

Figura 1. TC de crânio (A), janela óssea, mostra lesão expansiva ocupando células etmoidais, com calcificações de permeio, e destruição óssea. A RM demonstra que a lesão é extra-axial, de contornos lobulados, localizada na porção superior da cavidade nasal, com extensão para a fossa craniana anterior, seios da face e órbitas. Na sequência ponderada em T2, no plano coronal (B), a lesão expansiva apresenta isossinal e há hipersinal (edema) do parênquima cerebral no lobo frontal, principalmente à esquerda. Em axial DWI (C) há hipersinal (restrição à difusão). Em coronal T1 após contraste (D) há intenso realce.

A TC permite caracterizar destruições ósseas e calcificações na lesão⁽⁵⁾. A RM oferece informações mais acuradas sobre a extensão tumoral, especialmente no acometimento intracraniano e também orbitário. Na RM, a maior parte dos esteseoneuroblastomas apresenta hipossinal em relação aos músculos nas sequências ponderadas em T1, hipersinal em T2 e intenso realce após a injeção do meio de contraste^(6,7). A RM também é superior à TC na avaliação de recorrências após ressecções craniofaciais, por sua melhor capacidade de diferenciar tecido

fibrocicatricial de neoplasia remanescente/recidivada⁽⁶⁾. A presença de cistos na margem intracraniana do tumor é descrita nos esteseoneuroblastomas. Outro aspecto relevante é sua morfologia em haltere, com a parte superior na fossa craniana anterior e a inferior na cavidade nasal, e com a “cintura” localizada na lâmina cribiforme⁽⁵⁾.

Dentre os principais diagnósticos diferenciais do esteseoneuroblastoma estão: o carcinoma espinocelular, mais frequente no antro maxilar, com erosão óssea; o adenocarcinoma sinusal, com realce heterogêneo e relação com história ocupacional; o carcinoma sinusal indiferenciado, que acomete pacientes mais idosos; os meningiomas invasivos, que apresentam base dural, margens indistintas, com áreas de necrose⁽⁸⁾.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira MCF, Tonoli C, Varoni ACC, et al. Esteseoneuroblastoma. Rev Ciênc Méd. 2007;16:193–8.
2. Howell MC, Branstetter BF 4th, Snyderman CH. Patterns of regional spread for esteseoneuroblastoma. AJNR Am J Neuroradiol. 2011;32:929–33.
3. Van Gompel JJ, Giannini C, Olsen KD, et al. Long-term outcome of esteseoneuroblastoma: Hyams grade predicts patient survival. J Neuro Surg B Skull Base. 2012;73:331–6.
4. Tajudeen BA, Arshi A, Suh JD, et al. Importance of tumor grade in esteseoneuroblastoma survival: a population-based analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;140:1124–9.
5. Mendonça VF, Carvalho ACP, Freitas E, et al. Tumores malignos da cavidade nasal: avaliação por tomografia computadorizada. Radiol Bras. 2005;38:175–80.
6. Li C, Yousem DM, Hayden RE, et al. Olfactory neuroblastoma: MR evaluation. AJNR Am J Neuroradiol. 1993;14:1167–71.
7. Schuster JJ, Phillips CD, Levine PA. MR of esteseoneuroblastoma (olfactory neuroblastoma) and appearance after craniofacial resection. AJNR Am J Neuroradiol. 1994;15:1169–77.
8. Baptista AC, Marchiori E, Boasquesique E, et al. Comprometimento órbito-craniano por tumores malignos sinonasais: estudo por tomografia computadorizada. Radiol Bras. 2002;35:277–85.

Aline de Araújo Naves¹, Luiz Gonzaga da Silveira Filho¹, Renata Etchebehere², Hélio Antônio Ribeiro Júnior², Francisco Valtenor A. Lima Junior²

1. Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. 2. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dra. Aline de Araújo Naves. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Avenida Getúlio Guaritá, 130, Nossa Senhora da Abadia. Uberaba, MG, Brasil, 38025-440. E-mail: rdi.alinenaves@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0206>

Teratoma volumoso de ovário: um importante diagnóstico diferencial de massas pélvicas em criança

Giant ovarian teratoma: an important differential diagnosis of pelvic masses in children

