

# Teratoma grande de ovario derecho y el contralateral con cambios similares en adolescente. Reporte de un caso

Drs. Charles Sanabria\* \*\*, Lilibian Rojas \*\*, Gerardo González\*, MgSc María Montiel\*\*

## RESUMEN

*El objetivo de este trabajo es describir el caso de una adolescente de 17 años de edad con diagnóstico de teratoma grande de ovario derecho (42x35x19 cm y peso de 3 450 g) y el contralateral con cambios patológicos similares. Se practicó ooforosalingectomía derecha y cuña de ovario izquierdo verificándose cambios patológicos similares. El seguimiento por dos años fue satisfactorio. Es importante sospechar esta forma de presentación de tumores de ovario, principalmente en la adolescencia, ya que el diagnóstico suele ser difícil por lo poco frecuente y porque el examen físico y los estudios complementarios no son concluyentes.*

*Palabras clave: Teratoma. Adolescente. Ovario.*

## SUMMARY

*The aim of this paper is to describe the case of a 17 years of age diagnosed with a big ovarian teratoma right (42x35x19 cm and weight of 3 450 g) and contralateral with similar pathological changes. We practiced right oophorosalingectomy and left ovarian wedge verified similar pathological changes. The two-year follow-up was satisfactory. It is important to suspect this form of presentation of ovarian tumors, especially in adolescence, as the diagnosis is often difficult so rare and because physical examination and complementary studies are inconclusive.*

*Key words: Teratoma. Adolescent. Ovary.*

## INTRODUCCIÓN

Los tumores de ovario son infrecuentes en la etapa infantojuvenil, representan el 1 %-5 % de todos los tumores, siendo los de células germinales los más observados; estos tumores reciben tal nombre porque se derivan a partir de las células germinativas, comprendiendo tumores embrionarios y extraembrionarios, es decir, se desarrollan de las células totipotenciales y están compuestos de elementos bien diferenciados del ectodermo,

endodermo y mesodermo (1). Su principal tipo es el teratoma quístico benigno (2-4), cuya anatomía patológica se caracteriza por una cápsula gruesa, bien formada, revestida por epitelio plano estratificado. Además se pueden describir debajo de dicha cápsula, apéndices cutáneos que incluyen glándulas sudoríparas, apocrinas y sebáceas. La cavidad se llena de los detritus de éste y sus anexos, que es de color amarillo pálido, grasoso, espeso y suele contener pelo. Igualmente se han reportado tejidos tales como dientes, cartílago, plexos coroideos, falanges, tejido nervioso y en ocasiones tejido tiroideo (struma ovarii) con potencial tirotóxico o de degeneración maligna tiroidea (5). Este tipo de tumor de ovario por lo general es unilateral y raramente bilateral (0 % -9 %)

\* Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo. I.V.S.S. San Francisco. Edo. Zulia. Unidad de Desarrollo Integral y Orientación en Reproducción para Adolescente (UDIORA).

\*\* Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Maracaibo, Venezuela.

(1,6), más infrecuente aún es la presentación de un teratoma bilateral y que uno de ellos sea grande (7,8); y en vista de no encontrar publicaciones nacionales de dicha asociación en adolescentes, se reporta el caso de una paciente de 17 años de edad con diagnóstico de teratoma grande de ovario derecho y el contralateral con cambios patológicos similares.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 17 años de edad, menarquía a los 14 años, sin antecedentes patológicos, quien consulta por aumento de volumen del abdomen de seis meses de evolución, acompañado de dolor de leve intensidad. Al examen físico, signos vitales dentro de los límites normales, se aprecia el abdomen aumentado de tamaño a expensas de una tumoración blanda, lisa, dolorosa a la palpación con límites mal definidos. Estudios complementarios de hematología, bioquímica y marcadores tumorales resultaron normales. La ecografía abdominal reportó una gran estructura quística, multitabizada, con gran cantidad de ecos en su interior compatible con el diagnóstico de teratoma grande. La tomografía axial computada abdominal plantea la posibilidad de un teratoma de ovario derecho. Se practicó una laparotomía a través de una incisión mediana infraumbilical y se evidenció que el origen de la tumoración era ovario derecho, se practicó ooforosalingectomía derecha, siendo las medidas del tumor 42 x 35 x 19 cm y el peso 3 450 g, en cuyo interior mostró abundante material grumoso, pelos, tejido tipo queratina y calcificaciones (Figura 1). Se examinó el ovario contralateral tomándose una biopsia en cuña. El estudio de anatomía patológica reportó cortes histológicos teñidos con hematoxilina-eosina que muestran tumor de origen germinal conformado predominantemente por piel revestida por epitelio plano estratificado queratinizado, con presencia de anexos cutáneos (folículos pilosos y glándulas sebáceas) en la dermis subyacente (Figura 2). Apreciándose además, tejido cartilaginoso conformado por condrocitos redondeados u ovalados inmersos en un espacio claro correspondiente a las lagunas (Figura 3), y tejido nervioso caracterizado por células gliales y neuronas de histología normal (Figura 4). En la muestra identificada como ovario izquierdo se apreciaron cambios similares. Se concluye que se trata de un teratoma quístico maduro grande de ovario derecho con cambios similares en la muestra tomada en el ovario contralateral. Se ha realizado seguimiento del caso y no ha habido evidencia de recurrencia luego de dos años.



