Teratoma quístico de ovario y embarazo. A propósito de un caso

DOI:10.5281/zenodo. 19074508
SANUM 2026, 10(2) 150-157

Cómo citar este artículo

Novo Rodríguez Y, García García A, Hernández Ramírez García MY, Esquivel Piedra Y, Pérez Gómez M.
Teratoma quístico de ovario y embarazo. A propósito de un caso.
SANUM 2026, 10(2) 150-157
DOI: 10.5281/zenodo.19074508

© Los autores. Publicado por SANUM: Revista Científico-Sanitaria bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

AUTORES

Yembila Novo Rodríguez[1]
(0000-0003-3589-5310)

Avelino García García[1]
(0000-0002-6667-277X)

María Yaqueline Hernández Ramírez García[1]
(0009-0001-9832-2144)

Yaimí Esquivel Piedra[1]
(0009-0004-5279-2430)

Miriela Pérez Gómez[1]
(0009-0006-9601-2170)

Afiliación:

[1] Servicio de Ginecología y Obstetricia y Servicio de Imaginología. Hospital General Docente Ciro Redondo García. Artemisa, Cuba.

Autora de correspondencia:

Yembila Novo Rodríguez

yembilanr@gmail.com

Resumen

Introducción: El teratoma quístico maduro es el tumor ovárico más frecuente. El diagnóstico de estas lesiones anexiales puede pasar desapercibido pues en su mayoría son asintomáticos. Durante la gestación se identifican fácilmente debido a los ultrasonidos realizados en el primer trimestre y la resonancia magnética aporta datos más exhaustivos para confirmar el diagnóstico siendo también un método no invasivo. En la mayoría de los casos requiere intervención quirúrgica para evitar complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio.

Objetivo: Presentar un caso de una primigesta a la cual se le constata en ultrasonido del primer trimestre una lesión ocupativa de espacio intraabdominal a nivel de flanco derecho de aproximadamente 10 centímetros, se concluye estudio imaginológico con resonancia magnética nuclear y se procede a la extracción del tumor obteniéndose como resultado histopatológico teratoma quístico maduro logrando la continuidad de la gestación hasta el término sin complicaciones.

Conclusiones: El teratoma quístico maduro es el tumor de ovario más frecuente durante el embarazo, aun así de baja incidencia. El ultrasonido conjuntamente con la resonancia magnética son herramientas de gran utilidad en la valoración de las mismas. Su diagnóstico precoz durante la gestación y su manejo apropiado sea expectante o quirúrgico, evita complicaciones permitiendo un parto fisiológico al término y una adecuada salud materna y fetal.

Palabras clave:

Embarazo;
Teratoma;
Neoplasias Ováricas;
Ultrasonografía;
Imagen por Resonancia Magnética.

Cystic Teratoma In Pregnancy. A case report

DOI:10.5281/zenodo.19074508
SANUM 2026, 10(2) 150-157

How to cite this article

Novo Rodríguez Y, García García A, Hernández Ramírez García MY, Esquivel Piedra Y, Pérez Gómez M.
Cystic Teratoma In Pregnancy. A case report.
SANUM 2026, 10(2) 150-157
DOI: 10.5281/zenodo.19074508

© The authors. Published by SANUM: Revista Científico-Sanitaria under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Abstract

Introduction: *Mature cystic teratoma is the most common ovarian tumor. These adnexal lesions can be easily missed because most are asymptomatic. During pregnancy, they are easily identified by ultrasound scans performed in the first trimester, and magnetic resonance imaging (MRI) provides more comprehensive data to confirm the diagnosis and is also a non-invasive method. In most cases, surgical intervention is required to avoid complications during pregnancy, childbirth, and the postpartum period.*

Objective: *To present the case of a primigravida in whom a first-trimester ultrasound revealed an intra-abdominal space-occupying lesion in the right flank, approximately 10 centimeters in size. An MRI was performed, and the tumor was surgically removed. Histopathological examination confirmed a mature cystic teratoma, and the pregnancy continued to term without complications.*

