

INFORME DE CASO

Teratoma gigante de ovario derecho en paciente pediátrico. Informe de caso

Dra. Odalys Cáceres Roque¹, Dr. Jorge Cabrera Hernández¹, Dr. Yosvany Puentes González¹, Lázaro Yoan Ordóñez Álvarez², Luis Alberto Lazo Herrera²

¹Hospital Pediátrico Provincial “Pepe Portilla”, Pinar del Río, Cuba

²Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Pinar del Río, Cuba

RESUMEN

El aumento de volumen de los ovarios es frecuente en las afecciones ginecológicas, pero no en edades tan tempranas de la vida. Se presenta el caso de una paciente de cuatro años de edad que fue remitida al Hospital Pediátrico Provincial “Pepe Portilla” de Pinar del Río por dolor abdominal. Se realizaron los exámenes físico y ultrasonográfico y se le diagnosticó un tumor en el ovario derecho. Se realizó anexectomía derecha; el estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de teratoma gigante de ovario derecho.

Palabras clave: teratoma, neoplasias ováricas, tumores de células germinales, quiste dermoide

ABSTRACT

The increase in the volume of the ovaries is frequent in gynecological affections, but not at early ages of life. The case of a four-year-old patient who was referred to the Pepe Portilla Pediatric Provincial Hospital of Pinar del Río for abdominal pain is reported. Physical and ultrasonographic exams were performed and a tumor was diagnosed in the right ovary. Right adnexectomy was performed; the anatomopathological study confirmed the diagnosis of giant right ovarian teratoma.

Key words: teratoma, ovarian neoplasms, germ cell tumors, dermoid cyst

INTRODUCCIÓN

Las masas tumorales en el hemiabdomen inferior son motivo frecuente de consulta ginecológica, los quistes de ovarios son los que se diagnostican con mayor frecuencia. La posibilidad diagnóstica de un tumor de ovario es de aproximadamente un 50%.¹

Los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido, pues si bien muchos de ellos son claramente benignos, otros en su evolución pueden malignizarse. Alrededor del 75 al 85% de los tumores de ovario son, en principio, benignos.²

Los quistes gigantes de ovario son una enfermedad relativamente rara en la actualidad debido al desarrollo de la Cirugía y a los medios diagnósticos con que se cuenta. En las décadas de los setenta y los ochenta solo se informaron en la literatura mundial 20 casos de quistes; sin embargo, en países donde aún la

medicina no llega a todos de la misma manera se pueden encontrar estas curiosidades quirúrgicas.²

Con la llegada del ultrasonido a Cuba, en el año 1979, un nuevo horizonte se abrió en el diagnóstico de los tumores de ovario porque es un método efectivo, fácil de realizar, económico y no invasivo.² La ultrasonografía transabdominal y la transvaginal se aplican, como primera línea de estudio, para la evaluación de una masa pélvica aunque con limitaciones, por lo que suele complementarse con tomografía axial computadorizada y resonancia magnética nuclear.³

La palabra teratoma fue utilizada por primera vez por Virchow, en 1869, para referirse a los crecimientos sacrococcígeos.⁴ Los teratomas quísticos benignos se encuentran entre las neoplasias ováricas más comunes (15% a 25%) y son derivados de las células germinales primitivas de las gónadas embrionarias. Aparecen generalmente durante la edad reproductiva, son raros antes de la pubertad y no son infrecuentes en la menopausia. Aunque contienen derivados bien diferenciados de las tres capas germinales, generalmente predominan los elementos del ectodermo, por lo que también son denominados quistes dermoides.⁵

Todo hallazgo de una masa tumoral en el abdomen es de gran preocupación tanto para los familiares como para el médico que lo atiende; en esta ocasión se presenta un caso de teratoma de ovario derecho en una niña de cuatro años, una edad en la que no es tan frecuente que aparezca esta enfermedad.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente femenina de cuatro años de edad, de color de la piel blanco, remitida de su área de salud porque desde hace dos meses su mamá comenzó a notar un aumento de volumen de la región abdominal que creció paulatinamente hasta abarcar todo el mesogastrio, acompañado de dolor abdominal. Por ese motivo acudieron al Cuerpo de Guardia del Hospital Pediátrico Provincial "Pepe Portilla" de la Ciudad de Pinar del Río, de la provincia del mismo nombre.

