

Diagnóstico imaginológico de un teratoma gigante de ovario

Imaging diagnosis of a ovary giant teratoma

Dra. Lesly Solís Alfonso,^I Cap. Jesús Francisco Álvarez Padrón,^{II} Dra. Bárbara Mercedes Paula Piñeira,^{III} Dr. Jesús Pérez Escribano^{IV}

^I Especialista de I Grado en Imaginología. Asistente. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J Finlay". La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Cirugía. Instructor. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J Finlay". La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado de Anatomía Patológica. Instructora. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J Finlay". La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Laboratorio Clínico. Asistente. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta una paciente de 85 años de edad con un teratoma gigante de ovario torcido, quien acude a consulta por dolor abdominal agudo. Al examen físico se comprobó aumento de volumen de todo el abdomen. Se realizó ultrasonido y tomografía simple de abdomen, y se encontró un gran tumor abdominal (20 cm) compatible con teratoma quístico de ovario, que debido al antecedente del dolor abdominal y las características tomográficas, se sospechó que estuviese torcido, lo que motivó el tratamiento quirúrgico inmediato y se comprobó la posibilidad diagnóstica planteada. La evolución posoperatoria resultó favorable, y una vez la paciente completamente restablecida fue dada de alta. Los teratomas constituyen un hallazgo infrecuente en la mujer anciana, no obstante, no se debe olvidar que existen.

Palabras clave: teratoma gigante de ovario, teratoma quístico de ovario, quiste dermoide.

ABSTRACT

This is the case of a female patient aged 85 presenting with a giant teratoma of a twisted ovary that came to consultation due to acute abdominal pain. At physical examination it was noted a total increase of the abdomen volume. Ultrasound was used as well as abdomen simple tomography, founding a big abdominal tumor (20 cm) compatible with the ovarian cystic teratoma that due to the abdominal pain background and the tomography features arise the suspicions of a twisted ovary, leading to the immediate surgical treatment verifying the proposed diagnostic possibility. The postoperative course was favorable and again the patient completely recovery was discharged. The teratomas are an uncommon finding in elderly woman; nevertheless, it is impossible to forget its presence.

Key words: Ovary giant teratoma, ovary cystic teratoma, dermoid cyst.

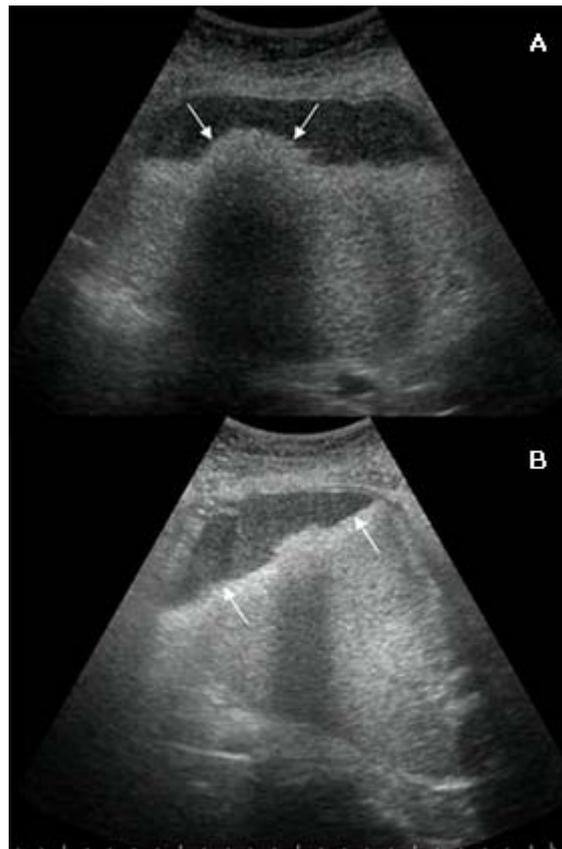
INTRODUCCIÓN

Los teratomas quísticos ocurren con relativa frecuencia y representan casi el 20 % de todas las neoplasias ováricas.^{1,2} Se presentan más frecuentemente durante los años reproductivos, con una incidencia máxima entre la segunda y cuarta décadas de la vida, y no se descubren habitualmente hasta que crecen lo suficiente para presentar una masa palpable o producir dolor abdominal debido a torsión de su pedículo. Su tamaño es variable, aunque en más del 90 % de los casos miden menos de 15 cm.³⁻⁵

