



Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

De los Ríos, José Fernando; Castañeda, Juan D; Bolívar, Liana D; Ramos, Victoria E; Mesa, Aníbal
RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE 13 TERATOMAS OVÁRICOS Y UN QUISTE SIMPLE EN UNA
MISMA PACIENTE: REPORTE DE CASO

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 58, núm. 1, 2007, pp. 78-82

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214321012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REPORTE DE CASO

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE 13 TERATOMAS OVÁRICOS Y UN QUISTE SIMPLE EN UNA MISMA PACIENTE: REPORTE DE CASO

Laparoscopic resection of 13 ovarian teratomas and a simple cyst in the same patient: a case report

José Fernando De los Ríos, M.D.*, Juan D. Castañeda, M.D.*;
Liana D. Bolívar, M.D.**, Victoria E. Ramos, M.D.***, Aníbal Mesa, M.D.****

Recibido: septiembre 11/06 - Revisado: enero 18/07 - Aceptado: febrero 5/07

RESUMEN

Se describe el caso de una mujer que consultó por dolor pélvico. Tenía una ecografía transvaginal que reportaba teratomas bilaterales de ovario. Fue llevada a cirugía laparoscópica durante la cual se extirparon 7 teratomas y 1 quiste folicular simple del ovario derecho y se realizó salpingooforectomía izquierda, encontrando 6 teratomas intraováricos. Los objetivos de esta publicación son reportar un caso atípico de múltiples lesiones ováricas sincrónicas y discutir algunos aspectos controversiales del manejo de los teratomas por laparoscopia.

Palabras clave: teratoma ovárico, múltiple, laparoscopia, bilateral.

SUMMARY

This paper describes the case of a woman who complained of pelvic pain. She underwent a transvaginal ultrasound which revealed the presence of bilateral ovarian teratomas. She then underwent a laparoscopy in which 7 teratomas and one simple

cyst were found and resected from the right ovary; 6 additional teratomas were found within the ovary following left-hand side salpingoophorectomy. This case is reported to increase the body of literature concerning multiple ovarian lesions and because no other reports about such a large amount of multiple teratomas which have been handled by laparoscopy despite the size and the number of the tumors could be found after conducting extensive research.

Key words: ovarian teratoma, multiple, laparoscopy, bilateral.

INTRODUCCIÓN

Los teratomas quísticos maduros son tumores frecuentes, que representan entre el 15% y el 54% del total de neoplasias ováricas.¹ Existen varias teorías sobre su formación como lo son: la división gemelar incompleta; la proliferación neoplásica de blastómeros totipotenciales o de células germinales; la depresión de la información genética totipotencial en el núcleo de las células somáticas o el desarrollo partenogenético de un óvulo.

En general, poseen elementos de las tres capas germinales aunque predomina el componente ectodérmico y sus células poseen un cariotipo normal 46, XX. Constituyen el 95% de los tumores de

* Ginecólogo endoscopista, Unidad de Cirugía Endoscópica Ginecológica, Clínica del Prado. Profesor de Endoscopia Ginecológica CES. Medellín, Colombia. Correo electrónico: cristidelos@une.net.co

** Fellow en Endoscopia Ginecológica CES (Medellín, Colombia).

*** Residente II de Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín, Colombia).

**** Patólogo, Unidad de Patología, Clínica del Prado (Medellín, Colombia).

células germinales. En la mayoría de los casos, el interior del quiste está revestido por epitelio escamoso queratinizado y en el 97% de las veces contiene estructuras pilosebáceas y piel.² Por esta razón también se les conoce como quistes dermoides.

