

Teratoma Retroperitoneal Congênito: relato de caso

Congenital Retroperitoneal Teratoma: case report

DOI:10.34119/bjhrv6n6-481

Recebimento dos originais: 10/11/2023

Aceitação para publicação: 11/12/2023

Isabela Cristina Roriz Franco Prates

Residência Médica em Pediatria

Instituição: Universidade Evangélica de Goiás

Endereço: Av. Universitária, s/n, Cidade Universitária, Anápolis – GO, CEP: 75083-515

E-mail: isabelacrfranco@gmail.com

Erasmus Eustáquio Cozac

Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal

Instituição: Universidade Evangélica de Goiás

Endereço: Av. Universitária, s/n, Cidade Universitária, Anápolis – GO, CEP: 75083-515

E-mail: cozac.erasmo@gmail.com

RESUMO

O teratoma imaturo é uma neoplasia maligna derivada de células embrionárias de diferenciação somática. [1] Relata-se aqui o caso de um lactente, que apresentou em USG obstétrico de 32 semanas, massa anecóica com septações finas em topografia renal esquerda. Após nascimento, foi realizado tomografia de abdome total, evidenciando lesão expansiva sólido-cística, com septações grosseiras, com 7,4 cm em seu maior diâmetro. No 7º dia de vida, foi submetido à laparotomia, com ressecção completa da massa. O laudo histopatológico revelou teratoma intra-abdominal imaturo, com índice de proliferação celular de 10%. O recém-nascido não necessitou de quimioterapia ou radioterapia, com alta do acompanhamento oncológico ao completar 1 ano de idade, com diagnóstico de cura. Acredita-se que o presente trabalho venha a acrescentar ao conhecimento atual da doença, visto a raridade do caso e a escassa literatura disponível, além de mostrar a importância de um diagnóstico precoce para melhor prognóstico.

Palavras-chave: Teratoma Congênito, tumores fetais, gestação, prognóstico fetal, lactente.

ABSTRACT

Immature teratoma is a malignant neoplasm derived from embryonic cells of somatic differentiation. [1] The present report dealt with the case of an infant who had an anechoic mass with thin septations in the left renal topography on 32-week obstetric US. After birth, a CT scan of the total abdomen was performed, showing an expansive solid-cystic lesion with coarse septations, with a diameter of 7.4 cm. On the 7th day of life, he underwent laparotomy, with complete resection of the mass. The histopathological report revealed an immature intra-abdominal teratoma, with a cell proliferation index of 10%. The newborn did not require chemotherapy or radiotherapy, and it was discharged from oncological follow-up at 1 year of age, with a diagnosis of cure. Therefore, the present study can add to the current knowledge of the disease, due to the rarity of the case and the scarce literature available, in addition to showing the importance of an early diagnosis for a better prognosis.

Keywords: Congenital Teratoma, fetal tumors, pregnancy, fetal prognosis, infant.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo constitui-se em um relato de caso. Como objetivo adicional, visou-se a uma breve revisão de literatura quanto à avaliação diagnóstica, terapêutica e prognóstico dos lactentes que apresentaram teratoma imaturo intraútero.

Os teratomas são tumores de estrutura desorganizada, procedentes de células germinativas totipotentes, contendo em sua estrutura folhetos embrionários da ectoderma, endoderma e mesoderma. Em decorrência disso, são tumores capazes em se diferenciar em outras estruturas como dentes, cabelo, ossos.^{1,2} São classificados em teratoma maduro, imaturo ou monodérmico (altamente especializado). Os teratomas maduros, correspondem a lesões císticas bem diferenciadas. Já os imaturos são tumores com capacidade indeterminada e os monodérmicos, considerados malignos.^{2,3,4}

O teratoma neonatal, apesar de ser uma patologia considerada rara, é a neoplasia mais frequente encontrada no período neonatal, sendo o sacrococcígeo o mais comum, representada por aproximadamente 65% dos casos. Cerca de 10% são mediastinais, outros 10% gonadais e o restante, considerados raros, localizados na região retroperitoneal, cervical, sistema nervoso central, entre outros.^{5,6,7,8,9} A maior parte dos quadros se comportam como uma lesão benigna.¹⁰

