
Masa abdominal en una adolescente obesa

Margarita Monge Zamorano, Alfredo Moleiro Bilbao¹, Norberto Hernandez-Siverio González¹, Jorge López García¹, Anselmo Hernández Hernández, Juan Pedro González Díaz¹. Centro de Salud de Tacoronte. ¹Hospital Universitario de Canarias, Tenerife

Introducción

Los tumores ováricos, aunque raros en la edad pediátrica, son los tumores ginecológicos más frecuentes. La causa que los origina es desconocida; se estima una incidencia del 2.6 por cada 100,000 niñas/año.

Los tumores malignos de ovario suponen el 1- 2% de todos los cánceres infantiles¹ y la edad a la que se presentan con mayor frecuencia es entre los 9 y 12 años, alcanzando un mayor porcentaje de malignidad posteriormente.

Los teratomas son habitualmente neoplasias histológicamente benignas que contienen tejidos de las tres capas germinales; la mayoría son quísticos maduros con predominio de derivados ectodérmicos, como pelo o dientes², constituyen la mitad de los tumores ováricos en las niñas³. Sin embargo, un 1% de ellos son inmaduros y malignos⁴.

Estos tumores clínicamente presentan dolor abdominal en la mitad de los casos, mientras que en otras ocasiones son asintomáticos⁵.

Resumen del caso clínico

Mujer de 14 años de edad que en el estudio por obesidad se evidenció insulín-resistencia y esteatosis hepática por ecografía abdominal, y en pelvis hallazgo casual que se presentan a continuación; cursando clínicamente asintomática con marcadores tumorales beta-HCG alfa-fetoproteína, CA 125 y CA 15.3 : negativos. La paciente fue sometida a tratamiento quirúrgico mediante salpingo-ooforectomía derecha. El diagnóstico en el estudio anatómo-patológico fue de teratoma quístico maduro (quiste dermoide de ovario).

Bibliografía

1. Gonzalo Alonso E, Merino Marcos I, Fernandez-Teijeiro Álvarez A, Astigarraga Aguirre I, Navajas Gutiérrez A. Tumores ováricos en la infancia: A propósito de una revisión casuística. *An Esp Pediatr* 1998; 49:491-494
2. Templeman CL, Hertweck SP, Scheetz JP, Perlman SE, Fallat ME. The management of mature cystic teratomas in children and adolescents: a retrospective analysis. *Hum Reprod* 2000; 15:2669-2672
3. Azizkhan RG, Caty MG. Teratomas in childhood. *Curr Opin Pediatr* 1996; 8:287-292
4. Le Goarant de Tromelin J, Deruelle P, Lucot JP, Collinet P, Cosson M, Vinatier D. Strategy for management of ovarian immature teratoma. About three cases and review. *Gynecol Obstet Fertil* 2005; 33:594-599
5. Morowitz M, Huff D, von Allmen D. Epithelial ovarian tumors in children: a retrospective analysis. *J Pediatr Surg* 2003; 38:331-335