Conclusions: *Mature cystic teratoma is the most common ovarian tumor during pregnancy, although its incidence is low. Ultrasound, along with magnetic resonance imaging, are highly useful tools for its evaluation. Early diagnosis during pregnancy and appropriate management, whether expectant or surgical, prevents complications, allowing for physiological delivery at term and good maternal and fetal health.*

Key words:

Pregnancy;
Teratoma;
Ovarian Neoplasms;
Ultrasonography;
Magnetic Resonance Imaging.

Información del artículo

Tipo de artículo:
Caso clínico

Sección: Ginecología

F. recepción: 07-02-2026
F. aceptación: 17-03-2026
F. publicación: 29-04-2026

DOI: 10.5281/zenodo.19074508

Introducción

El ovario es un órgano de caracteres polimorfos, los cuales se encuentran muy interrelacionados. Diversos factores genéticos embriológicos, ontogenéticos, estructurales y funcionales experimentan una interacción de la cual puede emanar una enorme capacidad tumoral: benigna o maligna; dando lugar a las afecciones más diversas. Alrededor del 75 al 85 por ciento de los tumores de ovario son en principio benignos. Los tumores de células germinales constituyen casi el 20 por ciento de los tumores de ovario y de ellos un 95 por ciento son benignos. (1) Generalmente se presentan unilaterales aunque la literatura ha reportado casos de teratomas bilaterales en un 10 al 15 por ciento y de estos se presentan casos complicados por torsión (2)

El teratoma quístico benigno se caracteriza por tener una cápsula gruesa, bien formada, revestida por epitelio plano estratificado. Bajo este se pueden encontrar una variedad de apéndices cutáneos que incluyen glándulas sudoríparas, apocrinas y sebáceas. La cavidad se llena del detritus de éste y sus anexos, que es de color amarillo pálido, grasoso, espeso y suele contener pelo. (3) 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 tiroidea.

La mayor parte de estos quistes son asintomáticos y la forma más frecuente de presentación son el dolor abdominal y hemorragia uterina anormal o concomitante y aumento del volumen abdominal. (4)

La incidencia de tumores ováricos durante el embarazo es a razón de uno por cada mil embarazos. De los tumores anexos que se identifican durante la gestación cerca del 50 por ciento tienen menos de cinco centímetros de diámetro, el 25 por ciento entre cinco a diez centímetros al momento de detectarlos y el 95 por ciento son unilaterales. El teratoma quístico maduro es el tumor ovárico más frecuente. El diagnóstico de estas lesiones anexiales puede pasar desapercibido pues en su mayoría son asintomáticos. Durante la gestación se identifican fácilmente debido a los ultrasonidos realizados en el primer trimestre. Los valores de CA-125 son poco útiles debido a que normalmente este marcador tumoral está elevado durante la gestación. (5)

Al diagnosticar un tumor de ovario durante la gestación es necesario determinar si tiene características de malignidad o de benignidad. La ultrasonografía se ha convertido en el instrumento diagnóstico más utilizado durante el embarazo siendo un método no invasivo; es de gran utilidad en la valoración de las tumoraciones. La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) aporta datos más exhaustivos para confirmar el diagnóstico siendo también un método no invasivo. Contando con estas pruebas diagnósticas y una vez comprobada la benignidad del tumor se procede a la exéresis del mismo en las primeras semanas del segundo trimestre, entre las 16 y las 22, evitando así posibles complicaciones que afectarían la vida de la madre y del feto debido al crecimiento del útero grávido o del tumor, como la rotura o la torsión e incluso puede presentarse como tumor previo imposibilitando el parto transpelviano.(6)

Presentación del caso

Gestante de 20 años de edad de raza blanca, primigesta con una edad gestacional de 12 semanas. Se constata en ultrasonido del programa lesión ocupativa de espacio intraabdominal a nivel de flanco derecho de aproximadamente 10 centímetros. Se remite al Hospital General Docente Ciro Redondo García donde se ingresa para completar estudio y tratamiento.

