

TERATOMA HIPERMADURO DE OVARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores: Dra. Marcia Cruz Elegia¹, Dra. Iliana Guerra Macías^{2*},

¹Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Materno Sur Mariana Grajales. Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Cuba. orcid.org/0000-0003-4600-0789

²Especialista de II Grado en Cirugía General. Servicio de Cirugía General. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Ambrosio Grillo Portuondo. Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Cuba. orcid.org/0000-0002-9223-0609

***Autora para la correspondencia:** ileanagm@infomed.sld.cu

Temática: Otros temas

Resumen

Introducción: el teratoma ovárico es el tumor benigno más común derivado de las células germinales y el teratoma hipermaduro o quiste dermoide, es una variedad histológica de escasa presentación caracterizado por la presencia en su composición de esbozos de partes completas del cuerpo humano en su interior. **Objetivos:** presentar el caso clínico de una paciente con el diagnóstico anatomopatológico de teratoma hipermaduro de ovario izquierdo. **Material y método:** revisión de la literatura y presentación de caso clínico a punto de partida del diagnóstico anatomopatológico de esta entidad. **Resultados y discusión:** se presenta el caso de una paciente femenina de 26 años de edad con antecedentes de salud, operada de urgencia en el Hospital Dr. Ambrosio Grillo Portuondo de Santiago de Cuba por apendicitis aguda y hallazgo incidental de teratoma del ovario izquierdo. Se realizó apendicectomía y ooforectomía izquierda. La paciente no presentó complicaciones postoperatorias por lo que egresó tres días después. El estudio anatomopatológico realizado en el hospital Materno Sur Mariana Grajales (a solicitud familiar) reveló la presencia de un teratoma quístico hipermaduro al encontrarse porciones anatómicas humanas rudimentarias de alto grado de diferenciación. **Conclusiones:** el hallazgo de un teratoma hipermaduro es muy infrecuente e incidental, más aún cuando presenta un alto grado de diferenciación al observarse cavidad craneana, columna vertebral y miembros con una organización morfológica de avanzado desarrollo.

INTRODUCCIÓN

El ovario es un órgano par muy complejo desde el punto de vista embriológico y fisiológico, de caracteres polimorfos muy interrelacionados entre sí con una gran capacidad de formar tumores con histogénesis, epidemiología e historia natural diferentes.⁽¹⁾

Los tumores derivados de las células germinales representan el 20% de todas las neoplasias ováricas y constituyen por tanto los segundos tumores en frecuencia de presentación superados por los de estirpe epitelial.⁽²⁾ El teratoma es el tumor benigno más común de esta línea embriológica y precisamente el teratoma hipermaduro (TH), también llamado quiste dermoide, es una variedad histológica de escasa presentación caracterizado por la presencia en su composición de esbozos de partes completas del cuerpo humano en su interior. Es una entidad quirúrgica de muy baja incidencia que afecta a mujeres jóvenes menores de 30 años cuyo diagnóstico habitualmente se realiza en forma incidental.⁽³⁾

Aunque no constituye un problema de salud, sí se hace necesario que cirujanos y ginecoobstetras que en su desempeño profesional enfrentan féminas con tumores anexiales, conozcan las peculiaridades de su formación y desarrollo, en tanto, se debe tener en consideración al realizar el diagnóstico diferencial de las afecciones tumorales ginecológicas y la discusión diagnóstica de un síndrome tumoral en hipogastrio. La inusual presentación de esta afección justificó la realización de este estudio a fin de aportar un caso más a la literatura científica en general.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina, de 26 años de edad, mestiza, sin comorbilidades asociadas y con antecedentes ginecobstétricos de menarquia a los 12 años de edad, 2 gestaciones y 2 partos transvaginales, con menstruaciones irregulares desde hace 1 año. Asistida en el servicio de urgencias de Cirugía General del Hospital Dr. Ambrosio Grillo Portuondo en julio del 2020 por presentar dolor abdominal en fosa ilíaca derecha pero de inicio en epigastrio hacía unas 7 horas, de intensidad progresiva, fijo, con náuseas, inapetencia y 2 vómitos biliosos, sin fiebre asociada.

Examen físico al ingreso en servicio de Cirugía

Signos vitales normales: frecuencia cardiaca 90 latidos por minutos, tensión arterial 120/80 mm Hg, frecuencia respiratoria 20 por minutos.

