

Teratoma quístico maduro en trompa uterina en gestante de término, a propósito de un caso

Mature cystic teratoma in uterine tube in a pregnant woman at term, a case report

Lilian Brites Enciso¹ , Blas Antonio Romero Dure¹ , Ana Paula Barros¹ , Paola Toffoletti¹ , Gloria Celeste Samudio-Domínguez¹ 

RESUMEN

El tumor de células germinales se distingue por su complejidad histológica y estructural, pudiendo presentarse tanto en la etapa embrionaria como en el período postnatal, los tipos histológicos más comunes incluyen el carcinoma embrionario, el teratoma inmaduro, el teratoma maduro, el coriocarcinoma, el tumor del seno endodérmico y el disgerminoma. Cada uno de estos tipos presenta características histológicas y patrones de crecimiento específicos, lo que influye en el diagnóstico y enfoque terapéutico para cada paciente. Los tratamientos varían según el tipo histológico y la extensión de la enfermedad, es decir, varios factores pronósticos pueden influir en el tratamiento y en el resultado clínico de los pacientes, que dependen de la etapa en la que se encuentra el tumor al momento del diagnóstico, la extensión de la enfermedad, la respuesta al tratamiento inicial, la presencia de metástasis, la histología específica del tumor y la edad del paciente. La identificación y consideración de estos factores pronósticos son fundamentales para determinar el enfoque terapéutico más adecuado para cada paciente, en general, el tratamiento puede incluir cirugía para extirpar el tumor, quimioterapia, radioterapia o una combinación de estos enfoques.

Palabras clave: Neoplasias de células germinales, teratoma, diagnóstico, tratamiento.

ABSTRACT

Germ cell tumor is distinguished by its histologic and structural complexity and can occur in both embryonic and postnatal stages. The most common histologic types include embryonal carcinoma, immature teratoma, mature teratoma, choriocarcinoma, endodermal sinus tumor, and dysgerminoma. Each of these types has specific histologic features and growth patterns, which influences the diagnosis and therapeutic approach for each patient. Treatments vary according to histologic type and extent of disease, i.e., several prognostic factors can influence treatment and clinical outcome for patients, which depend on the stage of the tumor at diagnosis, extent of disease, response to initial treatment, presence of metastases, specific tumor histology, and patient age. Identification and consideration of these prognostic factors are critical in determining the most appropriate therapeutic approach for each patient. In general, treatment may include surgery to remove the tumor, chemotherapy, radiation therapy, or a combination of these approaches.

Keywords: Germ Cell Neoplasms; Teratoma; Diagnosis; Treatment

INTRODUCCIÓN

El teratoma es un tipo de tumor de células germinativas que a veces contiene varios tipos de tejido, como pelo, músculo y hueso. Los teratomas pueden ser maduros o inmaduros según cuán anormales se ven las células al microscopio. En ocasiones, los teratomas tienen una mezcla de células maduras e inmaduras. Estos tumores suelen presentarse en los ovarios de la mujer, los

testículos del hombre y el cóccix de los niños. También se forman en el sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal), el tórax o el abdomen. Hay teratomas benignos (no cancerosos) y teratomas malignos (cancerosos). También se llama tumor teratoide. El tumor de células germinativas se caracteriza por su complejidad tisular y estructural y puede manifestarse tanto durante el desarrollo embrionario como después del nacimiento (1-3). Los teratomas quísticos maduros, también conocidos como quistes dermoides, corresponden al

Autor correspondiente:

Lilian Brites, correo electrónico: lbrites7@gmail.com

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de interés que declarar.

Contribución de autores:

Conceptualización: Lilian Brites Enciso – Ana Paula Barros. Investigación: Lilian Brites Enciso – Ana Paula Barros – Blas Romero. Redacción del borrador original: Ana Paula Barros. Revisión: Paola Toffoletti - Gloria Celeste Samudio-Domínguez.

Financiamiento:

Autofinanciado.

Editora responsable:

María Isabel Rodríguez 
Universidad Sudamericana. Pedro Juan Caballero, Paraguay.

Histórico:

Recibido: 28-02-2025

Aceptado: 15-04-2025

Periodo de publicación:

Ene-Abr 2025

Licencia de uso:

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons.



¹ Universidad María Auxiliadora, Facultad de Medicina. Mariano Roque Alonso, Paraguay.

50% de las neoplasias ováricas benignas y son uno de los tumores ováricos benignos más observados en mujeres en edad reproductiva (4). Su prevalencia es extremadamente rara en las trompas de Falopio, y tiende a ser identificada durante cesáreas o laparoscopia. La identificación de estos teratomas quísticos maduros en las trompas de Falopio plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos, requiriendo una evaluación minuciosa y un enfoque multidisciplinario para su manejo adecuado.

