



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



**LETÍCIA BRUNO QUALHATO**

**SEQUELAS DO TERATOMA CONGÊNITO DE OROFARINGE NA CAVIDADE  
BUCAL DA CRIANÇA: RELATO DE CASO**

**UBERLÂNDIA**

**2020**

LETÍCIA BRUNO QUALHATO

**SEQUELAS DO TERATOMA CONGÊNITO DE OROFARINGE NA CAVIDADE  
BUCAL DA CRIANÇA: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fabiana Sodré de Oliveira

Coorientadora: Dr.<sup>a</sup> Késia Lara dos Santos Marques

UBERLÂNDIA

2020

## SUMÁRIO

Resumo.....	6
Introdução.....	8
Relato de caso.....	8
Discussão.....	12
Conclusão.....	15
Referências.....	16
Figuras.....	19

**Especialidade ou área da pesquisa**

Odontopediatria

**Título**

Sequelae do teratoma congênito de orofaringe na cavidade bucal da criança: relato de caso

Sequelae of congenital oropharyngeal teratoma in the oral cavity of the child: case report

**Short title**

Teratoma congênito de orofaringe: relato de caso

Congenital oropharyngeal teratoma: case report

**Nome dos Autores**

Letícia Bruno Qualhato

Graduanda do Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia. Rua República do Piratini, 1102, Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais.

Késia Lara dos Santos Marques

Cirurgiã-dentista do Setor de Pacientes Especiais do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, 1720, Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais.

Célia Regina Moreira Lanza

Professora do Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Rua Professor Moacir Gomes de Freitas, 688, Pampulha, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Fabiana Sodré de Oliveira

Professora da Área de Odontologia Pediátrica, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, 1720, Bloco 2G - Sala 02, Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais.

Contato:

Fabiana Sodré de Oliveira

Avenida Pará, 1720, Bloco 2G - Sala 02, Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais.

Telefone: (34) 3225-8146

E-mail: [fabianasodre@ufu.br](mailto:fabianasodre@ufu.br)

### **Nome dos autores e contribuição de cada um**

Letícia Bruno Qualhato

Concepção e elaboração do artigo

Késia Lara dos Santos Marques

Revisão do artigo

Célia Regina Moreira Lanza

Revisão do artigo

Fabiana Sodré de Oliveira

Concepção e correção do artigo

## Resumo

O objetivo deste relato de caso é apresentar as sequelas na cavidade bucal do teratoma congênito de orofaringe, um subtipo raro de tumor, com células provenientes das três camadas germinativas. Criança do sexo feminino, com 2 anos e 3 meses de idade, encaminhada pelo otorrinolaringologista para avaliação odontológica. A principal queixa da mãe era que a criança não conseguia fechar a boca. Na anamnese, a mãe relatou ausência de complicações durante a gestação. Para complementar a história médica, foram coletados dados do relatório médico de alta e do prontuário médico da criança. As exéreses do teratoma maduro e do tumor residual ocorreram, respectivamente, aos 17 e 32 dias de vida. Ao exame odontológico, a criança apresentava macrostomia, ausência de selamento labial, palato profundo e atrésico, fissura palatina incompleta, microglossia, mordida aberta anterior, apinhamento dentário, agenesia dos incisivos laterais inferiores, ausência de lesões de cárie e de defeitos de desenvolvimento de esmalte. A criança está sob acompanhamento multiprofissional e será encaminhada para o geneticista para avaliar possível associação com síndromes. Foram observadas várias sequelas na cavidade bucal da criança após a excisão do teratoma congênito de orofaringe e a necessidade de acompanhamento periódico, em longo prazo, para a correção das mesmas.

