

Quiste dermoide parásito extra-gonadal. Reporte de caso.

Drs. Martha Rondon-Tapia,¹ Eduardo Reyna-Villasmil,² Duly Torres-Cepeda.³

RESUMEN

Los quistes dermoides extra-gonadales (teratomas quísticos maduros) se han descrito en forma ocasional, siendo el epiplón el sitio más común de aparición. De las tres etiologías propuestas para esta condición, la torsión de un quiste dermoide preexistente, que lleva a la autoamputación y posterior reimplantación es muy probablemente el mecanismo para su producción. Se presenta un caso de un teratoma quístico benigno parasitario que se encontró en forma accidental en el fondo de saco de Douglas en una paciente de 29 años, sometida a cistectomía derecha laparoscópica por quiste dermoide ovárico.

Palabras clave: Quiste dermoide; Quiste dermoide parasitario; Extra-gonadal; Fondo de saco de Douglas.

SUMMARY

Extra-gonadal dermoid cysts (mature cystic teratomas) have been described occasionally, with the omentum being the most common site of appearance. Of the three etiologies proposed for this condition, torsion of a preexisting dermoid cyst, leading to auto-amputation and subsequent re-implantation is the most likely mechanism for its production. We present a case of a parasitic benign cystic teratoma that was found accidentally in Douglas 'pouch in a 29-year-old patient undergoing laparoscopic right cystectomy for a dermoid ovarian cyst.

Keywords: Dermoid cyst, Parasitic dermoid cyst, Extra-gonadal, Douglas 'pouch.

INTRODUCCIÓN

Los quistes dermoides (teratomas quísticos maduros) ocurren, con frecuencia, en el tejido ovárico, pero también se han descrito casos de origen extra-gonadal. Los teratomas quísticos parasitarios son raros y su incidencia es cercana a 0,4% de todas las tumoraciones reportadas. Aunque el sitio más común de aparición es el epiplón, se ha reportado su presencia en algunos otros sitios anatómicos (1). Se presenta un caso de teratoma quístico benigno parásito extra-gonadal que se encontró en el fondo de saco de Douglas en una paciente en la que se realizó cistectomía derecha laparoscópica por quiste dermoide ovárico.

¹Médico especialista. ²Doctor en Medicina Clínica. Especialista en Ginecología y Obstetricia. ³Doctora en Ciencias Médicas. Especialista en Ginecología y Obstetricia.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 29 años, II gestas, II paras, quien asistió a la consulta ginecológica por presentar dolor en hemiabdomen inferior, de aproximadamente siete días de evolución. Este fue descrito como agudo e intermitente con irradiación hacia la espalda. Negaba fiebre, disuria, poliaquiruria o diarrea. Sus menstruaciones eran regulares, sin antecedentes de dismenorrea o menorragia. La paciente negaba antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia.

En el examen físico, la paciente estaba afebril e hidratada. El abdomen estaba blando y depresible, sin defensa. No se encontró dolor abdominal a la descompresión. Al examen con espéculo mostró la presencia de flujo vaginal amarillento en muy escasa cantidad. Se tomó frotis de la secreción vaginal para

cultivo. El examen ginecológico demostró que el útero estaba de tamaño normal. Se encontró dolor a la movilización del cuello uterino. La ecografía mostró tumoración ovárica derecha que medía 7,2 cm x 7,1 cm x 4,3 cm, con ecos internos difusos de bajo nivel, junto con otra tumoración de 2,7 cm x 2,2 cm x 1,9 cm, con componentes ecogénicos sin vascularización significativa. No se observó el ovario izquierdo y el útero estaba de tamaño normal. El cultivo vaginal fue negativo y el marcador tumoral CA125 estaba dentro de límites normales. El resultado de la citología de cuello uterino fue negativa para células malignas. Se realizó el diagnóstico de quiste ovárico derecho, posiblemente del tipo quiste dermoide.

