

73  
Dep  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**TERATOMA QUISTICO BENIGNO  
DEL OVARIO**

REVISION DE 105 CASOS EN LOS ULTIMOS 7  
AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL  
"SAN JUAN DE DIOS".

**ROLANDO ARTURO MORALES Y MORALES**

## **PLAN DE TESIS**

### **CAPITULO I: GENERALIDADES**

- A) TERATOMA QUISTICO BENIGNO, DEFINICION
- B) ETIOLOGIA
- C) MORFOLOGIA
- D) INCIDENCIA
- E) PATOLOGIA
- F) SINTOMATOLOGIA
- G) DIAGNOSTICO
- H) TRATAMIENTO

### **CAPITULO II: NUESTRA CASUISTICA**

- A) MATERIAL Y METODOS
- B) RESULTADOS Y DISCUSION DE RESULTADOS

### **CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

BIBLIOGRAFIA

## CAPITULO I

### GENERALIDADES

#### A) TERATOMA QUISTICO BENIGNO DEL OVARIO (Quiste Dermoides)

El teratoma quístico benigno del ovario (quiste dermoide) es un tumor como su nombre lo indica, perfectamente benigno (4). Consisten en tumores que contienen células que corresponden a más de una capa germinativa (6, 9, 10). Estos tumores constan de tejidos bien diferenciados y más o menos maduros que representan cualquier tejido de la economía; siguiendo principalmente la línea ectodérmica. Sin embargo en la mayoría de los casos, además de los tejidos ectodérmico, incluyen formaciones bien diferenciadas características de otras capas germinativas (9, 10, 11); son tapizadas usualmente por piel con todas sus estructuras anexas (6).

Inicialmente se consideraba a los quistes dermoides como una subdivisión de los teratomas quísticos benignos, lo cual no es cierto, ya que los casos informados por el patólogo, constituidos únicamente por elementos derivados del ectodermo, se han sometido a nuevos cortes cuidadosos, comprobándose la existencia de elementos derivados del mesodermo y endodermo. Luego, estos tumores son teratomas (9).

Se reconocen dos formas: una la quística benigna, que contiene uno o más nódulos con elementos que son siempre de tipo maduro con alto grado potencial de diferenciación; este criterio es el que explica la naturaleza benigna del proceso (13) y es el quiste dermoide común; la otra forma es más sólida o bien microquística y difiere en que hay un conjunto más heterogéneo de tejidos y estructuras organoides identificables que provienen de las tres capas germinativas. Aunque probablemente tengan origen semejante a los dermoides, no predomina la diferenciación en derivados ectodérmicos, tienen una estructura más embrionaria y es conocido como teratoma maligno.

El teratoma quístico es el tipo más común de los teratomas y casi siempre es benigno.

## B) ETIOLOGIA

Existen varias teorías para explicar la naturaleza del proceso, entre las más difundidas y aceptadas están:

- i) El teratoma quístico se origina de focos de tejidos pluripotenciales a embrionarios, que se escapan de la influencia del organizador primario durante el desarrollo temprano (2, 6, 9). Luego el tumor puede desarrollar en múltiples tipos de tejidos. Esta teoría explica el descubrimiento de estos tumores a muy temprana edad como tumores congénitos (5).
- ii) Proviene del llamado desarrollo partenogénético espontáneo de un óvulo totipotencial que se diferencia principalmente en el sentido de la capa germinativa ectodérmica (2, 6).

Crecimiento espurio de óvulos no fecundados que abundan en el ovario. Los teratomas de las gónadas pudieran empezar de la autofertilización (6, 9).

- iii) Desarrollo imperfecto durante la vida adulta de blastómeras que han permanecido dormidas desde las primeras fases del desarrollo embrionario. (2).

## C) MORFOLOGIA

Se caracterizan por ser relativamente pequeños, en comparación con otras neoplasias ováricas, pudiendo ser diminutos, casi microscópicos; el setenticinco por ciento (75 o/o) tienen menos de 10 cm. de diámetro y es muy raro que excedan de 15 cms. (2, 6, 10); aunque se han reportado quistes gigantes como el reportado en un estudio efectuado por Kilman y colaboradores en que el quiste más grande encontrado medía 32 x 32 x 16 cm. (5).

En los casos típicos están incluidos en serosa, lisa y brillante, de forma redonda u ovoide con poca tendencia a la lobulación; se presentan como masas quísticas pastosas que ceden a la presión pero son macizas (10).

La naturaleza del teratoma quístico benigno usualmente no se puede distinguir por examen externo, aunque puede sospecharse por el peso del tumor, por el grosor y color blanquecino opaco de su pared,

por la presencia de nódulos endurecidos o aún calcáreos en la pared del tumor.

Cuando el tumor se deja en un plato frío, sin fijarse después de ser resecado, su polo inferior puede aplanarse bastante como un resultado del sedimento y congelación del material sebáceo grasiento característico con el cual suele llenar la cavidad.

En el corte se aprecia pared delgada revestida de epidermis manifiesta, opaca arrugada y de color blanco (grisáceo), lo cual evidencia el llamado quiste dermoide. Se encuentra una cavidad que contiene abundante material sebáceo grasoso y espeso de color amarillento, que se revela junto con pelo que puede estar distribuido en ramales toscos o penachos formados por largos rollos de pelo.

Parece ser que no existe ninguna relación entre el pelo del cuero cabelludo de un individuo y del presente en el teratoma quístico benigno. (3).

En una parte del quiste uno puede ver una protuberancia levantada como un pezón, llamada proceso dermoide, mamila o protuberancia de Rokitansky, del cual tiene origen el contenido de pelo.

Se han reportado casos en los cuales el teratoma quístico se comunica a la vejiga con el hallazgo de pelo o diente dentro de la vejiga (9).

Dentro de la pared con frecuencia se descubren áreas de calcificación que resultan espículas óseas.

Al abrir un teratoma quístico puede encontrarse otros elementos del ectodermo como dientes, uno o más dientes en la cavidad o adheridos a la pared del quiste, usualmente del incisivo o molar; en pocos casos pueden estar encajados en maxilares rudimentarios.

Los elementos del mesodermo especialmente cartílago y hueso suelen observarse; en menos de los casos, tejido tiroideo y mucho más raro tejido gastrointestinal.

Muchos otros tejidos han sido vistos en el teratoma quístico aunque las estructuras organoides son mucho menos comunes que con el teratoma sólido. (1, 13, 14).

