

## Teratoma pélvico retroperitoneal. Reporte de un caso

Ana Norma Gricelda Becerril-González,<sup>1</sup> Andrés Pérez-Martínez,<sup>2</sup> José Antonio Sereno-Coló<sup>3</sup>

### RESUMEN

Se comunica el caso de una paciente de 18 años de edad, con embarazo de 10.6 semanas y un tumor anexial izquierdo de reciente diagnóstico, asintomática, con reporte de ultrasonido endovaginal con saco gestacional de contorno irregular, con embrión sin frecuencia cardiaca fetal. Se apreció una imagen ovoide, de contorno regular, bien delimitada, con ecos finos en su interior de 12.96 x 8.99 cm. Puesto que la laparotomía exploradora mostró al útero y los anexos normales, se decidió el abordaje retroperitoneal y se encontró un tumor de 15 cm, multilobulado. La pieza quirúrgica midió 13 x 12 x 8 cm, de color marrón claro, de consistencia blanda, forma irregular, multilobulada, con salida de material amarillo claro. Al microscopio las paredes se observaron compuestas por tejido fibroso, hialinizado, cubiertas por epitelio escamoso queratinizante, sin anexos, de la que se desprendían múltiples láminas de queratina. Estos hallazgos anatomo-patológicos se consideraron diagnósticos de teratoma maduro de localización retroperitoneal.

**Palabras clave:** teratoma pélvico retroperitoneal.

### ABSTRACT

Teratomas are congenital tumors comprising of tissues arising from pluripotent embryonic cells. Their common sites of occurrences are ovary, testis, mediastinum and retroperitoneum. Retroperitoneal teratomas are extremely rare in adults but occur in 3% of children. The presence of a cystic or complex adnexal mass during pregnancy is common with mature teratoma reported in approximately 30-50% of pregnancies. The ultrasound is the number one method of detection. The use of tumor markers is limited because it alters its value during pregnancy. We report a case of a 18 year old female patient who came to the General Hospital Dr. Miguel Silva in Morelia, Michoacán with a gestation age of 10.2 weeks and a recent diagnosis of an asymptomatic adnexal mass. Using the transvaginal approach, the ultrasound reported an irregular gestational sac with the absence of cardiac activity in the embryo. A diffusely echogenic adnexal mass with oval appearance, wall regularity and homogeneous internal echos of 12.96x8.99cm.

Exploratory laparotomy was performed finding normal uterus and ovaries, with the posterior retroperitoneal resection of the 15cm multi-lobed tumor. The surgical specimen measured 13x12x8cm, had a brownish color, wall irregularity, soft consistency, multi-lobed, and a yellowish interior greasy material. Microscopically the tumor is delimited with a firm capsule composed of a hyaline-fibrous tissue, lined by squamous keratinized epithelium, with multiple layers of keratin. This anato-pathologic finding is diagnostic of retroperitoneum mature teratoma.

**Key words:** Retroperitoneal Pelvic Teratoma.

### RÉSUMÉ

Se rapporte le cas d'une patiente de 18 ans, avec 10,6 semaines de grossesse et une tumeur annexielle gauche de diagnostic récent, asymptomatique, avec rapports d'échographie transvaginale avec un sac gestationnel de contour irrégulier, avec embryon sans rythme cardiaque foetal. Apprécié un aperçu image ovoïdes, régulière, bien définie, avec des échos très bien à l'intérieur de 12.96 x 8,99 cm. puisque la laparotomie exploratoire a montré à l'utérus et les pièces jointes normales, il a été décidé l'approche retroperitoneal et un 15 cm, multilobulate tumeur a été trouvée. Le spécimen chirurgical mesurée 13 x 12 x 8 cm, cohérence de mou, brun pâle, irrégulier, multilobulada, forme avec le matériel jaune pâle sortie. Au microscope, les murs étaient composées de tissu fibreux, hialinizado, recouvert par un épithélium pavimenteux kératinisant, sans les annexes, de qui dégageait plusieurs feuilles de kératine. Ces constatations anatomiques pathologiques ont été considérés comme le diagnostic de tératome de localisation rétropéritonéale.

