



Torsión de teratoma ovárico como causa poco frecuente de abdomen agudo

Mario Aarón González Guzmán,¹ Alberto Jaime Plancarte,¹ Luis Oswaldo Robledo Díaz,¹ Diego Alberto Margaona Zúñiga,¹ Eduardo Villegas Tovar,² Mario Andrés González Chávez^{2,3}

Resumen

Los teratomas son tumores de células germinales por lo regular compuestos de múltiples tipos celulares derivados de una o más de las tres capas germinales. Son los tumores ováricos de células germinales más comunes y también la neoplasia ovárica más frecuente en mujeres menores de 20 años. Las complicaciones de los teratomas ováricos incluyen torsión, ruptura, infección, anemia hemolítica y degeneración maligna. Se presenta el caso de una mujer de 30 años de edad que acudió a urgencias con dolor abdominal agudo, diagnosticándose torsión de teratoma ovárico. Deben considerarse los teratomas ováricos como parte del diagnóstico diferencial de abdomen agudo en mujeres jóvenes. Los médicos de urgencias deben ser conscientes de la posibilidad de torsión ovárica en mujeres jóvenes con abdomen agudo y tener un alto índice de sospecha.

Palabras clave: Teratoma, ovario, abdomen agudo, torsión ovárica.

Summary

Teratomas are germ cell tumors commonly composed of multiple cell types derived from one or more of the three embryonic layers. They are the most common germ cell ovarian tumors and also the most common ovarian neoplasm in women younger than 20 years. Complications of ovarian teratomas include torsion, rupture, infection, hemolytic anemia and malignant degeneration. We present the case of a 30-year-old woman who went to the emergency room with acute abdominal pain, she was diagnosed with a torsion of ovarian teratoma. Ovarian teratomas should be considered as part of the differential diagnosis of acute abdomen in young women. Emergency physicians should be aware of the possibility of ovarian torsion in young women with acute abdomen and should have a high rate of suspicion.

Key words: Teratoma, ovary, acute abdominal pain, ovarian torsion.

INTRODUCCIÓN

Los teratomas son tumores de células germinales por lo regular compuestos de múltiples tipos celulares derivados de una o más de las tres capas germinales. El término “teratoma” fue acuñado por Virchow en la primera edición de su libro sobre tumores, publicado en 1863.¹ La palabra teratoma proviene del griego *téras* que significa monstruo. Los teratomas varían de lesiones quísticas benignas bien diferenciadas (maduras) de aquéllas que son sólidas y malignas (inmaduras). Los teratomas quísticos maduros representan 10-20% de la totalidad de las neoplasias ováricas. Son los tumores ováricos de células germinales más comunes y también la neoplasia ovárica más frecuente en mujeres menores de 20 años.² Se manifiesta bilateralmente en 8-14% de los casos y el teratoma unilateral ocurre con mayor frecuencia del lado derecho. Las complicaciones de los teratomas ováricos incluyen torsión, ruptura, infección, anemia hemolítica y degeneración maligna. Se presenta

¹ Médico Interno de Pregrado. Urgencias. Hospital Ángeles México. Facultad de Ciencias de la Salud. Medicina. Universidad Anáhuac México Norte.

² Cirugía General, Hospital Ángeles México.

³ Cirugía General. Urgencias. Hospital Ángeles México.

Correspondencia:

Dr. Mario Andrés González Chávez

Correo electrónico: medicina00@gmail.com

Aceptado: 24-08-2017.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

el caso de una mujer de 30 años de edad que acudió a urgencias con dolor abdominal agudo, diagnosticándose torsión de teratoma ovárico.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años de edad, valorada dos días antes por otro servicio médico y egresada con diagnóstico de síndrome de intestino irritable y tratamiento a base de antiespasmódicos (butilioscina), sin mejoría del cuadro clínico. Como antecedentes de importancia refiere trastorno funcional digestivo de aproximadamente cinco años de evolución, para el que ha recibido múltiples tratamientos farmacológicos, entre ellos trimebutina y bromuro de pinaverio/dimeticona con mejoría parcial de la sintomatología. Las últimas dos semanas ha estado en tratamiento con complejo B + diclofenaco por un desgarro muscular inguinal derecho, según refiere. FUM 14/05/2017, ritmo regular 30 x 5, dismenorrea leve, G0, MPF: preservativo. En esta ocasión acude a nuestro servicio de urgencias refiriendo dolor abdominal de inicio insidioso un par de horas antes de su ingreso, localizado a nivel del flanco y fosa iliaca derechos, intenso 8/10, tipo cólico, sin claros atenuantes ni exacerbantes que la obliguen a adoptar posición antálgica, el cual se irradia hacia la FID y hacia el hipogastrio y se acompaña de escalofríos, náusea y vómito en tres ocasiones de contenido biliar, hiporexia, además de estreñimiento, evacuaciones en escíbalos (tipo 5 de la escala de Bristol) sin moco ni sangre que no mejoran las molestias abdominales y flujo vaginal escaso transpa-

rente, no fétido. Al interrogatorio dirigido negó fiebre o sensación de alza térmica y sintomatología urinaria. A la EF destaca paciente que adopta posición antálgica, con intenso dolor abdominal que incluso le provoca llanto, hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de parámetros normales, sin taquicardia, sin hipertensión y sin fiebre. Pálida, bien hidratada. Abdomen globoso, distendido, blando, depresible, con resistencia muscular y dolor a la palpación media y profunda en flanco y fosa iliaca derechas, con apendiculares positivos y datos francos de irritación peritoneal. Se palpa tumoración renitente a nivel del hipogastrio, de bordes regulares desplazable y no adherida a planos profundos, timpanismo a la percusión de marco cólico, mate en el hipogastrio. Laboratorios: sin anemia, leucocitos normales ($8.5 \cdot 10^3/\text{UL}$) con neutrofilia de 75 %, sin bandas, PFH's, electrolitos séricos y enzimas pancreáticas normales. EGO patológico: en el examen microscópico con 15-20 leucos por campo, 8-10 eritrocitos por campo, células escamosas escasas y bacterias moderadas, nitritos negativos. Radiografías simples de abdomen (Figuras 1 y 2): imagen irregular con densidad de calcio proyectada en el hueco pélvico. TAC de abdomen simple y con contraste IV (Figura 3): hacia hueco pélvico, superior a la vejiga y que condiciona desplazamiento ascendente de asas intestinales y compresión extrínseca y desplazamiento del recto. Se observa lesión ovoidea definida de $8 \times 7.8 \times 10.4$ cm, de densidad heterogénea a expensas de contenido hipodenso, -112 UH que corresponde con grasa y calcificación gruesa a la periferia del borde inferior. Probablemente dependiente del anexo derecho. Resto



Figuras 1 y 2.

Radiografía simple de abdomen en bipedestación y decúbito supino. Se muestra dilatación de asas y desplazamiento superior de las mismas, imagen irregular con densidad de calcio proyectada en el hueco pélvico.



Figura 3. TAC simple de abdomen: lesión ovoidea definida de 8 x 7.8 x 10.4 cm, de densidad heterogénea a expensas de contenido hipodenso, que corresponde con grasa y calcificación gruesa a la periferia del borde inferior. Probablemente dependiente del anexo derecho.



Figura 4. Teratoma quístico maduro torcido de aproximadamente 14 cm, se observan datos de hemorragia y cabello sobre la superficie. Pieza íntegra.

de estudio sin alteraciones, incluido el apéndice. Resultó difícil controlar el dolor abdominal de la paciente, pues requirió trimebutina, paracetamol, ketorolaco, clonixinato de lisina/pargeverina y tramadol, por lo que se sospechó compromiso vascular de la lesión quística pélvica por torcedura de su pedículo principal. Con lo anteriormente mencionado se diagnosticó abdomen agudo secundario a teratoma ovárico probablemente torcido, por tal motivo fue sometida a LAPE de urgencia (Figura 4). Histopatología. Teratoma quístico maduro de 14 cm de eje mayor con datos de isquemia y hemorragia reciente y extensa. No hay presencia de células neoplásicas.

