

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL METROPOLITANO
DR. BERNARDO SEPULVEDA

"PRESENTACION DE DOS CASOS DE
TERATOMAS INMADUROS"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA LA

DRA. JOSEFINA ARGUELLO MARTINEZ

ASESORES DE TESIS:

DRA. CLARA DELIA LEAL RODRIGUEZ

DR. HECTOR FERNANDEZ DIAZ

SAN NICOLAS DE LOS GARZA, N. L.

ENERO DE 1993

TM

Z665

FM

1993

A73



1020091282

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL METROPOLITANO
DE BERNARDO SEPULVEDA

"PRESENTACION DE DOS CASOS DE
TERATOMAS INMADUROS"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
GINECOLOGIA Y GINECOLOGIA

PRESENTA LA

DRA. JOSEFINA ARGUELLO MARTINEZ



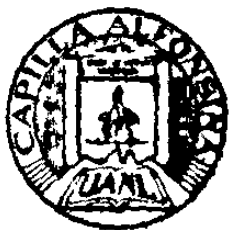
ASESORES DE TESIS:

DRA. CLARA DELIA LEAL RODRIGUEZ

DR. HECTOR FERNANDEZ DIAZ

SAN NICOLAS DE LOS GARZA, N. L.

ENERO DE 1993



FONDO TESIS

26000

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL METROPOLITANO "DR. BERNARDO SEPULVEDA"

SUB SECRETARIA ESTATAL DE SALUD

DE NUEVO LEON

" PRESENTACION DE DOS CASOS DE TERATOMAS INMADUROS "

T E S I S

=====

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PRESENTA

L A

DRA. JOSEFINA ARGUELLO ~~MA. K. S. J. M. E. Z~~

ASESORES:

DRA. CLARA DELIA LEAL RODRIGUEZ

DR. HECTOR FERNANDEZ DIAZ

HOSPITAL METROPOLITANO

" DR. BERNARDO SEPULVEDA "



JEFE DE ENSEÑANZA :

D.R. SAMUEL HOMERO CHARLES MEDINA M. E.

CIRUGIA GENERAL



JEFE DEL DEPARTAMENTO DE

GINECO-OBSTETRICIA

D.R. OSCAR MENDOZA PERALES

D E D I C A T O R I A

A todas las personas que me brindaron apoyo fe y confianza.

A DIOS: Gracias por sus bendiciones en mi vida profesional y personal.

A MI MADRE; ANA MARIA :

Que con su abnegación y amor supo guiarme y apoya mi esfuerzo.

A MI ESOSO; ADRIAN :

Por su cariño confianza y comprensión para llegar a mi meta.

A MI HIJA; ALEJANDRA YARESSI :

Por ser mi pequeña bebe.

A MI CUÑADO; GERMAN :

Por ser apoyo y confianza cuando mas lo necesite.

A MIS HERMANOS; ARMANDINA, JUANY, SOFIA Y ALFREDO :

Esperando que sigan como ahora por el camino de superación.

A MIS MAESTROS: Por su cariño, dedicación y comprensión.

A MIS COMPAÑEROS: Por su amistad y compañerismo; así mismo a todo el personal

de este hospital que colaboro conmigo.

A todos gracias.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	7
ANALISIS	8
CONCLUSION	9
FIGURAS	10
BIBLIOGRAFIA	17
FIRMAS	18

R E S U M E N :

Se realizó un estudio analítico retrospectivo de 104 casos de neoplasias ováricas en un período comprendido entre Junio de 1985 a Junio de 1991, En el hospital Metropolitano " Dr. Bernardo Sepulveda " San Nicolás de los Garza, Nuevo León.

De estos 201 casos solo hubo 2 " casos de teratomas inmaduros " La edad comprendida fué de 15 años en un caso; y 26 años en el otro, estos casos las neoplasias se presentaron en pacientes nuligestas y secundigestas. El dolor fué el síntoma predominante y el signo mas frecuente fué masa palpable.

