

TERATOMA SACROCOCCÍGEO DO DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO À TERAPIA INTRAÚTERO

SACROCOCCYGEAL TERATOMA OF THE ULTRASOUND DIAGNOSIS TO THE INTRAUTERINE THERAPY

FRANCISCO MAXIMILIANO PANCICH GALLARRETA, CAROLINE MOMBAQUE DOS SANTOS, WENDEL MOMBAQUE DOS SANTOS, CAROLINE ECKERDT SCHROER, EDSON NUNES DE MORAIS

RESUMO

OBJETIVOS: descrever o diagnóstico pré-natal através da ultrassonografia e da tentativa de tratamento intraútero de um teratoma sacrococcígeo fetal.

DESCRIÇÃO DO CASO: primigesta, 31 anos, branca, casada, previamente hígida, encaminhada com idade gestacional de 17 semanas ao Serviço de Medicina Fetal do Hospital Universitário de Santa Maria devido ao diagnóstico de tumoração em região sacral fetal. A ultrassonografia obstétrica permitiu o diagnóstico de teratoma sacrococcígeo fetal com pequeno componente interno. Este apresentou aumento de volume a cada reavaliação semanal e optou-se por fulguração a laser com 19 semanas e 3 dias de idade gestacional, contudo procedimento não obteve o êxito desejado. Às 22 semanas, paciente apresentou ruptura prematura de membranas, evoluindo para parto e feto feminino foi a óbito com peso de 1050g.

CONCLUSÕES: a constante revisão de literatura acerca do teratoma sacrococcígeo fetal é válida por ser uma patologia de alta mortalidade, realçando a importância do diagnóstico precoce, fundamental para o manejo do quadro e para o aconselhamento familiar.

PALAVRAS-CHAVE: teratoma; fotocoagulação a laser; ultrassonografia pré-natal.

ABSTRACT

PURPOSE: describe the prenatal diagnosis by ultrasound and attempt to intrauterine treatment of fetal sacrococcygeal teratoma.

CASE DESCRIPTION: G1P0A0, 31 years, married, previously healthy, forwarded with a gestational age of 17 weeks to Fetal Medicine Service of the University Hospital of Santa Maria due to the diagnosis of tumors in the fetal sacral region. Obstetric ultrasound allowed the diagnosis of fetal sacrococcygeal teratoma with small internal component. This showed an increase of volume to each weekly reevaluation and opted for laser therapy with 19 weeks and 3 days of gestation, however procedure did not achieve the desired success. At 22 weeks, the patient presented premature rupture of membranes, evolving to childbirth and female fetus died weighing 1050g.

CONCLUSIONS: the constant review of literature about fetal sacrococcygeal teratoma is valid because it is a high mortality disease, highlighting the importance of early diagnosis is vital to the management of the presentment and for family counseling.

KEY-WORDS: teratoma; laser coagulation; ultrasonography, prenatal.

INTRODUÇÃO

O teratoma sacrococcígeo é um dos tumores fetais mais diagnosticados em recém-nascidos, apesar da incidência de 1 para 40.000 nascimentos, com predominância no sexo feminino de 4:1^{1,2}.

Esse tumor é originado na cauda do embrião quando não ocorre a regressão do nodo de Hensen, tornando-se posteriormente células tumorais¹, e são classificados em 4 subtipos conforme o sistema proposto por Altman e colaboradores: tipo I (lesão predominantemente externa, com protrusão em direção ao

períneo, coberta por pele, e com componente pré-sacral mínimo); tipo II (tumor predominantemente externo, com significante componente pré-sacral); tipo III (tumor com predominância de elementos pré-sacrais e componente externo) e tipo IV (tumor inteiramente pré-sacral, sem componente externo)³.

Embora a maioria das gestantes de fetos com teratoma sacrococcígeo seja assintomática e a descoberta do tumor só ocorrer por meio de ultrassom de rotina (método de escolha na avaliação fetal, pelo fato de ser um exame em tempo real, de natureza não-invasiva e de baixo custo), a altura uterina maior do que a esperada

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CORRESPONDÊNCIA:

FRANCISCO MAXIMILIANO PANCICH GALLARRETA
AVENIDA RORAIMA, Nº 1000, CIDADE UNIVERSITÁRIA, BAIRRO CAMOBI - SANTA MARIA - RS, CEP: 97105-900
(55) 3220-8720 E-MAIL: FMGALLARRETA@MSN.COM

para a idade gestacional pode ser o sinal inicial identificado em consulta de pré-natal⁴.

