

Teratoma quístico maduro con fistula vesical: una complicación excepcional

 Mary Carmen Hidalgo Dimas,¹  Indira Díaz,¹  Sandra Mohtar,¹  José Alejandro León,²
 Jennifer Roa,³  Ronald Sánchez.¹

RESUMEN

Los teratomas quísticos maduros son tumores benignos de células germinales. Son los tumores ováricos más comunes, comprendiendo entre el 10 % - 25 %. Son bilaterales alrededor del 10 % de las veces, con transformación maligna en el 0,06 % al 2 % de los casos. Con frecuencia cursa de forma asintomática; suele presentarse como hallazgo incidental en mujeres jóvenes, con edad media al diagnóstico de 35 años. La torsión es la complicación más común. Por el contrario, la formación de fistulas a órganos vecinos es una complicación rara. Se describe caso clínico de paciente de 31 años de edad, quien consulta por presentar dolor pélvico crónico y pilimicción de 1 año de evolución. La evaluación clínica estuvo complementada con estudio ecográfico, tomográfico y cistoscópico, que permitió el diagnóstico de un teratoma con fistula hacia la vejiga. Se realiza una adecuada planificación y resolución quirúrgica por mínima invasión.

Palabras clave: Teratoma Quístico Maduro, Quiste Dermoide, Pilimicción, Fistula, Invasión a Vejiga, Laparoscopia.

Mature cystic teratoma with bladder fistula: a rare complication

SUMMARY

Mature cystic teratomas are benign germ cell tumors. They are the most common ovarian tumors, comprising between 10-25%. They have been shown to be bilateral about 10% of the time, with malignant transformation in 0.06% to 2% of cases. It frequently occurs asymptotically; It usually occurs as an incidental finding in young women, with a mean age at diagnosis of 35 years. Torsion is the most common complication. On the contrary, the formation of fistulas in neighboring organs is a rare complication. A clinical case of a 31-year-old patient is described, who consulted due to chronic pelvic pain and pilimiction of 1 year's duration. The clinical evaluation was complemented by an ultrasound, tomographic and cystoscopic study, which allowed the diagnosis of a teratoma with fistula to the bladder. Adequate surgical planning and resolution is carried out for minimal invasion.

Keywords: Mature Cystic Teratoma, Dermoid Cist, Pilimiction, Fistula, Bladder Invasion, Laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

Los teratomas quísticos maduros son tumores benignos de células germinales. Son los tumores ováricos más comunes, comprendiendo entre el 10 % - 25 % de todos los casos (1). Con frecuencia cursa de

forma asintomática; suele presentarse como hallazgo incidental en mujeres jóvenes que consultan por otro motivo, con edad media al diagnóstico de 35 años (2).

Tienen una tasa de malignidad muy baja, en comparación con los teratomas inmaduros. Se ha demostrado que son bilaterales alrededor del 10 % de las veces, con transformación maligna en el 0,06 % al 2 % de los casos. La torsión es la complicación más común, cuya tasa aumenta en dependencia con el tamaño de la tumoración (2 - 5). Sin embargo, la formación de fistulas a órganos vecinos es una complicación rara. Estos quistes pueden formar una comunicación fistulosa con la vejiga urinaria y el intestino delgado y grueso (6, 7).

¹Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital general del este Dr. Domingo Luciani, departamento de obstetricia y ginecología. ²Especialista en Obstetricia y Ginecología. Cirugía mínima invasión, Ginecología regenerativa y funcional. Hospital general del este Dr. Domingo Luciani, departamento de obstetricia y ginecología. ³Especialista en Obstetricia y Ginecología. Ginecología de mínima invasión y piso pélvico. Trabajo presentado en el XXXVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología de Venezuela "Dr. Pedro José Maneiro Vázquez", modalidad video. Siendo ganador en dicha modalidad. Correo para correspondencia: dramarycarmenhidalgo@gmail.com

Forma de citar este artículo: Hidalgo DMC, Díaz I, Mohtar S, León JA, Roa J, Sánchez R. Teratoma quístico maduro con fistula vesical: una complicación excepcional. Rev Obstet Ginecol Venez. 85(2):287-293. DOI: 10.51288/00850219

En los últimos años, el diagnóstico ecográfico transvaginal de los teratomas quísticos maduros junto con el abordaje laparoscópico ha mejorado enormemente el tratamiento de esta lesión benigna (2, 8).

