

**HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE
"PEDRO AGUSTIN PEREZ"
GUANTANAMO**

**TERATOMA GIGANTE DE OVARIO.
INFORME DE UN CASO.**

Dr. Germán Azahares Leal¹, Dra. Adelaida Gómez Blanco², Dr. Joel Maya Herrera¹, Dr. Carlos Rodríguez Marcheco¹, Dra. Martha Rodríguez Fernández², Dr. Ciro Osmel García Barrera², Al. Marileyda Méndez López³.

RESUMEN

Se presenta un caso de teratoma gigante de ovario, tumor que deriva de células germinativas totipotenciales, en una paciente de 14 años de edad que ingresa por aumento de volumen del abdomen, acompañado de otros trastornos. Los estudios realizados antes de la intervención permitieron conformar la hipótesis diagnóstica que se comprueba, tanto en el momento quirúrgico como en el estudio anatomopatológico, en el que se comprueba un quiste dermoide unilateral de gran tamaño con elementos histológicos procedentes de las tres capas embrionarias. Se exponen los datos clínicos, los exámenes complementarios realizados y los resultados anatomopatológicos. Se revisa la literatura médica en relación con el caso y se exponen los detalles más significativos.

Palabras clave: TERATOMA/ cirugía; NEOPLASMAS OVARICOS/ cirugía; QUISTE DERMOIDE/ cirugía; NIÑO.

INTRODUCCION

Los tumores ginecológicos que se encuentran más frecuentemente en las niñas son de origen ovárico. Son raros, ya que representan el 1 % de la patología tumoral infantil en pacientes menores de 15 años. De ellos, los teratomas de ovarios comprenden el 20 al 40 % de los casos.^{1,2} El más frecuente es el teratoma quístico benigno, a pesar de que existen formas inmaduras que

¹ *Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica.*

² *Especialista de I Grado en Pediatría.*

³ *Estudiante de 4to. año de Medicina.*

ocupan el 1 al 3 % de los casos y formas malignas que representan aproximadamente el 1 %.³⁻⁶

Habitualmente, el teratoma se manifiesta cuando alcanza un tamaño considerable como masa visible o palpable, con síntomas compresivos, o de forma aguda.

En estos tumores, la diversidad de los tejidos procedentes de las tres capas germinativas embrionarias (ectodermo, endodermo y mesodermo) se manifiesta en las diferentes composiciones y los distintos grados de inmadurez.⁷⁻¹² Pueden ser benignos y malignos, y acostumbran a ser de gran tamaño. Generalmente contienen en su interior tejido óseo y calcificaciones gruesas que proporcionan un aspecto radiológicamente característico.

Se expone un caso donde se presenta esta enfermedad diagnosticada según criterios clínicos y anatomopatológicos, con la ayuda de los resultados de los diferentes exámenes complementarios indicados.

INFORME DEL CASO

Se trata de una paciente de 14 años de edad, con antecedentes de salud aparente, que en los últimos seis meses comenzó a presentar una rápida transformación corporal, dada por aumento de volumen del abdomen y ganancia de peso. Los familiares opinaban que engordaba como resultado de su insaciable apetito, sin saber que en sus entrañas evolucionaba un quiste de ovario que llegaría a alcanzar, literalmente, el tamaño de una pelota de baloncesto.

El quiste comenzó a provocar problemas mas allá de los visuales, ya que comprimía los intestinos y los uréteres de la niña, elevaba los hemidiafragmas y dificultaba la micción y la respiración, lo que ponía en peligro la vida de la adolescente.

Con este conjunto de síntomas es recibida en nuestro hospital, donde ingresa el 6 de febrero de 2002 en el servicio de cirugía con la impresión diagnóstica: ascitis para estudio. Como dato positivo al examen físico, solamente presentó un abdomen globuloso. La maniobra de Tarral resultó positiva (marcada ascitis). En ese momento no se comprobó crecimiento de órganos intraabdominales.

Se realizaron los siguientes exámenes complementarios:

- Hemograma
Hemoglobina: 132 g/l, hematócrito: 0.38 g/l, leucograma: $6.6 \times 10^9/l$
- Eritrosedimentación: 14 mm/h
- Urea: 2.6 mmol/l
- Creatinina: 105 mmol/l
- Acido úrico: 200 mmol/l
- Glicemia: 4.0 mmol/l
- Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP): 9 UI
- Proteínas totales: 70 g/l
- Colesterol: 4.2 mmol/l

- Coagulograma:
Tiempo de sangramiento: 1 minuto, tiempo de coagulación: 7.5 minutos, plaquetas: $298 \times 10^9/l$.

