



# Quiste dermoide parasítico en el epiplón. Reporte de un caso

Bernal-Martínez S<sup>1</sup>, Vaca-Carvajal GJ<sup>2</sup>, Arrazola-González JA<sup>3</sup>

## Resumen

**ANTECEDENTES:** los teratomas quísticos benignos parasíticos o extragonadales son tumores relativamente raros, pues representan 0.4% de todas las neoplasias. Su localización más frecuente es el epiplón.

**CASO CLÍNICO:** paciente de 32 años de edad con antecedentes reproductivos de 3 embarazos, 2 partos y 1 aborto. Acudió al servicio médico con un estudio ultrasonográfico previo de tumor quístico pélvico de 7 x 6 cm. En nuestro hospital se realizó una laparoscopia, que detectó un tumor en el epiplón. Se extirpó sin complicaciones y la evolución de la paciente fue favorable. El reporte histológico del espécimen fue teratoma quístico benigno parasítico de epiplón. En la bibliografía solo reportan 29 casos de teratomas parasíticos en el epiplón.

**PALABRAS CLAVE:** quiste dermoide, teratoma parasitico, extragonadal, epiplón.

Ginecol Obstet Mex. 2016 Jan;84(1):60-63.

## Parasitic dermoid cyst of the omentum. Case presentation

Bernal-Martínez S<sup>1</sup>, Vaca-Carvajal GJ<sup>2</sup>, Arrazola-González JA<sup>3</sup>

## Abstract

**BACKGROUND:** Benign parasitic cystic teratomas or extragonadal tumors are relatively rare representing 0.4% of all tumors. Its most common site is the omentum.

**CASE REPORT:** A 32-year-old women. Obstetric historial: 3 pregnancies, 2 deliveries, and 1 abortion. She was admitted with a 7 x 6 cm pelvic cystic mass measured by ultrasound, laparoscopy was performed removing a pelvic cystic mass localized in omentum. The patient was discharged uneventful. Histological finding was a benign parasitic dermoid cyst of omentum. A literature review indicates that only 29 cases are reported.

**KEYWORD:** Dermoid cyst; parasitic teratoma; extragonadal; omentum

<sup>1</sup> Adscrito al servicio de Endoscopia ginecológica

<sup>2</sup> Jefe del servicio de Ginecología.

<sup>3</sup> Adscrito al servicio de Patología Clínica.

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Departamento de Reproducción Humana, Crecimiento y Desarrollo Infantil, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México.

Recibido: marzo 2015

Aceptado: octubre 2015

## Correspondencia

Dr. Sergio Bernal Martínez

Herrera y Cairo 2811

44680, Guadalajara, Jalisco.

sergiobernalmtz@hotmail.com

## Este artículo debe citarse como

Bernal-Martínez S, Vaca-Carvajal GJ, Arrazola-González JA. Quiste dermoide parasítico en el epiplón. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2016 ene;84(1):60-63.



## ANTECEDENTES

Los teratomas quísticos maduros, o quistes dermoides, representan 20 a 25% de las neoplasias ováricas. Son los tumores benignos más frecuentes de células germinales, pueden aparecer en 62% de las neoplasias ováricas en mujeres de edad reproductiva, principalmente entre los 28 y 31 años de edad.<sup>1-3</sup>

Los tumores se originan a partir de una célula germinativa, contienen ectodermo, mesodermo o endodermo y en su interior puede haber folículos pilosos, huesos, dientes, contenido graso, etc.<sup>3</sup>

Los teratomas parasíticos o extragonadales son extremadamente raros, pues su incidencia es de 0.4% de todos los teratomas. Suelen seguir estructuras en la línea media o paramediana corporal y encontrarse frecuentemente en el sacro, mediastino, testículos o retroperitoneo. Los tumores parasíticos localizados en el epiplón son aún más raros y no se conoce su incidencia.<sup>4-5</sup>

El primer quiste dermoide de epiplón fue descrito en 1734 por Lebert.<sup>6</sup> Ushakov y sus colaboradores refieren solo 29 casos descritos en la bibliografía.<sup>7</sup>

