

Teratoma maduro mediastinal: relato de caso

Mature mediastinal theratom: a case report

DOI:10.34119/bjhrv5n4-151

Recebimento dos originais: 14/04/2022

Aceitação para publicação: 30/06/2022

Camila Prota Sannino

Cirurgiã Área Básica

Instituição: Hospital Regional - Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)

Endereço: Rua Pioneiro Jose Lorencetti, 960, Jardim Bongiovani, Presidente Prudente

E-mail: Camilaprota@hotmail.com

Fábio Nishida Hasimoto

Médico Cirurgião Torácico

Instituição: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Endereço: R. José Bongiovani, 700, Cidade Universitária, Pres. Prudente - SP,

CEP: 19050-920

E-mail: Fhasimoto@terra.com.br

Leonardo Vitor Pereira Dias

Área Cirurgica Básica

Instituição: Hospital Regional - Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)

Endereço: Rua Machado de Assis, 191. Pirapozinho/SP

E-mail: leonardo_pdias@hotmail.com

Fernando Torres Bermudes

Residência de Cirurgia

Instituição: Hospital Regional - Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)

Endereço: Rua Renato Nascimento Daher Carneiro, 780

E-mail: fernandobermudes1@gmail.com

Mariana Néri Góes Sakamoto

Acadêmica de Medicina

Instituição: Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)

Endereço: Avenida Paulo Marcondes, 648, Jardim Santa Clara, Presidente Prudente

E-mail: mariananerigoes@gmail.com

André Carrion de Fares Pinto

Superior Completo em Medicina

Instituição: Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)

Endereço: Rua Caramuru, 330, Jd. Aviação, Presidente Prudente - SP

E-mail: andrecarrionfares@gmail.com

Nathália Gonçalves de Sá

Graduanda Medicina

Instituição: Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)

Endereço: R. José Bongiovani, 700, Cidade Universitária, Pres. Prudente - SP,

CEP: 19050-920

E-mail: naah.goncalves13@gmail.com

Laura Bortolato Cayres

Graduanda Medicina

Instituição: Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)

Endereço: Agemiro Vantini, 201, Cidade Universitária, Presidente Prudente - SP

E-mail: laurab.cayres@gmail.com

RESUMO

Este estudo relata o caso de um paciente com hemoptise há um ano com presença de tumoração mediastinal e pulmonar em tomografia de tórax e broncoscopia com biópsia não conclusiva. Frente à necessidade diagnóstica e terapêutica foi submetido à abordagem cirúrgica e diagnosticado com teratoma maduro mediastinal com infiltração pulmonar. Por ser um sítio incomum de acometimento, o relato descreve os aspectos clínicos-patológicos, exames complementares, tratamento cirúrgico, diagnóstico e evolução.

Palavras-chave: teratoma maduro, pulmão, mediastino.

ABSTRACT

This study reports the case of a patient with hemoptysis for one year with mediastinal and pulmonary tumor on chest tomography and bronchoscopy with inconclusive biopsy. In view of the diagnostic and therapeutic need, he was submitted to a surgery and diagnosed with mature mediastinal teratoma with pulmonary infiltration. As it is an uncommon site of involvement, the report describes the clinical-pathological aspects, complementary exams, surgical treatment, diagnosis and evolution.

Keywords: mature teratoma, lung, mediastinum.

1 INTRODUÇÃO

Os teratomas são tumores originados de células totipotentes ou pluripotentes, que faz com que sejam constituídos por tecidos derivados de mais de um dos folhetos embrionários (ectoderme, mesoderme e endoderme). O teratoma é classificado histologicamente em três tipos: maduro, imaturo e imaturo com componentes malignos. O tipo maduro ou benigno é formado por tecidos bem diferenciados como pele e anexos, ossos, dentes e olhos. Já no teratoma imaturo a diferenciação é limitada, sendo reconhecido pela presença de estruturas histológicas semelhantes ao do tubo neural ou de elementos embrionários neurogliais ou neuroepiteliais. O teratoma maligno é caracterizado pela presença de um ou mais componentes de células germinativas malignas - germinoma, coriocarcinoma, tumor do seio endodérmico ou

carcinoma embrionário. No momento do diagnóstico, usualmente, 48% dos teratomas são benignos, 23% imaturos sem componentes malignos e 29% francamente malignos. (Robbins, 2013).

