

POSIBLE AGREGACIÓN FAMILIAR EN TERATOMAS: Serie de casos



Ibarra Vilar P, Marín Pérez A, Marín Sánchez MP, Garrido Navarro C, Machado Linde F, Nieto Díaz A.
Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

El quiste dermoide de ovario, también conocido como **teratoma**, es el tumor ovárico más frecuente en la edad reproductiva (24-40%). Es un tumor cuyo parénquima está **constituido** simultáneamente por una **variedad de tejidos** que, en conjunto, son derivados de las tres hojas embrionarias (ectodermo, mesodermo, endodermo). Por eso, presenta estructuras como hueso, dientes, grasa, piel, pelo, tejido cerebral...

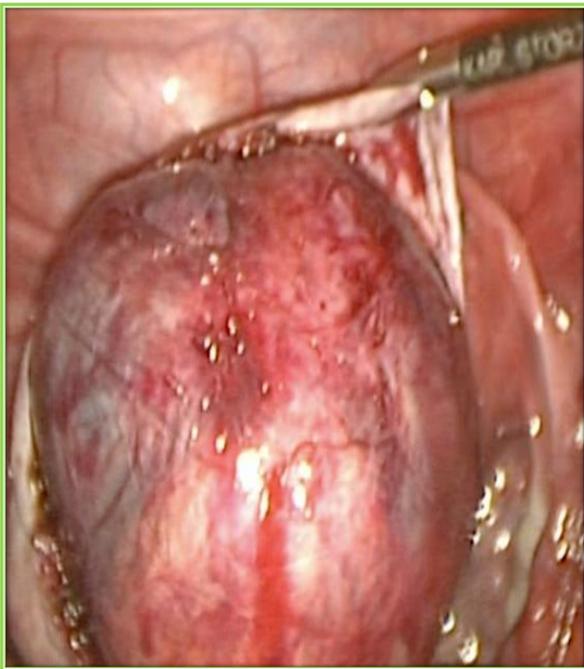
Serie de casos

Caso 1 : 21 años, durante control ecográfico de su gestación, se observa tumoración quística de 83x73x62mm dependiente de anejo derecho compatible con teratoma. Cuando finaliza la gestación, se realiza quistectomía LPC. El informe de anatomía patológica revela : **teratoma quístico maduro**.

A los pocos meses su hermana debuta con un cuadro de dolor abdominal. Ecografía TV: masa de 50mm en OD compatible con teratoma. Se realiza quistectomía LPC. AP informa de : **teratoma quístico maduro**.



Eco-TV : Tumoración compatible con teratoma



Cirugía LPC : Exéresis de teratoma

Caso 2 : 35 años. En revisión ginecológica rutinaria se observa una tumoración quística de 15x10mm, de diagnóstico incierto, dependiente de anejo izquierdo. Se realiza laparotomía con anexectomía izquierda y exéresis de tumoración derecha conservando tejido sano. La anatomía patológica informa : **Teratoma quístico maduro bilateral con presencia de tejido glial**.

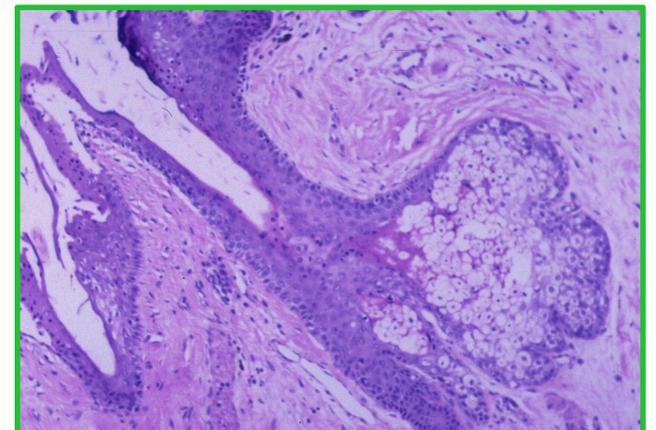
Doce años después, su hija, a los 23 años presenta durante una revisión ginecológica rutinaria una formación de 62x54mm compatible con teratoma de ovario izquierdo. Se realiza quistectomía LPC. El informe de anatomía patológica revela: **teratoma quístico complejo benigno**.

Pocos meses después, su otra hija, con 18 años, en revisión ginecológica, se detecta formación anexial izquierda de 66x64mm compatible con teratoma. Se realiza exéresis LPC. La AP informa de **teratoma quístico maduro con componente neural exagerado**.

Caso 3: Mujer de 36 años que consulta por cuadro de dolor en FID. En ecografía se observa tumoración de 105x60mm en OD. Se realiza ooforectomía derecha por LPC. La AP informa de **teratoma quístico maduro con componente glial**.

5 años después, en una ecografía de control, se evidencia imagen compatible con teratoma en OI. Esta vez se procede a quistectomía LPC con resultado de **teratoma complejo maduro con componente glial**.

A los 2 años, su hermana, debuta con un cuadro de dolor en FII. Se realiza ecografía donde se observa una imagen de 30x28mm en OI. Se realiza quistectomía LPC. La AP revela **teratoma complejo con componente glial**.



Biopsia : 20x H-E Teratoma ovárico

Discusión

Aunque hay casos descritos de presencia de quistes dermoides en familias, **no se ha evidenciado** en la literatura el **tipo de herencia genética** que pudiera explicarlo. La rareza de estos tumores familiares sugiere que no es una casualidad. Sería necesario realizar investigaciones futuras.

Bibliografía

- 1- Caspi, B., et al (2003). A Possible Genetic Factor in the Pathogenesis of Ovarian Dermoid Cysts. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 56, pp.203-206.
- 2- Giambartolomei, C., et al (2009). A mini-review of familial ovarian germ cell tumors: An additional manifestation of the familial testicular germ cell tumor syndrome. *Cancer Epidemiology*, 33(1), pp.31-36.
- 3- Kotikela, S., et al (2010). Familial Cystic Teratomas: Four Case Reports and Review of the Literature. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 17(6), pp.S130-S131.
- 4-Stettner, A., et al (1999). Familial ovarian germ cell cancer: Report and review. *American Journal of Medical Genetics*, 84(1), pp.43-46.