También pueden contener otros componentes como tejido neural, hueso, cartílago, apéndices dérmicos, epitelio respiratorio, epitelio gastrointestinal, tejido tiroideo, dientes, músculo liso, grasa y otros tejidos. Incluso se ha reportado presencia de tejido prostático y epididimario en teratomas ováricos.³ Su localización pélvica más frecuente en mujeres es en el ovario pero pueden encontrarse en otras estructuras como el ligamento redondo, tal como fue descrito por nuestro grupo en el 2004.⁴ Se encuentra malignidad en el 1 al 3% de estas lesiones, especialmente por degeneración neoplásica del componente escamoso. Generalmente se presentan como lesiones únicas aunque pueden ser bilaterales entre el 10 y el 15% de los casos. Se han descrito teratomas de ocurrencia familiar.¹

Su manejo por laparoscopia es un hecho probado por los resultados como efectivo y seguro, siempre que no se sospeche malignidad y tratando de tener una técnica quirúrgica adecuada que intente evitar la ruptura del quiste y el derrame no controlado del contenido del teratoma en la cavidad pélvica. Aun presentándose este último, si se realiza un lavado exhaustivo con solución salina tibia, la incidencia de formación de adherencias y la presentación de peritonitis química no son significativas.

Los reportes de la frecuencia de multiplicidad de estos tumores indican que la presencia de lesiones sincrónicas en el mismo ovario es muy rara.

Se realizó una búsqueda en Medline, PubMed y Ovid, utilizando las palabras: *teratoma, multiple, ovarian, synchronous, dermoid cyst, bilateral y laparoscopy*, encontrando solo dos casos publicados al respecto, ambos manejados mediante laparotomía.^{1,5}

Los objetivos de esta publicación son reportar un caso atípico de múltiples lesiones ováricas sincrónicas y discutir algunos aspectos controversiales del manejo de los teratomas por laparoscopia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de raza negra y 29 años de edad quien consultó por episodios de dolor pélvico recurrentes que en ocasiones se asociaban a náuseas. Ordenaron ecografía transvaginal que reportó una masa ecotóxica de 90 x 79 milímetros en el ovario derecho, sugestiva de teratoma. Solicitaron tomografía simple de abdomen cuyo reporte informa teratoma de 8 centímetros en ovario izquierdo y teratoma de 5 centímetros en ovario derecho. Ordenaron marcadores tumorales encontrando CA125: 15 U/ml, antígeno carcinoembrionario: 4,1 ng/ml y BHCG: 0,2 mUI/ml.

Con diagnóstico de teratomas bilaterales fue remitida a la Unidad de Cirugía Endoscópica Ginecológica de la Clínica del Prado en Medellín, Colombia. Allí fue evaluada sin encontrar antecedentes patológicos importantes, no tenía cirugías previas. No había historia familiar de cáncer ginecológico. En el examen abdominal se palpaba claramente una masa redondeada de 9 centímetros que se desplazaba fácilmente por todo el abdomen. Al tacto vaginal, se evidenciaba un útero en anteversión fisiológica de 7 centímetros de longitud y se palpaba una masa anexial derecha, redondeada, muy móvil, de 5 centímetros. En la región anexial izquierda se palpaba la masa que llegaba hasta el abdomen y que ya fue descrita.

Se realizó laparoscopia y se encontró el ovario izquierdo aumentado de tamaño, medía 11 centímetros y estaba totalmente comprometido por el tumor. El ovario derecho medía 6 centímetros y se observaban varias lobulaciones a través de su cápsula, lo que sugería la presencia de varios quistes (figura 1).

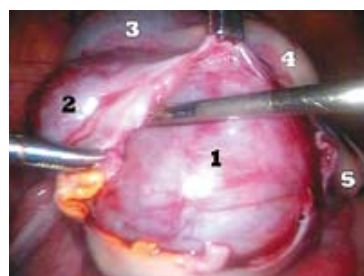


Figura 1. Visión laparoscópica del ovario derecho, mostrando por lo menos 5 de las 8 lesiones quísticas encontradas.

Con el ánimo de conservar tejido ovárico en una paciente tan joven, se decidió intentar cistectomía. Al abrir la cápsula ovárica para iniciar la cistectomía se evidenció que en el interior del ovario había ocho formaciones quísticas diferentes y totalmente independientes una de otra, que oscilaban en tamaño entre los 2 y los 4 centímetros y que se resecaron individualmente, presentándose ruptura de tres de ellas, las cuales expelieron material sebáceo y folículos pilosos.

