

Presentación atípica de teratoma quístico maduro gigante en una paciente adolescente: a propósito de un caso

Autor de Correspondencia:
Jaime Andrés Machado Bernal
E- mail:
janama1996@gmail.com
Teléfono: [57] 3116095133
Dirección: Cra 35 N° 58 – 53
Barrio Recreo. Barranquilla,
Atlántico, Colombia

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Recibido: Junio 08, 2023
Aceptado: Septiembre 10, 2023
Publicado: Diciembre 22, 2023
Editor: Dra. Lorena Sandoya

Membrete bibliográfico:

Machado J, Acosta D. Presentación atípica de teratoma quístico maduro gigante en una paciente adolescente: a propósito de un caso. Revista Oncología (Ecuador) 2023;33(3):273-280.
ISSN: 2661-6653
DOI:
<https://doi.org/10.33821/691>
SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER-ECUADOR.

 Copyright 2023, Jaime Andrés Machado, Dewi Isabel Acosta Mendoza. Este artículo es distribuido bajo los términos de [Creative Commons Attribution License BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), el cual permite el uso y redistribución citando la fuente y al autor original.

Atypical presentation of a giant mature cystic teratoma in an adolescent patient: A case report

Jaime Andrés Machado Bernal ¹, Dewi Isabel Acosta Mendoza ¹.

1. Departamento de Ginecología y Obstetricia – Universidad Libre. Clínica General del Norte. Ginecología Oncológica. Barranquilla, Atlántico. Colombia.

Resumen

Introducción: El teratoma quístico maduro es un tipo de tumor derivado de las células germinales que aparece en pacientes en edad fértil. La edad más frecuente de aparición de este tipo de tumores es entre los 20 y 40 años.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente adolescente de 18 años con masa abdominal gigante de crecimiento abrupto cuya presentación fue atípica dado el tamaño de esta, el cual se manifestó con dolor abdominal agudo.

Tratamiento: Se realiza resección de la masa la cual confirma el diagnóstico histopatológico de teratoma quístico maduro.

Conclusión: Este tipo de patologías rara vez se presentan con un crecimiento tan exagerado como el caso de la paciente en mención, y la resolución quirúrgica sigue siendo el gold estándar en cuanto al tratamiento.

Palabras clave:

DeCS: Teratoma, Células germinativas embrionarias, Adolescente, Neoplasias.

DOI: 10.33821/691

Abstract

Introduction: Mature cystic teratoma is a type of tumor derived from germ cells that appears in patients of childbearing age. The most common age at which this type of tumor appears is 20 to 40.

Clinical case: The case of an 18-year-old adolescent patient with a giant abdominal mass of abrupt growth is presented, whose presentation was atypical given its size, which manifested with acute abdominal pain.

Treatment: A mass resection confirmed the histopathological diagnosis of mature cystic teratoma.

Conclusion: This type of pathology rarely presents with growth as exaggerated as in the case of the patient mentioned. Surgical resolution continues to be the gold standard in terms of treatment.

Keywords:

MeSH: Teratoma; Embryonic germ cells; Adolescent; Neoplasms; Case Reports.

Introducción

Los teratomas quísticos maduros son los tumores de células germinales del ovario más frecuentes y la neoplasia mayormente diagnosticada en adolescentes [1]. Corresponden a tumores heterogéneos que se derivan de las células germinales primitivas de la gónada embrionaria. [2]. El tamaño de este tipo de tumoraciones es variable, aunque en la mayoría de los casos miden entre 5 y 15 cm de diámetro y entre mayor tamaño adquieran, existe mayor riesgo de transformación maligna [3]. El objetivo de este artículo es reportar el caso de teratoma quístico maduro gigante con presentación atípica en una paciente adolescente.

Reporte de caso

Se presenta el caso de una mujer de 18 años quien consultó por dolor abdominal de aproximadamente una semana de evolución, el cual se intensificó en los últimos dos días. El dolor estuvo asociado al crecimiento abrupto de una masa palpable que ocupaba toda la cavidad abdominal. Adicionalmente la paciente presentó disnea de medianos esfuerzos y episodios eméticos ocasionales. Negaba pérdidas vaginales. Dentro de los antecedentes ginecoobstétricos tenía una gestación previa que finalizó en cesárea por inducción fallida. Los ciclos menstruales eran irregulares. La paciente no recordaba la fecha de su última menstruación. La paciente fue sometida al estudio de pap test un año previo y la citología fue reportada como normal. Al examen físico de la paciente, se observaba el perímetro abdominal aumentado de tamaño, sin signos de irritación peritoneal en el momento de la valoración, con evidencia de masa abdominal palpable que alcanzaba el epigastrio de aproximadamente 30 cms desde la sínfisis del pubis; la masa fue descrita como de bordes regulares, móvil, no adherida (Figura 1).