**Palavras-chave:** Teratoma, Orofaringe, Pré-escolar, Cavidade Bucal, Relatos de Casos

## Abstract

The aim of this case report is to present the sequelae in the oral cavity of congenital oropharynx teratoma - a rare subtype of tumor with cells from the three germ layers. Female child, aged 2 years and 3 months, referred by the otorhinolaryngologist for dental evaluation. The mother's main complaint was that the child could not close his mouth. In the anamnesis, the mother reported absence of complications during pregnancy. To complement the medical history, data were collected from the discharge medical report and the child's medical records. The exeresis of mature teratoma and residual tumor occurred, respectively, at 17 and 32 days of life. On

dental examination, the child presented macrostomy, absence of lip sealing, deep and atresic palate, incomplete cleft palate, microglossia, anterior open bite, dental crowding, agenesis of the lower lateral incisors, absence of caries lesions and enamel development defects. The child is under multiprofessional follow-up and will be referred to the geneticist to evaluate possible association with syndromes. Several sequelae were observed in the oral cavity of the child after excision of congenital oropharynx teratoma and the need for periodic, long term follow-up for their correction.

**Keywords:** Teratoma, Oropharynx, Child, Preschool, Oral Cavity, Case Reports

## Introdução

A palavra teratoma é derivada do grego “teras”, que significa “monstro” e o sufixo “oma”, que denota “tumor” ou “neoplasia”. Por definição, teratoma congênito de orofaringe é um subtipo raro de tumor com células provenientes das três camadas germinativas: ectoderma, mesoderma e endoderma, sendo a maioria benigno<sup>1</sup>. Aqueles com origem no palato duro, mucosa oral, língua e queixo, estendendo-se pela cavidade bucal, são chamados *Epignathus*<sup>2</sup>.

Sua etiologia é desconhecida, mas a teoria mais aceita é a de que o teratoma teria origem na base do crânio, nas células da região da bolsa de Rathke, crescendo de forma desorganizada<sup>3</sup>. Os teratomas estão associados a anormalidades cromossômicas, alterações embrionárias precoces ou síndrome fetal e podem ser classificados como maduros e imaturos<sup>4</sup>.

A ocorrência na cavidade bucal é de 1:200.000 nascidos vivos, correspondendo a aproximadamente 10,0% de todos os teratomas e apresenta maior prevalência em indivíduos do sexo feminino<sup>4</sup>. Estes tumores caracterizam-se pelo crescimento intrauterino rápido e o tratamento indicado é o cirúrgico<sup>5</sup>.

A maioria dos estudos<sup>2,4,6-15</sup> relata as características do teratoma e a sua remoção, sem, contudo, descrever todas as consequências na cavidade bucal. Considerando que o teratoma congênito de orofaringe se desenvolve precocemente na vida intrauterina, afetando assim, o crescimento e o desenvolvimento das estruturas adjacentes, o objetivo deste relato de caso é apresentar as sequelas deste tumor na cavidade bucal de uma criança.

## Relato de caso

Criança do sexo feminino, 2 anos e 3 meses de idade, raça branca, compareceu à clínica do Projeto de Extensão “Promoção de Saúde bucal para crianças com deficiência de zero a cinco anos de idade”, realizada no Hospital Odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, acompanhada pela mãe e encaminhada pelo otorrinolaringologista para avaliação odontológica.

Inicialmente, foram solicitadas as assinaturas do termo de consentimento para a realização da anamnese e do exame clínico, bem como da autorização para a realização de fotografias e filmagens para produção de material didático. Em seguida, foi realizada a anamnese com a coleta de informações sobre a história



médica pré-, trans-, pós-natal e odontológica da criança por meio de entrevista. Para complementar a anamnese, foram coletados dados da caderneta da criança e do relatório médico de alta disponibilizado pela mãe contendo dados resumidos de toda a história pregressa desde a gestação. Posteriormente, no intervalo entre a primeira e segunda consultas odontológicas, foram coletados dados do prontuário médico da criança disponível no Setor de Estatística do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) mediante autorização prévia do setor, para maiores esclarecimentos sobre o diagnóstico, a história pregressa, os achados clínicos, o tratamento e a evolução do caso.

Foram obtidas as seguintes informações: a mãe relatou ter engravidado aos 16 anos de idade, não ter necessitado de cuidados médicos durante a gestação, embora a gravidez tenha sido considerada de risco e realizou dez consultas pré-natais. De acordo com o prontuário médico da criança, na 34ª semana de gestação, durante o exame de ultrassonografia de rotina, foi observada a presença de uma massa tumoral anecóica, sem sinal Doppler, apresentando 3,2cm x 2,4cm de diâmetro exteriorizando-se pela cavidade bucal.

