

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa. A propósito de um caso clínico.

Rodrigo Bruno Lopes Alves

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Renato Alexandre Silva Martins

março de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Rodrigo Bruno Lopes Alves, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41764 do curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 20 /03/2024

Rodrigo Bruno Lopes Alves

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Dedicatória

Pai e Mãe.

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Resumo

As ectopias de córtex suprarrenal são uma patologia rara, particularmente no sexo feminino. É frequente a sua presença em idade pediátrica, no entanto a maioria destes nódulos sofrem um processo de involução até à idade adulta. Formam-se durante o desenvolvimento embrionário, quando as glândulas suprarrenais primordiais estão adjacentes às gónadas e rins, motivo pelo qual, os tecidos ectópicos de córtex suprarrenal se encontram predominantemente na periferia destes órgãos. Esta patologia é na maioria das vezes um achado acidental no decorrer de cirurgias abdomino-pélvicas.

Neste trabalho de tese, descreve-se o caso clínico de uma mulher de 58 anos na qual se identificaram acidentalmente dois nódulos milimétricos de tecido cortical suprarrenal na periferia de ambas as trompas de Falópio. Identificaram-se no decorrer de uma cirurgia pélvica realizada por motivo de um teratoma maduro do ovário e de um fibroma no ovário contralateral. A paciente não apresentava qualquer sintomatologia derivada destes nódulos suprarrenais. Foi feito seguimento em consulta de endocrinologia não tendo ocorrido complicações associadas a alterações hormonais suprarrenais.

A revisão da literatura, evidencia que a apresentação deste caso é típica desta patologia. Conclui-se que por ser uma patologia rara e de difícil identificação, com diversas variantes de apresentação, devem ser desenvolvidas metodologias de diagnóstico, tratamento e acompanhamento estandardizadas.

Palavras-chave

Ectopia suprarrenal; Resquílios suprarrenais; Trompas de Falópio; Suprarrenal anómala; Embriologia suprarrenal

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Abstract

Adrenal cortex ectopias are a rare pathology, particularly in females. Their presence is frequent in pediatric age, however, they often undergo involution. They are formed during embryonic development when the primordial adrenal glands are adjacent to the gonads and kidneys. Consequently, remnants of adrenal tissue are predominantly found in the periphery of these organs. This pathology is mostly an incidental finding during abdominal-pelvic surgeries.

In this thesis work, a clinical case is described involving a 58 year old woman in whom two millimeter-sized nodules of adrenal cortical tissue were accidentally found in the periphery of both Fallopian tubes. They were identified during a pelvic surgery performed due to a mature ovarian teratoma and a fibroma in the contralateral ovary. The patient did not exhibit any symptoms related to these adrenal nodules. Follow-up in an endocrinology consult revealed no hormonal complications.

The literature review conducted shows that the presentation of this clinical case is typical of this pathology. We can conclude that due to its rarity and challenging identification with different presentation variants, a standardized methodology for diagnosis, treatment, and follow-up should be developed.

Keywords

Ectopic adrenal; Adrenal rests; Fallopian Tube; Aberrant adrenal; Adrenal embryology

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Índice

Dedicatória.....	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice.....	xi
Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
Introdução.....	1
Objetivos	3
Metodologia	5
Resultados.....	7
Etiopatogenia e histologia	7
Embriologia e anatomofisiologia.....	7
Etiologia	9
Patologia e histologia.....	10
Apresentação clínica e dados epidemiológicos	13
Apresentação clínica	13
Dados epidemiológicos.....	13
Diagnóstico, tratamento e prognóstico	17
Diagnóstico	17
Tratamento e prognóstico	18
Descrição do caso clínico	19
Discussão	21
Conclusão.....	25
Bibliografia.....	27
Anexos.....	31
Anexo 1. Parecer da comissão de ética para a Saúde do CHUCB.	31

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Lista de Figuras

Figura 1 – Nódulo de ECS removido do ovário. Adaptado de: (34)

Figura 2 – ECS removida da trompa de Falópio. Exame histopatológico em preparação de hematoxilina e eosinófila. (A) nódulo de tecido cortical adjacente ao hilo da Trompa de Falópio. (B) características citológicas típicas com núcleo central e cromatina fina. (C) preparação corada com inibina exibindo uma imunorreatividade positiva. (D) preparação corada com calretinina exibindo uma imunorreatividade positiva. Adaptado de: (10)

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Lista de Tabelas

Tabela 1.1 – Casos clínicos de ectopia suprarrenal pélvica na população feminina descritos na literatura.

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Lista de Acrónimos

CHUCB	Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira
SPC	Semana(s) pós concepção
ACTH	Hormona adrenocorticotrófica
ECS	Ectopias de córtex suprarrenal
TC	Tomografia computadorizada
RMN	Ressonância magnética

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Introdução

No ano de 1740, Morgagni relata pela primeira vez a existência de tecido ectópico de características semelhantes a glândula suprarrenal, descrevendo-o como pequenos nódulos amarelos na periferia da glândula. Durante o século subsequente, Marchand identifica depósitos de tecido suprarrenal adjacentes ao ligamento largo do útero e rim durante autópsias a cadáveres de crianças e fetos (1).

As glândulas suprarrenais ou adrenais são órgãos retroperitoneais localizadas no topo dos rins, são responsáveis pela produção das hormonas cortisol, aldosterona, andrógenos e catecolaminas (2). São compostas por duas camadas, cortical e medular, que apesar de terem origens embrionárias distintas, unem-se e são revestidas por uma cápsula durante a fase fetal de desenvolvimento (3).

O termo ectopia refere-se à localização anatomicamente incorreta de um tecido especializado devido a uma anomalia do desenvolvimento. Ocorre devido à fragmentação de tecidos do órgão de origem no processo de migração embrionária. As ectopias suprarrenais desenvolvem-se com mais frequência na região pélvica e abdominal, correspondendo às vias de migração embrionária das glândulas suprarrenais (4). Locais de apresentação frequentes são a região peri-renal e gónadal, particularmente no cordão espermático, epidídimo e ovário (5).

As ectopias suprarrenais podem conter apenas tecido cortical ou podem ser compostas por tecido cortical e medular. Uma vez que o tecido cortical se encontra adjacente às gónadas durante o desenvolvimento embrionário, é mais comum que os nódulos suprarrenais na região pélvica sejam compostos exclusivamente por tecido cortical, enquanto a sua formação na periferia renal apresenta frequentemente ambas as camadas suprarrenais (4).

