

dificultada, como em casos de cisto teratoide revestido por células escamosas, cujo diagnóstico pode ser confundido com cisto do ducto tireoglossal<sup>4</sup>.

O tratamento de escolha para os cistos no soalho bucal é a excisão total (enucleação), com abordagem por via intra ou extraoral, o que vai depender da localização e tamanho do cisto<sup>4</sup>. Na maioria dos casos, a enucleação pode ser realizada por via intraoral, como está claramente evidente em uma revisão da literatura internacional que analisou um total de 120 cistos tratados cirurgicamente. Destes, 70 (58%) receberam abordagem intraoral, 37 (31%), extraoral, e 13 (11%) foram tratados por intervenções intra e extraorais<sup>5</sup>. O tratamento eficaz de cisto dermoide e teratoide em soalho da boca exige identificação e excisão cirúrgica de quaisquer tratos que conduzam à linha média da mandíbula e do osso hioide. Uma falha na eliminação dessas estruturas revestidas por epitélio podem aumentar o risco de recorrência<sup>14,15</sup>. O cisto descrito neste relato foi completamente excisado por via intraoral, que representa a abordagem indicada para casos com localização em planos superiores. Amplo campo cirúrgico foi obtido, permitindo dissecação romba e remoção completa do cisto, sem ruptura da cápsula, reduzindo as chances de recorrência. No exame histopatológico, a presença de epitélio gastrointestinal, além de folículos pilosos e glândulas sebáceas na cápsula, confirmaram o diagnóstico final de cisto teratoide.

## REFERÊNCIAS

1. Agaimy A, Raab B, Bonkowsky V, Wünsch PH (2007) Intestinal-type adenocarcinoma arising in a congenital sublingual teratoid cyst. *Virchows Arch* 450:479-481.
2. Azañero WD, Mazzone R, León JE, Vargas PA, Lopes MA, de Almeida OP (2009) Lingual cyst with respiratory epithelium: a histopathological and immunohistochemical analysis of two cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 38:388-392.
3. Bonet-Coloma C, Mínguez-Martínez I, Palma-Carrió C, Ortega-Sánchez B, Peñarocha-Diago M, Mínguez-Sanz JM (2011) Orofacial dermoid cysts in pediatric patients: a review of 8 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 16:200-203.
4. Celik M, Akkaya H, Arda IS, Hiçsönmez A (2006) Congenital teratoma of the tongue: a case report and review of the literature. *J Pediatr Surg* 41:25-28.
5. Dimtsas S, Theologie-Lygidakis N, Iatrou I (2010) Intralingual dermoid cyst in an infant presenting swallowing and sleeping difficulties. *J Clin Pediatr Dent* 34:335-337.
6. Dutta M, Saha J, Biswas G, Chattopadhyay S, Sen I, Sinha R (2013) Epidermoid cysts in head and neck: our experiences, with review of literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 65:14-21.
7. Gan K, Fung E, Idikio H, El-Hakim H (2008) A floor of mouth teratoid cyst with tract in a newborn - Case report and English literature review unraveling erroneous quotes and citations. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 72:1275-1279.
8. Gordon PE, Faquin WC, Lahey E, Kaban LB (2013) Floor-of-mouth dermoid cysts: report of 3 variants and a suggested change in terminology. *J Oral Maxillofac Surg* 71:1034-41.
9. Kinzer S, Mattern D, Ridder GJ (2006) Diagnostic and therapeutic management of a big cyst at the floor of the mouth: 6 Case Reports in Medicine mouth-a case report. *Laryngo-Rhino-Otologie* 85:827-831.
10. Liang Y, Yang YS, Zhang Y (2012) Retrospective analysis of ten cases of congenital sublingual teratoid cyst. *Eur J Paediatr Dent* 13:333-6.
11. Lin HW, Silver AL, Cunnane ME, Sadow PM, Kieff DA (2011) Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: unusual radiologic and pathologic findings. *Auris Nasus Larynx* 38:650-653.
12. MacNeil SD, Moxham JP (2010) Review of floor of mouth dysontogenic cysts. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 119:165-173.
13. Meyer I. Oral pathology: dermoid cysts (dermoids) of the floor of the mouth (1955) *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 8:1149-1164.
14. Pentenero M, Marino R, Familiari U, Gandolfo S (2013) Choristoma involving the floor of the mouth and the anterior tongue: a case of teratoid cyst with gastric and respiratory epithelia. *J Oral Maxillofac Surg* 71:1706-11.
15. Pirgousis P, Fernandes R (2011) Giant submental dermoid cysts with near total obstruction of the oral cavity: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 69:532-535.