**Mots clés:** Tératome rétropéritonéale pelvienne

### RESUMO

Relatamos o caso de um paciente de 18 anos com 10,6 semanas de gravidez e tumor anexial esquerda recém-diagnosticados assintomáticos com o relatório ultra-som endovaginal com saco gestacional irregular com embrião sem frequência cardíaca fetal. Uma imagem apreciado oval, contorno regular

é bem definida, com ecos finas dentro de 12,96 x 8,99 centímetros. Desde laparotomia exploratória mostrou o útero normal e anexos, foi decidida a abordagem retroperitoneal e encontraram um tumor de 15 cm, multilobulado. A peça cirúrgica medida 13 x 12 x 8 cm, marrom claro, consistência macia, irregularmente lobadas, com saída de material amarelo

claro. Paredes microscópicamente observados compostas por tecido fibroso hialinizado queratinizante epitélio escamoso coberto, sem anexos, em que várias folhas saiu queratina. Estes achados patológicos foram considerados diagnóstico teratoma maduro retroperitoneal.

**Palavras-chave:** Teratoma pélvico retroperitoneal

**L**os teratomas retroperitoneales representan 1 a 11% de las neoplasias primarias retroperitoneales. Son el tercer tumor en frecuencia en pacientes pediátricos después del neuroblastoma y el tumor de Wilms.<sup>1</sup> En el niño representan solo 3%; son raros en adultos, con mayor frecuencia en la mujer, con una relación 3:1 con el hombre. No suelen dar síntomas, aunque por su tamaño pueden causar distensión abdominal, náusea y vómito. Clínicamente pueden ser mal diagnosticados porque se confunden con quistes o neoplasias renales, tumores ováricos, fibromas retroperitoneales, sarcomas, hemangioma o adenopatías.<sup>2</sup> Los sitios de aparición más frecuente son: ovarios, testículos, mediastino o retroperitoneo.<sup>3</sup> Los tumores anexiales reportados durante la gestación, por orden de aparición son: teratoma maduro en 30-50%, cistadenoma 40-20% y los tumores funcionales en 13%.

Durante el embarazo no es infrecuente el hallazgo de lesiones quísticas anexiales simples o complejas, con incidencia de 1 en 2,300.<sup>4</sup> En el adulto los teratomas se han descrito como abscesos de localización ovárica, sobre todo durante el embarazo o coexistentes con el antecedente de

abasto provocado.<sup>5</sup> Desde el punto de vista macroscópico, los teratomas se clasifican en: quístico y sólido, los primeros casi siempre son de naturaleza benigna y los sólidos tienden a la malignidad.<sup>6</sup>

Desde la perspectiva histológica, los teratomas se reportan con tejido de una o combinación de las tres capas de las células germinales: ectodermo, endodermo y mesodermo. Alrededor de 75% son benignos aunque pueden tener transformación maligna y sólo 25% se reportan malignos. El 12% de los casos son bilaterales; la incidencia de presentación unilateral es más frecuente (72.2%) y ocurre en el lado derecho. Macroscópicamente, el teratoma quístico maduro es unilocular, pero puede ser multilocular, separado por septos fibrosos. En 88% de los casos está rodeado por epitelio escamoso y ocupado por sebo, queratina y cabello.<sup>7,8</sup>

La ecografía puede ser útil para el diagnóstico, aunque la TAC suele ser más sensible.<sup>9</sup> La intervención quirúrgica con extirpación completa es el tratamiento indicado. En la bibliografía hay poca información del tratamiento quirúrgico de estos tumores, lo que más abunda son imágenes preoperatorias y el reporte de su evolución.<sup>10</sup> El pronóstico de los teratomas benignos retroperitoneales generalmente es bueno.

## REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 18 años de edad, que acudió al Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia, Michoacán, institución de segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud, por cursar con embarazo de 10.6 semanas, con dolor en la región pélvica acompañado de sangrado transvaginal, con antecedente de tumor anexial izquierdo de reciente diagnóstico. Originaria y residente de Acutzio, Michoacán, casada, ama de casa, con antecedentes personales patológicos, quirúrgicos, traumáticos, alérgicos,

<sup>1</sup> Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia.  
<sup>2</sup> Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.  
<sup>3</sup> Médico adscrito, Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Dr. Miguel Silva, Morelia, Michoacán, México.