Estes tecidos ectópicos são, predominantemente, um achado acidental durante a realização de autópsias ou cirurgias abdomino-pélvicas realizadas por motivo de outras patologias. É mais frequente no sexo masculino, associando-se a intervenções em casos de criptorquidia, hidrocelos ou hérnias inguinais, sendo pouco comum a sua identificação em órgãos reprodutivos femininos (6). Estima-se que estejam presentes em >50% dos neonatos e crianças, no entanto, estes tecidos acessórios atrofiam e eventualmente desaparecerem, permanecendo apenas em <1% da população adulta (2).

Na sua maioria, as ectopias suprarrenais, não têm relevância clínica, uma vez ser raro causarem alterações fisiológicas ou sintomas compressivos devido à dimensão do nódulo. Contudo, podem ocorrer ganhos de função que levam à produção hormonal por parte destes tecidos e subsequentemente a alterações patológicas concordantes com síndrome de Cushing (7,8).

Até 2105 não havia nenhum caso reportado de ectopia suprarrenal na Trompa de Falópio. Atualmente encontram-se descritos na literatura 4 destes casos (7,9–11).

O interesse fundamental em aprofundar este tema resume-se ao facto de esta patologia ser um achado acidental sem repercussões clínicas na grande maioria dos casos, no entanto, alterações da sua apresentação típica com ganho de função e secreção hormonal, insuficiência suprarrenal pós excisão acidental e malignização podem levar à manifestação de sintomas sugestivos de patologia das glândulas suprarrenais.

Objetivos

Propõe-se os seguintes objetivos à realização deste trabalho de dissertação:

1. Descrever um caso clínico que ocorreu no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHUCB, Covilhã, Portugal;
2. Aprofundar e expor o conhecimento mais actual acerca desta patologia, abordando a sua Etiopatogenia e histologia; Apresentação clínica e dados epidemiológicos; e o seu Diagnóstico, tratamento e prognóstico;
3. Perspetivar de forma crítica e racional a aplicação dos conceitos expostos neste trabalho na abordagem futura a esta patologia.

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Metodologia

A pesquisa bibliográfica para consulta de artigos científicos foi realizada através das bases de dados Pubmed, Google Scholar e uBibliorum, entre janeiro de 2023 e fevereiro de 2024. Utilizaram-se palavras-chaves como: Ectopic adrenal; Adrenal rests; Fallopian tube; Aberrant adrenal; Adrenal embryology. Consideraram-se também artigos encontrados nas referências bibliográficas dos artigos obtidos com estes critérios. Uma vez este estudo tratar uma patologia com escassos relatos na literatura, não se impuseram limites temporais nas fontes bibliográficas utilizadas, sendo o critério de selecção considerado a pertinência do conteúdo e qualidade de cada fonte.

Para a elaboração da descrição do caso clínico relatado recorreu-se a dados do processo clínico da paciente, conforme o parecer favorável da comissão de ética do CHUCB, em anexo. Foi também obtido o Consentimento livre e informado da paciente.

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Resultados

Etiopatogenia e histologia

Embriologia e anatomofisiologia

As glândulas suprarrenais são constituídas por duas unidades funcionais, o córtex e a medula. Estas desenvolvem-se por diferentes vias durante a vida embrionária, eventualmente unindo-se para formar uma estrutura glandular encapsulada (3).

A camada cortical deriva do mesoderma intermédio da crista urogenital, começando a diferenciar-se à 4^a semana pós concepção (SPC) a partir de um espessamento do mesotélio. A crista urogenital dá origem às cristas mesonéfrica e gónadal. Posteriormente, o primórdio cortical separa-se da camada epitelial do mesoderma e invade o mesenquima retroperitoneal adjacente ao mesonéfro. Durante a 5^a SPC, as células da crista gónadal migram caudalmente para formar as gónadas (3,4). Na 6^a SPC ocorre uma segunda proliferação de células corticais primordiais que virão a constituir o córtex definitivo. Na 7^a SPC é visível a diferenciação do córtex numa zona interior fetal e numa zona exterior definitiva (12).

A camada medular, origina-se a partir das células da crista neural, perto do plexo celíaco. Estas células diferenciam-se em células cromafins, que migram durante a 7^a SPC até ao córtex suprarrenal, invadindo a porção medial e adquirindo uma posição central ao córtex seguindo a veia central da glândula primordial. Na 8^a SPC, a estrutura suprarrenal separa-se do tecido mesotelial adjacente e é coberta por uma camada de tecido conjuntivo (12).

Na 9^a SPC, as glândulas suprarrenais são encapsuladas e intensamente vascularizadas, sendo constituídas por zonas fetal e definitiva e um núcleo central de células cromafins. Às 14 SPC surge uma zona de transição entre as zonas fetal e definitiva, marcando o início da involução da zona fetal. A partir das zonas definitiva e de transição formam-se as zonas glomerulosa e fasciculada, respetivamente (4). Ambas estas zonas são sensíveis às hormonas adrenocorticotrofina (ACTH) e angiotensina, essenciais para o seu processo de maturação. A zona reticular só se desenvolve após o nascimento e o córtex maturo vai diferenciar-se nas 3 zonas (glomerulosa, fasciculada e reticular) da glândula adulta até aos 3 anos de idade (12).

As glândulas suprarrenais dividem-se em partes superior, média e basal. A parte basal, mais inferior, contém a maior parte da medula, com um rácio cortico-medular de 4:1, na parte média a componente medular torna-se mais escassa e a parte superior é essencialmente constituída por córtex (13).

Localizam-se ao nível das vértebras T11-T12, com a glândula esquerda a situar-se em posição ligeiramente inferior à direita, chegando por vezes ao nível da vértebra L1. São órgãos retroperitoneais rodeadas por tecido adiposo, que as separa das estruturas adjacentes. Quanto à glândula direita, a sua porção inferior relaciona-se com o rim e é posterior à veia cava inferior e fígado. A glândula esquerda, assenta também ela no rim, adotando uma relação mais inferior e medial com este, podendo estender-se quase até ao hilo renal. Situa-se posteriormente à artéria aorta, corpo pancreático e vasos esplénicos. Ambas são irrigadas por artérias suprarrenais superior, média e inferior, ramos das artérias frénica inferior, aorta e renal, respetivamente. A drenagem venosa é feita por uma veia suprarrenal central que à esquerda drena para a veia renal e à direita para a veia cava inferior (3). Ao nascimento, as glândulas são 10 a 20 vezes maiores que as glândulas adultas, relativamente ao peso corporal, tendo 1/3 do tamanho do rim neonatal (4).

