

TERATOMA OVÁRICO GIGANTE EN UNA NIÑA HOSPITAL JOSÉ CARRASCO SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Sandra Ruiz Arízaga¹, Christian Sigcho Acaro², Diana Bravo Parra³,
Pablo Erráez Jaramillo⁴, Fernando Córdova-Neira⁵

1. Pediatra, Universidad del Azuay. Cuenca – Ecuador
2. Pediatra, Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador
3. Pediatra, Hospital José Carrasco, Cuenca – Ecuador
4. Anatómo -Patólogo HJCA, Cuenca – Ecuador
5. Cirujano Pediatra, HJCA. Docente de la Universidad del Azuay

Correspondencia:

Fernando Córdova-Neira

Email: fcordova@uazuay.edu.ec

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1400-2640>

Dirección: Hospital José Carrasco – IESS: Popayán y Pacto Andino

Código Postal: 010202

Teléfono: (593) 99 573 4115

Fecha de recepción: 09-09-2019

Fecha de aceptación: 20-11-19

Fecha de publicación: 30-12-19

Membrete bibliográfico: Ruiz Arízaga, S. Sigcho, C. Bravo, D. Erráez, P. Córdova-Neira, F. Teratoma Ovárico Gigante en una Niña. Rev. Med. Ateneo 2019; 21(2): 73-80

Artículo acceso abierto

RESUMEN

Introducción: Los tumores infantiles del ovario representan del 1 – 5 % de todos los tumores, son infrecuentes en la edad infanto-juvenil y representan el 3% en la población pediátrica, su origen proviene de células pluripotenciales de las tres capas germinativas, generalmente cursa de forma asintomática y en algunos casos puede presentarse dolor abdominal y presencia de masa palpable; la extirpación quirúrgica es su tratamiento, esta revisión, tiene por objeto presentar la descripción teratoma ovárico en una niña.

Caso clínico: Niña de 9 años de edad, con 3 meses de evolución presenta distensión abdominal en aumento, náusea, polaquiuria e hiporexia, es tratada por varias ocasiones con antiparasitarios, evaluada en Hospital Cantonal, desde donde derivan a esta casa de salud.

Examen físico: Abdomen distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos se palpa masa en la totalidad del abdomen: tensa, bordes regulares, poco móvil, no dolorosa. Ecografía abdominal: masa quística gigante.

Conclusión: el estudio de las masas abdominales requiere examen clínico detallado, laboratorio e imágenes con la finalidad de determinar su etiología, previo a iniciar tratamiento definitivo. Los tumores ováricos son poco frecuentes y deben sospecharse como causa de masa abdominal.

Palabras claves: Teratoma ovárico en pediatría

ABSTRACT

Introduction: Infant ovarian tumors account for 1 – 5% of all tumors, are uncommon in infant-juvenile age and account for 3% in the pediatric population, their origin comes from pluripotent cells of the three germ layers, usually occurs asymptotically and in some cases abdominal pain and the presence of palpable mass may occur; surgical removal is its treatment, this revision, aims to present the description ovarian teratoma in a girl.

Case clinic: Girl 9 years of age, with 3 months of evolution has increasing abdominal bloating, nausea, polaquiuria and hyporexia, is treated several times with antiparasitic, evaluated in Hospital de Cantonal, from where they derive to this health house. Physical examination: Abdomen distended, is palpated mass in the whole abdomen: tense, regular edges, little mobile, not painful. Initial ultrasound: giant cystic mass.

Conclusion: The study of the abdominal masses requires detailed clinical examination, laboratory and imaging in order to determine their etiology, prior to initiating definitive treatment. Ovarian tumors are rare and should be suspected as a cause of abdominal mass.

Keywords: Ovarian Teratoma in pediatrics.

INTRODUCCIÓN.

Los tumores del ovario, representan 1 a 5 % de todos los tumores, y son los teratomas el tipo histológico más frecuente en la edad pediátrica, constituyen el 20%. [1,2].

El teratoma ovárico se origina a partir de células embrionarias, derivados de las tres capas germinativas: ectodermo, mesodermo y endodermo, en su formación darán origen a tejidos, tales como: hueso, pelo, músculo, epitelio intestinal, según la capa germinativa del que se derive; el mecanismo fisiopatológico es discutido, probablemente por fracaso de la meiosis II, alteración de una célula pre meiótica o diferenciación anormal de las células germinales fetales, que desplazan a la pared del saco vitelino y posteriormente a las gónadas en desarrollo [3 – 4]

Los teratomas se dividen en tres categorías: a) Teratoma maduro, este puede ser quístico (Quiste Dermoide) o sólido, b) Teratoma inmaduro, c) Teratoma monodérmico o altamente especializado [5].

