

TERATOMAS DE OVARIO ASOCIADOS A STRUMA OVÁRICO:

Presentación de 12 casos

DR. BENIGNO LOZADA S. (*)

DR. TEODORO QUISPICONDOR R. (**)

DR. PEDRO SAAVEDRA V. (**)

Se presenta 12 casos de teratomas ováricos asociados a struma. La mayor frecuencia se observó entre la 3ra. y 4ta. década de la vida. Encontramos un ligero predominio de localización en el anexo derecho. El 75% de los teratomas asociados a struma ovárico alcanzaron un diámetro de 9 cm. Los síntomas y signos más frecuentes fueron tumor anexial y, en menor proporción, metrorragias y dolor abdominal. Además del tejido tiroideo, las estructuras tisulares más frecuentemente observados fueron: piel y anexos, tejido adiposo, cartílago y tejido nervioso.

INTRODUCCION

Struma ovárico es una denominación que se asigna a un tumor constituido en su mayor parte por tejido tiroideo. Esta definición se ha generalizado en forma amplia, y muchas veces se exagera en su verdadera interpretación. Para la mayor parte de autores, el struma ovárico implica la presencia de tejido tiroideo en más del 50%.

Nicholson (citado por 1, 3, 4 y 7) ha mencionado determinadas particularidades para este tipo especial de neoplasia compuesta enteramente por tejido tiroideo, en el sentido de que el comportamiento y la evolución clínicas de las pacientes portadoras de struma ovárico, están en razón directa con la mayor o menor cuantía de tejido tiroideo asociado a teratomas quísticos benignos, sólidos benignos y malignos, respectivamente.

(*) Del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Arequipa y del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

(**) Del Servicio de Patología del Hospital General de Arequipa y del Departamento de Microbiología y Patología de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

Si recordamos el complejo y bizarro cuadro histológico de los teratomas ováricos (quísticos y sólidos) y, sobre todo, la predominancia de estructuras hícticas bien diferenciadas o maduras, comprenderemos fácilmente que éstas conservan su capacidad totipotencial y pueden desdiferenciarse hacia estructuras embrionarias o inmaduras, las que finalmente dan origen a neoplasias malignas, tanto de estirpe carcinomatosa (la mayoría) como sarcomatosa.

MATERIAL Y METODOS

Teniendo en mente que la mayor parte de las neoplasias ováricas están constituidas por los cistoadenomas y los teratomas quísticos, hemos creído por conveniente hacer una revisión retrospectiva de los teratomas de ovario (benignos y malignos) asociados a struma ovárico, para lo cual se ha revisado los archivos del Servicio de Patología, así como las historias clínicas correspondientes, en el Departamento de Estadística del Hospital General de Arequipa en el lapso de 10 años consecutivos (agosto de 1960 a agosto de 1970).

Para fines de la tabulación y resultados finales se revisa todos los preparados histológicos correspondientes a los teratomas ováricos, confeccionándose fichas ad-hoc con tal motivo.

RESULTADOS

Los 12 casos de teratomas quísticos de ovario asociados con struma constituyeron el 0.03% del total de especímenes quirúrgicos (30,087) y el 18.5% del total de teratomas quísticos (65 casos).

En cuanto a la frecuencia por década de la vida, vemos en el Cuadro N° 1, que el 50% de nuestros casos se encontraron en la 4ta. década de la vida, seguida en orden de frecuencia, en el 33.3%, por la 3ra. década.

En el Cuadro N° 2 se establece que el 83.3% de los casos tuvieron como diagnóstico clínico pre-operatorio "quiste de ovario"; debemos mencionar que 2 casos (16.7%) fueron hallazgos casuales en la laparatomía ya que las pacientes fueron intervenidas por otra patología.

En el Cuadro N° 3 se menciona en orden de frecuencia porcentual los síntomas y signos que presentaron nuestras pacientes; así vemos que en el 83.3% hubo tumor anexial; metrorragias en el 16.6% y dolor abdominal en el mismo porcentaje. Una paciente presentó menstruaciones irregulares (8.3%).

En el Cuadro N° 4 se establece la relación porcentual de localización y observamos que en el 58.3% (7 casos) estuvo afectado el ovario derecho y en 41.7% (5 casos) el ovario izquierdo.