CASO CLÍNICO

Paciente de 31 años de edad, quien consultó por presentar dolor pélvico crónico y pilimicción de 1 año de evolución. Como antecedente refirió infecciones urinarias a repetición. Negó intervenciones quirúrgicas previas. Entre los antecedentes gineco-obstétricos se encontró: menarquia: 13 años, ciclos menstruales: regulares, 30/4 días, sangrado moderado, uso de 3 toallas/día con dismenorrea. Sexualidad: heterosexual, negó dispareunia o sinusorragia. Anticoncepción: anticonceptivos orales combinados (etinilestradiol/acetato de clormadinona) por dos meses (noviembre de 2022). Citología: en 2023, negativa. Nuligesta.

En la exploración física, los hallazgos pertinentes en el tacto bimanual: vagina normotérmica, normotónica, cérvix renitente, de bordes lisos y regulares no doloroso a la movilización. Útero en anteversoflexión, intrapélvico, en fondo de saco vesico-uterino, se palpó tumoración móvil, redondeada de bordes regulares, a 3 cm de la sínfisis del pubis, de 8 x 5 cm, aproximadamente.

La evaluación ecográfica reportó el útero sin patología. En ovario derecho: se evidenció imagen ecomixta, predominantemente sólida, redondeada, de bordes regulares de 67 x 64 mm, con áreas hiperecogénicas centrales (Figura 1), *score doppler* 2, sugestiva de teratoma. En ovario izquierdo: se evidenció imagen multilocular ovalada, anecoica (vidrio esmerilado), con tabique completo de 2 mm, paredes internas lisas, bordes regulares, de 67 x 42 mm (Figura 2), *score doppler* 1.

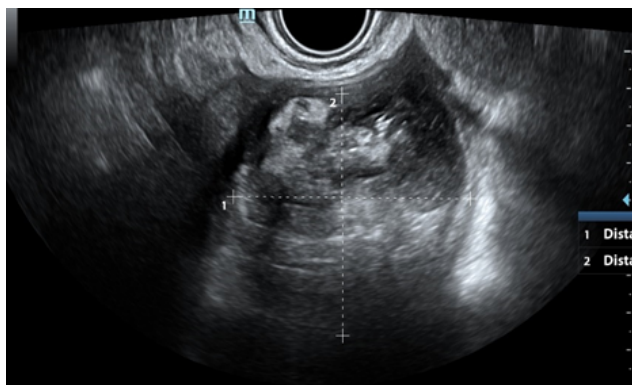


Figura 1: Ovario derecho con imagen ecomixta, predominantemente sólida, redondeada, bordes regulares de 67 x 64 mm.

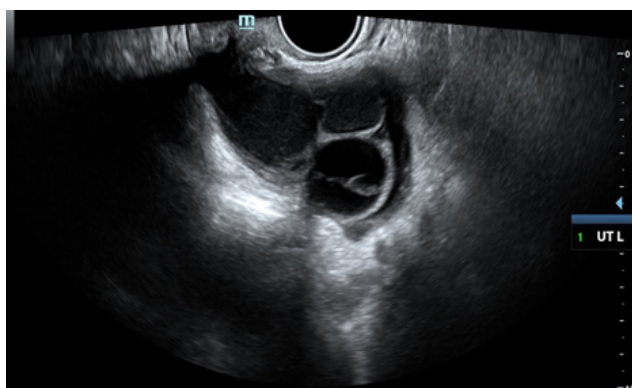


Figura 2: Ovario izquierdo con imagen multilocular ovalada, anecoico (vidrio esmerilado), tabique completo de 2mm, de dimensiones 50 x 42mm.

