



TERATOMA MADURO DESCOBERTO DURANTE UM PARTO CESÁREA: RELATO DE CASO

Mariana Betold Fonseca¹ ; Stéphanie Cristina Germano¹; Lais Maria Ramos¹; Juliana Peraro Miguel¹; Gustavo Antônio Neppelenbroek².

¹Acadêmicos do curso de medicina da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

²Graduado em medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; mestre em ginecologia e obstetrícia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão. Preto de Universidade de São Paulo; professor assistente da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP. (gunep@ig.com.br)

Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, Ribeirão Preto – SP, Brasil.

Recebido em: 06/05/2013 – Aprovado em: 17/06/2013 – Publicado em: 01/07/2013

RESUMO

O teratoma maduro ou cisto dermóide é o tipo mais frequente de tumor das células germinativas. São congênitos, porém são geralmente diagnosticados em mulheres em idade fértil, já que seu crescimento é muito lento. São massas relativamente pequenas e, por isso, podem passar despercebidas ao exame físico. A maior parte é assintomática. O seu rompimento é raro, entre 1 e 1,2% e é considerado urgência ginecológica. O ultrassom é o método diagnóstico de eleição. O objetivo do caso descrito é evidenciar a falta de diagnóstico prévio de uma paciente portadora assintomática de teratoma benigno submetida a uma cesariana, onde foi descoberto o tumor.

PALAVRAS-CHAVE: Teratoma maduro; Cisto Dermóide; Urgência ginecológica.

MATURE TERATOMA DISCOVERED A CESAREA SECTION: CASE REPORT

ABSTRACT

Mature teratomas or dermoid cyst is the most common type of germ cell tumor germ cell tumors. Are congenital, but are usually diagnosed in women of childbearing age, since their growth is very slow. Masses are relatively small and therefore can pass unnoticed physical examination. Most are asymptomatic. Its breaking is often between 1.2 and 1%, and is considered gynecological urgency. The ultrasound is the diagnostic method of choice. The goal of the event is described highlight the lack of a diagnosis of a patient with asymptomatic benign teratoma underwent a caesarean section, where the tumor was discovered.

KEYWORDS: mature teratoma; Dermoid Cyst; gynecological emergency.

INTRODUÇÃO

Os tumores de células germinativas constituem cerca de 20% dos tumores de ovário, sendo que 95% são benignos. O tipo mais frequente é o teratoma maduro benigno, também denominado cisto dermóide (KOCÁK et al., 2004).

Originam-se a partir de células embrionárias pluripotentes, presentes habitualmente em ovário, testículo, mediastino, retroperitônio e região sacrococcígea, o que explica a coloração da epiderme do cisto ser como o fenótipo do paciente. São congênitos, porém são geralmente diagnosticados em mulheres em idade fértil, já que seu crescimento é muito lento. São massas relativamente pequenas e, por isso, podem passar despercebidas ao exame físico (ROSA et al., 2006). São definidos histologicamente pelas três linhagens de células germinativas: endoderma, mesoderma e ectoderma. Outra classificação frequente é: maduro e imaturo, dependendo do grau de diferenciação de seus componentes (PETERSON et al., 2012). A malignização (teratoma imaturo) é rara (REBOLLEDO-P et al., 2012), porém justifica sua retirada rotineira (ANDRADE et al., 2009).

O teratoma cístico benigno geralmente é um tumor bilateral (de 7% a 25%, segundo KOCÁK et al., (2004) e se caracteriza por uma cápsula grossa, bem formada e revestida por epitélio plano estratificado. Pode-se encontrar, também, uma variedade de apêndices cutâneos, como glândulas sudoríparas, apócrinas e sebáceas. A cavidade é cheia de detritos deste e seus anexos, é de coloração amarelo claro, gorduroso e espesso e pode conter pelo. Outros tecidos que podem ser encontrados são dentes, cartilagem, plexo coróide, falanges, tecido nervoso e, até tecido tireoidiano com potencial tireotóxico ou de degeneração maligna da tireóide.

A predição da malignização está vinculada ao tamanho do tumor encontrado e ao nível de CA 19-9, antígeno dosado no soro da paciente (FUTAGAMI et al., 2012). O carcinoma de células escamosas é o tipo histológico mais comum neste caso. Um acurado exame pré-operatório de imagem aliado a este marcador tumoral sérico pode auxiliar no diagnóstico (AN et al., 2013).

No entanto, a maior parte dos teratomas maduros são assintomáticos. As formas mais presentes de apresentação são: dor abdominal (48%), hemorragia uterina anormal ou concomitante (15%) ou aumento do volume abdominal (15%). O seu rompimento é raro, entre 1 e 1,2% e é considerado urgência cirúrgica (ROSA et al., 2006), inclusive já houve relato de caso de ruptura durante a gravidez (SACHCHIDANANDA et al., 2008).

