



RELATO DE CASO

**TERATOMA CONGÊNITO EM NASOFARINGE: ESTRIDOR INSPIRATÓRIO E
DESCONFORTO RESPIRATÓRIO DESDE O NASCIMENTO: RELATO DE
CASO****CONGENITAL TERATOMA IN THE NASOPHARYNX: INSPIRATORY
STRIDOR AND RESPIRATORY DISCOMFORT SINCE BIRTH: CASE REPORT**Alan Rodrigues de Almeida¹Carlos Naconecy de Souza²Marcelo André Klitzke³Fernanda Hostim Rabello Ohira⁴**RESUMO**

Objetivo: O presente estudo objetiva relatar um caso raro de recém-nascido com teratoma congênito, ocasionando desconforto respiratório ao nascimento. **Método:** Estudo descritivo do tipo relato de caso com informações obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e histopatologia, aos quais o paciente foi submetido, comparando com a literatura. **Relato:** Este relato descreve um caso de teratoma congênito em nasofaringe de um recém-nascido que, logo após o nascimento, iniciou com desconforto respiratório, associado com estridor inspiratório, necessitando de suporte respiratório. Foi avaliado pela Otorrinolaringologia, que realizou a nasofibroscopia e evidenciou lesão obstrutiva em nasofaringe. O estudo de imagem (Tomografia computadorizada) revelou lesão de aspecto benigno, sugestivo de teratoma. Realizada abordagem cirúrgica endoscópica, com excisão total da lesão, enviado material para histopatológico que confirmou o teratoma. Paciente teve boa evolução, recendo alta para seguimento ambulatorial. **Conclusão:** O teratoma nasofaríngeo em recém-nascido trata-se de um caso raro. Esta apresentação tem o objetivo de auxiliar profissionais a incluírem o teratoma como diagnóstico diferencial de lesões em nasofaringe.

Descritores: Nasofaringe. Teratoma. Doenças do recém-nascido. Recém-nascido prematuro. Sons respiratórios.

ABSTRACT

Objective: The present study aims to report a case of congenital nasopharyngeal teratoma in a newborn, a rare condition that caused respiratory discomfort at birth. **Method:** Descriptive study with information obtained by reviewing medical records, including photographic records made by diagnostic methods and histopathology, to which the patient was subjected and comparing them with a review of scientific articles. **Report:** This case report describes about a diagnosis of congenital teratoma in the nasopharynx

¹ Médico Pediatra, residente em Neonatologia. Fundação Hospitalar de Blumenau – Hospital Santo Antônio, Blumenau (SC), Brasil. E-mail: alan.band@hotmail.com

² Médico Otorrinolaringologista. Hospital Santa Catarina, Blumenau (SC), Brasil. E-mail: naco4@terra.com.br

³ Médico Pediatra Intensivista Pediátrico. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Fundação Hospitalar de Blumenau – Hospital Santo Antônio, Blumenau (SC), Brasil. E-mail: mmklitzke@hotmail.com

⁴ Médica Pediatra Neonatologista. Unidade de Terapia intensiva Neonatal e Pediátrica. Hospital Santa Catarina, Blumenau (SC), Brasil. E-mail: fernandahrabello@gmail.com



of a newborn who, shortly after birth, started with respiratory discomfort, associated with inspiratory stridor, requiring ventilatory support. It was evaluated by Otorhinolaryngology, who performed nasofibroscope and revealed an obstructive lesion in the nasopharynx. A cranium tomography was performed, which better identified the lesion, with suspicion of Teratoma. After that, an endoscopic surgical approach was performed, with total excision of the lesion, the material was sent for histopathology that confirmed a teratoma. The patient had a good evolution, being discharged for outpatient follow-up. **Conclusion:** Nasopharyngeal teratoma in a newborn is a rare condition. This study can help professionals to consider Teratoma as a differential diagnosis of lesions in the nasopharynx, thus assisting in the early and better outcome.

Keywords: Nasopharynx. Teratoma. Newborn. Premature. Respiratory Sounds.

INTRODUÇÃO

Os teratomas congênitos são neoplasias de origem embrionária que contém os três componentes: ectoderme, mesoderme e endoderme¹. *Epignathus* é a nomenclatura usada para determinar teratomas congênitos provenientes da orofaringe².

