

Teratoma inmaduro de ovario. A propósito de un caso

Immature ovarian teratoma. About a case

*Cinthia Lucila Sosa Ramírez¹, **Evelio Fabián Legal Balmaceda²

1. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional del Cáncer, Servicio de Anatomía Patológica. Paraguay
2. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Servicio de Cirugía General, Sala X. San Lorenzo, Paraguay

RESUMEN

Los teratomas inmaduros de ovario (TIO) son tumores malignos formados por tejidos similares a los tejidos embrionarios o fetales. Presentamos el caso de una paciente de 16 años con una gran masa abdominal, que consulta debido a crecimiento abdominal de larga data. Una vez descartada la posibilidad de embarazo, se realizaron estudios complementarios (marcadores tumorales, TC) constatándose masa en anexo uterino derecho. Se decide ir a cirugía. Posteriormente la paciente realiza seguimiento Departamento de oncología pediátrica para tratamiento adyuvante.

Palabras clave: Teratoma inmaduro, ovario, cáncer.

ABSTRACT

Immature ovarian teratomas (IOT) are malignant tumors formed by tissues similar to embryonic or fetal tissues. We present the case of a 16-year-old patient with a large abdominal mass, who consulted due to possible pregnancy. Once the pregnancy was ruled out, complementary studies (tumor markers, CT) were performed, verify in *right adnexal mass*, so surgery is scheduled. Subsequently, the follow-up is performed by the Department of Pediatric Oncology for adjuvant treatment.

Keywords: Immature teratoma, ovary, cancer.

INTRODUCCIÓN

El teratoma inmaduro es un tumor de células germinales no seminomatoso que fue descrito por primera vez en 1960 por Thürlbeck y Scully⁽¹⁾

Los teratomas inmaduros del ovario (TIO) son un tipo de cáncer de células germinales que representa menos del 1 al 3% de los cánceres de ovario malignos. Estos tumores se suelen diagnosticar en niños y mujeres jóvenes que van de 10 a 30 años y tienen buen pronóstico. Edad, raza y etapa de la enfermedad son importantes predictores para la supervivencia^(1,2).

Estas neoplasias se componen típicamente de tejido de 2 o 3 capas de células germinales: ectodermo, mesodermo y endodermo. Histológicamente, hay cantidades variables de tejido inmaduro, más frecuentemente con diferenciación neural^(3,6).

El teratoma inmaduro es la única neoplasia de células germinales del ovario que se gradúa histológicamente. El grado se basa en la proporción de tejido que contiene elementos neurales

inmaduros. El grado histológico en estos tumores se considera un factor pronóstico importante que predice la propagación ovárica extra y la supervivencia general⁽³⁾.

Actualmente, existe una diferencia en el tratamiento estándar de TIO en niños y adultos. El papel de la vigilancia ha sido defendido para estadio I de los TIO en pacientes pediátricos. En contraste, se recomienda quimioterapia adyuvante para todos los adultos excepto aquellos con tumores en estadio I, grado 1^(4,5).

El tratamiento quirúrgico consiste en salpingooforectomía unilateral con amplia muestra de implantes peritoneales. Si el tumor se limita al ovario y al grado I, no se necesita ningún otro tratamiento. Sin embargo, la quimioterapia se recomienda para enfermedades de mayor grado y estadio. El tratamiento con cirugía seguida de quimioterapia sistémica puede lograr la remisión y la curación en más del 90% de los casos⁽⁶⁾.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 16 años con crecimiento progresivo abdominal durante 7 meses, sin dolor, sin fiebre ni otros síntomas asociados, por lo cual inicialmente se piensa en posible estado de gestación de la paciente.

Consulta en el servicio de ginecología donde se realiza una ecografía transvaginal que informa:

1. Útero con estructura conservada
2. Gran tumoración quística mixta que abarca todo el abdomen con áreas de contenido líquido, tabiques y áreas sólidas compatible con tumor mixto de ovario.
3. Clasificación IOTA M4

Al descartar el estado de gravidez, es presentada al servicio de cirugía donde se solicitan marcadores tumorales y tomografía contrastada de abdomen.

Marcadores tumorales:

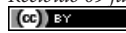
1. Beta HCG (cuantitativa): menor a 1,20 mUI/ml (valor normal hasta 5 mUI/ml).

* Especialista en Cirugía General

** Médico Residente de Anatomía Patológica.

Autor correspondiente: Evelio Legal Balmaceda. E-mail: eveliolegal@gmail.com

Recibido 09 julio de 2019 - Aceptado 11 julio 2019

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

2. CEA: **6,64 ng/ml** (valor normal hasta 5 ng/ml)
3. Alfa feto proteína sérica: 0,81 ng/ml (valor normal hasta 8,04 ng/ml)

TC abdomen:

- Llama la atención en cavidad pélvica, en topografía aneal, gran imagen de masa, que se extiende hasta epigastrio e hipocondrio derecho, bien delimitada, paredes delgadas, heterogénea a expensas de áreas con contenido graso, áreas sólidas, áreas líquidas, calcificaciones groseras y múltiples septos, no realiza tras la administración de contraste, mide 27 x 22,8 x 12,4 cm.
- Ectasia piélica derecha asociada a leve dilatación del uréter en su porción proximal y media en probable relación al efecto de masa que ejerce la tumoración.
- Retroperitoneo, cavidad pélvica y vasos lumboaórticos libres de imágenes sugestivas de adenomegalias.
- Líquido libre en escasa cantidad en fondo de saco de Douglas.

