

Tumor de células germinales: Teratoma inmaduro

Presentación de un caso.

Dr. Jaime Sánchez Sabando
Dr. Edison Castañeda Román
Dr. José F. De la Rosa Villao

ABSTRACTO

Presentamos el caso de una paciente de 30 años de edad, enviada al ION SOLCA por presentar gran masa abdominal, la misma que se originaba desde región pélvica, hasta el epigastrio y que, según reporte de TAC correspondería a tumor de anexo derecho. Se realizó laparotomía exploradora, logrando extirpar en su totalidad la tumoración y cuyo estudio histopatológico reporta teratoma maligno o inmaduro.

Palabras claves: Masa abdominal, teratoma maligno, teratoma inmaduro Abstract

ABSTRACT

We present the case of a woman, 30 year old, that she presented great abdominal mass, from pelvic region until the epigastrium, and that, according to report of TAC it would be a tumor of right ovary. The mass was extirpated and the report of pathology was immature teratoma.

Key Words: Abdominal mass, malignance teratoma, immature teratoma

Introducción

Los tumores de células germinales constituyen el 15 al 20 % de todos los tumores malignos en la mujer. Su mayor incidencia es en las mujeres jóvenes, en las que puede constituir hasta el 80 %. En un pequeño número son funcionales, dando manifestaciones relacionadas especialmente a maduración sexual precoz, pero esto tiende a ser más común en las pacientes que presentaron disgerminoma combinado con otros elementos neoplásicos de células germinales, especialmente el coriocarcinoma. En el 60% de estas pacientes los marcadores tumorales como la alfafetoproteína, la gonatropina coriónica y el ca 125 están elevados. (1)

Dentro de los tumores ginecológicos de células germinales el mas frecuente es el disgerminoma, y puede aparecer a cualquier edad desde la infancia hasta la vejez, los casos informados fluctuaron entre los 7 meses y los 70 años, siendo el tumor del seno endodérmico el que lo sigue en frecuencia. En las mujeres mayores el tumor maligno mas frecuente proveniente de células germinales es el tumor de celulas estromales.(2)

En el presente artículo tenemos la oportunidad de reportar un caso de una paciente de 30 que presento un teratoma maligno, por lo que exponemos las características clínicas de esta patología, que como observamos en el cuadro 1 forma parte de un gran grupo de tumores de ovario originados de las células germinales, haciendo hincapié en el manejo correcto del mismo.

Correspondencias y Separatas:

Dr. Jaime Sánchez S.
Servicio de Ginecología Oncológica
ION Solca Guayaquil
Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)
Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

Cuadro No.1 (3)

Clasificación de la OMS modificada de los TCG

1. Tumores de células germinales
 - A. Disgerminoma
 - B. Tumor del seno endodérmico
 - C. Carcinoma de células embrionarias
 - D. Poliembrioma
 - E. Coriocarcinoma
 - F. Teratoma
 1. Inmaduro
 2. Maduro (quiste dermoide)
 3. Monodérmico
 - G. Formas mixtas
2. Tumores compuestos de celulas germinales y derivados del estroma del cordón sexual

Reporte del Caso Clínico.

Paciente de sexo femenino, 30 años de edad, raza mestiza sin antecedentes patológicos personales o familiares. Derivada al Instituto Oncológico Nacional "Dr Juan Tanca Marengo" – SOLCA en Febrero de 2005 con cuadro clínico de 10 meses de evolución aproximadamente, caracterizado por crecimiento progresivo de masa abdominal, acompañada de pérdida de peso, por lo que fue intervenida quirúrgicamente encontrándose una gran masa abdominal, líquido ascítico e implantes nodulares en superficie hepática, de acuerdo a lo que indicaba el record operatorio enviado. Al examen físico practicado en el servicio de ginecología del instituto, detectó palidez generalizada, marcada pérdida de peso con disminución de panículo adiposo, campos pulmonares con



disminución del murmullo vesicular bilateral, y en abdomen se palpa masa abdominal cuyo borde superior llega hasta apéndice xifoides, fija y poco dolorosa y circulación colateral. En estudios complementarios se detectó anemia marcada con un hematocrito 23% y hemoglobina de 8mg/dl, por lo que se transfunde 2 unidades de sangre. La dosificación del marcador CEA 125 fue de 227,4 U/ml .

