

Teratoma Imaturo Ovariano de Grau I: Caso Clínico

Stage 1 Immature Ovarian Teratoma: Case Report

Paulo Costa Correia^{1*}, Liliana Coutinho Cabral¹, Maria João Vale¹, Maria Luís Santos¹

***Autor Correspondente/Corresponding Author:**

Paulo Costa Correia [paulo.correia@ulsguarda.min-saude.pt]
Rua Almirante Gago Coutinho, nº 39, 1º andar, 6300-523 Guarda, Portugal
ORCID iD: 0000-0002-4032-6975

RESUMO

Os teratomas imaturos são tumores malignos raros, geralmente unilaterais, sólidos, formados por tecidos indiferenciados dos três folhetos germinativos: ectoderme, mesoderme e endoderme. A sua classificação é baseada na quantidade e no grau de imaturidade celular do componente neuroectodérmico (graus 1 a 3).

Os autores descrevem um caso clínico de uma paciente de 16 anos com teratoma imaturo do ovário de grau 1, com cerca de 14 kg. Foi realizada salpingo-ooforectomia direita de urgência com preservação do útero e do ovário esquerdo, mantendo assim a função reprodutiva da doente.

Foi acompanhada durante 5 anos em consulta externa de Cirurgia Geral e não evidenciou sinais de recorrência da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Neoplasias do Ovário/cirurgia; Teratoma/cirurgia

1. Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Sousa Martins – ULS Guarda, Guarda, Portugal.

Recebido/Received: 24/11/2020 - Aceite/Accepted: 15/02/2021 - Publicado online/Published online: 24/02/2021 - Publicado/Published: 31/03/2021

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial. © Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

ABSTRACT

Immature teratomas are rare malignant tumors, usually unilateral, solid, composed of undifferentiated tissues from the three embryonic germ layers: ectoderm, mesoderm and endoderm. Its classification is based on the quantity and degree of cellular immaturity of the neuroectodermal component (grades 1 to 3).

The authors describe a clinical case of a 16-year-old woman with stage 1 immature ovarian teratoma with approximately 14 kg. Urgent salpingo-right oophorectomy was executed preserving the uterus and the left ovary and keeping the patient's reproductive function. Subsequently, she was followed closely for 5 years in General Surgery outpatient consultations and had no evidence of cancer recurrence.

KEYWORDS: Adolescent; Ovarian Neoplasms/surgery; Teratoma/surgery

INTRODUÇÃO

Os tumores do ovário são comuns, sendo majoritariamente benignos (80%). Enquanto que, os tumores benignos ocorrem predominantemente em mulheres jovens entre os 20 e 45 anos, os tumores malignos são mais comuns entre os 40 e 65 anos. Histologicamente classificam-se em: benignos, limítrofes e malignos.

São distinguidos e agrupados consoante o tipo de célula que os origina, podendo ser de natureza epitelial ou não epitelial. Os tumores epiteliais dividem-se em mucinosos e não mucinosos – os não mucinosos subdividem-se em serosos, endometrioides, tumores de células claras e inespecíficos. Dentro dos tumores não epiteliais, existem os tumores do estroma gonadal (tumores da granulosa ou tumores de células Sertoli) e os de células germinativas (gonadoblastoma).¹⁻³

Os tumores germinativos do ovário (TGO) derivam de células germinativas que originam espermatozoides e óvulos. Habitualmente crescem dentro das gónadas (ovários ou testículos) durante a embriogénese, mas podem surgir noutros locais (ectópicos).

Os TGO incluem teratomas, tumores monodermais, disgerminomas, tumores de saco vitelino e tumores de células germinativas mistos.³

Os tumores que exibem diferenciação celular (tecidos somáticos) das linhagens endodérmicas, ectodérmicas e/ou mesodérmicas são conhecidos como teratomas.⁴

Os tumores de células germinativas representam 3% do total de casos de cancro do ovário, mas são os mais frequentes em mulheres entre os 15 e 30 anos. Os teratomas imaturos representam 15%-20% dos casos de tumores de células germinativas.^{2,5}

Os TGO constituem um grupo heterogéneo de tumores no que diz respeito à natureza e comportamento. Devem ser avaliados individualmente, tendo em considera-

ção a idade da paciente no momento do diagnóstico, a localização do tumor, a histologia e os níveis séricos dos marcadores biológicos (alfafetoproteína - AFP, fração beta da gonadotrofina coriónica - BHCG e desidrogenase láctica - LDH). Os marcadores tumorais são sensíveis e úteis para controlar a atividade tumoral - deteção de doença residual ou de progressão da mesma.