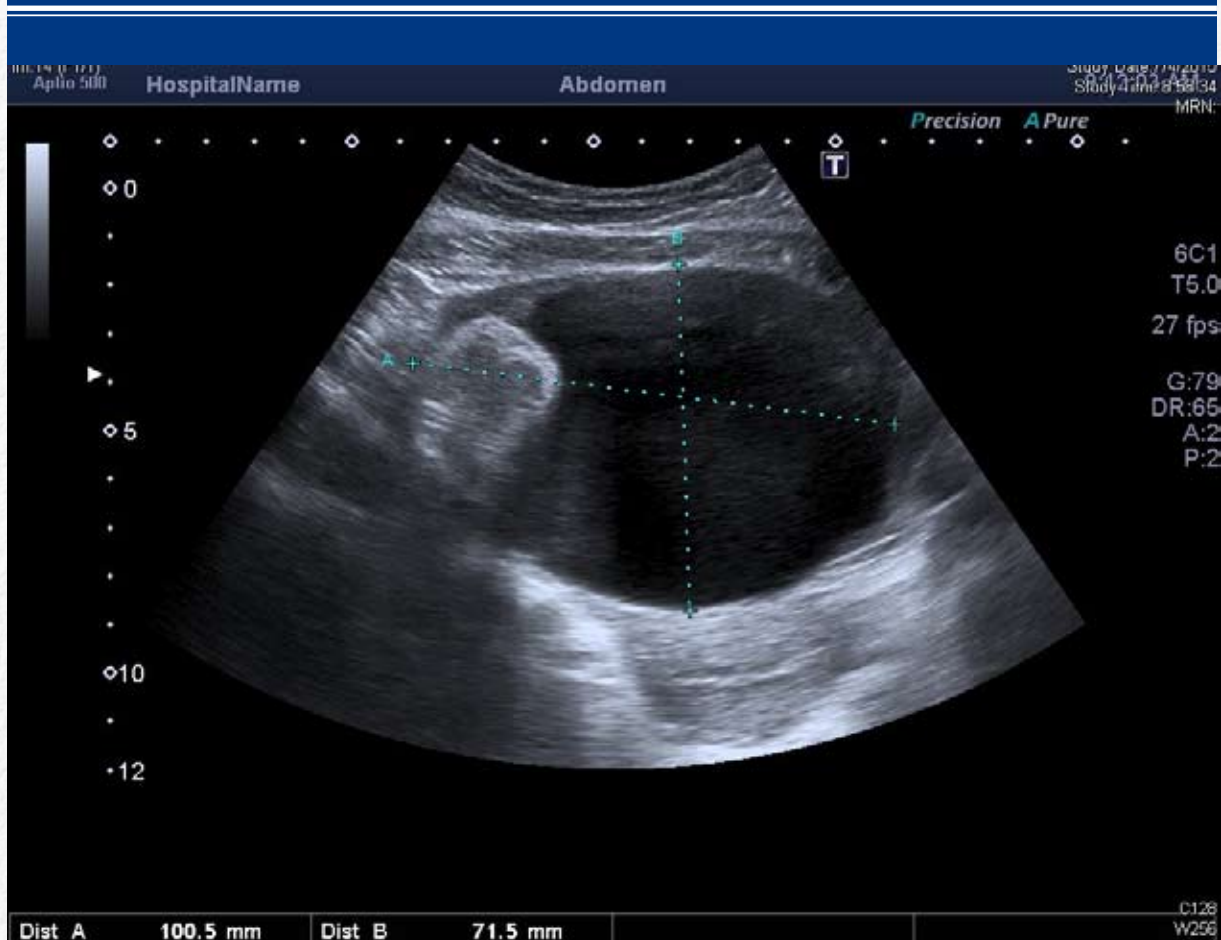


Figura 1

Ecografía. Gran masa pélvica de predominio quístico con un polo sólido hiperecogénico que impresiona de tejido graso



Figura 2.

RMI. Corte axial potenciado en T1. Masa quística de baja señal y polo sólido de alta señal, igual a la de la grasa del tejido celular subcutáneo



Figura 3.

RMI. Corte axial T1 con saturación grasa. Anulación completa de la señal del polo sólido lo que confirma la naturaleza grasa del mismo, en relación con teratoma ovárico

