

TERATOMA CÍSTICO GIGANTE DE OVÁRIO EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

GIANT CYSTIC TERATOMA IN CHILDREN OVARY: CASE REPORT

Vitor Emanuel Pires Montenegro,* Maria Auxiliadora Neves de Carvalho,** Marcelo Marques da Cunha,*** Paulo Henrique Klein,****
Bruna Cecília Neves de Carvalho.*****

Resumo

O teratoma é um tumor formado por células germinativas e pode ocorrer tanto em crianças como em adultos. Na população pediátrica feminina, localizam-se sobretudo nos ovários. A maioria das lesões é assintomática com exceção dos casos associados a complicações agudas. Possuem achados radiológicos característicos que ajudam no diagnóstico. O estudo aborda um caso de teratoma cístico gigante de ovário em uma criança de nove anos.

Palavras-chave: Ovário; Teratoma; Neoplasias ovarianas.

Abstract

The teratoma is a tumor composed of germ cells and can occur in both children and adults. The majority of lesions are asymptomatic with exception of the cases that present acute complications. They have radiological findings characteristics often tend to help in diagnosis. The study deals with a case gigantic teratoma cyst in the ovary of a nine-year old child.

Keywords: Ovary; Teratoma; Ovarian neoplasms.

Introdução

Os teratomas são um tipo comum de tumores de células germinativas tanto em crianças quanto em adultos.^{1,2} Podem surgir em diferentes regiões como cabeça, pescoço, mediastino, retroperitônio, região sacrococcígea ou nas gônadas.¹⁻³ Possuem histologicamente tecidos provenientes dos três folhetos embrionários, ectoderma, mesoderma e endoderma.^{1,4} Utilizando o sistema Gonzalez-Crussi, que considera o grau de diferenciação dos seus componentes, classifica-se os teratomas em maduros ou imaturos.^{1,2} Os tumores imaturos frequentemente apresentam um comportamento maligno, por outro lado os maduros cursam para a benignidade.^{1,2} Teratomas, também, podem

ser classificados segundo o seu conteúdo em sólidos, císticos ou mistos.^{1,2} Massas ovarianas representam os tumores mais comuns do trato genital feminino em crianças e adolescentes.^{5,6} Estima-se a incidência de tumores ovarianos em 2,6 casos por cem mil mulheres/ano.^{5,6} Na faixa etária pediátrica 47 a aproximadamente 88% das massas ovarianas são tumores de células germinativas e 95% dessas lesões correspondem a teratomas maduros benignos.^{4,7} A sintomatologia tanto para os tumores benignos quanto malignos é inespecífica.^{4,5} O uso de métodos diagnósticos por imagem ou marcadores tumorais é fundamental para o correto manejo de lesões benignas ovarianas em neonatos, crianças e adolescentes.⁵ O tratamento cirúrgico principalmente por via

* Médico residente em Cirurgia Geral do HUGV.

** Cirurgiã pediátrica do HUGV. Doutora em Biotecnologia pela Faculdade de Medicina da Ufam.

*** Médico formado pela Universidade do Estado do Amazonas.

**** Aluno de graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Amazonas.

***** Médica residente em Cirurgia Geral do Hospital Santa Marcelina, São Paulo/SP.

laparoscópica é a terapêutica mais utilizada para correção dessas lesões.⁷

O objetivo do relato de caso a seguir deve-se a raridade dos teratomas nessas dimensões na faixa pediátrica, assim como o fato de a criança apresentar inicialmente quadro clínico sugestivo de outras patologias comuns, sendo infrequente a investigação desses tumores no diagnóstico diferencial de massa abdominal em meninas. Além disso, o diagnóstico precoce associado à terapêutica imediata e o seguimento baseado em critérios bem estabelecidos são importantes para um desfecho favorável no longo prazo.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, nove anos, branca, natural de Manaus, Amazonas, e proveniente do Pronto-Socorro da Criança da Zona Oeste de Manaus. Procurou atendimento médico por conta do quadro de distensão abdominal, dificuldade de evacuação e disúria havia aproximadamente três meses. Ao exame físico foi identificada uma massa abdominal. Realizou-se uma ultrassonografia (USG) de abdome total, sendo encontrada uma massa de caráter cístico na cavidade abdominal. Paciente foi encaminhada para o Instituto da Criança do Amazonas (Icam) para investigação do quadro clínico.

