

Teratoma maduro de ovario como causa de abdomen agudo. Reporte de un caso

Omar Gómez-Monterrosas,* Lucía E Flores-García,* Gilberto Gómez-Garza,** Raúl Pichardo-Bahena,*** Juan P Pantoja,**** Nahum Méndez-Sánchez*****

Resumen

Los teratomas son tumores compuestos por elementos derivados de dos o más capas embrionarias. Histológicamente se dividen en: maduro, inmaduro y monodérmicos o muy especializados. Han sido descritos en varios sitios, la localización más común (83.2%) es el ovario. El 11% de las afectadas debutan con cuadro de abdomen agudo secundario a torsión o ruptura del tumor ovárico, con datos ultrasonográficos característicos en 16% de los casos. Presentamos el caso de femenino de 27 años de edad que acudió a urgencias por dolor abdominal agudo, diagnosticándose teratoma de ovario derecho.

Palabras clave: Teratoma, ovario, abdomen agudo.

Caso clínico: Paciente femenino de 27 años de edad con carga genética en segundo grado para cáncer de páncreas. Tabaquismo, consumo de alcohol y otras toxicomancias negadas. Ritmo 35 x 4, FUM 31/01/07. G0. Alérgicos, transfusionales, traumáticos, negados. Cuadro de suboclusión intestinal en el 2003 que requirió cuatro días de hospitalización, desconoce causa. Su padecimiento actual lo inició 48 horas previo a su ingreso, con dolor abdominal tipo cólico en flanco y fosa iliaca izquierdos, irradiado a fosa renal e ingle ipsilaterales, de intensidad fluctuante hasta 10/10, acompañado de náuseas y vómito en dos ocasiones, exacerbado con comidas copiosas y atenuado con la deposición y la administración de butilioscina, omeprazol y ketorolaco. Sin mejoría, por lo que acudió al Servicio de Urgencias donde se realizaron estudios de imagen y laboratorio. Niega fiebre, alteraciones en las evacuaciones y sintomatología urinaria.

* Residentes de Medicina Interna.

** Departamento de Radiología.

*** Departamento de Patología.

**** Departamento de Patología.

***** Departamentos de Investigación Biomédica, Gastroenterología y Unidad de Hígado.

Departamentos de Medicina Interna y Gastroenterología, Patología y Cirugía General

Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

Abstract

Teratomas are tumours with different tissues from one or more embryonic layers. Histologically they could be classified as mature, no mature, monodermic or very specialized teratomas. The most common localization is ovary (83.2%). Moreover 11% of patients present with acute abdominal pain secondary to torsion or rupture, only 16% of cases have specific ultrasonographic features. We present a case of 27 years old woman with acute abdominal pain caused by an ovarian mature teratoma.

Key words: Teratoma, ovary, acute abdominal pain.

Su exploración física indicó: Peso 51 kg, talla 1.65 m, índice de masa corporal 18.8 kg/m², FR 12, TA 130/80 mmHg, temperatura 36°C.

Facies álgida, palidez de piel y tegumentos, mucosas hidratadas. Tiroides no palpable, no se observa ingurgitación yugular. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, campos pulmonares con murmullo vesicular, sin estertores ni sibilancias. No se palpan adenopatías supra o infraclaviculares o axilares. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en cuadrante inferior izquierdo, sin rebote, ni datos de irritación peritoneal, no se palpan visceromegalias; percusión timpánica, peristalsis presente con adecuada frecuencia e intensidad. Giordano negativo. Extremidades con pulsos de adecuada intensidad, llenado capilar de 2", sin edema ni flogosis. Neurológicamente íntegra.

Estudios de laboratorio: Hemoglobina 15.5 g/dL, leucocitos 15,000, neutrófilos 11,900, plaquetas 287,000, glucosa 127 mg/dL, Bun 13.2, creatinina 0.84 mg/dL, sodio 137 mEq/L, cloro 105 mEq/L, potasio 3.63 mEq/L, examen general de orina reportado como normal, leucocitos en moco fecal negativos.

Estudios de imagen: Placa simple de abdomen (*Figura 1*) muestra una imagen irregular con densidad de calcio proyectada en el hueco pélvico. Ultrasonido abdominal (*Figura 2*) y tomografía computada (*Figura 3*). Tumorción dependiente de ovario izquierdo sugestiva de teratoma.



Figura 1. Placa simple de abdomen donde se aprecia una imagen irregular con densidad de calcio proyectada en el hueco pélvico.