Correspondencia: Dr. José Antonio Sereno Coló  
Isidro Huarte 586-6  
58000 Morelia, Michoacán

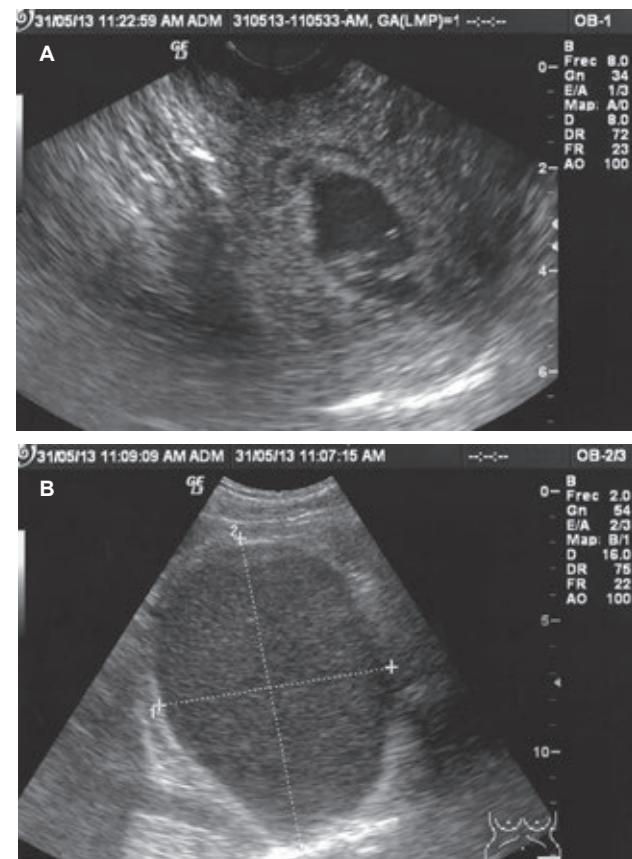
Recibido: septiembre 2013  
Aceptado: octubre 2013

Este artículo debe citarse como: Becerril-González ANG, Pérez-Martínez A, Sereno-Coló JA. Teratoma pélvico retroperitoneal. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2013;81:727-732.

[www.femecog.org.mx](http://www.femecog.org.mx)

transfusionales y toxicomanías negados. Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 12 años, ritmo 30/8, eumenorreica con fecha de la última menstruación el 15 de marzo de 2013. Prueba de embarazo positiva. Primigesta con 10.6 semanas de gestación. La vida sexual la inició a los 17 años, una pareja sexual, sin método de planificación familiar, ni resultados de Papanicolaou. El ultrasonido pélvico realizado a las cuatro semanas de gestación reportó una imagen quística compleja, anexial izquierda, de 12x8.8x9.0 cm, volumen de 504 cc, ocupada por ecos internos, avascular a la aplicación de doppler color. El ovario derecho se encontró normal. El útero contenía un saco gestacional bien definido en su interior, saco vitelino. Durante la exploración física la paciente se encontró con: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación media. En la exploración genital la vulva tenía sangrado transvaginal escaso. Se intentó el tacto vaginal pero se dificultó por el tumor que ocupaba el fondo de saco posterior, renitente, móvil, no doloroso a la movilización. El cuello uterino se encontró con desplazamiento anterior, con escaso sangrado transvaginal. El ultrasonido con transductor endovaginal reportó al útero con anteverosflexión e identificación del saco gestacional, de contorno irregular, con reacción decidual y áreas hipoeocoicas, la mayor de 2.2 cm, con imagen ecogénica en relación con un embrión con pérdida de la actitud fetal, sin frecuencia cardiaca. (Figura 1A) Se apreció una imagen ovoide, de contorno regular, bien delimitada, con ecos finos en su interior, de 12.96 x 8.99 cm parecida a un quiste complejo del anexo izquierdo que desplazaba al útero (Figura 1B). La información de los marcadores tumorales fue: alfafetoproteína de 3.640 ng/mL, antígeno carcinoembionario 1.37 ng/mL, Ca125: 23 U/mL, Ca19-9 11.7 U/mL, progesterona 11.7 ng/mL, hormona gonadotropina coriónica humana, fracción beta, 50 U/mL. El resto de los estudios de laboratorio se encontraron dentro de límites normales.