El Teratoma Quístico Maduro “Quiste Dermoide”, representa entre el 40 y 75% de los tumores de células germinativas del ovario, contienen células maduras, bien diferenciadas, derivadas de las tres capas germinales, con predominancia ectodérmica en la mayoría de los casos, además no es raro encontrar: restos de retina, páncreas, timo, glándulas adrenales y otros tejidos. Son de carácter benigno en 80% de los casos, sin embargo, en ocasiones puede presentar cambios malignos en uno de sus elementos (0.2 a 2% de los casos), generalmente es unilateral, aunque existen reportes de bilateralidad del 0 a 9%. Su curso clínico es asintomático, cerca del 60% de los tumores de ovario por su localización intrabdominal presentan evolución lenta, y en algunas ocasiones debutan con dolor abdominal agudo por torsión, hemorragia o necrosis, constituyendo una urgencia quirúrgica [6,7]

El Teratoma Sólido Maduro, es poco frecuente, constituye el 15 a 20% de los teratomas maduros, son unilaterales y cursan de forma benigna. El Teratoma Inmaduro, conocido teratoma maligno o teratoblastoma, representa menos del 1%, de los teratomas ováricos, posee especialmente tejidos neuroepiteliales.

El Teratoma Monodérmico o Altamente Especializado, llamado así por presentar un único tejido, es poco frecuente, en su mayoría son benignos, sus variantes son el componente carcinoide y el tiroideo (struma ovari), este último es un tipo de teratoma constituido por tejido tiroideo maduro con la capacidad de producir hipertiroidismo en 25 a 35 % de los pacientes y de existir malignización. [7,8]

En las tumoraciones anexiales benignas, el examen físico minucioso es fundamental, los exámenes complementarios, como la ecografía, es el estudio de elección en masas pélvicas, pero indudablemente es el estudio histopatológico es determinante en el diagnóstico definitivo, pueden ser maduros (con diversas clases de tejidos benignos: hueso, pelo, dientes), inmaduros (malignos), los que se clasifican en función a la cantidad de neuroepitelio inmaduro, presentando como grado 0: todo tejido maduro, Grado I: cierta inmadurez, Grado II inmadurez presente, menos de tres áreas de neuroepitelio, Grado III: inmadurez acentuada, con 4 o más focos de neuroepitelio [9, 11]

OBJETIVO.

Esta revisión, tiene por objeto presentar la descripción de Teratoma Ovárico en Niñas, diagnosticado y tratado en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital José Carrasco Arteaga (IESS), al ser una patología poco frecuente, es importante establecer la sospecha clínica, diagnóstico y tratamiento oportuno.

CASO CLÍNICO.

Niña de 9 años de edad, residente y procedente de Loja, con 3 meses distensión abdominal, acompañado de náuseas, polaquiuria e hiperoxia, tratada por varias ocasiones con antiparasitarios, Siete días previos a su ingreso, por aumento de la distensión abdominal es ingresada en Hospital Cantonal, es referida al Hospital José Carrasco Arteaga, al ingreso a emergencia paciente con buena apariencia general, abdomen distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos, se palpa masa en la totalidad del abdomen: dura, tensa, bordes regulares, levemente móvil, no dolorosa, a la percusión matidez.

Marcadores Tumorales:

- Antígeno carcino-embriionario (ACE) 0.91 (rango <2.5 ng/ml)
- CA-125: 35 (rango 0-35 U/ml)
- CA19-9: 9,43 (rango < 37 U/ml > 120 U/ml)
- AFP: 0,64 (rango 0-15 IU/ml)
- BHCG: <0.100 (no embarazadas: < 5.0 U/ml)