As glândulas são revestidas por uma cápsula de tecido fibroso. O córtex suprarrenal adulto divide-se em três zonas:

1. Zona glomerulosa, a camada mais externa, assim denominada por ser constituída por agregados celulares esféricos separados por tecido fibroso. Esta zona é responsável pela produção de aldosterona;
2. Zona fasciculada, a camada intermédia, constituída por feixes paralelos de tecido fibroso a rodear colunas verticais de células. Esta zona é sensível à acção da ACTH, libertada pela adeno-hipófise, e é responsável pela produção de cortisol;
3. Zona reticular, a camada interna, constituída por células organizadas num padrão de rede. É responsável pela produção de andrógenos como a desidroepiandrosterona e a androstenediona, a partir de moléculas de colesterol (3).

A medula suprarrenal é constituída por células cromafins, produtoras de catecolaminas como epinefrina, norepinefrina e dopamina. Estas são semelhantes a outras células do sistema nervoso simpático, partilhando a mesma origem embrionária, no entanto apresentam mecanismos de comunicação celular com o córtex suprarrenal que as restantes células do sistema nervoso simpático não possuem. Os estímulos corticais são essenciais na diferenciação e maturação da medula suprarrenal (3,4).

Etiologia

As ectopias suprarrenais podem ser constituídas exclusivamente por tecido cortical ou podem conter tecido cortical e medular (4). Originam-se durante o desenvolvimento embrionário da glândula suprarrenal devido à separação de fragmentos do tecido primordial da glândula (14). A presença de ambos os tipos de tecido suprarrenal nestes nódulos de localização anómala é indicativo que a sua formação ocorreu após integração da medula no tecido cortical, por volta das 7 SPC (4,12).

Como foi referido, a camada cortical da glândula suprarrenal ao contrário da camada medular, possui uma relação de proximidade anatómica com as gónadas durante a embriogénese. Postula-se que fragmentos de córtex podem descer juntamente com os tecidos gónadais durante o período embrionário, justifica-se assim, o facto de os nódulos suprarrenais na região pélvica serem constituídos apenas por tecido cortical enquanto os nódulos ectópicos mais próximos da posição típica da glândula podem ser constituídos por medula e córtex (14). Estima-se que na região do plexo celíaco, na proximidade da glândula, 50% dos nódulos de tecido ectópico são constituídos por células de córtex e medula (13).

Os locais mais comuns em que estes nódulos se desenvolvem são a região renal e genital, particularmente no cordão espermático, *rete testis*, epidídimo e ovário. Locais menos frequentes de apresentação, são, na Trompa de Falópio, placenta, ligamento largo do útero, região retroperitoneal, bexiga, próstata, virilha, plexo coróide, coluna vertebral, pulmão e hipófise (5).

A presença destes nódulos em locais incomuns, como o plexo coróide, coluna vertebral e hipófise torna-se mais difícil de justificar através de uma perspectiva anatómica embrionária, propondo-se outros mecanismos para a origem destes nódulos. As principais teorias propostas implicam alterações a nível da expressão celular de reguladores enzimáticos associados á maturação do tecido suprarrenal, como: SF-1, Prop1, HesX1, Lhx3, DAX1, ACTH e WT1 (4).

Agénese renal coincide com apenas 10% dos casos de ectopia suprarrenal, evidenciando as diferentes origens embrionárias destes órgãos. Na maior parte dos casos de agénese renal, a glândula suprarrenal ipsilateral está presente na posição anatómica normal e adquire uma configuração discóide com dimensões aumentadas (12,13).

Patologia e histologia

Apesar de raros os casos em que ectopias de córtex suprarrenal (ECS) provocam manifestações clínicas, esta patologia pode implicar certos processos patológicos, como: hiperplasia dos nódulos ectópicos pós adrenalectomia; insuficiência suprarrenal após remoção dos nódulos ectópicos; e malignização neoplásica dos nódulos ectópicos (2).

Após adrenalectomia pode ocorrer hiperplasia e hipertrofia de ECS, levando ao desenvolvimento de síndrome de Cushing ou síndrome de Conn, devido à produção excessiva das hormonas cortisol ou aldosterona, respectivamente. Este mecanismo ocorre, pois, os tecidos ectópicos são sensíveis à hormona ACTH, ocorrendo um mecanismo de compensação hormonal após remoção das glândulas corretamente implantadas (4,8,15).

Apesar de não se registar na literatura nenhum caso de desenvolvimento de insuficiência suprarrenal provocada pela remoção acidental de ECS, a ocorrência desta patologia apresenta um risco hipotético. Pode ocorrer se os nódulos ectópicos removidos forem o único tecido suprarrenal funcional, ou caso ocorra hiperfunção nodular capaz de suprimir a atividade glandular (2).

Quanto ao potencial maligno de ECS devemos ter em conta os critérios histopatológicos de Weiss para neoplasias adrenocorticais, são estes: elevado grau nuclear; elevado índice mitótico; mitoses atípicas; poucas células claras; arquitetura difusa; necrose; invasão venosa; invasão capsular; invasão sinovial (16). Apesar de raro, encontram-se descritos na literatura casos de tumores malignos com origem em ECS, apenas 1 com localização pélvica no sexo feminino (13,17,18).

Os tecidos ectópicos suprarrenais apresentam-se geralmente como pequenos nódulos amarelos de 1-5 mm com uma consistência firme, semelhante a tecido adiposo. Constituem-se predominantemente por células corticais com ocasionais vestígios de células medulares. Ao exame microscópico é relativamente fácil identificar o tecido cortical tendo em conta as suas características histológicas típicas. São células poligonais de grandes dimensões com um citoplasma granular. (6).

O tecido cortical suprarrenal apresenta uma correspondência imunohistoquímica característica, sendo imunorreativo para os marcadores MART-1, iníbia, sinaptofisina e calretinina, com uma alta positividade nuclear (86%) para anti-SF-1 (10).

