

## TRANSFORMACIÓN MALIGNA EN DOS CASOS DE TERATOMA MADURO DEL OVARIO

Dres. Pablo Blasko<sup>1</sup>, Cristian Palomba<sup>1</sup>, Francisco Xynos<sup>2</sup>, Guillermo Cassanello<sup>2</sup>, Jorge Zoppi<sup>3</sup>

«El origen de los teratomas ha sido un tema rodeado de fascinación durante siglos. Con frecuencia se los atribuía a brujas, pesadillas o adulterio con el demonio»<sup>1</sup>

### CASOS CLÍNICOS

#### Carcinoma epidermoide originado en un teratoma maduro

Una paciente de 63 años se presentó a la consulta en junio de 1989 derivada por una tumoración abdomino-pélvica de 20 x 20 cm dura, poco móvil, que ocupaba la pelvis al examen ginecológico.

Tenía como antecedentes menarca a los 15 años, cuatro embarazos y tres partos. Tuvo la menopausia a los 48 años y no recibió tratamiento de reemplazo hormonal.

La ecografía abdominal mostró una masa abdomino-pélvica de 16 x 18 cm, de bordes definidos y paredes engrosadas, predominantemente quística, con partes sólidas y tabiques en su interior.

Se realizó una anexohisterectomía abdominal total, encontrándose un tumor de ovario izquierdo de 30 x 20 cm con adherencias laxas y firmes al omento. La exploración abdominal fue negativa.

El examen anátomo-patológico mostró una tumoración quística con zonas sólidas, de superficie externa lisa de 20 cm y contenido sebáceo con pelos (fig. 1).

Al examen microscópico se observó un carcinoma epidermoide pobremente diferenciado originado en un teratoma quístico maduro, con marcada atipia citológica. El tumor infiltraba el ovario, llegando casi a su superficie. La citología peritoneal fue negativa.

Se le diagnosticó un carcinoma epidermoide originado en un teratoma maduro estadio I A.

Se completó el tratamiento con quimioterapia: cisplatino 100 mg/m<sup>2</sup>, 5 ciclos cada 28 días y VP 16 (etopósido) 100 mg/m<sup>2</sup> en los ciclos 1,3 y 5.

En el último control, en noviembre de 2003, no se encontraron evidencias de recidiva.

#### Adenocarcinoma originado en un teratoma maduro

Una paciente de 76 años consultó a su médico de cabecera por distensión abdominal, pirosis y pérdida de peso (10 kg en un mes). Al examen físico se constató tumoración abdominal de 30 x 25 cm, poco móvil al tacto vaginal.

Tenía como antecedentes menarca a los 16 años, cuatro embarazos y dos partos. Tuvo la menopausia a los 40 y no recibió tratamiento de reemplazo hormonal.

La tomografía computada mostró abundante cantidad de líquido libre en cavidad peritoneal. Una imagen polilobulada isodensa ocupaba casi la totalidad de la pelvis menor, con imágenes cálcicas en su interior y engrosamiento de la pared rectal.

La determinación de CA 125 fue de 578 UI/ml.

Se realizó una anexohisterectomía abdominal total a los 20 días de la consulta inicial, constatándose un tumor originado en ovario derecho de 30 x 25 cm con ausencia de enfermedad en abdomen superior y 6 lts de líquido ascítico.

La anatomía patológica mostró un tumor sólido-quístico de ovario derecho, de superficie lobulada de 22 x 16 x 15 cm, que pesó 1750 g. Las áreas quísticas presentaban paredes irregulares, con focos pardos y pelos adheridos. Al examen histopatológico se observó un adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado originado en un teratoma quístico maduro (fig. 2). El líquido ascítico fue positivo para células neoplásicas. El estadio fue II C.

Se decidió realizar tratamiento paliativo, en forma conjunta con la familia, dado el mal estado general de la paciente.

La paciente murió seis meses después de la cirugía debido a la progresión de la enfermedad.

### DISCUSIÓN

Los tumores germinales constituyen el 30% de los tumores ováricos. El 95% o más son teratomas maduros quísticos y son benignos. La mayoría de los restantes son tumores malignos que se observan principalmente en niñas y mujeres jóvenes.

Los teratomas están compuestos por una variedad de tejidos derivados de las tres capas embrionarias, endodermo, mesodermo y ectodermo. Hay unos pocos que derivan de una sola capa.

Se clasifican, de acuerdo a la madurez de los tejidos que los componen, en teratomas maduros e inmaduros, y a los que derivan de una sola capa embrionaria, se los denomina monodermales.

Los teratoma maduros tienen un cariotipo 46XX y se desarrollan a partir de división partenogenética del óvulo luego de la primera división meiótica<sup>2,3</sup>.

1. Servicio de Ginecología 2. Sección Oncología Ginecológica  
3. Servicio de Patología. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba  
4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina.  
e-mail:pabloblasko@hotmail.com

### Teratoma maduro

Es el tumor germinal más frecuente, comprendiendo entre 27 a 44% de los tumores primarios del ovario. Ochenta por ciento se observa durante la edad reproductiva, principalmente en las primeras dos décadas de la vida, pero también puede observarse en mujeres postmenopáusicas<sup>2,4</sup>.

Son comúnmente quísticos y el porcentaje de bilateralidad es de aproximadamente 20%. En su interior hay material sebáceo, grasa y pelos, pero pueden contener un área sólida con hueso, cartílago y dientes<sup>2,4</sup>.