Ante el diagnóstico de aborto diferido del primer trimestre se decidió la intervención quirúrgica. Para localizar el cuello uterino se intentó colocar un espejo vaginal y así poder efectuar la evacuación uterina por aspiración, lo que no fue posible debido a la existencia del tumor en el hueco pélvico que comprimía en su totalidad el canal vaginal. Se realizó una laparotomía exploradora, con incisión media infraumbilical, incidiendo por planos hasta llegar a la cavidad en búsqueda del tumor anexial izquierdo.



**Figura 1.** A)Imagen ecogénica en relación con un embrión, sin frecuencia cardiaca fetal. (B) Lesión quística con imagen ovoide, de contorno regular, bien delimitado con ecos finos en su interior, de 12.96 x 8.99 cm.

Las características macroscópicas del útero eran normales (12 x 9 cm), con ambos ovarios y trompas de Falopio sin alteraciones. En el abordaje retroperitoneal se encontró un tumor de 15 x 13 x 10 cm, multilobulado (Figura 2), que durante la resección se rompió y salió material marrón claro, blando, con resección de la cápsula quística completa, sin complicaciones. Se realizó un legrado uterino para la aspiración de un aborto diferido, sin incidentes. El producto de la resección del tumor retroperitoneal y los restos ovulares se enviaron al Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Dr. Miguel Silva. La paciente evolucionó satisfactoriamente durante el puerperio postaborto y postresección del tumor retroperitoneal. La paciente fue dada de alta del hospital al segundo día, con reporte de los análisis de laboratorio normales.

Desde el punto de vista macroscópico, el tumor era de forma irregular, multilobulado, de 13 x 12 x 8 cm, de



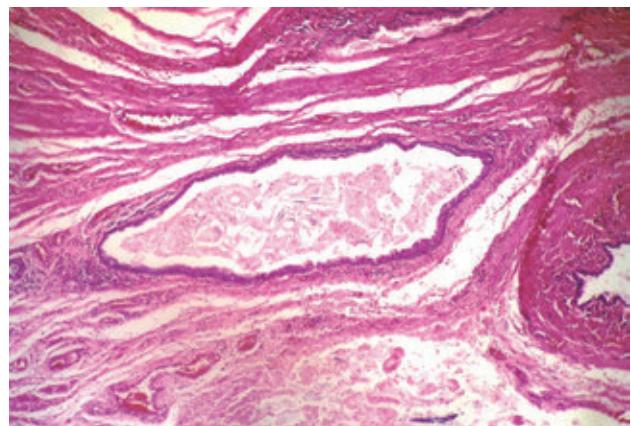
**Figura 2.** Útero, trompas uterinas y ovarios sin alteraciones. Tumor localizado en el retroperitoneo.

color marrón claro, de consistencia blanda, superficie lisa y vascularizada. Al corte se encontró de aspecto multilobulado (Figura 3), con salida de material de color amarillo claro y consistencia blanda; las paredes de los quistes eran gruesas y lisas. Se recibió otro frasco referido como restos placentarios, que contenía múltiples fragmentos de tejido de forma irregular que, en conjunto, midieron 6 x 5 x 3 cm, de aspecto esponjoso y membranoso, de consistencia blanda, rojo oscuro, y no se identificó ningún embrión.