A criança é a primeira filha, de casal não consanguíneo, recém-nascida a termo, de parto cesáreo eletivo, realizado com 39 semanas de idade gestacional, pesando 2.930 gramas e medindo 47 centímetros de comprimento, índice de Apgar no primeiro e quinto minuto de 8 e 8.

Após o nascimento, ainda na sala de parto, foi realizada a intubação nasotraqueal guiada por broncoscopia, devido às dimensões do tumor e a possibilidade de riscos à vida da criança. Ao exame clínico, logo após o nascimento, foi observada a presença de dois tumores, um maior medindo aproximadamente 3,2cm x 2,4cm de diâmetro obliterando a cavidade bucal com aspecto semelhante a pele e mucosa, visualizado, anteriormente, na ultrassonografia, sem envolvimento do nariz, lábios e língua e um menor de aproximadamente 1,0 cm de diâmetro com origem no corpo da mandíbula, que não havia sido observado durante o exame de ultrassonografia.

A tomografia de crânio e seios da face, realizada após o nascimento, revelou disjunção de maxila com interposição de pseudomaxila, tumoração comunicante com osso esfenoide e falhas ósseas.

Em seguida, a criança foi encaminhada para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e após a admissão, apresentou piora súbita por pneumotórax hipertensivo.

Aos 17 e 32 dias de vida, respectivamente, foram realizadas as exérese do tumor maior e residual localizado em assoalho de boca. A ressecção foi realizada respeitando margem de segurança e não foram identificados componentes de malignidade. Ao exame anatomopatológico, o tumor com maior dimensão foi classificado como teratoma maduro, contendo em sua maior parte tecido adiposo, com áreas de consistência cartilaginosa e óssea com estrutura em seu interior compatível com dente. Já o espécime mandibular apresentou estrutura parcialmente coberta por glândulas salivares menores, envolvido por abundante tecido adiposo e a presença de tecido ósseo esponjoso contendo medula hematopoiética, sem a especificação quanto a ser maduro ou imaturo.

No acompanhamento pós-operatório, foi observado que a criança apresentava postura de boca aberta, em decorrência do processo de crescimento ascendente da mandíbula, impedindo o movimento de sucção e impossibilitando a alimentação via oral, como também protrusão labial e lingual. Sendo assim, na segunda semana pós-operatória, iniciou-se terapia indireta para estimular a musculatura orofacial e alimentação por via nasotraqueal. Durante o período de internação, a criança apresentou várias complicações, necessitando de O<sub>2</sub> suplementar e realização de traqueostomia e gastrostomia. Não há relatos no prontuário médico de que a criança amamentou e a mãe não soube relatar se a criança amamentou ou não.

Após 60 dias de internação, com boa evolução pós-operatória, a criança recebeu alta e está em acompanhamento multiprofissional realizado pelo Serviço de Atendimento Domiciliar na cidade em que ela reside (São Gotardo, Minas Gerais) que inclui: assistente social, técnico de enfermagem, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, nutricionista e psicólogo, e também o acompanhamento das consultas regulares no HC-UFU.

Apenas aos 5 meses de vida, foi realizado o exame de alfa-proteína que obteve o valor de 82,30 ng/mL. Constava no prontuário médico que a criança também apresentava duplicação hipofisária e traço falciforme.

Com relação à história odontológica, a mãe relatou ser a primeira consulta e, também, que não foi orientada sobre escovação. Entretanto, a mãe relatou que realizava a higiene bucal da sua filha diariamente, com escova e dentífrico que ela desconhece a marca, pelo menos três vezes ao dia, sem o uso do fio dental. Atualmente, os hábitos alimentares da criança envolvem refeições de forma pastosa

e a sonda é utilizada somente para líquidos. Em relação à sucção não nutritiva, a criança nunca apresentou nenhum hábito e durante o atendimento não foi observado a presença destes. A mãe foi orientada sobre a relação entre uso de alimentos açucarados e cárie dentária. No exame extrabucal, foram observadas macrostomia e ausência de selamento labial (figura 1).

