

RELATO DE CASO

Teratoma cervical em recém-nascido: relato de três casos

Pedro Henrique de Campos Albino¹, José Antonio de Souza², Edevard José de Araújo³, Maurício José Lopes Pereira², Euclides Reis Quaresma⁴, Cristine Stahlschmidt¹

Resumo

Teratomas são tumores constituídos de células parênquimatosas, representativas de mais de uma camada germinativa, em geral as três: ectoderma, mesoderma e endoderma.

Essas células resultam em tecidos como pele, músculo, tecido adiposo, tecido nervoso, epitélio intestinal e estruturas dentárias. São comuns na região sacrococcígea e raros na região cervical. Podem ser sólidos, císticos ou mistos, benignos ou malignos. Não há prevalência quanto ao sexo e à raça.

Os teratomas cervicais costumam desencadear dificuldade respiratória devido ao comprometimento da traquéia. Quando não tratados, evoluem para óbito em 80% dos casos.

A ultra-sonografia pré-natal pode ser diagnóstica e mostrar a presença de polidrâmnio nos casos onde a extensão tumoral impede a progressão do líquido amniótico através do esôfago.

O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica do tumor com manutenção do aporte respiratório e da estabilidade hemodinâmica do neonato.

Neste estudo, foram analisados três casos de teratoma cervical em recém-nascidos operados no Hospital Infantil Joana de Gusmão. Dois pacientes apresentavam diagnóstico pré-natal. Dois eram assintomáticos e um apresentava dificuldade respiratória ao nascimento. Os três foram submetidos à ultra-sonografia no pré-operatório; sendo que um, também, à tomografia computadorizada. Todos evoluíram bem após a cirurgia. Dois apresentavam teratoma maduro e um imaturo com infiltração ganglionar,

recebendo quimioterapia.

Ressalta-se, com este trabalho e com a revisão de literatura, a importância do diagnóstico e do tratamento precoces dessa enfermidade.

Descritores: 1. Teratoma cervical;
2. Recém-nascido;
3. Neonato.

Abstract

Teratomas are composed by multipotential germ cells, which represent more than one germ layer, usually all three of them: ectoderm, mesoderm and endoderm. These cells originate tissues like skin, muscle, fat, neurological tissue, bowel and bone. They are most commonly found in the sacrococcygeal region and are not common in the neck. They can be solid, cystic or both, benign or malignant. There is no predominance between sexes or races.

The cervical teratoma can cause respiratory distress because of the tracheal compromise. If not promptly treated, the mortality reaches 80%.

The prenatal sonography can show polyhydramnios, secondary to the inability of the fetus to swallow amniotic fluid.

The treatment of choice is the complete resection of the tumor, with maintenance of the gas exchange and the neonate hemodynamic stability.

In this study, three cases of cervical teratoma will be analyzed in neonates submitted to a surgical procedure in Hospital Infantil Joana de Gusmão. Two of them had prenatal diagnosis. Two were asymptomatic and the other one had respiratory distress during birth. All of them made a pre-surgery ultrasound, while only one did a computerized tomography too.

1 - Acadêmico da 12ª fase de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2 - Cirurgião pediátrico do Hospital Infantil Joana de Gusmão e professor adjunto do departamento de Pediatria da UFSC.

3 - Cirurgião pediátrico do Hospital Infantil Joana de Gusmão e professor adjunto do departamento de Cirurgia da UFSC.

4 - Cirurgião pediátrico do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

All three got well after the surgery. Two of them presented mature teratoma, whereas the other one presented an immature teratoma, with a ganglionic infiltration and was submitted to a chemotherapy.

In this study is emphasized the importance of the precocious diagnosis and of the prompt treatment of this sickness.

Keywords: 1. Cervical teratoma;
2. Newborn;
3. Neonate.

Introdução

Teratomas são tumores constituídos de células parenquimatosas, representativas de mais de uma camada germinativa, geralmente as três: ectoderma, mesoderma e endoderma.

São encontrados principalmente na região sacrocóccigea e nas gônadas, sendo incomuns na região cervical. Podem apresentar aspecto cístico, sólido ou misto, ocorrendo como lesões benignas ou malignas.¹

O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica do tumor com manutenção do aporte respiratório e da estabilidade hemodinâmica do neonato.^{1,2}

No presente estudo, será feito o relato de três casos de teratoma cervical em recém-nascido e uma revisão de literatura sobre o tema, com o intuito de alertar para o diagnóstico precoce e melhor tratamento desses pacientes.

