



Vol. 12 Núm. 1
Ene.-Abr. 2025
pp 38-43

Quiste dermoide maduro con presentación atípica en edad pediátrica: reporte de caso clínico

Mature dermoid cyst with atypical presentation in pediatric age: case report

Marcy Ethel Espinola-Latournerie-Cerino,*
Binui Jesús Kumul-Canché,[†] Jorge Carballo-Araujo[§]

RESUMEN

Introducción: los tumores de células germinales constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias que comprenden alrededor de 20 a 25% de todos los tumores de ovario. Afectan sobre todo a niñas y mujeres jóvenes y representan la mayoría de los tumores de la población pediátrica. La incidencia de teratomas quísticos maduros es aproximadamente de 1.2-14.2 casos por cada 100,000 personas por año. Son los tumores más frecuentes entre los 10 y 30 años de edad y pueden ser hallazgos incidentales en algunos casos. **Caso clínico:** se presenta el caso de un paciente femenino de 17 años de edad, estudiante de preparatoria, originaria y residente del estado de Quintana Roo, nuligesta, nulípara, sin inicio de vida sexual, sin antecedentes crónico degenerativos referidos, únicamente con antecedente de cirugía conservadora de ovario derecho por tumor anexial en el año 2017 por teratoma ovárico maduro sin complicaciones. Se refiere paciente a unidad correspondiente y a su ingreso con hallazgos clínicos únicos: presencia de masa de aproximadamente 21 × 15 × 10 cm aparente origen de anexo izquierdo. Se realiza laparotomía exploradora sujeta a hallazgos transoperatorios, la cual se lleva a cabo sin complicaciones. Los resultados histológicos concluyen la idea diagnóstica: teratoma quístico maduro, tumoración de 19 cm de diámetro mayor con cápsula íntegra, salpinge edematosa y congestiva. **Conclusión:** el caso clínico aquí expuesto pone en la mira la heterogeneidad en el curso de la presentación clínica que puede ocurrir de manera ocasional en este tipo de neoplasias, como lo fue en nuestra paciente, la cual contaba con el antecedente de un teratoma previo contralateral de menor tamaño con histología benigna y debuta de nuevo con otra masa anexial de proporciones exageradas que saca de contexto las características clásicas del quiste dermoide maduro, por lo cual en este caso al no contarse con el estudio transoperatorio, el cual es el estándar de oro para diagnóstico de benignidad o malignidad, no se consideró la cirugía conservadora de la gónada afectada debido al riesgo incierto de tratarse de una estirpe *borderline* o con riesgo elevado de transformación maligna según expone la literatura actual.

Palabras clave: teratoma quístico maduro, incidencia, edad pediátrica, diagnóstico histopatológico, hallazgos heterogéneos.

ABSTRACT

Introduction: germ cell tumors constitute a heterogeneous group of neoplasms comprising about 20 to 25% of all ovarian tumors. They mainly affect girls and young women, accounting for the majority of tumors in the pediatric population. The incidence of mature cystic teratomas is approximately 1.2-14.2 cases per 100,000 person-years. These tumors are the most common between the ages of 10 and 30 years and they may be incidental findings in some cases. **Case report:** we present the case of a 17-year-old female patient, high school student, native and resident of the state of Quintana Roo, nulligesta, nulliparous, without sexual debut, without chronic degenerative history referred, only with a history of conservative surgery of the right ovary for adnexal tumor in

Citar como: Espinola-Latournerie-Cerino ME, Kumul-Canché BJ, Carballo-Araujo J. Quiste dermoide maduro con presentación atípica en edad pediátrica: reporte de caso clínico. Salud Jalisco. 2025; 12 (1): 38-43. <https://dx.doi.org/10.35366/121777>

* Médico residente de cuarto año de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán. Hospital General de Cancún "Jesús Kumate Rodríguez" (HGC-JKR), Secretaría de Salud (SS) de Quintana Roo, México. ORCID: 0009-0007-8801-5862

[†] Departamento de Ginecología y Obstetricia, HGC-JKR, SS de Quintana Roo, México. ORCID: 0009-0004-5432-1501

[§] Jefatura de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Gineco-Pediatría No. 7, Instituto Mexicano del Seguro Social. Quintana Roo, México.

