

TERATOMA QUÍSTICO MADURO CON FENÓMENO DE TORSIÓN EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO

Valdez-Bocanegra Jesús Damián (1), Blanco-Córdova María Claudia (2), Angeles-Cabrera Teresa (2), Gonzalez-Doudalis Zulalma (3)

1. Residente de segundo año - Ginecología y Obstetricia. Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas, SSNL- TecSalud
2. Residente de segundo año - Ginecología y Obstetricia. Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas, SSNL- TecSalud
3. Oncología ginecológica, Mastología, Colposcopia y Patología de tracto genital inferior. Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad, SSNL

Introducción

Durante el embarazo, la mayoría de las masas anexiales son hallazgos incidentales, que suelen ser benignos y resuelven espontáneamente. Pueden presentarse clínicamente por hemorragia, rotura, torsión o efecto de masa. (1) Las masas anexiales más frecuentemente encontradas durante la gestación son: dermoides, (37,4%); endometrioma, (14%). (2) Los teratomas quísticos maduros, también llamados quistes dermoides, son las neoplasias más comunes del ovario y representan alrededor del 30% de los tumores benignos. Generalmente afectan a mujeres en edad reproductiva y suelen ser asintomáticos (pudiendo causar abdomen agudo en caso de torsión, ruptura o infección). (3) Histológicamente, está compuesto de al menos dos capas de células germinales maduras bien diferenciadas (ectodermo, mesodermo, endodermo). El ectodermo y el mesodermo son las capas de células germinales que con mayor frecuencia se encuentran en la pared del tumor; por lo tanto, los tejidos maduros de la piel y el cabello (del ectodermo) y la grasa y el músculo (del mesodermo) suelen formar parte de su composición. (4)

El objetivo del presente trabajo es exponer el caso de un teratoma maduro con fenómeno de torsión en una paciente embarazada de nuestro servicio y realizar una breve revisión bibliográfica.

Caso Clínico

Paciente femenino de 22 años de edad, ingresa a servicio de urgencias por presentar dolor abdominal tipo cólico de tres días de evolución, sin otra sintomatología agregada. Niega antecedentes patológicos de importancia. En relación a sus antecedentes gineco obstétricos, primigesta con embarazo confirmado de 14.1 semanas de gestación.

Durante su valoración inicial como datos importantes a la exploración física, se encuentra dolor a la palpación media y profunda en hemiabdomen inferior, sin datos de irritación peritoneal. Se realiza ultrasonido abdominal y obstétrico. El primero con producto único vivo intrauterino, líquido amniótico normal, placenta anterior, peso fetal estimado de 110 gramos, fetometría de 15.0 semanas de gestación. El ultrasonido pélvico con opinión diagnóstica de aparente quiste septado de ovario derecho de 25x24x21 centímetros (septo 3 milímetros) con volumen de 6628 centímetros cúbicos aproximadamente, sin flujo vascular, mismo que condiciona desplazamiento de las estructuras adyacentes; asimismo, se reporta escaso líquido libre en cavidad pélvica derecha y embarazo intrauterino con frecuencia cardíaca fetal y movimientos presentes.

Se decide ingreso a hospitalización para vigilancia del dolor abdominal a valorar fenómeno de torsión, así como la necesidad de resolución quirúrgica a corto plazo por vía laparoscópica. Ingresó bajo los diagnósticos de embarazo de 14 2/7 semanas de gestación, gesta 1 y tumor anexial en estudio. A su ingreso con paraclínicos de hemoglobina de 9.8 gr/dl, leucocitos de 15 mil, plaquetas de 329 x 109 /litro, tiempo de protrombina 12.9 segundos, Tiempo de tromboplastina parcial 28,2 segundos, índice internacional normalizado de 1.27 y Creatinina sérica de 0.61 mg/dl.