Tejido neuronal no es raro encontrarlo incluido como parte de un quiste dermoide (4, 7, 13, 14), pero son muy pocos los casos publicados en que se ha encontrado un quiste forrado de tejido neuronal maduro (7).

Es interesante considerar que el "quiste cerebro" (quiste rodeado de tejido neuronal maduro), alcanza tamaños grandes en comparación con otros quistes en los cuales son otros los elementos que predominan.

Karten reporta un caso de quiste neurogénico del ovario que media 28 x 28 x 14 cm. (7).

Al efectuar laparotomía exploradora, el teratoma quístico benigno, puede aparecer como una masa quística que ha reemplazado todo o casi todo el parénquima del ovario. (9).

Tienden a ocupar una posición anterior al útero, constituyendo esto el llamado signo de Küstner; por su mismo peso tienen tendencia a retorcerse (6).

En resumen se ha encontrado toda clase de tejido en estos tumores excepto gónadas.

#### D) INCIDENCIA

La incidencia reportada varía del 5 al 25 o/o de todos los tumores ováricos (2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11); ocurren principalmente durante la etapa sexual activa; el pico de mayor incidencia se reporta entre los 20 y 40 años (23, 4, 10 15), casi nunca se presentan en la recién nacida; raros en la pubertad y después de la menopausia, aunque se han encontrado en una niña de siete semanas y en una anciana de 78 años.

Hay una mayor incidencia en la raza negra así como en la japonesa. También parece haber una tendencia familiar.

Booth (4) ha indicado que es la neoplasia ovárica más frecuente observada en el embarazo, más o menos una en cada 600 embarazos. De los tumores ováricos en embarazadas 20 a 40 o/o son teratomas quísticos benignos.

Las neoplasias y quistes del ovario representan cerca del 1 o/o de todos los tumores en los infantes y niños de sexo femenino (2, 5, 8, 14).

Por eso el diagnóstico del tumor del ovario es entretenido en la niña preadolescente con una masa abdominal (5).

De los tumores del ovario en niños los más frecuentes son los teratomas (9, 5, 8).

El ovario es el lugar más común del teratoma en el cuerpo en las niñas menores de 14 años (5, 8); posiblemente por la influencia de los estrógenos en la formación del tumor.

Kilman y colaboradores encontraron una incidencia de 8 teratomas en 19 tumores ováricos (5). Costin y Kennedy encontraron que 10 de sus 22 casos de tumores del ovario eran teratomas, incluidos los sólidos. Gross encontró 12 teratomas de 25 tumores ováricos de los cuales 2 eran teratomas sólidos (5). Forshall reportó 13 de 25 casos, con un sólido (5).

Conviene informar que los estudios anteriores fueron efectuados en general en niñas menores de 16 años.

Es un tumor que se puede encontrar bilateralmente en un 8 a 20 o/o de los casos (2, 3, 6, 9, 10).

El teratoma quístico benigno y el cistoadenoma, especialmente el de tipo pseudomucinoso, pueden encontrarse como tumores combinados, en más de los casos un pseudomucinoso grande que incluye un teratoma pequeño.

#### E) PATOLOGIA

Las características macroscópicas ya fueron descritas al hablar de la morfología del teratoma quístico benigno.

Microscópicamente no hay dificultad en el diagnóstico de quiste dermoide, tal como macroscópicamente.

El hallazgo principal es la presencia de tejido de piel con sus anexos en la pared del quiste. Sin embargo no suelen ser vistos en toda la extensión de la pared, exceptuando los teratomas quísticos diminutos. Lo característico es encontrarlos en la región del proceso dermoide,

mamila o protuberancia de Pokitansky; puede encontrarse en el resto de la pared tejido de granulación, frecuentemente con una capa de fagocitos de leucocitos endoteliales, llamados células pseudoxantomatosas; algunas veces células gigantes de cuerpos extraños o cristales de colesterol (9).

El tejido dermoide ocurre como una capa estratificada escamosa de variado espesor y sin ninguna tendencia a cornificarse como la piel de la superficie corporal (6).

Invariablemente suelen encontrarse las típicas glándulas sebáceas y sudoríparas; así también a veces se encuentran, en abundancia, folículos pilosos.

Los elementos del mesodermo son comunes especialmente en la forma de placas de cartílago. Es frecuente encontrar el cartílago en la pared de estructuras tubulares reconocibles como tejido traqueal.

Como ya se ha mencionado puede encontrarse cualquier otro elemento de las tres capas germinativas: ectodermo, mesodermo y endodermo; exceptuando gónadas.

Merece especial atención otro cuadro histológico encontrado frecuentemente en teratoma quístico benigno. En la pared del quiste uno ve muchas veces áreas como de cedazo, compuesto por pequeños espacios en forma de quiste, divididos por trabéculas delgadas de tejido fibroso. En las paredes de estos quistes, pueden ser vistas grandes masas citoplasmáticas que contienen uno o más núcleos fuertemente teñidos. Son debidos, casi siempre, a la penetración de material lipóide a través de la pared del quiste a los tejidos adyacentes, siendo provocada una reacción de células gigantes multinucleadas (histiocito multinucleado). (9).

El cuadro descrito arriba para una célula es bastante patognomónico de teratoma quístico benigno, aún cuando el corte individual no pueda demostrar evidencias de elementos pertenecientes a cualquier capa germinativa.

Aunque el teratoma quístico es un tumor eminentemente benigno, y es de las neoplasias quísticas el que con menor frecuencia degenera en malignidad (2, 3, 9, 10, 13), en el uno al tres por ciento puede ocurrir degeneración a malignidad (2, 3, 9, 10, 13). Ya sea en la forma de sarcoma o bien de carcinoma. Este último, como es de esperar, es de variedad epidermoide y se han reportado bastantes de tales casos (12).

Cuando ocurre degeneración maligna el pronóstico es extremadamente sombrío, aproximadamente solamente un seis por ciento (6 o/o) con sobrevivencia de 5 años.

#### F) SINTOMATOLOGIA:

Los teratomas usualmente no se descubren sino hasta que son suficientemente grandes para causar síntomas de una masa o torcimiento de su tallo vascular; o como sucede frecuentemente, que resulta ser un hallazgo incidental durante una intervención quirúrgica.