Figura 1. Teratoma grande de ovario derecho.

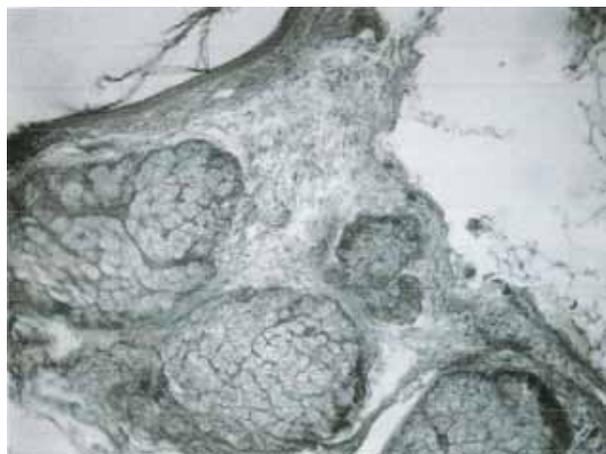


Figura 2. Histopatología del teratoma de ovario mostrando anexos cutáneos.

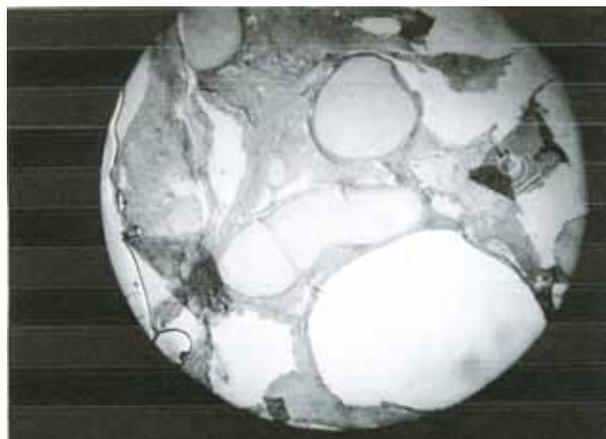


Figura 3. Histopatología del teratoma de ovario mostrando condrocitos.

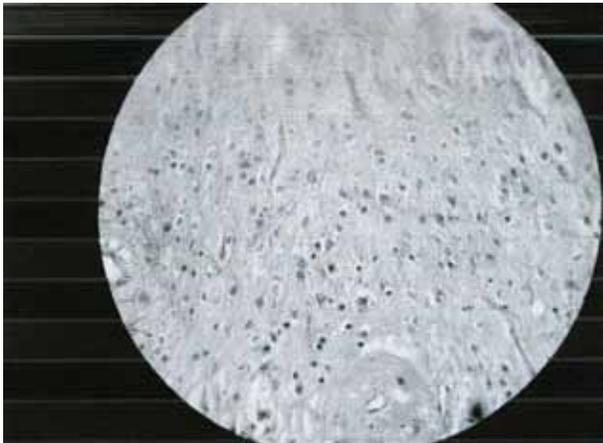


Figura 4. Histopatología del teratoma de ovario mostrando tejido nervioso.

## DISCUSIÓN

Cerca del 60 % de los tumores de ovario se presentan con evolución lenta y asintomática debido a la localización intraabdominal del mismo, lo cual retrasa el diagnóstico clínico (6), incluso se ha descrito que en ocasiones ha existido rechazo social de la paciente por presunción de un embarazo, al observarse el aumento de tamaño progresivo del abdomen (9). En algunos casos la paciente refiere síntomas compresivos tales como dolor abdominal, náuseas o dolor agudo tras torsión, hemorragia o necrosis (7), representando un cuadro que amerita atención de emergencia (6,8).

Aunque la herramienta diagnóstica más utilizada es la ecografía, porque es altamente sensible e inocua, menos de la mitad de los casos presentan las características ecográficas típicas (10,11). Mlikoti y col. (12) recomiendan ante la duda recurrir a la tomografía axial o a la resonancia magnética nuclear. Todo esto apoyado en los marcadores tumorales de ovario para orientar sobre los diagnósticos diferenciales (1). La intervención quirúrgica debe ser lo más conservadora posible para preservar la fertilidad futura de las pacientes, la cual suele realizarse por vía laparoscópica (13). Según Briceño y col. (14) el teratoma de ovario puede ser clasificado como grande según el peso (entre 0,8 y 11,3 kg) y como en el presente caso el tumor se ubicó dentro de ese rango, fue necesario abordar a la paciente a través de una laparotomía exploradora. Se practicó ooforosalingectomía derecha, ya que el gran tumor comprometió todo el ovario, realizándose exploración

de la gónada contraria tal como se recomienda en la literatura médica, con toma de biopsia en cuña por presentar cambios macroscópicos evidentes (15-17).

