

HISTOLOGÍA INFRECUENTE EN EL CÁNCER DE OVARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

EDUARDO VILLEGAS, LAURA BERGAMO, GUSTAVO GOTERA, KALHÚA GONZÁLEZ, DANIELA MENDOZA

INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. LUIS RAZETTI", HOSPITAL GENERAL DEL OESTE. CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

La transformación maligna del teratoma quístico maduro es poco frecuente, se presenta la experiencia de nuestro centro. **CASO CLÍNICO:** Femenina de 64 años quien consulta por presentar tumor palpable en fosa iliaca izquierda, se realiza ultrasonido transvaginal evidenciándose tumor para-uterino bilateral complejo, completándose estudios con marcadores tumorales (CA 125: 14,9), tomografía de abdomen y pelvis que reporta LOE heterogéneo pelviano de probable origen ginecológico y endoscopia digestiva inferior con compresión extrínseca a 5 cm de margen anal en cara anterior. Se plantea laparotomía ginecológica. **RESULTADOS:** Hallazgos fueron: 200 cm³ líquido ascítico, ovario derecho: de 7 cm de diámetro, mixto, ovario izquierdo 20 cm de diámetro sólido multilobulado adherido a recto, cuerpo uterino y trompa ipsilateral con adenopatías palpable en fosa iliaca obturatriz izquierda por lo que se completa protocolo de ovario más disección iliaca obturatriz bilateral. Reporte histológico definitivo: carcinoma de células escamosas poco diferenciado originado en un quiste desmoides con infiltración de cápsula ovárica, cuerpo uterino y trompa izquierda. Líquido ascítico positivo para células neoplásicas. Se decidió tratar con concurrencia y/o esquema para carcinomas de células escamosas. **CONCLUSIÓN:** Esta patología es un reto diagnóstico terapéutico en nuestra práctica diaria.

PALABRAS CLAVE: Teratoma quístico maduro, carcinoma de células escamosas, transformación maligna.

SUMMARY

Malignant transformation of mature cystic teratoma is uncommon, therefore presents the experience of our center. **CLINICAL CASE:** Feminine of 64 years old who consulted by palpable tumor in left iliac fossa, transvaginal ultrasound is done so demonstrating complex bilateral para-uterine tumor, completing studies with tumor marker (CA 125) 14.9, tomography of abdomen and pelvis that reports LOE heterogeneous pelvic likely gynecological origin and inferior digestive endoscopy was realized with extrinsic compression to 5 cm of the anal margin in front. There is underwent a gynecology laparotomy. **RESULTS:** The findings were: 200 cm³ fluid ascitic, right ovary: 7 cm in diameter, mixed, left ovary 20 cm diameter solid multi-lobulated acceded to rectum, uterine body and horn ipsilateral lymph nodes with palpable in fossa iliaca obturator left by what is complete protocol of ovary more dissection iliac bilateral obturator Definitive histological report: Little differentiated squamous cell carcinoma arising in a cyst desmoids with infiltration capsule ovarian, uterine body and left Horn, positive ascitic fluid for neoplastic cells. It was decided to deal with concurrency or scheme for squamous cell carcinomas. **CONCLUSION:** This pathology is a therapeutic diagnostic challenge in our daily practice.

KEY WORDS: Mature cystic teratoma, squamous cell carcinoma, malignant transformation.

INTRODUCCIÓN

El tumor ovárico más frecuente es el teratoma quístico maduro (TQM) o quiste desmóide ovárico, originado a partir de células germinales, constituyendo un 10 %-25 % de todas las tumoraciones ováricas. Los TQM tienen características benignas y aparecen frecuentemente en la quinta o sexta década de la vida de la mujer. No obstante, también pueden encontrarse en mujeres en edad fértil, hallándose en ambos ovarios en un 10 %-17 % de las mujeres. La presentación clínica es similar a otros tumores ováricos, causando como principales síntomas dolor abdominal, distensión abdominal, así como síntomas intestinales y urinarios en casos de tumores localmente avanzados ⁽¹⁻³⁾.

El desarrollo secundario de malignidad es un fenómeno poco frecuente porque el mismo tiene la capacidad para transformarse en una tumoración maligna, con una frecuencia del 0,17 %-3 % ^(3,4). Es importante destacar que las pacientes mayores de 45 años tienen mayor susceptibilidad para presentar esta transformación maligna, lo que establece la necesidad de realizar un muestreo histopatológico óptimo para descartar focos de malignidad, especialmente en pacientes mayores a este grupo etario.

La transformación maligna es secundaria posiblemente a la exposición a diferentes carcinógenos pélvicos que desencadenan cambios en el tejido maduro. La transformación puede surgir desde cualquiera de las tres capas de células germinales (ectodermo, mesodermo y endodermo) presentes en los mismos, aunque debido a la alta densidad de ectodermo en estos tumores, no es sorprendente que el tumor maligno más frecuente que surge de ellos sea el carcinoma de células escamosas, seguido de adenocarcinomas, tumores carcinoides, melanomas y sarcomas de tejidos blandos ^(5,6).

Por tal razón a continuación se presentará un caso clínico autóctono, planteándose la experiencia de nuestro centro.