No exame intrabucal, foram observados palato profundo e atrésico, fissura palatina incompleta, excrescência óssea na região do rebordo alveolar posterior da maxila e na região posterior da mandíbula do lado esquerdo, mandíbula com formato de “V” e microglossia (figura 2), apinhamento dentário, agenesia dos incisivos laterais inferiores, ausência de lesões de cárie, de gengivite e de defeitos de desenvolvimento de esmalte (figura 3).

Foi realizada a escovação com escova infantil e dentifrício fluoretado infantil com concentração de 1.100 ppmF- (Oral-B - Procter & Gamble, Cincinnati, Ohio, Estados Unidos) e uso do fio dental montado (*Easy way bag* - Powerdent, Barueri, São Paulo, Brasil). A mãe foi orientada sobre a quantidade e a concentração do dentifrício fluoretado, a técnica de escovação adequada para a idade, o número de vezes ao dia e o uso do fio dental (figuras 4A e B).

Durante todo o atendimento odontológico foram usadas as técnicas básicas de gerenciamento comportamental: falar-mostrar-fazer, distração e reforço positivo. A criança foi colaboradora na maior parte do atendimento com pequenos períodos de choro.

Ao final da primeira consulta, foi solicitado o parecer médico, que é um procedimento padrão em todos os atendimentos realizados na clínica do Projeto de Extensão “Promoção de Saúde bucal para crianças com deficiência de zero a cinco anos de idade” para conhecer a condição geral da criança.

Na segunda consulta, a mãe apresentou o parecer médico preenchido, assinado e carimbado pelo médico responsável, que descreveu que a criança apresenta sequelas de teratoma orofaríngeo ressecado ao nascimento, com fissura palatina incompleta e no momento, está sendo acompanhada pela equipe da otorrinolaringologia, oncologia, cirurgia pediátrica e fonoaudiologia. Ela consegue alimentar-se por via oral, e está sendo realizado o desmame progressivo da gastrostomia e que atualmente, as condições gerais de saúde são boas e não há necessidade de antibioticoterapia profilática para a realização do tratamento odontológico.

Nesta sessão, foi realizada a profilaxia profissional com auxílio de escova de Robinson, taça de borracha e dentifrício fluoretado infantil com concentração de 1.100 ppmF- (Oral-B - Procter & Gamble, Cincinnati, Ohio, Estados Unidos) obtendo superfícies limpas para realização do exame clínico. A criança apresentava 15 dentes decíduos (51, 52, 53, 54, 61, 62, 63, 64, 71, 73, 74, 75, 81, 83 e 84). Os dados obtidos foram anotados na ficha clínica e foi indicado a realização de exame radiográfico para complementação diagnóstica. O comportamento da criança foi colaborador e foram usadas as técnicas básicas de gerenciamento comportamental falar-mostrar-fazer, distração e reforço positivo.

A avaliação genética não foi encontrada nos arquivos médicos, e de acordo com a mãe, a consulta com o médico geneticista nunca aconteceu, embora no relatório médico de alta tenha sido realizado o encaminhamento para avaliação de possível associação com síndromes.

A criança permanecerá em acompanhamento odontopediátrico periódico para prevenção das principais doenças bucais e encaminhamento para a correção ortodôntica no momento apropriado.

## **Discussão**

Embora os teratomas congênitos de orofaringe sejam considerados tumores benignos raros, quando presentes, podem causar várias sequelas na cavidade bucal de uma criança, como observado neste relato de caso, necessitando de acompanhamento multiprofissional em longo prazo para a correção das mesmas.

Este caso clínico apresenta muitas semelhanças com outros encontrados na literatura. Com relação ao sexo, a maioria dos estudos<sup>2,6-8,10,11,15-19</sup> relatou a presença de teratomas de orofaringe em crianças do sexo feminino. Estudos<sup>4,18,20</sup> mostram que a prevalência é maior em meninas do que em meninos, na proporção de 3:1, sem justificativa para a diferença entre eles. Outros estudos<sup>3,12,13,14,21,22</sup> descreveram a presença do teratoma em neonatos do sexo masculino.

