

TERATOMA MADURO DE OVÁRIO EM GESTANTE: UM RELATO DE CASO

BERSOT, Taís Gava¹
RYMSZA, Taciana²

RESUMO

Os teratomas são tumores de células germinativas que podem apresentar tecidos provenientes dos três folhetos embrionários (ectoderme, mesoderme e endoderme). Estes tumores possuem uma forma benigna e outra cancerosa, denominadas teratoma maduro e teratoma imaturo, respectivamente. Quanto ao teratoma maduro, o foco do trabalho, é mais frequentemente encontrado no ovário e é o tumor de células germinativas mais comum neste local, geralmente afetando mulheres em idade reprodutiva. Este tumor pode conter diferentes tipos de tecidos benignos, incluindo, ossos, cabelos e dentes. Quanto ao tratamento, as pacientes costumam ser curadas com a retirada cirúrgica da lesão. No desenvolver da doença é possível a ocorrência de complicações como torções, rupturas e hemorragias. Na gestante, é possível, dentre as complicações já citadas, que ocorra o bloqueio do parto via vaginal e por isso a presença da doença durante a gestação requer um atendimento médico precoce para tratamento adequado, visando uma diminuição da possibilidade de complicações tanto para a mãe como para o feto.

PALAVRAS-CHAVE: Teratoma maduro. Células germinativas. Gestantes.

MATURE OVARIAN TERATOMA IN PREGNANT - A CASE REPORT

ABSTRACT

Teratomas are germ cell tumors that can present tissues from the three embryonic leaflets (ectoderm, mesoderm and endoderm). These tumors have a benign and a cancerous form, called mature teratoma and immature teratoma, respectively. As for mature teratoma, the focus of the work, is most often found in the ovary and is the most common germ cell tumor in this location, usually affecting women of reproductive age. This tumor can contain different types of benign tissues, including, bones, hair and teeth. As for treatment, patients are usually cured with surgical removal. In the development of the disease, complications such as sprains, ruptures and hemorrhages are possible. Among the complications already mentioned, it is possible, among the complications already mentioned, for vaginal delivery to block, thus, the presence of the disease during pregnancy requires early medical attention for adequate treatment, aiming at reducing the possibility of complications for both the mother as for the fetus.

KEYWORDS: Mature teratoma. Germcells. Pregnant women.

1. INTRODUÇÃO

Os teratomas maduros de ovário são neoplasias benignas de origem germinativa, geralmente assintomáticas, que apresentam um bom prognóstico e comumente são diagnosticadas de forma incidental. No entanto, em algumas situações podem ocorrer complicações como torção da tumoração, infarto e obstrução do parto vaginal.

Desta forma, este estudo se justifica por buscar estudar de forma mais aprofundada sobre esta doença, focando em seus sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e possíveis complicações. Além disso, foram abordadas com grande enfoque as possíveis complicações existentes durante a presença

¹Qualificação do autor principal. E-mail: Acadêmica do oitavo período do curso de Medicina do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. taisgbersot@gmail.com

²Qualificação do segundo autor. E-mail: Médica ginecologista e obstetra e professora do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz. tacirymsza@ig.com.br

de um teratoma maduro de ovário no decorrer de uma gestação. Relata-se, neste estudo, o caso de uma paciente portadora de um teratoma maduro ovariano durante o período gestacional.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório do tipo relato de caso com coleta de dados em prontuário médico de paciente gestante atendida na cidade de Cascavel/PR. Para isso foram analisados prontuários de consultas médicas, evoluções hospitalares, exames laboratoriais, exames de imagem e resultado anatomopatológico.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 DEFINIÇÃO

O ovário, devido seu complexo desenvolvimento embriológico, pode dar origem a tumores de histologia variada e com comportamentos diferentes. Dentre esses tumores, temos os derivados de células germinativas (HERNÁNDEZ; QUESADA *et al*, 2007). O teratoma cístico ovariano maduro, também conhecido como cisto dermóide, é uma neoplasia benigna derivada de células germinativas que apresenta tecidos provenientes dos três folhetos embrionários - ectoderme, mesoderme e endoderme (BARBOSA; SOARES *et al*, 2003). A maioria desses tumores de células germinativas é benigna, embora alguns sejam cancerígenos e possam ser fatais. Em geral, eles têm um bom prognóstico, com mais de nove em cada 10 pacientes sobrevivendo pelo menos cinco anos após o diagnóstico (HERNÁNDEZ; REINA, 2012).