Os teratomas são geralmente encontrados no ovário, testículo, região sacrococcígea e mediastino. O mediastino anterior é a terceira mais comum localização de teratomas benignos císticos ou cistos dermóides; no entanto, os teratomas intrapulmonares são extremamente raros (Medeiros et al., 2001)

O diagnóstico clínico pré-operatório é difícil devido à presença sintomas inespecíficos como a dor torácica, febre, tosse, hemoptise e emagrecimento. Entretanto, a tricoptise é um forte indício de teratoma intrapulmonar, porém é incomum. Radiologicamente os teratomas intrapulmonares apresentam-se frequentemente como massas, mas podem apresentar-se como lesões cavitárias e áreas de consolidação. (Antunes, Erika et al., 2008)

A tomografia computadorizada de tórax pode detectar massas homogêneas ou heterogêneas e sua relação com as estruturas adjacentes. A broncoscopia é um procedimento diagnóstico útil para os tumores que têm conexão com o sistema brônquico. A presença de pelos na árvore brônquica leva ao diagnóstico pré-operatório de teratoma intrapulmonar. A incidência dos teratomas intrapulmonares em homens e mulheres é semelhante e a idade média no momento do diagnóstico encontra-se entre 20 e os 40 anos. Os teratomas intrapulmonares são mais frequentemente benignos e demonstram predominância pelo lobo superior, notadamente o esquerdo. Seu crescimento é lento e poucas vezes maligno. Tumores malignos completamente ressecados apresentaram bom curso pós-operatório, não sendo evidenciada recorrência; no entanto, os pacientes que não foram operados ou apresentavam tumor irresssecável durante a toracotomia acabaram evoluindo a óbito em um período de até seis meses. (Medeiros et al., 2001).

2 RELATO DE CASO

Paciente JPFDS, sexo masculino, 44 anos, sem comorbidades, procedente de Presidente Prudente (SP), com história de hemoptise recorrente há um ano. Negava febre, perda ponderal ou dispnéia. Negava tabagismo. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, eupneico e ausculta com sibilos em terço superior de hemitórax esquerdo.

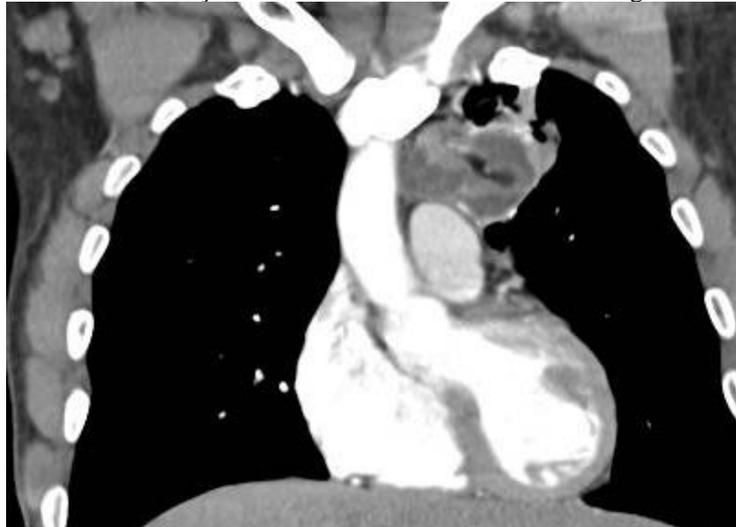
Em Julho de 2021, foi iniciada investigação ambulatorial do quadro. A tomografia computadorizada do tórax evidenciou formação expansiva sólida heterogênea com cerca de 8,0 cm x 7,1 cm em projeção do mediastino ântero-superior à esquerda / segmento

anterior do lobo superior esquerdo em íntimo contato com a croça da aorta envolvendo a veia cava superior e o tronco da artéria pulmonar sugerindo lesão de natureza neoplásica.