Neste caso, não foi possível definir a etiologia do teratoma congênito de orofaringe. Entretanto, diversas hipóteses são consideradas. A etiologia é multifatorial, podendo envolver desde migração anormal de células primordiais em regiões de mediastino ou hipotálamo, até anormalidades no desenvolvimento embrionário envolvendo alterações cromossômicas que podem incluir mosaicismos com anel inativo do cromossomo X, trissomia 13, cromossomo X em anel e

pentassomia do X, síndrome de Aicardi, síndrome de Pierre-Robin e até o crescimento abortivo de um gêmeo<sup>1,4,7</sup>. Sendo assim, considera-se de extrema importância que seja realizada uma investigação genética para fins de complementação diagnóstica e aconselhamento genético, de acordo com os dados consultados. De acordo com a literatura, o cariótipo pré-natal e a pesquisa das anormalidades associadas são mandatórios em todos os teratomas<sup>1</sup>. Consta no relatório médico de alta que a criança foi encaminhada para o médico geneticista. No entanto, a mãe relatou na anamnese que ainda não foi realizada a consulta.

A presença do tumor com maiores dimensões foi constatada durante o exame de ultrassonografia na 34<sup>a</sup> semana de gestação semelhante a outros relatos<sup>9,10,12,16,19</sup> em que o diagnóstico também ocorreu no terceiro trimestre. Outros estudos<sup>7,8,20,23</sup> relataram a presença do teratoma no segundo trimestre de gestação e em alguns<sup>2,14,15</sup> apenas após o nascimento. De acordo com Tonni et al.<sup>1</sup> e Kumar et al.<sup>10</sup>, a presença do teratoma pode ser identificada precocemente na 15<sup>a</sup> a 16<sup>a</sup> semana de gestação, permitindo assim que o parto e as manobras pós nascimento sejam planejados aumentando a sobrevivência da criança. No presente relato, a presença do tumor foi constatada antes do nascimento, o que possibilitou o planejamento do parto da criança e o preparo para as possíveis intercorrências.

Com relação ao tratamento, Dohlman & Sjoval<sup>24</sup> preconizam a realização em estágios, com a imediata ressecção do tumor se possível e reavaliação do tumor residual se presente, durante as primeiras semanas de vida. Neste caso, a remoção do teratoma foi realizada precocemente, no 17<sup>o</sup> dia de vida, necessitando de remoção do teratoma residual duas semanas depois.

O tumor descrito neste caso foi classificado anátomo-patologicamente como maduro, assim como os tumores relatados pela maioria dos autores<sup>2,4,6,9,11,12,14,16,19,21,22</sup>. Entretanto, mesmo sendo uma ocorrência incomum, Kumar et al.<sup>7</sup> e Chung et al.<sup>8</sup> relataram casos de teratoma imaturo. De acordo Sauter et al.<sup>25</sup>, pode haver a ocorrência de teratomas do tipo *epignathus* malignos, entretanto, tal fato é considerado raro.

As manifestações fetais são descritas em aproximadamente 6,0% dos casos, sendo as mais comuns a língua bífida, hipoplasia de ventrículo esquerdo, hipoplasia pulmonar, hidropsia, hipertelorismo, ânus imperfurado, micrognatia, glossoptose, fissura palatina e macrostomia<sup>3,7,17,19</sup>.