A maioria desses tumores ocorre esporadicamente, embora seja descrita a ocorrência familiar⁴ e a associação com outras malformações congênitas acontece em 5 a 26% dos casos, com destaque para as malformações gênito-urinárias³.

O relato deste caso clínico e a constante revisão de literatura são válidos por ser uma patologia de alta mortalidade e, assim, se pretende realçar a importância do diagnóstico precoce, fundamental para o manejo do quadro e para o aconselhamento familiar.

A publicação do caso foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria com base na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e mediante aplicação do termo de consentimento pela gestante.

RELATO DE CASO

Paciente de 31 anos, G1P0A0, branca, casada, encaminhada ao Serviço de Medicina Fetal do Hospital Universitário de Santa Maria pelo médico assistente devido ao feto apresentar uma tumoração em região sacral em exame ultrassonográfico de rotina com idade gestacional de 17 semanas.

Realizada ultrassonografia às 17 semanas e 2 dias, identificada em região sacral tumoração com pequeno componente interno, heterogênea, com vascularização ao Doppler (Figura 1), volume de 137,1 cm³, compatível com teratoma sacrococcígeo que com 19 semanas de idade gestacional apresentava vascularização mais exuberante e volume de 332 cm³, identificado por ultrassonografia 3D (Figura 2).

A paciente com 19 semanas e 3 dias foi encaminhada para fulguração a laser na cidade do Rio de Janeiro, na qual o procedimento ocorreu sem intercorrências. Contudo, vaso de maior calibre não foi fulgurado pela possibilidade de ocluir a vascularização para os membros inferiores e, assim, a paciente retornou ao HUSM para manter acompanhamento de pré-natal. As consultas foram quinzenais, intercaladas com o ultrassom obstétrico para avaliar o comportamento tumoral.

Com 22 semanas de idade gestacional, paciente internou por ruptura prematura de membranas e a ecografia apresentava tumoração sacral heterogênea com vascularização importante (Figura 3), volume de 555 cm³ e ducto venoso com onda a positiva sem sinais de insuficiência cardíaca (Figura 4).

Paciente foi submetida a cesariana de emergência 5 horas após a esta ultrassonografia devido a sangramento vaginal profuso e dor abdominal, feto feminino, nasce em óbito, peso de 1050g e identificado sangramento da tumoração fetal (Figura 5).

DISCUSSÃO

O diagnóstico pré-natal do teratoma sacrococcígeo obtido pela ultrassonografia permite a distinção dos tumores como massa sólida, cística ou uma mistura de componentes sólidos e císticos, sendo geralmente vascularizado, o que é facilmente demonstrável com a utilização do Doppler colorido e este considerado fator de mau prognóstico^{5,4}. Esse diagnóstico é comumente realizado entre 17 e 20 semanas de idade gestacional e possibilita o planejamento de procedimentos intraútero e pós-natais².

Dentre os tipos de tumores, o do tipo I, o encontrado no caso descrito, é o de mais fácil diagnóstico ultrassonográfico e ressecção cirúrgica, além de apresentar baixa incidência de malignidade⁶.

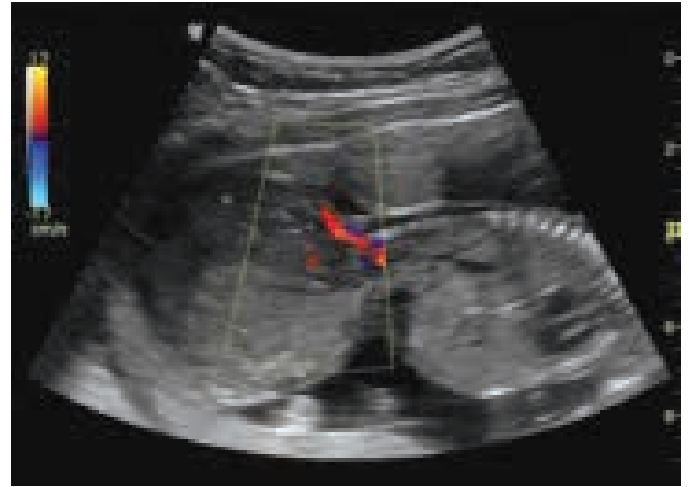


Figura 1: vascularização em tumoração em corte longitudinal do feto com 17s2d.

