

TERATOMA OVARIANO MADURO GIGANTE EM GESTANTE DE PRIMEIRO TRIMESTRE: UM RELATO DE CASO

GIANT MATURE OVARIAN TERATOMA IN A FIRST-TRIMESTER PREGNANT WOMAN: A CASE REPORT

NAYANE PEIXOTO SOARES¹, GABRIELA MESQUITA PONTES², FERNANDA MENDONÇA SALLES³, HENRI NAVES E SIQUEIRA⁴,
DANIEL FERNANDES CORREIA JUNIOR⁵, WALDEMAR DO AMARAL⁶

1. Dra. Docente do Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN) e graduanda em Medicina pela Universidade de Rio Verde (UNIRV), Goiânia/GO, Brasil.
2. Médica residente em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital e maternidade Dona Íris, Goiânia/GO, Brasil.
3. Médica residente em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital das Clínicas (UFG), Goiânia/GO, Brasil.
4. Me. Médico Ginecologista e Obstetra, Goiânia/GO, Brasil.
5. Me. Enfermeiro no Hospital das Clínicas da UFG (HC-UFG), Goiânia/GO, Brasil.
6. LD. Docente da Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia/GO, Brasil.

RESUMO

Introdução: O teratoma cístico maduro é a neoplasia ovariana mais frequente em mulheres em idade reprodutiva, implicando em riscos maternos e fetais quando diagnosticado na gestação. **Objetivos:** Relatar o diagnóstico e o manejo cirúrgico de um teratoma ovariano gigante em gestante de primeiro trimestre. **Métodos:** Estudo descritivo do tipo relato de caso de paciente de 17 anos, primigesta, com massa anexial de 30 cm concomitante a gestação tópica de 12 semanas. Resultados: Optou-se pela intervenção via laparotomia exploradora com esvaziamento parcial do conteúdo para viabilizar a exérese tumoral, confirmando-se por histopatologia tratar-se de teratoma maduro cístico associado a cistadenoma mucinoso. O seguimento pré-natal revelou ventrículo lateral limítrofe e evolução para restrição de crescimento intrauterino (CIUR) no terceiro trimestre, culminando na indução do parto com 38 semanas. **Conclusões:** O caso demonstra a necessidade de intervenção cirúrgica oportuna em massas anexiais volumosas na gestação e a importância da vigilância obstétrica rigorosa para monitorar desfechos perinatais possivelmente associados ao estresse cirúrgico precoce.

Palavras-chave: Cistadenoma mucinoso, Complicações neoplásicas na gestação, Neoplasias ovarianas, Retardo do crescimento fetal teratoma, Ultrassonografia pré-natal.

ABSTRACT

Introduction: Mature cystic teratoma is the most frequent ovarian neoplasm in reproductive-aged women, posing maternal and fetal risks when diagnosed during pregnancy. Objectives: To report the diagnosis

and surgical management of a giant ovarian teratoma in a first-trimester pregnant patient. **Methods:** A descriptive case report study of a 17-year-old primigravida with a 30 cm adnexal mass concomitant with a 12-week intrauterine pregnancy. **Results:** Exploratory laparotomy with partial drainage of the contents was performed to enable tumor excision, and histopathology confirmed a mature cystic teratoma associated with a mucinous cystadenoma. Prenatal follow-up revealed a borderline lateral ventricle and progression to intrauterine growth restriction (IUGR) in the third trimester, leading to labor induction at 38 weeks. **Conclusions:** This case reinforces the necessity of timely surgical intervention for voluminous adnexal masses during pregnancy and the importance of rigorous obstetric surveillance to monitor perinatal outcomes potentially associated with early surgical stress.

Keywords: Mucinous cystadenoma, Ovarian neoplasms, Fetal growth retardation, Pregnancy complications, neoplastic, Teratoma, Prenatal ultrasonography.

INTRODUÇÃO

As massas anexiais durante o período gestacional possuem uma incidência estimada de 0,2% a 2%.¹ Dentre elas, o teratoma cístico maduro, também conhecido como cisto dermoide, é a neoplasia ovariana mais frequente em mulheres em idade reprodutiva, o qual representa de 20% a 40% dos tumores ovarianos diagnosticados na gestação.^{1,2}

O teratoma cístico maduro é originado de células germinativas primordiais e apresentam tecidos derivados dos três folhetos germinativos, ectoderma, mesoderma e endoderma, o que resulta na formação de estruturas complexas como dente, cabelo, sebo, ossos e cartilagem.^{3,4} Eles podem alcançar diâmetros que variam de milímetros a massas que ocupam a maior parte da cavidade abdominal, no entanto, o tamanho médio observado é 5 a 15 cm.⁵

De acordo com as diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia⁶, a ultrassonografia transvaginal é o exame isolado mais eficaz para a avaliação e caracterização inicial de massas anexiais, sendo o teste de gravidez necessário na investigação completa de massas anexiais nas mulheres em idade reprodutiva.