ABCDV/1190

ABCD Arq Bras Cir Dig

2016;29(2):128-126

DOI: /10.1590/0102-6720201600020016

Carta ao Editor

# TERATOMA RETROPERITONEAL GIGANTE DE 30 KG: RELATO DE CASO

*Thirty kilograms giant retroperitoneal teratoma: case report*

James **SKINOVSKY**, Fernanda Keiko **TSUMANUMA**,  
Marcos Fabiano **SIGWALT**, Flávio **PANEGALLI-FILHO**,  
Adriana Mitie **KAWAKUBO**, Bruna Gimenes **ROLIM**,  
Luciana Andrade de **GODOY**

Trabalho realizado no Hospital da Cruz Vermelha e Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil.

**DESCRITORES:** Teratoma. Tumor retroperitoneal.

**Correspondência:**

James Skinovsky

E-mail: skinovsky@gmail.com

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 12/02/2015

Aceito para publicação: 18/02/2016

 This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

## INTRODUÇÃO

Teratomas são compostos de células somáticas de duas ou mais camadas germinativas (ectoderme, mesoderme e endoderme)<sup>8</sup>. Apesar da maior ocorrência ser em crianças, em adultos ocorre em diferentes localizações, como mediastino, sacrococix, retroperitônio e mais frequentemente nas gônadas<sup>7,13</sup>. Os retroperitoneais são raros em adultos, representando apenas 1-11% de todos os tumores primários desta região<sup>9</sup>, geralmente são benignos e assintomáticos nos estágios iniciais. Entretanto, quando os sintomas ocorrem, são relacionados tipicamente ao seu tamanho – distensão abdominal e massa palpável<sup>12</sup>. O diagnóstico pode ser realizado por ultrassonografia, que pode identificar componentes sólidos e císticos, tomografia computadorizada e ressonância magnética, sendo os últimos superiores na avaliação da extensão tumoral e relação com órgãos adjacentes<sup>2,4,5,12,13</sup>. Angiografia pode ser utilizada para avaliar o suprimento sanguíneo. Nesse artigo, é apresentado um caso de teratoma retroperitoneal gigante tratado cirurgicamente.

## RELATO DO CASO

Homem de 42 anos apresentava distensão abdominal insidiosa com evolução de 13 anos, sendo mais significativo nos três anos iniciais. Na evolução não ocorreu dor abdominal, febre ou qualquer alteração intestinal. Não era tabagista, nem etilista e não havia nenhuma doença pregressa relatada. Ele foi tratado clinicamente em outro serviço com espirolactona, sem realização de qualquer tipo de investigação complementar e tal medicação foi suspensa devido à ocorrência de ginecomastia. Na admissão ele estava em boas condições clínicas, apresentando distensão abdominal importante, sem irritação peritoneal e com ruídos presentes e normais, sem demais alterações ao exame físico. Exames laboratoriais eram normais. Foi realizada tomografia computadorizada que revelou massa ocupando toda a cavidade abdominal, sem origem aparente. O paciente foi submetido à laparotomia exploradora, que resultou na retirada de uma massa de aproximadamente 30 kg (Figura

1), cuja origem se localizava no retroperitônio, deslocando completamente o rim esquerdo para a fossa ilíaca direita. Ele teve boa evolução pós-operatória e segue em acompanhamento ambulatorial no serviço. A análise anatomopatológica demonstrou componentes heterogêneos, com predomínio de formações císticas e também alguns componentes gordurosos, sendo diagnosticado histologicamente como teratoma maduro, como mostra a microscopia (Figura 2).