Un caso al momento del diagnóstico se encontraba en grado I y el segundo caso en grado II.

La frecuencia de teratoma inmaduro fué de 0.9 % la cual fue la misma a la reportada en la literatura. Y en la mayoría de los pacientes la frecuencia es mas alta en la primera y segunda decada. Fueron unilaterales. Sin asociarse a datos de torsión, no de ruptura y se trataron de forma electiva.

I N T R O D U C C I O N :

Los teratomas inmaduros constituyen menos del 1% de todos los tumores de ovario.

Los tumores de células germinativas del ovario representan aproximadamente el 5-20% de todas las neoplasias ováricas de células germinales; el teratoma inmaduro es el tumor en tercer lugar de frecuencia y esta compuesto por las tres capas germinativas. Los cuales contienen estructuras embrionarias o inmaduras recordando a aquellas del embrión. Los elementos maduros también están presentes en la mayoría de los casos cuando otras formas de tumores malignos de células germinales son encontradas en asociación con teratomas inmaduro, su presencia también es mencionada en el diagnóstico, modificando el tumor de la categoría de teratoma inmaduro puro.

El grado se basa en la distribución de los elementos neurales inmaduros. Estos tumores son generalmente radiorresistentes. Sin embargo con el uso de la quimioterapia (VAC) de triples agentes, el pronóstico para los pacientes con tumores malignos de células germinales han mejorado visiblemente.

El teratoma inmaduro del ovario es un cancer extremadamente raro y que frecuentemente era fatal antes del advenimiento de la quimioterapia - combinada ahora con la quimioterapia efectiva pueden ser tratadas conservadoramente con salpingo-oforectomía unilateral; y tener aun posteriormente un embarazo estos tumores se clasifican por el grado histológico sobre la base de la cantidad y el grado de inmadurez celular. Fluctua entre grado I (Teratoma maduro que contiene solo focos inmaduros raros y grado 3) grandes porciones del tumor están formadas por tejido embrionario con atipia y actividad mitótica.

En general las pacientes de mas edad tienden a tener tumores primarios de grado mas bajo que las pacientes jóvenes.

Cuando la neoplasia es sólida y todos los elementos esta bien diferenciados histologicamente (Teratoma maduro sólido) se les denomina grado 0.

Los teratomas inmaduros nunca son bilaterales. Estos tumores pueden tener múltiples implantes peritoneales en el momento de la cirugía - inicial y el pronostico esta estrechamente relacionado con el grado - histológico del tumor primario y de los impantes.

Norris y Col. estudiaron 58 pacientes con teratomas inmaduros e informaron un índice de sobrevivida del 82% para los pacientes con lesiones primarias grado I y del 63% para los de grado 2 y del 30% para los de grado 3. Cerca del 23% de los canceres ginecológicos son de origen ovárico; pero el 47% de las muertes por cancer del tracto genital femenino ocurren en pacientes con cancer ginecológicos de origen ovárico.

Alrededor de 19000 casos nuevos se diagnostican cada año aproximadamente 1,600 muertes anuales se den a esta enfermedad.

La mayor parte de los teratomas tienen cariotipo 46 XX homocigótico en especial, los maduros y los inmaduros suelen ser tricomicos 3, 12, 14, 20, 21 ó X.

El primero en usar el término teroma fué Rudolf Virchow en 1893 y que proviene del griego teras que significa monstruo.

La edad media de ocurrencia es de 17 años. El síntoma más común es de dolor abdominal (95%). El tamaño promedio es de 6-31 cms, con una media de 17 cms.

El teratoma inmaduro es la tercer causa (20%) más común de tumor maligno de células germinales.

(4)

Los elementos inmaduros mas frecuentes de origen neural.

Los sinónimos de teratoma inmaduro son teratoma maligno, teratoma sólido, teratoma embrionario y teratocarcinoma.

