

Teratoma Quístico Maduro Fistulizado a Recto

César Uceda Martos¹, Víctor Contreras Quincho¹, Harry Manrique Urteaga², Javier Nolasco Torres³

1- Servicio de Cirugía General. Hospital II EsSALUD Cajamarca, Perú.

2- Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital II EsSALUD Cajamarca, Perú.

3 Servicio de Anatomía Patológica. Hospital II EsSALUD Cajamarca, Perú.

Correspondencia: César I. Uceda Martos
cesarmael@gmail.com

RESUMEN

El teratoma quístico maduro denominado también quiste dermoide es un tumor benigno de células germinales, que puede presentarse en tejido extragonadal con baja frecuencia, con transformación maligna en menos del 2%. La ruptura espontánea del quiste es extremadamente rara (menos del 1%). El quiste puede romperse en la cavidad peritoneal o rara vez en un órgano abdominal hueco como el recto, caso presentado en el estudio. Se reporta el caso de una mujer de 38 años que presentó dolor abdominal, deposiciones con pus y pelos, diagnosticándole teratoma quístico maduro fistulizado a recto, por lo que se realizó tumorectomía más colostomía en asa sigmoidea. El resultado final de patología fue teratoma quístico maduro. Presentó buena evolución y fue dada de alta a los 5 días. Se hace una revisión actualizada de esta patología infrecuente y con buen pronóstico.

Palabras clave: teratoma quístico maduro, fístula.

ABSTRACT

Mature ovarian teratoma also called dermoid cyst is a benign tumour of germ cells found in the extragonadal tissue with low frequency and malign transformation less than 2%. Spontaneous rupture of the cyst is extremely rare (less than 1%). The cyst can break into the peritoneal cavity or rarely into a hollow viscus like the rectum as in this case. This the case of a woman who presented with abdominal pain and pus and hairs in her stools. A mature cystic theratoma with a rectal fistula was diagnosed. She underwent tumorectomy and sigmoid loop colostomy. Pathology confirmed a mature cystic theratoma. Postoperattive recovery was uneventful and she was discharged after 5 days. A review of this unusual pathology with good prognosis is presented.

Key words: mature ovarian teratoma, fistula.

INTRODUCCION

Los tumores de células germinales constituyen casi el 20% de los tumores de ovario y de ellos un 95% son benignos, siendo el tipo más frecuente el teratoma maduro benigno o también denominado quiste dermoide.¹ Aproximadamente el 80% se presentan en mujeres en edad fértil. Se originan a partir de células embrionarias pluripotenciales presentes habitualmente en ovario, testículo, mediastino, retroperitoneo y región sacrocóxigea.^{1,10} Se caracteriza por una cápsula gruesa, revestida por epitelio plano estratificado, bajo este se pueden encontrar glándulas sudoríparas, apocrinas y sebáceas. La cavidad se llena con los detritus de éste y sus anexos. Otros tejidos que se pueden encontrar son dientes, cartílago, plexos coroideos, falanges, tejido nervioso y en ocasiones tejido tiroideo (struma ovarii) con potencial tirotóxico o de degeneración maligna tiroidea.² La transformación maligna del teratoma quístico maduro es una complicación poco frecuente (menos 2%).^{3,7} La mayor parte son asintomáticos y la forma más frecuente de presentación son el dolor abdominal y hemorragia uterina anormal o concomitante o aumento del volumen abdominal. La rotura es rara, entre el 1-1,2% y constituye una urgencia quirúrgica.^{3,4} Se estima que entre un 1-1,9% de los teratomas pueden romperse, lo que puede ocurrir hacia el espacio peritoneal, que es lo más frecuente, o hacia una víscera hueca, como vagina, vejiga urinaria, intestino o recto.^{5,6} La ecografía constituye el modelo diagnóstico de elección y la combinación de ecografía con radiografía simple de abdomen proporciona un diagnóstico más exacto en la mayoría de los casos, siendo la resonancia magnética o la TAC el que aporte el diagnóstico diferencial.⁸ El tratamiento es quirúrgico, siendo posible la mayor parte de las veces una resección del mismo, respetando el resto del ovario.⁹

El interés del caso presentado se basa en la fistulización del quiste hacia el recto, descrita en muy escasas ocasiones en la literatura.

