
Teratoma quístico de ovario bilateral.

Bilateral ovarian cystic teratoma (benign dermoid cyst).

Darío Villacreses Gutiérrez
Renato Villacreses Morán
Luis E. Plaza Vélez
Lorena Escudero Castro

RESUMEN

Los teratomas son tumores, que presentan en su estructura tejidos derivados de las tres capas germinales (ectodermo, endodermo y mesodermo); como pelos, tejido cerebral, uñas, etc. Pueden ser benignos o malignos. El teratoma quístico maduro, es el tumor de células germinales más frecuente, y afecta principalmente a mujeres jóvenes. El caso reportado es el de una mujer de 21 años, que fue diagnosticada de teratoma quístico maduro en ambos ovarios. Para la extirpación se prefirió cirugía abierta por sobre la laparoscópica, por el tamaño de las masas.

Palabras clave: Teratoma. Tumor de células germinales. Ovario.

SUMMARY

Teratomas are tumors that present in their structure, derived tissues from the three germinal layers (Ectoderm, Mesoderm, and Endoderm); as hair, cerebral tissue, nails, etc. They can be benign or malignant. Mature cystic teratoma (benign dermoid cyst), is the most frequent germ cells tumor which principally affects young woman. The case reported is of a 21 years old woman who was diagnosed of mature cystic teratoma in both ovaries. For extirpation, open surgery was preferred over laparoscopic by the size of the mass.

Key words: Teratoma. Germinal cells tumor. Ovary.

Introducción

Las masas pélvicas, se han convertido en uno de los más grandes temores de las mujeres actualmente. Debido a la variedad en cuanto a su tipo, presentación, morfología o simplemente por las opiniones que se escuchan de diferentes sectores de la sociedad, la preocupación por presentar masas pélvicas ha pasado a ser una de las principales causas de consulta médica ambulatoria. El caso que presentamos es de un teratoma quístico maduro que es el más común entre los tumores de células germinales; su localización gonadal o extragonadal; y también se dividen en algunos tipos celulares, por lo que pueden presentarse como procesos benignos o malignos.

Presentación del caso

Mujer de 21 años, acude a consulta por presentar dolor en fosa ilíaca derecha (FID); habiéndolo presentado desde hace un año, se realizó ecografía la que permitió encontrar masa pélvica derecha. No refiere antecedentes patológicos personales ni familiares. No registra historia de relaciones sexuales; menstruaciones regulares; menarquia a los 12 años.

Narra que desde hace aproximadamente 6 meses, presentó sensación de pesantez en hipogastrio, molestia que fue aumentando de intensidad progresivamente.

* Médico Tratante de Ginecología, hospital IESS – Milagro, Ecuador.

** Médico Cirujano Edif. ALBOMEDICO, Ofic. 13.

*** Médico Histo – Patólogo, clínica “San Francisco”, Guayaquil – Ecuador.

**** Médico Cirujano, centro quirúrgico de Miraflores, Guayaquil – Ecuador.

Además dolor tipo cólico en fosa ilíaca derecha (FID) de dos meses de evolución que cede temporalmente con AINES y/o con el reposo. Durante la consulta en la exploración física se ratifica dolor tipo cólico de moderada intensidad en FID, el que no se modifica con el cambio de posición.

A la palpación abdominal, se detecta masa tumoral con bordes regulares, dura, no pulsátil que abarca FID, hipogastrio y se extiende hasta aproximadamente 3 cm por arriba del ombligo. Presenta presión arterial de 100/80 y una frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto.

Se realiza ecografía abdominal y se visualiza gran imagen quística de aproximadamente 10.2 x 9 x 7, multilobular, paredes bien delimitadas que emiten tabiques finos hacia el interior, en el mismo se observa zonas ecorrefringentes, figura 1; útero así como los demás órganos intraabdominales presentan una estructura de aspecto normal.