DISCUSIÓN

Los teratomas quísticos maduros del ovario son a menudo hallazgos incidentales en la EF o durante los estudios radiológicos o cirugía abdominal realizados por otras causas. Suelen ser de curso silente, en diferentes publicaciones se han reportado tasas de teratomas quísticos asintomáticos que van desde 6 hasta 65% de los casos. Cuando muestran síntomas, pueden presentarse con dolor abdominal –el cual suele ser constante y de intensidad leve a moderada–, masa perceptible y/o con sangrado uterino anormal, los síntomas urinarios, trastornos gastrointestinales y el dolor de espalda son menos frecuentes. Cuando se asocian a dolor abdominal agudo intenso, debe sospecharse torsión y/o ruptura.³ En México el grupo de los Dres. Briones-Landa, Ayala Yáñez y Leroy López describieron en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” la casuística aparente mexicana más grande que se ha descrito, integrada por 169 pacientes con teratoma de ovario diagnosticado por ultrasonido, 31.9% (54) de las pacientes cursaron asintomáticas, 53.3% (90) manifestaron dolor pélvico crónico o agudo y sólo 9% (15) tuvieron torsión ovárica.⁴ Las complicaciones de los teratomas ováricos incluyen torsión, ruptura, infección (bacterias coliformes), anemia hemolítica, degeneración maligna (0.2-2% de los casos, carcinoma de células escamosas en la mayoría de los casos) y encefalitis, como se ha descrito en publicaciones recientes.⁵ La torsión es la principal causa de morbilidad y ocurre entre 3 y 11% de los casos. El tamaño del tumor correlaciona con el riesgo de torsión, a mayor tamaño más riesgo.⁶ La ruptura de un teratoma puede surgir de manera espontánea o asociada a torsión del mismo en tasas que van de < 1% a 2.5%.^{7,8} La ruptura puede ocurrir repentinamente, provocando hemorragia o peritonitis química que podrían condicionar incluso inestabilidad hemodinámica y choque. También hay casos en que la ruptura se presenta a manera de una pequeña fisura, con salida crónica del contenido del quiste hacia la cavidad abdominal generando una peritonitis granulomatosa como consecuencia. Tras la ruptura el diagnóstico generalmente es favorable, pero suele resultar en la formación de adherencias densas. El diagnóstico diferencial de un teratoma quístico de ovario incluye otras neoplasias ováricas benignas o malignas, endometriomas, abscesos tubo-ováricos, miomas uterinos pediculados, hidrosalpinx, embarazo ectópico, riñones pélvicos y quistes peritoneales.² Los marcadores tumorales útiles en el contexto de los teratomas de ovario son la AFP y la β -HCG, cuyos niveles séricos elevados deben hacer sospechar malignidad. En cuanto a métodos de imagen, el ultrasonido con tomografía computarizada complementaria son útiles ante la sospecha de teratoma y además permiten detectar, en caso de existir, afección

hepática y retroperitoneal cuando se sospecha malignidad. El ultrasonido transvaginal tiene una sensibilidad y especificidad de 84.6 y 98.2% respectivamente para diferenciar el teratoma quístico de otras masas ováricas.⁹ El tratamiento de los teratomas quísticos ováricos es quirúrgico, pueden extirparse mediante cistectomía simple en lugar de hacerlo mediante salpingo-ooforectomía. Aunque la degeneración maligna es bastante rara, debe eliminarse el quiste en su totalidad, si se encuentran elementos inmaduros, deberá procederse en consecuencia. Si la estadificación cuidadosa ha determinado que un teratoma inmaduro de grado 1 (conformado en su mayoría por tejido no maligno) está limitado a uno o ambos ovarios, la paciente puede ser tratada mediante la eliminación del ovario o los ovarios que contienen el cáncer junto con la trompa de Falopio. Si se detectan bajo el microscopio implantes fuera del ovario, pero de aspecto maduro no será necesario administrar quimioterapia adyuvante. El tratamiento para tumores recurrentes o persistentes puede incluir quimioterapia (PEB: cisplatino, etopósido y bleomicina) o en raras ocasiones, radioterapia.¹⁰ La cirugía laparoscópica ha sido aceptada como una modalidad segura para el diagnóstico definitivo y la intervención terapéutica, gracias a los beneficios que implica: menos dolor postoperatorio, pérdida de sangre, estancia hospitalaria y costo total. Algunos estudios han revelado un aumento de la tasa de fuga (del contenido quístico) accidental intraoperatoria con la laparoscopia, mientras que otros no. La fuga está asociada a mayor riesgo de peritonitis química (incidencia estimada de 0.2%) y mayor riesgo de formación de adherencias.^{11,12} En la serie de los Dres. Briones, Ayala y Leroy se removieron 102 de los 169 teratomas mediante laparoscopia, mientras que el resto (67) se removieron mediante laparotomía. En el grupo laparoscópico la estancia intrahospitalaria y la hemorragia transoperatoria fueron significativamente menores que en el grupo laparotomizado, pero el tiempo quirúrgico fue mayor cuando se realizó abordaje laparoscópico. En ningún caso fue necesario convertir de cirugía laparoscópica a cirugía abierta. En ambos grupos hubo ruptura del teratoma, la cual fue más frecuente en el grupo laparoscópico (57.8 versus 16.4%) y a pesar de la tasa de rotura del teratoma no se reportaron casos de peritonitis química.⁴