Recibido: 06/03/2024.
Aceptado: 15/01/2025.

2017 for mature ovarian teratoma without complications. Patient is referred to the corresponding unit and on admission with unique clinical findings: soft depressible abdomen, moderately painful, prominent lower abdomen on palpation with presence of mass of approx. $21 \times 15 \times 10$ cm apparent origin from left adnexa. Exploratory laparotomy is performed subject to transoperative findings, which is carried out without complications. The histological results confirm the diagnosis idea: a mature cystic teratoma, a tumor measuring 19 cm in its largest diameter with integral capsule, edematous and congested salpinx. **Conclusion:** the clinical case presented here highlights the heterogeneity in the course of the clinical presentation that can occur occasionally in this type of neoplasm, as it was in our patient who had a history of a previous contralateral teratoma of smaller size with benign histology and debuts again with another adnexal mass of exaggerated proportions that takes out of context the classic characteristics of mature dermoid cyst; therefore, since the transoperative study was unavailable, which is the gold standard for diagnosing benign or malignant tumors, conservative surgery of the affected gonad was not considered due to the uncertain risk of it being a borderline lineage or with a high risk of malignant transformation according to the current literature.

Keywords: mature cystic teratoma, incidence, pediatric age, histopathologic diagnosis, heterogeneous findings.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de células germinales, constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias que comprenden alrededor de 20 a 25% de todos los tumores de ovario. Afectan sobre todo a niñas y mujeres jóvenes y representan la mayoría de los tumores de la población pediátrica.^{1,2}

La incidencia de teratomas quísticos maduros es aproximadamente de 1.2-14.2 casos por cada 100,000 personas-año.³ Son los tumores más frecuentes entre los 10 y 30 años de edad y pueden ser hallazgos incidentales en algunos casos. Pese a que en esta población la mayoría son benignos, existe también la posibilidad de una transformación maligna que ocurre entre 0.17-2% del total de los mismos; el carcinoma epidermoide es el más común de todas las formas de transformación maligna originadas de un teratoma benigno. El carcinoma sebáceo, originado de un teratoma maduro, es extremadamente raro. Se han reportado lesiones malignas de tipo epitelial, mesenquimatoso, neuroendocrinas (derivadas de cualquiera de las capas germinales), incluso linfoides malignas que se originaron de un teratoma maduro quístico.³ Los teratomas quísticos maduros del ovario son lesiones benignas neoplásicas de células pluripotenciales anormales. Se originan de las células germinales en una falla de la meiosis o de las células premeióticas. Esto puede consistir en múltiples células derivadas de una o más de las tres capas germinales (ectodermo, mesodermo y endodermo).³

La sintomatología en etapas tempranas y avanzadas de la enfermedad es inespecífica. Los síntomas más frecuentes se relacionan con la extensión de la enfermedad fuera de la pelvis. Estos tumores son

bilaterales en 10 a 17% de todos los casos³ y es el dolor abdominal (53%) y la inflamación (46%) de los síntomas de presentación más frecuentes, aunque también se manifiestan: edema (22%), compresión pélvica (18%), constipación intestinal (17%) y sangrado transvaginal (13%).¹

En los casos avanzados, la presencia de ascitis y derrame pleural es la norma.² También es común la expresión de lesiones que pasan desapercibidas y crecen durante algunos años hasta que provocan los primeros síntomas.¹

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente femenino de 17 años de edad, estudiante de preparatoria, originaria y residente del estado de Quintana Roo, nuligesta, nulípara, sin inicio de vida sexual, sin antecedentes crónicos degenerativos referidos, únicamente con antecedente de cirugía conservadora de ovario derecho por tumor anexial en el año 2017 en otra unidad de salud por teratoma ovárico maduro sin complicaciones; la cual el 23 de mayo del año 2022 acude al servicio de consulta externa de su unidad médico familiar por presencia de masa en fosa iliaca izquierda con aumento de tamaño, sin dolor abdominal o síntomas asociados referidos de 12 días de evolución. Se refiere paciente a la unidad correspondiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) No. 7, Unidad de Gineco-pediatría al Servicio de Cirugía Pediátrica y Gineco-Obstetricia, a su ingreso con hallazgos clínicos únicos: abdomen blando depresible, moderadamente doloroso, abdomen bajo prominente a la palpación con presencia de masa de aprox. $21 \times 15 \times 10$ cm aparente origen de anexo izquierdo.