## CASO CLÍNICO

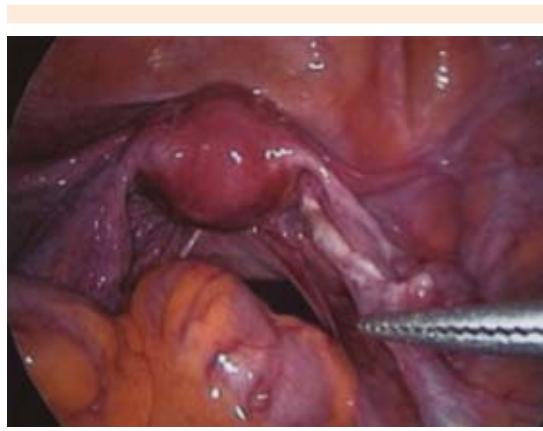
Paciente de 32 años de edad que ingresó al servicio de Endoscopia ginecológica del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde por un tumor anexial. Refirió alteraciones menstruales 9 meses previos, por lo que acudió a un centro de salud donde le solicitaron un ultrasonido pélvico que reportó un tumor en el anexo izquierdo, de consistencia líquida, de 7 x 6 cm. El tratamiento consistió en anticonceptivos hormonales por vía oral; posteriormente fue enviada a este hospital, con 3 reportes de ultrasonido pélvico y los siguientes hallazgos: tumor en el anexo izquierdo, tumor parasalpingeario derecho; la úl-

timia porción del útero y anexos sin alteraciones. Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 13 años de edad, ciclos regulares actuales (28 x 5), sin cólicos, una sola pareja, inicio de vida sexual a los 19 años, citología cervical normal; 3 embarazos que terminaron en 2 partos y 1 aborto. En la exploración física se encontraron signos vitales estables, peso de 46 kg, talla de 156 cm e índice de masa corporal de 18.9. Exploración ginecológica: útero y anexo izquierdo normales; masa móvil en el anexo derecho de 7 cm, sin dolor al desplazamiento. La determinación de marcadores tumorales Ca 125 fue de 29 mUI/mL; GCH fracción beta, antígeno carcinoembriionario y alfa-fetoproteína negativos. Se intervino mediante por laparoscopia, pneumoperitoneo con aguja de Veress, colocación de un trócar principal de 10 mm intraumbilical y dos trócares accesorios de 5 mm en las fosas iliacas. En la revisión de rutina de la cavidad abdominal y pélvica se observó un tumor quístico de aproximadamente 7 cm en el epiplón, móvil y sin adherencias (Figura 1). El útero y los anexos se encontraron sin alteraciones; sin embargo, el ovario derecho se apreció alargado, en forma de rudimento (Figura 2). Se extirpó el tumor en su totalidad mediante corriente bipolar, con pinza Plasmakinetic®, quedó íntegra; después se colocó en una endobolsa (Figura 3) y se extrajo por el trócar principal intraumbilical. El interior del quiste contenía líquido de consistencia grasa y folículos pilosos. Posteriormente se realizó la obstrucción tubárica bilateral mediante la misma pinza bipolar. El tiempo operatorio fue de 25 minutos, sin complicaciones. La estancia hospitalaria posoperatoria fue de 5 h, con evolución favorable.

El estudio histológico (muestras de cortes de la pared del quiste teñidos con hematoxilina y eosina) reportó tejido conectivo denso y áreas focales con estroma ovárico compacto, además de elementos de ectodermo como: folículos pilosos en distintas fases de maduración, su-



**Figura 1.** Quiste parasítico en el epiplón.



**Figura 2.** Útero normal y ovario derecho en forma de rudimento.

perficie interna del quiste con esfacelación del epitelio de revestimiento y, en algunas áreas, células escamosas escasas de tipo epidérmico, concluyentes con teratoma quístico o quiste dermoide maduro benigno a expensas de células germinales.