Neste caso clínico, duas alterações citadas na literatura foram observadas como a macrostomia<sup>19</sup> e a fissura palatina<sup>11,16-19,21-23</sup>. O formato da cavidade bucal corrobora com o diagnóstico sugestivo para macrostomia, uma rara anomalia congênita compreendida como um alargamento da boca na região das comissuras orais, podendo apresentar-se de forma unilateral ou bilateral e a incidência reportada varia de 1:60.000 a 1:300.000 nascidos vivos<sup>26</sup>. Essa anomalia é resultado da falha na fusão dos processos maxilar e mandibular do primeiro arco branquial, que ocorre por volta da sétima semana de gestação<sup>26</sup>. Ela necessita de tratamento cirúrgico e a correção é indicada entre 3 e 12 meses de vida, para que não ocorra comprometimento do processo de fala<sup>26,27</sup>. Na literatura consultada, apenas Teixeira et al.<sup>19</sup> descreveu um caso de macrostomia associado a teratoma congênito de orofaringe que foi corrigida precocemente, aos 7 meses de vida. Até o momento, a criança não foi submetida à correção da macrostomia. A mãe não soube relatar porque não havia sido ainda corrigida. No entanto, a criança está sendo acompanhada.

A fissura palatina, dentre as malformações craniofaciais, é considerada a mais comum. Isso pode ser explicado pelo fato de que esta malformação ocorre durante a vida intrauterina, mais precisamente até a 12ª semana gestacional, ou seja, no final do período embrionário, impedindo a fusão do septo nasal com os processos palatinos bilaterais<sup>28</sup>. Em vários relatos<sup>11,16-19,21-23</sup> foi observada a presença da fissura palatina. Carreirão & Pitanguy<sup>29</sup> preconizam que a intervenção cirúrgica para a correção da fissura palatina deve ocorrer por volta de 1 a 1,5 anos de idade, com o objetivo de alcançar melhores resultados devido a maior facilidade para identificação das estruturas anatômicas e pela idade ser o período de aquisição da função de linguagem. Em concordância com a literatura, a palatoplastia primária foi realizada para correção da fenda palatina quando a criança apresentava 1 ano e 5 meses de idade, de acordo com o prontuário médico, a cirurgia transcorreu com sucesso, mas será necessária uma segunda cirurgia para fechamento da fissura.

Foi observada também a presença de microglossia, uma alteração de desenvolvimento. Não há, até o momento uma etiologia conclusiva para o surgimento desta alteração<sup>30</sup>. Não foi encontrado nenhum relato sobre associação entre teratoma congênito de orofaringe e microglossia. Com relação à esta alteração, não existe tratamento específico e quando ele é indicado devem ser considerados a gravidade e a natureza da condição. O tratamento preconizado é o

acompanhamento com fonoaudiólogo, ortodontista e se necessário procedimento cirúrgico<sup>30</sup>. A criança está sob o tratamento fonoaudiológico e necessitará de correção ortodôntica posteriormente.

Conforme descrito no parecer médico, a criança está sendo assistida por vários profissionais da área da saúde. Este parecer sempre é solicitado na primeira consulta, uma vez que o seu conteúdo explica detalhadamente os procedimentos que serão realizados e os medicamentos de eleição, para que assim, a equipe médica possa orientar a odontológica sobre as recomendações com relação ao atendimento da criança com segurança. Neste caso, a criança não apresentava nenhuma alteração que justificasse a realização de medicação prévia e/ou impossibilitasse a realização do tratamento odontológico.

Um aspecto digno de atenção é que a criança compareceu a primeira vez para a consulta odontológica com quase dois anos e meio de idade. A recomendação atual é que o primeiro exame deva ser realizado no momento da erupção do primeiro dente e não mais do que aos 12 meses de idade. Felizmente, ela não apresentava lesões de cárie. Também foi observada a ausência dos incisivos laterais decíduos inferiores. A criança será acompanhada pelo odontopediatra, em retornos periódicos, para realização de exame clínico, avaliação do crescimento e desenvolvimento oral, do risco de cárie, realização de profilaxia profissional, aplicações tópicas de flúor e selamento de fossas e fissuras quando indicados. Além disso, serão fornecidos avaliação e/ou tratamento ou encaminhamento para correção da má-oclusão. Convém ainda salientar, que as estratégias da equipe odontológica buscam possibilitar manobras que melhorem a qualidade de vida da criança atuando na correção das sequelas do teratoma congênito de orofaringe, de forma multidisciplinar envolvendo a cirurgia-buco-maxilo facial, a ortodontia e a odontopediatria.

