

TEJIDO TIROIDEO CON CARCINOMA PAPILAR EN TERATOMA QUÍSTICO MADURO DE OVARIO

MARÍA SOLANGE FERRER¹, GEYLOR COSTA²

¹SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL "JOSÉ MARÍA VARGAS". IVSS. MARACAY ESTADO ARAGUA. ²HOSPITAL LUÍS ORTEGA IVSS. ESTADO NUEVA ESPARTA. VENEZUELA

RESUMEN

Se trata de paciente femenina 42 años de edad, con aumento de volumen abdominal de 6 meses de evolución, examen físico: masa en hipogastrio hasta cicatriz umbilical, móvil, dura, no dolorosa, anexo derecho; ultrasonido y tomografía: masa multiquística, tabicada, densidad mixta, 15,2x10,3 cm, contenido sólido, cálcico y graso ovario derecho, útero grande 12x 9x 4 cm; sugestivo de teratoma quístico ovario derecho, fibromatosis uterina; hallazgo operatorio: tumor lobulado, pediculado, 15 cm. Ovario derecho, otro de 6 cm, ovario izquierdo, útero fibromatoso, biopsia intra-operatoria: teratoma quístico con zona de tejido tiroideo, se difiere para biopsia posoperatoria. La biopsia definitiva: tejido tiroideo con carcinoma papilar en teratoma quístico maduro de ovario derecho, ovario izquierdo: teratoma quístico maduro. Se presenta caso ya que se encuentran zonas de tejido tiroideo en menos del 15 % de teratomas quísticos maduros de ovario, sólo ocasionalmente pueden tener cualquier tipo de tumor diferenciado papilar o folicular de tiroides.

PALABRAS CLAVE: Quiste, dermoide, ovario, tejido tiroideo, carcinoma papilar.

SUMMARY

A clinical case of 42 years old woman, with increase abdominal size, 6 month of evolution; physical examination: a pelvic tumor up to umbilical scar, movable, firm, not painful. The ultrasound and CT scan report: tumor in right ovary, of 15.2 x 10.3 cm, with calcium and grease, uterus of 12x9x4 cm, suggestive of dermoid cyst and fibrous uterus. We found at surgery tumor in right ovary, of 15 cm, with large stem; another of 6 cm, in left ovary, fibrous uterus; intraoperative biopsy: dermoid cysts of right ovary with thyroid gland tissue, the pathologist defer the intraoperative biopsy. Definitive biopsy: thyroid gland tissue with papillary cancer in right ovarian dermoid cyst, dermoid cyst of left ovary. We present this case due we found thyroid gland tissue in less than 15 % of ovarian dermoid cyst and only occasionally contain any type of thyroid papillary or follicular cancer.

KEY WORDS: Ovarian, dermoid, cyst, thyroid gland tissue, papillary cancer.

INTRODUCCIÓN

E

l tipo histológico más frecuente de tumor de ovario es el epitelial, representando el 60 % a 70 %, los no epiteliales son menos comunes, en este grupo están los de células germinales con 20 % a 25 %;

forman parte de estos últimos los teratomas, que tienen elementos que crecen de las tres hojas germinales, clasificándose en maduros,

Recibido: 01/03/2007 Revisado: 29/03/2007

Aceptado para publicación: 09/04/2007

Correspondencia: Dra. María Ferrer
Hospital "José María Vargas" IVSS.
Avenida principal Palo Negro. Maracay
Estado Aragua. Teléfono: 02432351858.
E- mail: solma12@hotmail.com

inmaduros y altamente especializados según el grado de diferenciación de sus componentes, sólo el 2 % de los maduros se malignizan⁽¹⁾. El objetivo del presente trabajo es presentar un caso clínico poco común y revisar nuestra casuística y la literatura⁽²⁻⁴⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 41 años, con inicio de enfermedad 6 meses antes de su ingreso al servicio de cirugía general del Hospital “José María Vargas” IVSS Maracay, refiriendo como único síntoma aumento de volumen abdominal progresivo, al examen físico: tumor abdominal, móvil, no doloroso, que llega hasta la cicatriz umbilical; en el tacto ginecológico y rectal el tumor corresponde al ovario derecho. El ecosonograma (Figura 1) y la TAC (Figura 2): lesión de ocupación de espacio abdominal de 15,2 x 10,3 x 9 cm densidad mixta, contenido graso, cálcico y sólido, que desplaza la vejiga, y que corresponde al ovario derecho; útero aumentado de tamaño de 12 x 10 x 8 cm. Diagnóstico preoperatorio: teratoma ovario derecho, fibromatosis uterina. Tratamiento quirúrgico realizado: los hallazgos fueron tumor pediculado en ovario derecho, que llega hasta cicatriz umbilical, de 15 cm lobulado, otro de 6 cm en ovario izquierdo, útero fibromatoso; el corte congelado fue diferido ya que se observó en el ovario derecho un componente sólido con características macroscópicas similares al tejido de glándula tiroides (Figura 3), además de pelos, cartílago y grasa; el ovario izquierdo multiquístico, sólo con pelos y grasa; se practicó histerectomía total más ooforosalpingectomía bilateral. La biopsia posoperatoria: tejido tiroideo con carcinoma papilar de tiroides en teratoma quístico maduro ovario derecho, teratoma quístico maduro ovario izquierdo, fibromatosis uterina.



