

TERATOMA PRÉ-SACRAL EM ADULTOS

Raul Raposo de Medeiros¹
Luiz Sergio Leonardi²
Armando Mattos Pires³
Juvenal Ricardo Navarro Goes⁴
Armando Virgilio Teixeira⁵

RESUMO

Os autores apresentam um caso de teratoma pré-sacral infectado em paciente de 36 anos, simulando cisto pilonidal, tratado como tal oito vezes. No nosso caso foi feita a exérese do tumor por via posterior com preservação do cóccix. O paciente teve evolução satisfatória com o tratamento realizado. São analisados os aspectos diagnósticos e terapêuticos.

Os teratomas pré-sacrais são raros, sendo mais freqüentes na infância, no período neonatal. *Head* e col.⁴ em 1975 encontraram 69 casos de teratomas pré-sacrais na literatura e acrescentaram mais dois de sua experiência. *Leslie* e col.⁷ e *Grahan* e col.³ relataram casos isolados e entre nós, *Kiss* e col.⁶ descreveram um caso. A incidência é de 1 para 35.000 a 45.000 nascimentos⁸ e na idade adulta, de 1 para 87.000 internações hospitalares⁹.

O caso por nós relatado mostra a peculiaridade de ter sido erroneamente e por diversas vezes confundido com cisto pilonidal e como tal tratado.

Apresentação do caso

M.M., 36 anos, internado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, dia 06.11.80.

O paciente referia tumor na região sacral desde o nascimento. Havia sido submetido à ressecção do tumor aos seis meses de idade. Desde então vem apresentando abscessos recidivantes na região sacrococcígea com drenagem de material purulento, tendo sido por oito vezes submetido a cirurgia. Há três anos vem apresentando dor contínua na região sacral e drenagem de secreção purulenta, com períodos de remissão de até uma semana.

Ao exame físico havia tumor doloroso na região sacrococcígea com dois orifícios fistulosos, um na linha sacral média e outro na porção medial da nádega esquerda, com drenagem de material purulento (**Fig. 1**). O toque retal e a retossigmoidoscopia até 20 cm foram normais.

A fistulografia realizada pelo trajeto fistuloso sacral revelou uma cavidade pré-sacral que coletou aproximadamente 20 ml de contraste (hipaque)

Trabalho realizado no Dept^o de Cirurgia – FCM – Unicamp.

- 1 Prof. Ass. Doutor e Chefe do Grupo de Proctologia do Dept^o de Cirurgia da FCM – Unicamp
 - 2 Professor-Titular do Dept^o de Cirurgia da FCM – Unicamp
 - 3 Ex-Residente do Dept^o de Cirurgia da FCM – Unicamp
 - 4 Professor-Assistente do Grupo de Proctologia do Dept^o de Cirurgia da FCM – Unicamp.
 - 5 Residente (R₃) do Dept^o de Cirurgia da FCM – Unicamp
- Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

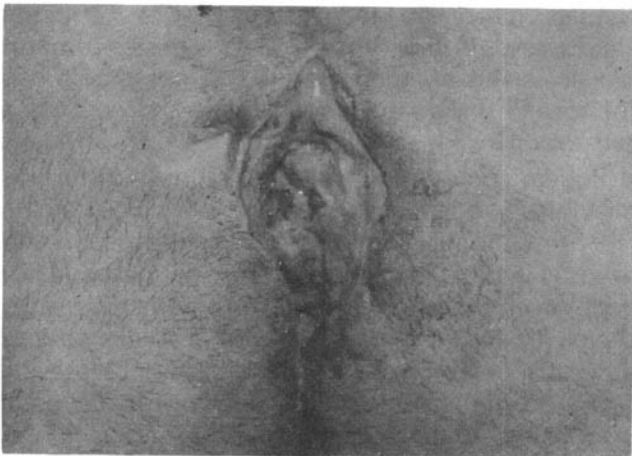


Fig. 1 – Aspecto da região sacrococcígea do paciente, com dois orifícios fistulosos.

apresentando trajeto ascendente à esquerda da linha média da bacia (**Fig. 2**).