Se realizó laparoscopia de 3 puertos (10 mm para el acceso sub-umbilical, 5 mm para el acceso supra-púbico y en fosa iliaca izquierda), con un abordaje de rutina para realizar cistectomía derecha. Los hallazgos intraoperatorios mostraron quiste dermoide de ovario derecho de 7 centímetros (Figura 1). El útero, ambas trompas y el ovario izquierdo estaban normales. Luego de extirpar la primera tumoración, se observó un segundo quiste dermoide de aproximadamente 7 centímetros de tamaño, fijo al fondo de saco de Douglas. Este presentaba adhesiones delgadas y transparentes, sin

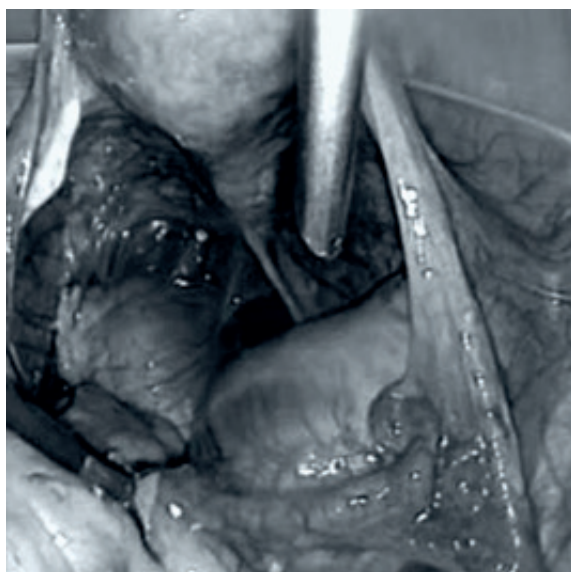


Figura 1.
Hallazgo inicial de quiste dermoide en ovario derecho.



Figura 2.
Quiste dermoide parasitario extra-gonadal en el fondo de saco de Douglas, rodeado por adherencias delgadas y finas sin flujo sanguíneo identificable.

suministro sanguíneo identificable (Figura 2). El tumor fue eliminado sin complicaciones. Luego de la cirugía, la paciente presentó recuperación sin complicaciones y fue dada de alta a las 48 horas.

La evaluación histológica macroscópica del segundo quiste dermoide, extirpado del fondo de saco de Douglas, mostró un tumor colapsado que medía 6 centímetros x 4 centímetros x 1 centímetros, lleno de material viscoso y foliculos pilosos en su interior. También se encontró un esbozo de pieza dental en las áreas sólidas de la pared del tumor. Al examen microscópico, la lesión contenía, en forma predominante, elementos dérmicos, con algunos elementos epiteliales del sistema respiratorio. No se observaron elementos inmaduros ni evidencia de malignidad, lo que confirmó el diagnóstico de teratoma quístico maduro benigno.

DISCUSIÓN

Los quistes dermoides aparecen y se desarrollan con mayor frecuencia desde el tejido ovárico, pero se han

descrito casos de origen extragonadal, de los cuales se han reportado menos de 30 casos hasta ahora (1-3). Se conoce que estas lesiones surgen de células germinales que se encuentran dentro de las gónadas maduras. La migración de estas células desde el saco vitelino a lo largo de la ruta del mesenterio hacia la cresta genital (gónada primitiva) ocurre durante el desarrollo fetal (4). Estas células totipotenciales pueden contener elementos histológicos procedentes de las tres capas embrionarias primitivas (5, 6).

Se han propuesto varias teorías sobre la posible etiología de la aparición de estas lesiones en sitios extra-gonadales: a) tumores primarios que se originan en células germinales desplazadas; b) tumores dermoides que se originan en ovarios supernumerario; y c) autoamputación del tumor dermoide ovárico, que se reimplanta en algún sitio extragonadal. La revisión de la literatura indica que este es el cuarto caso reportado de quiste dermoide parásito o errante, fijo al fondo de saco de Douglas, y el tercero en esa ubicación que se puede extirpar por vía laparoscópica (2).

Los quistes dermoides se encuentran entre los tumores ováricos más comunes. Su incidencia oscila entre 5 % - 25 % de todos los tumores del ovario (1), 13,7 % son bilaterales (7). La torsión del pedículo es la complicación más frecuente y ocurre en cerca de 20 % de los casos (1). Esta interfiere con el suministro de sangre del órgano afectado, llevando al desarrollo de congestión venosa e inflamación aséptica de la pared tumoral. Si esta es aguda, el tumor sufre necrosis y posterior atrofia secundaria a la isquemia. En los casos de torsión subaguda o crónica, el tumor puede adherirse a las estructuras adyacentes con neovascularización colateral. Con menor frecuencia, el tumor se puede desprender por completo del pedículo y reimplantarse en una nueva localización, lo que se denomina como quiste dermoide parasitario (8 - 9).

