

TERATOMA BENIGNO GIGANTE DE OVÁRIO EM UMA CRIANÇA DE NOVE ANOS DE IDADE: RELATO DE CASO

CRISTINA GABRIELLI MORENO*

JOSÉ AUGUSTO PROLA*

FLÁVIO FAÉ**

RENATA MARQUES GONÇALVES DA SILVA***

RESUMO

Os autores relatam o caso de uma criança de nove anos de idade que apresentou um teratoma benigno gigante de ovário. A paciente consultou queixando-se de aumento do volume abdominal há três anos, exibindo uma massa palpável que ocupava mesogástrio e flanco direito. Realizados estudos ultrassonográfico e tomográfico, os achados foram sugestivos de cisto dermóide, cisto mesentérico ou hidatidose intra-abdominal. A paciente foi levada à laparotomia, sendo ressecada uma grande massa tumoral desenvolvida no ovário direito, com a tuba uterina inserida. A peça cirúrgica foi enviada para exame anatomopatológico, pesando 455g e medindo 15,0 x 14,0 x 12,0cm. O estudo anatomopatológico demonstrou tratar-se de um teratoma ovárico com predomínio de microcistos sebáceos e epidermóides, acompanhado de zonas de cartilagíneas e de focos de ossificação. A ocorrência de um teratoma benigno de ovário na infância, nas dimensões relatadas, é pouco freqüente, e justifica a apresentação deste caso.

PALAVRAS-CHAVES: Teratoma de ovário, tumores ovarianos em crianças.

ABSTRACT

Giant benign ovary teratoid developed in a nine year-old child – a case study

The authors report the case of a nine year-old child who presented a giant benign ovary teratoid. The patient complained, during a doctor's appointment, of a three-year abdominal volume enlargement. In the physical examination a palpable mass occupying the mesogastrium and the right flank was felt. Thus, ultrasonographic and tomographic studies were conducted. The findings suggested a dermoid cyst, a mesenteric cyst or an intra-abdominal hidatidose. The patient underwent laparotomy when a large tumoral developed mass was parched in the right ovary; this was done with the insertion of a uterine tube. The surgical piece was sent for anatomopathologic examination. It weighed 445g and measured 15.0 x 14.0 x 12.0cm. The anatomopathologic study indicated an ovarian teratoid with predominance of sebaceous and epidermoid microcysts. It also presented cartilaginous zones and foci of ossification. The

* Médicos residentes do Programa de Residência Médica em Anatomia Patológica da FURG.

** Médico residente do Programa de Cirurgia Geral da FURG.

*** Acadêmica do Curso de Medicina da FURG.

occurrence of benign ovarian teratoids during childhood, in the dimensions mentioned above, is not frequent. Therefore, it justifies the presentation of this case.

KEY WORDS: Ovarian teratoid, ovarian tumors in children.

1 – INTRODUÇÃO

O teratoma é um tumor que surge da diferenciação de células germinativas e corresponde a uma proporção de 15 a 20% dos tumores ovarianos⁸. Os tumores de ovário são incomuns na criança. Durante a infância e adolescência, o tipo predominante de tumor de ovário é o tumor de origem das células germinativas^{6,9}. A grande maioria dos teratomas são císticos benignos (80% a 90%). Na criança, a maioria dos teratomas são císticos malignos. Em quase 100% dos casos são unilaterais, sendo mais acometido o ovário direito^{7,8,9}.

Os locais mais comumente acometidos são: sacrococcígea, ovário, testículo e mediastino^{1,4}. Dor abdominal é o sintoma mais comum e massa abdominal palpável com distensão abdominal é o sinal mais comumente encontrado².

Associada à história clínica e ao exame físico, a ultrassonografia abdominal é diagnóstica em quase 100% dos casos, mas não diferencia os teratomas benignos dos malignos, o que compete à anatomopatologia³.

A laparoscopia deve ser sempre indicada antes da operação. Para crianças com tumor de ovário, a sua preservação deve ser prioridade⁵.

Os autores relatam o caso de uma paciente com nove anos de idade que apresentou um teratoma benigno de ovário de grandes dimensões.

2 – RELATO DO CASO

B. F. V., nove anos, sexo feminino, branca, natural de Rio Grande, consultou o Ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., na cidade do Rio Grande, acompanhada por sua mãe. Esta referiu que a filha apresentava um aumento de volume abdominal generalizado, há nove anos, aumentando consideravelmente de tamanho no último ano.

No exame físico abdominal, apresentava uma massa que ocupava mesogástrio e flanco direito, de consistência firme, móvel aos planos superficial e profundo, com superfície lisa e indolor à palpação superficial e profunda.