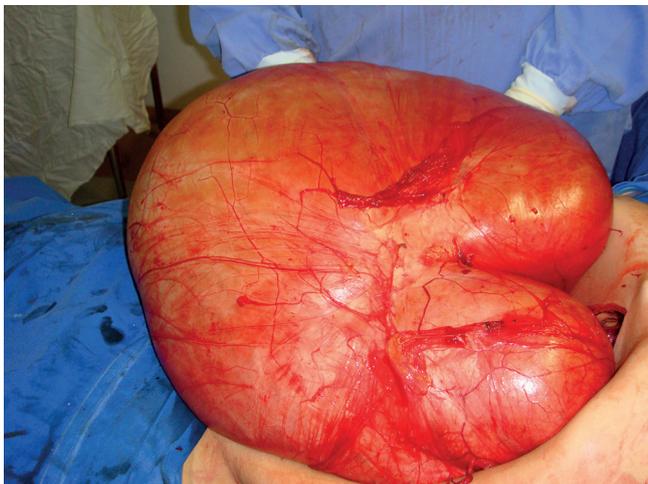


FIGURA 1 – Tumor retroperitoneal gigante de 30 kg após ressecção

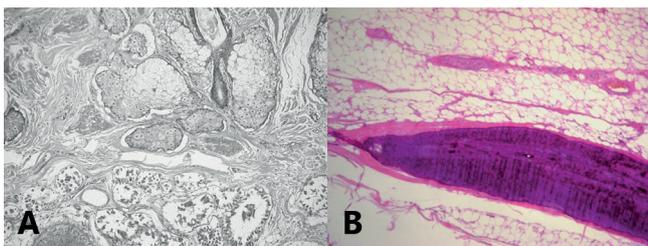


FIGURA 2 – A) Elementos da parede do cisto: epiderme e derme e glândulas sebáceas, apócrinas e tecido adiposo; B) fragmento ósseo mineralizado. (Cortesia: Dra Lisiane Cristine, Citolab, Curitiba, PR, Brasil)

## DISCUSSÃO

Histologicamente, teratomas são classificados como imaturos ou maduros, como o descrito neste caso e de mais comum ocorrência<sup>3,7,8</sup>. Os maduros são usualmente císticos, benignos e possuem elementos bem diferenciados semelhantes a tecidos adultos, como o observado neste caso.

A propriedade de migração das células germinativas explica a ocorrência de teratomas extragonadais. O sítio retroperitoneal contempla 5% dos teratomas e menos de 10% das neoplasias retroperitoneais. Neste espaço, ocorre predileção do tumor pelo polo superior do rim e geralmente são localizados do lado direito<sup>12,13</sup>. Nesse caso, o tumor estava localizado no retroperitônio, deslocando completamente o rim esquerdo para a fossa ilíaca direita devido ao seu grande volume.

Este tipo de tumor pode acometer tanto crianças quanto adultos, exibindo diferentes comportamentos nos dois grupos. Com maior incidência retroperitoneal nas crianças, menos de 20% desenvolve a doença a partir dos 30 anos de idade. Neste caso, o paciente tinha 42 anos. Considerando o gênero, a localização retroperitoneal acomete duas vezes mais mulheres do que homens<sup>1,8,13</sup>.

A maioria dos pacientes é assintomática e quando há compressão de estruturas adjacentes, em decorrência de seu crescimento, pode ocorrer dor, edema, náuseas e vômitos.