Las ocho masas fueron introducidas en endobolsa y extraídas a través de una ampliación a 2,5 cm del puerto suprapúbico (**figura 2**). Se logró conservar un 15% de tejido ovárico sin lesiones. Se lavó la cavidad pélvica con cuatro litros de solución salina tibia hasta dejar de observar material sebáceo sobrenadante. Posteriormente, dado el tamaño y compromiso total del ovario izquierdo por el tumor se decidió practicar salpingooforectomía izquierda. Se introdujo el anexo en endobolsa y se extrajo sin ruptura hasta la pared.



Figura 2. Siete teratomas resecados del ovario derecho y un quiste simple.

Una vez allí, se drenó el tumor dentro de la bolsa y se aspiró su contenido sin tener derrame del material sebáceo a la cavidad. Extraído el anexo, se revisó y se disecó el ovario, en el que se encontraron seis lesiones quísticas totalmente independientes (**figura 3**). La paciente evolucionó de manera satisfactoria y fue dada de alta a las seis horas sin complicaciones.

El resultado de anatomía patológica informó la presencia de 13 teratomas quísticos maduros constituidos por piel, folículos pilosos y glándulas sebáceas adultas dispuestas sobre un estroma conectivo denso. Además reportó la presencia de un quiste seroso simple.

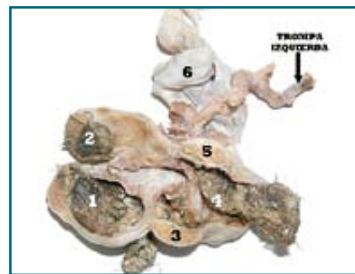


Figura 3. Corte sagital del anexo izquierdo donde se observan seis teratomas.

DISCUSIÓN

El hallazgo de más de un teratoma en el mismo ovario es raro, presentándose apenas en el 0,9% de los casos. Johnson en su artículo menciona que en el 2001 solo había 13 casos reportados y que 9 de ellos ocurrieron antes de 1925.¹ En la búsqueda realizada en Medline, Ovid y PubMed solo se encontraron dos publicaciones que mencionaron la presencia de teratomas múltiples isolaterales. Damewood⁵ en 1982 reportó el manejo de teratomas múltiples sincrónicos y bilaterales por laparotomía y Johnson en el 2001 reportó el diagnóstico ultrasonográfico de 4 teratomas en el ovario derecho y 1 en el ovario izquierdo, hallazgo que fue posteriormente confirmado durante la laparotomía practicada a la paciente en la que se le realizó una salpingooforectomía bilateral.¹

Hasta donde conocemos, este es el primer reporte del manejo por laparoscopia de un número tal de teratomas sincrónicos descrito en la literatura.

Desde la publicación por Nezhat en 1989 de la primera resección de un teratoma por laparoscopia,⁶ múltiples estudios han demostrado que este es un método eficaz y seguro para la resección de estos tumores, convirtiéndose en la técnica *gold standard* para su manejo. En nuestro concepto, la laparoscopia es el método ideal para el manejo de los teratomas en cualquier localización de la pelvis, pues siempre que se observe una técnica quirúrgica adecuada, la paciente no será sometida a ningún riesgo adicional importante y por el contrario podrá disfrutar de todas las ventajas de la cirugía de accesos mínimos como son: menor dolor, menor incapacidad, menores adherencias, procedimiento ambulatorio y con menor área de herida y cicatriz. Mais y cols.

publicaron en el 2003 su trabajo en el que, además de las ventajas de la cirugía laparoscópica para el manejo de los teratomas ováricos, demostraron que no existen recurrencias del tumor después de este tipo de abordaje quirúrgico.⁷

La peritonitis química producida por la ruptura y el derrame no controlado del contenido del quiste dermoide durante su manipulación ha sido evaluada en varios estudios y no se presenta en más del 1% de los casos de ruptura, siendo menor su incidencia si después del derrame se lava la cavidad pélvica con solución salina tibia en cantidad copiosa. Fiedler estudió la incidencia de peritonitis química tras derramar el contenido de quistes dermoides en el peritoneo de conejos y encontró que, tras un lavado exhaustivo con solución salina, la formación de adherencias y la reacción inflamatoria son iguales al grupo de control de animales en los que no se expuso el peritoneo a ninguna sustancia.⁸