Al examen físico se constató un peso corporal de 21Kg y una talla de 114cm; abdomen plano, suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio. Se palpó un aumento de volumen de contornos bien definidos y movable a nivel del mesogastrio de aproximadamente 5cm.

Valoración nutricional: peso para la talla de 75 percentiles.

Se realizaron varios exámenes complementarios:

Hemoglobina: 114g/l

Hematocrito: 0,37vol/%

Leucograma: $6,8 \times 10^9$ /l (seg: 0,58; mono: 0,02; linfo: 0,40)

Eritrosedimentación: 6mm/h

Coagulograma:

Tiempo de coagulación: 6xminuto

Tiempo de sangramiento: 1xminuto

Plaquetas: 210×10^9 /l

Coágulo: retráctil

Transaminasa glutámico oxalacética (TGO): 1,0UI/l

Transaminasa glutámico pirúvico (TGP): 1,0UI/l

Glicemia: 3,2mmol/l

Rayos X de tórax: normal

Ultrasonido abdominal: útero en anteversoflexión, de aspecto tubular, acorde a su edad. En proyección del anejo derecho, que ocupa la fosa ilíaca derecha y se extiende hasta el mesogastrio, se observa una imagen ecolúcida de aspecto quístico que mide 6x5cm, bordes nítidos, bien definida y con varias imágenes ecorrefringentes en su interior que producen una sombra sónica distal.

No se realizó ultrasonido transvaginal por tratarse de una niña de cuatro años de edad.

Marcadores tumorales:

Alfafetoproteína: 12UI/ml

Gonadotropina coriónica: 0,00mIU

La paciente fue sometida a intervención quirúrgica. Se realizó la incisión de Phannestiel (incisión transversa infraumbilical suprapúbica que se extiende hasta ambos bordes de ambos músculos rectos abdominales y mide de 10 a 15cm), se seccionaron la piel y el tejido celular subcutáneo hasta la aponeurosis, se seccionó esta y se decoló hacia arriba, hacia abajo y hacia los lados para obtener un buen campo operatorio, por último, se abrió el peritoneo en sentido vertical, se entró a la cavidad abdominal, se separó el intestino y se vio el tumor, que toma todo el ovario derecho, de aproximadamente 5cm, duro y liso. Se procedió a realizar ooforectomía con salpingectomía derecha, hemostasia y tuallet de la cavidad y el cierre por planos (figura 1).

Al segundo día de operada se encontraba con evolución satisfactoria y fue dada de alta. En la primera consulta de postoperatorio la paciente continuaba asintomática y con evolución normal.



Figura 1. Quiste de ovario derecho



Figura 2. Teratoma quístico maduro que presenta piel, dientes, cartílago y tejido adiposo en su interior

El informe del Departamento de Anatomía Patológica arrojó los siguientes resultados: se recibió una lesión tumoral redondeada, de aspecto quístico, que medía 6x5cm, de un color blanco nacarado que deja ver los vasos sanguíneos; a su apertura dejó escapar un líquido amarillento, difuso, y dejó ver en su interior

tejido graso cartilaginoso, vellos, piel y dientes. Conclusiones: teratoma quístico maduro que presentaba piel, dientes, cartílago y tejido adiposo en su interior (figura 2).

