

A. Calvo¹
J. F. García²

Teratoma intrauterino

Intrauterine teratoma

¹ Fundación Hospital de Manacor. Baleares
² Hospital Can Misses. Ibiza. Baleares

Correspondencia:

Andrés Calvo Pérez
Servicio de Ginecología
Hospital de Manacor
Carretera Manacor/Alcudia, s/n. Manacor
07800 Mallorca (Baleares)
e-mail: acalvo@hospitalmanacor.org
acalvop@meditex.es

Fecha de recepción: 25/8/99
Aceptado para publicación: 10/12/99

Calvo A, García JF. Teratoma intrauterino.
Prog Obstet Ginecol 2000;43:95-97.

INTRODUCCIÓN

Los teratomas son tumores de estirpe germinal. Suponen el segundo grupo en frecuencia de los tumores del ovario. Dentro de los tumores de estirpe germinal, los teratomas quísticos maduros son los más frecuentes. Están formados en su totalidad por tejidos adultos de origen ectodérmico (piel y anejos, dientes y tejido nervioso), mesodérmico (músculo, conjuntivo, cartílago) o endodérmico (intestino, tiroides). La tendencia a la malignización es inferior al 2 por 100⁽¹⁾.

Su localización extraovárica, y más concretamente en el útero, es extremadamente rara⁽¹⁾.

El origen extraovárico de estos tumores se explica, bien por restos embrionarios mullerianos, bien por metaplasia o bien por implantación de células germinales. Su forma maligna sería el tumor mulleriano mixto⁽¹⁾.

Se han descrito casos de teratomas intrauterinos con inclusiones gliales y con diferenciación pulmonar⁽²⁾. También hay referencias de teratomas intrauterinos inmaduros^(1,3). Otros casos comunicados en la literatura son los hallados tras legrados o bien en piezas de histerectomía⁽²⁾.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 34 años de edad con antecedente de un parto eutócico y anexectomía izquierda hace dos

años por crisis de torsión aguda de quiste de ovario que fue informado anatomopatológicamente de cistoadenoma seroso.

En los meses previos al diagnóstico la paciente viene experimentando dismenorrea intensa progresiva e intramenstrual que no cede a analgesia habitual con AINEs. La exploración clínica no reveló nada anómalo, ni tampoco la exploración ecográfica.

Se indica laparoscopia diagnóstica por sospecha de endometriosis. En el transcurso operatorio se halla un nódulo de aproximadamente 2,5 cm que hace protrusión en la superficie serosa del útero a nivel de fondo-cuerno uterino izquierdo.

Dado el aspecto tumoral macroscópico, se reseca con corte-disección y coagulación. El postoperatorio y la evolución clínica posterior fueron normales, habiendo desaparecido por completo la dismenorrea.

El informe anatomopatológico de la pieza fue de teratoma maduro intrauterino con áreas de diferenciación linfoide, intestinal y pulmonar. (Figs. 1, 2 y 3).

DISCUSIÓN

La presencia de tejidos germinales en las tumores ováricas es un hallazgo relativamente frecuente; sin embargo, no lo es fuera de las gónadas. Su presencia fuera de las mismas es extremadamente infrecuente, y de hecho se han descrito tan sólo al-

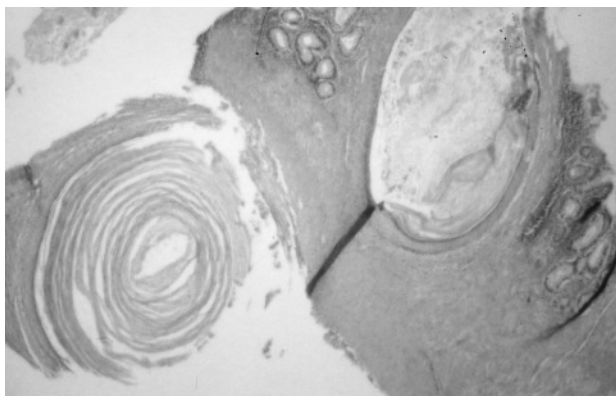


Figura 1. Detalle del teratoma conteniendo epitelio escamoso y epitelio intestinal.

