

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR TERATOMA

QUÍSTICO GIGANTE EN EL ANCIANO

Lidia Cristobal Poch, Ana Isabel Herrera Sampablo, María Recarte Rico, Rula Nasimi, José Antonio Rodríguez Montes.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Correspondencia: rodriguezmontes@salud.madrid.org (Prof. J.A. Rodríguez Montes).

ABSTRACT:

Introducción: La obstrucción intestinal es una patología frecuente en los servicios de Urgencias, siendo las principales causas las bridas o adherencias peritoneales y las hernias, cuando afecta al intestino delgado, y el cáncer y la enfermedad diverticular complicada, cuando afecta al intestino grueso.

Caso clínico: Por su rareza e interés presentamos el caso de una paciente de edad avanzada, que presenta un cuadro de obstrucción intestinal causado por un teratoma ovárico de gran tamaño, que requirió cirugía de urgencia.

Discusión: El teratoma es un tumor de células germinales que tiene una forma benigna (teratoma maduro o quiste dermoide) y una forma maligna denominada teratoma inmaduro. El teratoma maduro constituye más del 20% de las neoplasias ováricas. El diagnóstico de la oclusión se basa en la clínica y exploración física, así como en la radiografía de abdomen y TAC abdominopélvico para evidenciar su causa y la afectación intestinal. El tratamiento en muchos casos es quirúrgico como en el presente caso, siendo clave el diagnóstico precoz para disminuir la morbimortalidad.

PRESENTACIÓN Y COMENTARIOS DEL CASO:

Introducción:

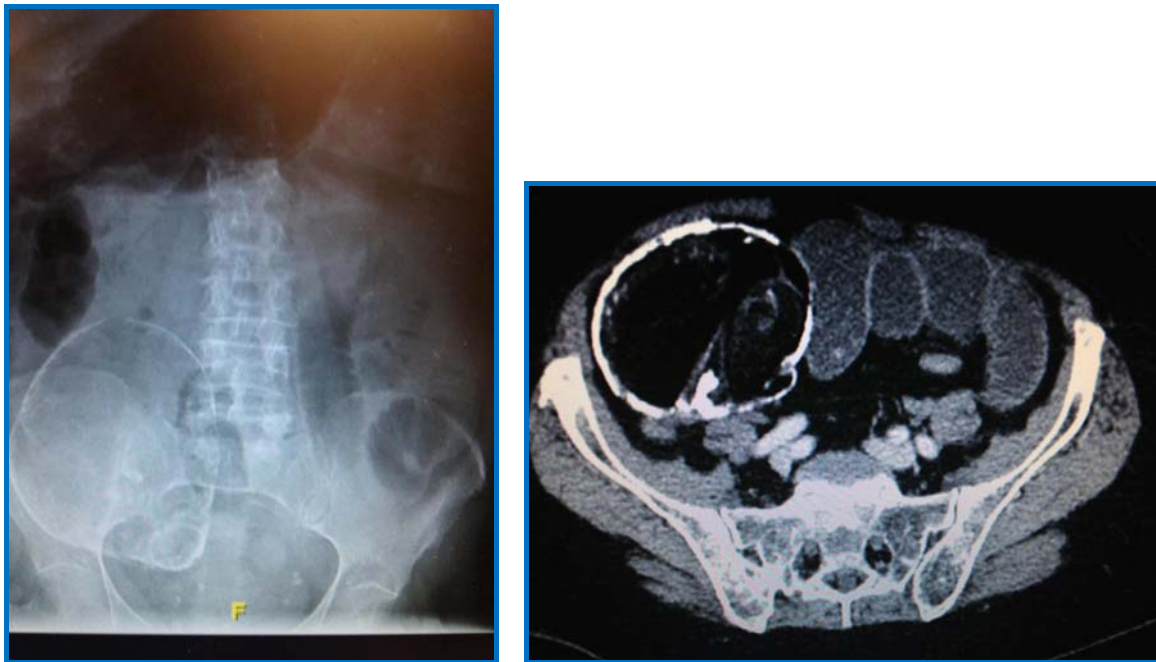
Los teratomas quísticos son tumores frecuentes, representan aproximadamente el 20 % de todas las neoplasias ováricas¹. Su presentación típica es durante los años fértiles, cuando ha alcanzado el suficiente tamaño, (90% de los casos miden menos de 15cm²) descubriéndose ante una masa palpable asociada a dolor abdominal.

El interés del caso que se presenta radica en que se trata de una paciente de edad avanzada, el gran tamaño del tumor y la producción de adherencias, que fueron la causa de la obstrucción.

Caso clínico:

Paciente de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y fractura de cadera no intervenida, que acude a Urgencias por dolor abdominal generalizado y vómitos, asociados a la ausencia de deposición y ventoseo desde 4 días antes. No refiere fiebre, ni episodios previos similares.