CUADRO N° 1

INCIDENCIA PORCENTUAL POR DECADAS DE PACIENTES CON TERATOMAS OVARICAS ASOCIADAS CON STRUMA

Edad	N° de casos	Porcentaje
20 - 29	4	33.3
30 - 39	6	50.0
40 - 49	1	8.3
50 - 59	0	0.0
60 - 69	1	8.3
Total	12	99.9

CUADRO N° 2

DIAGNOSTICO CLINICO PRE-OPERATORIO EN 12 CASOS DE TERATOMAS OVARICOS ASOCIADOS CON STRUMA

	N°	%
Tumor abdominal (Quiste de ovario)	10	83.3
Hallazgo casual (*)	2	16.7
Total	12	100.0

(*) Hallazgo al realizar cesárea por placentas previas.

CUADRO N° 3

SIGNOS Y SINTOMAS EN 12 CASOS DE TERATOMAS OVARICOS ASOCIADOS CON STRUMA

	N°	%
Tumor anexial	10	83.33
Metrorragias	2	16.6
Embarazo y placenta previa	2	16.6
Dolor abdominal	2	16.6
Menstruaciones irregulares	1	8.3

En el Cuadro N° 5, además del struma, se encontró las siguientes estructuras histológicas en orden porcentual decreciente: piel y anexos en el 83.3%; tejido adiposo en el 58.3%; cartílago y tejido nervioso en el 41.7%, respectivamente; músculo liso en el 25%; hueso y epitelio respiratorio en el 16.7%, respectivamente; y, finalmente, tejido gastrointestinal en el 8.3%.

En el Cuadro N° 6 vemos que en el 75% de los casos, el tamaño del teratoma quístico asociado a struma fue de 9 cm. de diámetro, encontrándose como tamaños extremos 1 caso de 4 cm. de diámetro (8.3%) y otro de 29 cm. de diámetro (8.3%).

CUADRO N° 4

LOCALIZACION ANATOMICA DE 12 CASOS DE TERATOMAS OVARICOS ASOCIADOS SON STRUMA

Localización	Nº	%
Ovario derecho	7	58.3
Ovario izquierdo	5	41.7
Total	12	100.0

CUADRO N° 5

ESTRUCTURAS HISTOLOGICAS ENCONTRADAS EN TERATOMAS OVARICOS ASOCIADOS A STRUMA

Estructuras	Nº	%
Piel y anexos	10	83.3
Tejido adiposo	7	58.3
Cartílago	5	41.7
Nervioso	5	41.7
Tejido muscular liso	3	25
Hueso	2	16.7
Epitelio respiratorio	2	16.7
Tejido gastrointestinal	1	8.3
Dientes	—	—

CUADRO N° 6

TAMAÑO PROMEDIO DE TERATOMAS OVARICOS ASOCIADOS CON STRUMA

Tamaño	N°	%
0 - 4 cms.	1	8.3
5 - 9 cms.	9	75
10 - 14 cms.	1	8.3
15 - 19 cms.	0	—
20 - 24 cms.	0	—
25 - 29 cms.	1	8.3
Total	12	99.9

DISCUSION Y COMENTARIO

Tal como preconiza Nicholson (citado por 2 y 3), consideramos de interés mencionar textualmente la clasificación de struma ovárico, basada principalmente en la naturaleza embriogénica del tumor, tal es: 1) struma ovárico asociado con teratomas quísticos; 2) struma ovárico solitario, también asociado principalmente con teratomas quísticos; y 3) struma ovárico, asociado con cistoadenomas. Nuestro trabajo, precisamente, encuadra dentro del primer grupo de Nicholson.

No hemos encontrado literatura nacional ni extranjera sobre este grupo de teratomas asociados con struma ovárico. La mayor parte de casos reportados como "struma ovárico" corresponden al segundo grupo de Nicholson, esto es, cuando los teratomas ováricos están constituidos en más del 50% por tejido tiroideo. Con fines informativos mencionaremos los resultados de Phillips y cols. (citado por 2, 6 y 9) que, teniendo en cuenta este criterio, encuentran un 7% de "struma ovárico" en relación al total de teratomas ováricos por ellos revisado; Gusberg y Danforth (citado por 6, 8 y 10) reportan un 2.7% en una serie de 297 teratomas ováricos en 20 años. En nuestra casuística incluimos dos casos que se ajustan a este criterio, lo que viene a constituir el 3.7% de 65 teratomas ováricos, cifra que está de acuerdo con los autores arriba mencionados.

En cuanto a la edad, al igual que lo reportado por otras series (6 y 9) nosotros hemos encontrado una mayor incidencia entra la 3ra. y 4ta. década de la vida, que representa el 83.3%. Igualmente, hay concordancia en relación al tamaño más frecuentemente encontrado, que es de 10 cm. de diámetro.

