Teratoma sincrónico de ovario. Presentación de un caso.

Synchronous ovarian teratoma. Presentation of a case.

M.Sc Madelyn García Díaz[1] https://orcid.org/0000-0003-1134-67632

Dra. Yeniffer Cárdenas Llerena[1] https://orcid.org/0000-0001-9432-69300

Lic. Dayron Villar Ortiz[1] https://orcid.org/0000-0002-2573-441X

[1]Hospital Provincial Docente Clínico-Quirúrgico ``Faustino Pérez Hernández´´. Matanzas. Cuba.

RESUMEN

Introducción: Los tumores germinales representan de un 15 al 30% de los tumores ováricos; histológicamente constituidos de tejidos maduros o inmaduros derivados de las tres capas embrionarias; de los cuales el 95% son benignos. Cursan de forma asintomática, incluso los de gran tamaño y se descubren como hallazgos incidentales en mujeres en edad reproductiva.

Objetivo: Presentar un caso de teratoma maduro sincrónico de ovario por lo infrecuente de esta patología. Describir la torsión ovárica como complicación.

Presentación del caso: Paciente de 39 años atendida en el Hospital ``Faustino Pérez Hernández´´ de la ciudad de Matanzas con dolor en fosa ilíaca derecha, a la cual se le indicó ultrasonido abdominal, ginecológico y tomografía axial computarizada; donde se constató incidentalmente masas anexiales bilaterales con características típicas de teratoma maduro bilateral con signos de torsión anexial derecha. Se practicó laparotomía y biopsia, confirmándose el diagnóstico anatomopatológico de teratoma quístico maduro de ovario. La evolución posoperatoria resultó favorable, y una vez la paciente completamente restablecida fue dada de alta.

Conclusiones: Los teratomas maduros pueden ser quísticos o sólidos, en los cuales los resultados de ultrasonido y tomografía aportan a su diagnóstico, y permiten diferenciarlo del teratoma inmaduro y de otras masas anexiales. Siempre es conveniente resecarlos por las posibles complicaciones de ruptura, torsión e infección. La torsión ovárica debe estar presente en el diagnóstico diferencial del dolor en fosa iliaca derecha.

Palabras claves: teratoma ovárico; sincrónico; ultrasonido.

INTRODUCCIÓN

El término teratoma se deriva de la raíz griega *teratos* que significa monstruo. El primer caso fue descrito por Johannes Scultetus en el siglo XVII como hallazgo en una autopsia en una joven fallecida por un tumor ovárico complicado. Suelen originarse en las células germinativas de los ovarios o testículos, histológicamente constituidos de tejidos maduros o inmaduros derivados de las tres capas embrionarias, con predominio de la capa ectodérmica; por lo que no es inusual que su contenido sea pelo, dientes, piel, huesos y tejido neural.[1,2]

Los tumores de ovario constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. Específicamente los germinales representan del 15 al 30%, de los cuales el 95% son benignos y del 7 al 25% son bilaterales. Se ha calculado que cerca de 1 de cada 10 mujeres tendrá un tumor anexial a lo largo de su vida, siendo en la mayoría de los teratomas ováricos la remoción quirúrgica del tumor el único tratamiento necesario, considerándose como gold standard el abordaje laparoscópico, con rara vez recidiva de la lesión.[1,2,3]

Se dividen en cuatro categorías: teratomas maduros, teratoma inmaduro, teratoma de transformación maligna y teratoma monodérmico altamente especializado.[4]

No suele provocar síntomas y se descubre como hallazgo incidental durante la realización de un examen de imagen de rutina, como un ultrasonido pélvico en mujeres en edad reproductiva. En ocasiones exhiben datos clínicos que hacen que se sospeche, como el crecimiento lento del abdomen (no sobrepasando 2 mm por año de crecimiento tumoral), síntomas compresivos o dolor abdominal subagudo.[2]

Presentan un buen pronóstico. Entre las complicaciones más comunes están la infección y torsión, menos frecuentemente se presentan la ruptura y la transformación maligna.[4]

Son generalmente unilaterales y cuando aparecen de forma bilateral sincrónica se impone el estudio ultrasonográfico y tomográfico de las mismas, para poder diagnosticar, tratar y evitar complicaciones. Por lo que el objetivo de este

trabajo es presentar un caso de teratoma maduro sincrónico de ovario por lo infrecuente de esta patología y describir la torsión ovárica como complicación.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 39 años de edad, color de piel blanca, que acude al cuerpo de guardia del Hospital Docente Clínico-Quirúrgico ``Faustino Pérez´´, de la ciudad de Matanzas, por presentar dolor intenso en fosa ilíaca derecha.