Os teratomas maduros não secretam a AFP e a BHCG.⁴

Os teratomas são as neoplasias germinativas mais comuns das neoplasias do ovário, dividindo-se em maduro e imaturo, consoante o grau de diferenciação celular.^{4,6} São constituídos por tecidos que se assemelham a cada uma das três camadas de um embrião em desenvolvimento: endoderme, mesoderme e ectoderme. Os componentes celulares destas lesões são exuberantes, podendo conter epitélio respiratório, pele, cartilagem, dentes, fios de cabelos, gorduras e epitélio neural.⁷⁻⁹

O teratoma maduro é o tumor mais comum dos TGO. Geralmente é benigno, e afeta mulheres em idade reprodutora, sendo muitas vezes designado cisto dermoide.

Os imaturos são mais raros e ocorrem em mulheres mais jovens, geralmente com menos de 18 anos. Contêm células que se parecem com tecidos embrionários fetais (tecido conjuntivo respiratório e cerebral), podendo estar localizados no ovário (grau 1) ou disseminados (grau 2 e 3 – mais agressivos, além de cirurgia podem exigir quimioterapia).

Os tumores do ovário, geralmente apresentam-se como massas pélvicas e em 10% dos casos são consideradas emergências cirúrgicas. A tomografia computadorizada tem sensibilidade e especificidade elevadas no diagnóstico deste tipo de lesões, particularmente para os teratomas. A avaliação imagiológica (nomeadamente a ressonância magnética) e o estudo histológico são determinantes para o tratamento cirúrgico e prognóstico.¹⁰⁻¹²

O tratamento das formas benignas dos TGO consiste na ressecção cirúrgica do tumor e tecido ovárico adjacente.

Nas formas malignas (2% a 3% de todos os tumores malignos do ovário) impõe-se a salpingo-ooforectomia uni ou bilateral consoante a localização do(s) tumor(es). Se a doente desejar manter a capacidade reprodutiva, o útero pode ser poupado.^{13,14} A quimioterapia adjuvante não está indicada em teratomas de grau 1, estágio I pelo risco de recidiva muito baixo. Se indicada, deverão ser feitos 3 ciclos com recurso a cisplatina, etoposido e bleomicina.¹⁵

CASO CLÍNICO

Adolescente com 16 anos de idade que recorreu ao Serviço de Urgência, acompanhada pelos pais, por distensão e dor abdominal intensa generalizada, tolerando mal a marcha. Referiam um aumento do volume abdominal nos últimos 6 meses. Não procuraram avaliação médica por suspeitarem de uma gravidez (embora a paciente negasse essa possibilidade).

Menarca aos 13 anos com ciclos regulares e toma de anticoncepcionais.

A doente apresentava-se em estabilidade hemodinâmica com taquipneia. A palpação abdominal identificava-se massa abdómino-pélvica volumosa (desde o apêndice xifoide ao púbis), tensa e dolorosa, com defesa.

O exame ginecológico extremamente doloroso, com membrana himenal rota, hemorragia vaginal discreta, útero de consistência normal com desvio látero-esquerdo; anexos não palpáveis.

Requisitado estudo analítico: leucocitose com neutrofilia. Constatado posteriormente marcadores tumorais (AFP, CA-125), dentro da normalidade.

Requisitada ecografia abdominal: “massa de grandes dimensões multiloculada, com componentes líquidos e sólidos estendendo-se até a região sub-hepática com derrame peritoneal livre; admite-se dependência do ovário direito.”

Perante a suspeita de diagnóstico de torção de massa ovárica a paciente foi submetida a Laparotomia exploradora urgente onde se verificou uma massa na dependência do ovário direito em torção com áreas de necrose que ocupava todos os quadrantes abdominais. Procedeu-se a salpingo-ovariectomia direita, biópsias peritoneais (sub-diafragmáticas, goteiras parietocólicas e ovário contralateral) e colheita de líquido peritoneal para estudo citológico. (Figs 1 e 2)

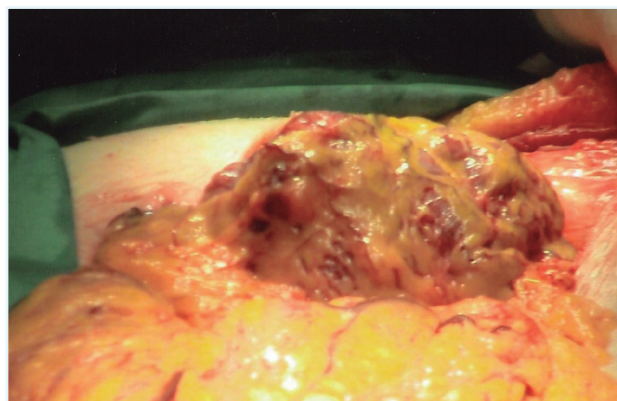


FIGURA 1. Massa intra-abdominal de superfície irregular, heterogênea (aparentemente com áreas de necrose) com revestimento íntegro, envolvida pelo grande epiplon.