Al igual que todas las neoplasias ováricas, el dolor es el síntoma predominante, un dolor abdominal bajo, sordo, generalmente en el lado afectado de la pelvis. A veces se puede manifestar como sensación de pesadez o presión en el lado afectado; en menos de los casos, el dolor lo refieren a nivel del miembro inferior del lado enfermo.

Le sigue en frecuencia la presencia de masa abdominal con aumento progresivo, que la paciente se puede palpar antes que otra sintomatología (3, 9, 10), principalmente en mujeres corpulentas.

Luego viene la hemorragia vaginal que puede ser en más o menos (10). Es así como encontramos pacientes en ocasiones con regla abundante, por hiperemia producida por el tumor (por su vascularización). En otras habrá hipomenorrea cuando son muy voluminosos y destruyen la mayor parte del parénquima del ovario.

En el estudio efectuado por J. W. Kilman y colaboradores en niñas menores de 16 años encontró:

Dolor .....	58 o/o
Presencia de masa .....	47 o/o
Vómito .....	42 o/o
Dolor de pierna .....	16 o/o

La frecuencia de esterilidad en las mujeres con teratoma quístico excede de la media (2, 10), por lo que se cree que influyen en el útero y en el ovario opuesto.

Como ya fue descrito, este tumor tiene tendencia a presentar torción del pedículo, siendo en estos casos con gran frecuencia el primer indicio de la existencia de una neoplasia ovárica. La torción es más

frecuente en los tumores pequeños o medianos.

Entre las causas de torción de este tumor tenemos como más importantes las siguientes:

1. Peso del tumor.
2. Traumatismos con sacudidas bruscas.
3. Movimientos peristálticos del intestino.

Lo anterior se adapta también a otros tumores ováricos, pero se desconoce la razón por la cual es más frecuente que el teratoma quístico presente torción del pedículo (2, 9, 13).

La rotura de uno de estos quistes es rara, pero si se rompe produce una peritonitis química del tipo granulomatoso descrito por Dockerty. (6)

De todos los quistes, el dermoide es el que se infecta con mayor frecuencia, principalmente cuando ha sufrido torción.

#### G) DIAGNOSTICO:

Se deberán considerar los siguientes aspectos para que se nos escape, las menos de las veces, el diagnóstico del teratoma quístico:

1. Sintomatología del tumor ovárico, verbigracia: dolor, presencia de masa, hemorragia vaginal, náusea, vómitos, etc.
2. Los teratomas quísticos tienen mayor tendencia a retorcerse e infectarse, o sea que el diagnóstico debe ser muy sospechoso cuando a determinada paciente, previamente se le ha palpado una masa en uno o ambos anexos sin patología agregada y posteriormente presenta signos de haberse infectado.
3. En la mayoría de los casos se puede palpar la masa en el lado afectado por vía abdominal, vaginal-abdominal o rectal; esta última principalmente en las niñas. corrientemente duele poco, o no duele, a su palpación.
4. El retorno venoso de miembros inferiores puede estar afectado por el tumor, presentando várices en uno o ambos miembros según la

localización y tamaño del teratoma quístico. Suelen desaparecer al extirpar el tumor (2, 9).

5. Puede haber ascitis, principalmente cuando el tumor es muy grande, llegando a tener varios litros de líquido ascítico. En estos casos el diagnóstico diferencial es un poco más difícil, siendo de gran ayuda el empleo de Rx. y la peritoneoscopia.
6. Seguramente el medio diagnóstico más útil nos lo proporcionará una radiografía simple de abdomen, al descubrir las sombras que dependen de dientes, hueso, áreas de calcificación o incluso el revestimiento epidérmico del quiste muy engrosado, que puede en ocasiones ser detectado por los Rx. (2, 3, 6, 9, 10).

En un 60 o/o de los casos se pueden apreciar calcificaciones (2).

El diagnóstico diferencial deberá hacerse con:

- a) Neoplasia ovárica de otra etiología.
- b) Embarazo.
- c) Ascitis.
- d) Peritonitis TB
- e) Mioma del útero.
- f) Embarazo ectópico.
- c) Diverticulitis etc.

#### H) TRATAMIENTO:

El tratamiento ideal es la resección del tumor, respetando hasta donde sea posible el tejido ovárico circunvecino, ya que como se describió en páginas anteriores el teratoma quístico puede aparecer como una masa quística que ha reemplazado todo o casi todo el parénquima del ovario.

Debido a la alta incidencia de bilateridad descrita (8 a 20 o/o), el ovario contralateral debe bivalvarse para explorarlo cuidadosamente y si es negativo reconstruirlo.

Los resultados después de la operación generalmente son excelentes, sin ninguna complicación.

No es prudente intervenir de inmediato quistes ováricos asintomáticos, principalmente si se palpan de diámetro menor que un limón, porque gran porcentaje resultan ser quistes foliculares o lúteos (9), no siendo raro que disminuyan de volumen y desaparezcan espontáneamente.

En una paciente en edad reproductora es recomendable observar dos a tres meses para ver si desaparece la masa, pero si la paciente es más vieja, el tiempo de observación debe reducirse por el riesgo de malignidad, además que en estas pacientes son muy raros los quistes lúteos y foliculares.

Si son quistes grandes, sintomáticos o no, casi siempre es conveniente realizar la operación por las razones que a continuación se enumeran:

1. Existe la certeza casi siempre de que la masa va a seguir aumentando de tamaño.
2. Peligro de torción.
3. Peligro de que sufra degeneración maligna, máxime en pacientes mayores de 30 años, que son potencialmente más predisuestas a sufrir degeneración maligna.
4. Una vez establecido el carcinoma es muy difícil de curar, sobrevida de 6 o/o para los 5 años.

Según su apariencia macroscópica al cortarlo después de extirpado, se decidirá la conducta agresiva o no agresiva de cirugía más radical, verbigracia: Histerectomía y anexectomía bilateral. Si hay duda respecto a la malignidad debe enviarse muestra para ser observada por congelación.

## CAPITULO II

### NUESTRA CASUISTICA

#### A) MATERIAL Y METODOS:

Los casos para el presente estudio fueron tomados de los archivos del Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala; que comprende todas las piezas quirúrgicas enviadas por los departamentos de Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Cirugía Pediátrica. Asimismo se incluyen piezas enviadas por los hospitales departamentales, cuya historia clínica es incompleta aportando pocos datos para el presente trabajo.

Se revisaron los informes de anatomía patológica de 1241 tumores ováricos operados durante los últimos (7) años (1966-72).