Abdomen: plano, sin cicatrices ni tumoración visible, doloroso en fosa ilíaca derecha con los movimientos respiratorios y los golpes de tos, blando,

doloroso a la palpación superficial y profunda en dicha región, así también a la descompresión brusca y a la percusión con punto de Mc Burney doloroso y ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia. Tacto vaginal: cérvix normal, útero y anejo derecho no tactables ni dolorosos, anejo izquierdo con tumoración bien delimitada de aproximadamente 8-9cm, movable, indolora, con fondo de saco del Douglas no abombado ni doloroso, no secreciones vaginales en el guante.

Resto del examen físico: normal.

Le fue indicada la serie de complementarios pertinentes para efectuar la intervención quirúrgica en forma urgente cuyos resultados arrojaron:

_Hemograma completo : Hemoglobina: 114 g/L Hematócrito: 0,38 L/L

Leucocitos: $11,9 \times 10^9$ /L; neutrófilos: 89%; linfocitos: 11 %

_Coagulograma: plaquetas: 220×10^9 /L; coágulo retráctil; tiempo de sangramiento: 1 min; tiempo de coagulación: 7 min; fibrinógeno: ± 130 mg %.

_Glicemia:3.1mmol/L

_Radiografía de tórax: normal

_Ecografía ginecológica: útero de 76mm con endometrio lineal, anejo derecho sin alteraciones, imagen compleja anexial izquierda de 80x65mm con predominio ecogénico, no líquido libre en cavidad abdominal.

Se ingresó con el diagnóstico de apendicitis aguda y quiste de ovario izquierdo no complicado. Se realizó intervención quirúrgica de urgencia sin dificultad, extirpándose el apéndice cecal en etapa gangrenosa así también el ovario izquierdo tumoral sin evidencias de complicación. La paciente presentó una evolución postoperatoria satisfactoria y se egresó 3 días después.

A solicitud familiar se estudió el espécimen quirúrgico en el departamento de anatomía patológica del Hospital Materno Sur Mariana Grajales de Santiago de Cuba cuyo informe anatomopatológico reveló:

-Descripción macroscópica: se recibe formación ovoide que pesa 15 gr y mide 8 x 6,5 cm, con superficie lisa y brillante , traslúcida, con pequeñas formaciones quísticas de la pared, al corte salida de líquido claro, seroso , con presencia de estructuras rudimentarias que recuerdan cavidad craneana con tejido cerebral , esbozo de miembros inferiores con rudimentos de estructuras similares a pie, estructura de aspecto cartilaginoso que recuerdan columna vertebral ,conductos de aspecto intestinal , presencia de piel , tejido celular subcutáneo y pelo. Compuesto además por bolsa de 4 x

2cm constituida por tejido gelatinoso de color amarillo ocre que recuerda a tejido celómico. Pared de quiste constituida por tejido ovárico (**Fig.1**). Apéndice cecal que mide 9x 1,5 cm con serosa oscura y violácea, al corte pared engrosada con áreas de aspecto necrótico y depósito de fibrina, luz ocupada por material fecal achocolatado.

-Descripción microscópica: desarrollo de cráneo con tejido cerebral rudimentario, presencia de cuerpos coroides, meninges con vasos sanguíneos, esbozo de columna vertebral, cavidad celómica con desarrollo de intestinos, miembros inferiores con formación de cartílagos y zonas de osificación rodeados de tejido conectivo organizado, presencia de piel, tejido celular subcutáneo, anejos cutáneos y pelo (**Figura 2**). Apéndice con necrosis de coagulación, polimorfonucleares y macrófagos en la pared, material rosado enmarañado correspondiente a fibrina transmural.

La biopsia postoperatoria informó: apendicitis aguda gangrenosa y teratoma quístico hipermaduro de ovario izquierdo con alto grado de diferenciación.