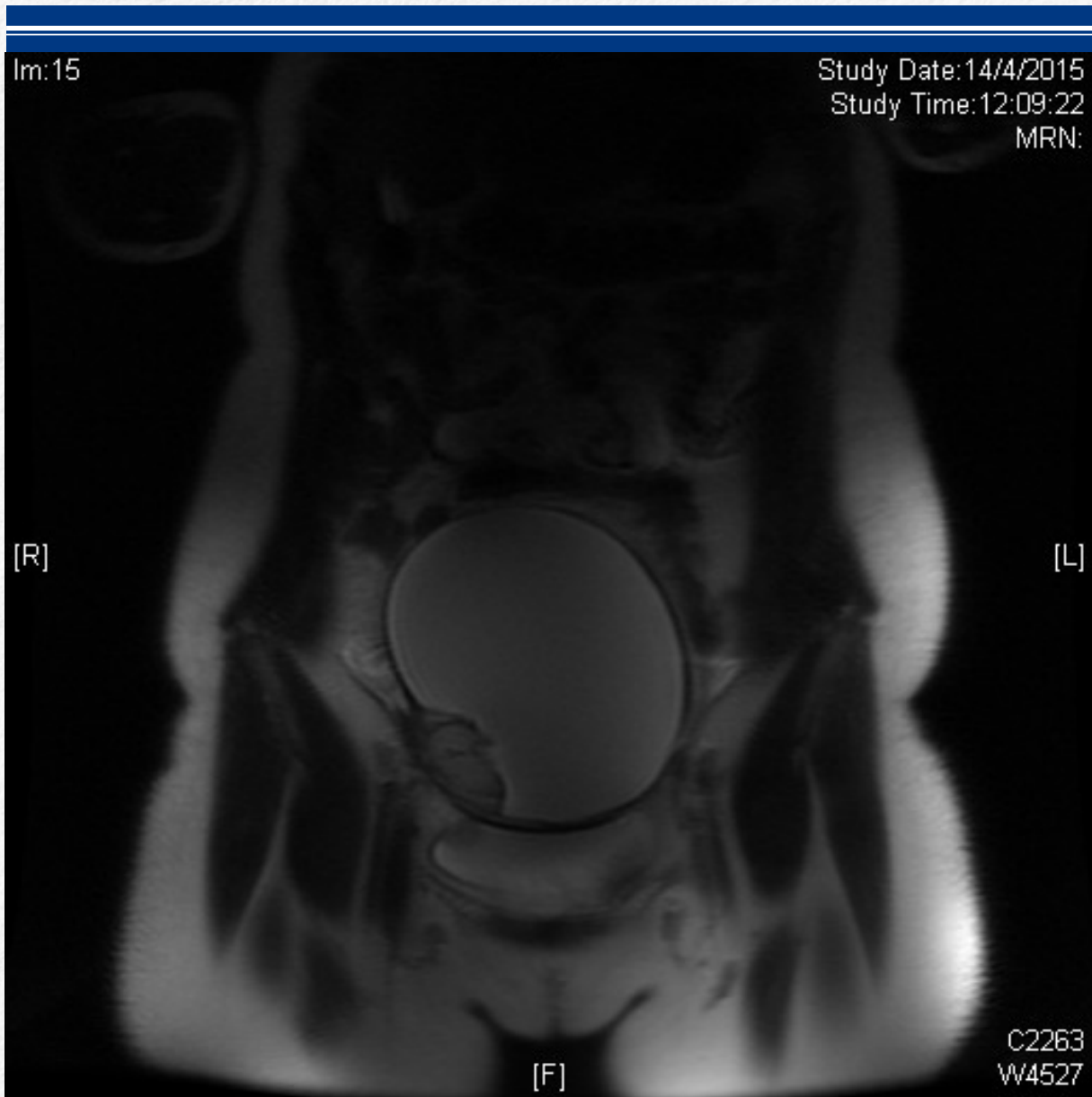


Figura 4.