Obteniendo un total de 105 teratomas quísticos benignos.

De los 105 casos se encontraron 75 papeletas bien documentadas. Los restantes 30 casos se revisaron parcialmente, porque no se encontraron las papeletas respectivas en 5 pacientes operados en el Hospital General San Juan de Dios; los 25 restantes eran muestras enviadas por cirujanos departamentales, en cuyos casos no se pudo tabular todo lo deseado porque los datos obtenidos fueron sacados de la hoja de solicitud de anatomía patológica, que se envía al Departamento de Patología junto con la pieza a examinar; dichas hojas de solicitud contienen únicamente datos parciales e inconstantes como edad de la paciente, localización del tumor, etc.

Las hojas de solicitud mencionadas, que son más o menos estándar para la capital y los departamentos, piden informes en lo relativo a historia, examen físico, diagnóstico preoperatorio y postoperatorio; pero los médicos encargados de llenarlas, en buen número de ellas o no daban información alguna o ésta era muy escueta. Por lo que se decidió tabular únicamente los datos más o menos bien detallados por el médico.

De las 75 papeletas revisadas se extrajeron los siguientes datos:

1. Nombre
2. Número de historia

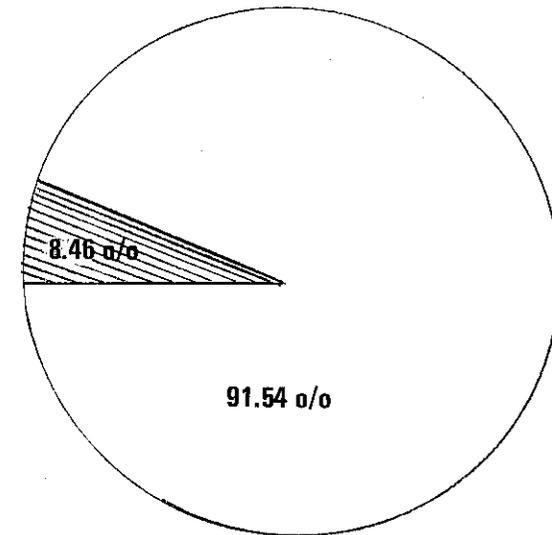
3. Edad
4. Raza
5. Antecedentes obstétricos:
  - a) Paridad
  - b) Menarquia
  - c) Cirugía pélvica previa
6. Sintomatología
7. Examen pélvico
8. Diagnóstico preoperatorio y postoperatorio
9. Localización del tumor
10. Técnicas quirúrgicas empleadas
11. Informe de anatomía patológica
12. Complicaciones post operatorias
13. Número de quistes retorcidos
14. Degeneración a malignidad
15. Revisión de ovario contralateral
16. Informe radiológico
18. Incidencia de teratoma quístico entre los tumores ováricos (este dato fue obtenido en los archivos de patología de los 1241 tumores ováricos revisados).

## B) RESULTADOS Y DISCUSION DE RESULTADOS

### 1) Incidencia:

Se revisaron 1241 tumores ováricos operados durante los últimos 7 años, encontrando 105 teratomas quísticos benignos, lo que dan una incidencia de 8.46 o/o entre los tumores ováricos.

GRAFICA No. 1



 = 8.46 o/o teratoma quístico benigno

 = 91.54 o/o otra neoplasia ovárica.

Ninguna de las pacientes estudiadas era de raza negra o japonesa; dato aislado sin importancia si se toma en cuenta que el porcentaje de mujeres de esas razas en nuestro país es mínimo.

Nuestro dato porcentual se encuentra entre los límites encontrados por otros autores, 5 a 25 o/ (2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11); aunque se puede observar que nuestro porcentaje se acerca más al tanto por ciento mínimo de otros autores.

No se pudo determinar la tendencia familiar porque nuestros archivos de anatomía patológica son relativamente recientes, es un estudio de solo 7 años y además que es muy difícil determinar si existía

parentesco o no entre algunos de nuestros pacientes estudiados.

## 2. Edad

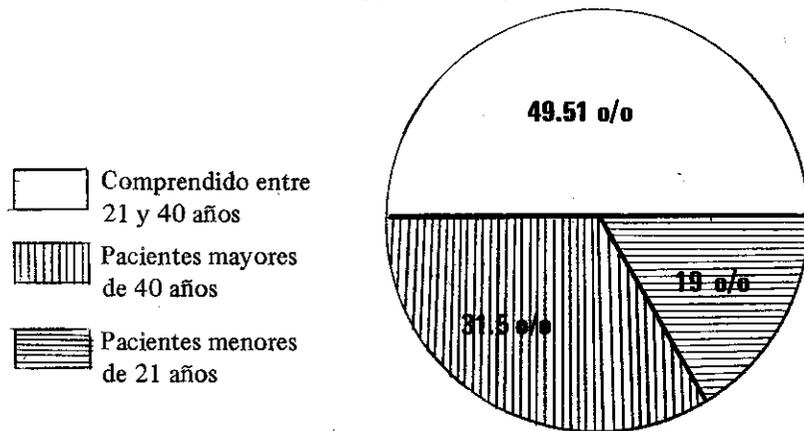
Las edades en nuestro estudio oscilaron desde los 2 años 3 meses la paciente más joven hasta los 67 años la de mayor edad, estando la incidencia por edades repartida como se ve en la tabla No. 1.

TABLA No. 1

Edad	No. de Ptes.	Porcentaje
0 a 10 años	2	1.91 o/o
11 a 20 años	18	17.14 o/o
21 a 30 años	25	23.80 o/o
31 a 40 años	27	25.71 o/o
41 a 50 años	20	19.05 o/o
51 a 60 años	6	5.72 o/o
61 a 70 años	3	2.86 o/o
Desconocida	4	3.84 o/o

La edad promedio se calculó en 33.26 años, como se puede apreciar en 49.51 o/o estuvieron comprendidos entre los 21 y 40 años de edad.

GRAFICA No. 2



Al igual que otros autores, nuestro estudio tuvo su pico de mayor incidencia entre los 20 y 40 años (2, 3, 4, 10, 15), ocurriendo principalmente durante la etapa sexual activa.

Otros autores reportan que son raros en la pubertad y menopausia, casi nunca en la recién nacida.

