

**Embarazo Tubárico Asociado a Teratoma de Ovario, Hallazgos Ecográficos y Laparoscópicos: Reporte de un Caso**

**Tubal Pregnancy Associated with oVarian Teratoma, Ecographic and Laparoscopic Findings: Case Report**

**Galeano Monti J, Ramírez C, Delgado N, Acuña V.**

Cátedra de Clínica Gineco-obstétrica. Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Asunción. (Asunción Paraguay)

Artículo recibido: 7 de junio de 2010 Aprobado: el 25 de junio de 2010

**RESUMEN**

Mujer de 28 años con retraso menstrual de 15 días. Examen físico: dolor en ambas fosas ilíacas, escaso sangrado, fondos de saco laterales dolorosos no abombados y fondo de saco de Douglas (FSD) levemente doloroso. Se realizaron 3 ecografías diferentes. Observamos la evolución del embarazo ectópico desde la típica imagen ecográfica redondeada con saco en su interior hasta la imagen heterogénea (hemática) que resultó ser un aborto tubárico por laparoscopia y biopsia. Hubo correlación con el BHCG en descenso. La búsqueda bibliográfica no encontró descripciones de asociaciones iguales al caso descrito.

**Palabras clave:** embarazo ectópico tubárico, teratoma quístico maduro, ecografía, laparoscopia.

**ABSTRACT**

We report a case of a 28 year old woman with 15 days menstrual delay, abdominal pain and small bleeding. During physical examination, we found no pain in lateral pouches and slight pain in pouch of Douglas. Three different vaginal ultrasounds were performed by 3 professionals. We saw ultrasonographic evolution of an ectopic pregnancy from typical image with a sac within it to heterogeneous image (blood). Laparoscopy and biopsy confirm these findings. BHCG correlates with them, showing descendent levels. Bibliographic search didn't find similar cases to our patient.

**Key Words:** Pregnancy, tubal pregnancy, ectopic Teratoma, Ultrasonography, Paraguay

**INTRODUCCIÓN**

En el ovario pueden desarrollarse tumores histológicamente muy distintos entre sí. Los tumores de ovario pueden aparecer a cualquier edad, los tumores benignos tienen su máxima incidencia entre los 20 y 44 años<sup>1,2</sup>.

La incidencia de masas anexiales es 1 en 600 embarazos intrauterinos, siendo el porcentaje de malignidad de aproximadamente 5%<sup>1,3</sup>. La incidencia de tumores ováricos es alrededor de 1 de cada 1000 embarazos, siendo asintomáticos en su mayoría<sup>4,5</sup>. El teratoma quístico maduro es el tumor más frecuente asociado a embarazo en un porcentaje que oscila entre el 8 al 20% de los tumores<sup>6,7</sup>.

En general son asintomáticos, hallándose casualmente en ecografías o durante una cesárea. Las complicaciones posibles pueden ser la torsión o rotura del quiste, entre otras menos frecuentes<sup>8,9</sup>.

El tratamiento consiste en la extirpación del tumor, dejando la mayor cantidad de tejido ovárico viable para conservar la fertilidad. Entre las opciones quirúrgicas se encuentran la cistectomía, ooforectomía, hasta anexectomía<sup>10</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años, nuligesta que acude al servicio de Clínica Gineco-obstétrica del Centro Materno Infantil de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción por cuadro de genitorragia escasa, roja oscura, de 2 días de evolución. El cuadro se acompaña de dolor en fosa ilíaca izquierda tipo cólico de inicio insidioso y moderada intensidad que irradia a hemiabdomen inferior. Refiere retraso menstrual de 15 días.

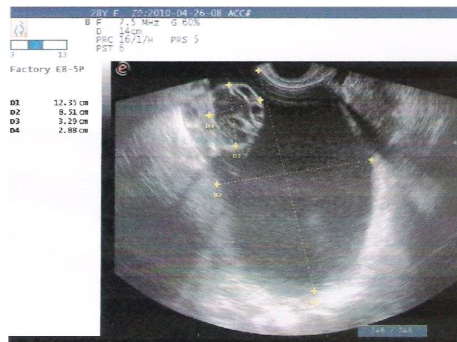
Al examen físico se detecta dolor a la palpación profunda a nivel de ambas fosas ilíacas, escaso sangrado a la especuloscopia, al tacto vaginal se halla fondos de saco laterales dolorosos no abombados y fondo de saco de Douglas levemente doloroso. Piel y mucosas de coloración normal.

Estuvo internada durante 2 semanas, en las que se la observó y se realizó estudios ecográficos, laboratoriales y finalmente una laparoscopia, que se describen a continuación.