DISCUSIÓN

El diagnóstico de los tumores del ovario es de difícil determinación en etapas muy tempranas, gran número son asintomáticos y se descubren en una exploración o una ecografía.²

En la actualidad el ultrasonido, la tomografía axial computadorizada, en ocasiones la resonancia magnética, y los marcadores tumorales son elementos indispensables en la evaluación preoperatoria. Con estas herramientas el riesgo de malignidad en casos de quistes simples y marcadores tumorales negativos se reduce en forma considerable.⁶ En esta ocasión se trató de un quiste gigante de ovario derecho.

La clínica y el manejo de estos tumores estarán determinados por el crecimiento desmesurado que conlleva a una masa abdominal palpable, dolor abdominal o síntomas derivados de la obstrucción o la irritación del aparato urinario o del recto.⁷ Esta paciente presentó aumento de volumen y dolor abdominal.

Sánchez Portela y colaboradores⁸ informaron un caso al que se le practicó una histerectomía total con doble anexectomía por tratarse de un quiste gigante de ovario derecho (12,5kg) y un mioma uterino (2,5kg), además encontraron un absceso tuboovárico izquierdo. Arroyo Díaz y colaboradores⁷ notificaron sobre una paciente a la que se le practicó histerectomía total abdominal con doble anexectomía y omentectomía por la presencia de un quiste gigante de ovario derecho que pesó 21kg y Lazo Herrera y colaboradores¹ comunicaron un caso al que se le practicó anexectomía izquierda: se trataba de una paciente adolescente con un quiste gigante de ovario izquierdo que pesó 5kg. En esta ocasión se realizó ooforectomía y salpingectomía derecha porque se trataba de una paciente de cuatro años de edad que presentó un quiste gigante de ovario derecho que midió 6x5cm y pesó 520 gramos.

El término teratoma procede del griego y significa tumor monstruoso.⁹ Se origina de células totipotenciales, como las que están presentes, de forma normal, en el ovario y el testículo y, en ocasiones y anormalmente, en restos embrionarios secuestrados en la línea media. Cuando todas las partes componentes están bien diferenciadas es un teratoma benigno (maduro); cuando están menos diferenciadas, es un teratoma inmaduro, potencialmente o manifiestamente maligno.¹⁰

A menudo se denomina quiste dermoide debido a que su revestimiento se asemeja a la piel. Estos tumores o quistes contienen diversas clases de tejidos benignos, incluidos los huesos, el pelo y los dientes. Se cura al paciente mediante la extirpación quirúrgica del quiste.⁹

El teratoma quístico maduro es siempre benigno pero, en ocasiones, puede sufrir un cambio maligno en uno de sus elementos. Ocurre en el 80% de los casos durante los años reproductivos pero, a diferencia de otros tumores de células germinales del ovario, tiene amplia distribución de edades, desde la infancia

hasta la vejez. No tiene predilección en relación a la localización (derecho/izquierdo), en el ocho al 15% de los casos son bilaterales. Macroscópicamente varía en tamaño de 0,5cm a más de 40. Son de forma redonda u oval, con una superficie lisa, color gris-blanco y brillante que al corte suele mostrar pelos, sebo, material mucoide, cartílago, hueso, dientes, etc.¹¹ En esta paciente el informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica informó una lesión tumoral redondeada de aspecto quístico, de color blanco nacarado, que dejaba ver los vasos sanguíneos y que a su apertura dejó escapar líquido amarillento y difuso, en su interior había tejido graso cartilaginoso, vellos, piel y dientes.