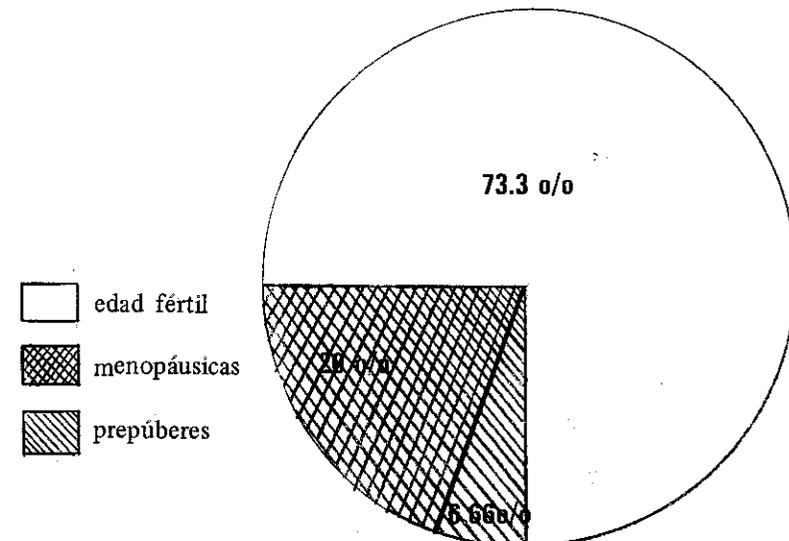
En nuestra serie el 19 o/o de los teratomas quísticos se presentaron en pacientes menores de 21 años y el 31.5 o/o en mujeres mayores de los 40 años. Ver tabla No. 2.

## 3. Antecedentes Obstétricos

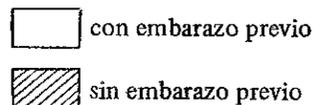
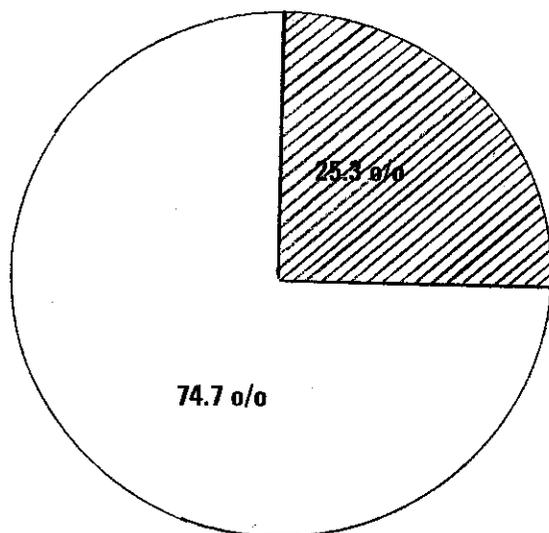
De los 75 casos revisados completamente, 5 eran prepúberes (6.7 o/o), todas las demás tuvieron menarquia comprendida entre los 10 y 18 años, 15 eran menopáusicas (20 o/o) y 55 estaban en edad fértil (73.33 o/o).

Habían estado embarazadas en alguna época de su vida 56 pacientes (74.7 o/o); las 19 restantes (25.3 o/o) no habían tenido embarazo alguno en su vida, pero de estas últimas 16 eran menores de 21 años y en su mayoría solteras, las otras tres eran de 34, 35 y 58 años de edad. Ver gráfica No. 3 y 4.

GRAFICA No. 3



GRAFICA No. 4



Dos pacientes presentaron el teratoma quístico benigno cuando se encontraban embarazadas.

Siete pacientes habían tenido cirugía pélvica previa; tres legrados instrumentales por aborto incompleto; dos cesáreas, una de estas pacientes con dos cesáreas, a dos pacientes se les había efectuado esterilización quirúrgica tipo pomey; a una de estas dos últimas además se le efectuó ooforectomía derecha 15 años antes de extirparle el teratoma, que obviamente fue del lado izquierdo.

Dos pacientes tenían dispositivo intrauterino en su lugar.

Consideramos que la cirugía pélvica previa presentada en nuestra serie no es significativa, no guardando relación con la etiología, ni predisponiendo a la formación del teratoma quístico benigno.

#### 4. Sintomatología:

Los síntomas referidos por las pacientes se tabularon en 91 de ellas, en las 14 restantes se desconoce por las razones ya expuestas.

A continuación se presenta la tabla número dos en que aparece la sintomatología presentada por nuestros pacientes en número y porcentaje.

TABLA No. 2

Síntoma	No de Ptes.	o/o
Dolor	65	71.5
Presencia de masa abdominal	22	24.2
Hemorragia vaginal	19	20.9
Disuria	15	16.5
Náusea y vómitos	13	14.3
Amenorrea	6	6.6
Crecimiento de diámetro abdominal	6	6.6
Dispareunia	4	4.4
Fiebre	4	4.4
Infertilidad	3	3.3
Poliaquiuria nocturna	3	3.3
Estreñimiento	2	2.2
Anorexia	2	2.2
Dismenorrea	2	2.2
Disminución de peso	1	1.1
Hemorragia post coito	1	1.1
Incontinencia urinaria de esfuerzo	1	1.1
Cefalea	1	1.1
Disminución de la libido,	1	1.1
Disnea	1	1.1
Diarrea	1	1.1

En nuestro grupo al igual que otros estudios (2, 3, 5, 6, 9, 10), el dolor fue el síntoma predominante, encontrándose en el 71.5 o/o de los pacientes, constante en la gran mayoría, con exacerbaciones principalmente después de hacer ejercicio.

En un buen número de nuestros pacientes el dolor fue irradiado a región dorso-lumbar y/o miembro inferior del lado afectado.

Otras pacientes consultaron refiriendo sintomatología totalmente ajena a un quiste dermoide; pero al hacer revisión por sistemas, en el interrogatorio de ingreso, se descubrió dolor a nivel del anexo afectado.

Los pacientes que refirió más tiempo de duración en su dolor, con períodos de remisión, fue de 11 años de evolución.

Vale la pena mencionar que los pacientes que refirieron dolor de poco tiempo de evolución, incluso horas, se trataba en la mayoría de los casos, de que el quiste se había retorcido o infectado y se intervinieron como urgencias quirúrgicas. Fue en estos casos también en donde se intervino a la paciente pensando que se trataba de un embarazo ectópico.

