

TERATOMA QUISTICO DE OVARIO Y CANCER: ESTUDIO ESTRUCTURAL E HISTOQUIMICO

Mabel Oviedo de Albiero, María Isabel Mocchiari de Hessel

Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología
Hospital Materno Provincial - Córdoba.

RESUMEN

Se estudian tres casos correspondientes a piezas quirúrgicas que incluyen tumores quísticos de ovario, a los fines de caracterizar sus componentes estructurales y citoquímicos. Se emplean técnicas de Hematoxilina- Eosina, P.A.S.; P.A.S.-amilasa; alcian Blue y Azul de Toluidina a distinto pH, Tricómico de Cason y Técnica de Ag. (Senior-Murger), esta última a los fines de determinar la presencia de gránulos secretorios citoplasmáticos.

En dos de los casos se trata de teratomas quísticos maduros, uno de ellos con desarrollo de malignidad configurando un adenocarcinoma. El caso restante corresponde a un teratoma monodérmico altamente especializado de la variedad struma-ovárico - tumor carcinoide. Cabe consignar que en este último caso la paciente consulta por crisis hipertensivas

Palabras clave: Teratoma quístico de ovario - Teratoma ovárico y cáncer - Cáncer.

INTRODUCCION

Dentro de los tumores de células germinales del ovario se incluyen los teratomas inmaduros de observación excepcional (1% del total de teratomas), los teratomas maduros, en particular quísticos (sinominia: quiste dermoide, teratoma quístico benigno, etc) de ocurrencia frecuente (5 a 25% del total de teratomas), los teratomas monodérmicos, altamente especializados, tales como el estruma ovárico y el tumor carcinoide, entre otros (3, 5).

El desarrollo de neoplasia en el seno de un teratoma quístico maduro es infrecuente (2% aproximadamente) y ocurre preferentemente

en mujeres en la postmenopausia. El tumor maligno puede originarse en cualquiera de los tejidos derivados de las tres hojas blastodérmicas, incluyendo carcinomas epidermoides, tumores carcinoides, carcinomas tiroideos, adenocarcinomas de epitelio intestinal, melanomas, condrosarcomas, leiomiomas.

La presencia de tejido tiroideo puede acontecer en el seno de un teratoma quístico maduro o ser el único tejido diferenciado en un teratoma que recibe entonces la denominación de monodérmico variedad estruma ovárico. Una variante poco común de teratoma monodérmico está constituida por estruma ovárico y tumor carcinoide concomitantes, habiendo sido reportados en la literatura escaso número de casos (5).

MATERIAL Y METODOS

Caso N° 1: Paciente de 28 años que presenta tumor localizado en ovario derecho. El material proveniente de la resección quirúrgica practicada es recibido en este servicio y fijado en solución de formaldehído al 10%. E.H.P. N° 19.088.

Caso N° 2: Paciente de 26 años. Gran tumoración ovárica. La pieza quirúrgica remitida es fijada en solución de formaldehído al 10%. E.H.P. N° 12.654 y 12.660.

Caso N° 3: Paciente de 37 años que consulta por crisis hipertensiva. Multípara, último parto hace cinco meses. Se diagnostica tumor ovárico bilateral. La pieza quirúrgica remitida es fijada en solución de formaldehído al 10% E.H.P. N° 8.948.

En todos los casos el material fue procesado mediante técnica de inclusión en parafina, practicándose secciones histológicas

semiseriadas y las siguientes técnicas de coloración: 1) Hematoxilina-Eosina, 2) Azul de Toluidina a pH 3,8, 3) Alcian Blue a pH 1 y 2,5, 4) P.A.S., 5) P.A.S.-Amilasa, 6) Tricrómico de Cason, 7) Técnica de Ag. (Senier-Muger[2]).

RESULTADOS

Caso N° 1: Macroscopía: pieza quirúrgica constituida por tumoración ovárica que mide 9 x 7,5 x 4,5 cm. Consistencia renitente. Al corte se observa cavidad quística conteniendo material pastoso y abundantes pelos. Se destaca además polo sólido donde se observan áreas de aspecto cartilaginoide.

Caso N° 2: Macroscopía: pieza quirúrgica constituida por gran tumoración ovárica que mide 25 x 20 x 16 cm. Superficie externa lisa, sectorialmente abollonada. La superficie de sección muestra cavidad quística, parcialmente septada, que contiene material pastoso y abundantes pelos, destacándose áreas sólidas con aspecto edematoso y trabeculado, alternando con sectores de aspecto gelatinoso en el que se advierten cavidades conteniendo material mucoide.

Caso N° 3: pieza quirúrgica proveniente de anexohisterectomía total. Utero miomatoso con acentuada elongación de la porción cervical. Ovarios aumentados de tamaño; miden 8 x 5 y 9,5 x 8,5 cm; en sus diámetros mayores derecho e izquierdo respectivamente. El ovario derecho presenta tumoración quística cuya superficie de corte muestra cavidad conteniendo material pastoso (sebo) y pelos. La pared es de espesor variable con zonas de mayor consistencia y color blanquecino. El ovario izquierdo presenta tumoración sólida que evidencia en la superficie de sección franco aspecto neoplásico con pequeñas áreas de hemorragia. Las trompas uterinas no presentan alteraciones de significación.