Os teratomas vem sendo diagnosticados cada vez mais durante o período pré-natal, devido à maior facilidade de acesso à ultrassonografia (USG), cada vez mais utilizada no período gestacional. Devido a esse diagnóstico precoce, o prognóstico tem melhorado ao longo dos anos.^{7,11,12,13}

Apesar da ultrassonografia ser o melhor exame de rastreamento em caso de malformações, em caso de hipótese diagnóstica inconclusiva ou necessidade de avaliação da extensão das lesões, pode-se lançar mão da ressonância magnética para melhor avaliação do quadro.¹⁴

O diagnóstico só é definitivo após a análise anatomopatológica do tumor juntamente com o estudo genético da massa retirada.^{15,16}

2 RELATO DE CASO

MAIPB, sexo masculino, nasceu em 08/10/2022 com idade gestacional de 37 semanas e 2 dias, apgar 9 e 10. Em USG obstétrico de 32 semanas, apresentou imagem anecóica com septações finas medindo 3,5x3,1x4,5 em topografia renal esquerda. Após nascimento, ao exame físico foi observado massa abdominal em fossa ilíaca esquerda (FIE) e polidactilia em membro superior esquerdo.

Em USG de abdome total, no terceiro dia de vida, apresentou formação expansiva sólido-cística na linha mediana da cavidade abdominal, com extensão lateral bilateral e

medindo 7,4 x 6,6 x 4,7 cm nos maiores eixos, com septações grosseiras internas e porção líquida anecóica e outras debris em suspensão. A tomografia de abdome total, também realizada no terceiro dia de vida, confirmou a presença de volumosa lesão expansiva, sólido-cística intra-abdominal, heterogênea, com porções calcificadas localizadas na cavidade abdominal do mesogástrio com extensão à esquerda, ocupando o hipocôndrio, flanco e fossa ilíaca à esquerda, deslocando lateralmente as alças intestinais, de limites parcialmente definidos, medindo cerca de 7,4 x 6,9 x 5,4 cm, neoplásica, podendo corresponder à hipótese diagnóstica a lesão de origem germinativa.

No dia 14/10/2022, no sétimo dia de vida, realizou laparotomia com retirada da massa intra-abdominal sólida, sendo realizada a ressecção completa do conteúdo e encaminhado para análise histopatológica e citológica. No laudo histopatológico foi confirmado o laudo de teratoma cístico-sólido com elementos imaturos favorecendo malignidade. No laudo citológico, apresentou resultado da citologia oncótica negativa na amostra. O paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, recebendo alta da UTI neonatal no dia 19/10/2022.

Figura 1: Ressecção completa do teratoma retroperitoneal



Fonte: Dos Autores

Em análise imuno-histoquímica, a massa foi compatível com teratoma intra-abdominal imaturo, com índice de proliferação celular de 10%. Lactente não necessitou de tratamento quimioterápico após retirada total do tumor, com margens seguras, necessitando apenas de

acompanhamento ambulatorial oncológico. Com 1 ano de idade, recebeu alta do acompanhamento oncológico, sem necessidade de tratamento adicional.

3 DISCUSSÃO

O teratoma congênito, apesar de raro, é a neoplasia congênita mais comum do período neonatal, com incidência de 1 a cada 20.000 a 40.000 nascidos vivos, sendo 80% dos quadros descritos pertencentes ao sexo feminino. Dentre eles, o mais comum é o tumor localizado na região sacrococcígeo e gonadal, responsáveis por mais de 70% dos casos.^{17,18}

O teratoma retroperitoneal, como descrito no caso acima, são ainda mais raros, com poucos relatos até o momento.¹⁹ São classificados em 3 tipos histológicos: maduro, imaturo e maligno. O teratoma maduro são bem diferenciados, sendo também o tipo mais frequente encontrado; os imaturos apresentam diferentes estágios de diferenciação; os malignos apresentam tecidos neoplásicos em sua estrutura.¹²