A incidência do teratoma congênito é de 1:4000 nascidos vivos, sendo que o teratoma congênito de orofaringe possui incidência de 1:-35.000 – 200.000, com predominância sexo feminino com taxa de proporção de 3:1 masculino³.

O diagnóstico pode ocorrer no período antenatal nas avaliações do pré-natal preferencialmente no exame morfológico de segundo trimestre, porém muitas vezes é limitado devido ausência de acesso ou o reduzido tamanho da lesão. Na maior proporção dos casos, o diagnóstico é feito após o nascimento pela presença de sintomatologia: estridor, desconforto respiratório, visualização da lesão propriamente dita e, então realizado exame de imagem para confirmação diagnóstica e observação da extensão e envolvimento de estruturas adjacentes³.

No período neonatal, a presença de estridor pode indicar anormalidades de vias aéreas superiores com consequente obstrução das mesmas e evolução para desconforto respiratório com necessidade de suporte ventilatório⁴.

A descrição do caso fomenta discussões sobre as particularidades de apresentação do teratoma nasofaríngeo e presença de sintomas ao nascimento. Diante disso, podem auxiliar a avaliação clínica de recém nascidos com desconforto respiratório com obstrução de vias aéreas superiores beneficiando assim a inclusão desta patologia nos diagnósticos diferenciais de causas para presença de estridor ao nascimento. O correto diagnóstico possibilita ainda, um tratamento adequado mais precoce e multidisciplinar com melhor desfecho para o paciente³.

O objetivo do estudo é relatar um raro caso de recém-nascido prematuro feminino, que apresentou estridor desde o nascimento evoluindo com desconforto respiratório e necessidade de suporte ventilatório.



Esse relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, com CAEE número 70308423.8.0000.5359, parecer número 6.193.889.

RELATO DE CASO

Recém-nascido de 35 semanas de idade gestacional, nascimento de parto cesárea (devido hipertensão Arterial Sistêmica gestacional, restrição de crescimento intra-uterino e oligodrâmnio), procedimento sem intercorrências, APGAR 8/8, com peso de nascimento de 2250 gramas. Mãe com 31 anos de idade, primeira gestação, grupo sanguíneo O positivo, pré-natal adequado, sorologias negativas, toxoplasmose suscetível, apresentou Hipertensão Arterial Sistemática gestacional, fez uso de Metildopa, AAS e Bisoprolol durante a gestação. A ultrassonografia morfológica não evidenciou malformações, porém a obstétrica durante a gestação evidenciou restrição de crescimento intra-uterino e oligodrâmnio.

Recém-nascido apresentou boa vitalidade ao nascimento, sem necessidade de manobras de reanimação neonatal, porém iniciou com desconforto respiratório precoce, colocado em suporte respiratório de Pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), evidenciado também pé torto congênito à esquerda, sendo levado para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal. Em UTI, apresentou melhora significativa do desconforto respiratório, sendo retirado do CPAP no dia seguinte.

No 2º dia de vida, recém-nascido iniciou com icterícia (bilirrubina com nível de fototerapia), vômitos e estridor inspiratório. Diante do quadro, foi iniciado fototerapia, deixado em jejum, puncionado catéter central de inserção periférica, iniciado nutrição parenteral, realizado exames laboratoriais com aumento importante da Proteína C Reativa, apesar de hemograma normal (Rodwell 0), sendo iniciado antibióticoterapia empírica (Ampicilina + Gentamicina) pensando em sepse neonatal. Para o estridor inspiratório, levantou-se hipótese diagnóstica de Laringomalácia leve com conduta expectante. Recém-nascido mantido em jejum e fototerapia por dois dias, apresentou melhora clínica, sendo reiniciado dieta enteral sem intercorrências, fazendo uso de nutrição parenteral por mais quatro dias.

No sexto dia de vida, iniciou novamente com desconforto respiratório moderado (Boletim de Silverman Andersen), associado com piora do estridor inspiratório, sendo colocado em CPAP. Solicitada avaliação do serviço de otorrinolaringologia, que realizou Nasofibroscopia e evidenciou uma lesão (massa) obstrutiva em nasofaringe, ocasionando a sintomatologia do paciente, que era desconforto respiratório/estridor inspiratório (Figura 1).

Prosseguindo a investigação de lesão congênita em nasofaringe, realizou-se tomografia de crânio que evidenciou a hipótese de teratoma nasofaríngeo (Figura 2).