Microscopía:

Las secciones histológicas correspondientes al Caso N° 1 muestra el tumor quístico ovárico en el que la superficie interna de la cavidad aparece revestida por epitelio plano estratificado, observándose en las áreas sub-

yacentes estructuras anexas de la piel. En otros sectores se destaca la presencia de tejido condroide, tejido graso, tejido nervioso y estructuras tubulares revestidas por mucosa de tipo intestinal.

Las secciones histológicas correspondientes al Caso N° 2 muestran cavidad quística revestida por epitelio plano estratificado y la presencia de material con elevado contenido lipídico, láminas de queratina y pelos en su interior. Las áreas sólidas corresponden predominantemente a tejido neoplásico maligno en la forma de adenocarcinoma con características mucosecretantes, observándose estructuras de tipo acinar tapizadas por epitelio cilíndrico de disposición pseudoestratificada con atipia celular acentuada y figuras de mitosis atípicas.

En un sector adyacente a la neoplasia se observan estructuras tubulares revestidas por mucosa de tipo intestinal sin atipia.

Las técnicas especiales de tinción practicadas permiten poner en evidencia las características estructurales cito-e histoquímicas de los distintos componentes tisulares en ambos casos.

Las secciones histológicas correspondientes al Caso N° 3 muestran en la tumoración ovárica derecha la imagen característica de un teratoma quístico maduro, similar a la descrita en el Caso N° 1, mientras que en la tumoración ovárica izquierda se observa tejido neoplásico maligno constituido por trabéculas e islotes de células columnares con núcleos alargados e hipercromáticos que evidencian la presencia de gránulos argentafines citoplasmáticos, redondeados en su mayoría (Técnica de Ag.).

Se destaca asimismo la presencia de estructuras foliculares tiroideas aisladas, entremezcladas con el tejido neoplásico y que contienen material coloide y aparecen tapizadas por células epiteliales de características conservadas en su mayor parte, muy aplanadas en otros sectores. La sustancia coloide aparece debilmente basófila con azul de toluidina, con leve alcianofilia y P.A.S. positividad. Con tricrómico de Cason el coloide envejecido por la estasis, puesto que cuando el mismo es de elaboración reciente se tiñe de color azul intenso. Esta característica de tinción de la sustancia

coloide se atribuye a las distintas concentraciones de proteínas (mucoproteínas, enzimas proteolíticas, tiroglobulina (1, 3-5).

DISCUSION

Del análisis realizado podemos concluir que en el Caso N° 1 el diagnóstico histopatológico corresponde a un teratoma quístico benigno que presenta características estructurales, cito- e histoquímicas clásicas; en el Caso N° 2 se trata de un teratoma quístico en el que se ha desarrollado neoplasia maligna muy probablemente del epitelio intestinal con la característica de un adenocarcinoma mucosecretante.

Finalmente en el Caso N° 3 estamos ante un teratoma monodérmico variedad estrumacarcinoide de excepcional aparición y cuyas características estructurales cito- e histoquímicas pudieron ser demostradas mediante la utilización de técnicas de tinción especiales.

ABSTRACT

Three cases corresponding to surgical pieces which included cystic ovarian tumors were studied, with the purpose of characterizing their structural and cytochemical components. Techniques of Hematoxylin-eosin, P.A.S., P.A.S.-amylase, Cason's trichromic and Ag (Senior-Munger) were employed, the last one to determine the presence of cytoplasmic secretory granules. In two of the cases, mature cystic teratomas were found, one of them with malignant development, typical of an adenocarcinoma. The last case corresponded to a monodermic teratoma - highly specialized struma of the ovary-carcinoid tumor. It is to be noted that, in this last case, the patient consulted for hypertensive crises.

Key words: Ovarian cystic teratoma - ovarian teratoma and cancer - Cancer.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la participación de los Técnicos del Servicio de Anatomía Patológica y

Citopatología, Sra. Amelia Barea, Sra. Aída Dávila y Sr. Alberto Morán.

REFERENCIAS

1. Arhelger R B, Kelly B: Strumal carcinoid. Report of a case with electron microscopic observations. *Arch Pathol* 97:323-25, 1974.
2. Barka T, Anderson P: Histoquímica. Atika SA, Madrid, 1967.
3. Ferraris MEG, Ferraris R, Samar ME, Avila R: Caracterización estructural e histoquímica de un estruma ovárico. *Rev Fac Cien Méd Córdoba XLV(2):21-27, 1987.*
4. Greco M A, Livolsi V, Pertschuck L P, Bigelow B: Strumal carcinoid of the ovary: an analysis of its components. *Cancer* 43:1380-88, 1979.
5. Scully R E: Tumors of the ovary and maldeveloped gonads. *Atlas of Tumor Pathology. Second Series, Fascicle 16.* Published by Armed Forces Institute of Pathology, Washington, 1979.