O paciente foi submetido a cirurgia em posição de *Buie* sob anestesia por bloqueio epidural. Incisão em losango, da borda posterior do ânus ao cóccix, dissecação cuidadosa da neoplasia, separando-a do reto, dos músculos elevadores do ânus e do sacro. Não houve necessidade de ressecção do cóccix. A ressecção foi completa, a ferida foi deixada aberta, sendo feito curativo com gaze furacinada, para cicatrização por 2ª intenção. O exame macroscópico da peça mostrava tecido de 10 x 4 x 2,5 cm, revestido numa das faces por retalho de pele, onde se via um orifício fistuloso numa das extremidades.

Há ainda duas massas de tecido medindo a maior 4 x 2 cm, contendo em seu interior um

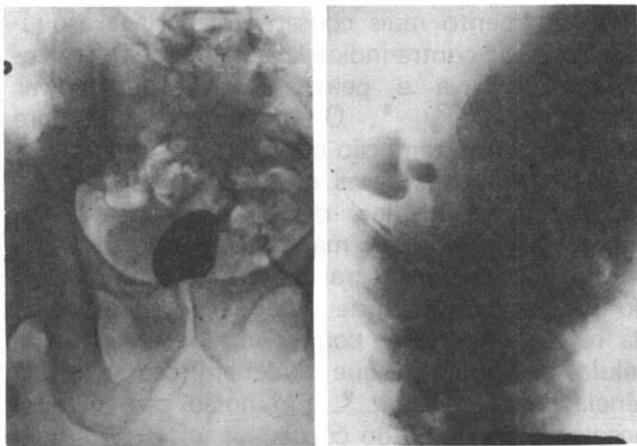


Fig. 2A – Fistulografia, mostrando trajeto ascendente à esquerda da linha média da bacia e depósito de contraste. **2B** – Fistulografia, em perfil, mostrando depósito de contraste na região pré-sacral.

tufo de cabelo e com parede espessada de coloração esbranquiçada (**Fig. 3**). O exame microscópico mostra, na pele, intenso infiltrado inflamatório crônico na derme e ao nível da fístula, tecido de granulação. A parede do cisto é revestida de epiderme contendo no estroma subepitelial apêndices cutâneos, tais como folículos pilosos, glândulas sebáceas, ecrínicas e apócrinas. O outro fragmento mostrou tecido prostático com hiperplasia fibromuscular (**Fig. 4**).

O paciente evoluiu bem com cicatrização completa da ferida operatória (**Fig. 5**). Examinado até oito meses após a cirurgia, não apresentou sinais de recidiva do tumor.



Fig. 3 – Aspecto macroscópico do teratoma pré-sacral.

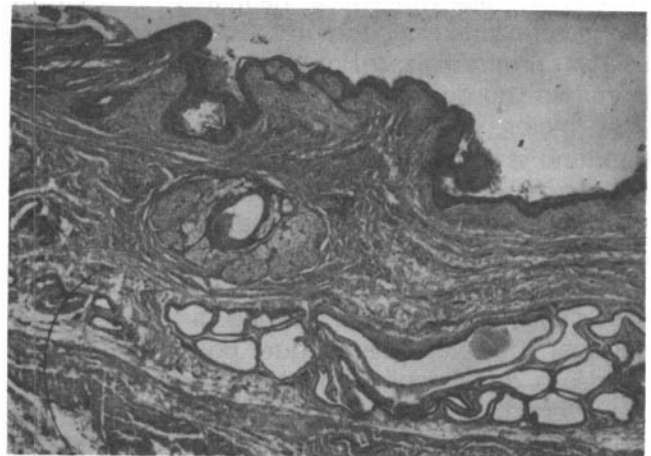


Fig. 4 – Aspecto histológico de teratoma, mostrando epiderme e no estroma subepitelial apêndices cutâneos, folículos pilosos e glândulas sebáceas.