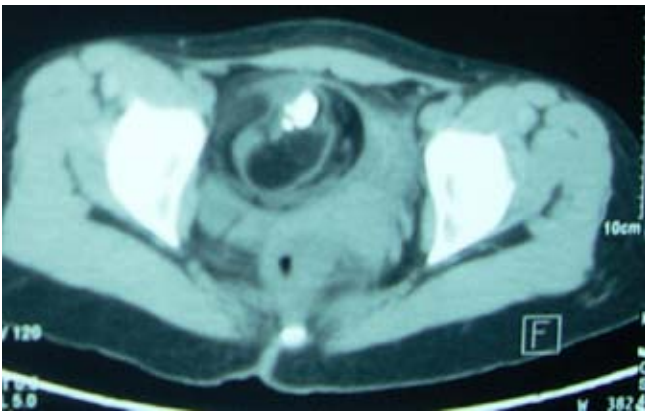


Figura 2. Cortes axiales de TAC simple a nivel de hueco pélvico, se observa lesión redondeada heterogénea de paredes regulares con calcificaciones en su interior y zonas de contenido graso.

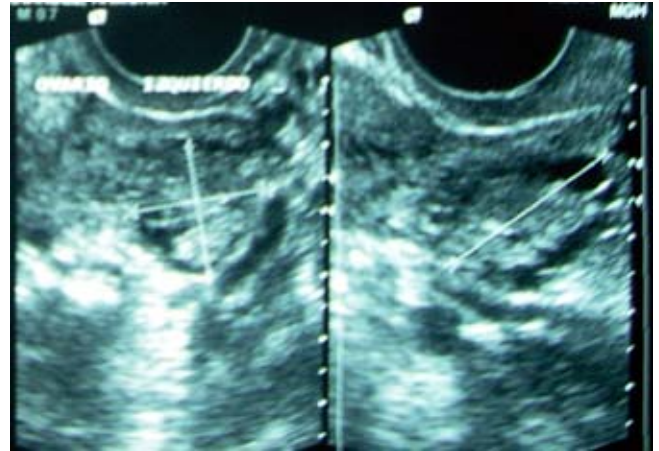


Figura 3. Ultrasonido con líquido libre en fondo de saco de Douglas, se observa ovario izquierdo con discreto aumento de volumen de aspecto heterogéneo, con escasos folículos en la periferia.

Con los estudios anteriores se concluyó que la paciente presentaba diagnóstico de abdomen agudo, secundario a teratoma ovárico. Se sometió a laparoscopia exploradora, se resecó la tumoración y el diagnóstico.

Histopatología: Teratoma quístico maduro del ovario izquierdo.

Discusión

Las neoplasias de células germinales representan el 15-20% de todos los tumores del ovario; e incluyen al disgerminoma, tumor de senos endodérmicos, carcinoma de células embrionarias, coriocarcinoma, teratoma y al tumor mixto de células germinales. Suelen aparecer durante la segunda y tercera década de la vida.¹

Los teratomas han sido descritos en una gran variedad de sitios, se estima una incidencia de cerca de 3-4 de 1,000 biopsias realizadas, la localización más común es en los ovarios, con el 83.2% de todos los casos reportados, seguido de la región sacrococcígea en el 6.3%. Otros sitios son: el cuello, el mediastino, cavidad abdominal y oral, y raramente en el omento.²

Comparado con otros tumores, los teratomas presentan una variedad de tejidos maduros histológicamente en lugar de una proliferación de células neoplásicas. Están compuestos de tejidos heterotípicos, incluyendo epidermis, tejido nervioso o cartílago maduro. Sin embargo, contienen también tejido no específico, como linfoides o estroma fibroso.³ Los teratomas son tumores