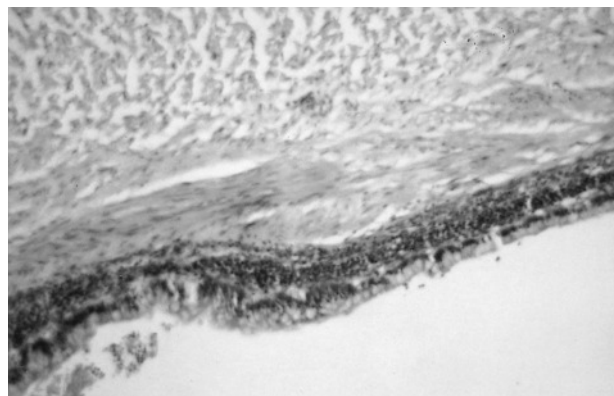


Figura 3. Epitelio respiratorio contenido en el teratoma.

rededor de 20⁽⁴⁻⁶⁾ casos en la literatura mundial que puedan responder a la denominación de verdaderos teratomas uterinos. De hecho, en el estudio de Nicholson⁽⁷⁾, este autor tan sólo reconoce cuatro casos aceptables como teratomas uterinos y desde entonces sólo se han publicado algunos casos adicionales.

Existen diferentes teorías al respecto⁽⁸⁻⁰⁾:

1. Una teoría es la diferenciación por metaplasia de las células pluripotenciales de los conductos de Muller, razón por la cual estos tumores se podrían encontrar a lo largo de todo el recorrido de dichos conductos.
2. Otra teoría también posible, pero, sin embargo, no aceptada por todos los autores

como origen del desarrollo de un verdadero teratoma extragonadal y concretamente intrauterino es la génesis del teratoma a partir de la implantación de restos abortivos, como en algunos casos en los que se han obtenido este tipo de tumoraciones tras legrados por aborto o bien tras un embarazo.

3. Por último, cabría la teoría de la implantación y posterior desarrollo heterotópico de células germinales ováricas desprendidas desde el ovario.

El presente caso, al localizarse en la porción más externa del miometrio y en la serosa del útero, sólo podría explicarse bien por la teoría metaplásica o bien por la teoría implantativa, constituyendo un caso de teratoma extraovárico verdadero.

Microscópicamente son tumores que remedan histológicamente al tejido de origen presente como epitelio escamoso, epitelio respiratorio, tejido adiposo y glándulas sebáceas. No se debe aceptar como caso un teratoma intrauterino cuando haya tejido embrionario o placentario en las zonas adyacentes a la lesión, puesto que su génesis estaría relacionada con tejido de origen gestacional y de localización heterotópica por migración.

La extirpación para su estudio anatómo-patológico debe ser la conducta adecuada, pues si bien en el ovario por su posibilidad de control y el conocimiento de su comportamiento se puede tener una actitud conservadora, su comportamiento extragonadal no está contrastado.



Figura 2. Ampliación de la figura 1.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Querlu A. Tumores del ovario. Clasificación e histopatología. Barcelona: EMC; 1988. p. 2-3.
- 2 Khor A, Fleming MV, Purdell CA, Seidman JD, Ashton AH, Weaver DL. Mature teratoma of the uterine cervix with pulmonary differentiation. Arch Pathol Lab Med 1995;119:848-50.
- 3 Iwanaga S, Simada A, Hasuo Y, Yoh S, Miyajima S, Nishimura H, et al. Immature teratoma of the uterine fundus. Kurume Med J 1993;40:153-8.
- 4 Lacker JE, Krhan L. Report of a case of teratoma of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1932;25:735-6.
- 5 Martin E, Csholes J, Richart RM, Fenashio CM. Benign cystic teratoma of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1979 ;135:429-32.
- 6 Taylor RN, Welch KL, Sklar DM. Heterotopic skin in the uterus. A report of an unusual case. J Reprod Med 1984;29:837-41.
- 7 Nicholson GW. Studies of tumor formation: Polypoid teratoma of the uterus. Guy's Hosp Rep 1956;205:157-60.
- 8 Hanai J, Tsuji M. Uterine teratoma with lymphoid hyperplasia. Acta Pathologica Japonica 1981;31:153-9.
- 9 Dallenbach-Hellweg, Wittlinger H. Benign solid teratoma of the uterus. Beitr Pathol 1976;158:307-14.
- 10 Pommerenke F, Tessmann D. Mature cystic teratoma of the uterus. Zentralbl Allg Pathol 1988;134:737-40.