Solicitou-se avaliação do serviço de neurocirurgia, que descartou lesões expansivas cerebrais, como a encefalocele, e realizados outros exames, como ultrassonografia de abdome e ecocardiograma, ambos normais como investigação de outras malformações associadas.



Diante do quadro, optou-se pela abordagem cirúrgica endoscópica pela Otorrinolaringologia, que foi realizada no 10º dia de vida, sob anestesia geral, com retirada de material para análise histopatológica, que confirmou o teratoma (Figura 3).

O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências, com extubação do paciente no dia seguinte. Posteriormente, o paciente evoluiu com bom padrão respiratório em ar ambiente, permanecendo mais quatro dias na UTI para cuidados pós operatório. No 14º dia de vida, após boa evolução clínica, recebeu alta da UTI Neonatal, sendo encaminhada para o alojamento conjunto. Recebeu cuidados de rotina da unidade, vacinas, realizou triagens neonatais, atendimento da equipe multidisciplinar, estimulação oral com boa evolução na transição para o aleitamento materno exclusivo em via oral, recebendo alta hospitalar no 16º dia de vida. Paciente encaminhado para seguimento ambulatorial com equipe multidisciplinar, no qual se encontra bem, sem sequelas até a presente data, realizando consultas regularmente com pediatria e otorrinolaringologia.

DISCUSSÃO

Os teratomas são neoplasias derivadas das células germinativas com componentes dos três folhetos embrionários (ectoderma, mesoderma e endoderma). Ocorrem em qualquer faixa etária, sendo mais prevalente na infância, sem predileção por gênero e possui uma incidência de 1:4.000 nascidos vivos². As lesões podem ser benignas (maduro, dermóide e cístico) ou malignas (imaturo e sólido) e afetam qualquer estrutura ao longo da linha média¹. Ocorrem mais comumente na região sacrococcígea, porém, quando ocorrem na região de cabeça e pescoço, a região cervical e nasofarínge são os locais de maior ocorrência³. Os teratomas também podem ser encontradas nas regiões mediastinal, testicular, gástricos, retroperitoneais, intracraniano, cervicais e craniofaciais⁵.

Os teratomas se desenvolvem a partir de células primordiais totipotentes que perderam parcialmente sua impressão genômica⁶. Anatomicamente, os teratomas são divididos em lesões gonodais (testículo ou ovário) ou extragonodais. Histologicamente, os teratomas são classificados como maduros que compreendem apenas elementos como pele, cabelo, tecido adiposo, cartilagem, osso e glândulas. Os classificados como imaturos contêm elementos como tecido neuroepitelial e mesênquima imaturo. O componente maligno mais comum dentro de um teratoma é um tumor do saco vitelínico⁵. Felizmente no caso citado, foram encontradas características histológicas de teratoma maduro (benigno).

Há evidências inconclusivas de uma relação genética para teratomas. Em crianças, no entanto, foram observadas deleções nos cromossomos 1 e 6².

As manifestações clínicas variam significativamente de acordo com a dimensão e a localização da lesão. Os teratomas cervicais e nasofaríngeos têm potencial para causar obstrução das vias aéreas, como no caso relatado. A maioria dos teratomas de cabeça e pescoço são achados incidentais



descobertos na ultrassonografia de rotina do segundo trimestre de gestação e geralmente estão associados a polidrâmnio em 40% dos casos³.

O diagnóstico diferencial de massas nasais congênicas da linha média são: a) neoplasias benignas: cisto epidermóide, glioma, encefalocele, cisto dermóide, xantogranuloma juvenil, hemangioma da infância, meningioma, neurofibroma, teratoma; e b) neoplasias malignas: rabdiosarcoma, neuroblastoma olfatório, linfoma, tumor metastático e teratoma imaturo ou sólido⁷. No caso relatado, um das hipóteses foi encefalocele, a qual foi descartada posteriormente pela equipe de Neurocirurgia e exames de imagem. Os exames de imagens são úteis para evidenciar a extensão e a localização da lesão, auxiliando na conduta clínica, porém não diferenciando entre lesões benignas e malignas¹.