Sr. Editor,

Paciente do sexo feminino, 8 anos, com dor abdominal difusa associada a distensão, de caráter progressivo. Ao exame físico notou-se volumosa massa abdominal, predominando no mesogástrio, depressível e indolor à palpação. A ultrassonografia demonstrou formação sólido-cística que se estendia do epigástrio ao hipogástrio, com componente cálcico e nível líquido (Figura 1A). A tomografia computadorizada (TC) mostrou volumosa formação sólido-cística, com componente de gordura e partes moles, além de calcificações, medindo 12,6 cm × 19,2 cm

× 20,8 cm, promovendo importante efeito de massa, deslocando intestino delgado, aorta, veia cava inferior e comprimindo levemente pâncreas, rins e ureteres, sem sinais infiltrativos aparentes (Figura 2). No intraoperatório a massa estava aderida à trompa esquerda e ao epíploon (Figura 1B). A exérese da lesão ocorreu sem complicações e após cinco dias a paciente obteve alta. Ultrassonografia de abdome de controle foi realizada, sem alterações.

O aparecimento de massa abdominal em crianças deve sempre ser avaliado pelo médico pediatra. Os principais diagnósticos diferenciais são visceromegalias ou resíduos fecais impactados. Os exames de palpação abdominal inespecíficos devem ser mais bem investigados por meio de métodos de imagem⁽¹⁾.

O teratoma ovariano é a neoplasia germinativa mais prevalente, sua incidência é de cerca de 32% das neoplasias ovarianas,

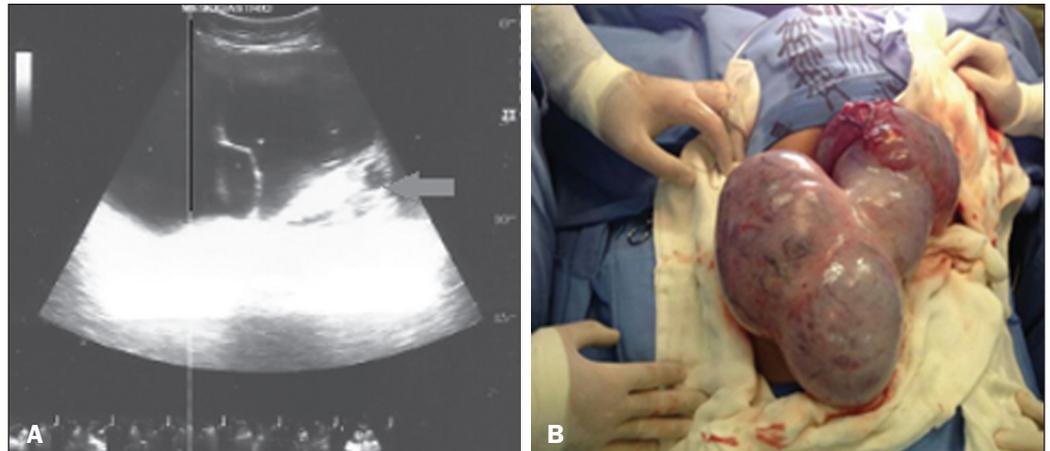


Figura 1. A: Ultrassonografia de abdome demonstrando volumosa formação sólido-cística com componente sólido exuberante (seta). **B:** Macroscopia cirúrgica intraoperatória mostrando o grande volume da lesão, de aspecto encapsulado.

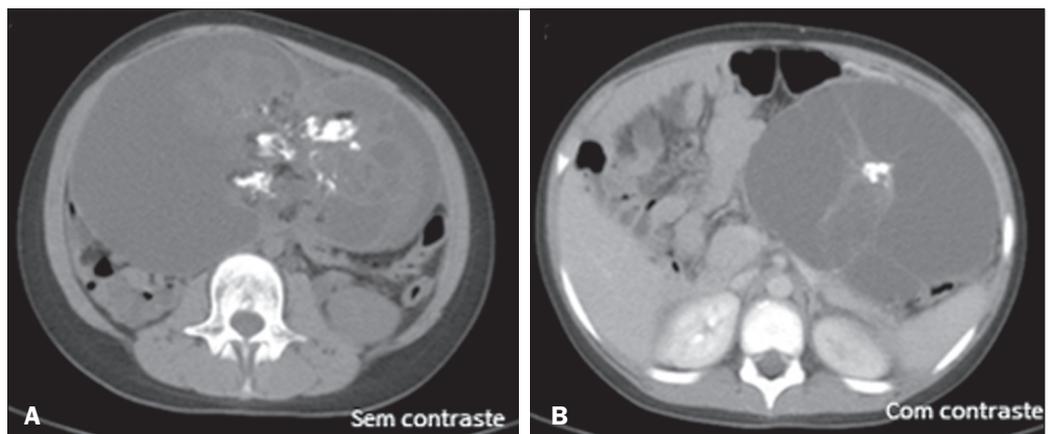


Figura 2. A: TC, corte axial sem contraste intravenoso mostrando extensa formação sólido-cística, com componente gorduroso, cálcico e líquido. **B:** TC, corte axial com contraste intravenoso demonstrando efeito compressivo e deslocamento das estruturas adjacentes à lesão - rim esquerdo, pâncreas, aorta abdominal, veia cava inferior e intestino delgado.