La TAC de abdomen y pelvis, reporta derrame pleural derecho, así como un proceso expansivo que se extiende desde la región pélvica hasta el epigastrio, de aspecto heterogéneo, con vegetaciones en su interior y tabiques gruesos que ejercen un efecto de masa sobre los órganos adyacentes y sobre las estructuras vasculares produciendo desplazamiento de los mismos. Fig. 1-2.



Fig 1. Tomografía que muestra la tumoración desplazando al hígado y estómago.

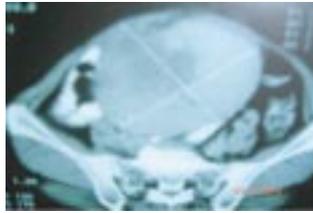


Fig 2. Observamos gran masa tumoral que comprime grandes vasos y retroperitoneo.

Fue sometida a una nueva laparotomía exploradora en la que se observó una gran masa tumoral que ocupaba toda la cavidad abdominal. Fig. 2,3,4. Se procedió a realizar una resección completa de la masa tumoral observándose que era dependiente del ovario derecho.(Fig. 5) Una vez extirpada, se envía a estudio patológico por congelación cuyo reporte fue positivo para malignidad. Por el tamaño de la tumoración, así como la evidente infiltración a la pared abdominal anterior y la presencia de ganglios en epiplón, se procedió a realizar cirugía citorreductora con salpingo ooforectomía izquierda, histerectomía total, omentectomía y apendicectomía profiláctica, así como colecistectomía por una colecistitis alitiásica. Al aspecto macroscópico de la tumoración, medía 35 x 24 cm.,



Fig 2. Movilizando el tumor dentro de la cavidad abdominal.



Fig 3. Separando adherencias de la cápsula y la pared abdominal.



Fig 4. Excéresis completa de la tumoración.

pesaba 8,5 kilos, de forma y superficie irregular, lobulado, gris violáceo, blando cubierto por una cápsula rota en algunas partes, al corte se detecta una masa compacta, heterogénea con áreas amarillentas, blancas, blandas y firmes, con focos de necrosis y hemorragias.

El estudio microscópico reveló tratarse un teratoma inmaduro, con infiltración de la cápsula e invasión a la pared abdominal.



Fig 5. Tumoración in situ.



Fig 6. Al corte muestra áreas de necrosis y zonas blanquecinas.



Fig 7. Fijación con formol.



Fig 8. Microfotografía que muestra formación cartilaginosa.

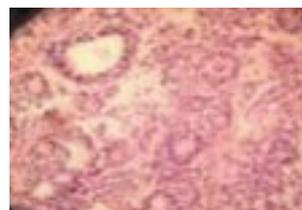


Fig 9. Microscopia con neuroepitelio inmaduro y formación glandular con áreas de rotura de la cápsula.



DISCUSIÓN

Si bien es cierto que el cáncer de ovario ocupa el cuarto lugar dentro de la ginecología oncológica, después del cáncer de mama, endometrio y cérvix, éste sigue siendo el que tiene mayor mortalidad debido principalmente a la dificultad de diagnóstico precoz y que la mayoría se diagnostican en estadios avanzados. Lo anterior es

tanto para los tumores de células germinales como epiteliales. Dentro de los primeros los teratomas son como establecimos los sextos en cuanto a prevalencia, siendo muy importante la diferenciación entre teratoma maduro que son considerados benignos, de los inmaduros o malignos.

Estos últimos a diferencia de los teratomas quísticos maduros, se encuentran mas frecuentemente en los años fértiles, aunque ocurra en todas las edades. El teratoma inmaduro tiene una incidencia a una edad específica, ya que ocurre con mayor asiduidad en los primeros veinte años de la vida y es casi desconocido después de la menopausia (4). Macroscópicamente son tumores sólidos con áreas quísticas variables, pueden contener tejidos maduros como hueso o cartílago. En la microscopía predomina el neuroepitelio inmaduro (3,4), sus componentes inmaduros pueden sufrir una maduración espontánea, o bajo la influencia de quimioterapia (5), el compromiso ovárico bilateral es poco común, aunque el 10%-15% de las pacientes presenta un teratoma maduro contralateral (5)

