

CARTAS AL DIRECTOR

Teratoma maduro quístico



Mature cystic teratoma

Sr. Director:

Los tumores de células germinales constituyen casi el 20% de los tumores de ovario, y de ellos un 95% son benignos, siendo el más frecuente el teratoma maduro benigno o también denominado quiste dermoide, que se caracteriza por una cápsula gruesa, bien formada, revestida por epitelio plano estratificado, con gran variedad de apéndices cutáneos que incluyen glándulas sudoríparas, apocrinas y sebáceas. La cavidad se llena de los detritus de la secreción glandular, y suele contener pelo. Otros tejidos que se pueden encontrar son dientes, cartílago, plexos coroideos, falanges, tejido nervioso y, en ocasiones, tejido tiroideo (*Struma ovarii*), con potencial tirotóxico o de degeneración maligna tiroidea¹.

Presentamos el caso de una paciente de 40 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias con clínica de dolor intenso y punzante, localizado en fosa renal izquierda, irradiado hacia fosa ilíaca izquierda, de 6 h de evolución.

A la exploración de la paciente, se observa abdomen blando y depresible, con ruidos hidroaéreos conservados muy doloroso a la palpación de fosa ilíaca izquierda e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal y puño percusión renal izquierda dudosa, resto de la exploración sin hallazgos.

En la analítica de sangre 10.200 leucocitos sin desviación a la izquierda y PCR <0,5. En el sistemático de orina 500 leucocitos, nitritos negativos y hematíes negativos.

En la radiografía de abdomen (fig. 1) observamos una masa de márgenes circunscritos a nivel pélvico, de densidad predominantemente grasa, con calcificaciones en su interior. Para delimitar de que se trataba esa imagen, realizamos una ecografía abdominal (fig. 2), en la que observamos una gran masa en pelvis menor de 11 × 7 cm, con contornos bien definidos, ecogenicidad mixta, con predominio de la zona hiperecogénica, con zonas hipoecogénicas y sombra acústica, probablemente compatible con teratoma.

En la tomografía computarizada abdominal sin contraste (fig. 3), vemos una calcificación a nivel de pelvis menor izquierda, que pensamos, que probablemente sea extrínseca a la vía excretora, sin signos de uropatía obstructiva.

Con el diagnóstico de abdomen agudo se intervino quirúrgicamente por laparoscopia, apreciándose una torsión ovárica izquierda.



Figura 1 Radiografía de abdomen.

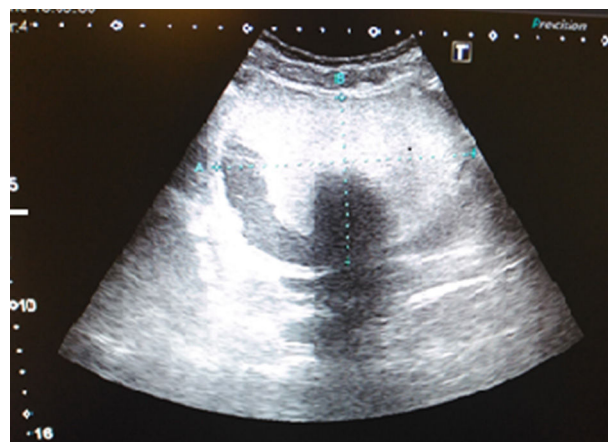


Figura 2 Ecografía de abdomen.

Finalmente, la histología nos mostró el diagnóstico definitivo de teratoma maduro quístico.

El teratoma quístico maduro se puede asociar a complicaciones como la rotura (1-1,2%, constituye una urgencia quirúrgica), la degeneración maligna o la torsión (16%)². La torsión de los anejos es la quinta causa más común de urgencias ginecológicas, con una prevalencia del 2,7%. Los teratomas quísticos maduros torsionados son más grandes que la media (11 cm de media, frente a 6 cm); este aumento de tamaño podría ser el resultado de la torsión en lugar de la causa de la misma³.

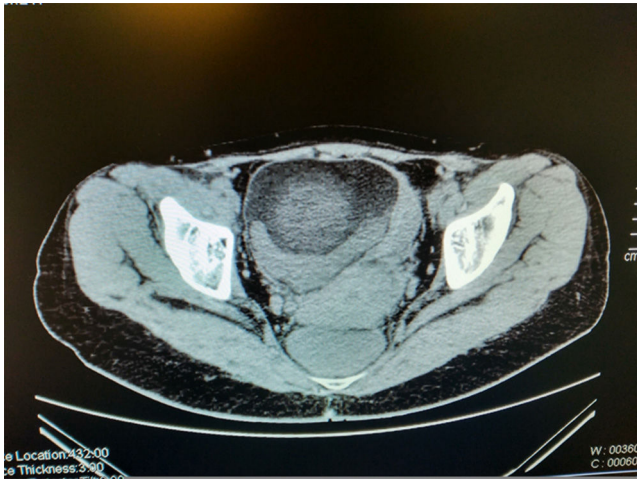


Figura 3 Tomografía computarizada abdominal sin contraste.