Relato dos casos

Caso 1

Recém-nascido (RN) do sexo feminino, encaminhado devido à tumoração cervical lateral esquerda, de grande volume, cística e indolor (Figura 1). Estava assintomático.

Apresentava alfa-feto proteína de 901,5 Pg/mL. Ultra-sonografia (USG) cervical concluiu ser um provável teratoma. Tomografia computadorizada mostrava tumoração sólida e cística em região cervical esquerda, bem delimitada, desviando a traquéia e com presença de calcificação.

A ressecção tumoral ocorreu no sexto dia da internação hospitalar, sem intercorrências. Permaneceu por três dias na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), em ventilação mecânica. Evoluiu bem, com alta hospitalar no décimo-quarto dia de pós-operatório.

O anatomopatológico concluiu: quadro histológico compatível com teratoma sólido maduro, contendo tecido glial e glandular bem diferenciados. Ausência de tecidos imaturo no material examinado.”

do imaturo no material examinado.”

Caso 2

Recém-nascido do sexo masculino, encaminhado por uma massa cervical direita, medindo 6,0 x 6,0 cm, móvel, endurecida e indolor.

A USG mostrava “grande massa cervical com áreas sólidas, líquidas e calcificações. Presença de vasos de calibre moderado em toda extensão da massa. Sinais compatíveis com Teratoma cervical (TC).”

A operação foi realizada no segundo dia da internação hospitalar, permanecendo a criança intubada em ar ambiente na UTIN. Alta hospitalar no quarto dia após a cirurgia o anatomopatológico concluiu: cortes histológicos que mostram lesão delimitada, sólido-cística, predominando componentes maduros de tecido nervoso, cartilaginoso, glandular, muscular e adiposo, compatível com teratoma sólido-cístico maduro.”

Caso 3

Recém-nascido do sexo feminino, com desconforto respiratório leve na sala de parto, com melhora em decúbito lateral, recebendo oxigênio inalatório. Apresentava tumoração de grandes dimensões em região cervical anterior direita e que se prolongava para região anterior esquerda, de consistência endurecida.

A USG mostrava “volumosa lesão expansiva mista, cística e sólida, com calcificações grosseiras de permeio, na região cervical anterior, irregular”, Conclusão: compatível com TC” (Figura 2).

Ressecção tumoral no terceiro dia da internação hospitalar, sem intercorrências. A criança permaneceu na UTIN e em ventilação mecânica, com alta hospitalar no oitavo dia após a cirurgia.

Anatomopatológico: quadro histológico compatível com teratoma imaturo, com freqüentes áreas de tecido nervoso imaturo. Tecido tireoidiano adjacente. Os cortes histológicos mostram tecido linfonodal comprometido por tecido nervoso (metástase?).”

Acompanhamento ambulatorial com alfa-feto proteína elevada, iniciando quimioterapia com 70 dias de vida. Ao fim das sessões, foi submetido à tomografia computadorizada de corpo inteiro. Resultado: “sinais sugestivos de intervenção cirúrgica em região cervical esquerda, sem evidência de processo residual”.

Com quatro anos de idade, retornou ao ambulatório com uma tumoração cervical em linha média, sendo diagnosticado cisto tireoglossal e operada, sem intercorrências.

Discussão

Teratomas são tumores constituídos de células oriun-

das, em geral, das três camadas germinativas.^{2,3} A patogênese é incerta, porém muitos acreditam que eles surgem quando as células germinativas “escapam” do controle de desenvolvimento de estruturas primárias.⁴

A incidência dos teratomas é de um para cada 20000 a 40000 nascidos vivos, sendo mais comuns nas regiões sacrococcígea e gonadal, com a localização cervical responsável por apenas 3% dos teratomas da infância.¹

Os teratomas cervicais (TCs) são encontrados mais freqüentemente no recém-nascido (RN) e no lactente, raramente na criança maior e no adulto, podendo apresentar-se já na vida intrauterina.⁵ Ambos os sexos são igualmente afetados.^{1,5} Nesta análise, dois pacientes eram do sexo feminino, não se podendo afirmar que houve maior predileção por determinado sexo, uma vez que a casuística é pequena.

Podem ser sólidos, císticos ou mistos, em geral, bem delimitados, com uma pseudocápsula, diferenciando-se em benignos e malignos.^{1,5} O grau de imaturidade não se correlaciona com a probabilidade de o mesmo ser maligno,^{1,2} estando a malignidade presente em 10% dos casos.² Apenas um paciente apresentou teratoma misto imaturo com área de comprometimento linfonodal adjacente, sugestiva de metástase.