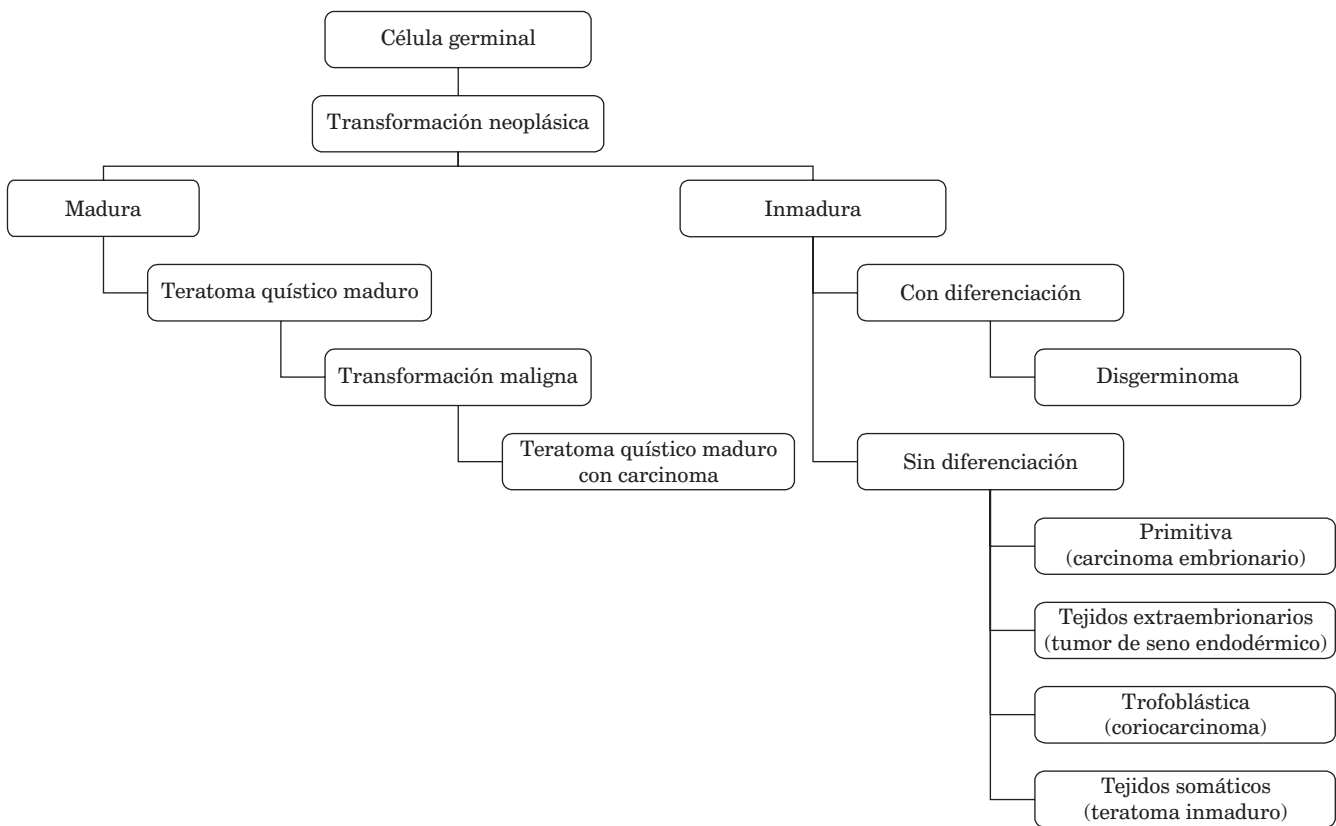


Figura 4. Secuencia postulada de la embriogénesis y diferenciación del teratoma quístico maduro.

compuestos por una variedad de elementos tisulares derivados de dos o más capas embrionarias. Histológicamente se dividen en tres grupos: 1) maduro, 2) inmaduro, y 3) monodérmicos o muy especializados.⁴

Las teorías clásicas del origen de los teratomas incluyen: gemelar incompleto, secuestro de blastómeros totipotenciales o células madres que degeneran a proliferación neoplásica, depresión de información genética totipotencial del núcleo de células somáticas, desarrollo partenogénico de células germinales.³

Debido a la incidencia de teratomas ováricos, el origen de células madre totipotenciales se postuló hace décadas, utilizando polimorfismos y enzimas, así como estudios de los cromosomas. Linder demostró que los teratomas son homocigotos para polimorfismos de cromosomas, mientras que los otros tumores de células germinales no teratomatosos son heterocigotos.⁵ Esto sugiere que el genotipo de los teratomas es adquirido durante la división meiótica secundaria.⁶

Algunos estudios, sin embargo, no demostraron la composición homocigoto de los teratomas, en su lugar

encontraron marcadores centroméricos heterocigotos y otros heteromorfismos fueron reportados, manteniendo la posibilidad de un origen pre y posmeiótico. Comparado con otros tumores, los teratomas tienen una característica histológica compuesta por una variedad de tejidos maduros arquitectónicamente.