A la exploración se objetiva un abdomen distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación a nivel del flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente llama la atención una leucocitosis leve y el aumento de PCR y fibrinógeno. Se realiza una radiografía de abdomen y una TAC que evidenció una imagen en flanco derecho de 9x10x13cm, con la pared calcificada y áreas en él de atenuación grasa en su interior; asas de intestino delgado dilatadas de hasta 3,8cm, con contenido líquido en su interior, observando un cambio de calibre adyacente y medial a la masa pélvica y una pequeña cantidad de líquido libre entre asas y en la pelvis (ver **figuras 1a y 1b**).



Figuras 1a y 1b: 1a- Radiografía de abdomen simple que muestra una imagen de 9x10x13 cm con la pared calcificada a nivel de fosa iliaca derecha y asas de intestino delgado dilatadas. 1b- TAC abdominopélvica que muestra la tumoración.

Ante los hallazgos, se indicó la intervención quirúrgica urgente realizando laparotomía media que objetivó una masa de 15x12cm aproximadamente, que parece depender del ovario derecho; asas de intestino delgado dilatadas con numerosas adherencias entre ellas y a la masa, con adherencia firme, que ocasiona cambio de calibre importante, a nivel de yeyuno. Se realizó adhesiolisis y liberación de asas, así como exploración del resto de la cavidad, sin más hallazgos (ver **figuras 2a y 2b**).

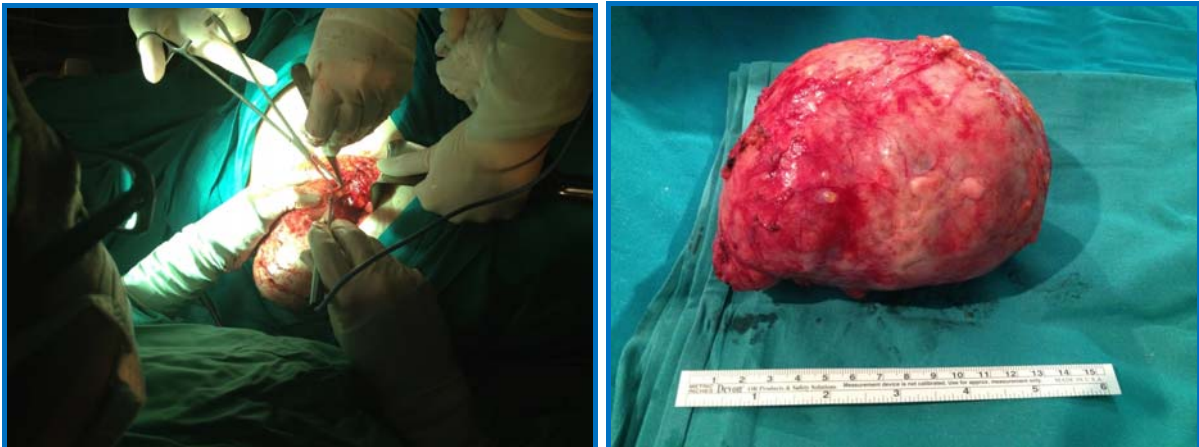
La evolución postoperatoria fue favorable, por lo que se le dio de alta tras 7 días de ingreso. La anatomía patológica definitiva informó de teratoma quístico maduro de ovario con reacción granulomatosa tipo cuerpo extraño. El líquido libre fue negativo para células tumorales malignas.

Discusión:

El teratoma es un tipo de tumor de origen embrionario, componiéndose de tejidos derivados de las tres capas germinales, sobre todo de la capa ectodérmica¹.

El diagnóstico definitivo se basa en el estudio histológico. Tiene una forma benigna denominada teratoma maduro, también denominado quiste dermoide porque su revestimiento se asemeja a la piel, y una forma maligna denominada teratoma inmaduro. El teratoma maduro es el tumor de células germinales más común de ovario, constituyendo más del 20% de todas las neoplasias de ovario, según las principales series. Aunque su localización más común es el ovario (83,2%) se ha descrito la presencia de esta neoplasia en otras localizaciones como el mediastino, retroperitoneo, hígado, testículo o trompas uterinas³.

El interior en la mayoría de los casos de teratoma maduro, está formado por material sebáceo, mezclado con líquido, pelos, así como huesos o dientes. Generalmente, son tumores benignos aunque puede ocurrir su degeneración maligna hasta en un 2-3%⁴. Se caracterizan por ser tumores ováricos, relativamente pequeños, siendo el 75% menor de 10 cm⁵.



Figuras 2a y 2b: 2a- Adhesiolisis y extracción de la tumoración. 2b- Pieza quirúrgica.