O tratamento é cirúrgico, sendo possível a ressecção do tumor respeitando o resto do ovário (MERINO et al., 2008). Devido as alterações hormonais da gravidez, o teratoma maduro pode crescer rapidamente desde que tenha receptores de estrogênio e progesterona (KANLIOGLU et al., 2012).

O ultrassom é o método diagnóstico de eleição e a combinação deste com radiografia X simples de abdome proporciona um diagnóstico mais exato, sendo a ressonância magnética ou a tomografia abdominal aportes para o diagnóstico diferencial (MORAIS et al., 2010).

OBJETIVOS

O objetivo do caso descrito é evidenciar a falta de diagnóstico prévio de uma paciente portadora assintomática de teratoma benigno submetida a uma cesariana, onde foi descoberto o tumor, mesmo com a realização de pré-natal adequado com exames ecográficos.

MATERIAL E METODOS

Foi realizado acompanhamento clínico e assistência médica a uma paciente durante o pré natal e no parto cesárea, na Santa Casa de Serrana – SP, no mês de setembro de 2010. Todas as consultas e exames preconizados foram realizados, dentro das normas da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2007). Para realizar o parto cesárea, foi utilizada a técnica de misgav ladach modificada, com incisão de Pfannenstiel (HUDIĆ et al., 2013). Realizar o inventário da cavidade a fim de procurar alterações faz parte do protocolo do serviço em que houve o achado do teratoma.

A anestesia utilizada foi a raquianestesia, no espaço L4-L5, conforme normas da Sociedade Brasileira de Anestesia (SBA, 2003). Para exérese do teratoma e do ovário direito, foram realizados pontos ancorados com uso de fio absorvível multifilamentar. A indicação do parto cesárea foi por iteratividade (duas cesáreas prévias), conforme orientação da FEBRASGO (2007).

RESULTADOS

G.J.C.M., 33 anos, natural e procedente de Serrana – SP, com duas cesáreas prévias e nenhum aborto. Admitida no serviço de obstetrícia do Hospital Santa Casa de Serrana para realização da terceira cesariana, apresentando 38 semanas e cinco dias de gestação. Durante procedimento foi encontrado um ovário direito aumentado, com superfície lisa, sem aderências, com pêlos, material sebáceo e dentes em seu interior (figuras 1 e 2). Diante do teratoma maduro descoberto, optou-se pela realização da ooforectomia à direita e retirada do tumor ovariano. O material foi enviado para o anatomopatológico. Foi acondicionado em formol a 10%.

Paciente antes de engravidar estava em uso de anticoncepção injetável e afirmou que antes do início desta apresentava ciclos menstruais regulares, negou dor em fossa ilíaca direita, sangramento uterino disfuncional e aumento do volume do abdome. Nunca foi relatado a ela em nenhuma ultrassonografia transvaginal o aumento do seu ovário direito. Após a realização da cirurgia, a paciente seguiu sem intercorrências e encontra-se em bom estado geral.

No anatomopatológico foi evidenciado teratoma cístico maduro, com ausência de malignidade no material examinado.