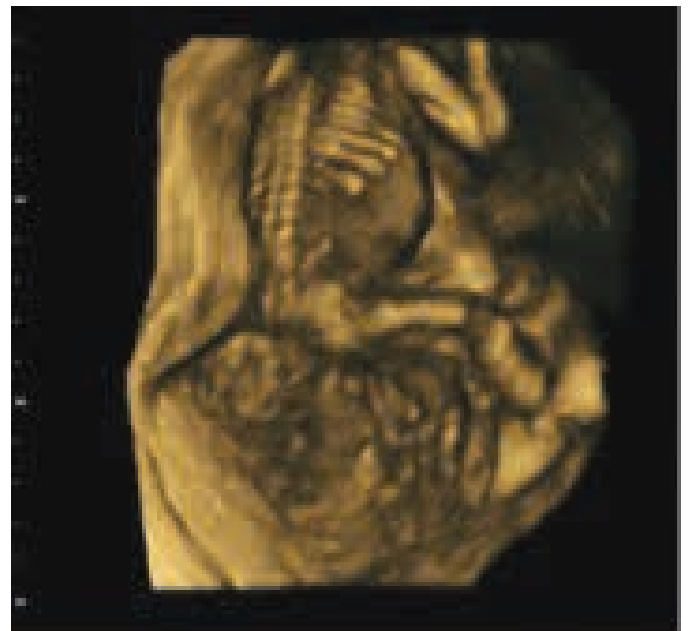


Figura 2: ultrassom 3D com 19 semanas.



Figura 3: tumoração com vascularização em pedículo exuberante.

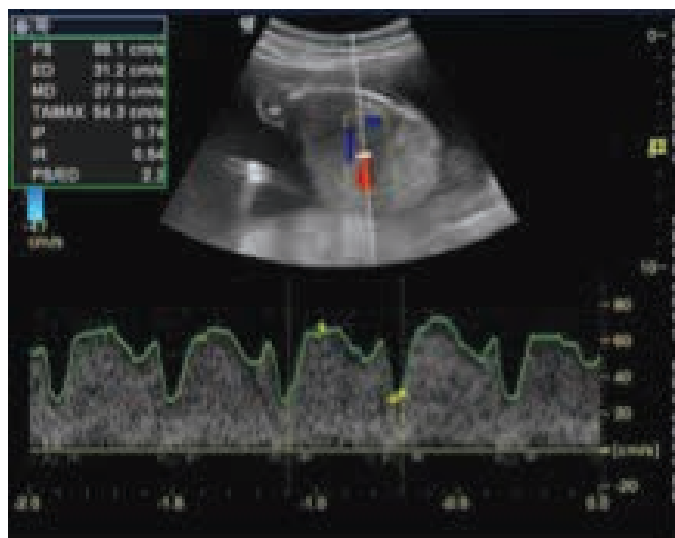


Figura 4: ducto venoso com onda a positiva.

O prognóstico fetal reservado está diretamente relacionado ao tamanho do tumor – principalmente se maiores de 10 cm, classificados como gigantes –, ao crescimento progressivo e ao diagnóstico realizado antes de 30 semanas de gestação e a mortalidade fetal se vincula à anemia grave e insuficiência cardíaca de alto débito que culmina em hidropsia fetal, podendo esta ser responsável por quadro pré-eclâmpsia grave (como parte da síndrome de Mirror ou de Ballantyne) e morte materna além de fetal^{2,5,6,7}. Neste caso reportado a gestante não desenvolveu complicações, porém o parto ocorreu no limite da viabilidade fetal.



Figura 5: aspecto macroscópico da tumoração fetal e a relação entre feto e massa.

O uso da betametasona está indicado quando há indícios de nascimento pré-termo, como a associação com polidramnia, fato observado neste caso relatado. A avaliação seriada do feto através da ultrassonografia pode prever certas complicações e oferecer alternativas terapêuticas intraútero aos pais ou a antecipação do parto^{5,8,9}.