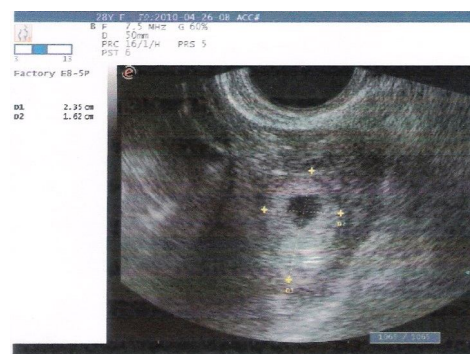
Las 3 ecografías durante la internación fueron efectuadas por 3 ecografistas diferentes:

**Ecografía 1** (1<sup>er</sup> día de internación): útero de características normales. Endometrio: mide 4 mm, cavidad no ocupada. Fondo de saco de Douglas no ocupado. Ovario derecho: imagen tumoral, mide 123 x 85 mm, de contornos definidos, paredes finas con proyección interna de imagen papilar de 32 x 28 mm, contenido líquido. (figura 1) Ovario izquierdo: mide 38 x 23 x 23 mm con folículos de aspecto normal. En región anexial izquierda se detecta imagen tumoral heterogénea que mide 23 x 16 mm, de contornos definidos y vascularización periférica al Doppler color. (figura 2)

**Figura 1. Imagen tumoral observada en ovario derecho.**



**Figura 2. Imagen en anexo izquierdo compatible con embarazo ectópico.**



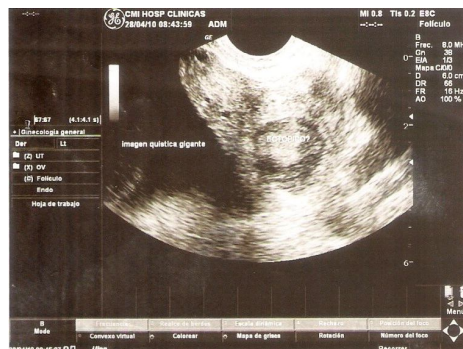
**Ecografía 2** (2<sup>do</sup> día de internación): útero de características ecográficas normales. Endometrio: mide 7 mm, cavidad entreabierta con pequeña cantidad de imagen anecoica: probable contenido líquido (sangre). Fondo de saco de Douglas: pequeña cantidad de líquido libre de 4 mm de espesor (figura 3). Anexo derecho: gran imagen de contenido líquido inhomogéneo, mide 154 x 73 mm con imágenes tipo sólidas: una en pared inferior de 23 mm de diámetro y otra heterogénea en pared superior que mide 40 x 39 mm (similar a la imagen descrita en la figura 1). Se visualiza además otra imagen subyacente en lado izquierdo de la imagen descrita, de ecoestructura heterogénea que mide 34 x 37 mm en cuyo interior se visualiza formación tipo sacular irregular con ecos amorfos, con vascularización periférica al mapeo Doppler (figura 4).

**Ecografía 3** (8<sup>o</sup> día de internación): útero de características normales. Endometrio: mide 11 mm de espesor. Fondo de saco de Douglas: con escaso líquido. Anexo derecho: imagen anecogénica quística mixta de contenido líquido predominante, de 151 x 70 mm. Con área sólida ecogénica sésil adherida a la cápsula de 20 x 16 mm, otra área ecogénica endoluminal de 46 x 34 mm. (figura 5). Anexo izquierdo: ovario mide 46 x 23 mm, imagen ecogénica sólida de 63 x 48 mm de posible contenido hemático. Concluye como probable embarazo ectópico. (figura 6)

**Figura 3. Imagen ecográfica del endometrio con líquido en su interior y del fondo de saco de Douglas ocupado.**



**Figura 4. Imagen observada en anexo izquierdo compatible con embarazo ectópico.**



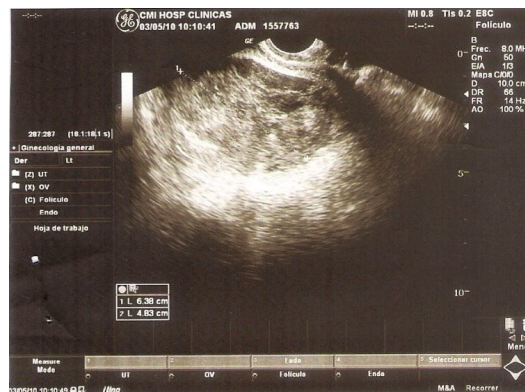
(Nótese la diferencia con respecto a la imagen descrita en la figura 2: el embarazo ectópico va evolucionando con el transcurso de los días)

**Figura 5. Imagen tumoral observada en anexo derecho**



(Similar a la imagen descrita en la figura 1).