Llama poderosamente la atención que en este caso, en el ovario izquierdo hubo alteraciones patológicas similares al ovario derecho, es decir, se determinó la coexistencia de un teratoma quístico maduro bilateral de ovario con uno de ellos grande y esto es considerado infrecuente en la literatura médica mundial (7,8).

Una vez extirpado el teratoma se recomienda al menos un seguimiento anual mediante estudios de imágenes y clínico hasta haber completado la pubertad (6,16), en el presente caso tras un seguimiento de dos años, la paciente no mostró algún indicio de la enfermedad.

Es importante sospechar esta forma de presentación de tumores de ovario, principalmente en la adolescencia, pues el diagnóstico suele ser difícil por lo poco frecuente y porque el examen físico y los estudios complementarios no son concluyentes.

## REFERENCIAS

1. Emans S, Laufer M, Goldstein D. Ginecología en pediatría y la adolescencia. 4ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000:425-449.
2. Tejedor M, Martínez L, Alpera R, Benlloch C. Teratoma ovárico gigante: un hallazgo casual. *An Pediatr (Barc)*. 2003;59:191-192.
3. Karaman A, Nur M, Cengiz E, Karaman I, Erdogan D, Hakan Y, et al. A huge ovarian mucinous cystadenoma in a 14-year-old premenarchal girl: Review on ovarian mucinous tumor in premenarchal girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2000;21:41-44.
4. Guedes R, Goncalves C, Sucesso M, De Sousa P. Cistadenoma ovárico gigante en adolescente. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66:95-96.
5. Álvarez M, Padrón E, Hernández P, Trujillo J. Teratoma quístico de ovario con concreciones sólidas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006;71(4):263-266.
6. Fleta J, González P, Ibáñez P, Morales J, Olivares J. Teratoma bilateral de ovario. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65:267-268.
7. Templemen C, Hertweck S, Scheetz J, Perlman S, Fallat M. The management of mature cystic teratomas in children and adolescents: A retrospective analysis. *Hum Repro*. 2000;15:2669-2672.
8. Comerci J, Licciardi F, Bergh P, Gregori C, Breen J. Mature cystic teratoma: A clinicopathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. *Obstet Gynecol*. 1994;84:22-28.
9. Bou-Khair R, Frontera D, Escobar M, Gryngarten M, Succardi L. Estruma ovárico benigno: diagnóstico y tratamiento en la adolescencia. *Arch Argent Pediatr*. 2005;103:519-523.

10. De Silva K, Kanumakala S, Grover S, Chow C, Warne G. Ovarian lesions in children and adolescents- an 11-year review. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2004;17:951-957.
11. Llavaneras F, Velázquez N, Molina R. Dolor pelviano en la adolescente. En: Sánchez B, editora. *Ginecología infantojuvenil.* Caracas: Editorial Ateproca; 1997.p.225-237.
12. Mlikoti A, McPhaul L, Hansen G, Sinow R. Significance of de solid component in predicting malignancy in ovarian cystic teratomas. *J Ultrasound Med.* 2001;20:859-866.
13. Mansuria S, Sanfilippo J. Laparoscopia en las poblaciones pediátrica y adolescente. *Clín Ginecol Obstet. Temas actuales.* México: McGraw-Hill Interamericana; 2004;3:441-454.
14. Briceño C. Tumores uterinos y ováricos: ¿Gigantes? o Grandes. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007;67:3-4.
15. Cass D, Hawkins E, Brandt M, Chintagumpala M, Bloss R, Milewicz A, et al. Surgery for ovarian masses in infants, children and adolescents: 102 consecutive patients treated in a 15 year period. *J Pediatr Surg.* 2001;36:693-699.
16. Flotho C, Ruckauer K, Duffner U, Bergsträber E, Böhm N, Niemeyer C. Mucinous cystadenoma of the ovary in a 15-year-old girl. *J Pediatr Surg.* 2001;36:E6.
17. Schulín C, De Jourdan F, Merino P, Etchegaray A, Pomés C, Castiblanco A, et al. Tumores anexiales en niñas y adolescentes: experiencia del hospital clínico de la Universidad Católica de Chile, 1991-2003. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71:174-183.



## FUNDASOG DE VENEZUELA

### Brazo educativo e informativo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Informa a los Miembros Afiliados de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, que las próximas pruebas de conocimiento de la especialidad para optar a la categoría de Miembro Titular, se realizarán en el marco de los eventos de la Sociedad:

- **XXVI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología**, que se llevará a cabo del 11 al 14 de marzo de 2010, en el Hotel Eurobuilding Caracas, Caracas, DC.

Características del examen:

1. Prueba escrita.
2. Un total de 100 preguntas de selección simple, 50 de Obstetricia y 50 de Ginecología.
3. Puntuación mínima para aprobación: 15/20 puntos.

#### Información:

Sede de la SOGV y FUNDASOG de Venezuela, Maternidad Concepción Palacios, Avenida San Martín, Caracas.  
Teléfono: +58-212-461.64.42 Fax: +58-212-451.08.95