Em cerca de 30% dos casos estes tumores apresentam elementos completamente formados como dentes, cabelos, ossos e glândulas sebáceas (ANDRADE; MAGALHÃES *et al*, 2014). É o tipo de tumor ovariano mais comum entre as mulheres jovens, sendo que este tumor representa 50% de todos os tumores de ovário presentes até os 40 anos de idade, além disso, é um tumor frequentemente unilateral (D'IPPOLITO; LIMA *et al*, 2006). A transformação maligna deste tumor é rara e varia de 1% a 3%, ocorrendo mais freqüentemente na pós-menopausa (BARBOSA; SOARES *et al*, 2003). As massas tumorais no abdomen inferior são causas frequentes de consultas ginecológicas e dentre os tumores ovarianos 80% são considerados benignos (HERNÁNDEZ; REINA, 2012).

Os tumores ovarianos não são tão frequentes quanto os do útero e da mama, mas constituem o terceiro grupo de tumores benignos e malignos das mulheres (HERNÁNDEZ; REINA, 2012). Os cistos dermóides possuem cápsula de revestimento espessa, lisa e brilhante, a coloração varia de

acinzentada à parda, de acordo com a espessura. A consistência é outro fator que pode variar nos diferentes locais do tumor, uma vez que sob a cápsula pode-se identificar desde gordura líquüefeita até formações dentárias (BARBOSA; SOARES *et al*, 2003) Além disso, esses tumores raramente exibem dados indiretos da atividade endócrina ou metabólica (HERNÁNDEZ; REINA, 2012).

3.2 RISCO COM A GESTAÇÃO

Os tumores ovarianos quando presentes durante a gestação, podem levar à graves complicações como torção, infarto e obstrução do parto vaginal. Dentre as complicações a mais frequente – e mais perigosa – é a torção. Ela ocorre mais comumente no primeiro trimestre e pode resultar em ruptura do cisto com extrusão de seu conteúdo para a cavidade peritoneal. Além disso, também é possível que ocorra a ruptura do cisto durante o trabalho de parto ou durante a remoção cirúrgica (CUNNINGHAM; LEVENO *et al*, 2016).

As massas ovarianas encontradas durante a gestação são relativamente comuns e na maioria dos casos são assintomáticas. Algumas podem causar pressão ou dor crônica, a dor aguda pode estar relacionada às complicações citadas anteriormente (CUNNINGHAM; LEVENO *et al*, 2016).

3.3 QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

Esse tipo de tumor é predominantemente assintomático, por isso o diagnóstico muitas vezes torna-se difícil. É comum ser resultado de achados ocasionais em laparotomias, operações cesarianas, investigações radiológicas intestinais ou mesmo em exames ginecológicos de rotina (BARBOSA; SOARES *et al*, 2003). Desta forma, o diagnóstico precoce da doença torna-se difícil, ocasionalmente a doença exibe dados clínicos que causam suspeitas, como aumento do volume abdominal, sintomas compressivos e dor abdominal (HERNÁNDEZ; REINA, 2012).

O aspecto dos teratomas ao ultrassom, tomografia computadorizada e ressonância magnética varia desde puramente cístico, como no caso do cisto dermóide, até heterogêneo com componente sólido, gordura e calcificação. Ao ultrassom os teratomas podem ser hipocogênicos ou hiperecogênicos, dependendo da sua composição (D'IPPOLITO; LIMA *et al*, 2006).

O diagnóstico do cisto dermóide muitas vezes é feito através de uma ecografia pélvica ou abdominal de rotina, na qual é visualizado um tecido esbranquiçado no ovário, às vezes o diagnóstico também é feito durante uma cesariana. É raro encontrar um tumor desse tipo palpável por via abdominal, mas já foram relatados casos de tumores gigantes, devido ao rápido crescimento e à consulta tardia do paciente. Além disso, a ressonância magnética tem um alto desempenho diagnóstico. No entanto, o diagnóstico definitivo de um teratoma é baseado em sua histologia (HERNÁNDEZ; REINA, 2012).