La complejidad tisular y estructural de estos tumores ováricos benignos subraya la importancia de un abordaje integral, considerando factores como la localización, el tamaño y la posible afectación de estructuras adyacentes. El manejo de los teratomas quísticos maduros en las trompas de Falopio puede implicar estrategias terapéuticas que van desde la cirugía conservadora hasta enfoques más agresivos, dependiendo de la extensión del tumor y la presencia de complicaciones asociadas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 41 años, nulípara, gestante a término de 37,2 semanas, admitida en el servicio de ginecología de hospital, debido al inicio del trabajo de parto y sospecha de alteración del bienestar fetal (bradicardia fetal transitoria). Presenta historia de cirugía previa con colostomía hace 13 años y diagnóstico de Enfermedad Celíaca.

Se realiza cesárea de Kerr y obliteración tubárica bilateral mediante la técnica de Pomeroy, observándose una tumoración quística de 3 x 3 cm de diámetro en la región del tercio medio de la trompa uterina derecha. Trompa uterina lado derecho de 7,4 x 2,5 cm de diámetro mayor, dilatada a nivel de la porción ampular e ístmica. Superficie externa marrón-parduzca, lisa, con vascularización prominente.

Al corte, dilatación quística, multilocular de la luz, con contenido material mucoide, con área blanquecina sólida, de 1,5 cm, aparenta corresponder a cartílago.



Figura 1. Trompa uterina lado derecho. Al corte, pared tubárica con dilatación quística, contenido material mucoide con áreas sólido firmes, blanquecinas de aspecto cartilaginoso sin observarse folículos pilosos (obtenida por el Dr. Blas Romero).

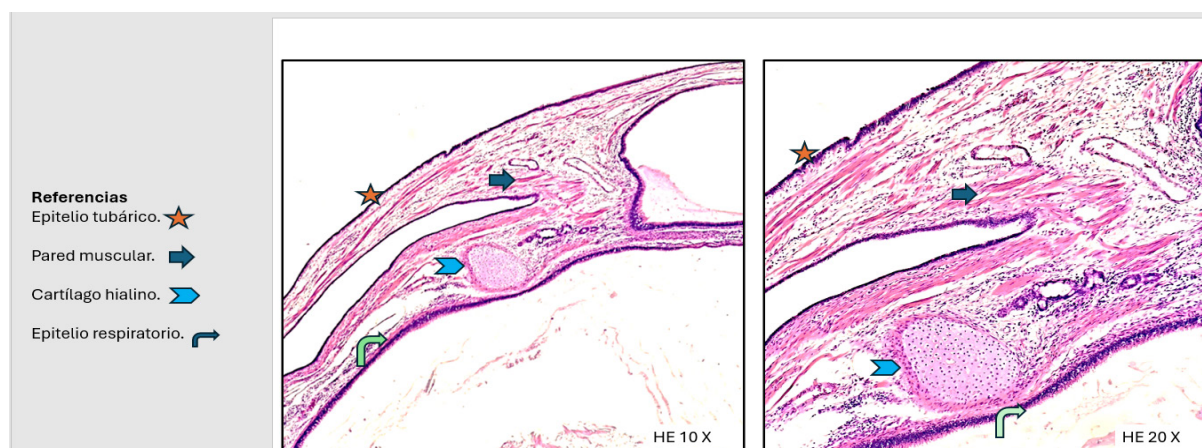


Figura 2. Imagen microscópica de pieza quirúrgica, H&E 10x y 20x, respectivamente. (imagen obtenida por el Dr. Blas Romero).

Pared blanquecina de 0,1 y 0,3 cm (Figura 1).

Trompa lado izquierdo de 5,5 y 0,6 cm, de aspecto conservado. Tumor germinal benigno compatible con Teratoma quístico maduro en trompa uterina lado derecho de 3 cm, compuesto por los siguientes componentes: del ectodermo (piel y anexos cutáneos), mesodermo (cartílago hialino y músculo liso) y endodermo (epitelio respiratorio) (Figura 2).

No se observó componente inmaduro tras inclusión total de la pieza. Trompa izquierda sin alteraciones.

Declaración sobre uso de inteligencia artificial:

No se ha utilizado inteligencia artificial para la realización del manuscrito.

DISCUSIÓN

Durante la migración de las células germinales hacia las crestas genitales desde un sitio extraembrionario, el endodermo del saco vitelino, algunas células germinales pueden no alcanzar su destino, resultando en atresia; sin embargo, algunas células pueden sobrevivir para formar tumores de células germinales. Los teratomas tubáricos se originan a partir de células germinales que migran del saco vitelino al botón gonadal primitivo; sin embargo, el proceso patológico no está plenamente elucidado (5).

Los teratomas quísticos maduros son determinados por la presencia de componentes diferenciados de las tres capas germinativas: endodermo, mesodermo y ectodermo. Los teratomas quísticos maduros son tumores ováricos comunes (6-9) Sin embargo las neoplasias de las trompas de Falopio son los tipos de tumores más raros del sistema reproductor femenino. Su presentación puede ser en un tercio de la trompa de Falopio o en el borde externo de la trompa de Falopio; frecuentemente son unilaterales, generalmente son pequeños y contienen material similar al sebo con pelos. Los teratomas de las trompas de Falopio se han vinculado a un número reducido de partos, alteraciones en el ciclo menstrual, leucorrea, sangrado postmenopáusico y dolor abdominal.