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 38 años, natural de Cajamarca, si antecedentes de importancia. Ingresó con 3 semanas de enfermedad, caracterizada por dolor abdominal bajo tipo cólico, sensación de alza térmica, escalofríos, dolor perianal y deposiciones líquidas purulentas los últimos días. En la exploración física se palpó masa en hipogastrio de 10 cm de diámetro. Se realizó colonoscopia encontrando a 12 cm de línea pectínea orificio fistuloso cubierto por pelos con salida de pus de olor fétido. La TAC abdominal en reconstrucción 3D sagital y coronal mostró tumoración pélvica con densidad de partes blandas y densidad grasa en su interior con burbujas aéreas, con área que se proyecta al recto en relación a fístula (Fig.1). Se realizó laparoscopia diagnóstica encontrando tumoración dependiente de ovario izquierdo, firmemente adherido a cara anterior de recto sigmoides, abscedada (Fig. 2A). Se convirtió mediante incisión infraumbilical, realizando tumorectomía + anexectomía izquierda (Fig. 2B), colocación de dren laminar en fondo de Saco de Douglas y colostomía en asa sigmoidea. El resultado de patología fue Teratoma quístico maduro (Fig. 3) abscedado y fistulizado a recto, encontrando tejido epidérmico, glándulas sudoríparas, grasa y pelos. (Fig. 4) Paciente presentó buena evolución, y fue dada de alta a los 5 días, citándola en 4 meses para cierre de colostomía, previa verificación endoscópica de cierre de fístula.



Figura 1. TC en reconstrucción 3D sagital y coronal muestra tumoración pélvica (T) con densidad de partes blandas y densidad grasa, en su interior burbujas aéreas, con área que se proyecta al recto en relación a fístula (corte coronal).

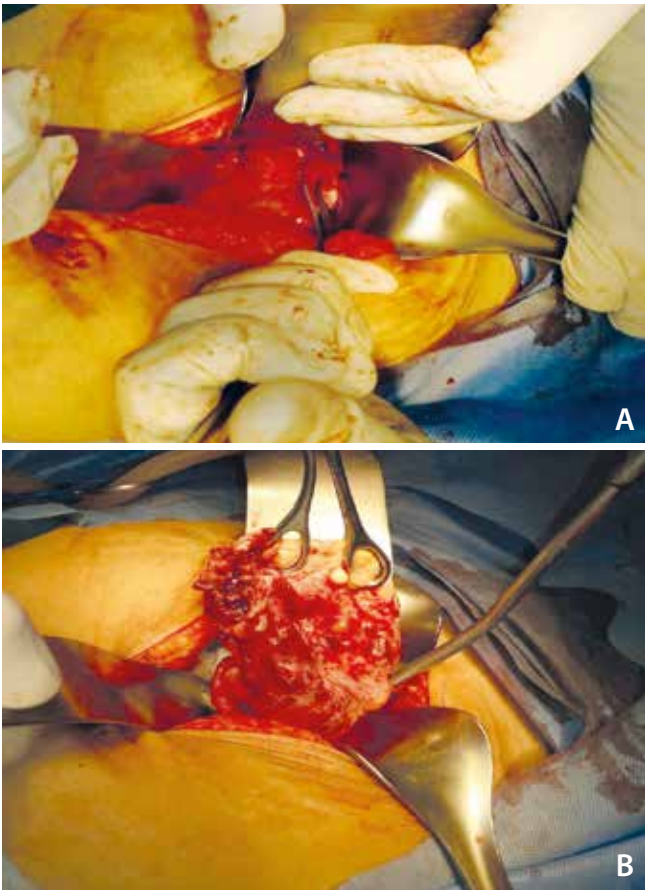


Figura 2. A. Tumor firmemente adherido a la pared anterior del recto. B. Excisión de tumor y anexo izquierdo de pared anterior del recto.