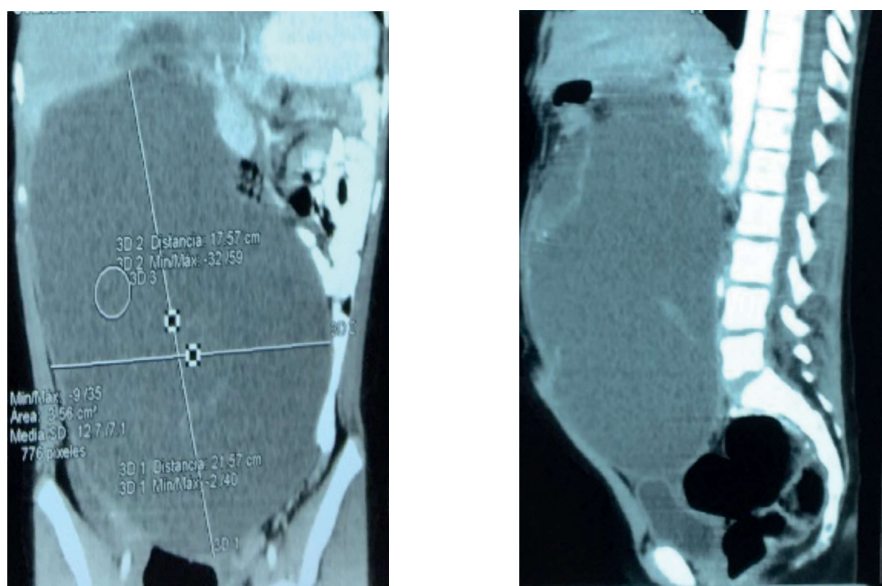


Imagen 1,2 . ITAC de abdomen, lesión quística, ocupa todo el abdomen

Fuente: Fotografías realizadas por los autores

CIRUGÍA. Quistectomía más ooforectomía derecha: masa quística de 21x17x14 cm, con contenido líquido en su interior es drenado mediante punción, obteniendo 3000 cc de líquido cetrino. Abordaje quirúrgico a través de laparoscopia, concluido el procedimiento, la extracción se hizo mediante incisión suprapúbica por el tamaño de la lesión quística, cirugía sin complicaciones.

EVOLUCIÓN. Niña permaneció en hospitalización por ocho días, con evolución favorable. Controles postoperatorios mantiene con marcadores tumorales negativos. Histopatológico: TERATOMA QUÍSTICO MADURO, con tejido maduro de las 3 capas germinativas (imágenes 3, 4 y 5)



Imagen3: Tejido maduro de pared bronquial

Fuente: Fotografías realizadas por los autores

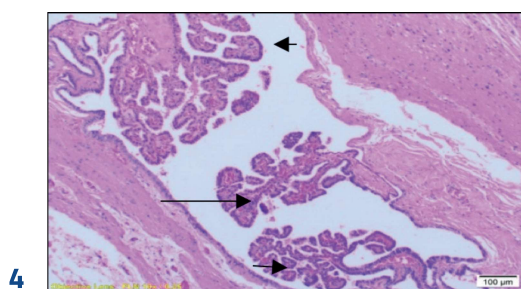


Imagen 4: Plexo coroideo: epitelio endimario (flechas)

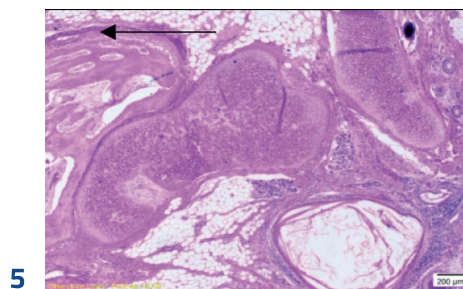


Imagen 5: Tejido óseo: formación trabecular (flecha)

Fuente: Fotografías realizadas por los autores

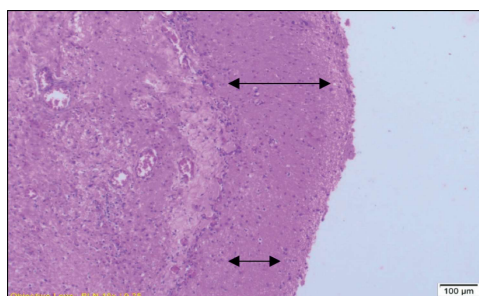


Imagen 6: Tejido glial maduro (flechas)

Fuente: Fotografías realizadas por los autores

DISCUSIÓN.

Los tumores de ovario son infrecuentes en la etapa infanto – juvenil, los teratomas ováricos, representan el 3% en la población pediátrica, derivados de células totipotenciales. Según la OMS clasifica en: Teratoma Maduro Quístico, en 40 a 75% de los casos, Teratoma Maduro Sólido en 15 a 20%, Teratoma Inmaduro y Teratoma Monodérmico, se presenta en menor frecuencia, en el presente trabajo se presenta la descripción de un caso clínico de Teratoma Quístico Maduro o Quiste Dermoide [1,2].