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa



Figura 1: Nódulo de ECS removido do ovário. Adaptado de: (34)

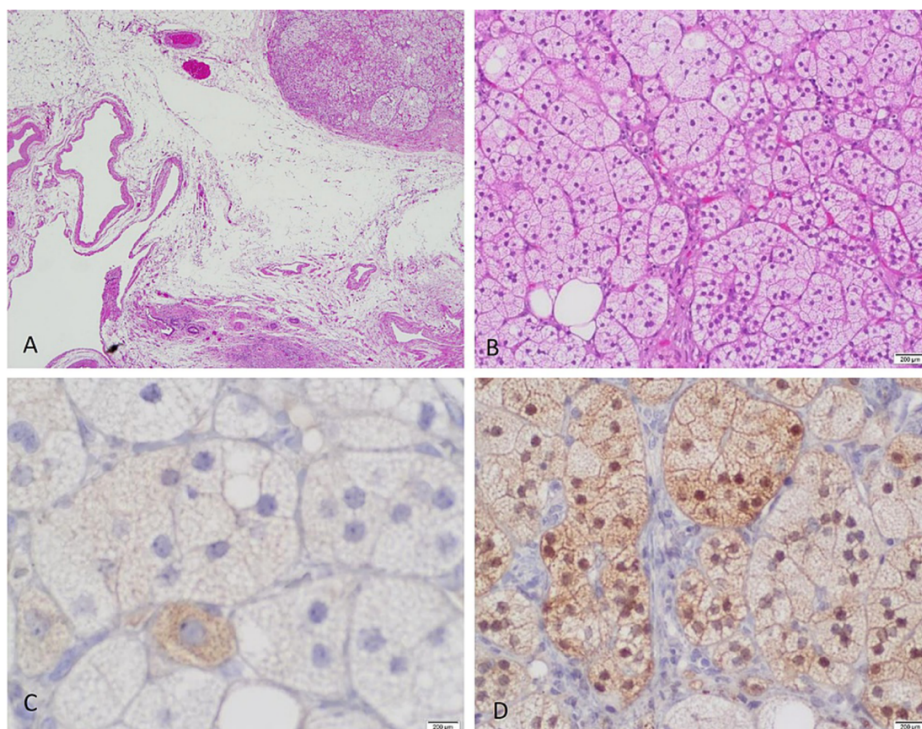


Figura 2: ECS removida da Trompa de Falópio. Exame histopatológico em preparação de hematoxilina e eosinófila. (A) nódulo de tecido cortical adjacente ao hilo da trompa de Falópio. (B) características citológicas típicas com núcleo central e cromatina fina. (C) preparação corada com inibia exibindo imunorreatividade positiva. (D) preparação corada com calretinina exibindo imunorreatividade positiva. Adaptado de: (10)

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Apresentação clínica e dados epidemiológicos

Apresentação clínica

Esta patologia é frequentemente um achado cirúrgico acidental, clinicamente silencioso. No entanto pode estar associada a manifestações clínicas inespecíficas. Podem ocorrer sintomas derivados do efeito compressivo da massa como desconforto ou dor pélvica, na literatura mencionam-se também casos de alterações menstruais. A libertação excessiva das hormonas cortisol e aldosterona pode provocar sintomatologia típica da síndrome de Cushing, como hipertensão, ganho de peso e virilização. Esta secreção hormonal excessiva com origem no tecido cortical ectópico pode ser confirmada através da medição dos níveis das hormonas suprarrenais na veia da massa ectópica em comparação com o sangue periférico (4).

Dados epidemiológicos

Como já foi referido, estima-se que a incidência desta patologia ronde os 1% na população adulta. É mais comum no sexo masculino, comumente associada a Hiperplasia Adrenal Congénita, encontrando-se predominantemente nos tecidos testiculares. A sua incidência é mais rara no sexo feminino, os casos documentados traduzem uma predileção para os ovários e estruturas adjacentes (7,19).

Tabela 1. Ectopias suprarrenais pélvicas na população feminina encontradas na literatura.

Autor	Idade	Motivo da cirurgia	Localização	Tamanho (mm)
Janovski (20)	42	Carcinoma do cérvix	Mesossalpinge direita	15
Anderson (21)	62	Apendicite aguda	Mesentério do apêndice direito	10
Van Ingen (22)	41	Tumor produtor de testosterona	Mesovário esquerdo	40
Sasano (23)	43	Leiomioma uterino	Ligamento largo do útero direito	50
Usta (24)	21	Cistadenoma ovárico	Ovário esquerdo	2
Ors (25)	44	Massa parovárica	Ovário direito	20
Yasar (26)	50	Tumor de células granulosas	Ovário esquerdo	N/A

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Zhong (27)	56	Cistadenoma ovárico	Ovário direito	2
Kasajima (17)	29	Massa pélvica e oligomenorreia	Ligamento largo do útero esquerdo	65
Sahin (28)	65	Cistadenoma ovárico	Ovário esquerdo	N/A
Chentli (29)	34	Massa pélvica e síndrome Cushing	Ovário direito	145
Billone (30)	22	Hidrossalpinge	Ligamento infundibulopélvico esquerdo	3
Chew (6)	22	Cistadenoma ovárico	Ovário esquerdo	N/A
Khandakar (9)	26	Cistadenoma ovárico	Trompa de Falópio direita	6
Tingi (7)	48	Dismenorreia	Trompa de Falópio esquerda	N/A
Hafiz (10)	49	Adeniose	Trompa de Falópio	N/A
Araújo (11)	73	Adenocarcinoma endometrióide	Trompa de Falópio esquerda	20
Falco (13)	49	Leiomioma uterino	Parassalpinge direita	2
Falco (13)	75	Carcinoma endometrial	Ovário esquerdo	1
Falco (13)	65	Carcinoma endometrial	Parassalpinge esquerda	2
Falco (13)	46	Quisto endometrial	Parassalpinge	3
Falco (13)	68	Prolapso uterino	Ovário direito (1) e esquerdo (2)	1/2/2
Falco (13)	47	Salpingooforectomia profilática	Ovário direito	3
Falco (13)	32	Cistadenoma ovárico	Hilo ovárico direito	2
Falco (13)	52	Cistoadenofibroma ovárico	Ovário esquerdo	N/A
Falco (13)	60	Leiomiossarcoma pélvico	Ovário	5
Falco (13)	50	Sarcoma do estroma endometrial	Parassalpinge esquerda	8
Falco (13)	55	Carcinoma ovárico	Peritoneu	3
Falco (13)	67	Adenocarcinoma da salpinge	Ligamento infundibulopélvico direito	4

