



Revista Brasileira de Cirurgia
Cardiovascular/Brazilian Journal of
Cardiovascular Surgery

ISSN: 0102-7638

revista@sbccv.org.br

Sociedade Brasileira de Cirurgia
Cardiovascular

SANTOS, Paulo César; Prado MAIA, Cíntia; Carvalho Penha PEREIRA, Juliana; Cintra
de Alvarenga OLIVEIRA, Tassiane

Teratoma gigante de mediastino: achado cirúrgico pós-trauma torácico

Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery,
vol. 22, núm. 2, abril-junio, 2007, pp. 252-254

Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

São José do Rio Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=398941863017>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Teratoma gigante de mediastino: achado cirúrgico pós-trauma torácico

Giant mediastinal teratoma found during surgery after thoracic trauma

Paulo César SANTOS¹, Cíntia Prado MAIA², Juliana Carvalho Penha PEREIRA², Tassiane Cintra de Alvarenga OLIVEIRA²

RBCCV 44205-896

Resumo

A maioria dos tumores mediastinais são assintomáticos e, portanto, são descobertos incidentalmente. O objetivo desse trabalho é descrever o caso de um paciente do sexo masculino, de 29 anos de idade, com grande aumento da área cardíaca após trauma torácico fechado, sendo submetido à toracotomia. Foi encontrada grande massa no mediastino e o diagnóstico anatomo-patológico foi de teratoma mediastinal maduro.

Descriptores: Teratoma, cirurgia. Neoplasias do mediastino, cirurgia. Mediastino.

Abstract

Most mediastinal tumors are incidentally diagnosed because they are asymptomatic. The aim of this paper is to report on the case of a 29-year-old male patient, who had an increase in cardiac area after blunt thoracic trauma. He was submitted to thoracotomy when a large mediastinal mass was found. The histopathological diagnosis was a mature mediastinal teratoma.

Descriptors: Teratoma, surgery. Mediastinal neoplasms, surgery. Mediastinum.

1. Doutorado pela EPM; Médico Cirurgião Cardiovascular da Universidade Federal de Uberlândia.

2. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Trabalho realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.

Endereço para correspondência:

Paulo César Santos. Rua Bernardo Cupertino, 704 - Bairro Martins - Uberlândia - MG - CEP-38400-444 - Telefone: 34-3235-0020 Fax: 34-3235-0020.

E-mail: paulocir@hotmail.com

Artigo recebido em 10 de fevereiro de 2007
Artigo aprovado em 10 de junho de 2007

INTRODUÇÃO

Tumores extragonadais de células germinativas são raros, representam 2 a 10% de todos os tumores germinativos e 90% deles ocorrem em homens [1]. Em adultos e adolescentes o sítio extragonadal mais freqüente é o mediastino (75% dos casos), seguido da glândula pineal e sacrococcis. Raramente são encontrados em estômago, vagina, próstata e órbita [1].

Os tumores de células germinativas primários do mediastino (TCMG) correspondem de 10 a 20% das neoplasias mediastinais, ocorrem geralmente no mediastino anterior (95%) e estão relacionados à transformação maligna de elementos germinativos, sem evidências de um foco gonadal primário [2].

De acordo com suas características morfológicas, os TCMG são classificados em teratomas, seminomas, não seminomas e tumores de células germinativas combinados sem componentes teratomatosos [2].

Cerca de 36% dos pacientes com tumor mediastinal são assintomáticos no momento da descoberta [3]. Conseqüentemente, estes tumores tendem a ser diagnosticados accidentalmente por imagem torácica. Quando apresentam sintomas, eles podem ser por compressão, invasão de estruturas intratorácicas adjacentes ou várias co-síndromes. Os sintomas mais comuns na apresentação clínica dos TCMG incluem dispneia (25%), dor torácica (23%), tosse (17%), febre (13%), perda de peso (11%), síndrome de oclusão da veia cava superior (6%) e dor extratorácica (5%). Sintomas menos comuns incluem massa em parede torácica ou cervical, hemoptise, rouquidão, náuseas e disfagia [4].

Relataremos o caso de um teratoma sólido maduro de mediastino anterior diagnosticado após um acidente automobilístico.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, de 29 anos, politraumatizado, vítima de acidente automobilístico, hemodinamicamente instável. Foi solicitada radiografia de tórax, a qual evidenciou alargamento de mediastino, sugestivo de tamponamento cardíaco (Figura 1). Como o lavado peritoneal foi negativo, o paciente foi submetido inicialmente a toracotomia mediana, a qual evidenciou grande massa encapsulada no mediastino anterior (Figura 2), ocupando quase toda a cavidade torácica, com aderência pleural esquerda e direita, assim como aderências na veia inominada e lobos pulmonares superiores direito e esquerdo, rechaçando o miocárdio para região posterior, com aspecto de teratoma, apresentando em sua constituição: pêlos, tecido epidérmico e osso, e ausência de sangramento ativo.