Figura 1



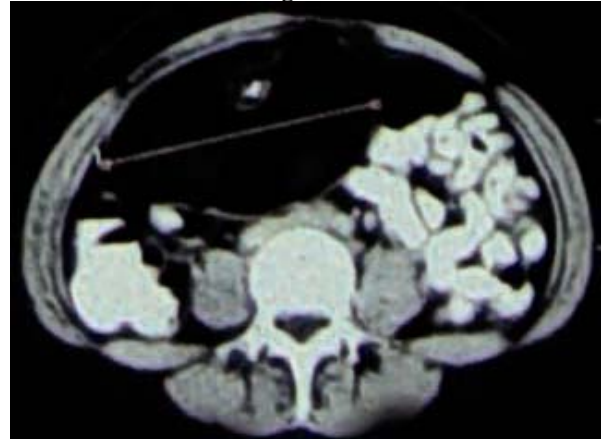
Ecografía abdominal donde se aprecia una masa quística con zonas de ecorefringencia.

Fuente: autor.

Se realiza tomografía computarizada, figura 2, 3, 4; en la que se aprecia la tumoración anexial, mayormente quística que presenta áreas de diferentes densidades; una de aspecto sólido bilobulado; los otros órganos abdominales presentan una estructura de aspecto normal. Se realizan exámenes de laboratorio entre los que se

solicita CA 125, cuyo resultado es de 56.26 UI/ml.

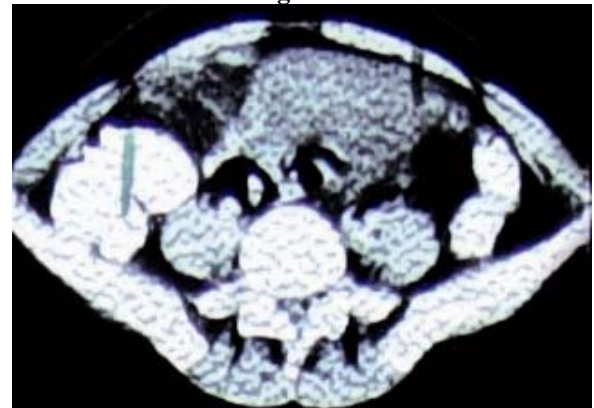
Figura 2



TC donde se aprecia masa quística lobulada con una pequeña zona hiperdensa.

Fuente: autor.

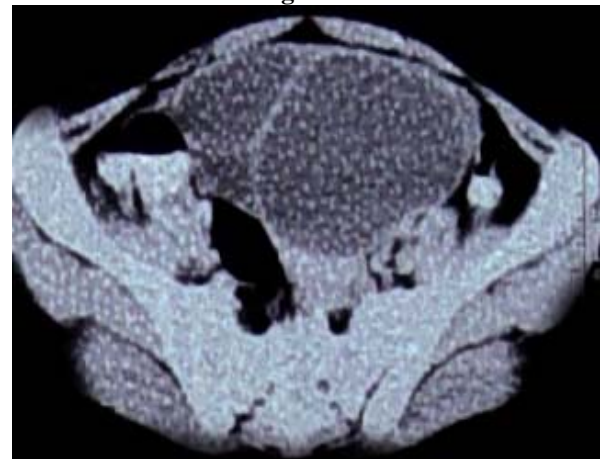
Figura 3



TC donde se aprecian áreas de diferente densidad.

Fuente: autor.

Figura 4



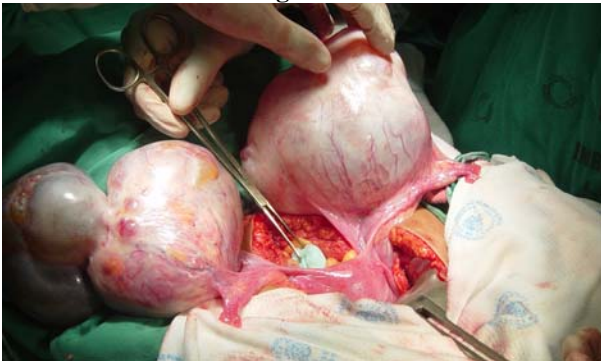
TC donde se aprecia masa isodensa bilobulada.

Fuente: autor.

Diagnóstico clínico: teratoma ovárico

Se procede a realizar tratamiento quirúrgico. En la cirugía se encuentra gran tumoración quística bilobulada en anexo derecho, y en el anexo izquierdo se encuentra gran tumoración quística; a la inspección, ambos ovarios no se diferencian de las masas, figura 5; se extirpan las dos masas con una pequeña porción de trompas. El útero se encuentra en buen estado. No se visualiza líquido libre en cavidad.