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Falco (13)	61	Carcinoma endometrióide	Ligamento infundibulopélvico direito	3/5
Falco (13)	71	Carcinoma da bexiga	Ovário esquerdo	4
Falco (13)	85	Cistadenoma ovárico	Parassalpinge	5
Falco (13)	55	Carcinoma vaginal	Parassalpinge direito	3
Falco (13)	52	Carcinoma ovárico	Ligamento infundibulopélvico direito	2/2
Falco (13)	54	Carcinoma endometrióide	Parassalpinge esquerda	3
Falco (13)	54	Quisto endometrial	Parassalpinge direita	2
Falco (13)	56	Cistadenoma ovárico	Hilo ovárico esquerdo	2
Falco (13)	75	Carcinoma endometrióide	Ligamento infundibulopélvico esquerdo	1
Falco (13)	51	Tumor de células granulosas	Parassalpinge esquerda	2
Falco (13)	86	Carcinoma da bexiga	Parassalpinge direita	3
Falco (13)	60	Cistadenoma ovárico	Parassalpinge direita	1
Falco (13)	41	Adenocarcinoma cervical	Parassalpinge direita	3
Falco (13)	57	Carcinoma endometrióide	Parassalpinge esquerda	4
Falco (13)	46	Salpingite	Parassalpinge esquerda	6
Falco (13)	39	Abcesso na Trompa e ovário	Ovário esquerdo	4
Falco (13)	60	Metástase de carcinoma gástrico	Parassalpinge direita	2
Falco (13)	48	Leiomioma uterino	Parassalpinge esquerda	2

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Diagnóstico, tratamento e prognóstico

Diagnóstico

A maioria das ECS não tem expressão clínica relevante ou consequências fisiológicas funcionais. Assim, o seu diagnóstico é tipicamente conseguido durante autópsias ou por identificação fortuita em explorações cirúrgicas realizadas no âmbito de outras patologias (31).

Os critérios de diagnóstico imagiológico não estão totalmente estabelecidos devido à sua raridade, complicando assim a standardização da identificação imagiológica (32). Na população feminina o diagnóstico imagiológico de ECS revela-se particularmente difícil, uma vez que exames de imagem convencionais não são eficazes a identificar com sensibilidade e especificidade estas pequenas massas na região pélvica. Pode ser útil recorrer a múltiplas modalidades de exame de imagem.

O exame de imagem mais utilizado é a TC abdominal e pélvica. Quando detetadas através de ultrassonografia estas lesões apresentam-se como massas homogenias e hipoeoicas. Alguns autores recomendam o uso de RMN para conseguir uma maior capacidade de resolução de contraste, sendo até possível diferenciar lesões com alto potencial maligno recorrendo a ponderação em T2 (14,19). Crocker et. al demonstrou a possibilidade de identificar ECS através de 18F-FDG PET/CT (33).

Ao microscópio, após remoção, as ECS são facilmente diagnosticadas, tendo em conta as características histológicas bem conhecidas do tecido cortical (10). As células da zona fasciculada tendem a ser mais predominantes, seguidas das células da zona reticular. Habitualmente, as células da zona glomerulosa apenas estão presentes em nódulos de maiores dimensões (13).

Devem ser feitos estudos para diferenciar ECS pélvicas de metástases de carcinoma de células renais claras, carcinoma de células da teca ovárica e ectopias de células do hilo ovárico. O córtex suprarrenal é imunorreativo para MART-1, inibina, sinaptofisina e calretinina, enquanto as metástases de carcinoma de células renais claras são negativas para estes marcadores e positivas para CD10, AE1/AE3 e anidrase carbónica. As células de ectopia de hilo ovárico têm um padrão imunorreativo semelhante à ECS, no entanto são também imunorreativas para cromogranina A, marcador este que é negativo nas células de córtex suprarrenal (10).

Tratamento e prognóstico

Atualmente não se encontra estabelecido nenhum protocolo de tratamento para ECS pélvica em mulheres (19). O diagnóstico acaba por ser na maioria das vezes um achado cirúrgico *a posteriori* na aparente ausência de manifestações clínicas relacionadas. Quando encontrada resume-se a uma curiosidade anatómica do desenvolvimento embrionário, apresentando, salvo raras exceções, um prognóstico sem complicações.

Perante um contexto de diagnóstico pré-cirúrgico, o plano terapêutico deverá contemplar uma abordagem conservadora se a massa for de pequenas dimensões e não funcionante. Massas de maiores dimensões ou com risco de malignidade, devem ter indicação para remoção cirúrgica (7). Após uma primeira identificação através de exames de imagem, pode ser realizada uma laparoscopia diagnóstica para biópsia, de modo a confirmar histologicamente que se trata de tecido suprarrenal (19).

Estabelecido o diagnóstico de ECS, sem aparentes critérios de risco maligno e de pequenas dimensões, podemos considerar realizar apenas um esquema terapêutico com corticosteróides. A utilidade desta terapia na ECS em mulheres não se encontra bem documentada, no entanto tratamentos a curto prazo com recurso a doses altas de dexametasona provocam involução destes tecidos e resolução sintomatológica em ECS testicular (19).

Em situações de suspeita maligna, há indicação para proceder de imediato a uma intervenção cirúrgica. Pode ocorrer insuficiência suprarrenal caso o tecido suprarrenal ectópico removido seja o único tecido suprarrenal do doente, ou se este estiver hiperfuncional levando à supressão hormonal das glândulas corretamente implantadas (2). Por este motivo, recomenda-se uma avaliação funcional das glândulas suprarrenais pré e pós cirurgia.

É imperativo abordar esta patologia através de uma colaboração multidisciplinar entre as especialidades de ginecologia, anatomopatologia, endocrinologia e oncologia, de modo a garantir o melhor prognóstico possível. Esta é quase sempre uma condição indolente, no entanto, pode evoluir com determinadas implicações clínicas e por esse motivo deve ser preconizado o desenvolvimento de estratégias de diagnóstico e terapêutica estandardizadas.

Descrição do caso clínico

Uma mulher de 58 anos, caucasiana, natural de Tortosendo apresenta-se na consulta de ginecologia do CHUCB a 3 de março de 2022 com queixas de dor pélvica/suprapúbica e incontinência urinária mista desde à cerca de 7 meses. Como antecedentes pessoais tem um nódulo da tiroide, é fumadora (20 UMA), é alérgica a penicilina e foi operada à epiglote em 2020. Atualmente não faz nenhuma medicação diária.

Ao exame ecográfico por via endocavitária observou-se uma formação quística na dependência do ovário esquerdo. Tendo-se realizado uma TC pélvica na qual se identificou uma formação nodular na área anexial esquerda medindo 30x25mm. Não foi possível avaliar com clareza a presença de massas na região anexial direita. Foram também identificadas várias formações quísticas na dependência de ambos os rins, bem como uma lesão nodular no lobo hepático esquerdo.