FIGURA 2. Massa multiloculada e de superfície irregular e heterogênea, na dependência do ovário direito (cartilagens e gordura) de 14 kg.

O estudo histológico revelou: teratoma ovárico imaturo (grau 1); lavado peritoneal e biópsias sem evidência de células tumorais.

Não se registaram complicações intra e pós-operatórias e a doente teve alta ao sexto dia.

Foi avaliada (clínica, analítica e imagiológica) semestralmente durante 5 anos em consulta externa e não evidenciou sinais de recorrência da doença. A função reprodutora ficou preservada (teve um filho).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Trata-se de um teratoma imaturo unilateral do ovário de grau 1 numa adolescente de 16 anos com prognóstico favorável (sobrevida aos 5 anos de 95%).

Macroscopicamente semelhante aos teratomas maduros (quístico com tecido adiposo, apesar de muitos elementos sólidos), sem rotura da cápsula, sem implantes peritoneais, sem ascite e sem elevação dos marcadores tumorais.

Tendo em conta as características da lesão e a idade da paciente optou-se por uma cirurgia mais conservadora, poupando o útero e ovário esquerdo para manter a função reprodutora.

O objetivo é promover um tratamento adequado minimizando as sequelas a médio e longo prazo.

O *follow-up* implica avaliação clínica, analítica (marcadores tumorais) e imagiológica periódicas.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

CONSENTIMENTO: Consentimento do doente para publicação obtido.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

PATIENT CONSENT: Consent for publication was obtained.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Meinhold-Heerlein I, Fotopoulou C, Harter P, Kurzeder C, Mustea A, Wimberger P, et al. The new WHO classification of ovarian, fallopian tube, and primary peritoneal cancer and its clinical implications. *Arch Gynecol Obstet*. 2016;293:695-700. doi: 10.1007/s00404-016-4035-8.
2. Silva DP. Manual do Cancro do Ovário. Lisboa: Permanyer Portugal; 2015.
3. Gaona-Luviano P, Medina-Gaona AL, Magaña-Pérez K. Epidemiology of ovarian cancer. *Chinese Clin Oncol*. 2020;9:47. doi: 10.21037/cco-20-34.
4. Cancer IN de. Tumores de células germinativas - versão para Profissionais de Saúde. [consultado outubro 2020] Available at: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil/tumores-de-celulas-germinativas/profissional-de-saude>.
5. Mülayim B, Gürakan H, Dagli V, Mülayim S, Aydın O, Akkaya H. Unaware of a giant serous cyst adenoma: A case report. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;273:381-3. doi: 10.1007/s00404-005-0087-x.
6. Serov SF, Scully RE, Sobin LH. Histological typing of ovarian tumours. Geneva: World Health Organization; 1973.
7. Wu RT, Torng PL, Chang DY, Chen CK, Chen RJ, Lin MC, et al. Mature cystic teratoma of the ovary: a clinicopathologic study of 283 cases. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 1996;58:269-74.
8. Akbulut M., Zekioglu O, Terek MC, Ozdemir N. Florid vascular proliferation in mature cystic teratoma of the ovary: Case report and review of the literature. *Tumori*. 2009;95:104-7. doi: 10.1177/030089160909500119.
9. Baker PM, Rosai J, Young RH. Ovarian teratomas with florid benign vascular proliferation: A distinctive finding associated with the neural component of teratomas that may be confused with a vascular neoplasm. *Int J Gynecol Pathol*. 2002;21:16-21. doi: 10.1097/00004347-200201000-00004.
10. Nogales FF, Aguilar D. Florid vascular proliferation in grade 0 glial implants from ovarian immature teratoma. *Int J Gynecol Pathol*. 2002;21:305-7.
11. Fellegara G, Young RH, Kuhn E, Rosai J. Ovarian mature cystic teratoma with florid vascular proliferation and Wagner-Meisner-like corpuscles. *Int J Surg Pathol*. 2008;16:320-3. doi: 10.1177/1066896907307306.
12. Buy JN, Ghossain MA, Moss AA, Bazot M, Doucet M, Hugol D, T, et al. Cystic teratoma of the ovary: CT detection. *Radiology*. 1989;171:679-701. doi: 10.1148/radiology.171.3.2717741.
13. Devaja OM, Papadopoulos AJ. Current management of immature teratoma of the ovary. *Arch Oncol*. 2000;8:127-30.
14. Weinberg LE, Lurain JR, Singh DK, Schink JC. Survival and reproductive outcomes in women treated for malignant ovarian germ cell tumors. *Gynecol Oncol*. 2011;121:285-9. doi: 10.1016/j.ygyno.2011.01.003.
15. Faure-Contier C, Pashankar F. Immature ovarian teratoma: when to give adjuvant therapy? *J Pediatr Hematol Oncol*. 2017;39:487-9. doi: 10.1097/MPH.0000000000000950.