

TERATOMA QUISTICO BENIGNO, PARASITARIO EN EPIPLÓN

* Dra. Lila Chahin de Pepen

** Dr. Victor García

Resumen

Reportamos el caso de un teratoma quístico benigno de ovario, parasitario en epiplón en una mujer de 40 años de edad G VII, P V, A II.

Teratoma quístico benigno de ovario

epiplón

Abstract

We report the case of a benign cystic teratoma of the ovary, parasiting the omentum in a 40 years old woman G VII, P V, A II.

Benign cystic teratoma of the ovary

omentum

* Médico Gineco-Obstetra, Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Santo Domingo R.D., Profesora, Residencia de Post-grado, Maternidad Nta. Sra. de la Altagracia. Profesora de la Escuela de Medicina Universidad Autónoma de Santo Domingo, profesora de la escuela de Medicina, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña . Maestra de la Gineco-Obstetricia en Latinoamérica.

** Médico Ayudante de Gineco-Obstetricia de la Maternidad Nuestra Sra. de la Altagracia.

INTRODUCCION

El Teratoma Quístico Benigno (Quiste Dermoide Maduro), es el segundo tumor en frecuencia seroso. Son tumores embrionarios de origen de células germinativas, que solo descienden de la hoja ectodérmica; raras veces pueden descender de las otras dos hojas embrionarias. Son pues diferentes a los teratomas, en el sentido estricto de la palabra, que son tumores auténticos, teratoblastomas malignos¹⁻¹³.

Están constituidos de un epitelio escamoso, con glándulas sudoríparas, con un contenido líquido amarillo pálido, grasoso y viscoso, con pelos, cartílagos, dientes y huesos, que se visualizan en Rayos X como calcificaciones; son benignos, pero pueden malignizarse de 1 a 3% de los casos^{1,4-6,12}.



FIGURA NO 1.- FOTOGRAFIA DE CORTE TRANSVERSAL DEL ABDOMEN A NIVEL DEL QUISTE.

Son más frecuentes en la mujer joven, de 20 a 40 años de edad, pero pueden encontrarse también en la menopausia; en estos casos tal vez han estado presentes y no han sido diagnosticados en una edad temprana, cuando todavía había células germinativas en el ovario. Es frecuente en niñas, a veces antes de la menarquía y casi siempre en esa edad, son malignos.¹²⁻¹⁷

Se dice que un 60% de las neoplasias ováricas en mujeres y niñas menores de 20 años, son de esta variante celular.¹³⁻¹⁷

En un estudio hecho en la Universidad de los Angeles (California) del 1970 al 1982, se encontró que de los tumores del ovario asociados con el embarazo, el 46.5% eran teratomas quísticos benignos, es decir, fué el más común encontrado.^{9,16}

Estos tumores son asintomáticos, pero cuando se manifiestan, los síntomas más frecuentes son: Dolor abdominal 48%, inflamación 15% y

hemorragia uterina anormal, tal como presentaba nuestra paciente.

La complicación más frecuente es la torsión del pedículo, pero pueden infectarse, o romperse, a pesar de que es raro que esto suceda por su gruesa y resistente cápsula; cuando lo hacen producen consecuencias serias como perforar y evacuar su contenido en recto o vejiga, o en la cavidad abdominal, produciéndose una peritonitis.^{4-5,7-11}

Los Teratomas Quísticos Benignos pueden ser pequeños o grandes, son bilaterales en un 15% de los casos, por lo que es aconsejable conservar todo el tejido ovárico posible que se encuentre normal.

Existe un reporte de que se requirió reintervenir por un segundo teratoma quístico benigno oculto.⁸

Cuando el quiste contiene tejido de la glándula Tiroides, (raro) se designa con el nombre de Estruma Ovárico que puede producir los síntomas clásicos de hipertiroidismo.^{1,7-12-14}

Cuando se encuentran en el epiplón hay dos teorías acerca de su origen:

Primero, podría haberse separado del ovario parasitando el epiplón; segundo, podría ser un ovario supernumerario y el tumor ser primario en este lugar.¹⁰

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 40 años de edad, G7, P5-A2, admitida en la emergencia de la Maternidad Nta. Sra. de la Altagracia, por presentar dolor en el vientre, periumbilical, sacro grado uterino anormal.

Era su segunda admisión que ocurría un año después de su primer ingreso, cuando presentó metrorragia; se le había practicado un legrado biopsia, reportándose hiperplasia progéstacional, con atipismo celular; también se le diagnosticó miomatosis uterina y le habían dado de alta, hasta su segundo ingreso.

Un cónyuge, serología negativa, su Papanicolau reportó inflamación moderada; grupo sanguíneo RH positivo.

Se le practica una Laparotomía exploratoria, encontrándose masa quística en epiplón, 4.5 x 3 x 3 cm, muy vascularizada independiente de otras estructuras abdominales. Se le extirpó la masa quística, al igual que el útero y los anexos.

El útero estaba miomatoso; el anexo izquierdo estaba aparentemente normal.

En el anexo derecho, sólo se encontró esbozo del ovario correspondiente,

sospechándose de inmediato un Quiste Dermoide Parasitario.

El estudio histológico nos reportó fibroma del cuerpo uterino, adenomiosis uterina y teratoma quístico benigno de ovario, rodeado de epiplón, que podría resultar de una torción del quiste con desprendimiento del mismo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Novak, Jones, Wenty, Burnett. Tratado de Ginecología. 10ma ed, 1984, pag 737
- 2.- Novak Tratado de Ginecología. 10ma ed, 1984, pag 559
- 3.- Edmud R. Novak. Tratado de Ginecología. 9na ed, 1977, pag 488
- 4.- Novak Jones-Jones. Tratado de Ginecología. 8va ed, 1971, pag 466
- 5.- Novak, Edmund . Ginecología, Quiste Dermoide (Teratoma Cístico Benigno). 2da ed, 1978, pag 233
- 6.- Creasman, William. Clinical Gynecologic Oncology. 1981, pag 237
- 7.- Pschyrenbet D y Fil W. Medicina Clínica. Tumores de Ovario, 1971, pag 423
- 8.- Gunter, Kern. Ginecología Especial. Mallorca, Barcelona, España, 1976, pag 388
- 9.- Ballard Charles. Ovarian tumors associated with pregnancy in terminal patients. Los Angeles Cal, 1984, pag 384
- 10.- Ekbladh L E, Philurne J I. Parasitized dermoid cyst of the omentum. Falog ,1973, pag 458
- 11.- Robbins S L. Pathologic structural and functional cystic teratoma (Dermoid), 1975, pag 1202
- 12.- Mulliger M. Pathologic anular dermoid cyst. Teratoma of the Ovary. 1978, pag.285
- 13.- Botero, Jaime. Obstetricia y Ginecología 4ta ed, 1989, pag 599
- 14.- Benson, Ralph C. Diagnostico y tratamiento Gineco-Obstétricos. Ed 1980, pag 302-03
- 15.- Riwilin M E, Monisan J C, Bates W. Manual of clinical problems in obstetrics and gynecology. Ed 1986, pag 399
- 16.- Rostuando J A, Jiménez B, Rivera J, Alegre A. Clinic and pathological evaluation of benign ovarian tumors. Journal of Gynecology and Obstetrics 1984, pag 263.
- 17.- Huffan J W. Ginecología en la infancia y en la adolescencia. 1971, pag 292.