Por falta de especificidade das lesões identificadas, realizou-se uma RMN abdominal com cortes ponderados em T1 e T2. No lobo hepático esquerdo identificou-se um provável hemangioma com 18mm de diâmetro, além de outras lesões nodulares dispersas pelo parênquima hepático. Em ambos os rins identificaram-se vários quistos corticais do tipo simples, o maior dos quais com 45mm de diâmetro.

A 24 de março de 2022 foi realizada uma salpingooforectomia bilateral, que decorreu sem complicações. No relatório anátomo-patológico das peças cirúrgicas identificou-se na região paratubar direita um nódulo amarelado constituído por tecido cortical suprarrenal medindo 20x10x10mm e na trompa esquerda adjacente às fimbrias identificou-se um outro nódulo de córtex suprarrenal medindo 12x11x7mm. Identificaram-se também uma lesão nodular com características de fibroma no ovário direito e uma lesão quística com características de teratoma maduro no ovário esquerdo. Nesta última predominava uma componente de tecido tiroideu (struma ovari), além de epitélio respiratório, glândulas sero-mucosas e tecido adiposo, sem sinais de malignidade.

Foi efetuado um estudo imunohistoquímico para a pesquisa de citoqueratina 8/18, calretinina e MART-1. No nódulo de tecido suprarrenal na trompa direita não foi possível obter um estudo conclusivo para os marcadores testados. Na peça de tecido cortical removida da trompa esquerda o estudo foi positivo para calretinina, negativo para citoqueratina 8/18 e o resultado para MART-1 não foi conclusivo.

Tendo em conta as pequenas dimensões dos nódulos de tecido cortical removidos, é improvável causarem os efeitos compressivos responsáveis pela sintomatologia que a doente refere e uma vez não haver sinais clínicos de desregulação hormonal suprarrenal, podemos concluir que estas ECS eram clinicamente silenciosas.

Foi realizada uma consulta de seguimento a 13 de outubro de 2022. Neste período de cerca de 6 meses após a intervenção cirúrgica, a paciente refere permanência de dor pélvica/suprapúbica e incontinência. Foi iniciado o seguimento em consulta de endocrinologia para estudo e avaliação da função suprarrenal. Neste intervalo de tempo não apresentou sinais de desregulação suprarrenal.

Discussão

Este trabalho aborda uma patologia rara, particularmente no sexo feminino. O caso documentado é bastante semelhante aos restantes existentes na literatura. Trata-se de uma mulher de 58 anos de idade, submetida a uma salpingooforectomia bilateral por um motivo aparentemente não relacionado com esta patologia. Ao exame anátomo-patológico das peças cirúrgicas identificaram-se dois nódulos de tecido cortical suprarrenal na periferia de ambas as Trompas de Falópio.

Os casos de ectopia suprarrenal pélvica em mulheres já descritos na literatura apresentam-se em doentes com uma idade média de 52 anos (21-86). Dos 47 casos, apenas 2 não eram clinicamente silenciosos e só esses não foram achados cirúrgicos fortuitos. Num caso diagnosticou-se um carcinoma de células corticais, manifestando-se com síndrome de Cushing, sendo este o único caso evidenciando sintomatologia clínica de desregulação hormonal. Os restantes identificaram-se após cirurgias realizadas por outras patologias: 19 por neoplasias ginecológicas malignas; 2 por neoplasias extra-ginecológicas; e 25 por outras condições benignas.

As cirurgias realizadas foram na sua maioria histerectomias ou salpingooforectomias, tendo sido encontrados nódulos com maior frequência perto dos ovários e salpínges (17 e 17 respetivamente), os restantes localizavam-se no ligamento infundibulopélvico (5), Trompas de Falópio (4), ligamento largo do útero (2) e tecidos paracólicos (2). No sexo masculino a literatura evidencia uma predominância para o lado direito, não se verificou haver tal tendência no sexo feminino, com 22 nódulos a estarem presentes em estruturas esquerdas, 19 direitas e 1 caso com nódulos bilaterais, em 5 casos não se menciona o lado em que foram encontrados. O tamanho médio dos nódulos era de 10.8mm e à exceção de 1, todos eram constituídos exclusivamente por córtex suprarrenal. Em 3 casos encontraram-se múltiplos nódulos.

Comparando o caso clínico em estudo com os restantes reportados na literatura, podemos concluir que se trata de uma apresentação típica desta patologia. A única divergência é a presença bilateral de nódulos, que apenas ocorre em 1 outro caso. O diagnóstico foi feito após uma intervenção cirúrgica motivada por uma patologia neoplásica ginecológica (teratoma maduro), tal como cerca de 40% dos casos já descritos.

A paciente não apresentava qualquer padrão sintomatológico decorrente da ECS em si, e esta não foi identificada nos exames de imagem realizados, provavelmente devido às pequenas dimensões dos nódulos. A sintomatologia que motivou a vinda à consulta de ginecologia-obstetrícia foi provavelmente devido ao efeito compressiva das lesões de maiores dimensões também presentes.

A descrição macroscópica no relatório anátomo-patológico permite concluir com algum grau de certeza tratar-se de tecido cortical suprarrenal e o estudo imunohistoquímico realizado confirma ainda mais essa suspeita. Apesar de não se terem efetuado estudos para verificar a expressão anómala de reguladores enzimáticos envolvidos nesta patologia, o local de desenvolvimento destes nódulos coincide com a hipótese da migração embrionária de tecido cortical pelas vias de descida gónadal.

A utente ficou a ser seguida em consulta de endocrinologia, o que não acontece na maioria destes casos. A vigilância para insuficiência suprarrenal não deve ser desprezada, e como tal, apesar de aparentemente não ser prática comum, o acompanhamento por um endocrinologista após remoção acidental de ECS deve ser sempre instituído.

A presença ectópica de tecido suprarrenal raramente dá origem a sintomatologia, por este motivo a sua identificação torna-se algo incomum. Mesmo assim, há casos em que esta patologia provoca manifestações clínicas, tornando-a merecedora de atenção. Em particular, casos de síndrome de Cushing, virilização ou hipertensão de origem indeterminada quando não são detetadas anomalias nas glândulas suprarrenais corretamente implantadas.