En niñas hasta el 80% de los casos se manifiesta por dolor abdominal, que suele ser crónico, en contraste con un tercio de los pacientes, en los que puede presentarse con un abdomen agudo asociado a torsión del ovario. Las series de casos informan que hasta 1,8% de las torsiones de ovario presentan malignidad histológica; otros síntomas son: masa abdominal palpable, fiebre, constipación, amenorrea y sangrado vaginal.¹²

Los tres aspectos principales para el tratamiento óptimo son: contar con un equipo multidisciplinario especializado, extirpar el tumor íntegro (por una incisión especial) y la técnica reconstructiva correspondiente.⁶

Los quistes ováricos frecuentemente son descubiertos de modo fortuito porque mayoritariamente son asintomáticos. La simple exploración abdominal o pélvica a través del método clínico permite llegar a un diagnóstico oportuno y ofrecer mejor atención a las pacientes afectas; el tratamiento oportuno deviene en calidad de vida. Por lo infrecuente del diagnóstico, y más aún en paciente tan joven, se consideró importante compartir esta experiencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lazo Herrera LA, Benítez García L, Hernández Castillo A, Herrera Capote N. Presentación de quiste gigante de ovario en paciente adolescente. Revista Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2015 [citado 20 Jun 2017]; 11(2): 44-52. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/305/pdf>
2. Corrales Hernández Y. Quiste de ovario gigante. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2012 Ago [citado 20 Jun 2017]; 10(4): 304-309. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000400007&lng=pt
3. Mucientes HF, Mucientes BP, Heredia MF, Ojeda MS, Villanueva GJ, Correa SL, et al. Tumor de Krukenberg del ovario asociado a teratoma maduro. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2015 [citado 20 Jun 2017]; 80(1): 65-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100010&lng=es
4. Rojas Ampudia LA, Oriolo Estrada MA, Sotolongo de la Cruz M, Sanabria Negrín JG, Bencomo García AL. Presentación de un caso: teratoma sacrococcígeo. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Jul-Ago [citado 20 Jun 2017]; 18(4): 682-689. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000400014&lng=es

5. Carvallo Tapia C, Torres Cepeda D, Reyna Villasmil E. Teratoma quístico de ovario con múltiples glóbulos flotantes intraquísticos. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2016 Oct [citado 20 Jun 2017];62(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000400018&lng=es&nrm=iso
6. González Pérez D, Hierresuelo Jiménez D, Misiara Álvarez N. Quiste gigante de ovario. Rev 16 de Abril [Internet]. 2014 [citado 20 Mar 2017];53(256):99-107. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/57
7. Arroyo Díaz MJ, Díaz Gutiérrez M, García Tirada M, Gutiérrez Aleaga YL. Quiste gigante de ovario: presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2011 [citado 20 Mar 2017];9(5):[aprox. 6p]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1723/808>
8. Sánchez Portela CA, García Valladares A, Sánchez Portela CJ. Quiste gigante de ovario y mioma uterino. Presentación de un caso. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Oct [citado 20 Jun 2017];16(5):188-196. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500020&lng=pt
9. Corrales Hernández Y, Ayala Reina Z. Teratoma de ovario. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2012 Mar-Abr [citado 20 Mar 2017];10(2):144-150. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000200011&lng=es
10. Kumar V, Abbas A, Fausto N, et al. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. 8va ed. España: Elsevier; 2012.
11. Alá Paredes MC, García Severiche F, Tames Ferrufino RE, Cañedo García NA, Villarroel Salinas JC. Características anatomopatológicas del teratoma ovárico procedente de ooforectomías, en el Instituto de Gastroenterológico Boliviano-Japonés. Gac Med Bol [Internet]. 2013 Dic [citado 20 Jun 2017];36(2):86-89. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662013000200007&lng=es
12. Bautista Moreno D, Ariza-Varon M, Medina-Vega DL, Restrepo-Ángel F, Linares-Ballesteros A, Jaramillo Lina E et al. Tumores germinales gonadales en niños: experiencia de 20 años en un centro de referencia pediátrico. Rev Fac Med [Internet]. 2015 Ene [citado 20 Jun 2017];63(1):47-56. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112015000100005&lng=en

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Recibido: 1-12-2017

Aprobado: 4-4-2018

Luis Alberto Lazo Herrera. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Km 89 Carretera Central. Pinar del Río, Cuba. Código Postal: 20100 Teléfono: (53)54067001 lazoherrera96@gmail.com