- Lámina periférica: Normal.

Tres días más tarde se realiza paracentesis, en la que se obtuvo líquido hemorrágico que al procesarse arroja los siguientes resultados:

- Cultivo: Negativo.
- Examen bacteriológico: Negativo.

- Examen citológico: Se observa contenido quístico (ascítico) que muestra un infiltrado inflamatorio crónico inespecífico negativo de células neoplásicas.

- Radiografía simple de abdomen (tres vistas): Abdomen radiopaco con calcificación en flanco izquierdo que impresiona estar localizada en la periferia de una tumoración. Impresión diagnóstica: Teratoma.

- Ultrasonografía abdominal: Gran cantidad de líquido con elementos en suspensión que parece estar encapsulado. Hígado, bazo y vesícula sin alteraciones. Ectasia renal bilateral. No se visualizan las asas intestinales suspendidas en el líquido. Útero pequeño. Impresión diagnóstica: Posible quiste gigante de ovario.

El diagnóstico es realizado por un colectivo de médicos del Hospital Pediátrico "Pedro Agustín Pérez" integrado por cirujanos, radiólogos, gastroenterólogos, pediatras y patólogos. Se arriba a la conclusión de la presencia de un teratoma *fetus in fetus*; por lo que se decide emprender inmediatamente la conducta quirúrgica.

El 14 de febrero de 2002 se realizó la intervención: anexectomía izquierda. No bastó una pequeña incisión para eliminar el teratoma. Se evacuaron diez litros de líquido serohemático de abundante contenido graso, y se pudo extraer un quiste de ovario de 9 kg de peso y cubierto por una superficie lisa muy vascularizada (Figura 1). En su contenido, además de líquido, se halló hueso bien formado, abundante pelo, glándulas sebáceas, músculos, cartílago, dientes y piel (Figura 2). Se concluyó como un teratoma gigante de ovario izquierdo.

La operación fue exitosa y la niña se recuperó rápidamente en la sala de cirugía del Hospital Pediátrico "Pedro Agustín Pérez", por lo que es egresada cinco días después.

El seguimiento por la consulta externa de nuestro servicio se realizó sin dificultades, por lo que se le concedió el alta, curada, un año después de la intervención.

DISCUSION

Los teratomas, aunque raros, son los tumores de ovario más frecuentes en la infancia. Estos derivan de células germinales totipotenciales (ectodermo, endodermo y mesodermo), por lo que contienen en su interior: pelos, uñas, dientes, músculos, tejido glandular, huesos y calcificaciones gruesas.^{6,8,10,13}

Como parte de su estructura existen zonas quísticas que alternan con sólidas. De forma general se clasifican en:

- 1- Maduros (benignos).
- 2- Inmaduros (malignos).
- 3- Monodermales o altamente especializados.

Los teratomas pueden estar localizados en varias zonas corporales, pero siempre cerca de la línea media o en las gónadas. La localización más frecuente es la sacrococcígea, seguida por la ovárica, mediastínica, intracraneal, testicular, retroperitoneal y, finalmente, el cuello y la cara.

Los clasificados como teratomas benignos no tienen marcadores tumorales; los indiferenciados pueden mostrar niveles elevados de alfafetoproteína y betagonadotropina coriónica.

El elemento típico del teratoma benigno suele ser la observación, en la radiografía abdominal, de una calcificación correspondiente al área de localización del tumor. Clínicamente, se manifiesta como una gran masa quística superior que a menudo ocupa todo el abdomen. La presentación más habitual es el dolor abdominal.

El tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica del tumor. Durante la intervención quirúrgica se debe efectuar la palpación del ovario contralateral y, cuando existan dudas sobre la posibilidad de una neoplasia, deberá realizarse una biopsia por congelación.

CONSIDERACIONES FINALES

Los teratomas, aunque raros, son los tumores de ovario más frecuentes en la infancia y la adolescencia. Los mismos pueden ser benignos y malignos, y acostumbra a ser de gran tamaño.

El tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica del tumor. Se debe efectuar la palpación del ovario contralateral y, cuando existan dudas, diagnosticar una biopsia por congelación y conducta consecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Robbins. Patología estructural y funcional. Madrid 1995; (23):1181-4.
2. Nelson. Tratado de pediatría. Madrid.
3. Teratoma gigante bilateral benigno del ovario.
conganat.sld.cu/6CVHAP/autores/trabajos/T096/
4. Teratoma quístico del ovario izquierdo con transformación maligna
conganat.uninet.edu/autores/trabajos/T052/
5. Linder D, *et al*. Patogénesis origin of benign teratomas of ovarios. Journal Med 2003: 292,19757.
6. Mutter G. Teratoma genetics and stem cells. Anat Rec 2004; 276:58-65.