La gestante no refería antecedentes patológicos personales ni familiares de interés. Menarquia a los 13 años, primeras relaciones sexuales a los 15 años. Método anticonceptivo utilizado: condón. Embarazo deseado y planificado con pareja estable. Captación precoz a las 10 semanas. Se encontraba asintomática y no tenía estudios ultrasonográficos en los últimos meses previo al embarazo.

Examen físico positivo

Abdomen no doloroso a la palpación encontrándose aumento de volumen a nivel de flanco derecho. La especuloscopía mostró cuello de nulípara, cerrado de tres centímetros sin leucorrea. Al tacto bimanual se constató el útero con cambios propios de una gestación de 12 semanas y en proyección izquierda se palpó una tumoración redondeada dura de más menos 10 centímetros que ocupaba la fosa iliaca y flanco derechos.

Se realizan estudios complementarios donde se obtiene Hemoglobina: 12.3 g/dL, leucograma y coagulograma normales. Glicemia: 4.2 mmol/L. Aspartato aminotransferasa (AST): 12 U/l y Alanina aminotransferasa (ALT): 14 U/l.

En el estudio imaginológico la ultrasonografía inicial informó: Feto único de 12 semanas por longitud coronilla-rabadilla, con latidos cardíacos presentes, líquido amniótico normal. Anejo izquierdo no visible.

En proyección al anejo derecho lesión ocupativa de espacio de aspecto heterogéneo que mide 10 centímetros de contornos regulares, componente mixto con áreas ecolúcidas, con lesiones ecogénicas e hipoecogénicas, áreas de gruesas y finas calcificaciones. (Figura 1).



Figura 1. Ecografía abdominal que muestra una masa anexial compleja con ecogenicidad heterogénea sugestiva de teratoma ovárico. (Fuente: elaboración propia)

Se realiza RMN que informa útero en anteroversoflexión, grávido, estructuras fetales normales. Ovario derecho de aspecto tumoral con componente mixto graso, hueso, con cambios de intensidad de señal. Resto de las estructuras abdominales normales. (Figura. 2 y 3)

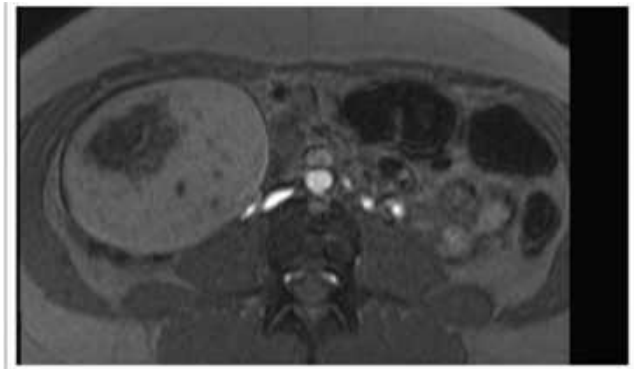


Figura 2. Resonancia magnética en corte axial que evidencia masa anexial bien delimitada con señal heterogénea compatible con teratoma ovárico. (Fuente: elaboración propia)

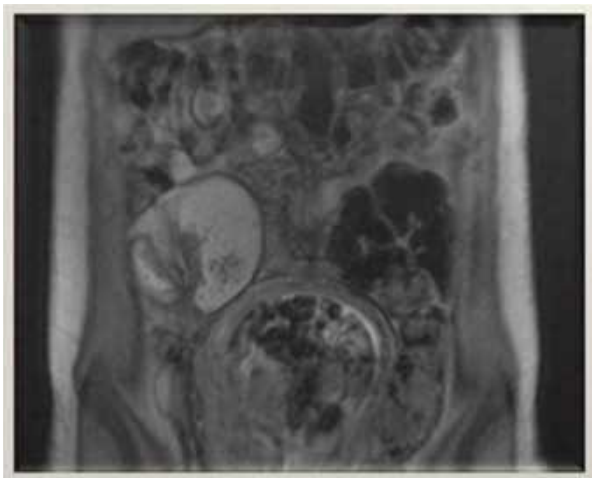


Figura 3. Resonancia magnética en corte coronal que muestra la relación de la masa anexial con las estructuras adyacentes. (Fuente: elaboración propia)

