



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-415 - TERATOMATOSIS ABDOMINAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

*Echeveste Varela, Ainhoa; Aguirre Allende, Ignacio; Placer Galán, Carlos; Enríquez Navascués, José María; de Ariño Hervas, Itziar; Iraola Fernández de Casadevante, María; Andrés Imaz, Ainhoa*

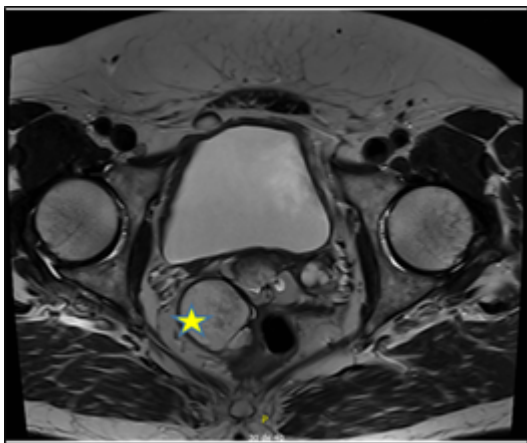
*Hospital Donostia, San Sebastián.*

### Resumen

**Objetivos:** El término “teratomatosis abdominal” hace referencia a la aparición de masas metastásicas con histología benigna en diferentes localizaciones intra-abdominales cuyo origen es un tumor de células germinales no seminomatoso (TCGNS) de tipo teratoma inmaduro. Esta infrecuente condición se describe como “Síndrome de teratoma creciente” (STC) y se caracteriza por aparecer durante o tras el tratamiento quimioterápico, asociado a la negativización de marcadores tumorales. El objetivo de esta comunicación es reportar un caso clínico de una paciente atendida en nuestro hospital con teratomatosis abdominal, así como revisar la literatura actual sobre este síndrome. La información del caso se recoge revisando la historia clínica completa desde el programa informático hospitalario. Además, se realiza una revisión bibliográfica de la literatura reciente con las búsquedas “growing teratoma syndrome”, “immature teratoma” y “residual tumor resection” en bases de datos UpToDate, Dynamed y Clinical Key.

**Caso clínico:** El caso trata de una paciente de 49 años con antecedente de teratoma inmaduro ovárico grado III diagnosticado en 1989, tratado con quistectomía y quimioterapia. En 1990 presenta múltiples implantes intraabdominales de nueva aparición en TC y se reinterviene, realizando citorreducción con histerectomía, doble anexectomía, linfadenectomía y resección de implantes en sigma, apéndice, parametrios, diafragma y epiplón con resultado histopatológico de teratoma quístico maduro. Los años posteriores se realiza seguimiento por parte del Servicio de Ginecología con TC donde se objetivan nuevas lesiones quísticas en hígado, espacio hepatorenal, hilio esplénico y Douglas, que se mantienen estables entre 1992-2018. En 2020 la paciente consulta por molestia anal, con tumoración en tacto rectal de nueva aparición, detectándose en ECO/TC/RM crecimiento de lesión conocida en Douglas, que impronta sobre el recto. En sesión multidisciplinar se decide intervención por cirugía colorrectal realizándose laparotomía con extirpación completa de dos lesiones pélvicas, con histología de teratoma quístico maduro. La evolución fue satisfactoria durante el posoperatorio. El STC ha sido descrito en TCGNS de origen testicular, ovárico, mediastínico y pineal. Supone una rara complicación de los teratomas inmaduros ováricos. Existen tres criterios definitorios: crecimiento clínico/radiológico de metástasis durante/después de quimioterapia, normalización de marcadores tumorales (AFP/HCG) previamente elevados e histología de teratoma maduro sin células malignas en las metástasis. La aparición de STC ováricos suele darse entre los 20-30 años y presentan lesiones confinadas a pelvis, abdomen o retroperitoneo. A pesar de ser lesiones histológicamente benignas su comportamiento de crecimiento y expansión local puede conllevar gran morbilidad. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, pruebas de imagen, analítica y examen histológico. El tratamiento de elección es la citorreducción en fases iniciales para evitar resecciones dificultosas o aparición de nuevas lesiones. No está indicada la adyuvancia. La tasa de recaída estimada con resección completa es del 4% vs. 83% en caso de

resección incompleta.



**Discusión:** El caso de teratomatosis abdominal presentado cumple las características definitorias de STC y la recaída se correlaciona con la resección incompleta durante la primera citorreducción. Es necesaria la sospecha de esta entidad durante el seguimiento de los teratomas inmaduros y la cirugía preferente con resección completa una vez diagnosticada.