Durante a admissão, a mãe relatou que o parto da criança ocorreu sem intercorrências e nega distúrbios hormonais durante a gestação. Ao

exame físico paciente apresentava-se em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e no espaço, eupneica, normocorada, hidratada, acianótica, anictérica e eutrófica. Exame do aparelho cardiorrespiratório sem alterações à inspeção, ausculta ou à palpação. Abdome distendido, tenso, doloroso à palpação superficial, ruídos hidroaéreos ausentes, presença de massa abdominopélvica se estendendo desde a região epigástrica até o púbis de consistência sólido-cística e imóvel. Anexos não delimitados. Toque retal sem alterações. Exame do aparelho genito-urinário sem alterações. Foram solicitados hemograma completo, pesquisa de elementos anormais no sedimento urinário e urinocultura, e os marcadores tumorais ovarianos gonadotrofina coriônica humana (β -HCG) e alfafetoproteína (AFP). Paciente apresentava hemograma sem alterações, hematúria, micro-hematúria, β -HCG de 1,8 nUI/ml e AFP de 107 UI/ml. Solicitou-se ressonância nuclear magnética (RNM) de abdome total, sendo evidenciada volumosa lesão expansiva cística e sólida, localizada na cavidade pélvica e exteriorizando-se para a cavidade abdominal superior, de provável origem anexial, medindo 27,6 cm crânio-caudal por 19,4 cm látero-lateral por 10,3 cm anteroposterior associada à moderada dilatação pielocalicial à direita, determinada por efeito compressivo da lesão expansiva sobre o terço proximal do ureter direito, e moderada quantidade de líquido livre na cavidade pélvica (Figuras 1 e 2).



Figura 1: RNM do teratoma cístico gigante de ovário: corte coronal.
Fonte: Arquivo de imagens dos autores.

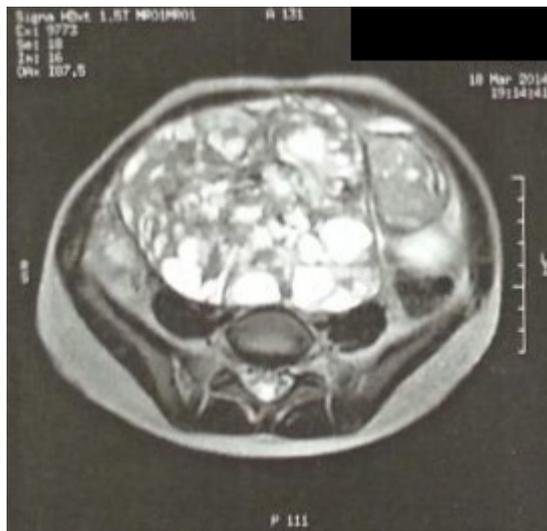


Figura 2: RNM do teratoma cístico gigante de ovário: corte transverso.
Fonte: Arquivo de imagens dos autores.

A criança foi submetida à laparotomia exploradora diagnóstica e durante o procedimento foi observada uma massa tumoral de componente sólido e cístico, de difícil mobilidade, indo de região epigástrica até o fundo de saco de Douglas. Foi feito esvaziamento de aproximadamente 500 ml de líquido amarelo citrino de parte cística facilitando o acesso,

exteriorização e ressecção completa de massa tumoral (Figura 3). Ao exame histopatológico foi constatada presença de neoplasia cística teratomatosa do ovário, revestida por epitélio pavimentoso estratificado e ceratinizado e com presença de glândulas sebáceas e folículos pilosos, concluindo tratar-se de um teratoma cístico ou cisto dermoide do ovário.



Figura 3: Teratoma cístico gigante de ovário: visão macroscópica da peça cirúrgica.
Fonte: Arquivo de imagens dos autores.