Los teratomas inmaduros representan a su vez el 20% de las neoplasias de células germinales; generalmente son unilaterales, presentándose bilateral en 5% de los casos. Están formados por tejidos con apariencia embrionaria. Puede existir cabello, material cartilaginoso, óseo, zonas calcificadas, tejido en vías de diferenciación a glándulas, nervios y otras estructuras, encontrándose microscópicamente cuerpos hialinos positivos en tinción para alfafetoproteína (AFP).^{4,7}

Los teratomas inmaduros se clasifican en tres grados dependiendo del contenido histológico, el grado del tumor se correlaciona con el pronóstico y de él depende la aplicación de quimioterapia. Los implantes metastáticos pueden estar compuestos por tejido neuroec-

todermal en cuyo caso el grado no se incrementa pero sí disminuye el pronóstico.

El teratoma maduro o quiste dermoide representa la neoplasia más común durante el embarazo y menos del 2% maligniza. La mayoría son de aspecto quístico, se encuentran de presentación bilateral en 10-15% de los casos, y característicamente contienen cabellos y material sebáceo con consistencia de queso. Muestran una pared delgada revestida por una epidermis opaca arrugada y de color blanco grisáceo, de esta epidermis parten tallos pilosos, se pueden encontrar estructuras dentales y áreas calcificadas, así como cartílago, hueso, tejido tiroideo y otras estructuras, con la diferencia entre el teratoma inmaduro del aspecto adulto de dichos tejidos. En raras ocasiones un teratoma que es sólido está formado en su totalidad por mezclas heterogéneas de aspecto benigno, derivadas de las tres capas germinativas, probablemente tienen el mismo origen histogénico de los quistes dermoides, pero les falta el predominio de tejido ectodérmico, por lo que pueden ser difíciles de distinguir de los teratomas malignos que generalmente son sólidos (*Figura 4*).

El 11% de las mujeres debutan con cuadro de abdomen agudo, secundario a la torsión o ruptura del tumor ovárico.^{8,9}

Durante la evaluación preoperatoria, la elevación de AFP o β hGC confirma malignidad, pero su detección es difícil por lo agudo de la presentación clínica. La característica que más comúnmente define una masa ovárica como teratoma quístico en el ultrasonido, es una imagen con sombra ecogénica que puede ser dada por estructuras calcificadas como hueso o dientes, mechones de cabello, o la cavidad quística y grasa en la protuberancia de Rokinansky. Casi el 90% de los teratomas muestran esa sombra y solamente el 16% no dará estas características.¹⁰

Referencias

1. Billmire DF. Germ cell tumors. *Surg Clin N Am* 2006; 86: 489-502.
2. Prieto-Díaz-Chávez E et al. Cystic teratoma of the omentum: A case report. *Cirujano General* 2005; 27: 72-74.
3. Vortmeyer AO, Devouassoux-Shisheboran M, Li G. Mohr V et al. Microdissection-Based analysis of mature ovarian teratoma. *AJP* 1999; 154: 987-991.
4. Cotran, Kumar, Collins R. *Patología estructural y funcional*. 7ª edición. McGraw-Hill 2005: 1118.
5. Linder D, Hecht F, McCaw BK et al. Origin of extragonadal teratomas and endodermal sinus tumors. *Nature* 1975; 254: 597-598.
6. Patill SR, Kaiser-McCaw, Heitch F et al. Human benign ovarian teratomas. Chromosomal and electrophoretic enzyme studies. *Birth Defects Original Article SER* 1978; 14: 297-301.
7. Runnebaum IB, Stickeler E. Epidemiological and molecular aspects of ovarian cancer risk. *J Cancer Res Clin Oncol* 2001; 127: 73.
8. Billmire D, Vinocur C, Rescorla F et al. Outcome and staging evaluation in malignant germ cell tumors of the ovary in children and adolescents: a intergroup study. *J Pediatr Surg* 2004; 39(3): 424-9.
9. Baranzelli MC, Bouffet E, Quintana E et al. Non-seminomatous ovarian germ cell tumors in children. *Eur J Cancer* 2000; 36: 376-83.
10. Patel MD. Practical approach to the adnexal mass. *Ultrasound Clin* 2006; (1): 335-356.

Correspondencia:

Nahum Méndez-Sánchez, MD, PhD.
Departamentos de Investigación Biomédica,
Gastroenterología & Unidad de Hígado.
Fundación Clínica Médica Sur.
Puente de Piedra Núm. 150,
Col. Toriello Guerra,
Tlalpan 14050, México, D.F., Teléfono:
(+525) 55606-6222, Ext. 4215;
Fax: (+525)55 666-4031;
E-mail: nmendez@medicasur.org.mx