**Figura 6. Imagen en anexo izquierdo compatible con embarazo ectópico.**



(Nótese la diferencia con respecto a la imágenes descritas en la figura 2 y 4: el embarazo ectópico va evolucionando con el transcurso de los días)

Resultados laboratoriales de interés:

Gonadotropina coriónica humana beta (BHCG): se obtuvieron los siguientes resultados: 1350 mUI/ml (2<sup>do</sup> día de internación), 1505 mUI/mL (5<sup>to</sup> día), 597 mUI/mL (8<sup>o</sup> día).

Marcador tumoral CA-125: 19,82 U/mL (valor normal <45 U/mL)

Antígeno carcinoembrionario: 0,6 mcg/L (valor normal <5 mcg/L)

Se realizó laparoscopia el 11<sup>er</sup> día de internación, cuya técnica informa: escasa cantidad de sangre en cavidad. Tumor de ovario gigante derecho que ocupa todo el bajo vientre

sin vegetaciones externas. Líquido ascítico ausente. Trompa derecha normal. Trompa izquierda ocupada por un hematosalpinx (figura 7). Ovario izquierdo normal. Punción de quiste con trocar de 5 mm y aspiración del contenido sin derrame (previa toma y lavado para citología) (figura 8). Exploración correcta de la trompa izquierda constatándose un aborto tubárico (figura 9). Aspiración del hematosalpinx y posterior expresión de la trompa y lavado de la misma hacia el interior con suero fisiológico aparentando vacuidad completa. Posteriormente se realizó quistectomía parcial dejando fina lámina ovárica derecha (figura 10). Extracción de la pieza operatoria ampliando incisión en fosa ilíaca izquierda (figuras 11 y 12).

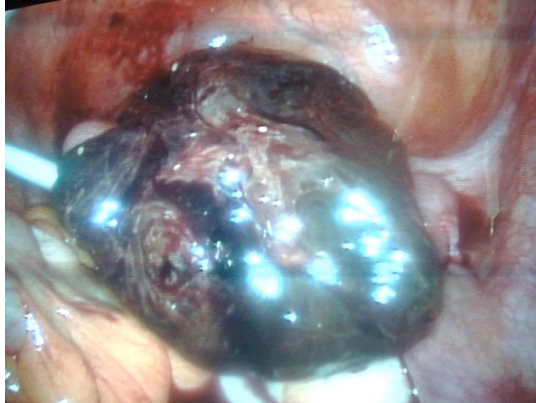
**Figura 7: Trompa izquierda con hematosalpinx**



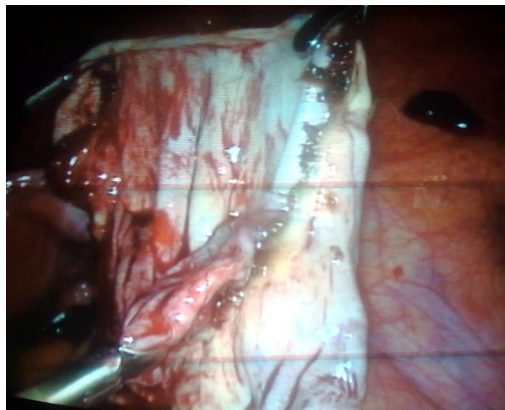
**Figura 8: Aspiración del quiste de ovario derecho**



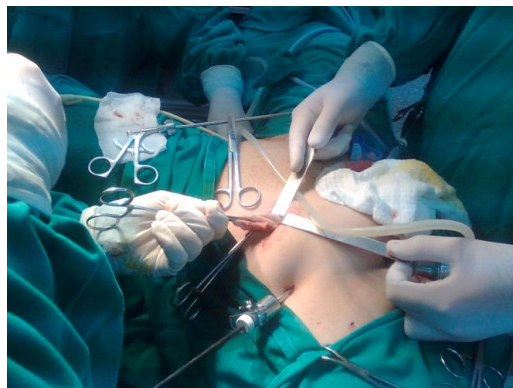
**Figura 9: Aborto tubárico**



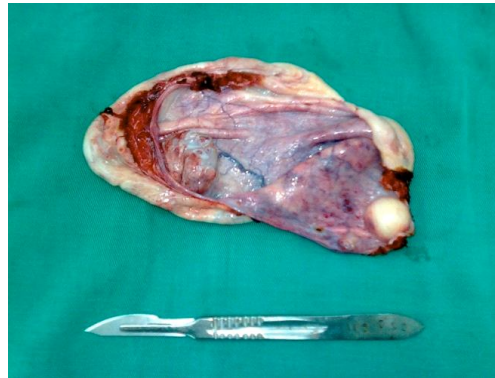
**Figura 10: Quistectomía en ovario derecho**



**Figura 11: Extracción de pieza operatoria**



**Figura 12: Pieza operatoria**



Se realizó BHCG con resultado negativo al 13<sup>er</sup> día de internación y 2<sup>o</sup> día post laparoscopia.