La tomografía axial computarizada (TAC) abdomino-pélvica con doble contraste reportó, lesión ocupante de espacio (LOE) parauterina derecha, densidad heterogénea de 7,5 x 6,1 cm, con presencia de imágenes de densidad grasa, densidad de partes blandas y una imagen calcificada en su interior (Figura 3). Además, reportó LOE a nivel anexial izquierdo de aspecto quístico, de rango líquido, tabicada, con paredes delgadas, tamaño aproximado 5,7 x 4,8 cm (Figura 4).



Figura 3: Tomografía axial computarizada en corte sagital y coronal donde muestra lesión ocupante de espacio parauterina derecha, con presencia de imágenes de densidad grasa, densidad de partes blandas y una imagen calcificada en su interior (flecha).

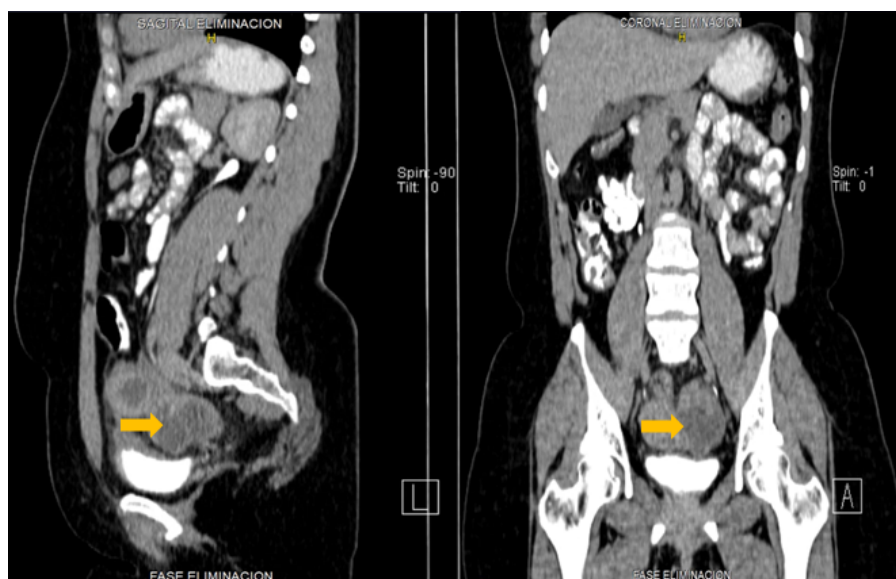


Figura 4: Tomografía axial computarizada en corte sagital y coronal donde muestra lesión ocupante de a nivel anaxial izquierdo de aspecto quístico, de rango líquido, tabicada, con paredes delgadas (flecha).

Se realizó evaluación conjunta con el servicio de urología, quienes realizaron cistoscopia, donde se describió lesión eritematosa en techo con vellos y grumos, concluyendo como tumor de ovario (teratoma) que infiltra a vejiga.

Se realizó exploración laparoscópica, con abordaje de 4 puertos, constatando los siguientes hallazgos: tumor de ovario derecho de aproximadamente 7 x 6 cm, cuya cara anterior estaba en relación con la vejiga (Figura 5). Superficie peritoneal con edema, eritema y



Figura 5: Tumor de ovario derecho de aproximadamente 7 x 6 cm, en relación con la vejiga.

aumento de la vascularización. Además de tumoración quística en ovario izquierdo de aproximadamente 5 x 4 mm.