Encontramos pacientes que el dolor lo referían en el anexo del lado opuesto al quiste, lo que dio lugar a errores diagnósticos especialmente cuando el examen físico no se palpó masa en ninguno de los anexos o se sintió en lado contrario al del quiste.

Le sigue en importancia igual que en otras series (2, 3, 5, 6, 9, 10) la presencia de masa abdominal con crecimiento progresivo encontrándose en el 24.2 o/o. A la par que iba creciendo causaba sintomatología compresiva, pero no pocos de estos pacientes únicamente refirieron la presencia de masa, sin otra molestia.

La tumoración palpable de mayor tiempo de evolución fue en una paciente que tenía 5 años de sentirla, consultando cuando esta era bastante y asociada a ascitis.

Asimismo en nuestro trabajo al igual que otras investigaciones, le siguió en orden de frecuencia, la hemorragia vaginal inespecífica, es decir en sus variedades hipermenorrea, oligomenorrea, polimenorrea.

Encontramos la presencia de hemorragia vaginal en 20.9 o/o de las mujeres estudiadas.

En nuestro grupo a diferencia de otras, el cuarto lugar en sintomatología lo ocupa la disuria que fue referida en el 16.5 o/o; mientras que en otras series (2, 3, 5, 6, 9, 10), el 4o. lugar lo ocupa la náusea y vómitos. Nosotros encontramos que 14.3 o/o presentó náusea, vómitos; este porcentaje es muy inferior al encontrado por Kilman y colaboradores que fue de 42 o/o, pero fue referido por un grupo de

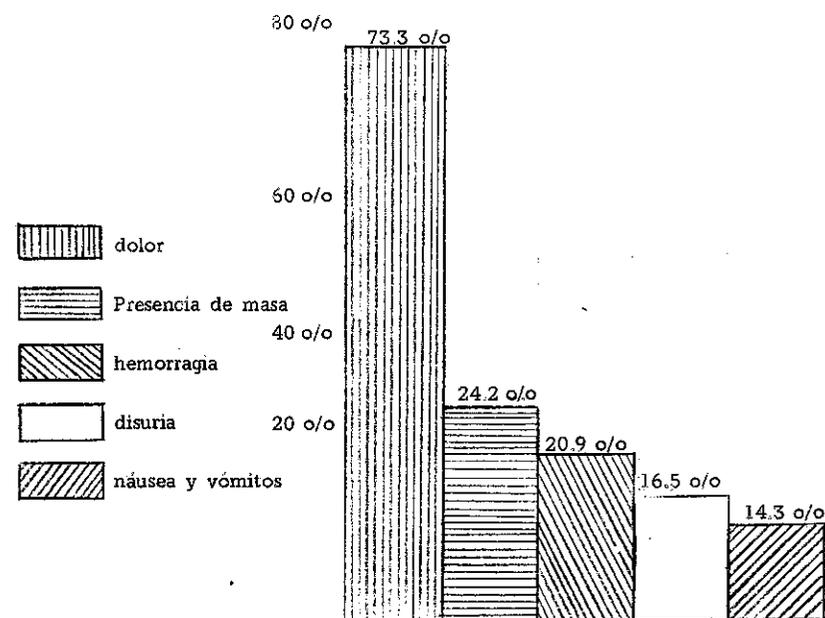
pacientes menores de 16 años y en su mayoría infantes.

Continúan en orden de frecuencia amenorrea y crecimiento de diámetro abdominal, que estuvo presente en el 6.6 o/o. La primera dio lugar a que se interviniera a la paciente colocando como primera posibilidad diagnóstica el embarazo ectópico, que sólo se encontró en un caso y estaba asociado a un teratoma quístico benigno muy pequeño. El crecimiento del diámetro abdominal fue en los casos en que la paciente tardó mucho en consultar; el volumen del tumor ya era considerable y asociado a ascitis.

Le siguen fiebre y dispareunia con el 4.4 o/o, la primera en los casos en que el quiste dermoide estaba retorcido o infectado y la segunda probablemente por irritación del tumor y áreas vecinas durante el coito.

Para el resto de síntomas ver tabla No. 2. A continuación presentamos la gráfica número 5 con los síntomas más frecuentemente encontrados.

GRAFICA No. 5



Además de la sintematología encontrada, a un número considerable de pacientes (ver más adelante) se les intervino quirúrgicamente por otra patología concomitante y el hallazgo del teratoma quístico fue incidental.

#### 5. Examen Pélvico:

El examen pélvico en nuestra serie reveló como hallazgo más importante para cada caso, lo siguiente:

1. Presencia de masa en el mismo lado donde se encontraba el tumor en 21 casos.
2. Masa anexial en otro lado, 23 casos.
3. Todo negativo en 9 casos.
4. Masa que ocupaba toda la pelvis, en 7 casos.
5. Masa anexial bilateral, 3 casos.
6. Dolor a la palpación en área del quiste en 2 casos.

Como comentario de los hallazgos anteriores encontrados en nuestra serie, diremos, que en los pacientes en que el médico palpó masa, localizándola en lugar diferente a donde se encargaba el quiste dermoide, la gran mayoría fueron confundidas con un útero aumentado de tamaño, duro, irregular; teniendo la impresión clínica equivocada, de que se trataba de libroleiomatosis uterina. En menos de los casos la masa fue sentida en el anexo opuesto; diagnosticándose tumor en el ovario contralateral. Creemos que el quiste dermoide en estos casos era muy pequeño y no fue detectado y la masa encontrada en el anexo sin quiste dermoide era de otra etiología. En los 9 pacientes que todo fue negativo para masa anexial el hallazgo fue incidental durante la intervención. Hacemos notar que en estos pacientes si se hizo examen ginecológico, ya que en muchos pacientes no se efectuó, por consiguiente no se sintió el tumor (no las tabulamos).

Los pacientes en que no se palpó tumor, pero que era doloroso el anexo enfermo a la palpación, se trataba de quistes pequeños no detectados.

#### 6. Diagnóstico Preoperatorio y Postoperatorio

Ya descritos los hallazgos pélvicos se puede concluir que el diagnóstico de TUMOR ANEXAL fue errado en un número muy significativo de casos. Notoriamente más significativo si consideramos los casos en que sí se diagnosticó acertadamente el tumor ovárico pero que la etiología de la neoplasia no fue diagnosticada.