DISCUSION

La palabra "teratoma" se deriva de obra griega "teraton" que significa monstruo. Fue utilizado inicialmente por Virchow en 1863. El término "quiste dermoide" fue acuñado por Leblanc en 1831. Ambos se utilizan indistintamente. Derivados de células totipotenciales, estos tumores son la línea media o paraxial. Después de teratomas sacrococcígeos (57%), las gónadas (29%) son el segundo sitio más común. El teratoma quístico maduro representa 10-20% de todas las neoplasias de ovario, se producen principalmente en pacientes menores de 20 años de edad.⁸ Histológicamente, muestran una mezcla variable de elementos de uno o más de las de tres capas de células germinales: ectodermo (piel, cerebro) mesodermo (músculo, grasa, dientes, huesos y cartílagos) y endodérmico (epitelio gastrointestinal mucinoso o ciliado, bronquial, tejido tiroideo). Patológicamente, el teratoma se clasifica en tres grupos: Maduro (quísticas, sólidas, son benignas), Inmaduro (maligno) y Monodérmico (tumores carcinoides, tumores neuronales).¹⁰ Los teratomas más comúnmente surgen en las gónadas, pero también se han encontrado en el mediastino anterior, retroperitoneo y tracto gastrointestinal.¹⁰ La ruptura espontánea del quiste es extremadamente rara porque

de su gruesa pared y se informa en menos del 1% de los casos. El quiste puede romperse en la cavidad peritoneal o rara vez en un órgano abdominal hueco. Los sitios reportados son la vejiga urinaria, intestino delgado, colon sigmoides, recto y vagina. Los teratomas pueden invadir la pared del recto y puede presentarse como un pólipo hemorrágico rectal o se puede presentar como un cambio en los hábitos intestinales debido a la compresión del recto. Se pueden presentar de esta manera por adhesión del tumor a una estructura adyacente resultante en la isquemia y necrosis de la pared del quiste, infección del quiste, resultado de un trauma durante el parto, o un cambio maligno en el quiste dermoide.³ Para el diagnóstico son necesarios los estudios de imágenes. La radiografía simple es útil para demostrar calcificaciones, que aunque son sugestivas no son exclusivas de estos tumores. En la Ecografía se presentan como una masa quística con un tubérculo marcadamente ecogénico en su luz, o bien como una masa ecogénica por el contenido sebáceo, o como múltiples bandas ecogénicas finas (pelo en la cavidad del quiste). El mayor problema de la ecografía es que es operador dependiente.⁸ La Tomografía Computarizada es muy sensible para la detección de la grasa intratumoral, así como para las calcificaciones, habitualmente localizadas en la pared. En ocasiones se han descrito bilateralidad.^{3,8} En la

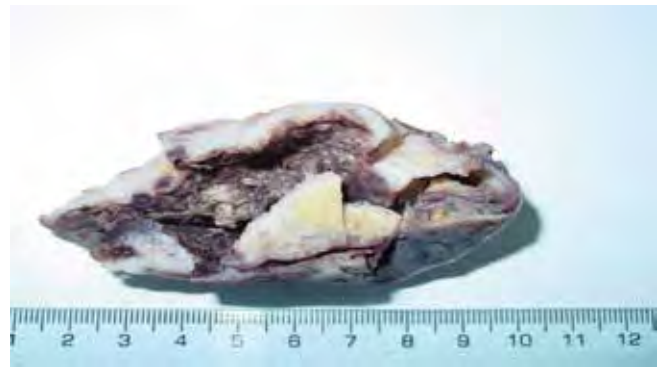


Figura 3. Imagen macroscópica: Quiste abierto, con pared fibrosa de grosor variable y superficie interna con múltiples cabellos.