Figura 1.

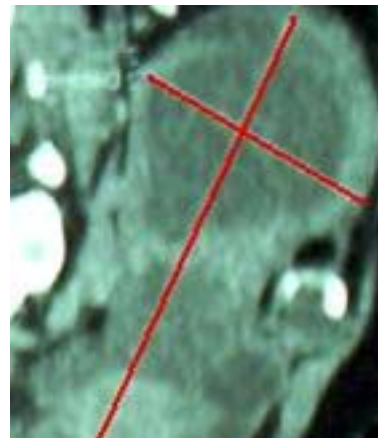


Figura 2.

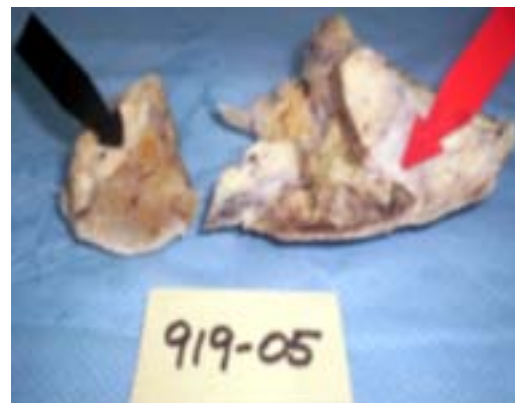


Figura 3.

DISCUSIÓN

Los teratomas de ovario, se originan de células pluripotenciales, la característica histológica más importante es la de reproducir tejidos de morfología y origen muy diferentes, observándose en un mismo tumor tejidos procedentes de las tres capas germinales ^(1,4).

Se clasifican en maduros, inmaduros y de tejidos especializados según el grado de diferenciación de sus componentes; el inmaduro es de tejido embrionario primitivo; el comportamiento maligno se relaciona con la cantidad de tejido y su grado de madurez, es la evaluación histológica la que refleja la verdadera proporción de tejidos maduros e inmaduros ^(1,3).

El teratoma maduro quiste dermoide puede ser sólido o quístico; el primero es sumamente raro, es más frecuente la variedad quística siendo conocido como quiste dermoide, teratoma quístico benigno o simplemente dermoide.

Corresponde a uno de los tumores más frecuentes del ovario, 20 % de todos los casos y 30 % de los tumores benignos; predomina en niñas, adolescentes y mujeres jóvenes, con un 50 % de las neoplasias de ovario en menores de 20 años, por esto se ven en embarazo, pudiendo encontrarse en la posmenopausia en un 10 %. El 2 % de los quistes dermoides pueden malignizarse, frecuentemente bajo la forma de carcinoma epidermoide ^(3,4).

En la casuística nacional, en dos revisiones, Medina y col. del Instituto Oncológico "Dr. Luis Razetti" entre 1982 y 1986, Mijares y col. del Hospital Oncológico "Padre Machado" entre 1989 y 1999, encontraron un 12 % de tumores germinales de ovario, 24 casos, de estos 9 fueron teratomas malignos, 6 teratomas inmaduros y 3 teratomas quísticos maduros con áreas de transformación maligna variedad epidermoide y carcinosarcoma ^(2,3). En general son asintomáticos, a menos que alcancen tamaño suficiente para causar aumento de volumen y dolor ab-

dominal, ocasionalmente se pueden torcer, romper o infectar ⁽⁴⁾. La bilateralidad ocurre en el 10 % a 15 % de la variedad quística, el sólido casi siempre es unilateral.