La edad de mayor frecuencia es de 9 a 12 años, su curso es asintomático en 60% de casos, la masa anexial de difícil palpación, por su crecimiento lento e insidioso intrabdominal, en ocasiones su hallazgo es casual. En 40 % de niñas debuta con dolor abdominal, en el que se debe realizar el diagnóstico diferencial, en niñas y adolescentes con dolor abdominal agudo, en sospecha de patologías ginecológicas, torsión ovárica, hemorragia o necrosis anexial, constituye una urgencia quirúrgica, con el objetivo de preservar la futura fertilidad [10, 14,15].

La sospecha clínica y el examen físico son esenciales, sobre todo ante la palpación de una masa intrabdominal, la herramienta de primera mano, dentro de los exámenes complementarios es el ultrasonido, que constituye el mejor método para valoración de útero y anexos, además puede detectar el 90 % de las masas pélvicas, sin embargo, a pesar de su alta sensibilidad, en el presente caso se realizó ultrasonido y se identificó la masa quística, sin poder identificar el sitio del que provenía la masa, por lo cual se completó el estudio de imagen con una TAC abdominal. [13].

La tomografía computarizada (TAC) pélvica, no ha demostrado tener mayor sensibilidad, ni especificidad comparada con la ecografía, pero se considera la técnica de elección en el estadije cuando el tumor es maligno, es controvertido el uso en niños por la radiación emitida y por su escasa capacidad para discriminar tejidos blandos, se necesita la administración de un contraste venoso y sedación en muchos casos.

La Resonancia Magnética Nuclear, es la técnica diagnóstica recomendada como segunda opción cuando la ecografía es dudosa, no emite radiación y permite la caracterización de forma más precisa de los tejidos y la discriminación de los tumores. El componente sebáceo de los quistes dermoide tiene alta intensidad de señal en imágenes ponderadas en T1, y la intensidad del componente sebáceo en imágenes en T2 es variable, habitualmente cercano al de la grasa [16,19].

Los estudios analíticos de marcadores tumorales, para orientación terapéutica y seguimiento son Alfafetoproteína. Antígeno Embrionario presente de forma fisiológica en la gestación, de especificidad intermedia, Gonadotropina Coriónica Humana (HCG): se eleva en las neoplasias trofoblásticas gestacionales, coriocarcinomas de ovario y en los tumores de células germinales de cualquier localización, la elevación de las mismas indica alta sospecha de malignidad [7,12]

El tratamiento depende del tipo de teratoma, la actitud terapéutica tradicional ha sido la ooforectomía, aunque actualmente se prefiere la quistectomía para tumores de pequeño tamaño y de aparente benignidad. En los teratomas inmaduros estadio I y II, el retiro completo del teratoma ovárico es curativo, en los estadios III y IV requieren agregar tratamiento quimioterapéutico. El histopatológico es el Gold estándar, con identificación de las capas germinativas, y la ausencia de neuroepitelio. [17,18].

CONCLUSIÓN.

El teratoma ovárico es una patología poco frecuente en pediatría, generalmente de carácter benigno, con pocos casos de malignidad, es importante sospechar este cuadro, establecer el diagnóstico con tratamiento quirúrgico precoz y seguimiento de acuerdo al resultado histopatológico.

ABREVIATURAS.

ACE: antígeno carcinoembrionario
AFP: Alfa feto proteína
CA-125 / CA 19-9: marcador tumoral, cáncer de ovario
HCG – Beta: gonadotropina coriónica humana.
LDH: deshidrogenasa láctica
ng: nanogramo
ml: mililitros
OMS: Organización Mundial de la Salud
TAC: Tomografía Axial Computarizada

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Sanabria Ch, Rojas L, González G, Montiel M. Teratoma grande de ovario derecho y el contralateral con cambios similares en adolescente: Reporte de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 2010 Mar; 70(1):67-70. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322010000100011&lng=es

