, havia sido proposto tratamento cirúrgico.

Na admissão, registraram-se pressão arterial de 110/69 mmHg, frequência cardíaca de 79 batimentos por minuto, frequência respiratória de 21 incursões respiratórias por minuto, temperatura de 36,4 °C e saturação periférica de oxigênio de 96% em ar ambiente. O peso era de 75,1 kg e a altura de 1,64 m, com índice de massa corporal de 27,92 kg/m². A paciente encontrava-se lúcida, orientada e normo-hidratada. A ausculta cardiopulmonar não mostrou alterações descritas. O abdome era flácido e depressível, com ruídos hidroaéreos presentes e dor à palpação superficial e profunda no hipogástrio. Não se observaram perdas vaginais.

O hemograma mostrou leucócitos de $13,95 \times 10^3/\mu\text{L}$, com neutrófilos de 81%, linfócitos de 15%, monócitos de 3,4% e basófilos de 0,1%; hemoglobina de 13,5 g/dL; hematócrito de 39,9%; e plaquetas de 341.000/ μL . A bioquímica sanguínea mostrou glicose de 90,36 mg/dL, ureia de 30,6 mg/dL e creatinina de 0,76 mg/dL. O tempo de protrombina foi de 13,01 segundos, o INR de 1,09 e o tempo de tromboplastina parcial de 29 segundos. Os testes para HIV e VDRL foram negativos.

O exame de urina mostrou densidade de 1,038, pH de 6,5, bactérias (+), leucócitos de 12–15 por campo e células epiteliais de 8–10 por campo, sem hemácias. Não se dispõe de resultado de urocultura nem de informações que permitam estabelecer se esses achados se relacionaram com a dor abdominal.

A avaliação ultrassonográfica inicial descreveu uma gestação intrauterina com embrião único e atividade cardíaca de 111 batimentos por minuto, sem hematomas intrauterinos. No anexo esquerdo, identificou-se uma lesão cística de aproximadamente 6 cm de diâmetro, interpretada clinicamente como cisto de corpo lúteo. As informações disponíveis não incluem uma descrição completa de suas paredes, septos, componentes sólidos ou vascularização ao Doppler.

Durante a internação, optou-se por conduta expectante, com vigilância clínica e paracetamol 1 g por via intravenosa a cada 8 horas para controle da dor. A paciente permaneceu hemodinamicamente estável e apresentou melhora clínica. Após três dias de internação, recebeu alta, com seguimento ambulatorial.

Os controles ambulatoriais foram descritos como mensais e incluíram avaliação ultrassonográfica. A imagem fornecida de um desses controles indica idade gestacional de 13 semanas e 4 dias, medida de 5,70 cm e a denominação de cisto folicular do anexo esquerdo (Figura 1). Essa imagem corresponde ao seguimento, e não à avaliação inicial.



Figura 1. Imagem ultrassonográfica de seguimento da lesão anexial esquerda. A tela indica 13 semanas e 4 dias de gestação e uma medida de 5,70 cm; conserva o rótulo original de «quiste folicular» (cisto folicular). Fonte: Centro Clínico Quirúrgico Servimed.

Segundo a evolução registrada, a lesão persistia por volta da 14^a semana e não foi visualizada no controle da 18^a semana, achado compatível com resolução espontânea. Não se dispõe da imagem nem do laudo ultrassonográfico completo desse último controle para corroborar de forma independente a avaliação anexial. No último seguimento descrito, durante o terceiro trimestre, relatou-se evolução materno-fetal favorável, sem complicações obstétricas associadas. Não foram fornecidos dados do parto nem do puerpério.

DISCUSSÃO

A evolução descrita é compatível com uma lesão anexial de provável origem funcional. No entanto, a interpretação clínica inicial como cisto de corpo lúteo difere do rótulo de cisto folicular presente na imagem de seguimento. Por isso, o diagnóstico mantém-se em um nível de certeza clínico-ultrassonográfica, e não se atribui um subtipo definitivo. A caracterização incompleta impede explicar com precisão a discrepância entre as duas denominações.⁽³⁾

A estabilidade hemodinâmica e a melhora da dor durante a observação permitem compreender a decisão conservadora descrita neste caso. A literatura contempla a vigilância de massas císticas selecionadas quando a avaliação clínica e por imagem não indica necessidade de intervenção.^(1,6) Contudo, as informações disponíveis não permitem reconstruir completamente a avaliação de torção, hemorragia ou outras causas da dor. Tampouco permitem estabelecer uma relação causal entre a lesão e os sintomas. Os achados urinários acrescentam incerteza, sem que se possa diagnosticar infecção urinária a partir dos dados fornecidos.