## **Conclusão**

Foram observadas várias sequelas na cavidade bucal da criança e a necessidade de acompanhamento multiprofissional pós-excisão do teratoma congênito de orofaringe.

## Referências

1. Tonni G, de Felice C, Centini G, Ginanneschi C. Cervical and oral teratoma in the fetus: a systematic review of etiology, pathology, diagnosis, treatment and prognosis. *Arch Gynecol Obstet*. 2010;282:355-61. doi:10.1007/s00404-010-1500-7.
2. Kundal VK, Gajdhar M, Sharma C, Kundal R. Intraoral teratoma in a newborn presenting as severe respiratory distress. *BMJ Case Rep*. 2013;(251):1-5. doi:10.1136/bcr-2013-008735.
3. Oliveira-Filho AG, Carvalho MH, Bustorff-Silva JM, Sbragia-Neto L, Miyabara S, Oliveira ER. Epignathus: report of a case with successful outcome. *J Pediatr Surg*. 1988;33:520-521. doi:10.1016/s0022-3468(98)90103-8.
4. Castillo JM, Drut R, Perroni C, Pollono D, Zamar E. Epignathus - Revisión de casos en el Hospital Pediátrico Sor María Ludovica de La Plata. *Rev Faso*. 2009;(1):1-3.
5. Peiró JL, Sbragia L, Scorletti F, Lim FY, Shaaban A. Management of fetal teratomas. *Pediatr surg int*. 2016;32(7):635-647. doi:10.1007/s00383-016-3892-3.
6. Kumar B, Sharma SB. Neonatal oral tumors: congenital epulis and epignathus. *J pediatr surg*. 2008;43:9-11. doi:10.1016/j.jpedsurg.2008.03.055.
7. Kumar SY, Shrikrishna U, Jayaprakash S, Aishwarya S. Epignathus with fetiform features. *J of Lab Phys*. 2011;3(1):56-58. doi:10.4103/0974-2727.78571.
8. Chung JH, Farinelli CK, Porto M, Major CA. Fetal Epignathus the case of an early EXIT. *Am Coll Obst and Gynecol*. 2012;119(2):466-470.
9. Menezes filho MP, Simão NMMS. Giant epignathus of the palate: a case report. *J Bras Patol Med Lab*. 2015;51(5):339-343. doi:10.5935/1676-2444.20150055.
10. Kumar KM, Veligandla I, Lakshmi ARV, Pandey V. Congenital giant teratoma arising from the hard palate: a rare clinical presentation. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(7): 3-4. doi:10.7860/JCDR/2016/18863.8083.
11. Jadhav SS, Korday CS, Malik S, Shah VK, Lad SK. Epignathus leading to fatal airway obstruction in a neonate. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(1):SD04–SD05. doi:10.7860/JCDR/2017/24956.9283.