Discussão

Tumores ovarianos são responsáveis por aproximadamente 1% de todos os tumores em crianças e adolescentes.^{6,7} O tumor ovariano benigno mais comum na infância é o teratoma.^{3,8} Aproximadamente 80% dos teratomas são benignos.^{3,8} Teratomas ovarianos são classificados em maduros, imaturos e monodermal.^{1,4} Uma forma comum de teratoma monodermal é o struma ovarii, lesão formada principalmente por tecido tireoidiano.¹ Teratomas maduros, também denominados cistos dermoides, são as neoplasias ovarianas mais comuns na população pediátrica¹ e são constituídos por componentes variados como cabelo, dentes ou tecido adiposo.³

Deve-se iniciar a investigação de uma lesão ovariana por meio da anamnese e exame físico detalhados. Os pais da criança são os principais aliados para solução do caso. Questiona-se inicialmente uma história de hipotireoidismo ou diabetes gestacional, pois ambos os distúrbios estão relacionados a cistos ovarianos fetais.^{3,8,9} Em crianças pré-púberes, os pais devem atentar para sintomas e sinais indicativos de puberdade precoce ou atraso puberal.^{3,8} Nos pacientes pós-menarca, uma história menstrual cuidadosa deve ser colhida.^{3,8,10} O tipo de dor ajuda na compreensão do caso. Dor aguda ou intermitente e associada a náuseas ou vômitos pode estar relacionada à torção anexial em 75% dos casos.^{3,8}

O exame físico isolado não diferencia as lesões,^{4,5} mas é útil para a determinação do risco de malignidade do tumor.^{3,4} Na maioria dos casos, tumores malignos são bilaterais, sólidos, fixos e irregulares à palpação e associados com o quadro ascite.^{3,4} O exame vaginal digital ou por espéculo sem anestesia deve ser evitado em crianças ou adolescentes não sexualmente ativos por conta da pequena abertura vaginal.³

A maioria das lesões é assintomática, com exceção dos casos associados ao quadro de abdome agudo ou, raramente, degeneração maligna para carcinoma espinocelular.^{1,8} A sintomatologia é variada e inespecífica.^{4,5} Dor abdominal é o sintoma mais encontrado tanto

em neoplasias benignas quanto em malignas.^{4,5} Nestes, a distensão abdominal é a queixa principal seguida pelos distúrbios menstruais, como alterações nos ciclos ou período menstrual e dismenorrea.⁵ Sinais de abdome agudo podem indicar torção ovariana, ruptura de cisto hemorrágico, abscesso tubo-ovariano ou mesmo gravidez ectópica.³

A ultrassonografia (USG) pélvica ou transabdominal é o exame de escolha independente da faixa etária para investigação das lesões ovarianas.^{3,7,11} Possibilita avaliar a localização, o tamanho e a estrutura da lesão.⁷ A USG Doppler dos vasos ovarianos pode ajudar a determinar a presença ou ausência de torção anexial.^{3,12} Em casos duvidosos, opta-se pela tomografia computadorizada ou pela ressonância nuclear magnética. Esta também pode ser utilizada para verificar as margens da lesão e planejamento cirúrgico em casos selecionados.^{3,7,11} Alguns achados radiológicos sugerem teratoma como presença de gordura no interior da lesão, espaços císticos, calcificações ou as protuberâncias de Rokitansky, projeções papilares originadas da parede do cisto.^{1,11} Na maioria dos casos, tumores ovarianos menores do que 8 cm de diâmetro com componentes císticos e sólidos devem ser considerados como teratoma.^{7,11} Lesões predominantemente císticas podem ser benignas ou malignas e, para diferenciá-las, utilizam-se os marcadores tumorais ovarianos β -HCG, AFP e o antígeno do câncer 125 (CA 125).^{5,7,13} Esses marcadores são úteis na avaliação pré-operatória e acompanhamento pós-operatório.⁷ Níveis aumentados de β -HCG e AFP estão relacionados com tumores malignos.^{7,13} Os níveis de CA 125 devem ser avaliados cuidadosamente, pois estão elevados mesmo em situações benignas como endometriose, cistos de ovário, torção ovariana, pancreatite, hepatite ou mesmo no período menstrual normal.^{3,13} É recomendado lembrar que o teste laboratorial mais importante que deve ser realizado em qualquer paciente com dor pélvica aguda é o β -HCG de urina para descartar gravidez.³