A ultrassonografia 3D pode ser útil para mensurar o volume, para visualização dos ossos pélvicos e da coluna e sua relação com o tumor, além de permitir aos pais um melhor entendimento da malformação fetal⁵, método utilizado com esses propósitos pela equipe envolvida no caso relatado.

A ablação a laser realizada no caso descrito é uma das opções terapêuticas utilizadas e a indicação foi a de tumor de crescimento progressivo e idade gestacional de menos de 26 semanas, ponto de corte utilizado por alguns autores com a justificativa que fetos maiores se beneficiariam do parto ao invés de procedimentos que podem acarretar corioamnionite, ruptura uterina, dentre outros¹⁰. Este tipo de procedimento está contraindicado em tumores classificados como III ou IV, placentomegalia severa e comprometimento materno⁵.

A cesariana com incisão uterina clássica é a via de nascimento indicada na maioria dos casos, com o intuito de prevenir distócia e hemorragia fetal por ruptura do tumor, principalmente quando este atinge volume maior de 750cm³ 2,3,9. No caso reportado a via alta foi preferencial, porém a incisão uterina optada pela equipe foi a transversal baixa, sem intercorrências durante o procedimento.

Assim, os procedimentos realizados com a paciente descrita estão condizentes com a literatura revisada e a evolução do caso demonstra que mesmo com opções terapêuticas, o desfecho desfavorável pode ocorrer quando se somam fatores de mau prognóstico, como, tumor sacrococcígeo de grande volume, diagnóstico em idade gestacional precoce, polidramnia e trabalho de parto pré-termo. Além disso, atnta para as complicações durante a gestação, parto e pós-parto e justifica a vigilância dessa gestação por uma equipe multidisciplinar e capacitada para o manejo dessa patologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parlakgümüş HA, Tarim E, Ezer SS. Antenatal Diagnosis of Sacrococcygeal Teratoma – two different cases report. *Ginekol Pol* 2009; 80:445-48.
2. Wilson RD, Hedrick H, Flake AW, et al. Sacrococcygeal Teratomas: Prenatal Surveillance, Growth and Pregnancy Outcome. *Fetal Diagn Ther* 2009; 25:15-20.
3. Andrade T, Montes D, Carvalho F, Dias M e Carvalho C. Teratoma Sacrococcígeo Caso Clínico. *Nascer e Crescer* 2010; 19(2): 81-4.
4. Antunes E, Werner Jr H, Daltro PA, Rodrigues L, Amim B, Guerra F, Domingues RC, Gasparetto EL. Correlação entre os achados ultrassonográficos e de ressonância magnética no teratoma sacrococcígeo fetal. *Radiol Bras*. 2008;41(3):163-166.
5. Abascal-Saiz A, De la Calle M, Herrero B, Rodríguez R, Antolín E, Bertha JL. Teratoma sacrococcígeo gigante em una gestación gemelar. *Ginecol Obstet Mex* 2014;82:843-850.
6. Adzick, NS. Open Fetal Surgery for life-threatening fetal anomalies. *Sem Fetal Neonatal Med* 2010; 15:1-8.
7. Portal YS, Ruiz SP, Campos AC, Monterrey IAS, Miranda MEP, Castro DI. Teratoma sacrococcígeo: revisión de la literatura a propósito de un caso *Revista Cubana de Pediatría* 2010;82(3) 69-75
8. Sy ED, Filly RA, Cheong ML, et al. Prognostic Role of Tumor-Head Volume Ratio in Fetal Sacrococcygeal Teratoma. *Fetal Diagn Ther* 2009; 26:75-80.
9. Villa JC, Visintine J, Berghella V. Teratoma sacrococcígeo fetal gigante complicado con un cuadro de ruptura prematura de membranas y preeclâmpsia materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 58 No. 4.2007.(322-327)
10. Ibele A, Flake A, Shaaban A. Survival of a profoundly hydropic fetus with a sacrococcygeal teratoma delivered at 27 weeks of gestation for maternal mirror syndrome. *J Ped Surg* 2008; 43:E17-E20.