7. Padilla SL, Boldt JP, McDonough PG. Possible parthenogenesis with in vitro fertilization subsequent to ovarian cystic teratoma. *Obst Gynecol*; 42(661):192.
8. Sperger JM, Chen X, Draper JS, Antosiewicz JE, Chon CH, Jones SB, *et al.* Gene expression patterns in human embryonic stem cells and human pluripotent germ cell tumors. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003; 100:13350-5.
9. PJ de Miguel MP. Turning germs cells into stem cells. *Curr Opin Genet Dev* 2003; 13:463-71.
10. Nakashima K, Colamarino S, Gage FH. Embryonic stem cells: staying plastic on plastic. *Nat Med* 2004; 10:23-4.
11. Nogales FF, Talerma A, Kubik-Huch RA, Devouassoux-Shisheboran M, Tavassoli FA. Ovarian germ cell tumours (2.3). *Who classification of tumours (Blue book). III Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs.* Edited by FA Tavassoli and MR Stratton. IARC Lyon 2003.
12. Nogales FF, Merino J, Musto ML, Botticelli L. La patología de los tumores germinales del ovario. *Avances anatomoclinicos en los últimos tres lustros. Revisiones en Cáncer Madrid* 2003; 17:175-83.
13. Nogales FF. The pathology of germ cell tumours. In: Haines and Taylor´s. *obstetrical and gynaecological pathology.* 5th Ed (Fox H. Ed) Churchill Livingstone. London 2002.

FIGURAS

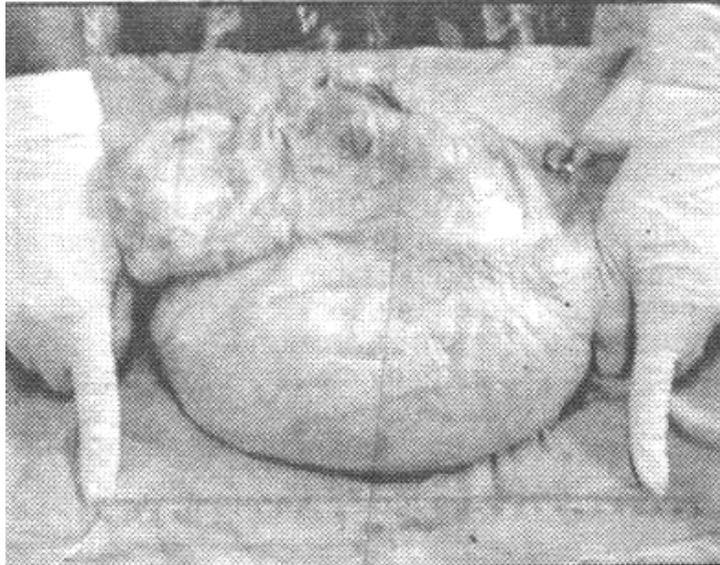


Figura 1. Tamaño del quiste de ovario extraído (aproximadamente 30 cm de diámetro).

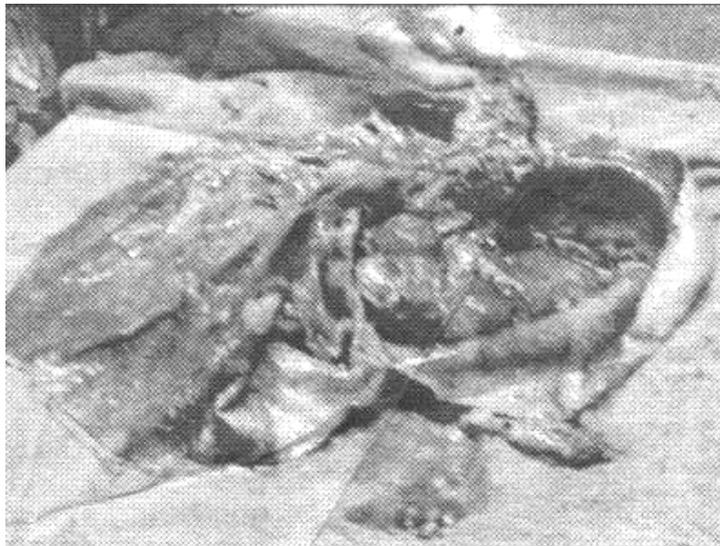


Figura 2. Presencia de contenido osteomuscular, capilar, glandula y cálcico en el quiste extraído.