Embora a maior parte dos teratomas seja benigna, sua permanência durante a gestação implica em riscos, como torção da massa anexial, que pode levar a necroses e perdas teciduais, ruptura do cisto, levando a uma peritonite química, hemorragia intra-abdominal e obstrução da via de parto por efeito de massa, denominado tumor prévio.⁷ Massas de maiores dimensões decorrem de crescimento acelerado ou diagnóstico tardio e pode aumentar o risco das complicações.^{5,7}

O manejo clínico dessas massas deve considerar o risco cirúrgico e anestésico para o binômio gestante/feto e o perigo de complicações agudas se não for tratado. A conduta padrão recomenda que a abordagem cirúrgica eletiva ocorre no segundo trimestre da gestação, quando o risco de abortamento é menor e a organogênese está completa.^{8,9} No entanto, massas de grandes volumes podem implicar uma urgência maior em sua remoção para o pleno curso da gestação.

Neste sentido, o presente estudo relata o manejo cirúrgico de um teratoma cístico maduro ovariano gigante em uma gestante de 12 semanas e o posterior desfecho gestacional.

RELATO DE CASO

Paciente, Paciente, sexo feminino, 17 anos, procurou o serviço em setembro de 2024 para iniciar a investigação de uma massa pélvica. Durante ultrassonografia transvaginal (USG TV) realizada em

16/09/2024 foi identificado uma volumosa imagem cística ovariana direita ocupando a cavidade pélvica, medindo 22 x 10,65 x 16 cm, acompanhada de uma imagem sólida heterogênea de 7,8 x 4,04 x 7,53 cm, sugestiva de teratoma.

Foram solicitados exames laboratoriais de 29/10/2024 revelaram hemoglobina de 14,8 g/dL, hematócrito de 44%, leucócitos de 7.560/mm³ e plaquetas de 124.000/mm³. Os marcadores tumorais apresentaram-se dentro dos limites da normalidade, com CA 125 de 8,7 U/mL e CEA de 1,0 ng/mL, e o coagulograma não apresentou alterações. Uma tomografia computadorizada (TC) de abdome sem contraste (30/10/2024) confirmou a lesão multiloculada, estendendo-se para a região mesogástrica, medindo 20,6 x 17,7 x 9,7 cm, com peso estimado de 1.839 g.

Dia 12/12/2024, a paciente realizou nova ultrassonografia que diagnosticou uma gravidez tópica de 11 semanas e 2 dias, com presença de trofoblasto prévia marginal posterior e a persistência da imagem sólido-cística anexial (Figura 1). A paciente foi internada em 18/12/2024 para programação cirúrgica, apresentando-se clinicamente assintomática, com batimentos cardíacos fetais (BCF) de 148 BPM e idade gestacional de 12 semanas e 1 dia.

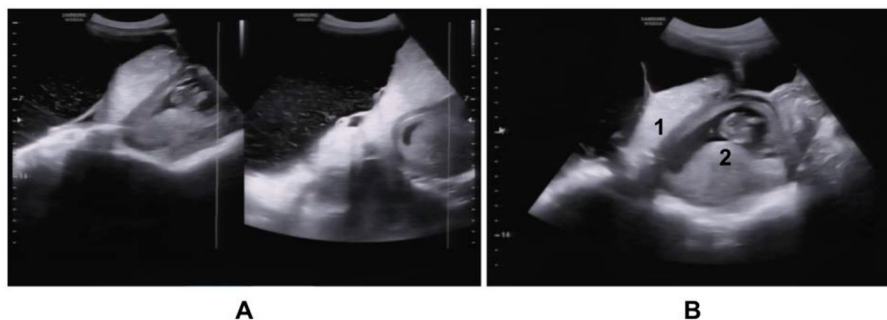


Figura 1 . Imagens ultrassonográficas de estrutura sólido-cística anexial (A e 1B) e o útero gravídico (2B).