Figura 5



Fotografía donde se aprecia el útero normal y ambos tumores anexiales.

Fuente: autor.

Diagnóstico post – operatorio: teratoma quístico maduro de ovario derecho, cistoadenoma de ovario izquierdo.

Revisión

La palabra teratoma proviene de las raíces griegas teratos que significa monstruo y onkoma que significa hinchazón o masa.

Los tumores del ovario se clasifican en ^(19, 14):

- Tumores epiteliales
- Tumores de los cordones sexuales primitivos
- Tumores de las células germinales
- Tumores de los cordones sexuales y de las células germinales
- Tumores ováricos no específicos
- Tumores ováricos secundarios

Los teratomas presentan en su parénquima, tejidos derivados de las tres hojas de células germinales embrionarias^{9,2,6} (endodermo, mesodermo y ectodermo), como pelos, uñas, tejido cerebral, diversos epitelios, etc.

Sobre su origen se dice que se deben a una diferenciación anormal de las células germinales, después de la primera división meiótica^{2,7}; pueden localizarse en las gónadas o fuera de ellas. Tienen una incidencia que va del 10 al 20% de todos los tumores ováricos¹⁷, siendo éstos los más frecuentes en las mujeres menores de 20 años. El tamaño es variable pudiendo llegar a medir 45cm¹⁰; en su mayoría son asintomáticos; sin embargo algunos se presentan con dolor abdominal.

La clasificación histológica de los teratomas es la siguiente^{11,5}:

- Teratoma:
 - ♦ *Inmaduro.*
 - ♦ *Maduro:*
 - Sólido.
 - Quístico:
- Quiste dermoide (teratoma quístico maduro).
- Quiste dermoide con transformación maligna.
 - ♦ *Monodérmico y muy especializado:*
 - Estroma ovárico.
 - Carcinoide.
 - Estroma ovárico y carcinoide.
 - Otros (neuroectodérmicos y ependimomas malignos).

La forma más común es el teratoma quístico maduro o quiste dermoide (QD), que constituye aproximadamente el 95% de todos los teratomas^{17,20}, siendo del 15 al 25% de los tumores ováricos^{17,5,16}, está compuesto de elementos bien diferenciados derivados de las tres láminas germinales, predominando los elementos ectodérmicos¹⁷. En su forma pura este tumor es benigno, pero ocasionalmente, puede sufrir cambios malignos de una de sus estructuras; ocurre aproximadamente en 1 a 2% de los casos¹⁵. La mayoría son asintomáticos¹⁵.

La complicación más frecuente es la torsión, mientras que la ruptura es la menos frecuente (1%)^{9,17}, produciendo una peritonitis química secundaria. Un 10% de los casos son bilaterales^{17,5,1}.

La mayoría de los QD, pueden ser diagnosticados por ultrasonido; sin embargo el diagnóstico ecográfico es complicado porque estos tumores pueden tener una variedad de apariencias.

Ecográficamente se pueden distinguir varias características que se consideran específicas; la más común es el nódulo de Rokitansky¹⁵ o tapón dermoide¹⁷, que aparece como un nódulo mural ecogénico que frecuentemente emite sombra acústica posterior. La segunda comprende zonas de tejidos altamente refringentes con zonas de sombra acústica oscureciendo la pared posterior de la lesión; a ésta se la denomina "punta del iceberg"¹⁷. La tercera consiste en pequeñas bandas ecorrefringentes, se la conoce como red dermoide y corresponde a pelos en la cavidad quística^{17,15}. También se puede ver un nivel grasa-líquido o pelo-líquido¹⁷. La ecografía tiene una sensibilidad aproximada del 58% y un especificidad de 99% en el diagnóstico de QD¹². La tomografía axial computarizada posee una mayor precisión diagnóstica, aunque en general es menos utilizada³. Algunos QD secretan HCG, la cual clínicamente nos sirve para seguimiento después del tratamiento; no es recomendable como marcador diagnóstico. En un 44.4% de pacientes con estos tumores se ha visto una elevación del CA 125¹³.