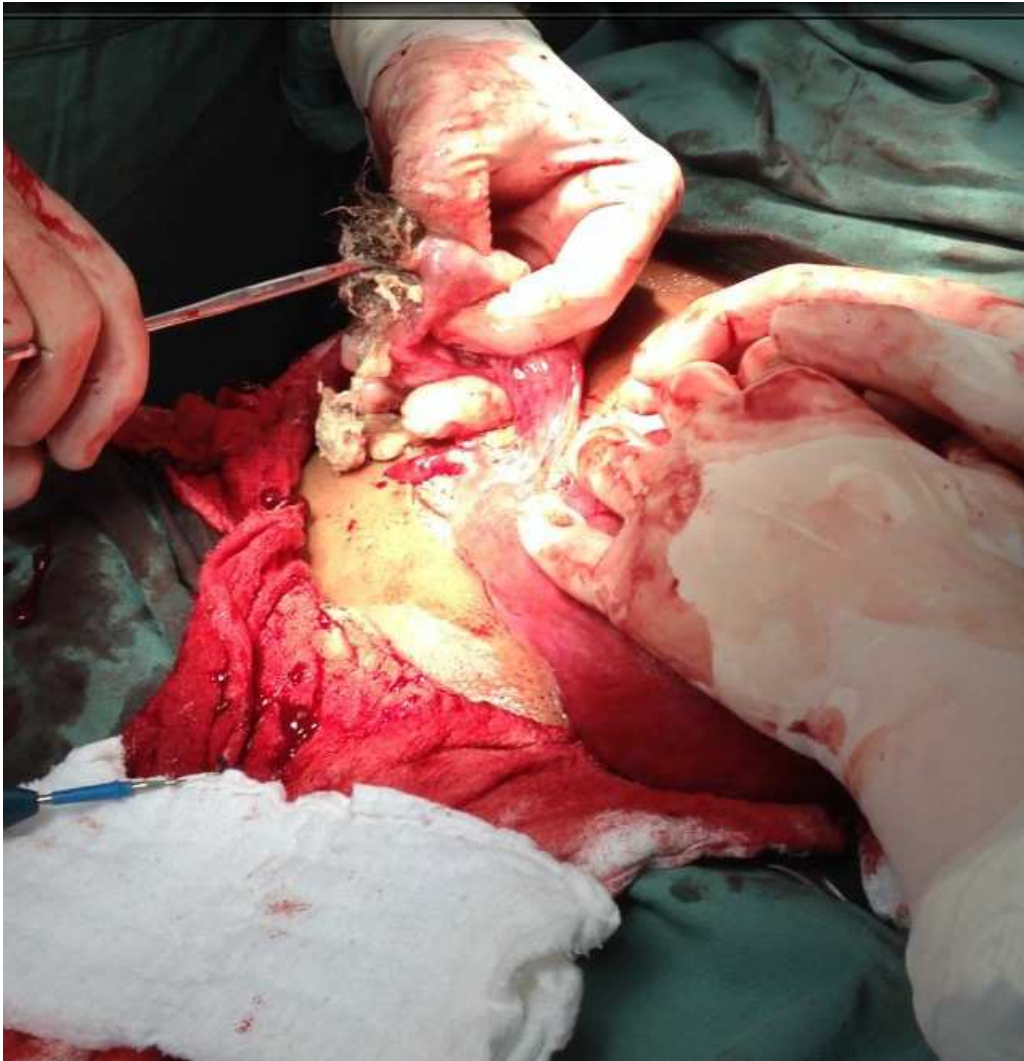


FIGURA 1 – EXTRAÇÃO DO CONTEÚDO (PELOS) DO TERATOMA MADURO

Autora: Stéphanie Cristina Ramos



FIGURA 2: EXTRAÇÃO DO CONTEÚDO (PELOS) DO TERATOMA MADURO

Autora: Stéphanie Cristina Ramos

DISCUSSÃO

As neoplasias de origem epitelial do ovário podem ser classificadas, segundo características histológicas, em três grupos: tumores benignos, malignos e de baixo potencial de malignidade, também designados de tumores *borderline*. Os achados histológicos que caracterizam as lesões *borderline* são: proliferação epitelial acentuada, quando comparada a sua variante benigna, presença de atipias celulares variáveis e presença de mitose, porém, com ausência de invasão estromal, que é um achado típico das lesões consideradas invasoras (TIEZZI et al., 2003).

O tipo histológico mais freqüente dos tumores de baixo potencial de malignidade é o seroso. O tipo mucinoso é uma entidade rara, neste caso, a apresentação clínica difere das demais neoplasias do ovário, pois freqüentemente se apresentam como tumores de crescimento rápido, atingem grandes volumes e podem evoluir para o desenvolvimento de pseudomixoma peritoneal, termo aplicado

a toda lesão com componente mucinoso, incluindo casos de tumores de apêndice cecal, adenocarcinomas do trato gastrointestinal e tumores ovarianos, com disseminação peritoneal (TIEZZI et al., 2003).

No caso dos tumores de origem ovariana, do ponto de vista histológico, a heterogeneidade celular merece consideração. Estes tumores podem ser representados por população de células que se assemelham ao epitélio endocervical, de origem mülleriana, bem como por células tipicamente originárias do epitélio intestinal ou com população celular mista (TIEZZI et al., 2003).

Os teratomas maduros são em geral assintomáticos, porém, é possível que apresentem sintomas agudos decorrentes de torção do pedículo ovariano ou ruptura da cápsula. Correspondem a 45% dos teratomas ovarianos e se classificam segundo sua configuração e conteúdo. Geralmente são móveis de acordo com a mudança de posição da paciente. O encontro de ruptura capsular, necrose, aderências a estruturas vizinhas, áreas sólidas no interior do cisto e rápido crescimento tumoral são sinais clínicos de que se deve suspeitar de lesão maligna associada ou presença de outra neoplasia concomitante (TIEZZI et al., 2003).

