

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 **

* Jefe Servicio Ginecología Quirúrgica Oncológica Instituto Oncológico Nacional ION - SOLCA

** Médicos Residentes Servicio de Cirugía General Instituto Oncológico Nacional ION - SOLCA

ABSTRACTO

Presentamos el caso de una paciente de 30 años de edad, que presenta 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 clave: Masa abdominal, teratoma maligno, teratoma inmaduro.

ABSTRACT

We present the case of a 30 year old women, which presents a great abdominal mass, the same that was originated from the pelvic region, to the epigastric and that, according to report of CT scan it would correspond to tumor of right annex. It was carried out a exploratory laparotomy, being able to extirpate the entire the tumor Histopathological study reports teratoma malignant or immature teratoma.

Key Words: Abdominal mass, malignante 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 porcentaje son funcionales, dando manifestaciones relacionadas especialmente a maduración sexual precoz. En un porcentaje de estas pacientes los marcadores tumorales como la alfafetoproteína, la gonatropina coriónica y el CA 125 están elevados. (1)

Dentro de los tumores ginecológicos, el teratoma inmaduro es poco frecuente, representan menos del 1% de los teratomas ováricos, siendo más frecuente en las dos primeras décadas de la vida y casi desconocidos en la menopausia. Por definición, contiene elementos neurales inmaduros, siendo la cantidad de este tejido neural inmaduro el que determinará el grado del tumor.

En el presente artículo tenemos la oportunidad de reportar un caso de una paciente de 30 que presentó 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.

Cuadro No.1

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 células germinales y derivados del estroma del cordón sexual.

Caso Clínico.

Paciente de sexo femenino, 30 años de edad, sin antecedentes patológicos personales o familiares. Derivada al Instituto Oncológico Nacional "Dr Juan Tanca Marengo" – SOLCA con cuadro clínico de 10 meses de evolución aproximadamente,

Correspondencias y Separatas:

Dr. Jaime Sánchez Sabando

Servicio de Ginecología Quirúrgica Oncológica
ION Solca - Guayaquil

Avda. 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



caracterizado por crecimiento progresivo de masa abdominal, acompañada de pérdida de peso, que requirió intervención quirúrgica encontrándose una gran masa abdominal, líquido ascítico e implantes nodulares en superficie hepática. Al examen físico practicado en el servicio de Ginecología del Instituto se 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 hematócrito de 23% y hemoglobina de 8mg/dl, por lo que se transfunde 2 unidades de sangre. La dosificación del marcador Ca 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).



Fig. 1:TAC de Abdomen Superior en que se observa gran masa que desplaza el hígado y el páncreas

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. (Fig. 2-3-4).



Fig. 2.



Fig. 3.

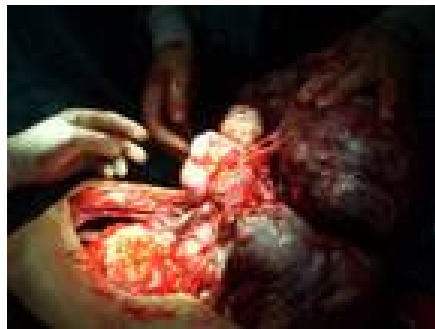


Fig. 4.

Fig. 2-3-4: Secuencia de apertura de la cavidad y extirpación de gran masa tumoral.

Al aspecto macroscópico de la tumoración, medía 35 x 24 cm., 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. (Fig. 5-6-7).



Fig. 5-6-7: Secuencia del tumor extirpado por completo y luego fijado en fórmol.

El estudio microscópico reveló tratarse un teratoma inmaduro, con infiltración de la cápsula e invasión a la pared abdominal. (Fig. 8).

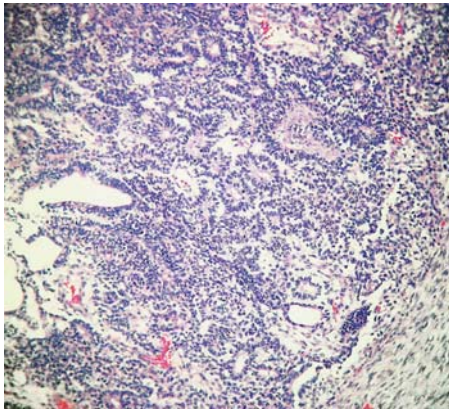


Fig. 8.: Imagen histológica de Teratoma inmaduro con componente de neuroepitelio.

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 (8). Lo anterior es tanto para los tumores de células germinales como epiteliales. Dentro de los primeros, los teratomas son, como establecimos, los tumores más frecuentes en el ovario, siendo muy importante la diferenciación entre teratoma maduro, que es considerado benigno, del inmaduro o maligno (7).

Estos últimos, a diferencia de los teratomas quísticos maduros, se encuentran más 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 (3). Macroscópicamente son tumores sólidos con áreas quísticas variables, pueden contener tejidos maduros como hueso o cartílago. En la microscopía predomina el neuroepitelio inmaduro (4,5), 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 (10).

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 (9).

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.

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.

La congelación es el gold estándar en el manejo de la masa pélvica.

Recordar que en mujeres jóvenes una congelación negativa en tumores grandes, no necesariamente significa ausencia de cáncer, puesto que podría detectarse zonas de tejidos inmaduros al hacer los múltiples cortes en parafina.

Por lo anterior recomendamos en ese tipo de casos hacer las medidas necesarias que lleven a un estadiaje completo,



respetando el concepto de cirugía conservadora (preservar útero y ovario contralateral, pero realizando gestos quirúrgicos que

ayuden en el post operatorio a establecer que la enfermedad en el caso hubiese sido maligna fué bien estadiada para de esa manera justificar el tratamiento conservador.

Bibliografía

1. Griffiths, C.T, Silverstone. A, Tobias J. Benjamin E. Gynecologic Oncology. Edit. Mosby-Wolfe. Londres. 1997.
2. 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).
3. 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.
4. Tornos C., Silva EG: Pathology of Epithelial Ovarian Cancer :Obst Gyn Clin N. A. 1994; 21:63-78
5. Disaid/Creasman: Tumores de células germinales, del estroma y otros tumores ováricos: Ginecología oncológica 1998; 12: 315-316
6. Sánchez J. Simposium de cáncer ginecológico. Oncología 1997;7:1.
7. Berak J. Practical gynecologic Oncology St. Mark's 1997;152.
8. Shingleton W. Ginecologic Oncology. 1996;194-196.
9. Disaia P. Clinical Ginecologic Oncology. 3ed. 1997;434.
10. Barber N. Manual de Oncología Ginecológica 2da. Ed. 1992;324

Del Editor

CHEQUEO PARA LOS AUTORES, PREVIO A LA ENTREGA DE TRABAJOS

- Se requieren el original y 2 copias del manuscrito y de las ilustraciones.
- El manuscrito debe estar escrito a doble espacio.
- El último debe ser conciso y corto.
- El abstracto tendrá un máximo de 500 palabras en el caso de artículos originales, y de 100, en los reportes de casos.
- Debe incluirse la versión en inglés del abstracto.
- Especificar la filiación institucional de cada autor, incluyendo el nombre completo del autor o autores, dirección, teléfono, fax o dirección de correo electrónico.
- Cada ilustración debe estar en una página separada en la que debe indicarse (en el borde superior), el nombre del primer autor, el título del trabajo y el número del orden que le corresponde.
- Debe enviarse el certificado de exclusividad y de no tener conflicto de interés financiero relacionado al trabajo, firmado por todos los autores.
- Para la publicación del manuscrito en la revista, es indispensable el certificado de cesión de los derechos de autor.