Para a elucidação diagnóstica foram realizados os seguintes exames:

a) Estudo radiológico abdominal, que evidenciou a presença de uma massa com extensas calcificações grumosas com projeção em flanco direito

e hipogástrio.

b) Estudo ultrassonográfico abdominal, que demonstrou a presença de uma grande massa mista, que se estendia do abdomen superior (logo acima da cicatriz umbilical) até a pelve, medindo aproximadamente 18,0 x 10,0cm, com características correspondentes a um cisto dermóide.

c) Estudo tomográfico abdominal, que evidenciou uma volumosa lesão tumefaciante, de configuração arredondada, com grosseiras calcificações e septações no seu interior, com áreas heterogêneas predominantemente hipoatenuantes, de contornos regulares, localizada na região do flanco direito e próximo à região mediana da cavidade peritoneal. Notaram-se sinais de compressão extrínseca sobre as alças intestinais e sobre a bexiga. Sugeriu-se correlação com videolaparoscopia, e como hipóteses diagnósticas: hidatidose intra-abdominal ou cisto mesentérico.

Realizada videolaparoscopia, observou-se uma grande massa tumoral, acompanhada da tuba uterina. Logo a seguir, a tumoração foi ressecada, juntamente com a tuba uterina direita. Houve liberação de aderências do tumor com o retossigmóide. O ovário esquerdo foi preservado.

A peça cirúrgica foi enviada para o Laboratório de Patologia da Fundação Universidade Federal do Rio Grande. O laudo anatomopatológico determinou que a massa tumoral ovárica pesava 455g e media 15,0 x 14,0 x 12,0cm. Ao corte, exibiu áreas de consistência óssea alternadas com cistos contendo material sebáceo (ver figura 1).

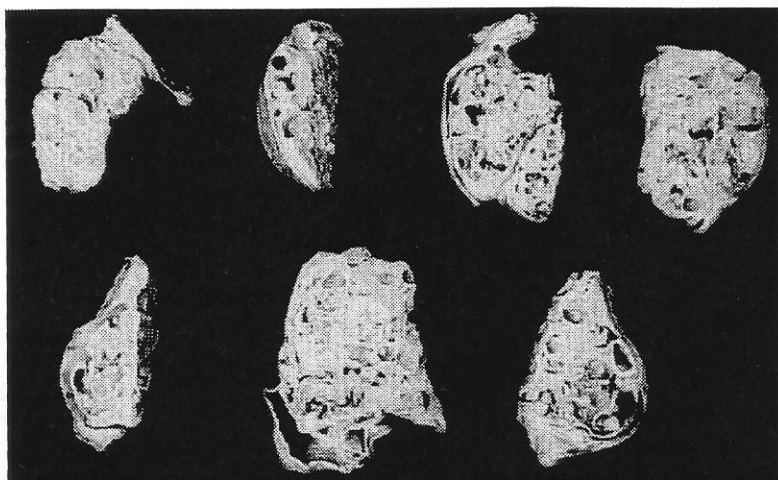


FIGURA 1 – Teratoma ovárico seccionado em várias fatias paralelas entre si, exibindo áreas policísticas e focos de ossificação (15x14x12cm).

Foi feita uma radiografia, que mostrou zonas radiopacas, dirigindo a seleção de fragmentos para o estudo microscópico (ver figura 2).

A microscopia comprovou a presença de numerosos cistos epidermóides e sebáceos, assim como extensas zonas de cartilagens, áreas de ossificação e estruturas epiteliais maduras, sendo os tecidos de natureza benigna (ver figuras 3, 4 e 5).

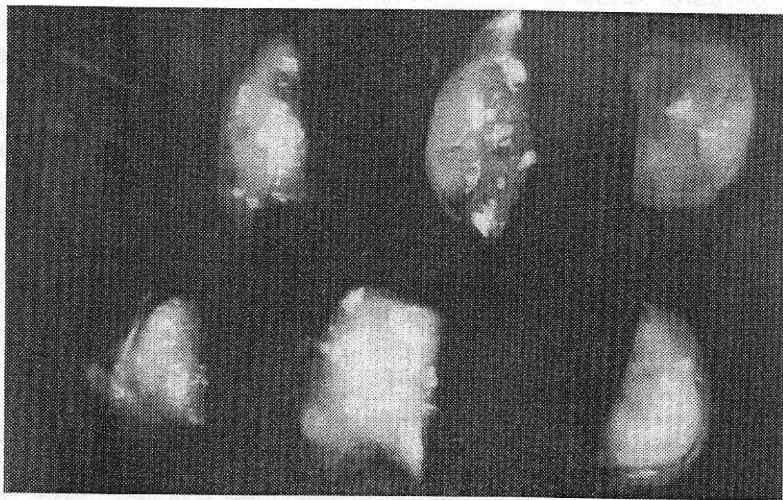


FIGURA 2 – Radiografia da peça cirúrgica acima assinalada, exibindo áreas radiopacas correspondentes a zonas ossificadas



FIGURA 3 – Zonas de cartilagem. (H. E. x 150) na vizinhança de estruturas glandulares.