Se realizan estudios de gabinete y laboratorio, encontrando en ecografía abdominal un útero en anteroflexión con medidas de 63 × 30 × 42 mm, bordes regulares, miometrio homogéneo, endometrio central delgado con espesor de 3 mm, cérvix central, sin alteraciones. Ovario derecho que mide 29 × 15 × 27 mm con vol. 6.6 ml, se observa patrón folicular conservado. Se observa imagen en anexo izquierdo de 119 × 75 × 77 mm con un volumen de 366 ml, de bordes regulares bien definidos, pared delgada, heterogénea, observando en su interior una imagen hiperecogénica sólida redondeada que mide 78 × 61 mm que proyecta sombra acústica, que con la aplicación de Doppler color no presenta vascularidad; el otro componente es hipoeicoico con mucha celularidad. Parametrios libres y no hay líquido libre en fondo de saco de Douglas; con una impresión diagnóstica final de hallazgo compatible con tumor de anexo izquierdo sugestivo de teratoma quístico maduro. En cuanto a estudios de laboratorio, coagulograma dentro de parámetros normales, marcadores tumorales sin alteraciones, AFP 2.06, HGC-B 0.10, CA-125 17.5, ACE 0.54. Con los datos de la paciente,

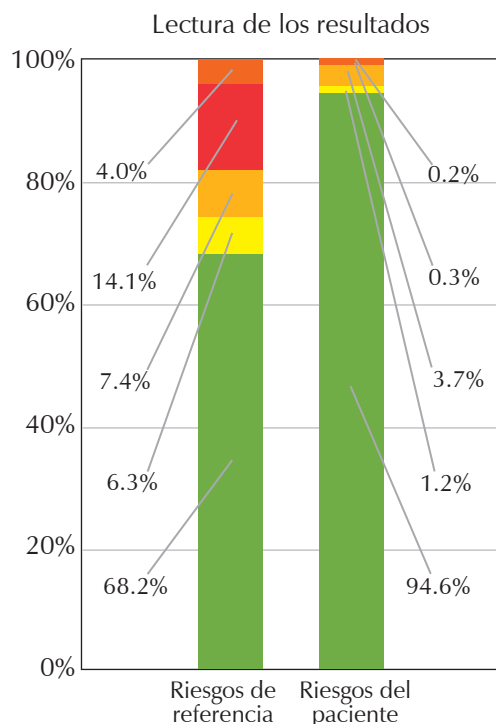


Figura 1: Gráfica de riesgos de la paciente.

Fuente: IOTA ADNEX Simple Rules and SRrisk calculator.

Riesgo metastásico		
A	■ Cáncer anexial	0.2%
B	■ Etapa de riesgo II-IV Cáncer de ovario	0.3%
C	■ Etapa de riesgo I Cáncer de ovario	3.7%
D	■ Riesgo de referencia	1.2%
► Riesgo de malignidad		
E ► Probabilidad de tumor benigno		94.7%

Figura 2: Interpretación de riesgos.

Fuente: IOTA ADNEX Simple Rules and SRrisk calculator.

estudios de gabinete y laboratorio se meten a sistema internacional y se calcula riesgo de malignidad para proceso neoplásico maligno con IOTA ADNEX Simple Rules and SRrisk calculator obteniéndose los resultados presentados en los gráficos, con 94.5% de benignidad (Figuras 1 y 2).