El interés del caso que se presenta consistió en la avanzada edad de la paciente, el gran tamaño del tumor encontrado, así como su torsión, casos como este son muy raros en la práctica médica.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 85 años de edad, con antecedentes de salud que acude a consulta por dolor abdominal agudo; al examen físico se comprobó aumento de volumen de todo el abdomen. Se le realizó ultrasonido abdominal visualizándose una imagen compleja de aspecto tumoral en hemiabdomen inferior, con nivel líquido-líquido y nódulo ecogénico (tapón dermoide) en su interior, de aproximadamente 20 cm en su eje mayor que impresionó corresponder con un teratoma quístico de ovario (fig. 1). Seguidamente se le hizo una tomografía computarizada simple de abdomen encontrándose una imagen mixta con densidades que oscilaron entre -40 y 80 UH, con nivel líquido-líquido y tapón dermoide ya visto por ultrasonido; se observaron además calcificaciones en su interior confirmándose la sospecha diagnóstica planteada (fig. 2). Las densidades detectadas, no fueron lo suficientemente bajas (negativas) como cabría esperar en este tipo de afección, lo que junto a los datos clínicos de la paciente (dolor abdominal intenso), hizo sospechar que el tumor estaba torcido, lo cual motivó el tratamiento quirúrgico inmediato, comprobándose la existencia de un enorme teratoma quístico torcido de ovario derecho (fig. 3). La evolución posoperatoria de la paciente resultó favorable, y fue dada de alta completamente restablecida.



A: Corte coronal. Las flechas indican el tapón dermoide B: Corte sagital. Las flechas indican el nivel líquido-líquido.

Fig . 1. Ultrasonido abdominal.



A: Corte axial. Las flechas indican el tapón dermoide. B: Corte sagital. Las flechas indican las calcificaciones.

Fig. 2. Tomografía computadorizada de abdomen simple.



A: Acto quirúrgico. B: Aspecto macroscópico. Se visualizan fragmentos de pelo y hueso.

Fig. 3. Pieza quirúrgica.

COMENTARIOS

El hallazgo de un teratoma gigante en una paciente de 85 años es un hecho muy infrecuente en la práctica médica, pues suele presentarse en mujeres jóvenes en los años de vida reproductiva activa. Además se caracteriza por ser relativamente pequeño en comparación con otras neoplasias ováricas; el 75 % tienen menos de 10 cm de diámetro.³ Más de la mitad de las mujeres son asintomáticas (60-85 %),² y el dolor abdominal (48-78 %) constituye el síntoma más frecuente.⁶ A veces pueden presentarse con dolor agudo, bien por torsión o por ruptura espontánea. La torsión es infrecuente (3,5 %) produciéndose cuando el tamaño es mayor de 10 cm.

También se les conoce como quistes dermoides, se compone de tejidos derivados de las tres capas germinativas, siendo predominantes los elementos ectodermales.¹ La presencia de material sebáceo mezclado con líquido, debris y pelo en la cavidad del quiste es típica y ocurre en el 97 % de los casos. Es frecuente la existencia de una protuberancia que se proyecta desde la pared hacia la cavidad del quiste (protuberancia o tapón dermoide). El pelo presente en el tumor, normalmente surge desde dicha protuberancia, y cuando hay huesos o dientes, también tienden a estar localizados dentro de esta área. Aunque generalmente son benignos, la degeneración maligna ocurre entre el 2 y el 3 % de los casos, y más frecuentemente en el grupo posmenopáusico.^{3,7,8}

La ecografía constituye el examen de elección para el estudio de las masas pélvicas.⁹ La apariencia ecográfica es también muy variada, y va desde una masa puramente quística a una masa sólida, a veces difícil de identificar, pasando por todo tipo de masas complejas con septos, polos sólidos, niveles líquidos, etc. Probablemente la apariencia más específica sea la de una masa compleja con componentes ecogénicos, líquidos y sólidos. El signo de la "punta del tímpano" o de la "punta del iceberg" consiste en una masa muy ecogénica con sombreado posterior que oculta las estructuras que se encuentran detrás.³