O seu diagnóstico pré-cirúrgico pode por vezes ser conseguido através de exames de imagem. Na maioria dos casos com sintomatologia clínica, estas massas têm maiores dimensões, sendo maior a probabilidade de conseguir o diagnóstico através de exames de imagem. O exame de primeira linha a ser utilizado perante uma suspeita de ECS, deve ser a TC abdominal e pélvica, podendo proceder-se à realização de uma RMN de acordo com uma TC não esclarecedora ou para obter uma avaliação do risco de malignidade, recorrendo neste contexto a uma imagem ponderada em T2.

Consoante os critérios de malignidade suprarrenal de Weiss, já mencionados, e de acordo com a avaliação funcional das glândulas suprarrenais, temos duas valências de tratamento. Podemos optar por um esquema com corticosteróides na tentativa de provocar a involução da massa, ou avançar de imediato para uma abordagem cirúrgica nos casos com critérios de maior risco.

O prognóstico desta patologia é na grande maioria dos casos bom, relacionando-se com o facto da sua identificação ser primariamente como um achado cirúrgico fortuito. No caso exposto, o diagnóstico não foi mais que um achado sem consequências clínicas. No entanto, é importante ter em conta que esta patologia pode ter apresentações mais nefastas.

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Conclusão

Neste trabalho de dissertação pretendi descrever e sistematizar toda a informação conhecida acerca de ECS. Desde a sua etiologia embrionária ao seu tratamento e prognóstico. De acordo com o caso clínico descrito, abordei com ênfase as ECS no contexto de apresentação pélvica no sexo feminino.

Uma vez ser uma patologia bastante rara, não se encontram descritos na literatura muitos casos. Apenas estão descritos 4 casos de ECS adjacente à Trompa de Falópio.

Verifica-se que o caso em estudo acaba por ser bastante semelhante aos outros já descritos, tanto ao nível das características da doente, de ter uma apresentação clínica silenciosa, ser um achado cirúrgico, bem como, ao que tudo indica, não implicar complicações futuras.

Resumindo, esta é uma patologia rara que não leva a complicações clínicas na maioria dos casos, no entanto pode estar associada a insuficiência ou hiperfunção suprarrenal, causar sintomas compressivos pela dimensão da massa ou mesmo sofrer um processo de malignização.

É um diagnóstico que deve ser considerado perante sintomatologia de disfunção suprarrenal sem aparentes alterações das glândulas corretamente localizadas.

De futuro considero ser importante formular um plano de seguimento mais estruturado, de modo a estudar mais profundamente as implicações a longo prazo desta patologia. Com particular atenção à evolução da função hormonal suprarrenal através de acompanhamento em consulta de endocrinologia.

Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa

Bibliografia

1. Schechter DC. Aberrant Adrenal Tissue. *Ann Surg* [Internet]. 1968 Mar;167(3):421–6. Available from: <http://journals.lww.com/0000658-196803000-00017>
2. Senescende L, Bitolog PL, Auberger E, Zarzavadjian Le Bian A, Cesaretti M. Adrenal ectopy of adult groin region: a systematic review of an unexpected anatomopathologic diagnosis. Vol. 20, *Hernia*. Springer-Verlag France; 2016. p. 879–85.
3. Mitty HA. Embryology, anatomy, and anomalies of the adrenal gland. *Top Catal*. 1988;23(4):271–9.
4. Tarçın G, Ercan O. Emergence of Ectopic Adrenal Tissues-What are the Probable Mechanisms? Vol. 14, *JCRPE Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*. Galenos Publishing House; 2022. p. 258–66.
5. Mete O, Erickson LA, Juhlin CC, de Krijger RR, Sasano H, Volante M, et al. Overview of the 2022 WHO Classification of Adrenal Cortical Tumors. *Endocr Pathol* [Internet]. 2022 Mar;33(1):155–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35288842>
6. Chew KT, Abu MA, Arifuddin Y, Mohamed Ismail NA, Nasir NAM, Mohammed F, et al. Ectopic adrenal tissue associated with borderline mucinous cystadenoma of ovary: A case report with review of the literature. *Horm Mol Biol Clin Investig*. 2017 Dec 20;32(3).
7. Tingi E, Ogah J. Ectopic adrenal rest cells of the fallopian tube: a case report and review of the literature. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2018 May 19;38(4):578–9.
8. Leibowitz J, Pertsemlidis D, Gabrilove JL. Recurrent Cushing’s Syndrome Due to Recurrent Adrenocortical Tumor—Fragmentation or Tumor in Ectopic Adrenal Tissue? *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 1998 Nov;83(11):3786–9. Available from: <https://academic.oup.com/jcem/article-lookup/doi/10.1210/jcem.83.11.5260>
9. Khandakar B, Dey S, Ray P Sen, Sarkar R, Bhattacharyya P. Ectopic paratubal adrenal cell rest associated with mucinous cystadenoma of ovary. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2024 Jan 24];9(10):ED13–4. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.6/11333>
10. Hafiz B, Alturkistani F. Adrenal Cortical Rests in the Fallopian Tube: A Case Report and Review of the Literature. *Cureus* [Internet]. 2022 Aug 3; Available

- from: <https://www.cureus.com/articles/90051-adrenal-cortical-rests-in-the-fallopian-tube-a-case-report-and-review-of-the-literature>
11. Miguel Fernandes de Araújo L. Heterotopia da Suprarrenal na Trompa de Falópio: Um Caso Clínico.
 12. Barwick TD, Malhotra A, Webb JAW, Savage MO, Reznek RH. Embryology of the adrenal glands and its relevance to diagnostic imaging. Vol. 60, *Clinical Radiology*. 2005. p. 953–9.
 13. Falco EC, Daniele L, Metovic J, Bollito E, De Rosa G, Volante M, et al. Adrenal Rests in the Uro-genital Tract of an Adult Population. *Endocr Pathol*. 2021 Sep 1;32(3):375–84.
 14. Souverijns G, Peene P, Keuleers H, Vanboeckrijck M. Ectopic localisation of adrenal cortex. *Eur Radiol* [Internet]. 2000;10(7):1165–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11003415>
 15. Cariou J, Grise P, Caremel R, De Fourmestraux A, Albouy B. Traitement par laparoscopie extrapéritonéale itérative d'un adénome corticosurrénalien ectopique responsable d'un syndrome de Cushing. *Progrès en Urologie* [Internet]. 2008 Jan;18(1):68–70. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1166708708000110>
 16. Bisceglia M, Ludovico O, Di Mattia A, Ben-Dor D, Sandbank J, Pasquinelli G, et al. Adrenocortical Oncocytic Tumors: Report of 10 Cases and Review of the Literature. *Int J Surg Pathol* [Internet]. 2004 Jul 27;12(3):231–43. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/106689690401200304>
 17. Kasajima A, Nakamura Y, Adachi Y, Takahashi Y, Fujishima F, Chiba Y, et al. Oncocytic adrenocortical neoplasm arising from adrenal rest in the broad ligament of the uterus. *Pathol Int*. 2014;64(4):183–8.
 18. Goren E, Engelberg IS, Eidelman A. Adrenal rest carcinoma in hilum of kidney. *Urology* [Internet]. 1991 Aug;38(2):187–90. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429505800858>
 19. Sisto JM, Liu FW, Geffner ME, Berman ML. Para-ovarian adrenal rest tumors: gynecologic manifestations of untreated congenital adrenal hyperplasia. *Gynecological Endocrinology*. 2018 Aug 3;34(8):644–6.
 20. Janovski NA. Choristoma of heterotopic adrenal tissue in mesosalpinx. *Obstet Gynecol*. 1966;28:380–2.
 21. Anderson JR, Ross AHM. Ectopic adrenal tissue in adults. *Postgrad Med J* [Internet]. 1980 Nov 1;56(661):806–8. Available from: <https://academic.oup.com/pmj/article/56/661/806/7063826>