Qualquer que seja o procedimento cirúrgico realizado nos ovários ou anexos genitais de crianças e adolescentes os objetivos devem

ser remover o tecido neoplásico, aliviar a dor, estadiar a lesão nos casos de malignidade e preservar tanto a fertilidade quanto a produção hormonal ovariana.^{3,8} Independente da localização ou idade do paciente, o princípio básico para o tratamento dos teratomas é realizar a ressecção cirúrgica completa da lesão, independente do tipo histológico.^{3,14} A abordagem clássica para teratomas maduros e para outras lesões benignas é a ooforectomia, quer na abordagem aberta ou laparoscópica.^{7,14} Esse método proporciona preservação tanto do tecido como da função ovariana,^{4,5} e se for realizado por via laparoscópica resulta em menor tempo de internação e menor incidência de infecção e sangramento intraoperatório.^{3,14} O comprometimento da fertilidade em pacientes jovens após a cirurgia pode ocorrer e está associado à remoção dos ovários ou a formação de aderências.^{1,8,10} Nos casos de grande perda da função ovariana, mesmo em lesões benignas, opta-se pela salpingooforectomia.^{5,8} Os teratomas maduros são as neoplasias que mais se associam com o quadro de torção ovariana. Nesses casos, a exploração cirúrgica de emergência deve ser considerada.^{4,7} A ooforopexia é recomendada em pacientes com torção recorrente de um ovário normal, ooforectomia anterior por torção sem massa ou um anexo grosseiramente anormal.³

Então, observa-se a grande importância do diagnóstico pontual nos casos de massas pélvicas em crianças, propondo, assim, tratamento adequado precocemente e, com isso, diminuindo-se o impacto no futuro reprodutivo dessas jovens.

Referências

- Peterson CM, Buckley C, Holley S, Menias CO. Teratomas: A multimodality review. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2012; 41: 210-9.
- Pectasides D, Pectasides E, Kassanos D. Germ cell tumors of the ovary. *Cancer treat ver.* 2008; 34: 427-41.
- Oelschlager AMEA, Sawin R. Teratomas and ovarian lesions in children. *Surg Clin N Am.* 2012; 92: 599-613.
- Rescorla FJ. Pediatric germ cell tumors. *Semin pediatr surg.* 2012; 21(1): 51-60.
- Zhang M, Jiang W, Li G, Xu C. Ovarian masses in children and adolescents: an analysis of 521 clinical cases. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2014; 27: 73-7.
- Cramer DW. The epidemiology of endometrial and ovarian cancer. *Hematol Oncol Clin N Am.* 2012; 26: 1-12.
- Özcan R, Kuruoğlu S, Dervişoğlu S, Eliçevik M, Emir H, Büyükcinal C. Ovary-sparing surgery for teratomas in children. *Pediatr Surg Int.* 2013; 29: 233-7.
- Petroze R, McGahren ED. Pediatric chest II: benign tumors and cysts. *Surg Clin N Am.* 2012; 92: 645-58.
- Lakhoo K. Neonatal teratomas. *Early hum dev.* 2010; 86: 643-7.
- Stany MP, Hamilton CA. Benign disorders of the ovary. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2008; 35: 271-84.
- Saba L, Guerriero S, Sulcis R, Virgilio B, Melis G, Mallarini G. Mature and immature ovarian teratomas: CT, US and MR imaging characteristics. *Eur j radiol.* 2009; 72: 454-63.
- Shah RU, Lawrence C, Fickenscher KA, Shao L, Lowe LH. Imaging of pediatric pelvic neoplasms. *Radiol Clin N Am.* 2011; 49: 729-48.
- Almeida JRC, Pedrosa NL, Leite JB, Fleming TRP, Carvalho VH, Cardoso AAA. Marcadores tumorais: revisão de literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2007; 53(3): 305-16.
- Taylor SE, Kirwan JM. Ovarian cancer: current management and future directions. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 2011; 22(2): 33-7.