RMI. Corte coronal potenciado en T2. Lesión de predominio quístico con alta señal y polo solido en su vertiente inferior y lateral derecha

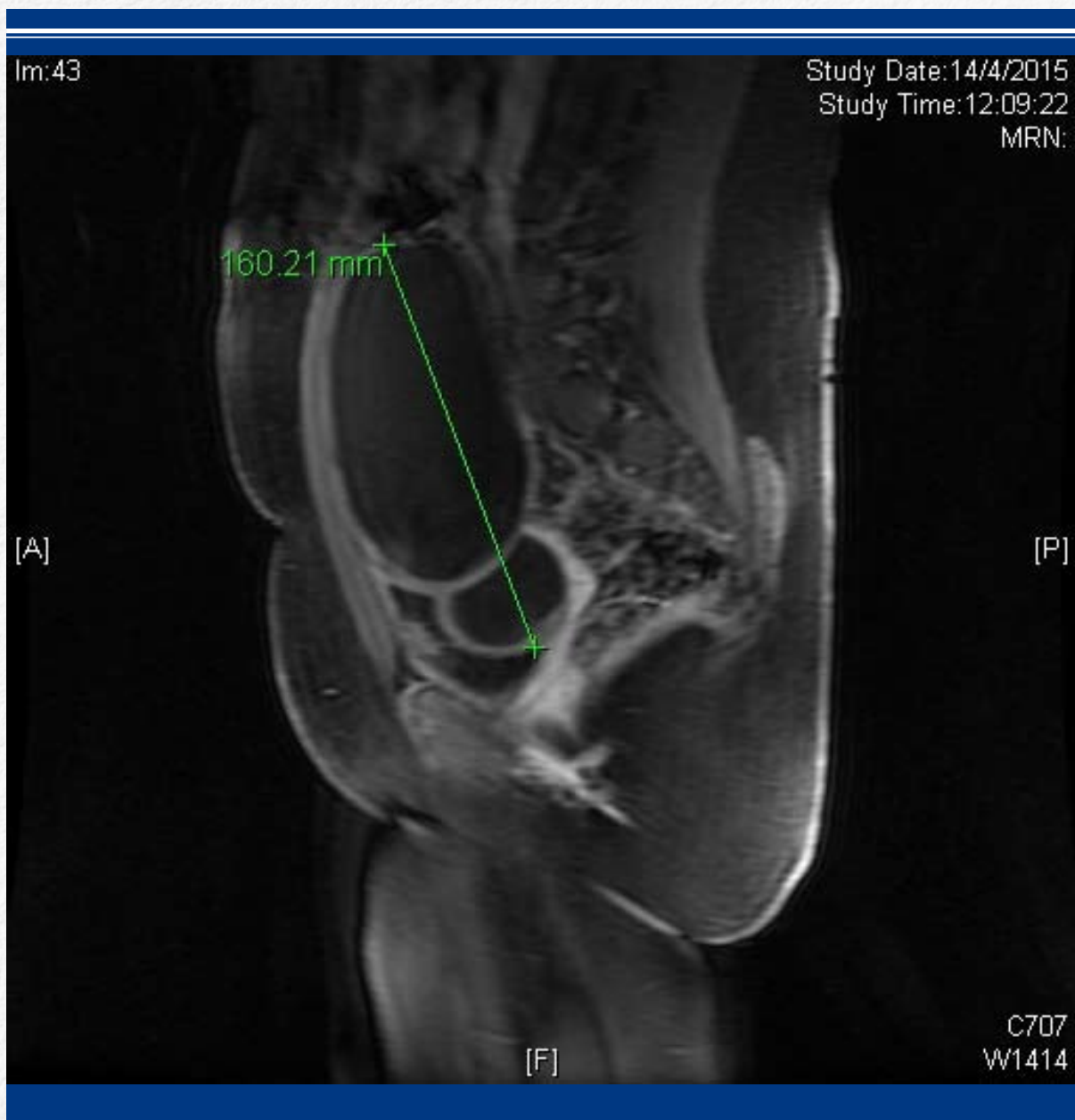


Figura 5.

RMI. Corte sagital T1 con saturación grasa tras la administración de contraste iv. No se evidencia realce patológico. Lesión bilobulada con un diámetro mayor de 16 cm.