Durante su vigilancia en área de hospitalización se agrega al cuadro clínico vómito, y persistencia del dolor abdominal. Se decide resolución quirúrgica por laparotomía, con hallazgos trans quirúrgicos de quiste anexial derecho con fenómeno de torsión, el cual drena aproximadamente 4000 cc de líquido serohemático (Figura 1). Se exterioriza y se procede a la ooforectomía derecha, sin complicaciones. Durante revisión de anexo izquierdo, se observa aumentado en tamaño y con apariencia quística, y presencia de masa intraquísticas. Por lo que se procede a su drenaje la cual drena espontáneamente grasa, pelo y un diente (Figura 2). Se procede a la resección en cuña de la lesión. Se corrobora hemostasia, y se da por terminado el procedimiento. Se comenta un sangrado quirúrgico de 200 cc. Durante postquirúrgico se reporta sintomatología de bajo gasto. Se solicita biometría hemática, la cual arroja resultado de hemoglobina de 6.0 g/dl, hematocrito 17.6%, leucos 9.1, plaquetas 238 109 /litro, tiempos de coagulación normales. Se decide la transfusión de un paquete globular.

Ambas piezas quirúrgicas son enviadas al servicio de anatomía patológica para su estudio. En cuanto a la apariencia macroscópica, se observa una superficie lisa, de color café violáceo y aspecto hemorrágico, y presencia de pelos y diente en su interior. Con diagnóstico histopatológico de: teratoma quístico en ambas piezas quirúrgicas, y la correspondiente con fenómeno de torsión.

La paciente presenta adecuada evolución postquirúrgica, con tratamiento de antibioterapia profiláctica, suplente de hierro, y progesterona vía oral. Dos días después, se decide alta a domicilio con seguimiento en consulta externa, previa corroboración de vitalidad fetal.

La paciente hoy, continúa con gestación normoevolutiva, con crecimiento fetal normal. Y se pronostica un culminación del embarazo a término, sin complicaciones perinatales de importancia.



Figura 1. Ovario derecho con quiste anexial derecho con fenómeno de torsión. Se observa el pedículo estrangulado y una cápsula congestiva con áreas de hemorragia

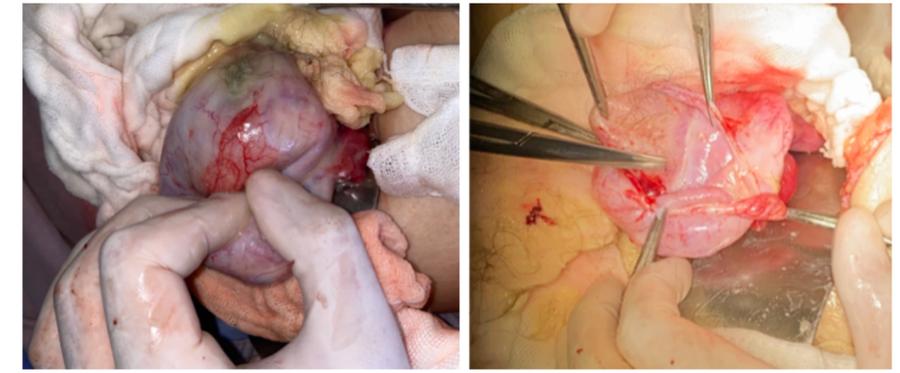


Figura 2. Ovario izquierdo, el cual presentaba área de tejido sano y otra de consistencia quística; esta última presentó drenaje de material seroso, grasa y pelo. Presentó un diente encapsulado. Con posterior diagnóstico histopatológico de teratoma quístico maduro. Se preservó el tejido ovárico macroscópicamente sano.

Discusión

La prevalencia de masas anexiales que son diagnosticadas durante el embarazo reportada en la literatura varía entre 0.05 y 3.2%. (1) Durante el embarazo la correcta identificación clínica de una torsión ovárica suele ser un desafío ya que los signos y síntomas carecen de especificidad durante la gestación. La literatura menciona que la torsión ovárica aguda durante la gestación es una condición sumamente infrecuente, esta complicación se estima que sucede entre 1 y 10 de cada 10,000 partos. (7) En el estudio de Wang et al, se demostró que la mayoría de los pacientes que examinaron, ingresaron al servicio de urgencias por dolor abdominal bajo de tipo agudo o subagudo. Al igual que en el caso presentado anteriormente, las náuseas y vómitos fueron otra manifestación frecuente en su estudio, con una incidencia de hasta el 70%. (6)

En el estudio realizado por Testa et al se diseñó un algoritmo para el manejo de pacientes con masas anexiales detectadas durante el embarazo. En el cual se especifica que si la paciente se encuentra sintomática al momento del diagnóstico, se debe practicar un procedimiento quirúrgico independientemente de la edad gestacional, lo cual coincide con el manejo realizado en la paciente del presente caso. Por otro lado, en las situaciones en las que la paciente se encuentra asintomática, el algoritmo indica que se deberá realizar una evaluación morfológica por ultrasonido y posteriormente dictar la conducta a seguir. (9)