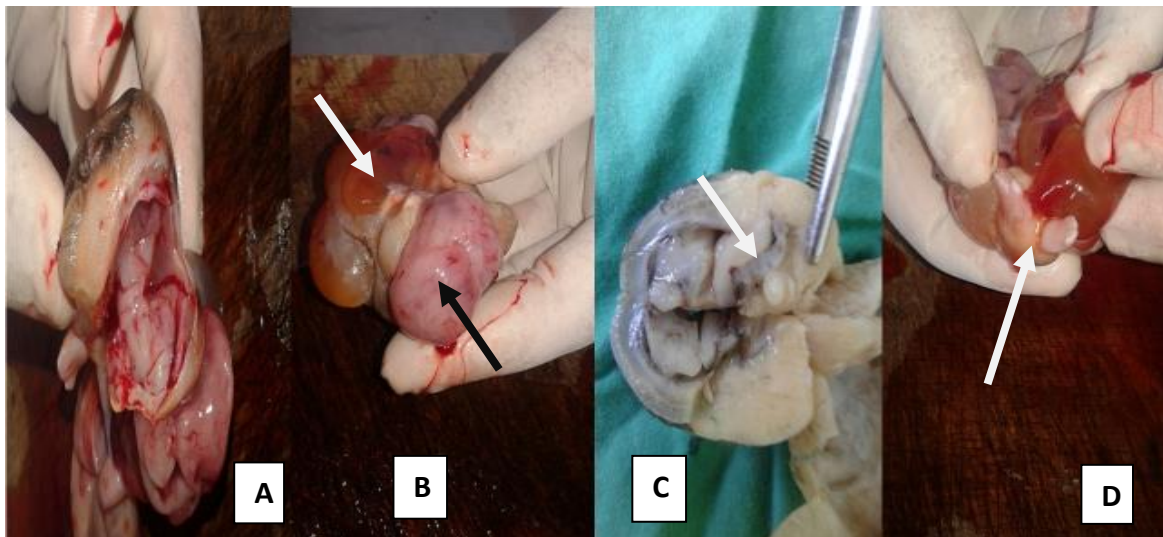


Fig.1. Teratoma hipermaduro del ovario. A: cavidad craneana con tejido cerebral. B: tejido cerebral (flecha negra) y saco celómico (flecha blanca). C: estructura anatómica rudimentaria de columna vertebral (flecha blanca), piel, tejido celular subcutáneo y pelo. D: miembros inferiores con rudimentos de pie (flecha blanca).

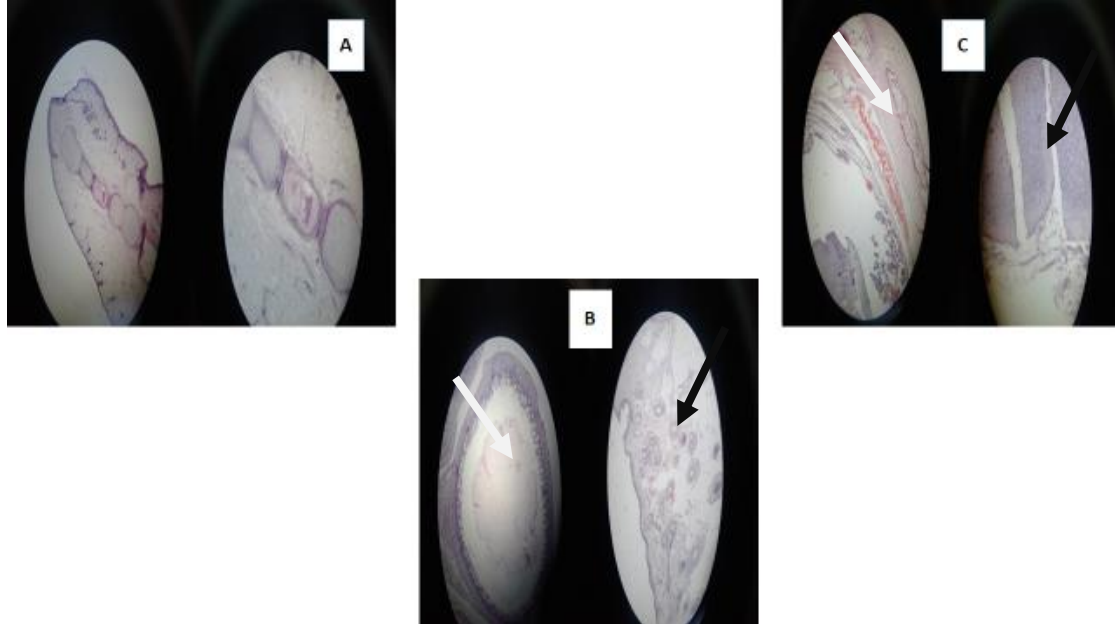


Fig.2. Cortes histológicos teñidos con hematoxilina-eosina. A: estructuras rudimentarias de pie con formación de cartílago y zonas de osificación rodeados de tejido conectivo organizado. B: estructura intestinal, glandular y luz bien definida (flecha blanca), piel y anejos dérmicos. (flecha negra). C: tejido cerebral con vasos sanguíneos y estructura semejante a cuerpos coroides y hueso esponjoso (flecha blanca). Tejido cerebeloso con meninge y vasos meníngeos (flecha negra).