FIGURA 1. Corte axial de Tomografia Computadorizada de Tórax evidenciando lesão mediastinal/ lobo superior esquerdo em íntimo contato com a aorta e veia cava superior



FIGURA 2. Visualização de lesão mediastinal em corte Tomográfico coronal



A broncoscopia detectou pequena redução do óstio do subsegmento (B3b) em lobo superior esquerdo, sendo realizado a biópsia transbrônquica. O anatomopatológico evidenciou processo inflamatório crônico agudizado sem sinais de malignidade. Realizado tomografia de crânio e espirometria que não demonstraram alterações.

Diante da necessidade diagnóstica e terapêutica frente à forte suspeita neoplásica, o paciente foi internado em setembro de 2021 e submetido à uma toracotomia exploradora. No intra-operatório foi visualizado uma massa tumoral contendo pelos em região mediastinal anterior (anterior ao nervo frênico e ao arco aórtico) com invasão do lobo superior esquerdo. Biópsia de congelação com amostra negativa para neoplasia. Realizado a lobectomia superior esquerda e ressecção de tumor mediastinal.

FIGURA 3. Produto de lobectomia superior esquerda. Massa tumoral contendo pelos



Nos primeiros dias de pós-operatório o paciente evoluiu com piora do padrão ventilatório e presença de opacificação difusa pulmonar esquerda na radiografia de tórax (figura 4). A tomografia de tórax sem contraste de controle evidenciou derrame pleural à esquerda parcialmente loculado.

FIGURA 4. Raio x com opacificação pulmonar difusa e esquerda. Dreno de tórax locado em ápice pulmonar



FIGURA 5. Tomografia de Tórax sem contraste com derrame pleural parcialmente loculado à esquerda



No 4º dia pós-operatório o paciente foi submetido à decorticação pulmonar esquerda devido ao derrame pleural encistado. No intra-operatório foram visualizadas aderências pleuro pulmonares difusas e moderada quantidade de líquido em cavidade pleural, sendo realizada lise de aderências e lavagem da cavidade pleural. O paciente evoluiu com melhora progressiva do quadro e recebeu alta hospitalar no 18º dia de internação.

O exame anatomopatológico demonstrou peça cirúrgica com 430g medindo 16,2 x 13,0 x 4,7cm, parcialmente revestida por pleura irregular e pardo-escurecida. Aos cortes, nota-se cavidade cística de 3,0 x 2,7cm e preenchida por conteúdo hemorrágico. A microscopia descreveu: teratoma maduro mediastinal, cístico, composto por três folhetos embrionários (mesoderma, ectoderma e endoderma). Ausência de componente imaturo. Ausência de sinais de malignidade. Processo inflamatório crônico com tecido de granulação e reação gigantocelular tipo corpo estranho. Margem capsular, margem cirúrgica de ressecção e margem brônquica livres de neoplasia. Hiperplasia linfóide folicular reacional em três linfonodos peribrônquicos. Presença de áreas de hemorragia recente e antracose pulmonar.

3 DISCUSSÃO

O teratoma pode ser encontrado em diversos órgãos. Em frequência decrescente de localização: ovário, testículo, região sacrococcígea, mediastino e outros (Faria, 2007). Cursa com crescimento lento, sendo na maioria das vezes benigno (Medeiros, 2001). Quando encontrado no pulmão, localiza-se mais frequentemente no lobo superior esquerdo (Eren,

2003). É uma doença extremamente rara, que acomete, igualmente, ambos os sexos (Asano, 2000). O tamanho do tumor não tem relação com malignidade. (Medeiros, 2001)

A sintomatologia pode ser variável, em função da localização e tamanho do tumor, bem como dos componentes histológicos. No caso citado o paciente apresentava história de hemoptise recorrente há mais de um ano. O teratoma maligno possui prognóstico reservado (Faria, 2007). Nos doentes com teratoma benigno, o procedimento indicado é a ressecção cirúrgica completa do tumor e, quando realizada, considera-se que o paciente está totalmente curado (Medeiros, 2001), tal qual do caso relatado.

O tumor histologicamente caracteriza-se por apresentar áreas císticas e sólidas. Pode conter dentes, pele e pelo (folheto ectoderma); cartilagem e osso (folheto mesodérmico); e tecido brônquico, intestinal ou pancreático (folheto endodérmico) (Thomson, 2016). No caso relatado, foi possível encontrar teratoma maturo mediastinal, cístico (preenchido por conteúdo hemorrágico), composto por três folhetos embrionários (mesoderma, ectoderma e endoderma) e ausência de indícios de malignidade.