Concluido el estudio se decide el tratamiento quirúrgico. La gestante se mantuvo asintomática durante todo este período. Se planificó la cirugía electiva a las 16 semanas realizando ooforectomía total derecha con resultado satisfactorio sin presentar complicaciones. Se extrae masa anexial íntegra y se envía para estudio anatomopatológico (Figura. 4 y 5)



Figura 4. Pieza quirúrgica correspondiente a teratoma ovárico con contenido sebáceo y material piloso. (Fuente: elaboración propia)



Figura 5. Corte del teratoma que evidencia contenido sebáceo y estructuras pilosas características. (Fuente: elaboración propia)

El informe de Anatomía Patológica arrojó al análisis macroscópico: lesión tumoral redondeada de aspecto quístico que mide 11 x 10 x 13 centímetros, de color blanco nacarado, a su apertura deja escapar líquido amarillento, difuso, dejando ver en su interior tejido graso cartilaginoso, vellos y piel. Informe microscópico: se observa epitelio escamoso maduro, folículos pilosos, glándulas sebáceas, folículos tiroideos y adipocitos maduros. Conclusión: Teratoma quístico maduro que presenta piel, cartílago y tejido adiposo en su interior. (Figura. 6)

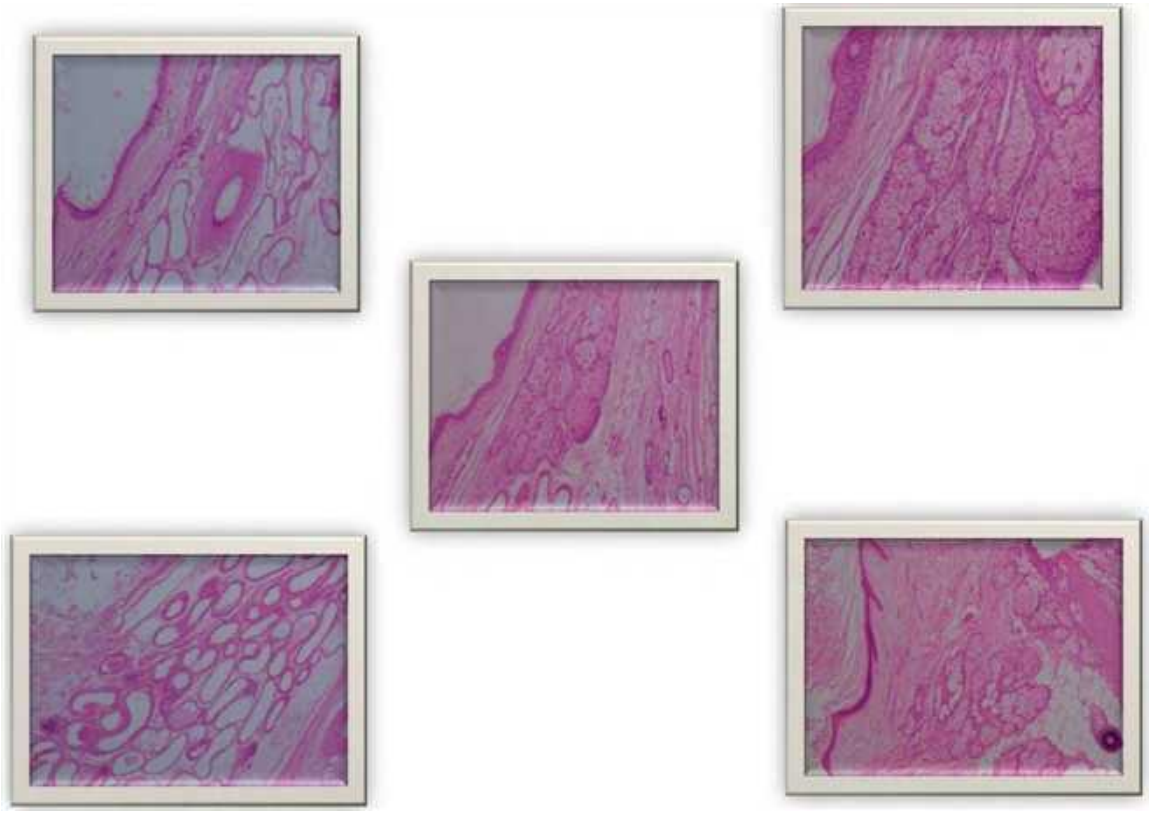


Figura 6. Microfotografía de Teratoma Quístico Maduro donde se observa epitelio escamoso maduro, folículos pilosos, glándulas sebáceas, folículos tiroideos y adipocitos maduros. (H/E 10x). (Fuente: elaboración propia)

La gestación continúa hasta el término logrando un parto fisiológico y espontáneo a las 39 semanas obteniendo un recién nacido vivo de Apgar 9/9. Las ultrasonografías realizadas posteriores al parto fueron normales.

Discusión

Los teratomas son el tipo más común de tumor de células germinales. Se clasifican en maduros e inmaduros, pueden ser quísticos, sólidos o una combinación de ambos. Sus formas son variables y pueden encontrarse diversos tipos de tejido maduro. (7) El hallazgo de una lesión quística anexial durante el embarazo es un suceso poco