Este fue el caso de nuestra paciente, se produjo una torsión de ovario a consecuencia de un teratoma maduro quístico de años de evolución que hizo que la paciente tuviese que ser intervenida de forma urgente por laparoscopia, pues la técnica de abordaje es segura y menos invasiva, evitando dejar secuelas posquirúrgicas como lo son las adherencias pélvicas que pueden generar infertilidad y dolor pelviano⁴.

El diagnóstico a través de la clínica de la paciente, con un buen diagnóstico diferencial, las pruebas de imagen realizadas y el tratamiento quirúrgico urgente, evitaron que se produjera una trombosis arterial, necrosis o infarto hemorrágico del ovario, que a veces condiciona una peritonitis grave e incluso la muerte³.

Bibliografía

1. Álvarez de la Rosa M, Padrón E, Hernández P, Trujillo JL. Teratoma quístico de ovario con concreciones sólidas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71:263–6.
2. Martín-Francisco C, Lailla JM, Bajo JM. Patología tumoral del ovario. Clasificación y terminología de los tumores de ovario. *Histogénesis y Anatomía Patológica. Fundamentos de la Ginecología.* 2009;34:421–32.
3. Marichal Hernández CA, Nieves Perdomo G, Hernández Ponce JA, Pastor Santoveña M, Martín Corriente M. Teratoma quístico maduro ovárico: características de imagen y diagnóstico de sus complicaciones. Póster n.º S-0855. Granada: Sociedad Española de Radiología Médica; 2012. p. 1–26.
4. Amat L, Rodríguez MA, López EL, Guillén JJ, Gómez MD, Lailla JM. Tratamiento quirúrgico del teratoma quístico benigno. *Prog Obstet Ginecol.* 2000;43:21–6.

I. Espejo Pérez^{a,*}, J.J. Querol Gutiérrez^a, S.M. Palenzuela Paniagua^b y L. Martínez Santiso^b

^a Servicio de Urgencias, Hospital INGESA de Ceuta, Ceuta, España

^b Atención Primaria, Centro de Salud Otero de Ceuta, Ceuta, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabelespejo@hotmail.com (I. Espejo Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.10.003>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Es tiempo de abandonar el tacto rectal?



Is it time to abandon the digital rectal examination?

Sr. Director:

Según un nuevo estudio, en varones con una concentración normal de antígeno prostático específico (PSA), el tacto rectal raras veces ayuda a diagnosticar cáncer de próstata clínicamente significativo y, sin embargo, es una exploración invasiva, incómoda y de muy poca utilidad. En un análisis de datos del estudio estadounidense de Detección de Cáncer de Próstata, Pulmón, Colorrectal y Ovario (PLCO), la valoración mediante tacto rectal en el contexto de concentraciones normales de PSA captó un 2% adicional de varones con cáncer de próstata clínicamente importante. Los autores de este trabajo, publicado recientemente en la revista *Current Medical Research and Opinion*, señalan que tal vez sea tiempo de abandonar el tacto rectal¹.

En el 2012, la Comisión de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) dio a conocer las recomendaciones para

no utilizar de manera sistemática el PSA para la detección de cáncer de próstata en varones sanos. Esta recomendación fue controvertida, pero los médicos redujeron el uso de PSA para la detección sistemática. Sin embargo, se ha prestado menos atención a la detección mediante tacto rectal y no se ha aclarado si los tactos rectales mejoran la detección del cáncer de próstata. Por este motivo, un grupo de autores decidieron analizar si era útil la detección del cáncer de próstata mediante tacto rectal en el estudio PLCO².

En el estudio PLCO se evaluaron los programas de detección de cáncer y su repercusión en la mortalidad por cáncer de próstata. En el grupo sujeto a detección, 38.340 varones fueron objeto de pruebas de PSA y tactos rectales cada año durante los primeros 3 años; continuaron sometiéndose a detección mediante PSA otros 2 años más, hasta un total de 5 años. El grupo de control consistió en pacientes que recibieron tratamiento habitual. Se efectuó seguimiento a los participantes durante 13 años. Aquellos con un resultado de prueba anormal fueron remitidos a su urólogo para que se les realizara una biopsia³.

Este nuevo estudio se centró en los varones que recibieron las 2 pruebas de detección en los primeros 3 años. Basándose en las guías de práctica clínica para el cáncer de próstata del *National Comprehensive Cancer*