Posterior a adherensiólisis, se evidenció solución de continuidad en comunicación con vejiga, que permitió la aspiración del contenido del sugestivo teratoma (Figura 6). Se realizó ooforosalingiectomía derecha con extracción de la lesión *in bag* a través de puerto

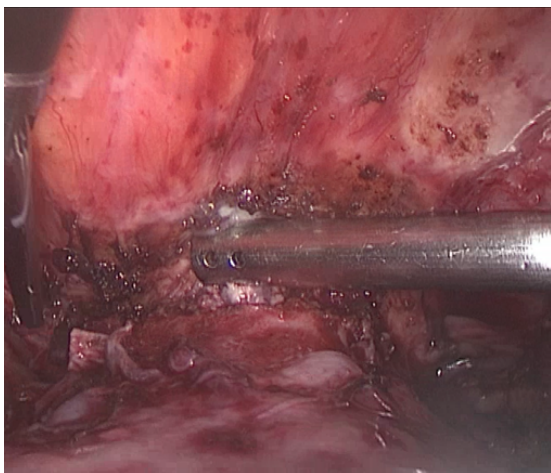


Figura 6: Solución de continuidad en comunicación con vejiga.

de 10 mm; cistectomía parcial y reparación de vejiga (Figura 7). Se realizó tumorectomía de lesión en ovario izquierdo, con rotura y evidencia de salida de contenido achocolatado, extrayendo la cápsula de la misma (Figura 8).

La paciente evolucionó satisfactoriamente, y egresó a los 7 días. El diagnóstico histopatológico final reportó teratoma quístico maduro sin hallazgos de malignidad.

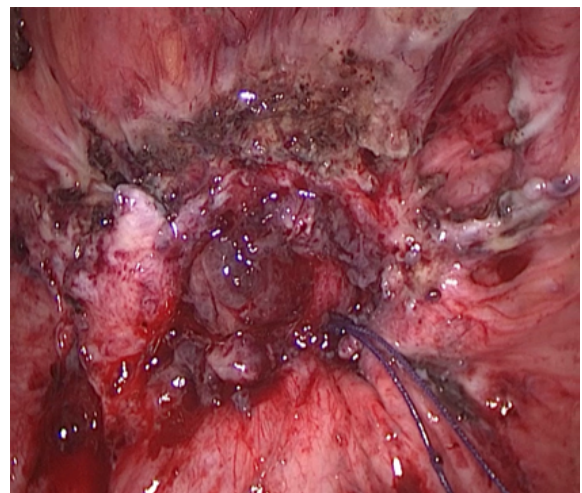


Figura 7: Reparación de vejiga.

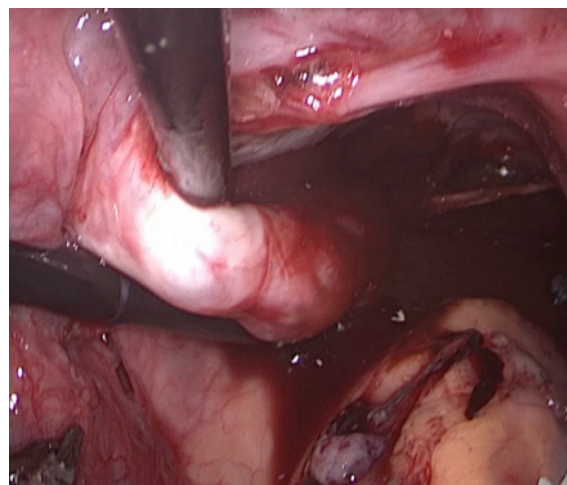


Figura 8: Lesión de ovario izquierdo.

DISCUSIÓN

Los teratomas quísticos maduros, también llamados quistes dermoides, son un tipo de tumor de células germinales que comprende tejidos bien diferenciados y tres capas de células germinales: ectodermo, mesodermo y endodermo. La palabra “teratoma” se deriva de la palabra griega “*teraton*” que significa monstruo y el término “quiste dermoide” fue acuñado por Leblanc en 1831. Después de los teratomas sacrococcígeos (57 %), los teratomas de gónadas (29 %) son los más frecuentes, por lo que se consideran el segundo sitio más común (9). Son las neoplasias de ovario más comunes y representan del 10 % al 25 % de todos los tumores de ovario y casi el 60 % de las neoplasias de ovario benignas en todos los grupos de edad (1, 2).