frecuente. Entre el uno y el cuatro por ciento de los embarazos coexiste alguna masa anexial y entre el uno y el dos por ciento de estos se complican con abdomen agudo. (8) Se reporta dolor y aumento de volumen abdominal como principales síntomas de complicaciones como la torsión del tumor en mujeres embarazadas con alguna masa anexial. (9)

La mayoría de los informes de torsión ovárica durante el embarazo en la literatura se han atribuido al síndrome de hiperestimulación ovárica, y los informes de torsión aguda debido a teratoma quístico maduro son escasos. Además, el mayor número de torsiones ováricas ocurre en el primer trimestre, raramente en el segundo y muy raramente en el tercero. (10)

En los casos en que las dimensiones del quiste son menores de cinco centímetros se mantiene una conducta expectante siempre que el crecimiento no sea acelerado ni existan signos de malignidad lo cual es muy infrecuente durante el embarazo. Sin embargo el riesgo de complicaciones fetales como el parto pretérmino debido a la cirugía abdominal después de las 23 semanas es alto. (11)

En caso de estar indicada la cirugía electiva, debe preferirse la vía laparoscópica más temprano en el embarazo, preferiblemente entre las semanas 16 y 20, ya que la laparotomía se asocia con peores resultados del embarazo. Se han descrito casos de teratomas complicados por torsión durante el puerperio sin diagnóstico previo durante la gestación lo que demuestra la necesidad del diagnóstico y manejo oportuno (12)

Las masas ováricas concomitantes a la gestación, generalmente se diagnostican a través de la ultrasonografía realizada como parte de la atención prenatal, sin embargo, la resonancia magnética es la técnica de elección si se necesitan imágenes adicionales, ya que no implica exposición fetal a la radiación. Debe considerarse un complemento útil cuando la ecografía no es concluyente o es insuficiente para guiar el tratamiento de las masas anexiales descubiertas durante el embarazo. (13)