A través de exámenes de imagen preoperatorio (10-13) en los cuales se identifica el aspecto macroscópico característico, dentro de la masa pueden encontrarse otros tejidos, como cabello, dientes, hueso o cartílago. El diagnóstico final se realiza a través de informes de procedimientos quirúrgicos y anatomopatológicos. El anatomopatólogo tiene como encargo investigar un teratoma tubárico cuando la masa anexial es compleja.

Comúnmente, los teratomas tubáricos maduros son detectados casualmente durante exámenes o procedimientos quirúrgicos pélvicos, y, desafortunadamente, durante el examen físico previo a la cirugía, son diagnosticados incorrectamente como teratomas ováricos (14-16).

***AGRADECIMIENTOS**

Agradecimiento especial por revisión final y edición a Lilian Celeste Alarcón-Segovia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kayastha S, Bharati A, Shrestha A, Shrestha S, Pandey A, Panday P. Teratoma quístico maduro en las trompas de Falopio: una serie de casos. *J Nepal Med Assoc* 2023;61:465–8. doi: 10.31729/jnma.8149.
2. National Cancer Institute. Teratoma [Internet]. 2011 [Citado 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/teratoma>
3. Sun XJ, Liu CR. [Genetic characteristics of ovarian malignant germ cell tumors]. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi*. 2024 Jun 8;53(6):641-646. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn112151-20231025-00305.
4. Euscher ED. Germ cell tumors of the female genital tract. *Surg Pathol Clin*. 2019 Jun;12(2):621-649. doi: 10.1016/j.path.2019.01.005.
5. Horton T, Dinh T. Fallopian tube dermoid tumor. *J Minim Invasive Gynecol*. 2024 Jan;31(1). doi: 10.1016/j.jmig.2023.09.008
6. Singh S, Rout PK, Majumder R. Contralateral fallopian tube dermoid tumor: a rare finding in chronic ectopic pregnancy. *Cureus*. 2020 May;12(5). doi: 10.7759/cureus.8065.
7. Yao M, Shi X, Ge B. A case of benign mature cystic teratoma of left fallopian tube along with right endometrial ovarian cyst. *J Reprod Contracept*. 2014 Mar;25(1):55-59. doi: 10.7669/j.issn.1001-7844.2014.01.0055
8. Johnson C, Hansen KA. Mature cystic teratoma of the fallopian tube. *Fertil Steril*. 2006 Oct;86(4):1054-5.
9. Li S, Fang X, Chen J, and Xia X: Mature cystic teratoma of the fallopian tube associated with incomplete uterine mediastinum: a case report and literature review. *Oncol Lett* 6: 153-155, 2013.
10. Padula CA, Amiraian DE, Agely A, Brady CM. Mature cystic teratoma of the fallopian tube diagnosed preoperatively with computed tomography and ultrasound: A case report. *Radiol Case Rep*. 2024 Mar 21;19(6):2310-2314. doi: 10.1016/j.radcr.2024.02.084.
11. Barragán-Curiel AE, Murillo-Zepeda C, Castro-Perez KF, Alcalá-Aguirre FO, Díaz-Montoya LS, Ruiz-Félix OA, Acevedo-Delgado JA, Velasco-Preciado M. Giant mature ovarian cystic teratoma in a pediatric patient: case report and literature review. *Case Rep Oncol*. 2023 Oct 6;16(1):1066-1072. doi: 10.1159/000534141.
12. Kayastha S, Bharati A, Shrestha A, Shrestha S, Pandey A, Panday P. Mature cystic teratoma at fallopian tubes: a case series. *J Nepal Med Assoc*. 2023 May;61(261):465–468. doi: 10.31729/jnma.8149.

13. Galeano Monti J, Ramírez C, Delgado N, Acuña V. Embarazo tubárico asociado a teratoma de ovario, hallazgos ecográficos y laparoscópicos: reporte de un caso. *Rev. Nac. (Itauguá)* [Internet]. 2010 Dec [Citado 7 de noviembre de 2024] ; 2(2):51-55. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742010000200010&lng=en.
14. Sari ME, Ozdemir O, Kadirogullari P, Ertugrul FA, Atalay CR. Mature cystic teratoma of the fallopian tube in a postmenopausal woman: a case report and review of the literature. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2015;2015:583021. doi: 10.1155/2015/5830
15. Rojo Novo S, Aguilar Martín V, Del Hoyo Alonso Pimentel TL, Peláez Marín G, Márquez Maraver F. Teratoma gigante asintomático en gestante, anexectomía unilateral laparotómica en segundo trimestre de embarazo y parto eutócico a término: revisión de la literatura. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 2020;47:153–60. doi: 10.1016/j.gine.2020.06.010.
16. Matts SJF. Una causa inusual de dolor en la fosa ilíaca derecha para el ginecólogo: teratoma benigno de la trompa de Falopio. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998;18:194-5. doi: 10.1080/01443619868073.