Figura 1. Examen físico de la paciente. Fuente: Clínica General del Norte



Taller diagnóstico

La paciente fue valorada en el servicio de urgencias bajo el diagnóstico de masa anexial y se solicitó una ecografía pélvica ginecológica transvaginal, ecografía abdominal y estudios paraclínicos. El reporte de la ecografía pélvica fue "lesión quística multilocular a nivel abdomino-pélvico de probable origen ovárico" y el reporte de la ecografía abdominal "masa abdominopelvica de gran tamaño de probable origen neoplásico ovárico". Se solicitaron los siguientes paraclínicos: alfa-fetoproteína: 348 ng/ml (normal < 300 ng/ml), antígeno carcinoembrionario: 2.76 ng/ml (normal < 2.5 ng/ml), CA-125: 42 U/ml (normal < 35 U/ml), deshidrogenasa láctica: 213 UI/L (normal entre 105 -333 UI/L), CA 19-9: 38 U/ml (normal < 37 U/ml). Debido a la elevación de la alfafetoproteína con respecto a su punto de corte normal de 300 ng/ml, se incluyó dentro del diagnóstico diferencial al teratoma inmaduro, el cual posteriormente fue descartado. Para complementar los hallazgos ecográficos descritos previamente y con el objetivo de definir el mejor abordaje quirúrgico, se solicitó una resonancia magnética de abdomen con contraste ([Figura 2](#)).

Figura 2. Corte sagital resonancia magnética nuclear de abdomen con contraste con evidencia de masa tumoral gigante. Fuente: Clínica General del Norte.



El reporte de la resonancia fue "gran lesión ocupante de espacio, de señales mixtas con componentes quísticos y sólidos, que ocupa la mayor parte de la pelvis, la cual mide 190 mm x 150 mm en sus diámetros mayores, que muestra un realce heterogéneo; probablemente

dependiente del anexo izquierdo. No se documentan adenopatías intraabdominales ni extraabdominales”.

Evolución y tratamiento

La paciente fue sometida a una laparotomía exploratoria en la que se realizó una incisión mediana supra e infraumbilical, encontrando una masa de características macroscópicas ovoide, lisa, brillante, de aproximadamente 250 mm x 200 mm, dependiente del ovario izquierdo con torsión del mismo ([Figura 3](#)). Se realizó la biopsia con congelación con reporte preliminar de teratoma quístico maduro ([Figura 4](#)); se realizó adicionalmente una biopsia de omento y citología de lavado pélvico cuyo resultado posterior fue negativo para malignidad. Se realizó la excisión del teratoma quístico, sin complicaciones intraoperatorias. Sin complicaciones en el período postoperatorio, la paciente fue dada de alta a las 48 horas en el período postquirúrgico. A las 2 semanas la paciente acudió a control por consulta externa en la que se evidenció la herida bien cicatrizada y con mejoría de su sintomatología inicial.



Figura 3. Hallazgos intraoperatorios laparotomía exploratoria. Fuente: Clínica General del Norte.

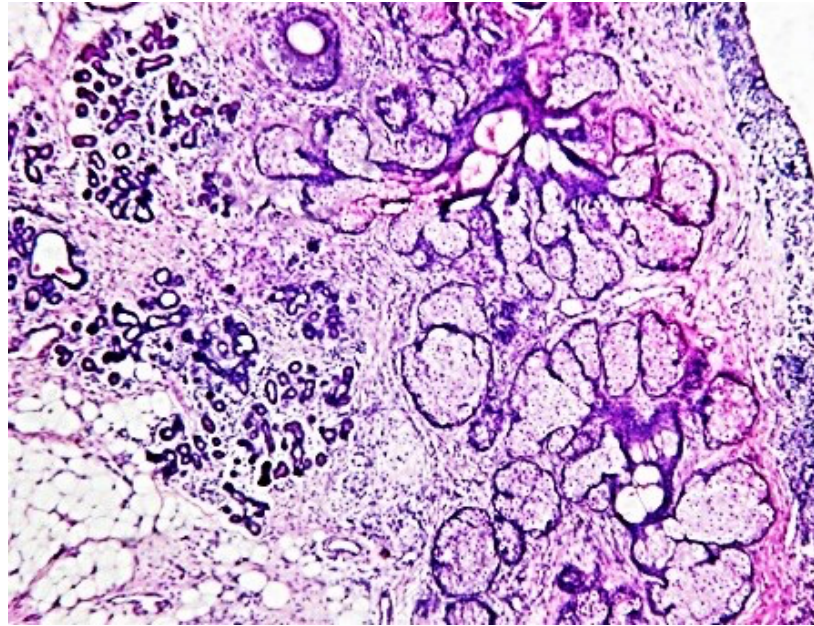


Figura 4. Microscopía de biopsia por congelación con hematoxilina-eosina. Fuente: Clínica General del Norte.