As manifestações clínicas dependem do comprometimento de estruturas adjacentes, como traquéia e esôfago, desencadeando sintomas respiratórios, potencialmente fatais, e de deglutição.^{2,5} Dois neonatos eram assintomáticos ao nascimento, enquanto outro apresentou desconforto respiratório leve, com melhora em decúbito lateral.

O diagnóstico pode ser por USG no período gestacional. É comum o achado de uma massa faríngea, por vezes ultrapassando a linha média, sólida e/ou cística, podendo mostrar calcificações.⁶

O tratamento de escolha é a ressecção completa^{1,7,8} associada à quimioterapia nos casos de lesões não ressecáveis e teratomas malignos.⁷ Outra recomendação é que o manejo pós-operatório seja realizado em unidade UTIN.⁹ Nesta casuística, todas as operações foram eletivas, no período neonatal, permanecendo os pacientes UTIN, nos primeiros dias de pós-operatório.

A mortalidade perioperatória relatada é de 15-17%, dependendo do envolvimento de estruturas nobres pelo tumor.¹ Não houve óbitos neste estudo.

Outros eventos adversos descritos por Hullett et al. após a intervenção são o pneumotórax e a dificuldade respiratória pós-excisão tumoral, mesmo na ausência de comprometimento respiratório pré-operatório.¹⁰

Os níveis de alfa-feto proteína (AFP) devem ser monitorados, especialmente no seguimento pós-operatório, para confirmar a completa excisão tumoral ou para detectar sua recorrência.^{7,8} Um dos pacientes manteve níveis elevados de AFP, com normalização após

quimioterapia.

No caso de TCs malignos, além da ressecção, a quimioterapia é necessária. A normalização dos níveis de AFP é um sinal favorável.⁷ Quimioterapia foi realizada em um paciente.

Por fim, espera-se, com este trabalho, alertar para importância de diagnóstico precoce dos TCs, ainda no período fetal, para melhor planejamento e conduta na abordagem desses pacientes.

Referências bibliográficas:

1. Torres LFB, Dellê LAB, Urban CA, Araki LT. Teratoma cérvico-facial em neonato J Pediatr (Rio J). 1998;74(2):149-52.
2. Hasiotou M, Vakaki M, Pitsoulakis G, Zarifi M, Sammouti H, Konstadinidou CV, et al. Congenital cervical teratomas. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2004 Sep;68(9):1133-9.
3. Myers LB, Bulich LA, Mizrahi A, Barnewolt C, Estroff J, Benson C, et al. Ultrasonographic guidance for location of the trachea during the EXIT procedure for cervical teratoma. J Pediatr Surg. 2003 Apr;38(4):E12.
4. Shah SI, Holterman AX, Licameli GR. Congenital cervical teratoma: airway management and complications. Otolaryngol Head Neck Surg. 2001 Jan;124(1):53-5.
5. Pinus JM, L. E.; Junior, M. N. N. B.; Pinus, J. Teratoma da região cervical na infância. Pediatría Moderna. 1985;XX(5):266-8.
6. Berge SJ, von Lindern JJ, Appel T, Braumann B, Niederhagen B. Diagnosis and management of cervical teratomas. Br J Oral Maxillofac Surg. 2004 Feb;42(1):41-5.
7. Muscatello L, Giudice M, Feltri M. Malignant cervical teratoma: report of a case in a newborn. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2005 Nov;262(11):899-904.
8. Azizkhan RG, Haase GM, Applebaum H, Dillon PW, Coran AG, King PA, et al. Diagnosis, management, and outcome of cervicofacial teratomas in neonates: a Childrens Cancer Group study. J Pediatr Surg. 1995 Feb;30(2):312-6.
9. Shine NP, Sader C, Gollow I, Lannigan FJ. Congenital cervical teratomas: diagnostic, management and postoperative variability. Auris Nasus Larynx. 2006 Mar;33(1):107-11.
10. Hullett BJ, Shine NP, Chambers NA. Airway management of three cases of congenital cervical teratoma. Paediatr Anaesth. 2006 Jul;16(7):794-8.

Figura 1: foto do paciente.



Figura 2: ultra-sonografia cervical mostrando lesão mista.



Endereço para correspondência:
Pedro Henrique de Campos Albino
Rua 23 de março, 237 – Itaguaçu
Florianópolis – SC
CEP: 88085-440
Email: phcalbino@yahoo.com.br