Quanto mais precoce realizado o diagnóstico, mais favorável é o prognóstico do paciente. Os diagnósticos intraútero, as características encontradas no anatomopatológico e a ressecção cirúrgica completa, quando possível, são essenciais para a cura. A malignidade do quadro avança quanto mais tardio é realizado o diagnóstico, equivalendo a apenas 5% de todos os casos quando observados no período neonatal contra 75%, quando diagnosticados após 1 ano de idade.^{10,20}

Os teratomas congênitos devem ter uma abordagem interdisciplinar com obstetra, neonatologista, cirurgia pediátrica e oncopediatria. A ressecção completa do tumor, é o tratamento de escolha, realizado precocemente. Em casos de lesões não ressecáveis ou em casos malignos, o tratamento quimioterápico deve ser associado.^{17,21,22,23}

A retirada cirúrgica completa do tumor e o tratamento quimioterápico, quando indicado, costuma apresentar uma sobrevida acima de 80%, sem qualquer recorrência do quadro.²⁴

Em síntese, este trabalho traz um alerta da importância do acompanhamento pré-natal de qualidade, assim como a importância do diagnóstico precoce intraútero, para melhor abordagem e sobrevida destes pacientes, assim como novos relatos e estudos sobre teratomas congênitos devido à escassez de literatura encontrada no decorrer dos anos.

REFERÊNCIAS

- 1 – COSTA FILHO, D.B.; GUIMARÃES, L.S.C.; OLIVEIRA, D.F.; NAKAJIMA, G.S.; SUGUIYAMA, G. Teratoma gigante de omento: relato de caso e revisão da literatura. **Relatos Casos Cir.**, v. 5, n. 1, e1778, 2018. DOI:1030928/25272039e-20181778
- 2 – TEWARI, K.; CAPPUCINI, F.; DISAIA, P.J.; BERMAN, M.L.; MANETTA, A.; KOHLER, M.F. Malignant germ cell tumors of the ovary. **Obstetrics & Gynecology**, v. 95, n. 1, p. 128-133, 2000.
- 3 – HOFFMAN, B.L.; SCHORGE, J.O.; SCHAFFER, J.I.; HALVORSON, L. M.; BRADSHAW, K. D.; CUNNINGHAM, F. G. **Ginecologia de Williams**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- 4 – KUMAR, V.; ABBAS, A.K.; ASTER, J.C.; ROBBINS, S. L.; COTRAN, R. S. Bases patológicas das doenças. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- 5 – CHEN, C.P.; SHIN, J.C.; HUANG, J.K.; CHIN, D.T.H.; TZEN, C.Y.; LIN, Y. H.; WANG, W. Two - and threedimensional ultrasound demonstration of a giant epignathus. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v.21, n. 4, p. 407-409, 2003.
- 6 – ALMEIDA, M.T.A.; BRITTO, J.L.B.C. Teratoma. In: MAKSOUD, J.G. **Cirurgia Pediátrica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p.1057-60.
- 7 – ROWE, M. Teratomas and Germ Cell Tumors. In: ROWE, M.I.; O'NEILL, J.A.; GROSFELD, J.L.; FONKALSRUD, E.W.; CORAN, A.G. **Essentials of Pediatric Surgery**. 1. ed. St Louis, Missouri: Mosby, 1995. p.296-305.
- 8 – AKANG, E.E.; ODUNFA, A.O.; AGHADIUNO, P.U. Childhood teratomas in Ibadan, Nigeria. **Human Pathology**, v.23, n.4, p.449-53, 1992.
- 9 – MAHOUR, G.H.; WOOLLEY, M.M.; TRIVEDI, S.N.; LANDING, H.L. Sacrococcygeal teratoma: a 33-year experience. **Journal of Pediatric Surgery**, v.10, n.2, p.183-8, 1975.
- 10 – LQBAL, M.; HUSSAIN, A.; ALAM, I. et al. A benign mature cystic sacrococcygeal teratoma in a patient aged 31/2 years. **J K Pract**, v.13, n.1, p.34-6, 2006.
- 11 – CHAVES, Y.S.; SOUSA, J.S. de; FELDNER Jr, P.C.; CRUZ, R.S.; SARTORI, M.G.F.; GIRÃO, M.J.B.C.; CHAVES, H. S. Teratoma congênito de orofaringe: relato de caso. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v.27, n.2, p.86-91, 2005.
- 12 – DILLARD, B.M.; MAYER, J.H.; MCALISTER, W.H.; MCGAVRIN, M.; STROMINGER, D.B. Sacrococcygeal teratoma in children. **Journal of Pediatric Surgery**, v.5, n.1, p.53-9, 1970.
- 13 – FELDMAN, M.; BYRNE, P.; JOHNSON, M.A.; FISCHER, J.; LEES, G. Neonatal sacrococcygeal teratoma: multiimaging modality assessment. **Journal of Pediatric Surgery**, v.25, n.6, p.675-8, 1990.

