

Recebido para publicação: 05.05.20

A corrida é rápida e bem calculada: pelo 7.º dia, o **blastócisto** implanta-se no endométrio e tem líquido fluido nos espaços intercelulares; até à 3.ª semana sofre **gastrulação**, ou seja, individualização das três camadas germinativas primárias e que são a ectoderme, a mesoderme e a endoderme.

Estamos a falar de embriogénese numa fertilização comum que conduz ao **zigoto**: célula diplóide com 46 cromossomas, 23 de um espermatozóide e 23 de um oócito secundário. Pela 4.ª semana, os esboços cardíaco e pulmonar (endoderme e mesoderme) estão presentes e, na 10.ª semana, há encerramento completo da cavidade abdominal e o embrião tem a forma final para crescer e passar a ser feto!

As gestações gemelares podem então ser monozigóticas ou dizigóticas. Nestas últimas, os dois ovos são independentes e individuais: cada um tem uma placenta e o respectivo córion e um âmnios envolvendo cada feto. Esta situação ocorre devido à presença de dois oócitos secundários no momento da fertilização.

A variabilidade das dismorfias de fetos de gestações gemelares monozigóticas dependem da fase de desenvolvimento do blastócisto em que ocorrem ... situações ainda interpretadas de forma insuficiente. Quando o blastócisto sofre divisão completa durante a implantação, também pode decorrer uma gestação gemelar equivalente à gestação dizigótica. Sucessivamente, podem instalar-se três situações possíveis: um córion único (ou duplo) com dois âmnios (fetos independentes) ou só com um âmnios (fetos dentro do mesmo saco amniótico).

Vamos seguir três situações de ficção possível (!):

- O blastócisto sofre divisão tardia e incompleta com formação monocoriónica e monoamniótica / diamniótica: instala-se a situação TRAP, que corresponde a um feto normal e outro anormal, acárdico e acéfalo ou não, seguindo gestação fora à custa do feto normal (*twin reversed-arterial perfusion síndrome*), devido a duplicação do cordão umbilical.
- Durante a 3.^a semana (entre o 14.^o e o 21.^o dia da gastrulação) pode não ocorrer divisão completa do disco embrionário, num blastocisto monocoriónico e monoamniótico e, então, desenvolvem-se gémeos siameses, com duplicação completa e incompleta das estruturas e órgãos embrionários, que partilham até ao nascimento, sobrevivendo ou não, de acordo com possibilidade de correcção cirúrgica.
- Num blastócisto monozigótico, monocoriónico e diamniótico, um âmnio pode ficar retido dentro do embrião do outro âmnio, levando tecido placentar e contendo um embrião. Este endodelfos ocorre entre a 3.^a e a 10.^a semanas de desenvolvimento embrionário: depois da gastrulação e antes do encerramento completo do embrião parasitado. Corresponde ao *Fetus in Fetu*, reconhecido por Meckel e descrito na literatura médica desde 1886 (menos de cem casos conhecidos até hoje).

O endodelfos aloja-se mais frequentemente nos folhetos ectodérmicos e mesodérmicos do embrião receptor. Clinicamente, revela-se por uma massa intra-abdominal, retroperitoneal ou sacro-coccígea subcutânea, após o nascimento do feto sobrevivente e até à segunda década de vida. Está também reconhecida a presença deste embrião/feto aberrante em vísceras (endoderme): tubo digestivo, aparelho genitourinário, pulmões, pâncreas e até gânglios linfáticos!

Coloca-se a difícil tarefa de fazer o diagnóstico diferencial entre a situação de *Fetus in Fetu* (onde o risco de cancerização é baixo) e um **teratoma** (risco de cancerização elevado no grupo etário em causa).

O desenvolvimento de um teratoma é esperado num ovário ou num testículo, onde vivem as células germinativas, totipotenciais e sensíveis a perturbações génicas intrínsecas ou promotoras. No entanto, há teratomas descritos no mediastino, no retroperitoneu, na região sacro-coccígea e ... no pulmão. Voltamos à embriogénese, entre a 4.^a e a 10.^a semanas, quando ocorre a organogénese: as células germinativas desenvolvem-se na terceira bolsa faríngea e vão migrar no sentido crâneo-caudal, ao longo da mesoderme, em dois trajectos paralelos ao eixo mediano embrionário, até às gónadas. Podem ficar perdidas silenciosamente pelo caminho ou ganhar espírito proliferativo, dando origem a tumores de células germinativas, entre os quais estão os teratomas, e no pulmão estão descritos muitos coriocarcinomas.

A designação de *Fetus in Fetu* é aceite quando o ecografista ou só o patologista identificam uma coluna vertebral e/ou estruturas correspondentes a membros superiores e inferiores (desenvolvimento craniano é inconstante). Se um saco amniótico for perceptível, o diagnóstico torna-se ainda mais

correcto. Nesta situação, os tecidos embrionários presentes são geralmente maduros e mantêm harmonia e independência morfológica.

Os tumores de células germinativas podem ser constituídos apenas por células germinativas malignas (seminoma ou disgerminoma) e/ou por tecidos que mimetizam mais ou menos estruturas embrionárias. Os teratomas maduros apresentam tecidos facilmente identificáveis com o normal, dispostos de forma anárquica. No entanto, há uma forma madura, descrita como teratoma fetiforme, onde pode estar reproduzida uma sequência de estruturas que subentende organogénese incompleta, mais frequentemente membros superiores ou inferiores, e é aqui que o diagnóstico diferencial com *Fetus in Fetu* pode ser impossível!

Mas que **Big Bang !...** Há exemplares destas situações bem preservados no Museu do Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Coimbra, nenhum no pulmão.