

# TERATOMA QUÍSTICO DE OVARIO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Motivo de consulta: Dolor abdominal

## Antecedentes Personales:

Mujer de 34 años

## Alergias medicamentosas:

No refiere Factores de riesgo

**cardiovascular:** No refiere

## Antecedentes médico-

**quirúrgicos de interés:**

G4A2V2

## Tratamiento habitual:

Anticonceptivos orales

## Enfermedad actual

- Paciente con los AP referidos, acude a urgencias por cuadro de dolor en flanco derecho de tipo cólico y aparición súbita de 6 horas de evolución. No fiebre ni sensación distérmica.

Nauseas y vómitos. Tras 1h, el dolor desaparece de forma espontánea, reapareciendo 3 horas después con idénticas características.

El dolor se irradia por la cara anterior de MID, y empeora con la movilización del mismo.

## Exploración física: TA

150/90 FC 95 Tª 36 °C

Consciente y orientada. Bien nutrida, hidratada y profundida. Pálida. Eupneica en reposo.

**Cabeza y cuello:** Orofaringe sin lesiones aparentes.

**Torax:** Movilización simétrica de ambos hemitorax.

Murmulo vesicular conservado. Tonos rítmicos sin soplos, roces ni extratonos.

**Abdomen:** Abdomen blando, depresible, con dolor espontáneo en flanco

derecho. Dolor a la palpación en hipogastrio y flanco derecho sin defensa ni signos de irritación peritoneal. RHA positivos normales. PPRB negativa

## Exploraciones complementarias

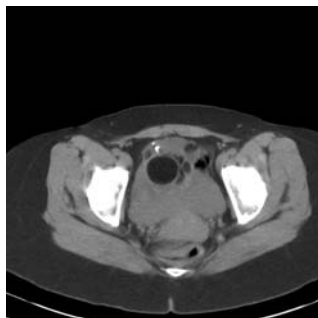
**Bioquímica de sangre:** destaca Sodio 132 mEq/L; Potasio 3.42 mEq/L 3.50 - 5.00; Proteína C reactiva 11.0

**Sistemático orina:** Leucocitos Apr 70 cel/uL núm/μL; Nitritos NEGATIVO; pH 6.0 - Hematíes NEGATIVO num/μL Sedimento Hematíes 1-5 /campo -Leucocitos 10 - 20 /campo - Coriogonadotropina Negativo

**Hemograma:** Leucocitos 14.10 10<sup>3</sup>/μL ( N 93.10 % L 4.70 % ,M 1.50 % ,E 0.60 % ,B 0.1 % ) Hb 12.4 g/dL Hcto 38.3 % 33.0; Plaquetas 315 10<sup>3</sup>/μL Actividad de Protrombina 117 %; INR 0.97

**RX abdomen** imagen radiolúcida de densidad grasa y bordes bien definidos en pelvis menor con depósitos cálcicos en su.

**CT abdomen:** masa pélvica, de 8 cm en su diámetro mayor, compleja y de bordes bien definidos con contenido quístico de densidad grasa y depósitos cálcicos, compatible con teratoma de ovario derecho. No se visualiza el apéndice con claridad, pero tampoco se aprecian signos inflamatorios en fosa iliaca derecha. El ilion terminal y el ciego son normales. No se aprecia líquido libre.



**Exploración Ginecológica:** GE y vagina normales. No restos hemáticos ni sangrado activo de cavidad No leucorrea Cérvix: bien epitelizado, no doloroso a la movilización Útero en AVF, tamaño, forma y consistencia normales. O.I normal. O.D tumoración de 6 cm dolorosa a la palpación.

## ECOGRAFIA TRANSVAGINAL:

Útero en AVF de 80x37mm con LME de 3.9mm. OI normal de 19x11mm.

**Anejo derecho:** se objetiva ovario derecho con formación de ecogenicidad mixta, de 48x39mm, con bordes bien definidos, sin signos de malignidad. Moderado líquido

**Juicio Clínico:** Compatible con Teratoma quístico de ovario derecho

**Evolución:** Ante persistencia del dolor y desfavorable evolución analítica, con sospecha torsión teratoma ovario derecho, se realiza laparoscopia, objetivándose presencia de tumoración anexial derecha con torsión de pedículo. Se realiza resección de tumoración respetándose el parénquima ovárico. Resto exploración abdomino-pélvica sin hallazgos significativos.

### TERATOMA QUÍSTICO DE OVARIO :

El teratoma quístico maduro, también denominado Quiste Dermoide, es considerado según la clasificación de la OMS como una neoplasia de células germinales.

Se localiza en los ovarios en forma de quiste en el 20% de los casos pero pueden aparecer en otras localizaciones (testículos, retroperitoneo, mediastino)

Son tumores bien diferenciados, que presentan componentes derivados de dos ó más capas embrionarias ( cartílago, hueso, epidermis, epitelio glandular, pelo, dientes, , etc). Aunque están presentes desde el nacimiento, su lento crecimiento hace que se diagnostiquen con frecuencia en la edad adulta.

Los quistes dermoides son asintomáticos en la mayor parte de los casos ; el dolor abdominal(48%), hemorragia uterina disfuncional ( 15% ) y el aumento de perímetro abdominal (15%) son las formas de presentación más frecuente en los casos sintomáticos.

En la radiografía simple de abdomen, pueden presentarse como una masa radiotransparente, localizada en la región pélvica ó abdomen inferior. En el 50-68% de los casos pueden objetivarse calcificaciones (22-29% asemeja dientes

rudimentarios). Aunque la ecografía constituye el método diagnóstico de elección, su aspecto es muy variable (tumoración, quística, sólida, formación de aspecto complejo).

En la actualidad la TAC puede ayudar a establecer un diagnóstico por su capacidad para diferenciar los distintos componentes que forman parte de esta neoplasia. .

Aunque la rotura de un quiste dermoide ó la torsión de su pedículo son infrecuentes, constituyen una urgencia quirúrgica. El tratamiento consiste en realizar una resección de la tumoración, con preservación del parénquima ovárico.



La amansésis, exploración física y las pruebas complementarias iniciales realizadas a la paciente, obligan a establecer un diagnóstico diferencial entre algunas de las causas más frecuentes de de abdomen agudo en paciente mujer :

- . Crisis renoureteral derecha ( CCR )
- . Apendicitis aguda
- . Patología ginecológica (rotura quiste ovárico / torsión quiste ovárico)

En el caso descrito, la presencia de calcificaciones en el seno de una masa radiotransparente, abdominal, sirvió para establecer un diagnóstico de sospecha de Teratoma ovárico, confirmado posteriormente mediante TAC.

La exploración ginecológica junto con la persistencia de sintomatología y empeoramiento analítico hicieron sospechar la posibilidad de torsión del pedículo del quiste dermoide. Los hallazgos laparoscópicos y posterior estudio AP de la pieza sirvieron para establecer un diagnóstico definitivo.