- 14 – ANTUNES, E.; WERNER, H.; DALTRO, P.A.; RODRIGUES, L.; AMIM, B.; GUERRA, F.; DOMINGUES, R. C.; GASPARETTO, E. L. Correlação entre os achados ultrassonográficos e de ressonância magnética no teratoma sacrococcígeo fetal. **Radiol Bras.**, v.41, n.3, p.163-66, 2008.
- 15 – BALMACEDA C. Intracranial and sacrococcygeal extragonadal germ cell tumors.
- 16 – FALAVIGNA, A.; GANDARA, C.; FERRAZ, F. A. P.; SACILOTO, B. Teratoma sacrococcígeo: relato de três casos. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 62, n. 2a, p. 334-8, 2004.
- 17 – TORRES, L.F.B.; DELLÊ, L.A.B.; URBAN, C.A.; ARAKI, L.T. Teratoma cérvico-facial em neonato. **J Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.74, n.2, p.149-52, 1998.
- 18 – GABRA, H.O.; JESUDASON, E.C.; MCDOWELL, H.P.; PIZER, B.L.; LOSTY, P.D. Sacrococcygeal teratoma – a 25 year experience in a UK regional center. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 41, n. 9, p. 1513-1516, 2006.
- 19 – KUMAR, C.; SISODIYA, R.S.; PANDA, S.S.; SARIN, Y.K. Retroperitoneal immature teratoma in a neonate. **J Neonat Surg.**, v.6, p.42, 2017.
- 20 – ANDRADE, T.; MONTES, D.; CARVALHO, F.; DIAS, M.; CARVALHO, C. Teratoma Sacrococcígeo: Caso Clínico. **Nascer e Crescer**, v.19, n.2, p.81-4, 2010.
- 21 – TULADHAR, R.; PATOLE, S.K.; WHITEHALL, J.S. Sacrococcygeal teratoma in the perinatal period. **Postgrad Med J.**, v.76, p.754-9, 2000.
- 22 – MUSCATELLO, L.; GIUDICE, M.; FELTRI, M. Malignant cervical teratoma: report of a case in a newborn. **Eur Arch Otorhinolaryngol**, v.262, n.11, p.899-904, 2005.
- 23 – Azizkhan, R.G.; Haase, G.M.; Applebaum, H.; Dillon, P.W.; Coran, A.G.; King, P.A.; PHILLIP, A.; KING, D. R.; HODGE, D. S. Diagnosis, management, and outcome of cervicofacial teratomas in neonates: a Childrens Cancer Group study. **J Pediatr Surg.**, v.30, n.2, p.312-6, 1995.
- 24 – MARINA, N.M.; CUSHING, B.; GILLER, R. Complete surgical excision is effective treatment for children with immature teratoma with or without malignant elements: a Pediatric Oncology Group/Children's Cancer Group Intergroup Study. **J Clin Oncol.**, v.17, p.2137-43, 1999.