Impresión diagnóstica: imagen sugerente en primera instancia de **TERATOMA**. Se decide cirugía, durante la misma se constata tumoración de 30 cm de diámetro que ocupa todo el abdomen, se exterioriza la misma, se costata su origen en anexo



Figura 1: Tumoración ocupando toda la cavidad abdominal.



Figura 2: Tumoración (anexectomía derecha).

derecho, se constatan aparentes implantes peritoneales en trompas y en pelvis los cuales se resecan y se envían junto a la pieza para informe anatomopatológico. Se realiza anexectomía derecha (*Ver Fig. 1 y 2*).

Reporte anatomopatológico:

1. Teratoma inmaduro Grado 1 de ovario lado derecho, (23 cm). La neoplasia se halla constituida por los siguientes elementos: tejido glial inmaduro y menos del 5% de neuroepitelio, tejidos cartilaginoso, adiposo, glandular, muscular liso, oseos inmaduros, parénquima renal inmaduro, epitelio respiratorio, piel y anexos inmaduros.
2. Tejido adiposo maduro (epiplón) donde se observan focos de tejido glial inmaduro, gliomatosis peritoneal (implantes peritoneales).

Posteriormente la paciente es remitida al Servicio de Oncología – pediátrica para evaluar tratamiento adyuvante con buena evolución tras seguimiento de 1 año.

DISCUSIÓN

Los teratomas inmaduros son tumores malignos raros que ocurren más frecuentemente en edad reproductiva⁽¹⁻⁶⁾.

En adultos, los teratomas inmaduros se clasifican como tumores malignos de células germinales, tanto el grado como el estadio de los teratomas inmaduros se correlacionan con el pronóstico, y los teratomas inmaduros de grado más alto en adultos requieren quimioterapia adyuvante⁽⁶⁻⁹⁾.

Sin embargo, no existe un consenso sobre el tratamiento terapéutico de los pacientes pediátricos con teratoma inmaduro de ovario. Además, varios informes recientes recomendaron el tratamiento quirúrgico solo para los pacientes con teratomas inmaduros de ovario pediátricos de grado 1 en estadio I debido al excelente pronóstico⁽¹⁰⁾.

El caso presentado coincide en rango etario con la bibliografía internacional, así como también la sintomatología presentada por la paciente y los hallazgos quirúrgicos.

Es interesante recalcar que a pesar de ser una patología infrecuente debe ser considerada en casos como el aquí descrito y manejado por equipos multidisciplinarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bouzoubaa W, Jayi S, Alaoui FZF, Chaara H, Melhouf MA. "Tératome immature de l'ovaire: à propos d'un cas". *Pan Afr Med J* 2017; 27: 26.
2. Chan JK, Gardner AB, Chan JE, Guan A, Alshak M, Kapp DS. "The influence of age and other prognostic factors associated with survival of ovarian immature teratoma — A study of 1307 patients". *Gynecologic Oncology* 2016; 142(2016): 446–51.
3. 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): 1616–22.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Ovarian Cancer. Version 1.2019. Marzo 2019. NCCN.org. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx
5. Mangili G, Scarfone G, Gadducci A, Sigismondi C, Ferrandina G, Scibilia G, et al. "Is adjuvant chemotherapy indicated in stage I pure immature ovarian teratoma (IT)? A multicentre Italian trial in ovarian cancer (MITO-9)". *Gynecol Oncol* 2010; 119(1): 52.
6. Jorge, Soledad et al. "Characteristics, treatment and outcomes of women with immature ovarian teratoma, 1998-2012." *Gynecologic oncology* 2016; 142(2): 261–6.
7. Reddihalli PV, Subbian A, Umadevi K, Rathod PS, Krishnappa S, Nanaiah SP, et al. Immature teratoma of ovary--outcome following primary and secondary surgery: study of a single institution cohort. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Sep;192:17–21.
8. Shinkai T, Masumoto K, Chiba F, Shirane K, Tanaka Y, Aiyoshi T, et al. Pediatric ovarian immature teratoma: Histological grading and clinical characteristics. *Journal of Pediatric Surgery (Internet)*. 2019; Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0022346819303483&authtype=athens&lang=es&site=eds-live>
9. Deodhar KK, Suryawanshi P, Shah M, Rekhi B, Chinoy RF. Immature teratoma of the ovary: a clinicopathological study of 28 cases. *Indian Journal of Pathology & Microbiology* 2011; 54(4):730–5.
10. Cushing B, Giller R, Ablin A, Cohen L, Cullen J, Hawkins E, et al. Surgical resection alone is effective treatment for ovarian immature teratoma in children and adolescents: A report of the Pediatric Oncology Group and the Children's Cancer Group. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1999; 181(2):353–8.