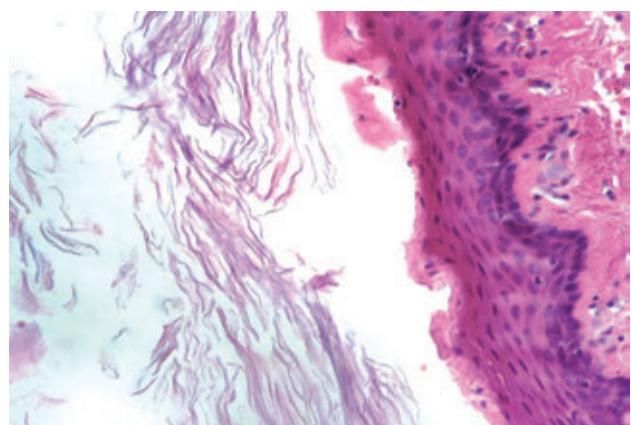


**Figura 3.** El tumor es de forma irregular, al corte de aspecto multilobulado, de paredes gruesas y lisas.

Desde la perspectiva microscópica las paredes del tumor se observaron compuestas por tejido fibroso, hialinizado, con múltiples quistes con paredes recubiertas por epitelio escamoso queratinizante, sin anexos (Figura 4), de la que se desprendían múltiples láminas de queratina (Figura 5). En otras áreas se identificó tejido adiposo y muscular maduro



**Figura 4.** El tumor está compuesto por tejido fibroconectivo, hialinizado, con vasos sanguíneos en los que se observan quistes recubiertos por epitelio escamoso queratinizante. (Tinción con hematoxilina y eosina X20).



**Figura 5.** Epitelio escamoso del que se desprenden múltiples láminas de queratina (tinción con hematoxilina y eosina X40).

(Figura 6). No se observó otro componente o áreas de malignidad. El segundo frasco contenía restos ovulares (decidua y vellosidades coriales del primer trimestre).

La paciente permanece en seguimiento por los médicos del servicio de Ginecología y Obstetricia y de Cirugía General de este hospital. Al momento de redactar este reporte habían transcurrido tres meses de la resección y la paciente se encontraba asintomática y sin recidiva de la enfermedad.

## DISCUSIÓN

Los teratomas son tumores congénitos, que derivan de células embrionarias pluripotenciales; son más frecuen-

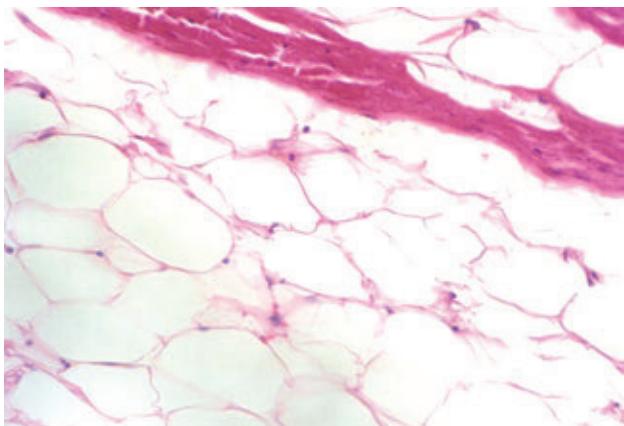


Figura 6. Tejido adiposo y muscular maduro (tinción con hematoxilina y eosina X40).

tes en el ovario, testículo, mediastino y retroperitoneo. Los teratomas retroperitoneales primarios son neoplasias más frecuentes en niños (3%) y extremadamente raras en adultos. Aparecen sin manifestaciones clínicas en 25-75% de los casos, aunque según su tamaño pueden ocasionar distensión abdominal, náusea y vómito. El hallazgo de una lesión quística anexial simple o compleja en el embarazo es un hecho frecuente, con incidencia de 1 en 2,300 embarazos. Hay dolor abdominal en 35-65% de las pacientes, aumento del volumen abdominal en relación con la edad gestacional (15%) y de 10-25% con cuadro de abdomen agudo. El dolor abdominal suele deberse a la torsión ovárica entre la octava y décima sexta semana de gestación o en el puerperio en 10-15%. Podría complicar el trabajo de parto al obstruir el canal de parto o romperse el tumor.

Los teratomas pueden confundirse con quistes o neoplasias renales, tumores ováricos, fibromas retroperitoneales, sarcoma, hemangiomas o adenopatías. La ecografía es el método más eficaz para el diagnóstico, con sensibilidad de 97%, por esto es el método de elección, por su fácil acceso, bajo costo y la seguridad materno fetal; aporta imágenes de lesión eco compleja con doble componente quístico y sólido. La TAC o la resonancia magnética pueden ser útiles porque pueden identificar diferentes componentes del tejido de la neoplasia, precisar la localización, morfología y estructuras adyacentes al tumor.