No caso nota-se a infiltração pulmonar, que determinou a lobectomia superior esquerda. Teratomas desse tipo são raros e de difícil diagnóstico, em 1992 uma revisão da literatura internacional, relatou 31 casos de teratoma intrapulmonar, concluindo por meio de análise que tumores malignos completamente ressecados apresentaram bom curso pós-operatório, não sendo evidenciada recorrência (Morgan, 1992). No relato supracitado, como o tumor era benigno, a ressecção total foi considerada como sendo um critério de cura.

4 CONCLUSÃO

O teratoma maduro mediastinal com infiltração pulmonar é uma entidade rara e de difícil diagnóstico devido aos sintomas inespecíficos e exames complementares com resultados frequentemente não conclusivos. A ressecção completa do tumor é considerada curativa e o diagnóstico é confirmado através do anatomopatológico da peça cirúrgica. O prognóstico é favorável quando o tratamento cirúrgico é feito de forma adequada.

REFERÊNCIAS

- Antunes, Erika et al. Correlação entre os achados ultra-sonográficos e de ressonância magnética no teratoma sacrococcígeo fetal. **Radiologia Brasileira** [online]. 2008, v. 41, n. 3 [Acessado 27 Janeiro 2022] , pp. 163-166. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-39842008000300007>>. Epub 15 Jul 2008. ISSN 1678-7099. <https://doi.org/10.1590/S0100-39842008000300007>.
- Asano S, Hoshikawa Y, Yamane Y, Ikeda M, Wakasa H. An intrapulmonary teratoma associated with bronchiectasia containing various kinds of primordium: a case report and review of the literature. **Virchows Arch**. 2000;436(4):384-8.
- BRASILEIRO FILHO, G. Bogliolo. **Patologia Geral**. 9ª edição. Editora Guanabara. Koogan S.A., Rio de Janeiro, RJ, 2016.
- Engelhorn AL, Geraldi FM, Varela MH, Camargo RF. Benign teratoma of the lung: report of a case. **J Bras Pneumol**. 1997; 23 (3): 161-164
- Eren MN, Balci AE, Eren S. Benign intrapulmonary teratoma: report of a case. **J Thorac Cardiovasc Surg**. 2003;126(3):855-7.
- Falavigna, Asdrubal et al. Teratoma sacrococcígeo: relato de três casos. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** [online]. 2004, v. 62, n. 2a [Acessado 26 Janeiro 2022] , pp. 334-338. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000200026>>. Epub 23 Jun 2004. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000200026>.
- Faria, Ricardo Alexandre et al. Teratoma intrapulmonar maduro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** [online]. 2007; 33 (5): 612-615. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000500019>>. Epub 09 Nov 2007. ISSN 1806-3756. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000500019>.
- Medeiros CWL, Kondo W, Dyckyj MT, Suzuki N. Teratoma Intrapulmonar. **J Pneumol**. 2001;27(5):272-4.
- Morgan DE, Sanders C, McElvein RB, Nath H, Alexander CB. Intrapulmonary teratoma: a case report and review of the literature. **J Thorac Imaging** 1992;7:70-77.
- Rana SS, Swami N, Mehta S, Singh J, Biswal S. Intrapulmonary teratoma: an exceptional disease. **Ann Thorac Surg**. 2007 Mar;83(3):1194-6. doi: 10.1016/j.athoracsur.2006.07.072. PMID: 17307495.
- Robbins **patologia básica**. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. ROBBINS, S. L.; COTRAN R.S.; KUMAR, V.
- SANTOS PC, MAIA CP, PEREIRA JCP, OLIVEIRA TCA. Giant mediastinal teratoma found during surgery after thoracic trauma. **Braz J Cardiovasc Surg**. 2007; 22 (2): 252-254. DOI: 10.1590/S0102-76382007000200017
- Thomson JC. Tumores de Células Germinativas. In: Saad Jr R, Carvalho WR, Neto MX, Forte V, editors. **Cirurgia Torácica Geral**. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 893-8.