A abordagem cirúrgica ocorreu em 20/12/2024, por meio de laparotomia exploradora sob raquianestesia. O inventário da cavidade revelou uma massa ovariana direita de aproximadamente 30 cm, de aspecto cístico-sólido, que atingia o rebordo costal. Foi realizada a coleta da citologia do líquido peritoneal e devido às dimensões excepcionais da lesão, foi necessária a realização de duas pequenas incisões na massa para drenagem e esvaziamento do conteúdo líquido, permitindo a redução do volume tumoral para viabilizar sua remoção pela abertura da laparotomia, na incisão de Pfannenstiel (Figura 2). O conteúdo aspirado revelou líquido esverdeado, presença de cabelos e dentes. Foi realizada a salpingooforectomia à direita e o material foi enviado para estudo anatomopatológico, que confirmou o diagnóstico de teratoma maduro cístico, exibindo tecidos de ectoderme, mesoderme e endoderme, associado a cistadenoma mucinoso.

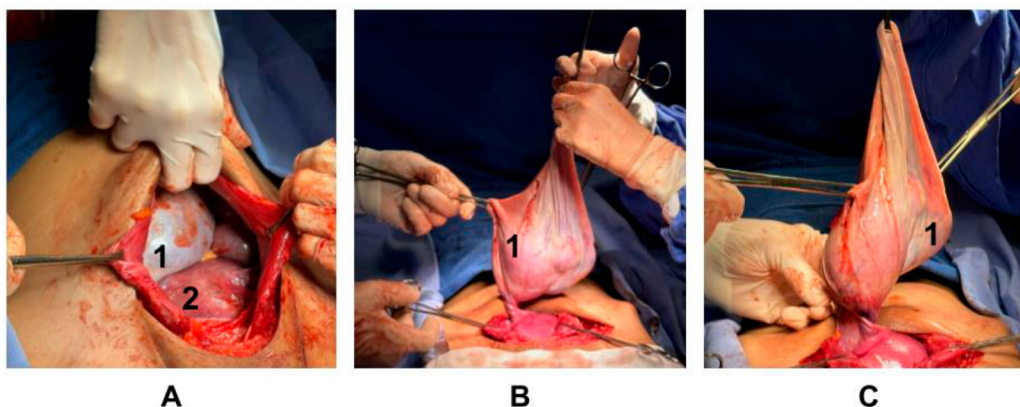


Figura 2 . Abordagem cirúrgica por laparotomia exploratória para ressecção do teratoma maduro cístico. Em 1 está presente o teratoma maduro cístico e em 2 o útero gravídico.

Fonte . Autores.

A paciente teve boa evolução pós-operatória e manteve seguimento no pré natal do serviço. Em 12/03/2025, o ultrassom morfológico (24 semanas e 1 dia) identificou um feto masculino com peso no percentil 9 e ventrículo lateral direito limítrofe (10 mm). No terceiro trimestre, em 07/05/2025 (32 semanas e 1 dia), observou-se que o feto era pequeno para a idade gestacional (percentil 7), embora com Doppler normal. Em 18/06/2025, com 38 semanas e 1 dia, a ultrassonografia diagnosticou Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR), com peso fetal no percentil inferior a 3 (2.432 g). Diante do diagnóstico de CIUR e relato de dor epigástrica e contrações, a paciente foi internada para indução do parto aos 18/06/2025 com 38 semanas e um dia.

DISCUSSÃO

O teratoma cístico maduro é o tumor ovariano mais frequente em mulheres em idade reprodutiva, o qual representa cerca de 50% dos tumores diagnosticados em mulheres de até 40 anos.^{2,5,7,10} No caso relatado, a paciente de 17 anos reforça essa epidemiologia.

O diagnóstico por imagem desse tumor na paciente ocorreu em data prévia à data do último período menstrual normal (DUM), no entanto, após a confirmação por ressonância magnética e durante o exame preparatório para a abordagem cirúrgica, houve o diagnóstico de gestação. Assim, o tumor tornou-se um complicador gestacional, enquanto a gestação impôs um dilema à sua ressecção cirúrgica e trouxe a necessidade de seu acompanhamento concomitantemente ao ciclo gravídico-puerperal.

No presente caso, embora as dimensões tumorais excedessem amplamente os critérios ecográficos habituais de baixo risco (<10 cm), a idade jovem da paciente (17 anos), a ausência de sintomas prévios persistentes e os níveis normais de CA 125 corroboraram a hipótese pré-operatória de uma etiologia benigna. Contudo, em consonância com as recomendações da RBGO6, ressalta-se que o uso de painéis de biomarcadores isolados não é suficiente para a caracterização definitiva da lesão, demandando estreita correlação ecográfica. Dessa forma, o protocolo de investigação diagnóstica por imagem e a programação cirúrgica adotados no presente caso está de acordo com o preconizado pela RBGO.