CASO CLÍNICO

Femenina de 64 años quien consulta por presentar tumor palpable en fosa iliaca izquierda, por lo que se realiza ultrasonido transvaginal evidenciándose tumor para-uterino bilateral complejo, completándose estudios con marcadores tumorales (CA 125: 14,9), tomografía de abdomen y pelvis que reporta LOE heterogéneo pelviano de probable origen ginecológico, endoscopia digestiva superior sin alteraciones y endoscopia digestiva inferior con compresión extrínseca a 5 cm de margen anal en cara anterior.

Se plantea laparotomía ginecológica cuyos hallazgos fueron: 200 cm³ líquido ascítico, ovario derecho: de 7 cm de diámetro, mixto, ovario izquierdo 20 cm de diámetro sólido multilobulado adherido a recto, cuerpo uterino y trompa ipsilateral con adenopatías palpable en fosa iliaca obturatriz izquierda por lo que se completa protocolo de ovario más disección iliaca obturatriz bilateral, permanece 48 h en el centro y se egresa sin alteraciones.

Reporte histológico definitivo: ovario derecho teratoma quístico maduro, ovario izquierdo carcinoma de células escamosas poco diferenciado originado en un quiste desmóides con infiltración de cápsula ovárica, cuerpo uterino y trompa izquierda. Líquido ascítico positivo para células neoplásicas.

Es llevada a discusión de caso en el servicio de ginecología oncológica, en vista de histología infrecuente se decidió tratar con esquema para carcinomas de células escamosas.

DISCUSIÓN

Debido a la baja frecuencia de esta enfermedad

y su carácter incidental, no existe un tratamiento estándar establecido. La literatura médica existente hasta la fecha sugiere que la eliminación de todo el tumor es esencial, objetivando mejoría en la supervivencia, por lo que se recomienda la cirugía radical basada en histerectomía, salpingooforectomía bilateral, linfadenectomía y omentectomía para garantizar la citorreducción quirúrgica de toda la enfermedad visible ⁽⁷⁻¹⁰⁾.

El papel de la terapia adyuvante no está claro. La experiencia limitada sugiere que el tratamiento quirúrgico sería suficiente para los estadios iniciales de la enfermedad, mientras que los estadios IC en adelante podrían mejorar las tasas de supervivencia con tratamiento adyuvante, siendo la combinación de carboplatino-paclitaxel la más utilizada en las distintas series de casos comunicadas en la literatura ⁽¹¹⁾. El carcinoma de células escamosas secundario a un teratoma quístico maduro es un trastorno poco común para los que existe poca evidencia científica, lo que supone un reto diagnóstico-terapéutico en nuestra práctica diaria.

REFERENCIAS

1. Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Sheanakul C, Leelahakorn S, Thawaramara T, Jesadapatarakul S. Squamous cell carcinoma arising from dermoid cyst: Case reports and review of literature. *Int J Gynecol Cancer*. 2003;13(4):558-563.
2. Ulbright TM. Germ cell tumors of the gonads: A selective review emphasizing problems in differential diagnosis, newly appreciated, and controversial issues. *Mod Pathol*. 2005;18(Suppl 2):S61-79.
3. Rim SY, Kim SM, Choi HS. Malignant transformation of ovarian mature cystic teratoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16(1):140-144.
4. Dos Santos L, Mok E, Iasonos A, Park K, Soslow RA, Aghajanian C, et al. Squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary: A case series and review of the literature. *Gynecol Oncol*. 2007;105(2):321-324.
5. Tseng CJ, Chou HH, Huang KG, Chang TC, Liang CC, Lai CH, et al. Squamous cell carcinoma arising in mature cystic teratoma of the ovary. *Gynecol Oncol*. 1996; 63(3):364-370.
6. Hackethal A, Brueggmann D, Bohlmann MK, Franke FE, Tinneberg HR, Münstedt K. Squamous-cell carcinoma in mature cystic teratoma of the ovary: Systematic review and analysis of published data. *Lancet Oncol*. 2008;9(12):1173-1180.
7. Jung SE, Lee JM, Rha SE, Byun JY, Jung JI, Hahn ST. CT and MR imaging of ovarian tumors with emphasis on differential diagnosis. *Radiographics*. 2002;22(6):1305-1325.
8. Mlikotic A, McPhaul L, Hansen GC, Sinow RM. Significance of the solid component in predicting malignancy in ovarian cystic teratomas: Diagnostic considerations. *J Ultrasound Med*. 2001;20(8):859-866.
9. Hurwitz JL, Fenton A, McCluggage WG, McKenna S. Squamous cell carcinoma arising in a dermoid cyst of the ovary: A case series. *BJOG*. 2007;114(10):1283-1287.
10. Chiang AJ, La V, Peng J, Yu KJ, Teng NN. Squamous cell carcinoma arising from mature cystic teratoma of the ovary. *Int J Gynecol Cancer*. 2011;21(3):466-474.
11. Ford TC, Timmins P. Successful treatment of metastatic squamous cell carcinoma of the ovary arising within a mature cystic teratoma. *Clinical Ovarian Cancer*. 2011;4(19):44-46.