3.4 TRATAMENTO

Anteriormente, a literatura descrevia o tratamento clássico de teratomas por cistectomia ou ooforectomia via laparotomia, para evitar o derramamento do conteúdo cístico e a possibilidade de peritonite química (LANDA; YÁÑEZ *et al*, 2010). Com o avanço da tecnologia endoscópica e a aceitação dos benefícios da abordagem laparoscópica, a maioria dos casos de teratomas benignos passou a ser tratado laparoscopicamente (LANDA; YÁÑEZ *et al*, 2010).

O tratamento cirúrgico dos teratomas ovarianos através do acesso laparoscópico é um procedimento seguro, não aumenta a quantidade de complicações em comparação com a laparotomia e permite reduzir o tempo de internação e sangramento pós-cirúrgico, tendo como benefício a rápida recuperação do paciente (LANDA; YÁÑEZ *et al*, 2010).

Hoje é possível encontrar um número crescente de cirurgiões que preferem a abordagem de teratomas benignos via laparoscopia. É preferível devido incisão mínima baseada em melhores resultados estéticos, menor tempo de internação, melhor recuperação. No entanto, outro grupo de cirurgiões prefere cirurgia aberta devido seus custos mais baixos, possibilidade de percepção tátil, diminuição do risco de ruptura capsular e derramamento do conteúdo que pode ser associado a uma peritonite⁸. Recentemente, o uso da laparoscopia começou a ser empregada no tratamento cirúrgico de massas anexiais benignas durante a gravidez (QUIÑONES; AMADOR *et al*, 2001).

A remoção eletiva das massas anexiais durante a gestação apresenta melhor prognóstico que a retirada do tumor em situações de urgência. A abordagem padrão para a remoção dessas massas na gravidez é a laparotomia. No entanto, autores têm demonstrado que a cistectomia e ooforectomia laparoscópica podem ser realizadas com segurança durante esse período. Acredita-se que o procedimento laparoscópico na gestante deva apenas ser visto com maior prudência (ZUGAIB, 2016). Desta forma, a remoção laparoscópica de um teratoma benigno do ovário pode ser realizada durante a gravidez. Apesar dos riscos, uma técnica cirúrgica cuidadosa seguida de irrigação abundante da pelve pode evitar peritonite química e possíveis complicações adversas (PARKER, 1996).

4 ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 DESCRIÇÃO DO CASO

D.O.V, feminino, 21 anos, branca, do lar, natural e residente no município de Cascavel/PR e gestante de 17 semanas (G4PN1A2). A paciente procurou o pronto atendimento em um hospital na cidade de Cascavel no dia 29/08/2019 referindo dor abdominal leve há 2 meses, localizada em região

epigástrica, em cólica, que piora aos esforços e melhora ao repouso, sem fatores associados. Paciente encontrava-se preocupada com a gestação devido abortos prévios. Nega tabagismo, etilismo e alergia a medicações. Paciente em uso de sulfato ferroso. Exame físico sem alterações. Como conduta a paciente foi liberada com a prescrição da medicação Buscoduo.

Três dias depois (01/09/2019) a paciente retorna com dor de moderada intensidade em flanco esquerdo, em pontada, que irradia para região genital ipsilateral. Ao exame físico, durante o toque vaginal, apresentou dor à palpação do trígono vesical, sobretudo do lado esquerdo. Paciente foi medicada com Buscoduo endovenoso e foi liberada novamente.

No dia 03/09/2019 a gestante retorna referindo dor de forte intensidade em fossa ilíaca esquerda e baixo ventre que piorou muito na presente data. Associado ao quadro apresentava náuseas e vômitos que iniciaram pouco antes da consulta. Refere também polaciúria. Nega perdas vaginais, sangramentos e febre. Movimentos fetais presentes e trato gastrointestinal sem alterações. Ao exame físico apresentava como alteração a presença de dor à palpação superficial e profunda em quadrante inferior esquerdo. Paciente foi internada para investigação e realização de exames.