Discussion

Teratomas are the most common type of germ cell tumor. They are classified as mature or immature and can be cystic, solid, or a combination of both. Their shapes are variable, and several types of mature tissue can be found. (7) The finding of an adnexal cystic lesion during pregnancy is a rare occurrence. Between one and four percent of pregnancies involve an adnexal mass, and between one and two percent of these are complicated by acute abdomen. (8) Pain and abdominal distension are reported as the main symptoms of complications such as tumor torsion in pregnant women with an adnexal mass. (9)

Most reports of ovarian torsion during pregnancy in the literature have been attributed to ovarian hyperstimulation syndrome, and reports of acute torsion due to a mature cystic teratoma are scarce. Furthermore, the highest number of ovarian torsion cases occurs in the first trimester, rarely in the second, and very rarely in the third. (10)

In cases where the cyst dimensions are less than five centimeters, expectant management is maintained as long as growth is not rapid and there are no signs of malignancy, which is very infrequent during pregnancy. However, the risk of fetal complications such as preterm delivery due to abdominal surgery after 23 weeks is high. (11)

If elective surgery is indicated, the laparoscopic approach should be preferred earlier in pregnancy, ideally between weeks 16 and 20, since laparotomy is associated with worse pregnancy outcomes. Cases of teratomas complicated by torsion during the postpartum period have been described without prior diagnosis during pregnancy, demonstrating the need for timely diagnosis and management. (12)

Ovarian masses occurring during pregnancy are generally diagnosed via ultrasound performed as part of prenatal care; however, magnetic resonance imaging (MRI) is the preferred technique if additional imaging is required, as it does not involve fetal radiation exposure. MRI should be considered a useful adjunct when ultrasound is inconclusive or insufficient to guide the treatment of adnexal masses discovered during pregnancy. (13)

Conclusiones

El teratoma quístico maduro es el tumor de ovario más frecuente durante el embarazo aun así de baja incidencia. El ultrasonido conjuntamente con la resonancia magnética son herramientas de gran utilidad en la valoración de las mismas. Su diagnóstico precoz durante la gestación y su manejo apropiado sea expectante o quirúrgico, evita complicaciones permitiendo un parto fisiológico al término y una adecuada salud materna y fetal.

Conclusions

Mature cystic teratoma is the most common ovarian tumor during pregnancy, although its incidence is low. Ultrasound, along with magnetic resonance imaging, are highly useful tools for its evaluation. Early diagnosis during pregnancy and appropriate management, whether expectant

or surgical, prevents complications, allowing for physiological delivery at term and good maternal and fetal health.

DECLARACIONES

Financiación

Sin financiación.

Conflictos de interés

Los datos no están disponibles públicamente debido a consideraciones de confidencialidad.

Disponibilidad de datos

Los datos no están disponibles públicamente debido a consideraciones de confidencialidad.

Contribución de los autores (CRediT)

YNR: Conceptualización, Redacción – revisión y edición, Supervisión

AGG: Metodología, Recogida de datos, Análisis formal

MYHRG: Conceptualización, Aprobación final del manuscrito

YEP: Metodología, Redacción – borrador inicial

MPG: Análisis formal, Redacción – borrador inicial

- **YNR:** Yembila Novo Rodríguez
- **AGG:** Avelino García García
- **MYHRG:** María Yaqueline Hernández Ramírez García
- **YEP:** Yaimí Esquivel Piedra
- **MPG:** Miriela Pérez Gómez

Uso de Inteligencia Artificial

Los autores declaran que no se ha utilizado inteligencia artificial generativa en la redacción ni en el análisis del contenido científico de este manuscrito.

Publicación

Este trabajo no ha sido presentado ni publicado previamente en ninguna otra revista científica, congreso, jornada, medio académico o plataforma de difusión.

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos de la investigación biomédica, conforme a las normas de buena práctica clínica y a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la institución (n.º de aprobación 3/24, fecha: 5 de abril de 2024).

Se obtuvo el correspondiente consentimiento informado de la paciente para la publicación del caso clínico y de las imágenes asociadas con fines científicos. En todo momento se garantizó la confidencialidad y protección de los datos personales conforme a la normativa vigente. Las imágenes clínicas incluidas son de elaboración propia.