É recomendado na literatura que massas ovarianas maiores que 6 cm sejam removidas para que a

gestação possa seguir sem as intercorrências frequentemente associadas a esse tumor, como a torção da massa anexial, a ruptura tumoral com consequente peritonite química e a obstrução da via de parto por tumor prévio.^{11,12,13} Massas volumosas que se estendem para além da pelve exigem uma avaliação ecográfica combinada transabdominal e transvaginal.⁶

Diante de uma lesão sólido-cística de 30 cm que atingia o rebordo costal, a laparotomia exploradora clássica confirmou-se como a via mais segura para garantir o controle hemostático adequado e a integridade uterina, permitindo uma conduta cirúrgica resolutive, em detrimento da via laparoscópica, técnica esta que é mais recomendada para tumores menores que 10 cm.^{3,13}

O período ideal recomendado para a intervenção é o segundo trimestre de gestação, preferencialmente entre a 16ª e 20ª semana, visando minimizar riscos de abortamento.^{9,11,12} No entanto, a abordagem no final do primeiro trimestre no caso relatado não representou um complicador cirúrgico impeditivo, uma vez que a organogênese, período crítico do desenvolvimento fetal, já havia se completado. Mas, removeu a massa que ocupava o espaço necessário para que o feto crescesse nas etapas gestacionais seguintes.

A morfologia fetal preservada nos exames morfológicos subsequentes à intervenção corrobora a evidência de que os agentes anestésicos modernos, relaxantes musculares e opioides não apresentam efeitos teratogênicos comprovados no desenvolvimento de fetos humanos quando administrados em doses recomendadas, independentemente da idade gestacional^{9,12}. No entanto, a realização de intervenções cirúrgicas não obstétricas durante o período gestacional está associada a um aumento estatisticamente significativo nos riscos de complicações obstétricas e desfechos perinatais desfavoráveis.^{6,9}

O diagnóstico de Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR) e a classificação do feto como Pequeno para a Idade Gestacional (PFP < P3), identificados no terceiro trimestre da paciente podem ser reflexos do estresse isquêmico agudo e da resposta inflamatória sistêmica gerada pela cirurgia precoce, uma vez que tais intervenções estão estatisticamente associadas a uma maior probabilidade de restrição de crescimento e baixo peso ao nascer.^{3,9,14}

Ademais, o achado de ventrículo lateral direito limítrofe às 24 semanas, embora possa ser uma variante isolada, reforça a necessidade de vigilância rigorosa, pois cirurgias no primeiro e terceiro trimestres apresentam as maiores taxas de complicações obstétricas, incluindo a necessidade de interrupção gestacional por contratilidade prematura, como observado no desfecho deste caso.^{9,12}

CONCLUSÃO

A abordagem cirúrgica do teratoma cístico maduro ovariano gigante, diagnosticado ainda no período pré-concepção do caso relatado, se tornou essencial e urgente, devido ao tamanho e os riscos inerentes a essa massa. A gestação diagnosticada durante o acompanhamento clínico tornou-se um complicador e impôs um desafio à remoção da massa tumoral, pois em casos de tumores durante a gestação é necessário considerar o cuidado com binômio materno-fetal.

Portanto, esse caso demonstra a importância de um diagnóstico precoce para teratoma cístico maduro e assim, prevenir o crescimento tão amplo do tumor. Mas, no caso desse tumor concomitante à gestação, fica evidente a necessidade de uma remoção cirúrgica oportuna e adequada, além de um acompanhamento pré-natal multidisciplinar rigoroso para mitigar desfechos obstétricos desfavoráveis.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o número CAAE:

96379426.1.3001.5078. O consentimento informado por escrito foi obtido da paciente e de seus responsáveis legais para a publicação deste relato de caso e das imagens que o acompanham.

Foram utilizadas as Inteligências Artificiais (IA) Gemini Notebook para correção textual e traduções e Scispace para busca de artigos científicos relacionados ao tema.