Los diagnósticos histológicos más frecuentes son: el teratoma maduro, cistadenoma y los tumores funcionales. El diagnóstico de tumor anexial puede complicarse durante la gestación y favorecer las complicaciones y ensombrecer

el pronóstico perinatal, y la decisión del mejor momento para extirpar el tumor.

El uso de los marcadores tumorales (Ca-125, AFP, GCH-B, DHL, ACE) es limitado por el propio embarazo porque puede alterar sus valores; por esto la conducta no debe condicionarse a sus resultados y si el tumor no cumple con los criterios quirúrgicos, el seguimiento es clínico y ecográfico. En la bibliografía hay poca descripción del tratamiento quirúrgico, y abunda más en el diagnóstico preoperatorio y el seguimiento. Diversos autores recomiendan la cirugía; la vía de abordaje tradicional es la laparotomía. El tratamiento quirúrgico es la excisión quirúrgica completa porque el diagnóstico definitivo no siempre es preoperatorio.

Los teratomas se clasifican en maduros e inmaduros, quísticos y sólidos o una combinación de ambos. La variedad en formas es muy extensa, en donde pueden encontrarse varios tipos de tejido maduro. Se puede reconocer: piel, pelo y estructuras dentarias que pueden contener, virtualmente, cualquier tipo de tejido, incluso ser de apariencia fetiforme. Los teratomas quísticos son, por lo general, de comportamiento benigno, a diferencia de los tumores sólidos con mayor riesgo de malignidad. De 0.25-3% pueden evolucionar a formas malignas, que consisten en tejidos diferenciados que dan lugar a carcinomas o sarcomas. La transformación maligna ocurre, por lo general, en la sexta y séptima décadas de la vida; esto es un riesgo en pacientes mayores de 40 años.

La quimioterapia o la radioterapia tienen poca utilidad terapéutica en el tratamiento de esta enfermedad. El pronóstico de los teratomas retroperitoneales suele ser bueno, con incidencia de malignidad más alta en los adultos (14-26%) y en los niños (6-7%). El seguimiento debe continuar porque un pequeño porcentaje experimenta una transformación maligna y la detección oportuna es necesaria para poder planificar el tratamiento correcto porque en este contexto el pronóstico es desfavorable.

## REFERENCIAS

1. Gatcombe HG, Assikis V, Kooby D, et al. Primary retroperitoneal teratomas: a review of the literature. *J Surg Oncol* 2004; 86:107-13.
2. Cardeña-Mamani R, Montalvan. Davila R, Castro-Racchumi M. Teratoma maduro retroperitoneal en adulto. *Patología Rev Latinoamericana* 2010;48:253-255.

3. Jean NB, Francois D, Jacques PD Jean CS, Jean FT. Primary retroperitoneal teratomas in adults. *Radiology* 1980;134:613-616.
4. A. Juárez Azpilcueta y col. Tumoraciones anexiales en el embarzo, parto y puerperio. *Clin Invest Gin Obst* 2012;39:187-189.
5. Talwar N, Andley M, Ravi B, et al. Subhepatic abscess in pregnancy- an unusual presentation of infected primary retroperitoneal teratoma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84:1127-1128.
6. Rai PK, Nayak B, Seth A. Extraordinary large primary retroperitoneal cystic teratoma: An extremely rare neoplasm. *African Journal of Urology* 2012;18:180-182.
7. L. Saba, et al. Mature and immature ovarian teratomas: CT, US, and MRM imaging characteristics. *European Journal of Radiology* 2009;72:454-463.
8. Lui H, et al. Giant Retroperitoneal teratoma in an adult. *The American Journal of Surgery* 2007;193:736-737.
9. Ozkan E, et al. Assesment of immature teratoma by 18F-FDG PET/CT. *European Journal of Radiology Extra* 2011;78:e143-e146.
10. Niall M. Jones, Edward M. Kiely. Retroperitoneal teratomas-potential for surgical misadventure. *Journal of Pediatric Surgery* 2008;43:184-187.