Declaración de transparencia

El autor de correspondencia confirma que el manuscrito presentado constituye una descripción honesta, precisa y transparente del trabajo realizado. Se han seguido las recomendaciones internacionales para la publicación de investigación biomédica y las buenas prácticas editoriales.

REFERENCIAS

1. Herrero Huertas M, Gil-Boronat A, Gómez-Bermejo MA, et al. Teratoma ovárico: hallazgos por imagen y posibles complicaciones, de lo frecuente a lo atípico. Seram. 2022;1(1). Disponible en: https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8979
2. Garnier JB, Massena LM, Lahens YC, Bastien PD, Milien C. Bilateral ovarian mature teratoma with unilateral torsion in a 42-year-old female in a low-income country. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2025;14(6):1965-1968. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20251591

3. Mera Rivas JD, Caicedo Zambrano AS, Rodríguez Montalván AL. Tumor de ovario y embarazo: a propósito de un caso. Rev Metrop Cienc Apl. 2023;6(1):233-239. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/7217/721778122028.pdf
4. Lecumberri Cortés G, Isusi Fontán M, Bárcena Robredo MV, et al. Reconocimiento de las complicaciones del teratoma ovárico. Seram. 2022;1(1). Disponible en: https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8955
5. Sanmartín Ceballos PR, Padilla Martínez EdC, Cortés Benavides NA, et al. Abordaje del teratoma quístico en el embarazo. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip. Disponible en: https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/10431
6. He Z, Lu Y, Xie C. Fast-growing immature ovarian teratoma during pregnancy: a case report and review of the literature. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):519. doi:10.1186/s12884-022-04857-y
7. Bonsergent S, Rampulla R, Othatz L, Cucci S, Leberstein N, Maya AG. Manejo de los teratomas ováricos en adolescentes y mujeres jóvenes. Rev SAGIJ. 2021;9(3). Disponible en: https://www.sagij.org.ar/index.php/publicaciones/revista-sagij/ano-2021-n-3/163-profesionales/publicaciones/revista-numero-actual/ano-2021-n-3/2454-manejo-de-los-teratomas-ovaricos-en-adolescentes-y-mujeres-jovenes
8. Novo S, Rojo A, et al. Teratoma gigante asintomático en gestante: anexectomía unilateral laparotómica en segundo trimestre de embarazo y parto eutócico a término. Revisión de la literatura. Clin Investig Ginecol Obstet. 2020;47(4):153-160.
9. Mera-Rivas JD, Caicedo-Zambrano AS, Rodríguez-Montalván AL. Tumor de ovario y embarazo: a propósito de un caso. REMCA. 2023;6(1):233-239. Disponible en: https://remca.umet.edu.ec/index.php/REMCA/article/view/516
10. Osto M, Brooks A, Khan A. Ovarian cystic teratoma in pregnant women: conservative management or prophylactic oophorectomy? Cureus. 2021;13(8):e17354. doi:10.7759/cureus.17354
11. Joudar I, El Abbassi I, Khalloufi C, Jalal M, Lamrissi A, Bouhya S. Mature teratoma during pregnancy: a case report. J Case Rep Images Obstet Gynecol. 2023;9(1):70-74. doi:10.5348/100150Z08IJ2023CR
12. Adam Osman A, Tahtabasi M, Gedi Ibrahim I, Issak Hussein A, Mohamud Abdullahi I. Torsión ovárica debida a un teratoma quístico maduro durante el posparto temprano: informe de un caso poco común. Int Med Case Rep J. 2021;14:333-338. doi:10.2147/IMCRJ.S310071
13. Telischak NA, Yeh BM, Joe BN, Westphalen AC, Poder L, Coakley FV. MRI of adnexal masses in pregnancy. AJR Am J Roentgenol. 2008;191(2):364-370. doi:10.2214/AJR.07.3509