Por cuadro clínico y riesgo de abdomen agudo se decide realizar laparotomía exploradora abierta sujeta a hallazgos transoperatorios, la cual se lleva a cabo sin complicaciones, sangrado mínimo, en tiempo transoperatorio tumoración que abarca cavidad abdominal de manera importante, se encuentra escaso líquido cetrino en cavidad, el cual se envía para estudio, así como tumoración mixta ovárica izquierda, la cual se exterioriza con un tamaño aproximado de 20 cm de diámetro mayor, adherencias hacia retroperitoneo involucrando salpínge izquierda y masa anexial, la cual se pinza liga y corta en porción mesovascular, se realiza resección de tumoración heterogénea con aparente tejido graso y pelo, poco vascularizado, a expensas de ovario izquierdo, así como salpínge izquierda edematosa adherida a tumoración sin oportunidad de resección de tejido de la tuba (Figuras 3 a 5); ovario derecho sin alteraciones, morfología normal, se termina evento quirúrgico sin incidentes, sangrado mínimo, paciente estable en todo momento. Le fue practicada salpingooforectomía total del lado izquierdo, por daño inflamatorio y tumoración de márgenes grandes sin posibilidad de preservación de la misma ni bordes quirúrgicos



Figura 3: Tumor abarcando luz de cavidad abdominal.

que permitan preservar la gónada, sin posibilidad de estudio transoperatorio ante la carencia de oportunidad de recursos. Se extiende el alta a la paciente 48 horas después sin datos de alarma ginecológica, recuperación postquirúrgica adecuada con cita de seguimiento a la consulta externa de ginecología en dos semanas para revisión de resultados de estudio histopatológico y seguimiento posterior cada tres meses.

Al recabarse resultados de patología, éstos mencionan que se recibe pieza: ovario y salpínx izquierda que en su totalidad pesa 1,400 gramos, salpínx 5 × 0.5 × 0.4 cm café claro tubular al corte consistencia blanda, ovario de 19 × 16 × 9.6 cm superficie café grisáceo liso con trama vascular visible al corte consistencia blanda, con salida de material sebáceo con una pared de 0.3 cm, la superficie interna multiloculada ocupada por sebo y pelos, se observa nódulo de 8 × 7 cm con áreas blandas y pétreas de aspecto óseo; se concluye teratoma quístico maduro, tumoración de 19 × 22 × 99 cm de diámetro mayor con cápsula íntegra, bordes quirúrgicos limpios, salpínx edematosa y congestiva.

DISCUSIÓN

Los quistes dermoides maduros representan la mayor proporción de los tumores de células germinales, sobre todo en la edad pediátrica como es el caso presentado.

Como se ha mencionado a lo largo de los años, las características ultrasonográficas compatibles con lesiones benignas usualmente incluyen: quistes pequeños, paredes lisas, ausencia de componentes sólidos, septos y Doppler que demuestra un bajo flujo sanguíneo. Aunado a esto, los marcadores tumorales desempeñan un papel muy importante en el diagnóstico (principalmente diferencial) y el manejo del teratoma ovárico, fueron parte de los



Figura 4: Exposición tumoral y delimitación de bordes.

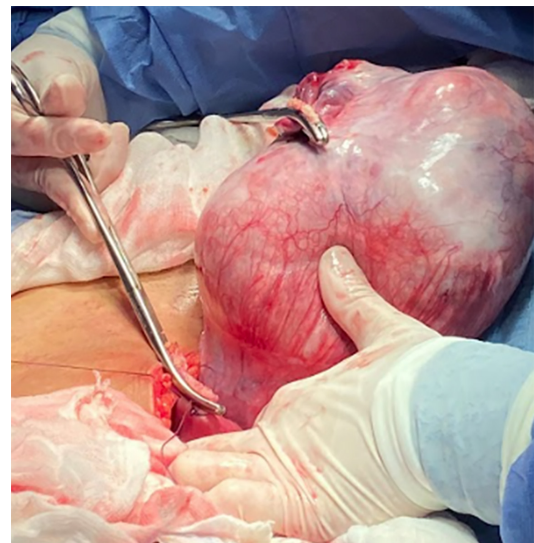


Figura 5: Realización de salpingooforectomía unilateral con bordes quirúrgicos limpios.