El teratoma inmaduro denota un teratoma puro que no solo contiene tejido maduro (adulto) derivado de las tres capas de células germinales sino también tejidos inmaduros, mas comunmente tejido neural.

M A T E R I A L Y M E T O D O S :

Se realizó un estudio retrospectivo de 104 casos de neoplasias ováricas en un período comprendido de Junio de 1985 a Junio de 1991 en el hospital Metropolitano " Dr. Bernardo Sepulveda " S.S.A. en San Nicolás de Los Garza, Nuevo León.

Se incluyeron en esta serie lesiones diagnosticadas histopatológicamente y las consideradas como verdaderas neoplasias por la clasificación histológica de neoplasias de ovario de la OMS y de la FIGO.

Se analizaron los siguientes parametros; edad, paridad de las pacientes frecuencia y extirpe histologica de la neoplasia sintomas y características de las mismas complicaciones y tratamientos efectuados.

CASO REPORTADO # 1.

Paciente femenino de 26 años de edad casada, con antecedentes de extirpación de tejido glandular mamario en region axilar; antecedentes gineco-obstetricos; Menarca a los 13 años, Ritmo 30 x 3 , NR: IVSA a los 23 años G: 2 P: 1 A: 1 C: 0 FUA: Dic 89 P.F.: Preservativos. La paciente acude a consulta por sangrado menstrual escaso y de color rojo oscuro, no dolor. A la exploración física se encontró un tumor abdominal de aproximadamente 10 cms, de diámetro.

El ECO demostró tumor quístico de 15 cms, de diámetro se somete a laparotomía exploradora, encontrando tumor dependiente de ovario derecho de 15 x 12 x 10 cms, el reporte de patología. Macroscopicamente se recibió tumoración quística de 15 x 12 x 10 cms, que peso 916 grs.

(6)

Superficie lisa, brillante y de coloración grisácea, con salida de abundante líquido transparente amarillento, la pared del quiste es nodular. En el aspecto microscópico muestra tumroación ovárica en su mayor parte de tejidos adultos de las capas germinales pero en dos de los cortes - se identifica neuroepitelio con formaciones rosetoides con nucleos redondos hipercromáticos y muy escasas micosis. Este componente glial - - constituye alrededor del 2-3% de la lesión con diagnóstico de teratoma inmaduro de ovario grado I.

CASO REPORTADO # 2.

Paciente femenino de 15 años de edad con antecedentes de cirugía de glandula mamaria izquierda hace 4 años se desconoce el diagnóstico. Entre sus antecedentes gineco-obstetricos; menarca a los 13 años; Ritmo 28 x 5, nubil, FUM 31 de Agosto de 1990.

Acude a consulta por dolor tipo cólico, localizado a hipogastrio, de leve intensidad, sin sintomas acompañantes en su inicio, posteriormente presento distensión abdominal, a la palpación abdominal se encontró tumor de aproximadamente 15 cms, de diámetro.

El ECO reporto masa quística de 13 x 7 cms, de diámetro, se le realiza Laparotomía exploradora, encontrando tumor de ovario izquierdo el cuál midió 15 x 13 x 7 cms, y peso de 740 gr. el cual fue resecado. El reporte de patología fué de teratoma inmaduro grado 2. La cuál posteriormente se refiere para su tratamiento oncológico y seguimiento al hospital de especialidades # 25 en el cual se le realizó HTA + SOD + Omentectomía y apendicectomía, encontrandose tumor quístico adherido al Itsmo

cervical, cuyo reporte final fue el mismo y recibió quimioterapia en tres sesiones.

Aspecto macroscópico: Se encontró tumor de ovario que midió 15 x 13 x 7 cms, y peso 740 grs. de superficie lisa, brillante y nodular de coloración grisácea, al corte se apreció multiquística con abundantes áreas sólidas que contenían folículos pilosos, hueso, cartílago y abundante material sebáceo. Se toma muestra representativa de BTO y muestras representativas del resto del tumor.

