

## Casos Clínicos

# TERATOMA QUÍSTICO DE OVARIO CON CONCRECIONES SÓLIDAS

Margarita Álvarez de la Rosa R.<sup>1</sup>, Erika Padrón P.<sup>1</sup>, Patricia Hernández P.<sup>1</sup>, José Luis Trujillo C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Canarias, Universidad de La Laguna, Tenerife, España.

### RESUMEN

Se presenta un caso de teratoma quístico maduro de ovario que contiene numerosas esférulas flotantes en el quiste. Se trataba de quiste de ovario gigante en una paciente en edad fértil. Las imágenes ecográficas y de la resonancia magnética destacan por su extraordinaria rareza y se piensa que son patognomónicas de teratoma quístico. El análisis anatomopatológico confirmó este resultado.

PALABRAS CLAVES: *Teratoma quístico, ovario*

### SUMMARY

We present a case of mature cystic teratoma of the ovary containing numerous spherules floating in the cyst. Sonography and MR imaging revealed spherical structures, which is thought to be pathognomonic for a cystic teratoma. Microscopically, the pathological report confirmed this finding. The cyst appears as a massive tumor in a reproductive age patient.

KEY WORDS: *Cystic teratoma, ovary*

### INTRODUCCIÓN

Los tumores de células germinales constituyen casi el 20% de los tumores de ovario y de ellos un 95% son benignos, siendo el tipo más frecuente el teratoma maduro benigno o también denominado quiste dermoide (1).

Aproximadamente el 80% se presentan en mujeres en edad fértil. Se originan a partir de células embrionarias pluripotenciales presentes habitualmente en ovario, testículo, mediastino, retroperitoneo y región sacrocoxígea, esto explica que la coloración de las faneras del quiste coincida con el fenotipo del paciente (2).

El teratoma quístico benigno con relativa frecuencia es un tumor bilateral (del 7 al 25% según los autores) (1) y se caracteriza por una cápsula

gruesa, bien formada, revestida por epitelio plano estratificado. Bajo este se pueden encontrar una variedad de 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. Otros tejidos que se pueden encontrar son dientes, cartílago, plexos coroideos, falanges, tejido nervioso y en ocasiones tejido tiroideo (struma ovarii) con potencial tirotóxico o de degeneración maligna tiroidea.

La mayor parte de los quistes dermoides son asintomáticos y la forma más frecuente de presentación son el dolor abdominal (48%) y hemorragia uterina anormal o concomitante (15%) o aumento del volumen abdominal (15%). La rotura

de un quiste dermoide es rara, entre el 1-1,2% y constituye una urgencia quirúrgica (3).

El tratamiento es quirúrgico, siendo posible la mayor parte de las veces una resección del mismo, respetando el resto del ovario.

La ecografía constituye el modelo diagnóstico de elección y la combinación de ecografía con radiografía simple de abdomen proporciona un diagnóstico más exacto en la mayoría de los casos, siendo la resonancia magnética o la TAC el que aporte el diagnóstico diferencial.

El interés del caso que se presenta se basa en la morfología del contenido del quiste, descrita en muy escasas ocasiones en la literatura y en su iconografía.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años, nuligesta, que consulta remitida desde su médico de cabecera por dolor abdominal y sospecha de quiste gigante de ovario. Sus antecedentes médicos no presentan interés. En la exploración ginecológica presenta himen íntegro, por tacto rectal se revela gran tumoración que abomba el Douglas y que llega a 3 traveses de dedo por encima de ombligo sin poder concretar de qué anexo depende, discretamente dolorosa.

La analítica es normal y los marcadores tumorales son normales. La ecografía es informada como "imagen quística unilocular de 20 por 12 cm de contenido homogéneo mucinoso con concreciones ecodensas de 0,5 a 1 cm cada una, avascular" (Figura 1). Se completa el estudio con una resonancia magnética, cuyo informe hace re-



Figura 1. Imagen ecográfica.

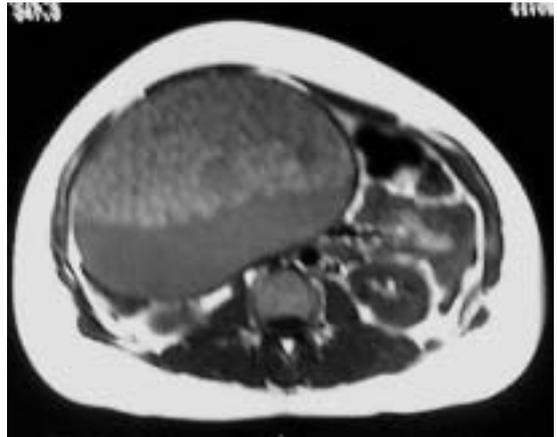


Figura 2. Imagen TAC.

ferencia a gran tumoración quística pélvica bien delimitada de 18x11x17 cm, con múltiples imágenes nodulares en su interior, con alta señal, indicativo de su naturaleza grasa. Estas formaciones flotan en el componente líquido de la tumoración y ocupan la zona más superior debido a su menor densidad (Figuras 2 y 3).