Antecedentes patológicos personales: apendicectomía en la niñez.

Gestaciones: 2 Partos: 1 Abortos: 1

Edad de la menarquía: 12 años

Fórmula menstrual actual: 4/28

Edad de las primeras relaciones sexuales: 15 años.

Método anticonceptivo empleado: condón.

Examen físico:

Paciente normolínea, con abdomen globuloso.

Abdomen: globuloso, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha .

Examen genital: vulva y periné con características normales. Examen con espéculo: vagina y cérvix de aspecto normal, no leucorrea.

Tacto vaginal: vagina húmeda, cuello no doloroso. Útero en anteversoflexión. Se palpó una masa en proyección de ambos anejos.

Exámenes complementarios:

Hto: 0,41.

Eritrosedimentación: 9 mm/h.

Coagulograma: tiempo de coagulación: 1 minuto; tiempo de sangrado: 7 minutos; plaquetas: 182 mm/L, coágulo: retráctil.

Exámenes imagenológicos:

Rayos X de tórax: normal

Ultrasonografía abdominal :

Hígado de tamaño normal y ecoestructura homogénea. Vesícula, bazo, páncreas y ambos riñones normales.

Ultrasonido de hemiabdomen inferior: Útero en anteversoflexión de tamaño normal. Ambos ovarios aumentados de tamaño a predominio derecho con presencia de una masa mixta con un componente hipoecoico, con aspecto de múltiples bandas ecogénicas finas “malla dermoide”. (Fig 1A). A nivel del ovario izquierdo se visualiza además en su porción inferior imagen nodular ecogénica redondeada en relación con “tapón dermoide”. (Fig. 1B). Se realiza ultrasonido Doppler-Color observándose disminución de la vascularización de ambos ovarios. Presencia de escasa cantidad de líquido libre en el fondo de saco de Douglas.

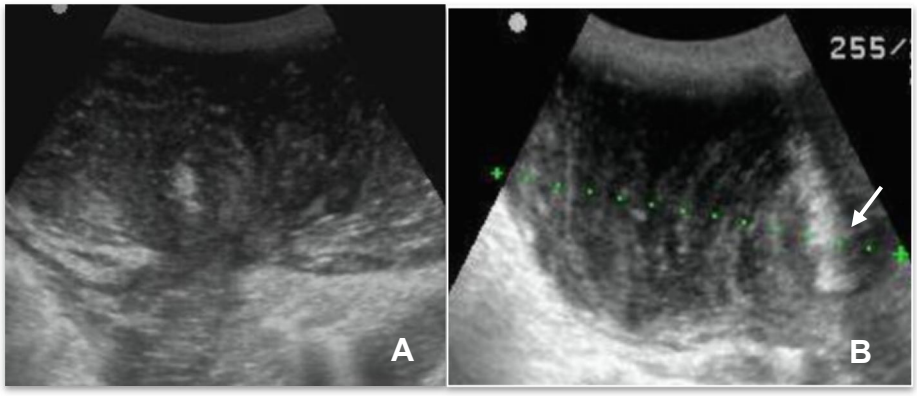

Fig.1A- Ecografía del ovario derecho con presencia de masa con ecoestructura mixta con predominio de finas bandas ecogénicas.

Fig.1B - Ovario izquierdo con masa heterogénea con nódulo ecogénico inferior “tapón dermoide” (flecha blanca).

Se le realiza tomografía computarizada abdomino-pélvica simple y contrastada mostrando: Útero de tamaño y densidades normales. Ambos ovarios aumentados de tamaños redondeados, bien definidos de 58 x 65 mm en el lado derecho y de 64 x 68 mm en el lado izquierdo. En ovario derecho presencia de una masa hipodensa con densidades variables, que oscilaron entre -40 y 80 UH que no varía su densidad con la administración del contraste. En ovario izquierdo presencia de una masa mixta con hiperdensidad dentro de la misma sugestivo de un teratoma quístico maduro bilateral (fig. 2). Aumento de tamaño de la trompa de Falopio derecha. Presencia de trabeculación de la grasa mesentérica adyacente. Escasa cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas, hallazgos que sugerían una torsión ovárica causada por el

teratoma ovárico derecho sospechada por la clínica del paciente y el resultado del ultrasonido. (fig. 2A)

Se le realizó a la paciente laparotomía exploradora y se procedió con doble anixectomía.