Tabela 1 – Exames laboratoriais

Exame	Resultado	Valor de Referência
Hemoglobina	11	12-16
Leucócitos	12.200	3500-10.000
Plaquetas	231.000	140.000-450.000
Creatinina	0.49	0.4-1.3
Sódio	135.2	136-145
Potássio	3.73	3.5-5.1
TGO	10.7	5-34
TGP	9.8	4-55
Gama GT	38.0	7-32
Fosfatase Alcalina	96.2	27-100
Amilase	43	Até 125
Lipase	35.8	Até 60

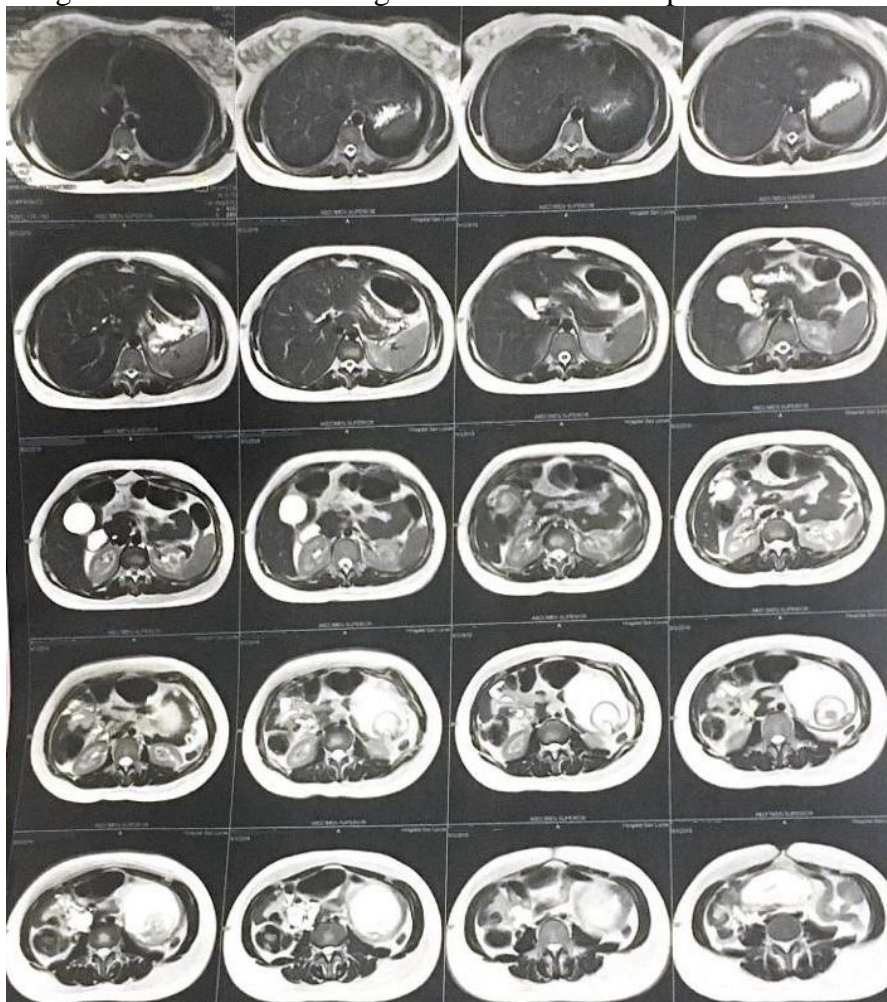
Fonte: Exame laboratoriais da paciente em questão obtido em Hospital na cidade de Cascavel.

Ao ser reavaliada notou-se a persistência da dor ao uso de tramal e a presença de massa palpável em hipocôndrio esquerdo. Ausência de febre e sinais vitais estáveis. Em exame de ultrassonografia do aparelho urinário observou-se imagem ecogênica em hipocôndrio esquerdo de, aproximadamente, 5,2cm associado à tumoração dolorosa. Presença de líquido na goteira parieto-cólica esquerda.