A alfa-fetoproteína (AFP) é normalmente elevada em recém-nascidos e diminui no período pós natal. AFP persistentemente alta pode ser sugestiva de teratoma, portanto pode ser usada para monitorar doença residual ou recorrência. O diagnóstico e o tratamento precoce com exérese são necessários para um prognóstico favorável⁵. No presente relato de caso, a exérese total e precoce foi realizada, beneficiando o prognóstico. A exérese incompleta favorece o desenvolvimento de metástase à distância e recidivas. Também foi demonstrado que a quimioterapia adjuvante é eficaz em lesões recidivantes e imaturas⁸.

O teratoma deve ser lembrado no diagnóstico diferencial das lesões presentes na região da rinofaringe e da cavidade nasal, principalmente em recém-nascidos. A realização de exame endoscópico e de exames de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, favorecem o diagnóstico precoce e possibilitam melhor prognóstico². No caso citado, apenas tomografia computadorizada foi necessária para elucidação diagnóstica, como também delimitação da lesão para abordagem cirúrgica.

O principal objetivo no tratamento de recém-nascidos e lactentes com teratomas é minimizar o desconforto respiratório no período neonatal, fornecendo suporte respiratório e das vias aéreas quando necessário. O objetivo secundário é a excisão precoce, que diminui o risco de sequelas, como infecção levando a sepse, ulcerações, coagulopatias e distúrbios hemodinâmicos².

CONCLUSÃO

O teratoma nasofaríngeo em um recém-nascido trata-se um caso raro. O conhecimento desta patologia como diagnóstico diferencial de desconforto respiratório logo após o nascimento, associado à outras lesões que podem acometer a orofaringe e nasofaringe, podem auxiliar no diagnóstico realizado pelos profissionais, o que proporciona tratamento multidisciplinar adequado mais precoce, com melhor desfecho para o paciente.



REFERÊNCIAS

1. Costa CC, Guimarães VD, Moura FS, et al. **Mature teratoma of the nasopharynx.** Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80:544-5.
2. Paradis J, Koltai PJ. **Pediatric teratoma and dermoid cysts.** Otolaryngol Clin North Am. 2015;48(1):121-36.
3. Okhakhu AL, Onyeagwara NC. **Oropharyngeal teratoma: a case presentation and review of literature.** Afr J Paediatr Surg. 2022;19(3):179-182.
4. Quintanilla-Dieck L, Penn EB Jr. **Congenital Neck Masses.** Clin Perinatol. 2018;45(4):769-785.
5. Lakhoo K. **Neonatal teratomas.** Early Hum Dev. 2010;86(10):643-7.
6. Terenziani M, D'Angelo P, Inserra A, et al. **Mature and immature teratoma: a report from the second Italian pediatric study.** Pediatr Blood Cancer. 2015;62(7):1202-8.
7. Julapalli MR, Cohen BA, Hollier LH, et al. **Congenital, ill-defined, yellowish plaque: the nasal dermoid.** Pediatr Dermatol. 2006;23(6):556-9.
8. Paradies G, Zullino F, Orofino A, et al. **Rare extragonadal teratomas in children: complete tumor excision as a reliable and essential procedure for significant survival: clinical experience and review of the literature.** Ann Ital Chir. 2014;85(1):56-68.

FIGURAS

Figura 1 – Nasofibrosopia, evidenciando lesão obstrutiva da nasofaringe. Blumenau, 2023.

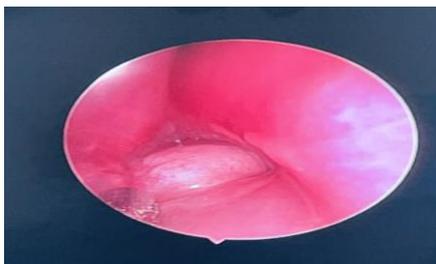


Figura 2 – Tomografia de crânio: evidenciado lesão expansiva em nasofaringe. Blumenau, 2023.



Imagens A e B (setas) mostram volumosa lesão expansiva de partes moles centrada na nasofaringe, condicionando obstrução quase completa da coluna aérea da nasofaringe e estreitamento significativo da orofaringe.

Figura 3 – Laudo do exame histopatológico da lesão. Blumenau, 2023

DIAGNÓSTICO

Lesão de rinofaringe:
TERATOMA (WHO, 2022). Ver nota.

Nota: A lesão é composta apenas por tecidos maduros. Não foram identificados focos de tecido imaturo nesta amostra.