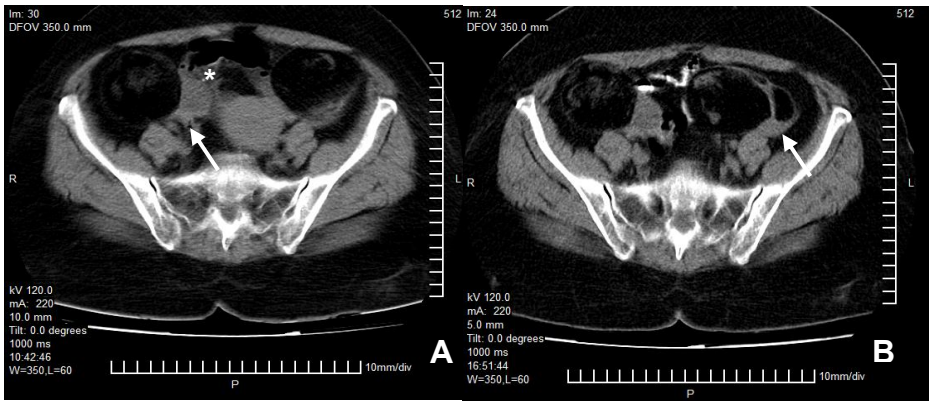

Fig. 2: Tomografía simple y contrastada en planos axiales de la pelvis. Las imágenes confirman la presencia de masas anexiales bilaterales de bordes bien definidos, heterogénea con áreas de densidad grasa en ambos ovarios. A- Se observa aumento de tamaño de la trompa de Falopio (flecha blanca) y de la grasa adyacente anexial derecha. B- Presencia de hiperdensidad inferior dentro de la masa anexial izquierda.

El reporte histopatológico fue de teratoma quístico maduro en ambos ovarios. (Fig. 3)

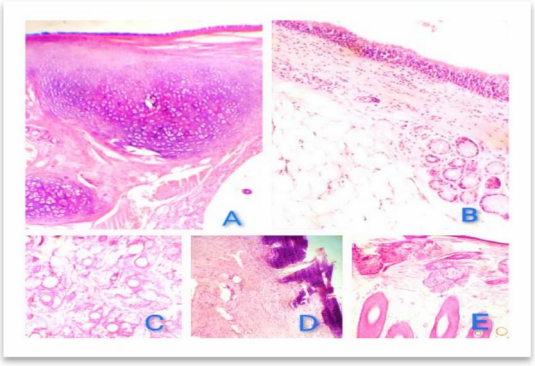

Fig 3: Microfotografías de láminas histológicas de ambas lesiones ováricas. Hematoxilina y eosina, 20x. A-Islotes de tejido cartilaginoso maduro. B-Tejido adiposo, epitelio respiratorio y glándulas submucosas accesorias. C-Glándulas sebáceas. D-Tejido óseo maduro. E-Epidermis y anejos cutáneos incluidos folículos pilosebáceos.

DISCUSIÓN

El teratoma maduro puede ser sólido o quístico (quiste dermoide), constituye más del 95% de todos los teratomas y tienden a ser benignos y unilaterales, aunque el 10-15% pueden ser bilaterales.[1]

Por otro lado el teratoma inmaduro es conocido como teratoma maligno, teratoblastoma o teratoma embrionario, que constituye solamente el 1% de todos los tumores de células germinales. Este último no suele afectar al ovario contralateral, sin embargo en el 10% de los casos puede haber un teratoma benigno contralateral. La transformación maligna de los teratomas maduros ocurre en el 0.2-2%, presentando como factores de riesgos principales la edad mayor a 45 años, diámetro del tumor mayor de 10 cm, rápido crecimiento y ultrasonido sospechoso de malignidad.[4]