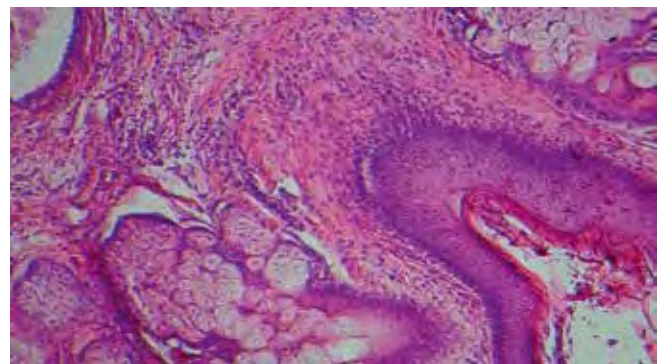


Figura 4. Imagen microscópica: Capa epidérmica con queratina, glándulas sebáceas y dermis con infiltrado inflamatorio mixto.

Resonancia Magnética, el componente sebáceo de los quistes dermoides tiene una intensidad de señal muy alta en imágenes potenciadas en T1, similares a la grasa retroperitoneal. La intensidad de la señal del componente sebáceo en T2 es variable, por lo general que se aproxima de grasa.⁸ En el presente caso se identificó el ovario izquierdo envuelto por el tumor firmemente adherido a la pared anterior del recto (Fig. 2) y en la luz rectal a 12 cm de línea pectínea un orificio fistuloso por el que salía pus y pelos, el cual tenía continuidad con el ovario. Estos hallazgos fueron confirmados por la Tomografía y el estudio histopatológico (Fig. 1 y 4). El tratamiento de elección en teratomas quísticos maduros que fistulizan a recto

es la escisión tumoral completa, estando descritos diferentes procedimientos quirúrgicos que incluyen resección segmentaria del recto con anastomosis primaria, resección anterior baja, resección amplia de la pared rectal y elaboración de colostomía, resección amplia y cierre primario.^{1,10}

Concluyendo, del análisis de la revisión bibliográfica actual, incluido nuestro caso, podemos inferir que el teratoma quístico maduro con fístula hacia recto es una patología rara, pero de buen pronóstico. Los síntomas no son específicos, por lo que un diagnóstico clínico preoperatorio preciso es difícil, siendo útil las pruebas de imágenes. La cirugía es el tratamiento indicado.

BIBLIOGRAFÍA:

1. 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(5):357-60.
2. Kumar B, Kumar M, Sen R, Anchal N. Mature solid teratoma of the rectum: report of a case. *Surg Today* 2008;38:1133-1136.
3. Sebastià C, Sarriás M, Sánchez E, Quiroga S, Boyé R. Rotura de teratoma quístico maduro de ovario: hallazgos por tomografía computarizada *Radiología* 2004;46(1):34-37
4. Walter V, Astid R, Nelken RS. Benign cystic ovarian teratoma with a fistula into the small and large bowel. *Obstetrics and Gynecology*. 2012;119:434-6.
5. Basu S, Kumar M. Ovarian dermoid eroding into rectum an masquerading as recurrent rectal teratoma. *Open Access Surgery* 2010;3 5-7
6. Cebesoy FB, Baskonus I, Mete A, Kutlar I, Aybasti N. Benign ovarian dermoid cyst complicated with rectal fistula formation: an unusual case. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;279: 179-181.
7. Okada S, Ohaki Y, Inoue K, Nakajo H, Kawamata H, Kumazaki T. A case of dermoid cyst of the ovary with malignant transformation complicated with small intestinal fistula formation. *Radiat Med*. 2005;23:443-446.
8. Hernández M, Nieves G, Hernandez, Pastor J. Teratoma quístico maduro ovárico: características de imagen y diagnóstico de sus complicaciones. Congreso SERAM 2012. Doi link: <http://dx.doi.org/10.1594/seram2012/S-0855>
9. Arias W, Ramirez L, Lugo P, Salgado N. Teratoma sólido maduro de ovario con protrusión intrarrectal. Informe de un caso. *Cir Ciruj* 2009;77:403-406.
10. Pradhan P, Thapa M. Dermoid Cyst and its Bizarre Presentation. *J Nepal Med Assoc* 2014;52(194):822-9