12. Hamed ME, El-Din MHN, Abdelazim IA, Shikanova S, Karimova B, Kanshaiym S. Prenatal diagnosis and immediate successful management of isolated fetal Epignathus. *J med ultrasound*. 2019;27(4):198-201. doi:10.4103/JMU.JMU\_125\_18.
13. Ribeiro MMS, Falone VE, Pacheco TDM, Ferreira SH, Lopes JF, Amaral WND. Epignathus: relato de caso. *Rev da soc bras de ultra*. 2019;(26):34-36.
14. Güney D, Bostanci SA, Ertürk A, Öztörün CI, Demir S, Azili MN, et al. Bir Yenidoğanda Epignatus – orofaringeal teratom. *Disease. Turk J Pediatr*. 2019;1-3. doi:10.12956/tchd.511789.
15. Liberato BTG, Rodrigues LM, Carneiro ARS, do Val DR, Didier EFR. Teratoma Oral (epignathus) associado a teratoma cervical gigante congênito: relato de caso e revisão de opções terapêuticas. *Rev Med UFC*. 2019;59(1):67-70. doi:10.12956/tchd.511789.
16. Sugiyama M, Kanke K, Suenaga H, Isojima T, Fujishiro J, Hoshi K. Neonatal epignathus in the oral and pharyngeal regions: a case report. *Oral Sci Int*. 2019; 16:40–46. doi:10.1002/osi2.1012.
17. Januário LN, Guerra P, dos Santos MN, Tonello C. Teratoma congênito de orofaringe: relato de caso. *Int j of Health Manag*. 2019;2:1-4. doi:10.1590/S0100-72032005000200008.
18. Aubin A, Pondaven S, Bakhos D, Lardy H, Robier A, Lescanne E. Oropharyngeal teratomas in newborns: management and outcome. *Eur ann otorhinolaryngol head neck dis*. 2014:1-5. doi:10.1016/j.anorl.2012.05.006.
19. Teixeira FAA, Junior FAAT, Aguiar LCB, Barbosa MAC, Sampaio VMR, Freitas RS. Epignatus: relato de dois casos. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*. 2010;1(13):63-8.
20. Kontopoulos EV, Gualtieri M, Quintero RA. Successful in utero treatment of an oral teratoma via operative fetoscopy: case report and review of the literature. *Am j obstet gynecol*. 2012;207(1):12-15. doi:10.1016/j.ajog.2012.04.008.
21. Carvalho CHP, Nonaka CFW, Elias CTV, Matheus RCS, Dias RMB, Souza LB, et al. Giant Epignathus teratoma discovered at birth: a case report and 7-year follow-up. *Braz dent j*. 2017;28(2): 256-261. doi:10.1590/0103-6440201701368.

22. Ozturk A, Gunay GK, Akin MA, Arslan F, Tekelioglu F, Coban D. Multiple intraoral teratoma in a newborn infant: Epignathus. *Fetal pediater Pathol.* 2012;31:210–216. doi:10.3109/15513815.2011.650283.
23. Morlino S, Castori M, Servadei F, Laino L, Silvestri E, Grammatico P. Pediatric Craniofacial Malformation (PECRAM) Study Group. Oropharyngeal teratoma, oral duplication, cervical diplomyelia and anencephaly in a 22-week fetus: a review of the craniofacial teratoma syndrome. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2015; 103(06):554–566. doi:10.1002/bdra.23327.
24. Dohlman G, Sjovall A. Large epignathus-teratoma successfully operated upon immediately after birth. *Glasgow Med J.* 1953;34(3):123-5.
25. Sauter ER, Diaz JH, Arensman RM, Butcher III B, Guarisco JL, Hayes DH. The perioperative management of neonates with congenital oropharyngeal teratomas. *J Pediatr Surg.* 1990;25:925–928. doi:10.1016/j.ciresp.2018.12.001.
26. Sales PHH, Rocha SS, Albuquerque AFM, Cunha Filho JF. Tratamento cirúrgico de macrostomia. *Re. Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2016;16(4):26-29.
27. Grabb WC. The first and second branchial arch syndrome. *Plast Reconstr Surg.* 1965;36(5):485-508.
28. Beluci ML, Genaro KF. Quality of life of individuals with cleft lip and palate pre- and post-surgical correction of dentofacial deformity. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(2):216-221. doi: 10.1590/S0080-623420160000200006.
29. Carreirão S, Pitanguy I. Tratamento da fissura palatina. Conceitos atuais. *Cid-Edit. Cient.* 1989;79(6).325-333.
30. Voigt S, Park A, Scott A, Vecchiotti MA. Microglossia in a newborn a case report and review of the literature. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;138(8):759-761. doi:10.1001/archoto.2012.1324.

## Figuras



Figura 1 – Presença de macrostomia e ausência de selamento labial.



Figura 2 - Palato profundo e atrésico, fissura palatina incompleta, excrescência óssea na região do rebordo alveolar posterior da maxila e na região posterior da mandíbula do lado esquerdo, mandíbula com formato de "V" e microglossia.



Figura 3 – Presença de apinhamento dentário, agenesia dos incisivos laterais inferiores, ausência de lesões de cárie, de gengivite e de defeitos de desenvolvimento de esmalte.



Figuras 4A e B – Realização da escovação com escova infantil, dentifrício fluoretado infantil e uso do fio dental.