datos de gabinete angulares para la decisión de manejo de esta paciente. Es también necesario recalcar que, por definición, el teratoma maduro no tendrá producción hormonal de ninguna clase, pues por las características de su composición este evento resulta sumamente inusual, por lo que la negatividad en esta clase de parámetros jamás descartó la presencia de un teratoma.⁴

Es de suma importancia mencionar que este tipo de tumoraciones pueden tener características sugestivas de malignidad, como la presencia de un nódulo hipoeoico dentro de la masa, este hallazgo, en especial si presenta sombra acústica, es un fuerte indicador de teratoma. También suelen ser uniformemente hiperecoicos o con presencia de ecos lineales o punteados brillantes; ocasionalmente contienen nivel fluido-fluido, si el fluido ecogénico es no dependiente, es predictivo de teratoma (aunque esto pasa en una minoría de casos) (Figura 6).¹

Se pueden presentar calcificaciones de diferentes tamaños, y aunque son poco comunes, la presencia de glóbulos flotantes es predictivo. Independientemente a estas premisas, cualquier masa con características de teratoma debe ser evaluada con ultrasonido Doppler a color, ya que la presencia de flujo en la masa hace que el diagnóstico de teratoma maduro sea poco probable, e incrementa la posibilidad de teratoma inmaduro (maligno), *struma ovarii* u otra causa.¹ De manera típica sabemos que los indicadores de probable malignidad incluyen caracteres como: quiste > 10 cm, componentes sólidos o papilares, irregularidad, presencia de ascitis y Doppler color que demuestre un alto flujo.⁴ Esto en cuanto a la presentación común donde los teratomas inmaduros suelen ser más grandes que los teratomas maduros, con un promedio de 14 a 25 cm contra 7 cm de los teratomas benignos, los cuales a pesar de su baja incidencia (1-2% de todos los tumores de células germinales) deben tomarse en cuenta al momento del diagnóstico.⁵ La importancia de conocer su heterogeneidad de presentación radica en el contenido de elementos inmaduros y malignos tienen la capacidad de coexistir aun sin haber elevación de los marcadores séricos actuando como confusores en la mayoría de los casos. La mayoría de las veces no resulta posible contar con la certeza del tipo histológico del tumor, y por ello se recomienda una gran cautela en el abordaje quirúrgico y si surgieran nuevas dudas (principalmente a causa de las

Categoría

Tumor de células germinales

Tipo

Teratoma quístico maduro (dermoide)

Edad (años)

Mediana: 33

Lateralidad

Unilateralidad (88%)

Apariencia

Unilateralidad (58%) o multilocular (o unilocular/multilocular sólido)

Características típicas

Ecogenicidad mixta/bola blanca y sombreado de rayas: Antígeno Carbohidratado 19-9 elevado en 30%

Puntuación de color

1/2/3

Imagen



Figura 6: Características clínicas y ecográficas típicas de los diferentes subtipos histológicos de tumores anexiales.

Fuente: Timmerman D, et al.⁹

características del tumor) se recomienda también la realización de procedimientos de estadificación durante el transoperatorio.⁴

En lo que respecta al tratamiento, la única opción para los tumores de células germinales es la extirpación quirúrgica completa. Si no se logran obtener bordes quirúrgicos limpios en el estudio histopatológico, se debe plantear la reintervención. El procedimiento consistirá en ooforectomía en buena parte de las ocasiones, con principal relación al tamaño del tumor o si no se cuenta con la certeza diagnóstica de su tipo histológico en ese momento. Sólo en algunos casos selectos en los que el tumor en cuestión sea de proporciones menores, sin pérdida de tejido ovárico por la lesión o se encuentre muy bien delimitado, podrá plantearse la enucleación de la lesión en búsqueda de

preservar las funciones tanto hormonales como reproductivas de la paciente, en particular en casos excepcionales como la presentación bilateral del tumor, que representa una situación particularmente difícil, en especial en una mujer joven con deseos genésicos aún no cumplidos o pacientes con cirugías ováricas previas en las cuales sabemos que la reserva ovárica se verá modificada en la mayoría de los casos.^{4,6,7} Dadas las características de esta clase de tumores y su predominancia en mujeres jóvenes será indispensable tener en cuenta la decisión de la paciente con respecto al deseo concepcional en todo momento, en especial en el planteamiento terapéutico y luego como parte integral de su manejo, siempre en aras de proporcionar una mejor calidad de vida en relación con su función hormonal gonadal.^{4,8}