El tratamiento consiste en cirugía, pudiendo realizarse cistectomía simple, cistectomía más salpingectomía, u ooforectomía, dependiendo del caso¹⁸. Algunos autores proponen manejo no quirúrgico para las masas menores a 6cm⁴.

Diagnóstico histopatológico

El reporte histopatológico es el siguiente:

Macroscopía, figura 6, 7: Tumoración derecha de 16x13x13 quístico, bilobulado y sólido, trompa de 6 cm. Tumoración izquierda de 14x11x10 quiste multilocular, trompa de 6cm. Se procesan cortes representativos.

Figura 6



Imagen de ambos tumores, ya extirpados.

Fuente: autor.

Figura 7

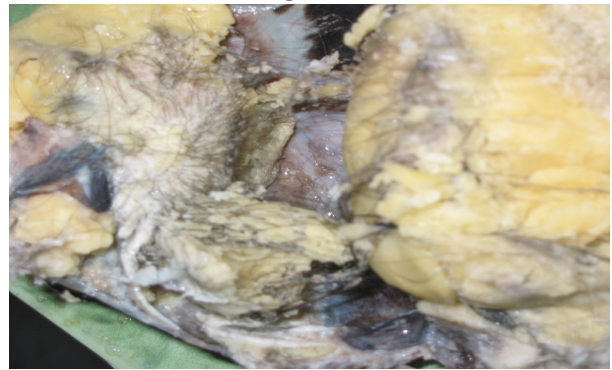
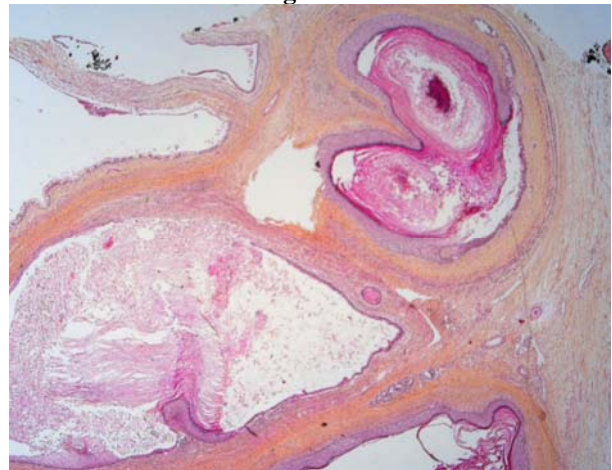


Imagen del parénquima del tumor donde se aprecia diferentes tejidos, como pelos.

Fuente: autor.

Microscopía: Los cortes histológicos de la tumoración derecha están representados por estructuras procedentes de las diversas hojas embrionarias con tejidos inmaduros de piel con folículos pilosos, linfoide y nervioso, que aún cuando tiene elementos inmaduros, no presenta tejido con células neoplásicas, figura 8. También presentan elementos quísticos mucinosos. En el lado izquierdo la pared quística está revestida de epitelio plano cúbico simple. En ambos lados no hay sino restos atróficos ováricos y trompas conservando su arquitectura con signos de compresión.

Figura 8



Microscopía.

Presenta estructuras provenientes de diversas hojas embrionarias con tejidos inmaduros, elementos quísticos mucinosos, no presenta tejido con células neoplásicas.

Fuente: autor. Consulta privada Dr. Dario Villacreses Gutiérrez.

- Diagnóstico histopatológico: Teratoma quístico maduro multilocular bilateral de ovario.

Conclusiones

- Los teratomas, son tumores frecuentes, sobre todo en mujeres en edad fértil, y son los de células germinales, más frecuentes.
- El QD, es la variedad histológica más frecuente.
- Los teratomas, pueden alcanzar dimensiones extraordinarias.
- La mayoría son asintomáticos, siendo el ultrasonido y la TC, los auxiliares diagnósticos más utilizados.
- El tratamiento es quirúrgico en la gran mayoría de los casos.