Aspecto microscópico: Las secciones histológicas muestran tejido adulto de las tres capas germinativas, pero en algunos se identifica tejido glial inmaduro y cartílago inmaduro, las células del tejido glial que mostraba atipias y pleomorfismo y escasas mitosis.

R E S U L T A D O S :

El número de neoplasias encontradas en total fueron 104 localizadas a ovario de estas solo dos fueron teratomas inmaduros 1.9% siendo la edad comprendidas tumoraciones de 15 y 26 años.

En cuanto a la paridad de las pacientes, las neoplasias se presentaron en pacientes de baja paridad relacionadas con la mas alta frecuencia en la edad en la que se presenta que es las primeras dos décadas de la vida. El grado 1 de teratomas inmaduro en la paciente de 26 años y el grado 2 en la paciente de 15 años. En cuanto a la sintomatología una acude por dolor y la otra paciente como hallazgo a la exploración.

El tamaño promedio fué de 15 cms, uno localizado a ovario izquierdo y otro al derecho. No presentando otros datos de complicación en ambos casos. El tratamiento para el grado 1 fué de SOD y el grado 2 HTA + SOD + Quimioterapia.

A N A L I S I S

Los resultados de los análisis muestra que de las 104 tumoraciones ováricas estudiadas, de las que el 91.3 % fueron benignos y el - - 8.2 % malignos.

El 1.9% correspondió a los Teratomas inmaduros. Cistadenoma seroso el 50 % (52) Cistadenoma Mucinoso 15 (14.4%), Teratoma quístico benigno 24 (23%), Cistadenofibroma 3 (2.8%), Disgerminoma 2 (1.9%) - Tumor de la Teca granulosa (1.9%) 2. Cistadenocarcinoma seroso 1 - (0.9%) , Tumor de Brenner 1 (0.9%) , Tumor de Células de Leydig 1 - (0.9%) , Fibroma de Ovario 1 (0.9 %) .

La edad de nuestras pacientes fué de 15 y 26 años, reportándose en la literatura un rango de edad entre 6 y 40 años con una media de 17 años (1,2,7).

La sintomatología de la paciente # 1 era muy inespecífica y se encontró tumoración como hallazgo a la exploración y la segunda paciente acudió por dolor en epigastrio. De acuerdo a lo descrito -- por diversos estudios predomina en un elevado porcentaje la distensión abdominal; y en segundo lugar el dolor y la presencia de tumor abdominal. (1, 5 y 6) entre la sintomatología inespecífica, - se incluye sangrado trans vaginal y amenorrea .

El diámetro de la tumoración fue de 15 cms. en promedio en mues- - tras de dos pacientes .

El rango de tamaño reportado VDRL de 6 a 31 cms. con una media de 17cms.

El diámetro esta de acuerdo a lo encontrado en nuestras pacientes

En nuestros dos casos el predominio de la tumoración fué unilate - ral y según ha sido reportado con un porcentaje muy bajo de bilateralidad hasta de 7% (1,2 9). No se reportaron complicaciones de -- torsión ni ruptura en nuestros pacientes.

C O N C L U S I O N

Llegamos a la conclusión que los métodos más adecuados para la detección temprana de éste tipo de tumores son la valoración clínica y una Historia Clínica completa; que es lo más importante hasta ahora y la exploración ginecológica -- por personal capacitado.

No contamos con los métodos de selección más adecuados, -- prácticos y económicos para detectar un tumor ovárico temprano, además que el cuadro clínico es inespecífico en estas etapas .