ASPECTO MACROSCÓPICO

El tamaño es variable, el más pequeño reportado en la literatura tenía 0,5 cm y el mayor 45 cm ⁽¹⁾, la superficie es lisa, gris o blanquecina; al corte la pared del quiste es delgada con mayor espesor donde surgen los pelos y la grasa, uni o multiloculada. El contenido es muy característico, existe grasa y sebo semisólido, amarillento, untuoso. En el interior del quiste protruyendo hacia la luz se observa una estructura nodular que ha sido denominada protuberancia de Rokitansky, los pelos contenidos en el tumor parecen nacer de la misma. Puede haber otros elementos como dientes, cartílago, hueso y otras formaciones complejas ⁽⁴⁾.

ASPECTO MICROSCÓPICO

Predominan los elementos ectodérmicos en el 100 %, suelen existir los de origen mesodérmico y endodérmico, demostrando epitelio plano estratificado queratinizado, con uno o más focos de estructuras pilo-sebáceas, el epitelio escamoso muestra una estructura semejante a la piel. También hay tejido de granulación (leucocitos, células gigantes y pseudoxantomatosas; además de zonas de cartílago que por su disposición se parecen a la tráquea, y en las proximidades un epitelio semejante a la mucosa respiratoria. Se han descrito formaciones tales como estructuras más o menos complejas del ojo, intestinos, tejido mamario con cambios de lactancia ⁽¹⁾.

Una pequeña proporción, 3 %, puede presentar diferenciación monodérmica especializada, originándose de una sola capa germinal; en este grupo llamado monodérmico altamente especializado están: la estruma

ovárica, el carcinoide y el carcinoide estrumal⁽⁴⁾.

TERATOMAS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS

Cuando el derivado monodérmico es tejido tiroideo se llama estruma ovárico, para emplear esta designación el tejido tiroideo debe constituir cuando menos la mitad, 50 %, del tumor, Gusberg y Danforth encuentran una incidencia de 2,7 % sobre 297 teratomas estudiados, siendo la edad media 42 años; encontramos “zonas de tejido tiroideo” en 5 % a 15 % de los teratomas, los cuales pueden comportarse como una lesión funcional (hipertiroidismo) y sólo en algunas ocasiones presentar cualquier tipo de tumor diferenciado de tiroides papilar o folicular⁽¹⁾.

Microscópicamente encontramos tejido sólido y marrón, histológicamente similar al tiroides normal o a la de un adenoma macro o microfolicular, pudiendo presentar hiperplasia o tiroiditis^(1,4).

Cuando hay malignización se observa igual al carcinoma de tiroides, mostrando papilas de células epiteliales cúbicas, bien diferenciadas o un epitelio anaplásico, concentradas por un tejido denso fibrovascular, con calcificaciones (cuerpos de psammoma) en la parte central (carcinoma papilar) o células dispuestas en pequeños folículos ricos en coloide (variedad folicular)⁽⁴⁾.

Las metástasis son a peritoneo, hígado, ganglios linfáticos y esqueleto, el tratamiento es cirugía estadificadora y citoreductora, para clasificar adecuadamente y administrar el tratamiento adyuvante radioterapia y/o quimioterapia^(3,4).

Los teratomas quísticos maduros de ovario se malignizan en un 2 %; pudiendo encontrar tejido tiroideo en el 5 % a 15 % de los casos, el cual ocasionalmente, presenta cualquier tipo de tumor diferenciado papilar o folicular de tiroides, por lo que el estudio histopatológico debe ser extenso, de encontrar carcinoma tiroideo, se realizará protocolo de ovario para una correcta estadificación, la cual dará la pauta para el tratamiento complementario a la cirugía con radioterapia y/o quimioterapia.

REFERENCIAS

1. González MJ. Tumor de Ovario. Ginecología. 5ª edición. Madrid: Masson Salvat Medicina; 1990:496-542.
2. Medina F, Camacho J, Rincón F. Cáncer de ovario en el IOLR. Revisión durante los años 1982-1986. Rev Venez Oncol. 1990;2:73-78.
3. Mijares A, Anzola F, Suárez C, Palacios P, Medina F, Uribe A, et al. Teratoma maligno de ovario en el Hospital Oncológico “Padre Machado”, estudio retrospectivo 1989-1999. Rev Venez Oncol. 2001;(1)13:20-30.
4. Lawrence WD. Histopatología de las neoplasias de ovario. Oncología Ginecológica. Filadelfia: Mc.Graw-Hill Interamericana; 1998:173-200.