DISCUSIÓN DEL CASO

Aproximadamente 1 de cada 10 mujeres tendrá un tumor ovárico a lo largo de su vida, sin respetar edad y en su mayoría requerirá tratamiento quirúrgico. Dichos tumores pueden afectar un ovario o ambos, ser benignos (60%), con baja potencialidad maligna (5%) o malignos (35%), primarios (98%) o metastásicos (1-1,5%), quísticos (80%) o sólidos (20%), funcionales (70%) o no funcionales (30%), de tipo epitelial (75%), derivados de las células germinales (20%) y los procedentes de los cordones sexuales y el estroma gonadal especializado (5%).⁽⁴⁾

El teratoma, cuyo significado es *tumor monstruoso*, es el tumor de células germinales más frecuente. De naturaleza benigna y con histogénesis en la primera reducción meiótica del desarrollo partenogénico de una célula germinal primordial se origina en las células madres pluripotentes del embrión que son aquellas que no son capaces de formar un organismo completo, pero sí pueden dar lugar a todo tipo de células y tejidos correspondientes a los tres linajes embrionarios, de ahí que en su constitución por tanto se encuentren tejidos ectodérmicos más o menos diferenciados (epidermis, estructuras pilosebáceas, dientes y tejido neural

bien diferenciado), tejidos mesodérmicos (cartílagos, músculos, hueso y grasa) así también endodérmicos (epitelio respiratorio y gastrointestinal), todos ellos en la luz del quiste dentro del llamado nódulo de Rokitansky.^(3,5)

Las primeras descripciones de esta entidad se remontan al siglo XVII, cuando en 1659 Johannes Scultetus describe el primer caso en una autopsia a una joven fallecida por un tumor ovárico complicado. En 1831 Leblanc utiliza por vez primera el término de quiste dermoide. El primer caso de teratoma pulmonar fue reportado por Mohr en 1839 y en 1893 Bastinelli describió la extracción de un quiste dermoide mediastinal, recuperándose satisfactoriamente el paciente.⁽⁶⁾

Predomina en mujeres por debajo de los 30 años y en el ovario derecho aunque en un 15% de los casos son bilaterales. Clasifica en maduro (95%), inmaduro y monodérmico. El teratoma maduro puede ser quístico o sólido. La variedad quística, suele llamarse también quiste dermoide por su superficie semejante a la piel, en su mayoría miden menos de 15cm aunque pueden llegar hasta los 40 cm, ovalado, de superficie lisa, color blanco nacarado o grisáceo, generalmente unilocular y puede coexistir parte del parénquima ovárico funcional capaz de producir folículos y quistes funcionales.^(3,7)

El TH del ovario es una forma especial de teratoma maduro con un alto grado de diferenciación pues presentan órganos o miembros, aunque rudimentarios, con un avanzado grado de desarrollo, es decir, esbozos de partes completas del cuerpo como en el caso nuestro. Constituye una verdadera rareza y algunos tienen la apariencia similar a un feto malformado por lo que se llama *teratoma fetiforme*.⁽⁸⁾ La escasa literatura al respecto ha reportado la existencia de una estructura similar a una mandíbula con 8 piezas dentarias así como estructura craneal desarrollada con hueso temporal, arco cigomático, corteza cerebral, pigmento similar al de la retina y leptomeninges.

Por lo general el TH cursa asintomático y a menudo se descubre como hallazgo incidental en el examen físico, ecografía abdominal o transvaginal, o durante una cirugía abdominal realizada para otra afección. El aspecto ecográfico de esta subvariedad histológica depende del tamaño, localización, calcificación y de la naturaleza de los tejidos que contenga.⁽⁹⁾ El diagnóstico de certeza será exclusivamente anatomopatológico, único medio de establecer la madurez o hipermadurez del teratoma en cuestión. En su

historia natural pueden aparecer complicaciones tales como torsión, rotura espontánea con peritonitis química, anemia hemolítica autoinmune, compresión de órganos vecinos y malignización (2%).