Teratomas malignos tendem a progredir mais rapidamente e são mais comuns nos adultos do que em crianças, com incidência de 26% e 10%, respectivamente<sup>8,13</sup>. Neste caso, a única queixa era de insidiosa distensão abdominal, sem demais queixas como seria esperado pela grande compressão de órgãos adjacentes. A tomografia computadorizada foi o método utilizado para diagnóstico e planejamento cirúrgico e, de acordo com a literatura<sup>2,4,5,12,13</sup>, é um dos melhores métodos somado à ressonância magnética, em comparação com a ultrassonografia. O diagnóstico foi confirmado histopatologicamente após a operação.

Pinson et al<sup>11</sup>, mostrou que a ressecção completa está associada à melhora da sobrevida para os tumores retroperitoneais em geral. A sobrevida livre de doença é relacionada com a ressecção completa pelo risco de teratoma maligno, carcinoma ou sarcoma. O paciente foi submetido à retirada completa do tumor e atualmente está assintomático, sendo acompanhado ambulatorialmente. Ultrassonografia testicular é necessária para excluir tumores de células germinativas associadas nos homens, pois mais de 50% dos que apresentam tumores retroperitoneais possuem carcinoma testicular in situ, precursor do tumor testicular de células germinativas<sup>6</sup>.

## REFERÊNCIAS

- Bahrami A, Ro JY, Ayala AG. An overview of testicular germ cell tumors. *Archives of pathology & laboratory medicine* [Internet]. 2007 Aug;131(8):1267–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17683189>
- Bellin MF, Duron JJ, Curet P, Dion-Voirin E, Grellet J. Primary retroperitoneal teratoma in the adult: correlation of MRI features with CT and pathology. *Magn Reson Imaging*. 1991;9:263-6.
- Chong HMD, Lee FYJ, Lo A, Li CMJ. A giant gas-filled abdominal mass in an elderly female: a case report. *World journal of gastroenterology : WJG* [Internet]. 2011 Aug 21 [cited 2012 Sep 30];17(31):3659–62. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3180025&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Davidson AJ, Hartman DS, Goldman SM. Mature teratoma of the retroperitoneum: radiologic, pathologic, and clinical correlation. *Radiology*. 1999;172:421-5.
- Gark KP, Jaswal V, Jain KB. Retroperitoneal Benign Mature Teratoma. 2011 July. Available from: <http://www.inaactamedica.org/archives/2011/21979287.pdf>
- Gatcombe H, Assikis D, Kooby D, Johnstone P. Primary retroperitoneal teratomas: a review of the literature. *Journal of Surgical Oncology*. 2004; 86(2):107-113.
- Liu H, Li W, Yang W, Qi Y. Giant retroperitoneal teratoma in an adult. *American journal of surgery* [Internet]. 2007 Jun [cited 2012 Sep 30];193(6):736–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17512286>
- Mathur P, Lopez-Viego M a, Howell M. Giant primary retroperitoneal teratoma in an adult: a case report. *Case reports in medicine* [Internet]. 2010 Jan [cited 2012 Sep 30];2010:3–5. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2938464&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Mathur P, Lopez-Viego M, Howell M. Giant primary retroperitoneal in an adult: a case report. Hindawi Publishing Corporation. *Case Reports in Medicine*. 2010. Available from: <http://www.hindawi.com/crim/medicine/2010/650424/>
- Pandya JS, Pai MV, Muchhala S. Retroperitoneal teratoma presenting as acute abdomen in an elderly person. *Indian J Gastroenterol*. 2000;19:89-90.
- Pinson C, ReMine SG, Fletcher WS, Braasch JW. Long-term Results With Primary Retroperitoneal Tumors. *Arch Surg*. 1989;124(10):1168-1173. doi:10.1001/archsurg.1989.01410100070012
- Sarin YK. Peritonitis caused by rupture of infected retroperitoneal teratoma. *APSP journal of case reports* [Internet]. 2012 Jan;3(1):2. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3418036&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Taori K, Rathod J, Deshmukh a, Sheorain VS, Jawale R, Sanyal R, et al. Primary extragonadal retroperitoneal teratoma in an adult. *The British journal of radiology* [Internet]. 2006 Oct [cited 2012 Sep 30];79(946):e120–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16980665>