Desvirtuada esta complicación, la única duda que queda acerca del manejo de los teratomas por laparoscopia es la posibilidad de que exista componente maligno y que al romperse la cápsula cambie el pronóstico de la paciente. A este respecto hay que tener en cuenta tres aspectos: primero, que la posibilidad de que haya componente maligno es menor del 3%. Segundo, que siempre deben extraerse los teratomas en endobolsas para intentar evitar su ruptura y la contaminación de la pared abdominal con células potencialmente malignas. Y tercero, que en teratomas con alto porcentaje de componente sólido o de rápido crecimiento debe sospecharse malignidad.

Sin embargo, pueden existir problemas relacionados con la tercera aseveración en el sentido de que los especialistas en imágenes han considerado difícil la distinción ecográfica del contenido de los teratomas. Según Lee, hasta en el 37,6% de los casos, especialmente cuando el material sebáceo contenido en el tumor es muy denso, puede crearse sombra acústica que haga pensar que se trata de una masa sólida, y no más de la mitad de los

teratomas exhiben al examen ultrasonográfico el patrón considerado como clásico para la realización del diagnóstico.

En este caso podría tener su sitio la utilización de tomografía o de la resonancia magnética para ayudar por medio de la medición de densidades a esclarecer la naturaleza del tumor.⁹ Sin embargo, en nuestro caso, la tomografía realizada no fue capaz de discernir adecuadamente el carácter múltiple de las lesiones ováricas, dejando una duda sobre su papel en el diagnóstico.

En conclusión, la laparoscopia es un excelente método para el manejo de los teratomas pélvicos sin importar su tamaño, número o bilateralidad, siempre que se conserve una adecuada técnica quirúrgica y no se utilice en mujeres con factores de riesgo y elevada sospecha de malignidad.

REFERENCIAS

1. Johnson SC, Jordan GL. Sonographic diagnosis of multiple unilateral ovarian teratomas. *J Ultrasound Med* 2001;20:279-81.
2. Muretto P, Chilosi M, Rabitti C, Tommasoni S, Colato C. Biovularity and "coalescence of primary follicles" in ovaries with mature teratomas. *Int J Surg Pathol* 2001;9:121-5.
3. Halabi M, Oliva E, Mazal PR, Breitenecker G, Young RH. Prostatic tissue in mature cystic teratomas of the ovary: a report of four cases, including one with features of prostatic adenocarcinoma, and cytogenetic studies. *Int J Gynecol Pathol* 2002;21:261-7.
4. De los Rios JF, Ochoa JG, Mejia JM, Mesa A. Laparoscopic management of teratoma of the round ligament. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11:265-8.
5. Damewood M, Rosenshein NB, Woodruff JD. Multiple benign cystic teratomas of the ovary. Report of two cases and review of the literature. *Diagn Gynecol Obstet* 1982;4:243-5.
6. Nezhat C, Winer WK, Nezhat F. Laparoscopic removal of dermoid cysts. *Obstet Gynecol* 1989;73:278-81.
7. Mais V, Ajossa S, Mallarini G, Guerriero S, Oggiano MP, Melis GB. No recurrence of mature ovarian teratomas after laparoscopic cystectomy. *BJOG* 2003;110:624-6.

8. Fiedler EP, Guzick DS, Guido R, Kanbour-Shakir A, Krasnow JS. Adhesion formation from release of dermoid contents in the peritoneal cavity and effect of copious lavage: a prospective, randomized, blinded, controlled study in a rabbit model. *Fertil Steril* 1996;65:852-9.
9. Lee DK, Kim SH, Cho JY, Shin SJ, Yeon KM. Ovarian teratomas appearing as solid masses on ultrasonography. *J Ultrasound Med* 1999;18:141-5.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.