CONCLUSIÓN

Este caso demuestra la importancia de considerar los teratomas ováricos como parte del diagnóstico diferencial de abdomen agudo en mujeres jóvenes. Los médicos de urgencias deben ser conscientes de la posibilidad de torsión ovárica en mujeres jóvenes con abdomen agudo y tener un alto índice de sospecha. Asimismo, debe procurarse una mediación quirúrgica temprana.

REFERENCIAS

1. Pantoja E, Noy MA, Axtmayer RW, Colon FE, Pelegrina I. Ovarian dermoids and their complications. Comprehensive historical review. *Obstet Gynecol Surv.* 1975; 30 (1): 1-20.
2. Stany MP, Hamilton CA. Benign disorders of the ovary. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008; 35 (2): 271-284, ix.
3. Hosokawa T, Sato Y, Seki T, Maebara M, Ito K, Kuribayashi S. Malignant transformation of a mature cystic teratoma of the ovary with rupture. *Jpn J Radiol.* 2010; 28 (5): 372-375.
4. Briones-Landa CH, Ayala-Yáñez R, Leroy-López L, Anaya-Coeto H y col. Comparación del tratamiento laparoscópico vs laparotomía en teratomas ováricos. *Ginecol Obstet Mex.* 2010; 78 (10): 527-532.
5. Dalmau J, Lancaster E, Martinez-Hernandez E, Rosenfeld MR, Balice-Gordon R. Clinical experience and laboratory investigations in patients with anti-NMDAR encephalitis. *Lancet Neurol.* 2011; 10 (1): 63-74.
6. Benjapibal M, Boriboonhirunsarn D, Suphanit I, Sangkarat S. Benign cystic teratoma of the ovary: a review of 608 patients. *J Med Assoc Thai.* 2000; 83 (9): 1016-1020.
7. Comerci JT Jr, Licciardi F, Bergh PA, Gregori C, Breen JL. Mature cystic teratoma: a clinicopathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. *Obstet Gynecol.* 1994; 84 (1): 22-28.
8. Ayhan A, Bukulmez O, Genc C, Karamursel BS, Ayhan A. Mature cystic teratomas of the ovary: case series from one institution over 34 years. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000; 88 (2): 153-157.
9. Mais V, Guerriero S, Ajossa S, Angiolucci M, Paoletti AM, Melis GB. Transvaginal ultrasonography in the diagnosis of cystic teratoma. *Obstet Gynecol.* 1995; 85 (1): 48-52.
10. Alwazzan AB, Popowich S, Dean E, Robinson C, Lotocki R, Altman AD. Pure immature teratoma of the ovary in adults: thirty-year experience of a single tertiary care center. *Int J Gynecol Cancer.* 2015; 25 (9): 1616-1622. doi: 10.1097/IGC.0000000000000541.
11. Godinjak Z, Bilalovic N, Idrizbegovic E. Laparoscopic treatment of ovarian dermoid cysts is a safe procedure. *Bosn J Basic Med Sci.* 2011; 11 (4): 245-247.
12. Laberge PY, Levesque S. Short-term morbidity and long-term recurrence rate of ovarian dermoid cysts treated by laparoscopy versus laparotomy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006; 28 (9): 789-793.