COMENTÁRIOS

Os teratomas são definidos como tumores congênitos compostos por tecidos derivados de

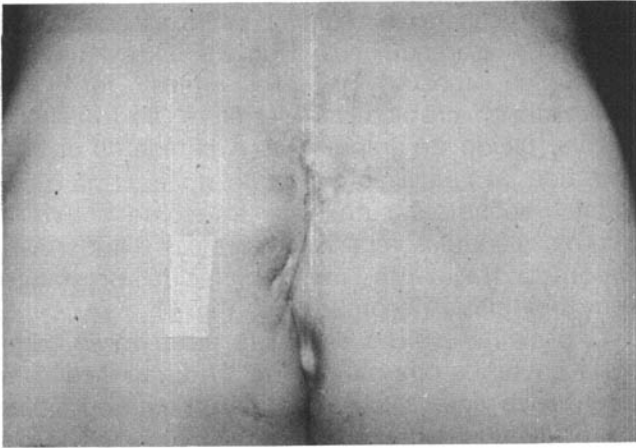


Fig. 5 – Aspecto final, com cicatrização completa da ferida operatória.

mais de uma camada germinativa. Frequentemente são encontrados tecidos oriundos das três camadas: ectoderma, endoderma e mesoderma (tecido muscular liso e estriado, pele e anexos, cartilagem, tecido adiposo, tecido nervoso, epitélio respiratório, tecido prostático etc.).

A origem destes tumores pré-sacrais não está bem estabelecida. Existem teorias para explicá-los como a que considera que estes tumores representam resquícios do intestino pós-anal, quando sua regressão é incompleta no embrião^{2, 4, 11}. Outra teoria sugere que um grupo de células embrionárias da região pré-sacral liberadas da influência hormonal desenvolvem a neoplasia^{1, 4}. Outra teoria seria que esses tumores seriam derivados de células primordiais totipotentes oriundas de nó primitivo (nó de *Henson*)^{4, 7, 9, 11, 12}.

A maior incidência desta neoplasia no sexo feminino seria explicada porque as gônadas femininas terminariam sua diferenciação embriológica mais tardiamente havendo maior oportunidade desta aberração ocorrer^{4, 7}.

Alguns autores^{1, 6, 7, 11, 12} consideram o aparecimento do tumor devido a segmentação anormal do blastômero, que pode resultar na formação de gêmeos homozigotos, gêmeos siameses e em casos extremos na hipertrofia de um deles que estaria incluído no outro como apêndice. Daí os termos parasitismo fetal e "fetus in fetus" para o teratoma pré-sacral.

Muitos destes tumores passam despercebidos até a idade adulta por serem assintomáticos, sendo descobertos acidentalmente em exame proctológico de rotina, conforme relataram *Head* e col.⁴, que encontraram 14% de casos assim diagnosticados. Quando os pacientes apresentam sintomas, estes são a dor local, abscessos e

fístulas na região sacrococcígea^{4, 9, 11} e em alguns casos tumor visível. Muitos destes tumores são acessíveis ao toque retal⁴, no nosso caso não foi tocado devido a sua localização alta no espaço retrorretal.

Podem ocorrer ainda dispareunia, distúrbios miccionais, obstipação intestinal e dor ciática^{8, 10, 12}. O toque retal e a retossigmoidoscopia são valiosos para o diagnóstico. Outros métodos podem ser empregados como a radiografia simples, o enema opaco, a ultra-sonografia, a mielografia, a urografia excretora, a fistulografia e a biopsia de aspiração transcoccígea. O enema opaco pode demonstrar o deslocamento anterior do reto⁹. A ultra-sonografia é útil para diferenciar um tumor cístico de um sólido. A mielografia se mostra útil para afastar o diagnóstico de meningocele, já que ela se encontra no diagnóstico diferencial.