Foi realizada ressecção total da massa tumoral, com ressecção no nível da veia inominada e campos pulmonares. Ao exame macroscópico, observou-se que a massa pesou 1327,0 g e mediu 21,0 x 15,0 x 11,0 cm (Figura 3). Ao exame histopatológico, foi possível visualizar um aspecto variegado, com áreas contendo pêlos e material ósseo, sendo compatível com teratoma sólido, maduro, com ausência de sinais de malignidade. No pós-operatório imediato, o paciente evoluiu de forma estável, recebendo alta para seguimento ambulatorial.



Fig. 1 - Radiografia de tórax em PA, no momento da chegada ao pronto socorro

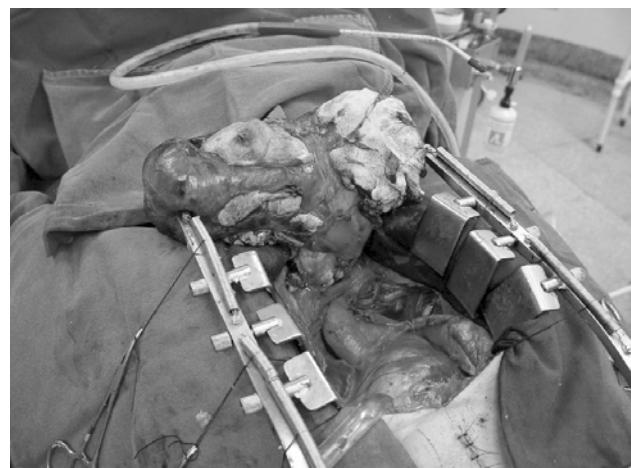


Fig. 2 - Imagem intra-operatória do tumor de mediastino anterior



Fig. 3 - Aspecto final da massa após retirada cirúrgica

DISCUSSÃO

O teratoma maduro é o tipo mais comum de TCMG, ocorrendo normalmente em adultos jovens (15 a 35 anos). São tumores bem delimitados por uma parede fibrosa e que, freqüentemente, se aderem às estruturas ao redor, podendo tornar-se calcificados [5].

A radiografia de tórax é quase sempre anormal na presença de um TCMG. Tomografia axial computadorizada de tórax com contraste endovenoso é o método de imagem de escolha quando é preciso confirmar a suspeita [6].

Os teratomas são tratados primeiramente por cirurgia, e a ressecção completa desses tumores proporciona um bom prognóstico, representando o único tratamento curativo. A operação é necessária porque a compressão pode afetar os tecidos adjacentes, além disso, os tumores no mediastino podem apresentar uma transformação maligna. Assim, a operação está indicada tanto em pacientes sintomáticos como naqueles sem nenhuma manifestação clínica [7]. A ressecção cirúrgica dos teratomas maduros pode ser feita por toracotomia lateral ou esternotomia mediana, dependendo do tamanho, da localização e da extensão do tumor. Quando comprometem estruturas intratorácicas podem ser de difícil remoção [6]. No caso relatado havia aderência em quase todas as estruturas do mediastino e,

pelo tamanho, o coração foi rechaçado para a parte inferior do mediastino.

Neste paciente, vítima de trauma torácico fechado, a radiografia de tórax evidenciou alargamento de mediastino, sugestivo de lesão intrapericárdica. Não foram realizados exames complementares pré-operatórios (ecocardiograma e tomografia computadorizada), por se tratar de um politraumatizado instável do ponto de vista hemodinâmico. Pela possibilidade de haver lesões em outras estruturas, foi indicada a toracotomia mediana de urgência, a qual poderia ser ampliada para tóraco-lateral, se necessário. O achado cirúrgico foi essa grande massa tumoral, a qual conseguiu-se ressecar quase totalmente. O paciente, neste caso, teve boa evolução após a cirurgia.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros CR. Tumor mediastinal de células germinativas e sua relação com anormalidades hematológicas. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2000;22(2):129-32.
2. Couto WJ, Gross JL, Deheinzelin D, Younes RN. Tumores de células germinativas primárias do mediastino. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(3):182-6.
3. Lewis BD, Hurt RD, Payne WS, Farrow GM, Knapp RH, Muhm JR. Benign teratomas of mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1983;86(5):727-31.
4. Bokemeyer C, Nichols CR, Droz JP, Schmoll HJ, Horwitz A, Gerl A, et al. Extranodal germ cell tumors of the mediastinum and retroperitoneum: results from an international analysis. *J Clin Oncol*. 2002;20(7):1864-73.
5. Weidner N. Germ-cell tumors of the mediastinum. *Semin Diagn Pathol*. 1999;16(1):42-50.
6. Wright CD. Germ cell tumours of the mediastinum. In: Pearson FG, Cooper JD, Deslauriers J, Ginsberg RJ, Hiebert CA, Patterson GA, et al., eds. *Thoracic surgery*. 2nd ed. Philadelphia:Churchill Livingstone;2002. p.1711-9.
7. Duwe BV, Sterman DH, Musani AI. Tumors of the mediastinum. *Chest*. 2005;128(4):2893-909.