El teratoma inmaduro es el único tumor de células germinales en el cual la gradación histológica conlleva importancia pronóstica y puede ser el principal determinante de la enfermedad metastásica. (6)

El examen físico nos puede orientar hacia una posible neoplasia de ovario, pero este método es muy poco específico y sensible. El CA-125 o antígeno carcinogénico 125 está elevado en un 70-80 % de los tumores epiteliales malignos de ovario; desgraciadamente sólo está elevado en menos mitad de los estadios precoces, lo que la hace inadecuada para cribado. Además, un grupo importante de enfermedades benignas se asocia a una elevación de este marcador.

La ecografía pélvica, transvaginal y la TAC son los métodos diagnósticos por imágenes en la actualidad más utilizados, se pueden realizar conjuntamente con determinación de CA 125, aunque este método encarece el estudio.

La cirugía sigue siendo la forma de tratamiento que prima en este tipo de cáncer, Para poder acceder a todas las zonas consideradas de riesgo, incluido el espacio supramesocólico y el peritoneo de las cúpulas diafragmáticas, la incisión debe ser necesariamente amplia,

en la línea media, desde xifoides a pubis. La exploración debe ser minuciosa y en especial debe hacerse por cirujanos experimentados, ya que en ocasiones, en que hubo una manipulación previa sin la debida reglamentación quirúrgica, se pueden dejar siembras tumorales en otras partes del abdomen. La quimioterapia adyuvante, permite mejorar la sobrevida en las pacientes con tumores de células germinales, aunque en muchas ocasiones, el pronóstico dependa más bien del tamaño y del grado histológico del tumor.

En nuestro caso observamos que se presentó en una paciente que comienza la tercera década de la vida, se la ubicó como estadio IIIB por tener un tumor grande, extrapélvico con implantes peritoneales probablemente inducidos por la manipulación previa, sin que se hayan tomado las medidas oncológicas apropiadas, habiendo sido, incluso declara fuera de recursos terapéuticos específicos.

La excéresis de la tumoración fue dificultosa debida a las múltiples adherencias de la cápsula con el peritoneo. Mediante el consentimiento informado, una vez obtenido el reporte de malignidad se decide realizar la citorreducción, de acuerdo al protocolo de tratamiento que para estas patologías rige en nuestro instituto. La paciente es derivada al servicio de Oncología Clínica para continuar con quimioterapia adyuvante con carácter urgente.

CONCLUSIÓN

Por todo lo anteriormente expuesto concluimos que el tratamiento del cáncer de ovario debería realizarse idealmente en centros de referencia con suficiente experiencia y los apropiados recursos humanos y técnicos que puedan estudiar adecuadamente el caso.

Como ya establecimos anteriormente a congelación es el gold estándar en el manejo de la masa pélvica.

Es imperativo buscar nuevas formas de detección precoz, los mismos que permitan un estudio seriado y que incluso nos puedan dar una forma inicial de tratamiento, tal es el caso de la laparoscopia, que en la actualidad está dando buenos resultados para el manejo temprano del cancer de ovario.

Bibliografía

1. Sitio Web del Instituto Nacional del Cáncer (NCI): <http://www.cancer.gov/LiveHelp>, asistencia en línea del NCI, en vivo, en inglés: <https://cissecure.nci.nih.gov/livehelp/welcome.asp>.
2. Griffiths, C.T, Silverstone. A, Tobias J. Benjamin E. Gy necologic Oncology.Edit. Mosby-Wolfe. Londres. 1997.
3. Clasificación de la O. M. S. de los tumores del Ovario 1994., citada por Talerman A. Ovarian Pathology. Current Op.Obst Gyn 1992; 4:608815(1992).
4. Whittemore A. S, Harris R, Itnyre J. Characteristics relating to ovarian cancer risk: Collaborative analysis of 12 US case-control studies. Am J. Epidemiol 1992; 136: 1184-1203.
5. Tornos C., Silva EG: Pathology of Epithelial Ovarian Cancer :Obst Gyn Clin N. A. 1994; 21:63-78.
6. Disaid/Creasman: Tumores de células germinales, del estroma y otros tumores ováricos: Ginecología oncológica 1998; 12: 315-316.