Neste caso, a paciente não sabia da existência do tumor uma vez que era assintomática e durante os exames de imagens já realizados nunca foi evidenciado, constituindo um achado durante o parto cesárea.

CONCLUSÃO

O teratoma é um achado raro na prática obstétrica. Normalmente é diagnosticado durante a vida reprodutiva da mulher, pelo uso da ecografia transvaginal. A maioria é assintomática, o que dificulta o diagnóstico precoce. São tumores benignos, com rara evolução para malignização. O prognóstico é bom, pois sua evolução é lenta. Porém, sempre está indicada a retirada quando diagnosticado. Não existe forma de prevenção, por tratar de anomalia congênita e aparece durante a formação embrionária. O tratamento definitivo é cirúrgico.

REFERÊNCIAS

AN J., WU L., LI X., ZHANG R., SONG Y., MA S., LIU L., HONG W. Clinical analysis of 44 cases with malignant transformation of ovarian mature cystic teratoma. **PMID: 23544494 [PubMed - in process]** 2013.

ANDRADE F.M. , MOURAD O.M.A., GUIMARÃES P.A.P., JÚDICE L.P. Tumor de células germinativas do mediastino: Relato de Caso. **Acta Scientiae Medica Online**. 2009; 2(1): 39-44.

FEBRASGO. Assistência Pré-Natal. **Manual de Orientação**. 2007.

FUTAGAMI M., YOKOYAMA Y., MIZUKAMI H., SHIGETO T., MIZUNUMA H. Can malignant transformation in mature cystic teratoma be preoperatively predicted? **Eur J Gynaecol Oncol**. 2012; 33(6): 662-5.

HUDIĆ I., BUJOLD E., FATUŠIĆ Z., SKOKIĆ F., LATIFAGIĆ A., KAPIDŽIĆ M., FATUŠIĆ J. The Misgav-Ladach Method of Cesarean Section: A Step Forward in Operative Technique in Obstetrics. ***Obstetrical & Gynecological Survey***. 2013; 68 (3): 182-184.

KOČAK M.; DILBAZ B.; OZTURK N.; DEDE S.; ALTAY M.; DILBAZ S.; HABERAL A. Laparoscopic management of ovarian dermoid cysts: a review of 47 cases. ***Ann. Saudi. Med.*** 2004; 24(5): 357-360.

KANLIOĞLU K.N., COKPINAR S., YAMAN E., METEOĞLU I., KARADAG F. **Teratoma during pregnancy with positive estrogen and progesterone receptors and elevated CA 19-9 antigen levels**. Hindawi Publishing Corporation. Case Reports in Surgery. 2012. Volume 2012 (2012), Article ID 970845, 4 pages doi:10.1155/2012/970845.

MERINO O.P. ; JOURDAN H.F. ; VALENZUELA M. P. ; GEJMAN E. R.; POMÉS C. C.; DURRUTY V. G.; CUELLO F. M. Manejo quirúrgico del teratoma maduro: laparoscopia o laparotomía? ***Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*** 2008; 73 (1): 42-50

MORAIS F.P.; NATAL M.R.C.; LUCENA, L.V.V.; TEIXEIRA A.A. **Teratoma maduro ovariano bilateral: relato de caso**. Brasília med. 2010; 47(1).

PETERSON C.M., BUCKLEY C., HOLLEY S., MENIAS C.O. Teratomas: a multimodality review. ***Curr. Probl. Diagn. Radiol.*** , 2012, 41(6):210-9.

ROSA M.R.A.; PADRÓN E.; HERNÁNDEZ P.; TRUJILLO J.L. Teratoma Quístico de Ovário com Concreções Sólidas. ***Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*** , 2006, 71(4): 263-266.

REBOLLEDO-P V.E.; BARRIOS B.; ISLER L.; BARILLAS I. Malignización de teratoma maduro de ovario. ***Rev. Obst. Ginecol. Venezuela.*** 2012; 72(3): 177-181.

SACHCHIDANANDA M., ZAMURRAD F., ZK A., RE H. Ruptured ovarian cystic teratoma in pregnancy with diffuse peritoneal reaction mimicking advanced ovarian malignancy: a case report. ***Journal of Medical Case Reports*** 2008, 2:203 doi:10.1186/1752-1947-2-203

SBA. Anestesia para cesariana (on line), 2003. Disponível para download pelo site: <http://www.sba.com.br/arquivos/ensino/26.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2013.

TIEZZI D.G.; GUIMARÃES E.G.; OGUIDO N.; NAI G.A. Cistoadenocarcinoma mucinoso de baixo potencial de malignidade em coexistência com teratoma cístico maduro do ovário: relato de caso. ***Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*** 2003, v.25, n.8, pp. 605-608.