NEOPLASIA OVARICA : ESTUDIO ANALITICO RETROSPECTIVO DE 6 AÑOS

FRECUENCIA DE NEOPLASIA OVARICA

T A B L A N o . I

T I P O	CANTIDAD	PORCENTAJE
1. CISTADENOMA SEROSO	52	50 %
2. TERATOMA QUISTICO BENIGNO	24	23 %
3. CISTOADENOMA MUCINOSO	15	14.4%
4. CISTADENOMA FIBROMA SEROSO	3	2.8%
5. TUMOR DE BRENNER	1	0.9%
6. TUMOR DE LA TECA GRANULOSA	2	1.9%
7. CISTADENOCARCINOMA SEROSO	1	0.9%
8. TUMOR DE CELULAS DE LEYDING	1	0.9%
9. DIS GERMINOMA	2	1.9%
10. FIBROMA DE OVARIO	1	0.9%
		=====
		100%



Figura # 2

CASO # 1

Se observa a la sección histológica a una mezcla de tejidos bien diferenciados tales como epitelio plano estratificado queratinizado, epitelio cúbico formando estructuras tubulares y estroma indiferenciado, además se observa una estructura rosetoide formada por neuroepitelio.



Figura # 1

CASO # 1

Se observa elementos mesenquimatosos indiferenciados, estroma, epitelio cúbico y 4 focos de neuroepitelio a manera de formaciones rosetoide, lo cuál nos confirma el de teratoma inmaduro. 10 x.

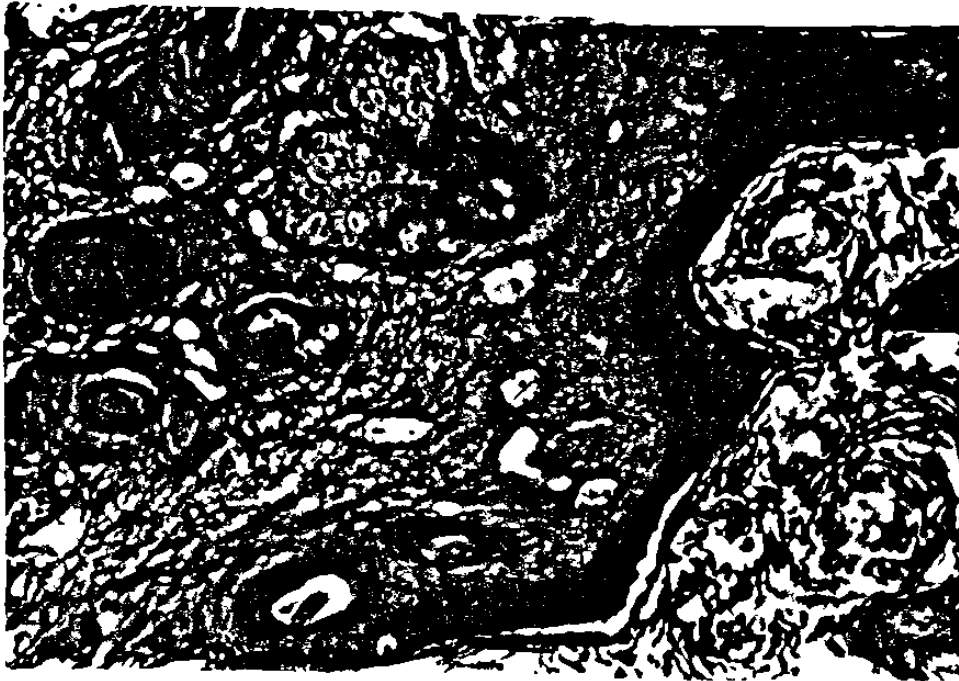


Figura # 3

CASO # 2

Se observa a 10 x, una imagen que presenta epitelio plano estratificado queratinizado, estroma algunos folículos pilosos y glándulas sebáceas.



Figura # 6

CASO # 2

Figura 4 Tejido graso, abundantes folículos pilosos, estroma y algo de tejido cerebral.



Figura # 5

CASO # 2

Se observa tejido conectivo, mezclado con tejido nervioso adulto, sin embargo en la parte inferior observamos neuroepitelio inmaduro a manera de estructuras papilares.