Referencias bibliográficas

1. Amat LI, Rodríguez MA, López EL, Guillén IJ, Gómez MD, Laila JM: Tratamiento quirúrgico del teratoma quístico benigno. Prog Obstet Ginecol, 43 (1): 21-26, 2000.
2. Bosl, George J., Motzer, Robert J.: Testicular Germ-Cell Cancer. N Engl J Med, Massachusetts – USA, 337 (4): 242-254, 1997.
3. Boulay, Richard M., Podczaski, Edward: Bilateral Ovarian Dermoid Cysts. N Engl J Med. Massachusetts – USA, 345 (4): 259, 2001.
4. Caspi B, Appelman Z, Rabinerson D, Zalel Y, Tulandi T, Shoham Z.: The growth pattern of ovarian dermoid cysts: a prospective study in premenopausal and postmenopausal women. Fertil Steril, USA, 68:501-505, 1997.
5. Chandrasoma P., Taylor C.: Concise Pathology, Third Edition. Edit. McGraw Hill, USA, <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=191173>, 1998.
6. Comerci JT, Jr, Licciardi F, Bergh PA, Gregori C, Breen JL.: Mature cystic teratoma: a clinicopathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. Obstet Gynecol, USA, 84: 22-28, 1994.
7. Dahl N, Gustavson KH; Rune C, Gustavson I, Petersson U: Benign ovarian teratomas. An analysis of their cellular origin. Cancer Genetics and Cytogenetics, 46: 115-23, 1990.
8. Daniels JL Jr, Stutzman RE, McLeod DG.: A comparison of testicular tumors in black and white patients. J Urol, 125 (3):341-342, 1981.
9. DeCherney A., Nathan A.: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. Ninth Edition, McGraw Hill, USA, 713 – 714, 2003.
10. Disaia Ph J, Creasman WT: Oncología Ginecológica clínica La masa anexial y el cáncer ovárico precoz. Cuarta Ed. Edit. MOSBY - Doyma, Madrid – España, 299-331, 1994.
11. Gershenson DM: Update on malignant ovarian germ cell tumors. Cancer, 71 (4, Suppl): 1581-1590, 1993.
12. Mais V, Guerriero S, Ajossa S, Angiolucci M, Paoletti AM, Melis GB: Transvaginal ultrasonography in the diagnosis of cystic teratoma. Obstet Gynecol, USA, 85: 48-52, 1995.
13. Martínez Castro P, Bosch JM, García García E: Estudio clínico-patológico de 108 casos de tumor ovárico. Prog Obstet Ginecol, 37 (8): 487-92, 1994.
14. McGee, Dawn M., Connolly, Susan A., Young, Robert H.: Case 24-2003 - A 10-Year-Old Girl with Recurrent Bouts of Abdominal Pain. N Engl J Med, Massachusetts – USA, 349 (5): 486-494, 2003.
15. Outwater E., Siegelman E., Hunt J.: Ovarian Teratomas: Tumor Types and Imaging Characteristics. RadioGraphics, USA, 21: 475-490, 2001.
16. Palacios J: Anatomía patológica y citología en Ginecología oncológica. Edit SAGO, Granada - España, 81-120, 1999.
17. Rumack C., Wilson S., Charboneau J.: Diagnóstico por Ecografía. Segunda Ed., Edit. MOSBY, Madrid – España, 557 – 559, 2004.
18. Templeman CL, Fallat ME, Lam AM, et al: Managing mature cystic teratomas of the ovary. Obstet Gynecol Surv, USA, 55(12): 738-45, 2000.
19. Van Winter JT, Simmons PS, Podratz KC.: Surgically treated adnexal masses in infancy, childhood, and adolescence. Am J Obstet Gynecol, USA, 170 (6): 1780-1789, 1994.
20. Whitecar MP, Turner S, Higby MK.: Adnexal masses in pregnancy: a review of 130 cases undergoing surgical management. Am J Obstet Gynecol, USA 181 (1):19-24, 1999.

Dra. Lorena Escudero Castro

Correo electrónico: l_escudero@hotmail.com

Teléfonos: 593-04-2200756; 099610239

Fecha de presentación: 07 de septiembre de 2005

Fecha de publicación: 26 de marzo de 2007

Traducido por: Srta. Nathalie Lerque Portes, estudiante, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.