El tratamiento del TH siempre es quirúrgico, ya sea por videolaparoscopia o laparotomía. La cirugía conservadora está indicada en mujeres jóvenes con deseos de procrear para lo cual se realizará la ooforectomía correspondiente y valoración cuidadosa del ovario contralateral. En casos de malignización comprobada la operación será radical según estadificación y asociada a quimioterapia adyuvante.⁽¹⁰⁾

Los tumores de células germinales pueden aparecer en cualquier lugar de la migración celular ectodérmica, por tanto su localización es gonadal (ovarios y testículos) y extragonadal en región sacrococcígea, encéfalo, médula espinal, cráneo, mediastino, retroperitoneo, mesenterio, estómago, corazón, pleura, faringe, tiroides, hígado, próstata y vagina. Esta es la razón por la cual no solo cirujanos y obstetras deben tener en consideración las características macroscópicas de este inusual tumor al realizar el diagnóstico diferencial de un síndrome tumoral en dichas regiones.

CONCLUSIONES

El hallazgo de un teratoma hipermaduro es muy infrecuente e incidental. El caso presentado mostró un alto grado de diferenciación, observándose el desarrollo de cavidad craneana, columna vertebral y miembros con organización morfológica de avanzado desarrollo. El informe de este caso contribuye al conocimiento del potencial histogenético de los teratomas y se debe tomar en cuenta esta lesión como diagnóstico diferencial de lesiones tumorales de origen ginecológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Capote Arce R. Tumores benignos del ovario. En: Cirugía .Afecciones quirúrgicas frecuentes. Tomo II. Cap 74. Editorial Ciencias Médicas; 2016. p: 984-992

2-Cabezas-Palacios MN, Rodríguez-Zarco E, Rodríguez-Jiménez I, Márquez-Maraver F. Teratoma ovárico maduro e inmaduro, a propósito de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2017 [Citado 15/10/2020]; 85(5):331-337. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom175h.pdf>

- 3-Sinchartullo Rosales AO, Salvador Z. ¿Qué es un teratoma? – Definición, tipos, causas y síntomas. 2019 Disponible en:
<https://www.reproduccionasistida.org/teratoma/>
- 4-Coto Chavez C, Jiménez Viquez M, Naranjo Alfaro S. Teratoma: adnexial mass in young women. Revista Médica Sinergia. 2019 [citado 15/10/2020]; 4 (06): 31-39. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>
- 5-No TH, Seol SH, Seo GW, Kim DI, Yang SY, Jeong CH, et al. Benign Mature Teratoma in Anterior Mediastinum. J Clin Med Res. 2015 [citado 15/10/2020]; 7(9):726-8. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4522994/>
- 6-García Castañeda H, Borrazas González MC, Fernández Fernández M. Teratoma mediastinal anterior. Rev Cub Med Mil. 2016 [citado 15/10/2020]; 45 (2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572016000200012
- 7-Madrugal Ureña A, Mora Rosenkranz B. Teratoma inmaduro (maligno) de ovario. Medicina Legal de Costa Rica Edición Virtual.2018 [citado 15/10/2020]; 35 (1). Disponible en:
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-146.pdf>
- 8-Ruiz Catena MJ, Ruiz Orpez A, Unda Freire A. Fetus in fetu versus teratoma fetiforme. Anales de pediatría.2016; [citado 15/10/2020]; 85 (1): 53-54. Disponible en: <http://analesdepediatria.org>
- 9-Pascual MA, Betlem G, Pedrero C, Rodríguez I, Ajossa S et al. Long-term Results for Expectant Management of Ultrasonographically Diagnosed Benign Ovarian Teratomas. Obstetrics & Gynecology. 2017 [citado 15/10/2020]; 130 (6):1244–1250. Disponible en:
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?termLong-term Results for Expectant Management of Ultrasonographically Diagnosed Benign Ovarian Teratomas](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?termLong-term+Results+for+Expectant+Management+of+Ultrasonographically+Diagnosed+Benign+Ovarian+Teratomas)
- 10-Muto M. Abordaje del pacientes con masa anexial. Waltham (MA): UptoDate Inc; 2019. Disponible en:
<https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-an-adnexal-mass>