Los únicos casos en que se intervino a la paciente con impresión diagnóstica de teratoma quístico fue en aquellos en que se tomó previo a la intervención, radiografía simple de abdomen y se notaron las calcificaciones. Dichas radiografías fueron tomadas únicamente en 7 pacientes y en 6 se notaron calcificaciones dentro de un tumor de apariencia quística, siendo el radiólogo el que informó el diagnóstico; en una radiografía no se observaron calcificaciones, como tampoco se hallaron al abrir el quiste en patología.

Definitivamente el diagnóstico de certeza se escapó en excesivo número de pacientes (99) por haberse escapado al médico tomarle una radiografía de abdomen. Otros autores (2) han encontrado calcificaciones en el 60 o/o de las radiografías.

Con respecto al diagnóstico postoperatorio es notorio en nuestra serie que los cirujanos, en no pocas veces, desconocen las características morfológicas del teratoma quístico benigno, porque el diagnóstico postoperatorio fue evadido en poco menos de la mitad. Además sería una buena costumbre abrir el quiste para ver lo que contiene y por ende hacer un diagnóstico postoperatorio acertado. Se escapa a nuestra llamada de atención los casos en que el tumor era muy pequeño o microscópico, pasándosele desapercibido al cirujano, y fue el patólogo el que dio el diagnóstico.

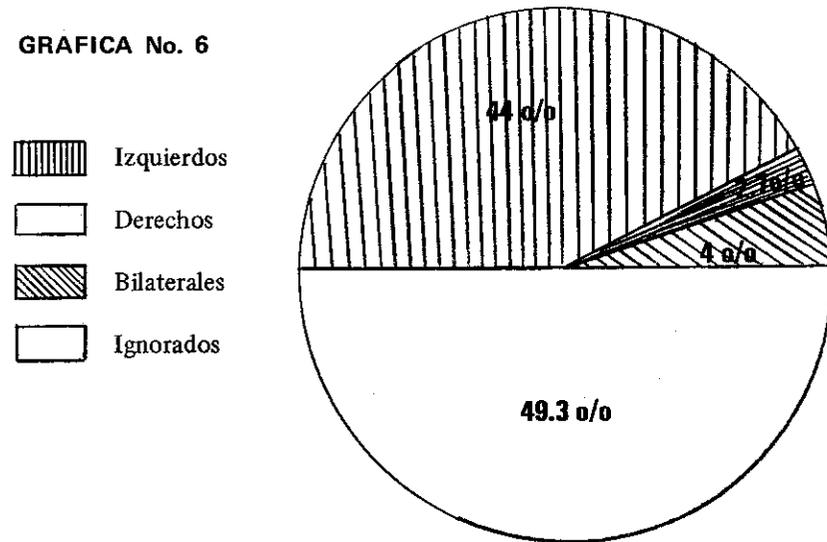
#### 7. Localización:

La localización del teratoma quístico benigno en las 75 papeletas revisadas completamente fue:

TABLA No. 3

Lado	No. de Ptes.	Porcentaje
Derecho	37	49.3
Izquierdo	33	44.0
Bilateral	3	4.0
Ignorado	2	2.7

GRAFICA No. 6



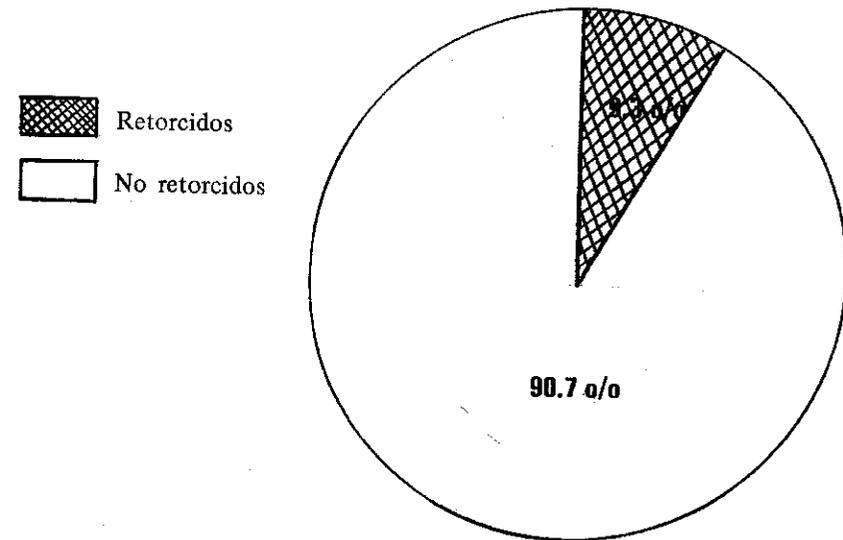
Nuestra serie revela un porcentaje de bilateridad del 4 o/o, menor que la encontrada por otros autores, que oscilan entre el 8 y el 20 o/o; esta diferencia significativa, probablemente se explica porque en nuestro trabajo a los pacientes que se les efectuó ooforectomía unilateral, sólo en un caso se abrió el ovario contralateral para revisarlo en busca de la bilateridad mencionada. En esta paciente en particular, el ovario investigado era normal.

Se encontró mayor porcentaje de teratomas quísticos del lado derecho que del lado izquierdo, pero sin predominio marcado, por lo que creemos que no es significativo.

#### 8. Retorcidos:

De las 75 papeletas investigadas se encontraron 7 quistes retorcidos lo que equivale al 9.3 o/o y que reafirma lo descrito por otros autores, que de los tumores del ovario, el que tiene mayor tendencia a retorcerse es el teratoma quístico.

GRAFICA No. 7



#### 9. Degeneración Maligna:

En nuestra serie de los teratomas quísticos benignos informados 2 degeneraron a malignidad, lo que da un porcentaje de casi el 2 o/o que concuerda con el encontrado por otros autores, 1 a 3 o/o (2, 3, 9, 10, 13).

Estas pacientes egresaron del hospital en pésimas condiciones de salud, con pronósticos malo; no se siguieron para investigar cuál fue su tiempo de sobrevivida; pero, por las condiciones de egreso deducimos que su sobrevivida fue escasa, igual a lo descrito por otros autores (1, 2, 3, 9).

## 10 Tratamiento:

El tratamiento en todos los casos fue quirúrgico, variando desde extirpación del quiste, respetando el ovario; oforectomías; salpingooforectomías, hasta hysterectomía abdominal, siendo la primera y la última, los procedimientos más empleados.

Se tomó en cuenta para decidir el procedimiento, la edad de la paciente, patología concomitante y tamaño del teratoma.