CONCLUSIÓN

Con este reporte de caso se pretende hacer énfasis en la incidencia y prevalencia de los tumores de células germinales en edades tempranas de la mujer, así como el impacto relevante que pueden llegar a tener a nivel reproductivo de las mismas, recalcando como la disparidad que puede ocurrir entre las pruebas bioquímicas y los hallazgos de gabinete, lo cual hace que el diagnóstico acertado y seguimiento oportuno de los mismos cobren importancia para la práctica clínica diaria en la actualidad.

El caso clínico aquí expuesto pone en la mira la heterogeneidad en el curso de la presentación clínica que puede ocurrir de manera ocasional en este tipo de neoplasias, nuestra paciente contaba con el antecedente de un teratoma previo contralateral de menor tamaño con histología benigna y debuta de nuevo con otra masa anexial de proporciones exageradas que saca de contexto las características clásicas del quiste dermoide maduro, no se consideró la cirugía conservadora de la gónada afectada secundaria al tamaño, pérdida de tejido ovárico y al riesgo incierto de tratarse de una estirpe *borderline* o con riesgo de transformación maligna según expone la literatura actual.

REFERENCIAS

1. Coto Chaves C, Jiménez Viquez M, Naranjo Alfaro S. Teratoma: masa anexial en mujeres jóvenes. Rev Med Sinerg [Internet]. 2019;4(6):31-39. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/243>
2. Aranda Flores C, Arteaga Gómez AC, Muñoz González D. Cáncer de ovario: diagnóstico y tratamiento. México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.; 2011.
3. Valdespino-Castillo VE, Maytorena-Córdova G, López-Matamoros I, Landa-Mejía J, Zaragoza-Vargas PE, Valdespino-Gómez VM. Teratoma quístico maduro con transformación maligna: serie de casos. Ginecol Obstet Méx. 2020;88(3):154-160.
4. Mateo-Sáñez Henry A, Mateo-Madrigal D, Dávalos-Álvarez A, Domínguez-Dorame F, Ku-González J. Preservación de la fertilidad en una paciente con teratoma bilateral. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Cir Cir. 2020;88(Suppl 2):84-89.
5. De la Peña Sifuentes A, Cepeda Nieto AC, Lugo Guevara Y. Teratoma quístico maduro en ovario con componente cerebeloso: reporte de caso fortuito. Coahuila: Universidad Autónoma de Coahuila; 2022.
6. Kurt S, Avsar HA, Dogan OE, Saatli HB, Saygili U. Effects of mature cystic teratoma on reproductive health and malignant transformation: A retrospective analysis of 80 cases. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2019;20(2):84-88. doi: 10.4274/jtgg. galenos.2018.2018.0003.
7. Sinha A, Ewies AA. Ovarian mature cystic teratoma: challenges of surgical management. Obstet Gynecol Int. 2016;2016:2390178. doi: 10.1155/2016/2390178.
8. García-Verdugo M, Quevedo-Castro E, Morgan-Ortiz F, Conde-Romero J, López-Manjarrez G, Báez-Barraza J. Manejo quirúrgico conservador del teratoma quístico maduro y riesgo de recurrencia. Rev Med UAS [Internet]. 2020;10(3):157-170. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinaloa/uas-2020/uas203h.pdf>
9. Timmerman D, Planchamp F, Bourne T, Landolfo C, du Bois A, Chiva L, et al. ESGO/ISUOG/IOTA/ESGE Consensus Statement on preoperative diagnosis of ovarian tumours. Facts Views Vis Obgyn. 2021;13(2):107-130. doi: 10.52054/FVVO.13.2.016.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Consentimiento bajo información: los sujetos de estudio aceptaron participar y firmaron consentimiento informado.

Financiamiento: ninguno.

Correspondencia:

Marcy Ethel Espinola-Latournerie-Cerino

E-mail: marcyespinola24@gmail.com