La tomografía puede ser de gran utilidad debido a su capacidad de detectar sus variados componentes. Un patrón específico es el de una masa predominantemente grasa con calcificaciones en una protuberancia sólida. La demostración de un nivel dependiente de la gravedad es patognomónico y se debe a la presencia, en la cavidad del quiste, de un componente líquido seroso y de un componente sebáceo espeso, de tal manera que el material sebáceo con valores de atenuación negativos flota por encima del nivel líquido, y el material seroso con valores de atenuación "agua" se sitúa en la porción declive del quiste dermoide. La incidencia de calcificación u osificación varía del 50 al 68 %, mientras que la presencia de dientes ocurre entre el 22 y el 29 %.³

Siempre es conveniente researlos por las posibles complicaciones de rotura,¹⁰ torsión o malignización; esta última resulta más frecuente en pacientes mayores de 40 años de edad.^{7,8}

En conclusión, los teratomas constituyen un hallazgo infrecuente en la mujer anciana, no obstante, no debe olvidarse que existen y que las posibles complicaciones de rotura, torsión o malignización son más frecuentes en pacientes mayores de 40 años de edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benitez CH, Parra LR, Elorza DJ. Hypermature cystic teratoma of ovary: Observation of a rudimentary hand. *Int J Morphol.* 2006; 24(1): 67-70.
2. Añón MJ, González F, Guerrero R, García N, Beltrán M, Beltrán J. Teratoma quístico maduro de ovario con tumor carcinoide estrumal. Presentación de un caso. *Rev Esp Patol* 2005; 38(2). Disponible en: URL: <http://www.pgmacline.es/revpatologia/volumen38/vol38-num2/38-2n09.htm>
3. Pedrosa SC. Radiología Ginecológica. En: Martín García J. Diagnóstico por imagen: Volumen II de Radiología Clínica. Madrid: Ed. Interamericana de España; 2000. p. 1159-87.
4. Álvarez de la Rosa M, Padrón E, Hernández P, Trujillo JL. Teratoma quístico de ovario con concreciones sólidas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006; 71(4): 263-6.
5. Kocak M, Dilbaz B, Ozturk N, Dede S, Altay M, Dilbaz S, et al. Laparoscopic management of ovarian dermoid cysts: a review of 47 cases. *Ann Saudi Med.* 2004; 24(5): 357-60.
6. Balat Aydin A, Kutlar I, Camci C. Ruptured granulosa cell tumor of the left ovary and mature cystic teratoma of the right ovary: a case report of unusual acute abdominal syndrome. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2001; 22(5): 350-1.

7. Blasko P, Polomba C, Xynos F, Cassanello G, Zoppi J. Transformacion maligna en dos casos de teratoma maduro del ovario. Rev Hosp Priv Com 2003;6(2). Disponible en:
http://www.hpc.org.ar/pages/v_art_rev.asp?gru=4&npa=Revista%20del%20HPC%20.%20Volumen%206-Agosto/Dic.%202003-%20N%BA%202&id=17&offset=12
8. Serinsoz E, Sertcelik A, Atabekoglu C, Dunder I. Carcinoid tumor arising in a mature cystic teratoma. J Ankara Medical School. 2002;24(2):83-6.
9. Outwater EK, Siegelman ES, Hunt JL. Ovarian teratomas: tumor types and imaging characteristics. Radiographics. 2001;21:475-90.
10. Sebastiá C, Sarrias M, Sánchez-Aliaga E, Quiroga S, Boyé R, Álvarez-Castells A. Rotura de teratoma quístico maduro de ovario: hallazgos por tomografía computarizada. Radiología. 2004;46:34-7.

Recibido: 27 de abril de 2011.

Aprobado: 2 de junio de 2011.

Dra. *Lesly Solís Alfonso*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Avenida 114 y 31, Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: vicky@ida.cu