La típica presentación es en mujeres de edad fértil, aunque pueden aparecer en la infancia o en mujeres postmenopáusicas⁶, como el caso presentado. La mayoría de las mujeres están asintomáticas (60-85%)⁷ en el momento del diagnóstico o se presenta como masa abdominal, siendo el dolor abdominal el síntoma más habitual (48-78%)⁸. Existen casos, como el presentado, en que el

tumor alcanza gran tamaño, llegando a ser palpables por vía abdominal. En algunas ocasiones, puede presentarse como cuadro de abdomen agudo por torsión o ruptura espontánea así como síndromes endocrinos debido a la producción de factores hormonales.

Para el diagnóstico la ecografía es de elección para el estudio de masas pélvicas⁹. La apariencia en la ecografía es muy variada, desde una masa puramente quística, hasta una masa puramente sólida, pasando por todo tipo de masas complejas con septos, niveles y polos sólidos. Aunque la imagen típica, es de una masa compleja con componentes ecogénicos líquidos y sólidos. En ocasiones se evidencia el signo de la “punta del témpano o de la punta del iceberg”¹⁰. La tomografía es de gran utilidad evidenciando en la mayoría de los casos una masa predominantemente grasa con calcificaciones en una protuberancia sólida. La demostración de un nivel dependiente de la gravedad es patognomónico debido a la presencia del material líquido que flota sobre el material sebáceo más denso. La incidencia de calcificación u osificación varía del 50 al 68 %, mientras que la presencia de dientes ocurre entre el 22 y el 29 %¹¹.

El tratamiento del teratoma ovárico es quirúrgico, dado el riesgo que presentan de rotura, torsión o malignización. Actualmente, existen numerosos casos de extirpación por vía laparoscópica¹². En el caso de teratomas inmaduros en estadios avanzados o tumores muy inmaduros se recomienda asociar tratamiento quimioterápico tras la resección quirúrgica.

Conclusiones:

Los teratomas constituyen un hallazgo infrecuente en la mujer anciana. Su asociación con oclusión intestinal es muy infrecuente. No obstante, no debe olvidarse esta patología en el diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal.

Bibliografía:

-
- ¹ Benitez CH, Parra LR, Elorza DJ. Hypermature cystic teratoma of ovary: Observation of a rudimentary hand. *Int J Morphol* 2006;24:67-70
- ² Kocak M, Dilbaz B, Ozturk N, Dede S, Altay M, Dilbaz S, et al. Laparoscopic management of ovarian dermoid cysts: a review of 47 cases. *Ann Saudi Med.* 2004;24:357-60
- ³ Soysal Ö, Saraç K, Kutlu R, Aydın A, Benli A. A case of mediastinal teratoma presenting as a cystic lesion on chest wall. *Eastern J Med* 1998; 3: 32-33.
- ⁴ Blasko P, Polomba C, Xynos F, Cassanello G, Zoppi J. Transformación maligna en dos casos de teratoma maduro del ovario. *Rev Hosp Priv Com* 2003;6
- ⁵ Pedrosa SC. Radiología Ginecológica. En: Martín García J. Diagnóstico por imagen: Volumen II de Radiología Clínica. Madrid: Ed. Interamericana de España; 2000. p. 1159-87
- ⁶ Scully RE. Tumor of the ovary and maldeveloped gonads. En: Hartmann WH, editor. *Atlas of Tumor Pathology. 2nd series, 16th fascicle.* Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1979; p. 246-86.
- ⁷ Añón MJ, González F, Guerrero R, García N, Beltrán M, Beltrán J. Teratoma Quístico maduro de ovario con tumor carcinoide estrumal. Presentación de un caso. *Rev Esp Patol* 2005; 38
- ⁸ Balat Aydın A, Kutlar I, Camci C. Ruptured granulosa cell tumor of the left ovary and mature cystic teratoma of the right ovary: a case report of unusual acute abdominal syndrome. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2001; 22: 350-1
- ⁹ Outwater EK, Siegelman ES, Hunt JL. Ovarian teratomas: tumor types and imaging characteristics. *Radiographics.* 2001; 21: 475-90.
- ¹⁰ Pedrosa SC. Radiología Ginecológica. En: Martín García J. Diagnóstico por imagen: Volumen II de Radiología Clínica. Madrid: Ed. Interamericana de España; 2000. p. 1159-87
- ¹¹ Pedrosa SC. Radiología Ginecológica. En: Martín García J. Diagnóstico por imagen: Radiología Clínica. Vol II. Madrid: Ed. Interamericana de España; 2000. p. 1159-87.
- ¹² Berg C, Berndorff U, Diedrich K. Laparoscopic management of ovarian dermoid cysts: A series of 83 cases. *Arch Gynecol Obstet.* 2002; 266: 126-9.