Es importante considerar que en los extremos de la vida (antes de la menarquia y después de la menopausia) pueden no presentarse niveles elevados de los marcadores tumorales; sin embargo, el 20% de los tumores ováricos en este grupo de pacientes puede ser maligno. El antecedente familiar de cáncer en región anexial constituye un factor importante a tener en cuenta. Raramente, el teratoma maduro puede convertirse en un cáncer. El carcinoma epidermoide es el más común de todas las formas de transformación maligna originadas.[5]

Las complicaciones más frecuentes incluyen la torsión y la rotura del mismo, que a menudo tienen una presentación clínica de abdomen agudo a través del servicio de urgencias; menos frecuentes, la transformación maligna, el riesgo de sobreinfección o complicaciones autoinmunes como la encefalitis.[6]

El ultrasonido es un procedimiento no invasivo de bajo costo, siendo el transvaginal de elección para evaluar una masa anexial con una sensibilidad superior al 80%. Se comporta de aspecto sólida compleja, a veces con focos quísticos o ecogénica con focos de sombra acústica posterior. Algunos signos permiten diagnosticar esta patología por estudios de imagen, dentro de ellos se encuentra el nódulo de Rokitansky que se caracteriza por una masa quística con pedículo hiperecogénico, que produce sombra acústica posterior protruyendo hacia la luz. La presencia de un nódulo mural ecogénico dentro del quiste es llamado “tapón dermoide” Otros signos son de la *¨punta del iceberg¨* o de la *¨punta del témpano¨* que se visualiza como una masa hiperecogénica con

sombra acústica posterior y condiciona la imposibilidad de visualizar las estructuras o elementos localizados por detrás de la misma, correspondiendo a la interfase de los diferentes componentes del tumor (conformado por grasa, restos de pelos, etc); además de las calcificaciones, el nivel lipo-hídrico, cola de cometa (bolas de pelo hipoecogénicas con sombra acústica posterior), y por último la malla dermoide que se identifican como líneas hiperecogénicas (pelos) en diferentes orientaciones que se movilizan.[7,8]

El hallazgo más significativo y constante en la torsión ovárica es el aumento de tamaño ovárico unilateral (>4 cm o > 20 cm^3) y un parénquima que puede aparecer heterogéneo debido a la hemorragia y al edema. El estudio con doppler color y espectral es muy variable, y los hallazgos van a depender del grado de la torsión, tiempo de evolución y de la presencia o no de una masa asociada.[9,10]

La tomografía puede mostrar un patrón específico de masa predominantemente grasa con calcificaciones en una protuberancia sólida. La demostración de un nivel dependiente de la gravedad es patognomónico y se debe a la presencia, en la cavidad del quiste, de un componente líquido seroso y de un componente sebáceo espeso, de tal manera que el material sebáceo con valores de atenuación negativos flota por encima del nivel líquido, y el material seroso con valores de atenuación "agua" se sitúa en la porción declive del quiste dermoide con ausencia de realce en los estudios contrastados. La incidencia de calcificación osificación varía del 50 al 68 %, mientras que la presencia de dientes ocurre entre el 22 y el 29 %. Existen hallazgos que harían sospechar complicaciones de los teratomas maduros como la obliteración de planos grasos, hematoma y gas en las masas torsionadas. También se puede objetivar una trompa de Falopio engrosada, que aparece como una estructura tubular amorfa.[11,12]

La remoción quirúrgica de la lesión es el tratamiento indicado para los teratomas maduros. Siempre es conveniente resecarlos por las posibles complicaciones de ruptura, torsión e infección.[13,14]

La cirugía puede ser hecha por vía abierta (laparotomía) o por laparoscopia. Cuando un tumor de ovario mide más de 10 centímetros (teratoma maduro) mayor es el riesgo de transformación maligna y riesgo de torsión. La recurrencia del teratoma quístico después de la cirugía es inusual y son

curables cuando la resección quirúrgica es completa. En ellos, las cifras de los marcadores tumorales permanecen sin cambios.[15]

El caso clínico expuesto sugería una torsión de ovario derecha lo que indicó una intervención quirúrgica urgente, la exéresis mostró masa tumoral quística derecha torsionada y un teratoma en zona ovárica izquierda que también se extirpo. La evolución de la paciente fue favorable.