Para complementação do exame supracitado solicitou-se uma ressonância magnética de abdome superior e pelve e monitoramento contínuo da paciente. Neste exame observou-se massa bem delimitada de 95 x 76 x 74 mm em hipocôndrio esquerdo, encapsulada. Como hipótese diagnóstica principal tem-se um tumor de linhagem germinativa tipo teratoma, dermóide. Considerou-se a

possibilidade de sofrimento ou torção de pedículo, baseado na clínica, pois não foi possível afastar essa hipótese apenas por exame de imagem na ausência do contraste. Paciente foi encaminhada para laparotomia exploradora de urgência.

Imagem 2 – Ressonância magnética de abdômen superior.



Fonte: Imagem da paciente em questão obtido em Hospital na cidade de Cascavel.

Paciente foi submetida a ooforectomia esquerda por torção de tumor anexial via laparotomia. Apresentou-se estável clinicamente, com ferida operatória em bom aspecto, sem secreções sanguinolentas. Manteve-se o acompanhamento conjunto das equipes da cirurgia geral e da gineco-obstetrícia. Além disso, foi solicitado a ultrassonografia obstétrica e acompanhamento de BCF a cada 4 horas.

Paciente recebeu alta hospitalar no dia 05/09/2019, foi orientada quanto aos cuidados com o pós-operatório e quanto aos retornos ambulatoriais. Em resultado anatomopatológico de ooforectomia esquerda e produto de salpingectomia esquerda apresentou como diagnóstico TERATOMA MADURO CÍSTICO, negativo para malignidade, ausência de sinais inflamatórios e de restos

placentário-embrionários. No dia 17/01/2020 a paciente retornou para realização de parto vaginal com RN vivo, masculino e com alta hospitalar 48 horas após o procedimento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho visa aprofundar o conhecimento a cerca dos tumores dermóides do ovário, mais conhecidos como teratomas maduros. Além disso, o presente trabalho serve como forma de análise para as diferentes manifestações que esta doença pode apresentar, desde assintomática – principalmente, até dores fortes e incapacitantes. Ademais, é importante ressaltar a importância de um diagnóstico e tratamentos precoces visando uma boa evolução do quadro clínico. O caso aqui descrito, representado por uma paciente gestante, exemplificou de forma clara como a doença, apesar de necessitar de um acompanhamento precoce e minucioso, pode apresentar um bom prognóstico, mesmo na paciente em questão que apresentava como fator agravante uma gestação em curso.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, D. R., MAGALHÃES, M., ANDRADE, L. C., SEMEDO, L. C., & ALVES, F. C. **Teratomas maduros e imaturos do ovário**. 2014.
<<http://clinicauniversitariaradiologia.pt/epos/CNR2014/Teratomas%20maduros%20e%20imaturos%20do%20ov%C3%A1rio.pdf>> Acesso em: 30 ago.2020
- BARBOSA, Cirênio de Almeida *et al* **Teratoma cístico ovariano maduro bilateral**. 2003.
- BRIONES-LANDA, Carlos Humberto *et al* Comparación Del tratamiento laparoscópico vs laparotomía en teratomas ováricos. **GinecolObstetMex**, v. 78, n. 10, p. 527-532, 2010.
- CORRALES HERNÁNDEZ, Yarisdey; AYALA REINA, Zuria. Teratoma de ovario. Presentación de un caso. **Medisur**, v. 10, n. 2, p. 144-150, 2012.
- CRUZ HERNÁNDEZ, Jeddú *et al* Tumores funcionales Del ovario. **Revista Cubana de Endocrinología**, v. 18, n. 3, p. 0-0, 2007.
- CUNNINGHAM, F. Gary *et al* **Obstetricia de Williams**. McGraw Hill Brasil, 2016.
- D'IPPOLITO, Giuseppe *et al* Neoplasias sólidas de ovário: análise sistematizada e ensaio iconográfico. **Rev Imagen**, v. 28, n. 3, p. 165-70, 2006.
- FONDEUR-QUIÑONES, Lilliam Victoria *et al* Características clínicas y abordaje quirúrgico del teratoma ovárico. **Perinatología y Reproducción Humana**, v. 15, n. 4, p. 219-228, 2001.
- PARKER, William H. *et al* Laparoscopic management of benign cystic teratomas during pregnancy. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 174, n. 5, p. 1499-1501, 1996.

ZUGAIB, Marcelo *et al.* **Zugaib obstetrícia.** 2016.