2. Bautista D, Ariza-Varon, Medina-Vega D, Restrepo-Ángel F, Linares-Ballesteros A, Jaramillo L, et al. Tumores germinales gonadales en niños: experiencia de 20 años en un centro de referencia pediátrico. Fundación Hospital de la Misericordia. Bogotá, D. C., Colombia. Rev. Fac. Med. 2015 Vol. 63 No. 1: 47-56
3. Gloria M, O'Neill, Martin C. MASA PÉLVICA ASINTOMÁTICA EN MUJER DE 24 AÑOS "EL MONSTRUO BENIGNO". Rev Méd Cient ISSN 1608-3849. 2009;1(22).
4. Gershenson D. Ovarian germ cell tumors: Pathology, clinical manifestations, and diagnosis. Up to date 2016.
5. García Ramírez C, Sandoval Martínez D, García Ayala E. Struma ovarii, hallazgos de patología tiroidea en el ovario. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014;40(2)
6. Alá M, García F, Tames R, Cañedo A, Villaroel J. Características anatomo patológicas del teratoma ovárico procedente de ooforectomías, en el Instituto de Gastroenterológico Boliviano-Japones. Gac Med Bol. 2013 Dic; 36(2): 86-89. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662013000200007&lng=es
7. Nazoora K , Prasenjit S , Seema H , Farah Z. Tejido de la retina en el teratoma quístico maduro de ovario presentación con embarazo a término. BMJ Case Rep . 2014; 2014: bcr2013202914.
8. Sánchez A, Valdés E, Marco A, Carrasco J. Teratoma inmaduro de ovario y miocardiopatía dilatada Immature ovarian tumour and dilated myocardiopathy. An Pediatr 2010;73(6):347-351. DOI: 10.1016/j.anpedi.2010.06.011
9. Álvarez Sánchez A. Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario. Rev cubana Obst Ginecol [Internet]. 2010;36(1) 86-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100011
10. Corrales Hernández Y., Ayala Reina Z. Teratoma de ovario. Presentación de un caso. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2012; 10(2)
11. Ruiz Catena M. Estudio de la patología tumoral ovárica en la población pediátrica de Málaga. Universidad Internacional de Andalucía, Universidad Internacional de Andalucía, 2016.
12. Cajal R, García-Briz H, González-Hinojosa J. CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES BENIGNOS DE OVARIO. 2010.
13. Ras Vidal E. Teratoma: tumor ovárico en la infancia. A propósito de un caso. SEMERGEN. 2005;31(10):489-90
14. Heinena F, Pérez G. Cistoadenoma mucinoso fronterizo (borderline) del ovario, en una niña antes de la menarca. Arch Argent Pediatr 2012;110(1): e4-e8 / e4
15. Ras Vidal E. Teratoma: tumor ovárico en la infancia. A propósito de un caso. Área Básica de salud Tarragona. Valls. Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. SEMERGEN. 2005;31(10):489-90
16. Pons Porrata L, García Gómez O, Salmon Cruzata A, Macías Navarro M, Guerrero Fernández C. Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba. MEDISAN 2012; 16(6): 920

17. Canol, Ruiz J. Tumores abdominales en pacientes pediátricos del hospital San José, Tec de Monterrey: correlaciones clinicoradiológicas, Anales de Radiología, México 2011; 4:274-295.
18. Fernandez E.García M, Trugeda M, F. Sandoval Gonzales. Masas Abdominales en la infancia, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario "Marquez de Valdecilla", Santander. BOL. PEDIATR 2001; 41:122-130.
19. Aibar L. Valoración Prequirúrgica de una Masa Anexial, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, 2009.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

SR, CS, DB, FC: Redacción del caso clínico. FC: Diagnóstico, planificación y ejecución del tratamiento y seguimiento del caso. PE, estudio histopatológico. Todos los autores leyeron, aprobaron la versión final y publicación del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Sandra Ruiz Arízaga. Médica Universidad de Cuenca. Pediatra del Hospital José Carrasco - IESS. Cuenca - Ecuador. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5489-0836>

Christian Sigcho Acaro. Médico Universidad Técnica Particular de Loja. Pediatra de Universidad de Cuenca, Cuenca - Ecuador. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0019-3012>

Diana Bravo Parra. Médica Universidad de Cuenca. Magister en Gerencia de Salud por la Universidad Técnica Particular de Loja. Pediatra, del Hospital José Carrasco - IESS. Cuenca - Ecuador. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6048-8592>

Pablo Erráz Jaramillo. Médico General Universidad de Loja. Especialista en Anatomía Patológica. Médico del Hospital José Carrasco. Cuenca - Ecuador.

Fernando Córdova-Neira. Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad de Cuenca. Magister en Gerencia de Salud, Universidad Técnica Particular de Loja. Especialista en Cirugía Pediátrica, Universidad de Chile. Cirujano Pediatra, Hospital José Carrasco - IESS. Docente de la Universidad del Azuay. Cuenca - Ecuador. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1400-2640>

FINANCIAMIENTO

La investigación fue financiada por los autores.

AGRADECIMIENTO:

Agradecemos al personal y autoridades del Hospital José Carrasco, lugar donde se realizó el trabajo.

CONFLICTOS DE INTERESES:

Los autores no reportan conflictos de intereses.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Otorgado por madre de paciente, para el estudio y publicación del presente caso clínico.

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN.

Los autores autorizan la publicación.