A malignidade desses tumores é grande em crianças principalmente após a 4ª semana de vida, sendo estimada em 64%, todavia no adulto apenas 11% são malignos^{4, 5, 7, 9, 12, 13}. Os sintomas de obstrução urinária ou do trato digestivo baixo e a destruição óssea na radiografia simples podem sugerir malignidade do tumor^{2, 7, 9, 11, 12}. Outras anomalias congênitas podem acompanhar esta patologia, tais como a meningocele com espinha bífida, ânus imperfurado, espinha bífida simples, terceiro lobo pulmonar esquerdo^{2, 4, 8, 11}.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com o cisto pilonidal e os abscessos e fístulas. Outras doenças mais raras devem ser lembradas, como cordoma, meningocele, neurofibroma, rabdomyosarcoma, tumor de células gigantes do sacro, osteomielite, tuberculose óssea e ependimomas^{2, 7, 8, 9}.

O tratamento mais conservador seria a aspiração do cisto contra-indicada pela elevada incidência de recidiva e pelo risco de desenvolver meningite fatal^{2, 4}. O tratamento é sempre cirúrgico com a remoção completa do tumor.

Na maioria dos casos o tumor é retirado por via perineal posterior, desde que não seja de grandes proporções. A maioria dos autores preferem o acesso trans-sacral de *Kraske* com excisão do cóccix, pois permite uma melhor abordagem da região^{4, 6, 9, 12}, com remoção de nichos de células totipotentes que poderiam causar recorrência do tumor^{2, 7, 9}. Em nosso caso não foi necessária a excisão do cóccix.

O teratoma pré-sacral, pelo seu quadro clínico e pelo caráter de doença potencialmente maligna, torna a cirurgia com remoção completa do tumor, conduta obrigatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASHLEY DJ – Origin of teratoma. *Cancer*, 82: 394, 1973.
2. EWING JB & PRAKASH A – Sacrococcygeal teratomas in adults. *Am J Surg*, 130: 617, 1975.
3. GRAHAM DF – Adult presacral teratoma. *Post Grad Med J*, 639: 52-3, 1979.
4. HEAD HD, GERSTEIN DJ & MUIR RW – Presacral teratoma in the adult. *Am Surg*, 41(4): 240-8, 1975.
5. KILLEN DA & JACKSON LM – Sacrococcygeal teratoma in adult. *Arch Surg, Chicago*, 88: 425-33, 1964.
6. KISS DR, BOCHINI SF, NUNES W & VASCONCELOS E – Teratoma sacrococcygeo em adulto. *Revta Paul Med*, 87: 36-8, 1978.
7. LESLIE C, KAPPELLMAN MR, VASQUEZ E & WALPUT E – Teratoma sacrococcygeo. *Revta Inves Clin (Mex)*, 29(1): 33-41, 1977.
8. MAGANINI RJ – Sacrococcygeal (presacral) teratomas occurring in adult siblings. *Illinois Medical Journal*, 132: 708-11, 1967.
9. MILES RM & STEWART Jr. S – Sacrococcygeal teratomas in adults. *Ann Surg*, 179: 676-83, 1974.
10. PALUMBO LT, CROSS KR & PAUL RE – Sacrococcygeal teratoma. Review of the literature. Report of a case in adult containing glomus. *Ann Surg*, 133: 421, 1951.
11. PANJOTA E & RODRIGUES-IBANEZ I – Sacrococcygeal dermoids and teratomas. Historical review. *Am J Surg*, 132: 377, 1976.
12. TOLLINS SH & COOPER P – Presacral teratoma. *Am J Surg*, 115: 734-7, 1968.
13. WALDHAUSEN JA, KILMAN JW & VELLIOS F – Sacrococcygeal teratoma. *Surgery*, 54: 933, 1963.