REFERÊNCIAS

1. Cathcart AM, Nezhat FR, Emerson J, Pejovic T, Nezhat CH, Nezhat CR. Adnexal masses during pregnancy: diagnosis, treatment, and prognosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2023 Jun;228(6):601-12.
2. Souza E, Yoshida A, Peres H, Andrade LA, Sarian LO, Derchain S. Preservação da fertilidade e dos ovários em mulheres com tumores anexiais benignos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015 Jan;37(1):36-41.
3. Oprescu ND, Ionescu CA, Dragan I, Fetecau AC, Said-Moldoveanu AL, Chirculescu RALUCA. Adnexal masses in pregnancy: perinatal impact. *Rom J Morphol Embryol*. 2018;59(1):153-8.
4. Young RH. Monodermal teratomas and somatic-type tumours arising from a dermoid cyst. In: Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH, editores. *WHO classification of tumours of female reproductive organs*. 4. ed. Lyon: IARC Press; 2014. p. 63-6.
5. Perez IE, Guitierrez QJJ, Paniagua SMP, Santiso LM. Teratoma maduro quístico. *Semergen*. 2017;43(8):592-3.
6. Carvalho JP, Moretti-Marques R, Silva Filho AL. Adnexal mass: diagnosis and management. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020 Jul;42(7):438-43.
7. Schett A, Azim F. Ovarian teratomas during pregnancy a case report and review of literature. *Int J Adv Res*. 2024 Aug;12(8):1214-7.
8. Yufen Y, Haimei L. Clinicopathological Characteristics of Mature Teratoma with Pregnancy. *J Gynecol*. 2021 Apr;6(2):000216.
9. Pecorella G, Sparic R, Morciano A, Constantin SM, Babovic I, de Rosa F, Tinelli A. Mastering nonobstetric surgery in pregnancy: Insights, guidelines evaluation, and point-by-point discussion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2025 Feb;168(2):472-83.
10. Cakmak B, Nacar M, Ozsoy Z, Aliyev N, Koseoglu D. Mature cystic teratomas: Relationship between histopathological contents and clinical features. *Niger J Clin Pract*. 2015 Mar;18(2):236-9.
11. Hakoun AM, Shaar IA, Zaza KJ, Abou-Al Shaar H, Salloum MNA. Adnexal masses in pregnancy: An updated review. *Avicenna J Med*. 2017 Oct-Dec;7(4):153-7.
12. Martone S, Troia L, Luisi SG. Adnexal masses during pregnancy: management for a better approach. *Gynecol Surg*. 2021 Mar;18(7):1-11.
13. Lal P, Nanda SR, Ruhi K. Management of Bilateral Dermoid Cysts With Bilateral Torsion During the First Trimester of Pregnancy: A Rare Case Report. *Cureus*. 2025 Jan 6;17(1):e76992.
14. He Z, Lu Y, Xie C. Fast-growing immature ovarian teratoma during pregnancy: a case report and a review of the literature. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Jun 27;22(1):519.

ENDEREÇO CORRESPONDÊNCIA

NAYANE PEIXOTO SOARES

Avenida Bela Vista, nº 26, Bairro Jardim das Esmeraldas, Aparecida de Goiânia, Goiânia-GO, Brasil.

E-mail: nayane.peixoto@gmail.com

EDITORIA E REVISÃO

Editores chefes:

Waldemar Naves do Amaral - <http://lattes.cnpq.br/4092560599116579> - <https://orcid.org/0000-0002-0824-1138>

Tárik Kassem Saidah - <http://lattes.cnpq.br/7930409410650712> - <https://orcid.org/0000-0003-3267-9866>

Autores:

Nayane Peixoto Soares - <http://lattes.cnpq.br/8807918143449185> - <https://orcid.org/0000-0001-9031-174X>

Gabriela Mesquita Pontes - <http://lattes.cnpq.br/7434165434098916> - <https://orcid.org/0000-0002-2515-1812>

Fernanda Mendonça Salles - <http://lattes.cnpq.br/0317912282163038> - <https://orcid.org/0009-0006-1535-6722>

Henri Naves e Siqueira - <http://lattes.cnpq.br/4224969345150893> - <https://orcid.org/0009-0002-5761-5279>

Daniel Fernandes Correia Junior - <http://lattes.cnpq.br/3394170295356865> - <https://orcid.org/0000-0001-9489-7485>

Waldemar Naves do Amaral - <http://lattes.cnpq.br/4092560599116579> - <https://orcid.org/0000-0002-0824-1138>

Revisão Bibliotecária: Izabella Goulart

Revisão Ortográfica: Dario Alvares

Tradução: Soledad Montalbetti Magri

Recebido: xx/xx/26. Aceito: 13/08/26. Publicado em: 27/08/2026.