Tienen una tasa de malignidad muy baja, en comparación con los teratomas inmaduros. Se ha demostrado que son bilaterales en alrededor del 10 % de las veces, con transformación maligna en el 0,06 % al 2 % de los casos (2). Los teratomas no complicados suelen ser asintomáticos y son relativamente fáciles de diagnosticar mediante imágenes y de tratar. Los síntomas se desarrollan una vez que aparecen las complicaciones y estas pueden causar dilemas diagnósticos. La torsión (16 %) es la complicación más común. Otras complicaciones poco frecuentes incluyen rotura del tumor (1 % a 4 %), infección (1 %), invasión de vísceras adyacentes (< 1 %) y, muy raramente, anemia hemolítica autoinmune y síndrome paraneoplásico (5).

La invasión y rotura del tumor puede afectar estructuras pélvicas y abdominales adyacentes, más comúnmente la formación de fistulas a la vejiga urinaria, expresada en su síntoma patognomónico como lo es la pilimicción (10). También hay informes de casos de afectación del recto, vagina, intestino delgado, colon sigmoide, pared abdominal anterior y cavidad peritoneal (6, 7, 11 - 13).

Se han descrito mecanismos que parecen influir en la patogénesis de la formación de fistulas como lo son:

ruptura o perforación del quiste, fuga del contenido que causa una densa adhesión entre el quiste y los órganos circundantes, alteración en la circulación de las paredes de estas estructuras debido a la necrosis e inflamación resultantes, y por último la formación de fistulas en las paredes de estas estructuras. Además, han mencionado que la ruptura o perforación del quiste probablemente sea causada por trastornos circulatorios o infección debido a factores como torsión parcial, transformación maligna y compresión crónica (14, 15).

La proximidad anatómica de la vejiga urinaria a los ovarios la hace vulnerable a la afectación directa por tumores de origen ovárico. La presentación clínica de este raro fenómeno depende del grado de afectación de la vejiga y de la naturaleza biológica del tumor (7).

El diagnóstico puede sospecharse por la presentación clínica, apoyado de estudios de imagen como el ultrasonido y tomografía computarizada, esta última demuestra explícitamente grasa y calcificaciones, así como la invasión de la vejiga puede verse claramente como una fistula.

El manejo expectante con una ecografía de seguimiento puede ser apropiado en los teratomas maduros asintomáticos. Sin embargo, si se asocia con torsión, dolor o rotura que conduce a peritonitis química (3 % a 7 %), puede ser necesario un tratamiento quirúrgico. Por lo tanto, el tratamiento depende más de sus síntomas y hallazgos clínicos que del riesgo muy pequeño de malignidad real (8).

La laparoscopia representa la mejor opción de abordaje quirúrgico por su menor invasividad, menor dolor posoperatorio y hospitalización más corta. La cirugía de ovario es uno de los procedimientos laparoscópicos realizados con mayor frecuencia en la práctica habitual (8, 16).

La mayoría de los casos de teratoma de ovario se pueden tratar por vía laparoscópica, lo que se asocia con una

menor tasa de complicaciones quirúrgicas. A pesar del mayor riesgo de derrame del quiste con un abordaje mínimamente invasivo, la peritonitis química es una complicación poco común que, generalmente, con el uso de una bolsa endoscópica para extraer la muestra, se disminuye el riesgo teórico de esta (2).

CONCLUSIONES

Este caso representa una complicación rara del teratoma ovárico. Aunque es muy raro como síntoma de presentación, la pilimicción es un signo patognomónico de teratomas vesicales primarios o secundarios. Por lo tanto, se requiere un alto índice de sospecha en pacientes con teratoma ovárico que presentan molestias urinarias. Debe realizarse una evaluación exhaustiva de las posibles causas y con la debida atención para evitar un tratamiento excesivo. El abordaje laparoscópico es la mejor alternativa para la resolución quirúrgica de esta entidad.

Los autores no declaran conflictos de interés ni ayuda financiera.