A persistência de uma massa não determina, por si só, sua natureza. Bernhard e colaboradores identificaram o tamanho e o aspecto ultrassonográfico complexo como preditores de persistência; ainda assim, numerosas lesões grandes ou complexas resolveram-se durante o seguimento.⁽⁴⁾ De forma concordante, a coorte de Gaughran e colaboradores documentou resolução espontânea em uma proporção elevada das massas observadas.⁽²⁾ Esses resultados oferecem contexto para a evolução do caso, mas não constituem uma comparação direta com a conduta cirúrgica.

A indicação e o momento de uma intervenção devem ser individualizados. Uma cirurgia necessária por complicação ou suspeita relevante não deve ser adiada unicamente em função da

idade gestacional; quando a intervenção é programável, o segundo trimestre pode facilitar seu planejamento.⁽¹⁾ O presente caso não permite determinar qual teria sido o resultado de uma intervenção nem afirmar que a observação reduziu os riscos obstétricos em relação a essa alternativa.

A principal limitação é a caracterização incompleta da lesão: dispõe-se de uma imagem de seguimento, mas não de documentação ultrassonográfica seriada que permita comparar de forma consistente o tamanho, a morfologia e a vascularização. A ausência de visualização descrita na 18ª semana deve ser interpretada com cautela, pois não há informações suficientes sobre a avaliação de ambos os anexos nesse controle. O seguimento termina durante a gestação e não inclui desfechos do parto ou do puerpério, uma avaliação sistemática de tolerabilidade nem a perspectiva da paciente. Essas limitações restringem a certeza diagnóstica e a generalização dos resultados.

A contribuição educativa consiste em mostrar uma evolução favorável durante a vigilância de uma lesão cística sintomática e em ressaltar a importância de documentar os elementos que fundamentam a escolha dessa conduta. A consistência terminológica, a descrição ultrassonográfica e a rastreabilidade dos controles são necessárias para que o leitor avalie adequadamente o diagnóstico e o desfecho.^(3,5)

CONCLUSÃO

Nesta gestante, um cisto anexial esquerdo de provável origem funcional apresentou evolução clínica favorável durante a conduta expectante, com ausência de visualização descrita por volta da 18ª semana e seguimento sem complicações obstétricas associadas até o terceiro trimestre. As informações disponíveis não permitem confirmar seu subtipo nem estabelecer a superioridade da vigilância em relação à cirurgia. O caso destaca a importância de individualizar a conduta e de documentar de forma consistente a avaliação ultrassonográfica e os desfechos.

REFERÊNCIAS

1. Cathcart AM, Nezhat FR, Emerson J, Pejovic T, Nezhat CH, Nezhat CR. Adnexal masses during pregnancy: diagnosis, treatment, and prognosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228(6):601-612. doi:10.1016/j.ajog.2022.11.1291.
2. Gaughran J, Magee C, Mitchell S, Knight CL, Sayasneh A. Adnexal masses in pregnancy: a single-centre prospective observational cohort study. *Diagnostics (Basel)*. 2024;14(19):2182. doi:10.3390/diagnostics14192182.
3. Kim J, Lim J, Sohn JW, Lee SM, Lee M. Diagnostic imaging of adnexal masses in pregnancy. *Obstet Gynecol Sci*. 2023;66(3):133-148. doi:10.5468/ogs.22287.
4. Bernhard LM, Klebba PK, Gray DL, Mutch DG. Predictors of persistence of adnexal masses in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1999;93(4):585-589. doi:10.1016/s0029-7844(98)00490-6.
5. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *J Med Case Rep*. 2013;7:223. doi:10.1186/1752-1947-7-223.
6. Leiserowitz GS. Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2006;61(7):463-470. doi:10.1097/01.ogx.0000224614.51356.b7.

FINANCIAMENTO

O trabalho foi financiado com recursos próprios dos autores.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Obteve-se o consentimento informado da paciente para a publicação deste relato de caso e da imagem ultrassonográfica que o acompanha.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Conceitualização: José Luis Quezada, Vanessa Balbuca, Santiago Naranjo.

Metodologia: José Luis Quezada, Vanessa Balbuca, Santiago Naranjo.

Investigação: José Luis Quezada, Vanessa Balbuca, Santiago Naranjo.

Redação do rascunho original: Vanessa Balbuca, Santiago Naranjo.

Redação, revisão e edição: José Luis Quezada, Vanessa Balbuca, Santiago Naranjo, Danilo Agila, Iván Espinosa.

USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Os autores declaram que não foi utilizada inteligência artificial na elaboração deste manuscrito.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Universidad Técnica Particular de Loja, ao Centro Clínico Quirúrgico Servimed e à paciente pela colaboração.