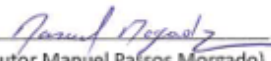
22. van Ingen G, Schoemaker J, Baak JPA. A Testosterone-Producing Tumour in the Mesovarium. *Pathol Res Pract*. 1991;187(2–3):362–70.
23. Sasano H, Sato S, Yajima A, Akama J, Nagura H. Adrenal rest tumor of the broad ligament: Case report with immunohistochemical study of steroidogenic enzymes. *Pathol Int*. 1997;47(7):493–6.
24. Usta U, Türkmen E, Aydin NE. Adrenal Ectopia Within the Wall of an Ovarian Serous Cystadenoma. *Balkan Med J*. 2006;23:95–8.
25. Ors F, Lev-Toaff A, O’Kane P, Qazi N, Bergin D. Paraovarian adrenal rest with MRI features characteristic of an adrenal adenoma. *Br J Radiol [Internet]*. 2007 Sep;80(957):e205–8. Available from: <https://academic.oup.com/bjr/article/80/957/e205-e208/7443905>
26. Yasar L, Ekin M, Kaya C, Ozkan Y. A rare case of ectopic adrenal tissue in the left ovary in a patient with a granulosa-cell tumor of the right ovary. *J Gynecol Surg*. 2012 Jun 1;28(3):220–2.
27. Zhong H, Xu B, Popiolek DA. Growth Patterns of Placental and Paraovarian Adrenocortical Heterotopias Are Different. *Case Rep Pathol [Internet]*. 2013;2013:1–6. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/cripa/2013/205692/>
28. Şahin Ç, Taylan E, Akdemir A, Zekioglu O, Seyidova P, Ergenoglu AM. Ovarian serous cystadenoma with ectopic adrenal tissue in a 65-year-old patient: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2017;33:89–91.
29. Chentli F, Terki N, Azzoug S. Ectopic adrenocortical carcinoma located in the ovary. *Eur J Endocrinol [Internet]*. 2016 Oct 1;175(4):K17–23. Available from: <https://academic.oup.com/ejendo/article/175/4/K17/6654952>
30. Billone V. Excision of ectopic adrenocortical tissue during laparoscopy for isolated tubal torsion. *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia*. 2017;39(1):40.
31. Zhang J, Liu B, Song N, Lv Q, Wang Z, Gu M. An ectopic adreocortical adenoma of the renal sinus: a case report and literature review. *BMC Urol [Internet]*. 2016 Dec 16;16(1):3. Available from: <http://bmcurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12894-016-0123-0>
32. Bouzidi L, Triki M, Charfi S, Ameer H Ben, Dhaou M Ben, Bouaziz T, et al. Incidental Finding of Bilateral Ovarian Adrenal Rest Tumor in a Patient With Congenital Adrenal Hyperplasia: A Case Report and Brief Review. *Pediatric and Developmental Pathology*. 2021 Apr 1;24(2):137–41.
33. Crocker MK, Barak S, Millo CM, Beall SA, Niyiyati M, Chang R, et al. Use of PET/CT with Cosyntropin Stimulation to Identify and Localize Adrenal Rest

Tissue following Adrenalectomy in a Woman with Congenital Adrenal Hyperplasia. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2012 Nov;97(11):E2084–9. Available from: <https://academic.oup.com/jcem/article-lookup/doi/10.1210/jc.2012-2298>

34. Chen H dong, Huang L e., Zhong Z hai, Su Z, Jiang H, Zeng J, et al. Ovarian Adrenal Rest Tumors Undetected by Imaging Studies and Identified at Surgery in Three Females with Congenital Adrenal Hyperplasia Unresponsive to Increased Hormone Therapy Dosage. *Endocr Pathol*. 2017 Jun 1;28(2):146–51.

Anexos

Anexo 1. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do CHUCB.

		IMPRESSO Parecer da Comissão de Ética para a Saúde	
		Código: CHUCB.IMP.COMET.01	Edição: 5
		Revisão: 1	
Parecer nº: 27/2023		Data: 25/05/2023	
Assunto: Estudo nº 23/2023 – “Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa - a propósito de um caso clínico”			
Membros da CE do CHUCB: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado (Presidente, Farmacêutico) Dra. Ana Paula Torgal Carreira (Vice-Presidente, Assistente Social) Dr. Luís Manuel Ribeiro (Médico) Enf. Maria Gabriela Ramalhão (Enfermeira) Dra. Maria Teresa Bordalo Santos (Psicóloga) Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro (Jurista) Dr. António Luciano Costa (Teólogo)	Exmo. Senhor Investigador Rodrigo Bruno Lopes Alves A Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, em reunião realizada em 25/05/2023 deliberou emitir parecer relativamente à realização do Estudo nº 23/2023 – “Ectopia de córtex suprarrenal adjacente à trompa - a propósito de um caso clínico” Membros da CES do CHUCB presentes: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado Dra. Ana Paula Torgal Carreira Dra. Maria Teresa Bordalo Santos Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro Dr. António Luciano Costa Parecer: Apreciado o projeto do estudo, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização. Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados. A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Ex.mo Conselho de Administração do CHUCB e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias. <p style="text-align: center;">O Presidente da Comissão de Ética do CHUCB</p> <p style="text-align: center;">  (Prof. Doutor Manuel Passos Morgado) </p>		
Página: 1 de 1			