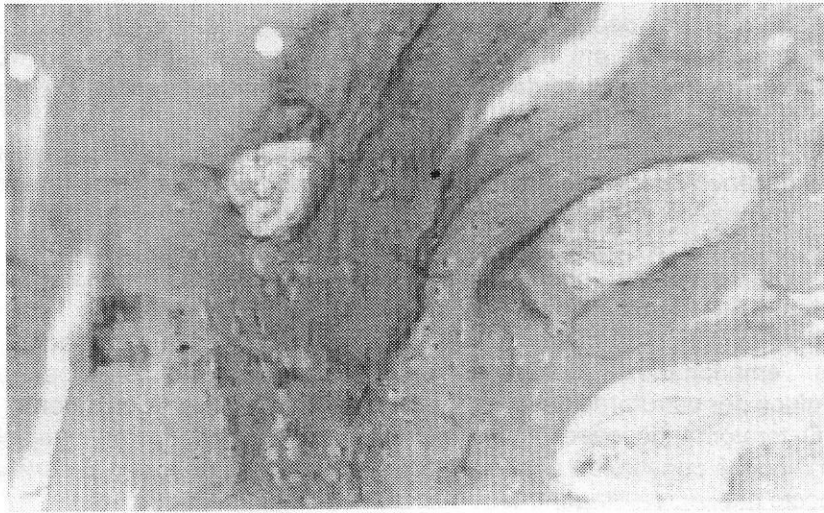


FIGURA 4 – Tecido ósseo adulto apresentando canais de Havre em formação (HE x 150).



FIGURA 5 – Parede de um cisto dermóide apresentando seu epitélio poliestratificado plano e uma glândula sebácea formando ponte de um folículo piloso (H. E. x 250)

3 – DISCUSSÃO

Para facilitar a discussão do caso clínico relatado, é necessário esclarecer alguns conceitos.

De acordo com a opinião de Willis⁹, o teratoma é um verdadeiro tumor, constituído por diversos tecidos que normalmente não existem no

órgão em que se desenvolveu, diferenciando-se do hamartoma, uma neoplasia observada em alguns órgãos (principalmente no pulmão), constituída por uma mistura de tecidos que normalmente existem no órgão em que se desenvolveu.

O crescimento do hamartoma segue as leis biológicas do organismo onde foi desenvolvido, cessando quando o organismo alcança o seu tamanho normal, ao contrário do teratoma, que pode crescer indefinidamente.

É arbitrária a classificação dos teratomas, segundo a opinião de Willis⁹. Os teratomas podem ser císticos ou sólidos; monodermiais, bidermais ou tridermais, de acordo com os folhetos germinativos; e ainda podem ser benignos ou malignos. Os teratomas malignos são formados por tecidos embrionários indiferenciados, enquanto os benignos são constituídos por estruturas tissulares bem diferenciadas histologicamente.

O teratoma do caso clínico relatado é considerado uma neoplasia benigna, pois é constituído por cistos epidermóides, estruturas pré-epiteliais de aspecto papilar, cartilagem, tecido ósseo e tecido conjuntivo frouxo^{1,2,3}.

O teratoma de ovário é a localização visceral mais freqüente observada no organismo humano, sendo mais acometido o ovário direito^{4,5,6}.

A respeito da idade, segundo as pesquisas de Willis⁹, em 48 casos a média de idade foi de 33 anos. Um dos fatos a destacar no estudo do mencionado autor é que a maioria dos teratomas nas crianças são malignos. O relato deste caso clínico se justifica pela incomum ocorrência de um tumor de ovário na infância, pelas dimensões apresentadas, e ainda por se tratar de teratoma benigno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AKANG, E. E., ODUNFA, A. O., AGHANDIUNO, P. V. Childhood teratomas. *Abd. Human Pathol*, v. 23, n. 4, p. 449-453, Apr. 1992.
2. EHREN, I. M., MAHOUR, G. H., ISAACS Jr., H. Benign and malignant ovarian tumors in children and adolescents. *American Journal Surgery*, v. 147, n. 3, p. 339-344, Mar. 1984.
3. FABBRO, M. A. et al. Ovarian tumors in children. *Pediatr. Med. Chir.*, v. 18, n. 2, p. 151-154, Mar. 1996.
4. HARMS, D., JÄNIG, U. Immature teratomas of childhood. *Pathology Res Pract.*, v. 179, n. 3, p. 338-400, Jan. 1985.
5. JAWAD, A. J., AL-MESHARI. Laparoscopy for ovarian pathology in infancy and childhood. *Pediatric Surgery. Int.*, v. 14, n. 1-2, p. 62-65, 1998.
6. MERINO, M. J., JAFFE, G. Age contrast in ovarian pathology. *Cancer*, v. 71, n. 2, p. 537-544, Jan. 1993.
7. PRADO, F. C., RAMOS, J. A., VALLE, J. R. *Atualização terapêutica*. 19. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.
8. ROBBINS, S. et al. *Patologia estrutural e funcional*. 5 ed. Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan, 1996.
9. WILLIS, R. A. *Pathology of tumors*. London: Butterworth & Co., 1948. p. 940-947.

Recebido: 16/07/00

Aceito: 25/10/00