La presentación clínica de los quistes dermoides parásitos extragonadales reportados en el fondo de saco de Douglas, es similar a aquellos que se presentan en epiplón, cuya principal manifestación es el dolor abdominal. La irradiación del dolor hacia la espalda

en este caso es, probablemente, debida a neuropatía lumbosacra, secundaria a compresión del plexo nervioso (1).

El epiplón, debido a su importante papel en el proceso de defensa contra la inflamación intraabdominal, es la ubicación más frecuente para la implantación secundaria del tumor (3). El quiste dermoide parasitario descrito en este informe no tenía aparentemente vasos nutricios, lo que podría hacerlo candidato a ser un tumor ovárico auto-amputado, resultado de la torsión, que se implantó en el fondo de saco de Douglas

Se han realizado varios intentos para tratar de probar el origen histológico de estos quistes dermoides parásitos con el fin de dilucidar el posible origen. Se ha descrito que los teratomas quísticos maduros tienen una tendencia a aparecer a lo largo de la línea de migración de las células germinales primordiales desde el saco vitelino a la gónada primitiva (10). Actualmente, no es posible establecer si se originan a partir de un ovocito partenogenético migratorio o un blastómero proliferativo desorganizado o de células extraembrionarias (11). Se ha descubierto que algunos quistes dermoides parásitos contienen esférulas móviles. El motivo de la formación de tales esférulas aún se desconoce, aunque se ha propuesto que la hipovascularidad podría ser la causa (12,13).

REFERENCIAS

1. Lee KH, Song MJ, Jung IC, Lee YS, Park EK. Autoamputation of an ovarian mature cystic teratoma: a case report and a review of the literature. *World J Surg Oncol.* 2016; 14 (1): 217.
2. Fayed I, Khreisat B, Athamneh T, Omoosh R, Daibes MA. Multiple Bilateral Ovarian Mature Cystic Teratomas with Ovarian Torsion: A Case Report. *Oman Med J.* 2018; 33 (2): 163 - 166.
3. Fuenmayor C, García M, Gómez D, Quintiliani-Gambo M, Altamiranda C. Teratoma quístico mediastinal: reporte de dos casos. *Invest Clin.* 2007; 48 (4): 509 - 514.
4. Sinha A, Ewies AA. Ovarian Mature Cystic Teratoma: Challenges of Surgical Management. *Obstet Gynecol Int.* 2016; 2016: 2390178.

5. Mock O, Menolascino F, Naranjo M, García V. Tumores germinales del ovario: estudio clínico-patológico de 131 casos. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1998; 58(2): 83 - 92.
6. Fregoso-García MC, Campomanes-Azamar RD, Rodríguez-Chávez JL, Madrigal-Rodríguez VM, Bañuelos-Franco A. Cistoadenoma seroso en ovario supernumerario. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex*. 2015; 83 (11): 722 - 727.
7. Rathore R, Sharma S, Arora D. Clinicopathological Evaluation of 223 Cases of Mature Cystic Teratoma, Ovary: 25-Year Experience in a Single Tertiary Care Centre in India. *J Clin Diagn Res*. 2017; 11(4): EC11 - EC14.
8. Rampinelli F, Donarini P, Visenzi C, Ficarelli S, Gambino A, Ciravolo G. The Rare Extragonadal Omental Teratoma: A Case Report. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017; 24 (6): 1046 - 1048.
9. Usui H, Nakabayashi K, Kaku H, Maehara K, Hata K, Shozu M. Elucidation of the developmental mechanism of ovarian mature cystic teratomas using B allele-frequency plots of single nucleotide polymorphism array data. *Genes Chromosomes Cancer*. 2018; 57 (8): 409 - 419
10. Heller DS. Lesions of the Pouch of Douglas: A Review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016; 23 (1); 28 - 33.
11. Makni A, Ben Rhouma S, Farah J, Jouini M, Kacem M, Ben Safta Z. A case of mature teratoma of the Douglas. *Tunis Med*. 2013; 91 (7): 473 - 474.
12. Sathe PA, Taware AC, Choudhari JP, Kandalkar BM. An unusual cystic ovarian neoplasm. *Indian J Pathol Microbiol*. 2013; 56 (3): 323 - 324.
13. Bernal-Martinez S, Vaca-Carvajal GJ, Arrazola-González JA. Quiste dermoide parasítico en el epiplón. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex*. 2016; 84 (1): 53 - 59.

Recibido el 24 de agosto de 2018
Aprobado en 10 de octubre de 2018