Debido a que la realización de cualquier cirugía durante el embarazo conlleva un riesgo importante tanto para la madre como para el feto, generalmente las indicaciones para realizar una cirugía son muy precisas y específicas como la paciente del caso clínico en donde su indicación fue debido al fenómeno de torsión. Las principales indicaciones para operar un quiste de ovario durante el embarazo son: torsión, hemorragia o sospecha de malignidad. (8)

Se ha demostrado que el curso del embarazo en pacientes con quistes ováricos benignos es favorable, incluidos los resultados perinatales. Los quistes asintomáticos durante la gestación deben tratarse de forma conservadora, si es posible, con un seguimiento ecográfico de rutina durante el embarazo, ya que las complicaciones son extremadamente raras. (2)

En cuanto al seguimiento, la literatura menciona que las mujeres con antecedentes de tumores ováricos deben ser asesoradas durante el embarazo acerca del riesgo de posible recurrencia, por lo que se debe realizar una cuidadosa vigilancia por medio de ultrasonido. (11)

Conclusiones

La torsión ovárica aguda durante la gestación es una condición infrecuente, por ende su diagnóstico es un reto. El manejo de las masas anexiales asintomáticas que persisten durante el embarazo puede tener diferentes vías de abordaje, es por eso que es de suma importancia realizar un diagnóstico adecuado. La realización de cualquier cirugía durante el embarazo conlleva un riesgo importante en el bienestar materno fetal. Por ende, la toma de decisiones debe estar sustentada con indicaciones específicas. Asimismo, siempre se debe de pensar en un abordaje conservador en los que los casos que lo amerite, con seguimiento estrecho para evitar las complicaciones que conlleva.

Bibliografía

- Senarath S, Ades A, Nanayakkara P. Ovarian cysts in pregnancy: a narrative review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2020 Apr 29;41(2):169-75.
- Katz L, Levy A, Wiznitzer A, Sheiner E. Pregnancy outcome of patients with dermoid and other benign ovarian cysts. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2009 Jun 25;281(5):811-5.
- García-Verdugo M, Quevedo-Castro E, Morgan-Ortiz F, Conde-Romero J, López-Manjarrez G, Báez-Barraza J. Manejo quirúrgico conservador del teratoma quístico maduro y riesgo de recurrencia. *Conservative surgical management of mature cystic teratoma and risk of recurrence*.
- Sahin H, Abdullazade S, Sancı M. Mature cystic teratoma of the ovary: a cutting edge overview on imaging features. *Insights into Imaging* [Internet]. 2017 Jan 19;8(2):227-41. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13244-016-0539-9>
- Perillo T, Romeo V, Amirano M, Cuocolo R, Stanzone A, Sirignano C, et al. Atypical dermoid cyst of the ovary during pregnancy: A multi-modality diagnostic approach. *Radiology Case Reports*. 2020 Mar;15(3):298-301.
- Wang Y, Deng S. Clinical characteristics, treatment and outcomes of adnexal torsion in pregnant women: a retrospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020 Aug 24;20(1).
- Osto M, Brooks A, Khan A. Ovarian Cystic Teratoma in Pregnant Women: Conservative Management or Prophylactic Oophorectomy? *Cureus*. 2021 Aug 21;
- Gaughran JE, Naji O, Al Sabbagh MQ, Sayasneh A. Is Ultrasound a Reliable and Reproducible Method for Assessing Adnexal Masses in Pregnancy? A Systematic Review. *Cureus*. 2021 Oct 27;
- Testa AC, Mascilini F, Quagliozzi L, Moro F, Bolomini G, Mirandola MT, et al. Management of ovarian masses in pregnancy: patient selection for interventional treatment. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2020 Nov 10;31(6):899-906.
- Bouchellon A, Bauer AM, Phillis M, Hackney D, Armstrong A. Outcomes of Oophorectomy in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2020 May;135:1535.
- Schreck AM, Mikdachi HF. Benign Ovarian Tumors in Pregnancy: A Case Report of Metachronous Ipsilateral Recurrent Mucinous Cystadenoma in Initial Pregnancy and Mature Cystic Teratoma in Subsequent Pregnancy. *Cureus*. 2019 Jan 3;