Figura # 4

CASO # 2

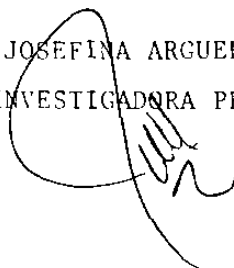
En esta fotografía del mismo caso anterior se observa tejido conectivo mezclado con tejido nervioso bien diferenciado.

B I B L I O G R A F I A

1. David M. Gershenson, M.D. Gerard Del Junco, M.D. Elvio D. Silva, M.D. Larry J. Copeland, M.D. Taylor Wharton, M.D. and Félix N. Rutledge, M.D. Inmature Teratoma of the Ovary. Vol.68, No. 5, Noviembre 1986. Obstetrics and Gynecology.
2. Makoto Kawata, M.D. Soui Sekiya M.D. Neuron-Specific Enolasa as serum Marker for Inmature Teratoma and Diesgerminoma. Ginecologic Oncology 32, 191-197 (1989)
3. Theresa Ferrone, M.D. Theresa A. Steeper, M.D., Louis P. Dehner, M.D. Alpha--Fetoprotein Localization in Pure Ovarian Teratoma. Vol. 88. No. 6 A.J.C.P. - December de 1987 .
4. Ignace B. Vergote, M.D., Vera M. Abeler, M.D., Kjell E. Kjorstad, MDPHD, and - Claes Tropé, M.D. ,PHD. Managment of Malignant Ovarian Inmature Teratoma - Vol. 66 Num. 5 Sep. 1990
5. Roger B. Lee, M.D. James Kelly, M.D. Seven A. Elg, M.D. and William L. Benson MD Pregnancy Follwing conservative surgery and adjunctive Chemotherapy For Stage III Inmature Teratoma Of The Ovary.
6. Michigasu Kawai, M.D., Takeo Kano, M.D. Yoshihito Furuhashi M.D. Inmature teratoma Of The Ovary. Vol.40 Number 2 February 1991.
7. F.J. Montz, M.D. Janet Horenstein, M.D. Lawrence D. Platt, M.D. Gerrit d'Ablaing, M.D., George Cunningham, M.D. .Vol.73, NO.3 Part 2, March 1989 - Obstetris and Ginecology.
8. Pao-Chen Wu, M.D., Rong-Li Huang, M.D., Jing-He Lang, M.D. and Min Yi Tang, M.D. Treatment of Malignant Ovarian Germ Cell Tumore With Preservation of Fertility: A report of 28 cases. Vol.40 Number 1 January 1991 .
9. J. Schneider, F. Erasun, J.L. Hervas, Olga Acinas. Normal Pregnancy and Delivery Two Years after Adjuvant Chemoterapy for Grade III Inmature Ovarian - Teratoma. Vol. 29 number 2 February 1988.
10. Richard P. Vance, M.D. Kim R. Geisinger, M.D. M. Barry Randall, M.D. and - Richard B. Marshall, M.D. Inmature Neural Elements in Inmature Teraromas - Vol. 90. No. 4 A.J.C.P. October 1988.
11. Morphologic Differentiation of Human Inmature Teratoma Cell in vitro Ginecology . Obst. Invest. 18: 57 - 65 (1984).
12. Inmature Ovarian Teratoma In a postmenopausal Woman. Acta Obstet. Ginecol Scand 66:473 -476, 1987

F I R M A S

DRA. JOSEFINA ARGUELLO MARTINEZ
INVESTIGADORA PRINCIPAL



DR. HECIOR FERNANDEZ DIAZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA
DEL HOSPITAL METROPOLITANO



DRA. CLARA DEL VAL ROSAL RODRIGUEZ
MEDICO EXTERNO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL METROPOLITANO



DR. SAMUEL HONERO CHARLES MEDINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DEL
HOSPITAL METROPOLITANO