Discusión

Debido a que los teratomas inician su formación a partir de una estirpe celular que tiene la capacidad de convertirse en cualquier otro tipo de célula, estas tumoraciones pueden estar formadas en su interior por muchos tipos de tejidos dentro de los que se incluyen: piel, dientes, cabello, cerebro y músculos [4]. Este tipo de masas rara vez son grandes, generalmente miden menos de 15 centímetros [5], sin embargo, la masa de nuestra paciente alcanzaba más de 20 centímetros lo que le hace inusual en su presentación. Una de las fortalezas de este reporte de caso es que en la literatura hay poca evidencia con respecto a una tumoración de dicho tamaño, lo que hace este reporte de caso interesante desde el punto de vista científico. Por otra parte, una importante limitación de este reporte, fue el tiempo en el que demoró en reportarse el informe histopatológico definitivo (2 semanas).

Las complicaciones mayormente asociadas a esta entidad son: torsión ovárica, degeneración maligna, ruptura de la cápsula de masa e infección en muy pocos casos, como lo describe la literatura [6]. Asimismo, usualmente las pacientes cursan asintomáticas, no obstante, las pacientes que presentan síntomas se caracterizan por: dolor abdominal, sensación de plenitud abdominal asociada a náuseas y episodios eméticos debido a la masa ocupante [7].

La ecografía es un procedimiento no invasivo y muy sensible para detectar dichas lesiones. Dentro de los hallazgos ecográficos comúnmente asociados con el diagnóstico de esta patología tenemos el “signo de la punta del iceberg”, una imagen ecogénica con gran sombra acústica posterior de localización ovárica, que condiciona la imposibilidad de visualizar las estructuras o elementos localizados por detrás de la misma y que corresponde a la interfase de los diferentes componentes del tumor [8].

En cuanto a los marcadores tumorales, es preciso decir que el CA19-9 es el biomarcador más confiable de teratoma maduro de ovario, siendo utilizado todavía para distinguir entre tumoraciones benignas y masas pélvicas malignas [9]. El marcador tumoral mayormente relacionado con el teratoma inmaduro es la elevación de la alfafetoproteína por eso inicialmente se incluyó dentro de los diagnósticos diferenciales de nuestra paciente [10]. Sin embargo, hay que precisar que los marcadores tumorales no son específicos y pueden estar asociados a otras patologías.

Mundialmente el manejo de esta patología es la resección quirúrgica completa (aún más, en este caso en particular, dado el tamaño de la lesión y la sintomatología presentada por la paciente). No obstante, es preciso tener en cuenta las indicaciones quirúrgicas: masa sintomática, si hay sospecha de malignidad, si hay riesgo asociado de torsión o infección o si el tamaño de la masa es mayor a 10 centímetros [11]. Existe controversia sobre el tipo de abordaje quirúrgico: laparoscopia vs laparotomía; de acuerdo con la literatura, el abordaje laparoscópico generalmente se considera el estándar de oro para el manejo [12]. En el presente caso no se pudo ofrecer dicho abordaje debido al tamaño excesivo de la masa correspondiente a la presentación atípica.

Se debe propender siempre por la resección completa dado al riesgo de recurrencias de los teratomas y al riesgo de aparición del síndrome de teratoma creciente si no se extirpa completamente [13].

Conclusiones

En conclusión, los teratomas maduros siguen siendo un diagnóstico frecuente en pacientes jóvenes; por lo tanto, no debe olvidarse que existen y que las posibles complicaciones de rotura o torsión son frecuentes. Muchas veces estas masas crecen excesivamente, como en el caso de nuestra paciente, y en donde indudablemente el manejo quirúrgico sigue siendo la piedra angular del tratamiento.

Abreviaturas

No hay abreviaturas.

Información administrativa

Archivos Adicionales

Ninguno declarado por los autores.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento es para la paciente, que accedió a la divulgación de este trabajo previo consentimiento informado, permitiendo la generación de nuevos conocimientos científicos.

Contribuciones de los autores

Jaime Andrés Machado Bernal: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, redacción - borrador original.

Dewi Isabel Acosta Mendoza: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal.

Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Financiamiento

Los investigadores financiaron el estudio. Los autores no recibieron ningún tipo de reconocimiento económico por este trabajo de investigación.

Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

Declaraciones

Consentimiento para publicación

Los autores cuentan con el consentimiento para publicación de imágenes, fotografías y radiografías por parte de la paciente.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de competencia o interés.

Referencias

1. Bonachea-Peña R, José-Maria-Bráz F, Hernández-Veitia Y, Diago-Guerrero M. Teratoma quístico maduro de ovario. Revista Cubana de Medicina Militar. 2023; 52 (2) Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2403>
2. Carmo M, Fiorio I, Sampaio R, Bastos J, Pinheiro P, Pinasco G, et al. Mature ovary teratoma in an adolescent. Resid Pediatr [Internet]. 2021;11(1). Disponible en: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/rp13072021a02.pdf>
3. Espejo Pérez I, Querol Gutiérrez JJ, Palenzuela Paniagua SM, Martínez Santiso L. Teratoma maduro quístico. Semergen. 2017;43(8):592–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.12.003>
4. Goudeli C, Varytimiadi A, Koufopoulos N, Syrios J, Terzakis E. An ovarian mature cystic teratoma evolving in squamous cell carcinoma: A case report and review of the literature. Gynecol Oncol Rep [Internet]. 2017;19:27–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gore.2016.12.005>
5. Valdespino-Castillo Víctor Edmundo, Maytorena-Córdova Germán, López-Matamoros Israel, Landa-Mejía Juan, Zaragoza-Vargas Perla Esther, Valdespino-Gómez Víctor Manuel. Teratoma quístico maduro con transformación maligna: serie de casos. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2020 [citado 2023 Dic 15] ; 88(3): 154-160. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0300-90412020000300005&lng=es. Epub 30-Ago-2021. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i3.3561>.
6. Toba N, Takahashi T, Ota K, Takanashi A, Iizawa Y, Endo Y, Furukawa S, Soeda S, Watanabe T, Mizunuma H, Fujimori K, Takeichi K. Malignant transformation arising from mature cystic teratoma of the ovary presenting as ovarian torsion: a case report and literature review. Fukushima J Med Sci. 2020 Apr 22;66(1):44-52. doi: [10.5387/fms.2019-31](https://doi.org/10.5387/fms.2019-31). Epub 2020 Mar 10. PMID: 32161199; PMCID: PMC7269886. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32161199/>
7. Coto Chaves C, Jiménez Víquez M, Naranjo Alfaro S. Teratoma: masa anexial en mujeres jóvenes. Rev Medica Sinerg. 2019;4(6):31–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v4i6.243>
8. Juana ML, Mariano J, Pipastrelli L. Signo de la punta del iceberg. Rev Argent Radiol / Argent J Radiol. 2019;83(02):087–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0039-16924369>

9. Sampaio J, Sarmiento-Gonçalves I, Barros JM, Felix J, Tiago-Silva P. Mature Cystic Teratoma of Ovary with Abnormally High Levels of Ca19-9: A Case Report. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016 Jul;38(7):365-7. doi: [10.1055/s-0036-1586161](https://doi.org/10.1055/s-0036-1586161). Epub 2016 Jul 19. PMID: 27434195; PMCID: PMC10374241.
10. Gică N, Peltecu G, Chirculescu R, Gică C, Stoicea MC, Serbanica AN, Panaitescu AM. Ovarian Germ Cell Tumors: Pictorial Essay. *Diagnostics (Basel).* 2022 Aug 24;12(9):2050. doi: [10.3390/diagnostics12092050](https://doi.org/10.3390/diagnostics12092050). PMID: 36140449; PMCID: PMC9498179.
11. Muto M. Approach to the patient with an adnexal mass [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2022[Updated 2022 Sep]. Available from: <https://www.medlib.ir/uptodate/show/83704>
12. García Verdugo M, Quevedo Castro E, Morgan Ortiz F, Conde Romero J, López Manjarrez G, Báez Barraza J. Manejo quirúrgico conservador del teratoma quístico maduro y riesgo de recurrencia. *Rev Med UAS.* 2020; 10(3):157-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n3.008>
13. Kataria SP, Varshney AN, Nagar M, Mandal AK, Jha V. Growing Teratoma Syndrome. *Indian J Surg Oncol.* 2017 Mar;8(1):46-50. doi: [10.1007/s13193-016-0568-3](https://doi.org/10.1007/s13193-016-0568-3). Epub 2016 Oct 27. PMID: 28127182; PMCID: PMC5236020.

Nota del Editor

La Revista Oncología (Ecuador) permanece neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales en mapas publicados y afiliaciones institucionales.