En la intervención quirúrgica se aprecia un ovario derecho tumoral, encapsulado, de superficie lisa y libre de adherencias y útero y ovario izquierdo normales. Se realiza anexectomía derecha con

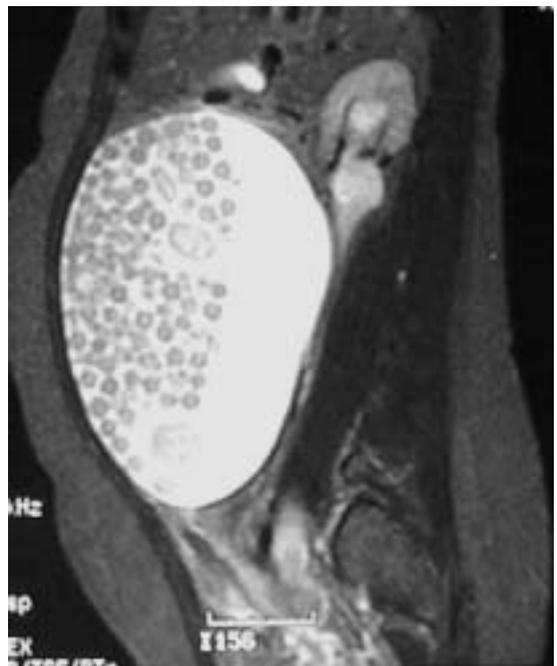


Figura 3. Imagen resonancia magnética.



Figura 4. Imagen macroscópica.

biopsia en cuña de ovario izquierdo. Se toman muestras para citología peritoneal. El aspecto de la pieza quirúrgica abierta se puede observar en la Figura 4, se trata de múltiples concreciones de 1 cm entremezcladas con pelo y líquido. La citología peritoneal no reveló indicios de malignidad. El informe anatomopatológico fue de teratoma quístico maduro de ovario derecho y ovario izquierdo normal. El postoperatorio transcurre con normalidad.

## DISCUSIÓN

De este caso destaca la extraordinaria rareza del aspecto del teratoma. El teratoma quístico

maduro de ovario se presenta en mujeres jóvenes, siendo el 60% asintomático, y el tamaño medio al diagnóstico suele ser de 7 cm (1). En el interior del tumor se suelen encontrar grasa, pelos y calcificaciones. Los teratomas quísticos suponen el 45 % de los teratomas ováricos y se clasifican según su configuración y contenido. En este caso lo más característico son las bolas, móviles con el cambio de posición de la paciente. Al contrario que en otros casos publicados no se consideró el diagnóstico diferencial con el quiste hidatídico (4) por tratarse una enfermedad que no existe en nuestro medio, pero que en caso de plantearse se resuelve con una serología.

Los casos de tumores con concreciones sólidas flotantes publicados corresponden a un tumor mediastínico, uno de retroperitoneo, otro del área otorrinolaringológica y 6 ováricos que se resumen en la Tabla I (2,4-8). La teoría etiopatogénica propuesta por la mayoría de los autores (5) supone que la grasa está líquida a la temperatura corporal y los desechos sólidos como pelo que se forman van cayendo, se rodean de grasa, solidifican y son redondos por el rozamiento entre si, por lo que a esto lo han denominado el "signo de la trufa". En un caso (8) el tumor apareció en el Douglas sin relación aparente con el ovario del que se cree que se auto amputó. Los autores suponen que a la vista de los casos publicados, el hallazgo característico de concreciones sólidas móviles en la ecografía y la resonancia pueden

Tabla I  
PUBLICACIONES DE TUMORES CON CONCRECIONES SÓLIDAS FLOTANTES

Autor	Otigbah (5)	Rathod (7)	Kawamoto (6)	Rao (2)	Canda (4)	Kobayashi (8)
Año	2000	2000	2001	2002	2004	2006
Edad (años)	39	32	24	60	57	61
Antecedentes	No	N/D	No	No	No	N/D
Tamaño (cm)	10x7x18	15x20	22x24x12	18x25	32	"cabeza de niño"
Marcadores tumorales	N/D	N/D	Positivo*	N/D	Negativos	Negativos
Pelos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Niveles grasos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Dientes, huesos o calcificaciones	No	No	Sí	No	No	Sí
Malignidad	No	No	No	No	No	No
Tratamiento	Anexectomía, Bpx ovario izquierdo	Ovariectomía	Ovariectomía	Ovariectomía	Anexectomía, Bpx intraoperatoria	Tumorectomía

\*Ca 19: 939U/mL (valor normal: <35U/mL).

Bpx: biopsia.

N/D: no descrito.

asegurar el diagnóstico patognomónico de teratoma quístico de ovario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
  2. Rao JR, Shah Z, Patwardhan V, Hanchate V, Thakkar H, Garg A. Ovarian cystic teratoma: determined phenotypic response of keratocytes and uncommon intracystic floating balls appearance on sonography and computed tomography. *J Ultrasound Med* 2002;21(6):687-91.
  3. 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.
  4. Canda AE, Astarcioglu H, Obuz F, Canda MS. Cystic ovarian teratoma with intracystic floating globules. *Abdom Imaging* 2005;30(3):369-71.
  5. Otigbah C, Thompson MO, Lowe DG, Setchell M. Mobile globules in benign cystic teratoma of the ovary. *BJOG* 2000;107(1):135-8.
  6. Kawamoto S, Sato K, Matsumoto H, Togo Y, Ueda Y, Tanaka J *et al.* Multiple mobile spherules in mature cystic teratoma of the ovary. *Am J Roentgenol* 2001; 176(6):1455-7.
  7. Rathod K, Kale H, Narlawar R, Hardikar J, Kulkarni V, Joseph J. Unusual "floating balls" appearance of an ovarian cystic teratoma: sonographic and CT findings. *J Clin Ultrasound* 2001;29(1):41-3.
  8. Kobayashi Y, Kiguchi K, Ishizuka B. Mature cystic teratoma of the pouch of Douglas containing multiple mobile spherules. *Int J Gynaecol Obstet* 2006;92(1): 81-2.
-