En relación a la localización anatómica, la mayoría de autores no establecen prioridad por ningún anexo, otros dan ligera predilección por el anexo derecho; nosotros hemos encontrado un ligero predominio de localización en el ovario derecho.

Los síntomas y signos más frecuentemente presentados por las pacientes portadoras de esta neoplasia, han sido tumor anexial en el 83.3% y en menor proporción metrorragias y dolor abdominal. Debemos enfatizar que en nuestra casuística no hemos registrado ningún caso que haya presentado signos y síntomas de hipertiroidismo, hallazgo que se reporta en la literatura en algunos casos y que plantean problemas de diagnóstico y tratamiento.

La incidencia de transformación maligna es muy baja, siendo al mismo tiempo extremadamente rara, sobre todo tratándose de los teratomas quísticos benignos. Así Peterson (citado por 5, 7, 8 y 9) en una revisión extensa reporta 147 casos de teratomas malignos de 8,038 teratomas quísticos benignos, lo que representa una incidencia de 1.8%. Nosotros incluimos en nuestra serie un caso de teratoma quístico benigno que posteriormente experimentó transformación maligna de extirpe sarcomatosa. De acuerdo con Taylor y cols. (citado por 7 y 4) los cambios malignos ocurren en cerca del 5% de todos los casos de struma ovárico. Szathmary (citado por 9) reporta 4.5% de malignidad. Rotton y Towell, en 1956, Woodruff y Markley en 1957 (citado por 4, 7 y 9) citan 17 casos de la literatura de struma ovárico maligno con o sin metástasis.

Desde el punto de vista histopatológico, macroscópicamente, los teratomas ováricos asociados a struma no siempre indican su naturaleza verdadera, siendo necesario cortes seriados para revelar el típico aspecto macroscópico del tejido tiroideo normal, en casos de ser pequeños. Microscópicamente, el struma ovárico usualmente reproduce la arquitectura de la glándula tiroides en su estado fisiológico normal y, raramente, puede observarse cambios patológicos como: bocio, hiperplasia y malignidad. El material coloide usualmente es homogéneo.

En términos generales se acepta que esta neoplasia es unilateral, pero en la literatura se reporta casos aislados de localización bilateral (2).

Un aspecto de interés clínico-quirúrgico es el fenómeno denominado "strumosis benigna", término que se emplea para designar los implantes peritoneales benignos en los casos en que se produce ruptura de los teratomas quísticos asociados a struma ovárico hacia la cavidad peritoneal. Estudios recientes realizados por diferentes autores concluyen que tales implantes desde inicio deben ser considerados como verdaderas metástasis de un struma maligno ovárico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ALZNAUEL, R. L.: Squamous cell carcinoma arising in the benign cystic teratoma of the ovary: A report of 3 additional cases and a review of the literature. *Am. J. Obst. & Gynec.* **65**: 1238-1247, 1953.
- 2.— BENATI, R.: Thyroid struma in ovarian teratoid tumor. *Rev. Obstet. e Ginec. Prat.* **42**: 140-149, 1960.
- 3.— COHN, S. and KUSHNER, J. I.: Struma ovarii. *Am. J. Obst. & Gynec.* **47**: 421-422, 1944.
- 4.— HASHIMOTO, M., HIROZAWA, T. and KAWASE, A.: Case of malignancy in an ovarian dermoid cyst. *J. Jap. Obstet. Gynec.* **16**: 65-68, 1964.
- 5.— HOGE, R. H. and KAY, S.: Squamous cell carcinoma arising in benign cystic teratoma (dermoid) of the ovary - Report of four cases. *Am. Surg.* **147**: 97-103, 1958.
- 6.— MARCUS, C. C. and MARCUS, S. L.: Struma ovarii. *Am. J. Obst. & Gynec.* **81**: 752-762, 1961.
- 7.— MAYBERGER, H. W.: Adenocarcinoma of thyroid origin in a benign cystic teratoma. *Am. J. Obst. & Gynec.* **78**: 817-820, 1959.
- 8.— MITTIGA, M. and JENKNER, F.: On a case of malignant transformation of an ovarian dermoid cyst. *Clin. Obstet. Gynec.* **62**: 208-213, 1960.
- 9.— THOMPSON, J. P., DOCKERTY, M. B. and SYMMONDS, R. E.: Granulosa cell carcinoma arising in a cystic teratoma of the ovary - Report of a case. *Obstet. Gynec.* **28**: 549-552, 1966.
- 10.— WOODRUFF, J. D. and MARKLEY, R. L.: Struma ovarii: Demonstration of both pathologic change and physiologic activity. Report of 4 cases. *Obst. & Gynec.* **9**: 707-719, 1957.