Como ya describimos, en uno solo de los casos se hizo sección del ovario opuesto para su investigación, encontrándolo normal y se reconstruyó su anatomía.

## 11. Complicaciones Post Operatorias

No hubo ninguna seria. Vale la pena hacer mención de un caso en el cual se sintió masa en fondo se saco posterior; la paciente presentaba manifestaciones de una infección pélvica aguda; pensando que se trataba de un absceso, se le hizo colpotomía posterior. Para sorpresa del cirujano, al hacerlo, obtuvo sebo y pelos; posteriormente se extirpó el tumor vía abdominal, sin ningún contratiempo.

## CAPITULO III

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Se encontraron, en un período de 7 años, desde 1966 a 1972, un total de 105 teratomas quísticos benignos de 1241 tumores ováricos revisados, que dan una incidencia de 8.46 o/o.
2. El promedio de edad fue de 33.26 años.
3. El 49.51 o/o de los pacientes se encontraba comprendido entre los 21 y los 40 años de edad.

4. El 73.3 o/o de los pacientes se encontraba en edad fértil, menstruando; el 20 o/o era menopáusicas y el 6.7 o/o era prepúberes.
5. La incidencia de bilateridad encontrada, 4 o/o, es menor que la descrita por otros autores.
6. Ninguna de las pacientes era de raza negra o japonesa.
7. La paciente de menor edad fue de 2 años 3 meses, y la de mayor edad fue de 67 años.
8. 74.7 o/o habían estado embarazadas en alguna época de su vida, 24.3 o/o nunca habían estado embarazadas; pero, de éstas últimas el 84 o/o eran pacientes jóvenes, menores de 21 años y en su mayoría solteras.
9. Dos pacientes estaban embarazadas.
10. La cirugía pélvica previa no predispone a las pacientes para la formación de un teratoma quístico benigno.
11. La sintomatología encontrada, en orden de frecuencia, fue dolor, masa abdominal, hemorragia vaginal, disuria y náusea con vómitos.
12. La revisión por sistemas en el interrogatorio de ingreso nos ayudó a descubrir sintomatología de tumor ovárico en algunos casos.
13. El hallazgo incidental de teratoma quístico benigno fue frecuente.
14. El tipo de hemorragia vaginal presentado fue sin características especiales, es decir, inespecífico.
15. El error diagnóstico es frecuente.
16. La radiografía simple de abdomen nos dio el diagnóstico en el 86 o/o de los casos en que se pidió.
17. Se encontraron teratomas quísticos benignos en ambos ovarios sin predominio marcado de un lado sobre el otro.

18. El 9.3 o/o de los teratomas quísticos benignos presentaron torsión y fueron tomados como urgencias quirúrgicas.
19. El 1.9 o/o de los teratomas quísticos benignos presentaron degeneración maligna.
20. La degeneración maligna da una sobrevida muy corta.
21. La extirpación del quiste, respetando el ovario, fue el procedimiento más empleado.
22. Muchos cirujanos desconocen las características morfológicas del teratoma quístico benigno.
23. El diagnóstico preoperatorio de teratoma quístico benigno fue raro, a pesar de la alta incidencia del mismo.

#### RECOMENDACIONES

1. Es una buena idea y se recomienda tomar radiografía simple del abdomen en toda paciente a quien se le diagnostique o palpe un tumor del ovario, para buscar calcificaciones y tener un diagnóstico más seguro.
2. Se insiste en la conveniencia de bivalvar el ovario contralateral para explorarlo, al estar en presencia de un teratoma quístico benigno del ovario, por la posibilidad de bilateridad de dicho tumor.
3. Debe respetarse, hasta donde sea posible la integridad del ovario afectado.
4. La degeneración o malignidad debe evitarse utilizando cirugía más radical en pacientes mayores.
5. Se recomienda abrir el quiste antes de enviarlo a patología para evitar errores diagnósticos innecesarios.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Altamirano, Dimas, M. et al. Solid teratoma of the ovary; study of 11 cases. *Ginec Obstet Mex.* 23: 169-77, Feb. 68.
2. Hertig, A. T. and Gore, H. Tumors of the female sex organs. III Washington, Armed Forces Institute of Pathology, 3: 59-70 1961.
3. Huffman, J. W. The gynecology of childhood and adolescence, Phila. Pa., W.B. Saunders, 1968 pp 273-276.
4. Karten, G. Neurogenic cyst of the ovary. *Arch. Path.* 86:563-67, Nov 68.
5. Kilman, J. W. et al. Ovarian tumors in infants and children. *Amer. J. Surg.* 113: 777-782, Jun 1967.
6. Kistner, R.W. Gynecology; principles and practice. Chicago Ill., Year Book Medical Publishers, 1964 pp 425-431.
7. MacSween, R.N.M. Foetal cerebellar tissue in an ovarian teratoma; *J Path Bacteriol.* 96: 513-514, Oct 68.
8. Moore, J.G. et al. Ovarian tumors in infancy, childhood and adolescence. *Amer. J. Obstet & Gynec.* 99(7): 913-922, Dec 67.
9. Novak, E. R. and Woodruff, J.D. Novak's gynecologic and obstetric Pathology. Phila. Pa. W.B. Saunders, 1968 pp 567.
10. Robins, S. L. Textbook of pathology; 2a. ed. Phila. Pa. W. B. Saunders, 1964 pp 918-919.
11. Schwartz, S. I. Principles of surgery; N.Y. McGraw-Hill, 1969 pp 238-45.
12. Scully, R. E. Recent progress in ovarian cancer. *Hum. Path.* 1: 87-87, Mar 70.
13. Shirley, R. Piro, A. and Crocher, D. Malignant neural elements in a benign cystic teratoma. *Obstet & Gynec.* 37:402-407, Mar 71.

14. Thompson, J. P. et al. Ovarian and paraovarian tumors in infants and children. Amer. J. Obstet. & Gynec. 97 (8) :1059-64, Apr. 67.
15. Wilson, J.R.; Premenopausal pelvic neoplasms. Hosp. Med. 38:15-32, Aug. 1967.

Br. Rolando A. Morales y Morales

Dr. Fausto A. González  
Asesor

Dr. Otto Brolo H.  
Revisor

Dr. Julio De León M.  
Director de Fase III

Dr. Carlos A. Bernhard  
Secretario

Vo. Bo.

Dr. César A. Vargas M.  
Decano