e pode ser dividido em teratoma maduro ou imaturo, dependendo da sua diferenciação celular⁽¹⁾. Os componentes celulares dessa lesão são exuberantes e variados, podendo conter epitélio respiratório, pele, cartilagem, mucosa e epitélio neural⁽²⁻⁵⁾. É uma neoplasia benigna, que se apresenta como massa pélvica palpável ao exame físico, com dimensões usualmente entre 5 cm e 10 cm, sendo bilateral em 10% a 15% dos casos⁽¹⁾. É considerada emergência em 10% dos casos, apresentando quadro típico de abdome agudo, devido a torção do pedículo vascular da lesão, secundário ao seu crescimento⁽⁶⁾. Os diagnósticos clínicos das massas abdominais são diversos e imprecisos, necessitando de complementação diagnóstica com exames de imagem⁽⁷⁾.

A radiografia abdominal é inespecífica e pode eventualmente demonstrar componente cálcico na região da lesão. A ultrassonografia e a TC são os principais métodos de imagem para a detecção desta doença, sendo muito importante reconhecer os padrões típicos de imagem, para uma detecção rápida do quadro, particularmente na emergência – quadro agudo. A TC também possui alta especificidade e sensibilidade, particularmente na detecção do teratoma cístico, apesar de não ser rotineiramente utilizada, em razão da radiação ionizante. A correlação entre diversos métodos de imagem é essencial para o planejamento cirúrgico⁽⁸⁾.

O estudo histológico possui importância, determinando o aspecto macro e microscópico da lesão, assim como o prognóstico. O tratamento cirúrgico – excisão da lesão – é o método padrão ouro⁽⁸⁾.

REFERÊNCIAS

1. Wu RT, Torng PL, Chang DY, et al. Mature cystic teratoma of the ovary: a clinicopathologic study of 283 cases. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*. 1996;58:269–74.
2. Akbulut M, Zekioglu O, Terek MC, et al. Florid vascular proliferation in mature cystic teratoma of the ovary: case report and review of the literature. *Tumori*. 2009;95:104–7.
3. Baker PM, Rosai J, Young RH. Ovarian teratomas with florid benign vascular proliferation: a distinctive finding associated with the neural component of teratomas that may be confused with a vascular neoplasm. *Int J Gynecol Pathol*. 2002;21:16–21.
4. Nogales FF, Aguilar D. Florid vascular proliferation in grade 0 glial implants from ovarian immature teratoma. *Int J Gynecol Pathol*. 2002;21:305–7.
5. Fellegara G, Young RH, Kuhn E, et al. Ovarian mature cystic teratoma with florid vascular proliferation and Wagner-Meissner–like corpuscles. *Int J Surg Pathol*. 2008;16:320–3.
6. Stuart GC, Smith JP. Ruptured benign cystic teratomas mimicking gynecologic malignancy. *Gynecol Oncol*. 1983;16:139–43.
7. Mahaffey SM, Ryckman FC, Martin LW. Clinical aspects of abdominal masses in children. *Semin Roentgenol*. 1988;23:161–74.
8. Buy JN, Ghossain MA, Moss AA, et-al. Cystic teratoma of the ovary: CT detection. *Radiology*. 1989;171:697–701.

Felipe Nunes Figueiras¹, Márcio Luís Duarte², Élcio Roberto Duarte¹, Daniela Brasil Solorzano¹, Jael Brasil de Alcântara Ferreira¹

1. Santa Casa de Santos – Radiologia, Santos, SP, Brasil. 2. Hospital São Camilo, São Paulo, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Felipe Nunes Figueiras. Santa Casa de Santos – Radiologia. Avenida Doutor Cláudio Luís da Costa, 50, Jabaquara. Santos, SP, Brasil, 11075-900. E-mail: bilita88@gmail.com.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2016.0026>