## DISCUSIÓN

Los tumores parasíticos extragonadales son extremadamente raros, pueden aparecer en el mediastino, la región sacrococcigea, retroperi-



**Figura 3.** Quiste colocado en la endobolsa.

toneal o abdominal (incluido el epiplón), incluso considerarse malignos.<sup>8-9</sup>

Se han propuesto tres teorías relacionadas con el origen de los tumores extragonadales: 1) quistes dermoides primarios producidos por células germinales desplazadas, 2) provocados por el desarrollo de algún ovario supernumerario; y 3) autoamputación del ovario, con subsiguiente reimplantación en lugares extragonadales.<sup>10</sup>

La teoría más aceptada en el caso aquí descrito puede asociarse con autoamputación, pues se encontraron áreas focales de estroma ovárico en el estudio histológico. El epiplón puede ser el sitio más frecuente en los tumores parasíticos, debido a su mecanismo de defensa en procesos de inflamación intraabdominal.

La torsión aguda de quiste ovárico interfiere con la vascularidad del órgano afectado, que resulta en congestión venosa e inflamación aséptica de la pared del quiste y, por lo tanto, necrosis por isquemia; sin embargo, en una torsión subaguda o crónica, el tumor puede adherirse a otras estructuras vecinas, por ejemplo el epiplón, y tomar una nueva circulación colateral, pero no suele separarse totalmente del órgano afectado, debido al quiste parasítico.<sup>11-12</sup>



Los hallazgos ecosonográficos pueden variar debido a la movilidad del quiste en el epiplón y desplazarse fácilmente a la parte superior del abdomen, por lo que es difícil diagnosticarlos y perderlos con facilidad. Cuando se observa el quiste en la parte superior de la pelvis, la tomografía computada es un excelente método para establecer el diagnóstico diferencial entre mesotelioma quístico, linfangioma o algún tumor maligno (liposarcoma). El tratamiento de tumores extragonadales por laparoscopia es más efectivo que por laparotomía.<sup>9,10,12</sup>

## REFERENCIAS

1. Berek SJ. Berek & Novak Gynecology. 15<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2013;413.
2. Morillo CM, Martín CF, Muñoz CV, González-Sicilia ME, González-Sicilia CE, Carrasco RS. Teratoma maduro de ovario. Estudio clínico-patológico de 112 casos y revisión de la literatura. Ginecol Obstet Mex 2003;71:447-454.
3. Briones-Landa CH, Ayala-Yáñez R, Leroy-López L, Anaya-Coeto H. Comparación del tratamiento laparoscópico vs laparotomía en teratomas ováricos. Ginecol Obstet Mex 2010;78(10):527-532.
4. Peterson WF, Prevost EC, Edmunds FT, Hundley JM, Morris FK. Benign cystic teratomas of ovary: a clinical study of 1007 cases with a review of literature. Am J Obstet Gynecol 1955;70:368-382.
5. Yoshida A, Murabayashi N, Shiozaki T, Okugawa T, Tabata T. Case of mature cystic teratoma of the greater omentum misdiagnosed as ovarian cyst. J Obstet Gynaecol Res 2005;31:399-403.
6. Lazarus JA, Rosenthal AA. Synchronous dermoid cyst of great omentum and ovary. Ann Surg 1931;93:1269.
7. Ushakov FB, Meirow D, Prus D, Libson E, BenShushan A, Rojansky N. Parasitic ovarian dermoid tumor of the omentum. A review of the literature and report of two new cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998;81:77-82.
8. Becerril GAN, Pérez MA, Sereno CJA. Teratoma pélvico retroperitoneal. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2013;81:727-732.
9. Cho SH, Hong SC, Lee JH, Cho GJ, et al. Total laparoscopic resection of primary large retroperitoneal teratoma resembling an ovarian tumor in an adult. J Minim Invasive Gynecol 2008;15:384-386.
10. Ali AA, Sall I, El Kaoui S, Buchentouf SM, et al. Teratoma of the greater omentum. Can J Surg 2009;52(3):54-55.
11. Kearney MS. Synchronous benign teratomas of the greater omentum and ovary: case report. Br J Obstet Gynecol 1983;90:676-679.
12. Khoo CK, Chua I, Siow A, et al. Parasitic dermoid cyst of the pouch of Douglas: a case report. J Minim Invasive Gynecol 2008;15:761-763.

## AVISO PARA LOS AUTORES

*Ginecología y Obstetricia de México* tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: [www.revisionporpares.com](http://www.revisionporpares.com) podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.