La anatomía patológica de la pieza operatoria (figura 12) informó: ovario izquierdo: teratoma quístico maduro de 12,5 cm, constituido por glándulas mucosas benignas compatible con cistoadenoma mucinoso, piel y calcificación distrófica focal. Material de trompa uterina derecha: escasas vellosidades coriales, compatible con aborto del 1<sup>er</sup> trimestre. Líquido de cavidad peritoneal con células mesoteliales reactivas.

## **DISCUSIÓN**

La cantidad de días que la paciente estuvo internada nos permitió observar la evolución ecográfica del embarazo ectópico desde la típica imagen redondeada con un saco en su interior (figura 1) hasta la imagen heterogénea de probable contenido hemático (figura 6) que resultó ser finalmente un aborto tubárico por laparoscopia (figura 9), confirmado luego con la Anatomía Patológica. Estos hallazgos ecográficos se correlacionaron con los valores de BHCG cuantitativo que fueron descendiendo a través del tiempo.

En cuanto al teratoma maduro fue un hallazgo casual por ecografía como en la mayoría de los casos asociados al embarazo y también se lo pudo observar durante la laparoscopia y posteriormente confirmarlo con la Anatomía Patológica.

En nuestra búsqueda bibliográfica a través de Pub Med no hemos encontrado descripciones de casos iguales al mostrado aquí.

Sin embargo hay descritos muy pocos casos de coexistencia de adenocarcinoma de ovario con embarazo ectópico tubárico y cáncer uterino<sup>10</sup>, embarazo ectópico de ovario y un teratoma en el mismo ovario<sup>11,12,13</sup>, embarazo ectópico tubárico asociado a teratoma quístico de la trompa uterina<sup>14</sup>, embarazo intrauterino con teratoma maduro ovárico bilateral<sup>15</sup>.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Tapia MM. Tumores anexiales y embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005;70: 6.
2. González-Merlo J, González Bosquet J, González Bosquet E. *Ginecología. Tumores de ovario*. 6<sup>ta</sup> ed. Madrid: Editorial Salvat. 2003.
3. Santisteban S. Tumores de ovario. Capítulo 30. En: Rigol Ricardo O, editor. *Obstetricia y Ginecología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2006;313-7.
4. Schnee DM. The adnexal mass in pregnancy. *Mo Med* 2004; 101(1):42-5.
5. Nowak M, Szpakowski M. Ovarian tumors in pregnancy- proposal of diagnosis and treatment. *Ginecol Pol* 2004; 75(3): 242-9.
6. Sherard GB 3<sup>rd</sup> , Hodson CA. Adnexal masses and pregnancy: a 12- years experience, *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(2):358-62.
7. Villagrán G, Perucca G. Experiencias anexiales que complican el embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67(4): 296-9.
8. Martin L. Pernoll, Benson Ralph. *Manual de Obstetricia y Ginecología – McGraw-Hill – Interamericana*. Décima Edición. Mexico 2001.
9. Cotran R, Kumar V, Robbins, S. *Patología Estructural y Funcional*. 5ta ed. Madrid; Interamericana – Mc Graw Hill, 1995.
10. Studziński Z, Filipczak A, Branicka D. Coexistence of ovarian adenocarcinoma with tubal pregnancy and plano-epithelial cervical cancer of uterus. *Ginekol Pol*. 1998 Nov; 69(11): 805-8.
11. Vázquez Camacho EE, Alfán Guzmán F, Carbajal Ocampo D. Ovarian cystadenoma and ectopic pregnancy. A case report. *Ginecol Obstet Mex*. 2009 Aug; 77(8):387-92.
12. Feltingoff M, Heller DS, Bleiweiss IJ. Ovarian pregnancy with ipsilateral mature cystic teratoma of the ovary: case report. *Mt Sinai J Med*. 1992 Jan; 59(1):82-4.
13. Gilardenghi F. A case of extrauterine pregnancy on an ovary with dermoid cyst. *Minerva Ginecol*. 1977 Jul-Aug; 29(7-8):575-9.
14. Massouda D, Wortham GF 3rd, Oakley JL. Tubal pregnancy associated with a benign cystic teratoma of the fallopian tube. A case report. *J Reprod Med*. 1988 Jun; 33(6):563-4.
15. López Sandoval R, Ballesteros Manzo A, Togo Peraza JM. Bilateral mature teratoma and pregnancy: case report. *Ginecol Obstet Mex*. 2008 Jun; 76(6):336-40.

Correo electrónico: galeanomonti@yahoo.com