Conclusiones: Los teratomas maduros pueden ser quísticos o sólidos, son más frecuentes en mujeres en edad reproductiva con diagnóstico incidental, frecuentemente unilaterales y el 10-15% bilaterales. Los resultados de ultrasonido y tomografía aportan a su diagnóstico, que lo diferencian del teratoma inmaduro y de otras masas anexiales. Infrecuentemente se malignizan y tienen una evolución favorable posterior al tratamiento quirúrgico; presentando como factores de riesgos principales la edad mayor a 40 años, diámetro del tumor mayor de 10 cm, rápido crecimiento y ultrasonido sospechoso de malignidad. La torsión ovárica debe estar presente en el diagnóstico diferencial del dolor en fosa ilíaca derecha. Siempre es conveniente resecarlos por las posibles complicaciones de ruptura, torsión e infección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steta Mondragón JR, Valero Origel PA, Deschamps Díaz H, Álvarez Valero R. Teratoma bilateral y preservación de la fertilidad. Anales Médicos (Mex). 2012; 57 (4): 325-331.

2. Pinheiro P. Teratoma ovárico: qué es, tipos, síntomas y tratamiento. MD Saudé. 2022. Disponible en: https://www.mdsaude.com/es/ginecologia-es/teratoma-ovarico

3. Clavijo Rodríguez T, Lugones Botell M, Guevara Alfayate L, Berlán León N. Aspectos clínicos y epidemiológicos de los tumores anexiales. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012; 38(2).

4. Coto Chaves C, Jiménez Víquez M, Naranjo Alfaro S**.** Teratoma: masa anexial en mujeres jóvenes. Revista Médica Sinergia. 2019; 4(6):31-39. Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/243/589

5. Samir Cubas W, Vásquez Villacorta V, Velásquez de Velasco O**.** Teratoma Quístico maduro de ovario, experiencia en un hospital del norte de Perú: reporte de caso. Rev Cient Cienc med. 2018;21(2):67-72.

6. Herrero Huertas M, Gil Boronat A, Gómez Bermejo MA, Ventura Díaz S, Salgado Parente A, Antolinos Macho E, García Casado E. Teratoma ovárico: hallazgos por imagen y posibles complicaciones, de lo frecuente a lo atípico. 36 Congreso Nacional SERAM. 2022; 1(1).

7. Lorena JM; Jimena M; Pipastrelli L. Signo de la punta del iceberg .Revista Argentina de Radiología. 2019; 83(2):87-88. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0039-1692436

8. Pedrosa SC. Radiología Ginecológica. En: Martín García J. Diagnóstico por imagen Volumen II de Radiología Clínica. Madrid: Ed. Interamericana de España; 2000.

9. Valdespino Castillo VE, Maytorena Córdova G, López Matamoros, I,Landa Mejía J, Zaragoza Vargas PE, Valdespino Gómez V. Teratoma quístico maduro con transformación maligna: serie de casos. Ginecol Obstet Mex. 2020 marzo; 88(3):154-1. https://doi.org/10.24245/gom.v88i3.3561

10. SERAM. (24 de Mayo de 2012). TORSIÓN OVÁRICA: ¿Qué hay debajo? Obtenido de Sociedad Española de Radiología Médica SERAM: 10.1594/seram2012/S-1309.

11. Li C, et al. Squamous cell carcinoma transformation inmature cystic teratoma of the ovary: a systematic review. BMC Cancer. 2019;19: 217. https://doi.org/10.1186/s12885-019-5393

12. Ramos Robalino, C, Pacheco Romero K, Soto Viera P, Quisilema Ron V. Diagnóstico de torsión anexial. RECIAMUC. 2020;4(2): 80-93. doi: 10.26820/reciamuc/4.(2).abril.2020.80-93

13. Dorado RE, Carrillo GO. Transformación maligna de un teratoma quístico maduro de ovario: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2017; 85: 862-867. https://doi.org/10.24245/gom.v85i12.1643

14. Imaging features of unusual lesions and complications associated with ovarian mature cystic teratoma. Clinical imaging. volume 57. Sept-october 2019, p 115-12.

15. Shimada T, Higashijima A, Fukushima A, Komats N, Noguchi M, Ohashi K, et all. Malignant transformation from mature cystic teratoma of the ovary. J Obstet Gynecol Res. 2019; 45(9):1957-1960.