REFERENCIAS

- Peterson WF, Prevost EC, Edmunds FT, Hundley JM Jr, Morris FK. Benign cystic teratomas of the ovary; a clinico-statistical study of 1,007 cases with a review of the literature. *Am J Obstet Gynecol*. 1955;70(2):368-82. DOI: 10.1016/s0002-9378(16)37681-5.
- Tankou J, Foley OW, Liu CY, Melamed A, Schantz-Dunn J. Dermoid cyst management and outcomes: a review of over 1000 cases at a single institution. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;231(4):442.e1-442.e7. DOI: 10.1016/j.ajog.2024.04.021.
- Ayhan A, Bukulmez O, Genc C, Karamursel BS, Ayhan A. Mature cystic teratomas of the ovary: case series from one institution over 34 years. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2000;88(2):153-7. DOI: 10.1016/s0301-2115(99)00141-4
- Comerci JT Jr, Licciardi F, Bergh PA, Gregori C, Breen JL. Mature cystic teratoma: a clinicopathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1994 [consultado octubre de 2024];84(1):22-8. Resumen disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8008317/>
- Park SB, Kim JK, Kim KR, Cho KS. Imaging findings of complications and unusual manifestations of ovarian teratomas. *Radiographics*. 2008;28(4):969-83. DOI: 10.1148/rg.284075069.
- Kizaki Y, Nagai T, Ohara K, Gomi Y, Akahori T, Ono Y, *et al*. Ovarian mature cystic teratoma with fistula formation into the rectum: a case report. *Springerplus*. 2016;5(1):1700. DOI: 10.1186/s40064-016-3426-4.
- Issack FH, Hassen SM, Mummed FO, Gebreselassie KH, Hassen SK, Hassen IK. Pilimiction, a rare presentation of ovarian teratoma: A case report. *Res Rep Urol*. 2022;14:57-61. DOI: 10.2147/rru.s356738
- Koçak 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. DOI: 10.5144/0256-4947.2004.357.
- Kim MJ, Kim NY, Lee DY, Yoon BK, Choi D. Clinical characteristics of ovarian teratoma: age-focused retrospective analysis of 580 cases. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(1):32.e1-4. DOI: 10.1016/j.ajog.2011.02.044.
- Godara R, Karwasra R, Garg P, Sharma N. Pilimiction: A diagnostic symptom of ovarian dermoid cyst. *Internet J Gynecol Obstet* [Internet]. 2005 [consultado octubre de 2024]; 6(1). Disponible en: <https://ispub.com/IJGO/6/1/3990>
- Tandon A, Gulleria K, Gupta S, Goel S, Bhargava SK, Vaid NB. Mature ovarian dermoid cyst invading the urinary bladder. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2010;35(6):751-3. DOI: 10.1002/uog.7524.
- Uceda-Martos C, Contreras-Quincho V, Manrique-Urteaga H, Nolasco-Torres J. Teratoma quístico maduro con fistula rectal: reporte de un caso. *Rev Hisp Cienc Salud* [Internet]. 2016 [consultado octubre de 2024]; 2 (4): 322-327. Disponible en: <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/223/150>
- Basu S, Kumar M, Shukla VK. Ovarian dermoid eroding into rectum and masquerading as recurrent rectal teratoma. *Open Access Surg*. 2010;3:5-7. DOI:10.2147/OAS.S8910

14. Shiels WE, Dueno F, Hernandez E. Ovarian dermoid cyst complicated by an entero-ovarian fistula. *Radiology*. 1986;160(2):443-4. DOI: 10.1148/radiology.160.2.3726124
15. 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 [Internet]*. 2005 [consultado octubre de 2024];23(6):443-6. Resumen disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16389989/>
16. Ye LY, Wang JJ, Liu DR, Ding GP, Cao LP. Management of giant ovarian teratoma: A case series and review of the literature. *Oncol Lett*. 2012;4(4):672-676. DOI: 10.3892/ol.2012.793.

Recibido 27 de noviembre de 2024
Aprobado para publicación 26 de enero de 2025