Histológicamente están constituidos por tejidos derivados de las tres capas embrionarias, con un neto predominio de los de origen ectodérmico, como piel, anexos pilosebáceos y glándulas sudoríparas. Pueden presentar también derivados endodérmicos como mucosa bronquial e intestinal; y tejido conectivo, músculo, cartílago y hueso como derivados mesodérmicos<sup>4</sup>.

### Teratoma inmaduro

Son tumores malignos que comprenden 3% de los teratomas y están conformados por tejidos similares a los que se observan en el embrión. Afecta a niñas y mujeres jóvenes, principalmente adolescentes. Son tumores predominantemente sólidos, de gran tamaño y crecimiento rápido<sup>2</sup>.

### Teratomas monodermales o especializados

Son tumores muy poco frecuentes, con diferenciación casi exclusiva de un tipo de tejido. Son en general unilaterales y afectan a pacientes entre la cuarta y la quinta década de la vida.

El estruma ovárico, el más común, está constituido por tejido tiroideo maduro y puede ser funcionante originando hipertiroidismo. Menos frecuente es el carcinoide ovárico que puede producir un síndrome carcinoide<sup>2</sup>.

### Transformación maligna de los teratomas maduros

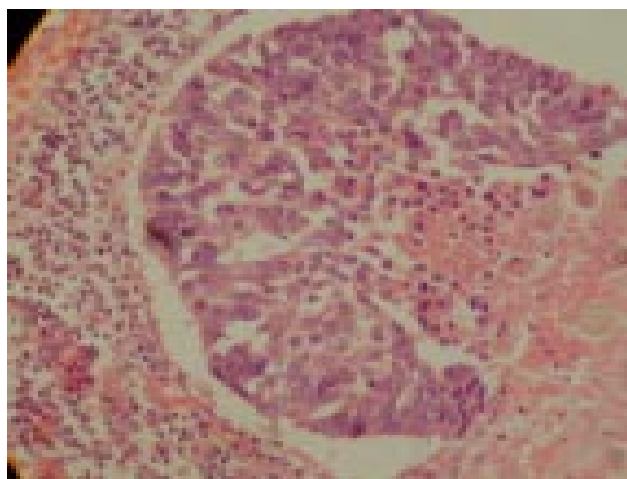
La transformación maligna es un hecho poco frecuente que se da en 0,5-1,8% de los teratomas maduros. Se observa principalmente en mujeres postmenopáusicas<sup>5-9</sup>.

Macroscópicamente son tumores quísticos con un área sólida o verrugosa.

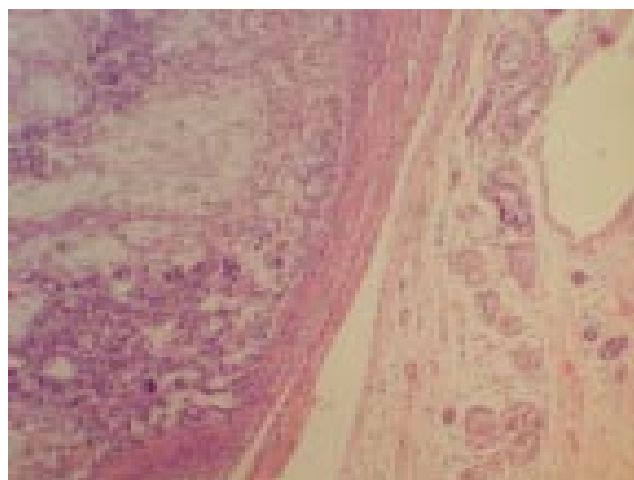
El 93% de los tumores son carcinomas y sólo 7% sarcomas y melanomas. El carcinoma escamoso es el tipo celular más frecuente (83%) seguido del adenocarcinoma. El carcinoma adenoescamoso, el carcinoide y el carcinoma indiferenciado de células pequeñas, son más raros<sup>4,8</sup>.

El pronóstico depende del estadio, el grado, y la presencia de invasión vascular.

La supervivencia a los cinco años en pacientes con carcinoma epidermoide desarrollado en un teratoma quístico maduro es de 77%. En el caso de tumores bien diferenciados, con estadio I y sin invasión vascular, la sobrevi-



**Figura 1.** Carinoma epidermoide poco diferenciado desarrollado en un teratoma adulto quístico. En el extremo inferior derecho se observan pelos necróticos originados en la parte benigna del tumor.



**Figura 2.** Adenocarcinoma moderadamente diferenciado desarrollado en un teratoma adulto quístico. En la mitad derecha se observan glándulas sudoríparas y tejido conectivo de la parte benigna del tumor y a la izquierda el adenocarcinoma.

da es cercana a 100%<sup>2-5,9,10</sup>.

### CONCLUSIÓN

Los teratomas maduros representan alrededor de 20-25% de los tumores de ovario y su transformación maligna se da solamente en 1% de los casos. La mayoría corresponden a carcinomas, siendo el carcinoma epidermoide el más frecuente (83%), seguido del adenocarcinoma que corresponde aproximadamente al 6%<sup>3</sup>.

La última revisión del tema fue publicada por Crouet y col en 1986, que partiendo de un trabajo de Peterson (1957) y Climie y Heath (1968), revisaron 132 casos. Hasta la fecha se conocen más de 450 pacientes con esta rara patología<sup>8</sup>.

En los últimos 15 años se diagnosticaron dos casos de transformación maligna en 60 teratomas maduros

de ovario operados en el Servicio de Ginecología del Hospital Privado de Comunidad. En el primer caso la paciente fue operada en 1989, y se diagnosticó un carcinoma escamoso desarrollado en un teratoma adulto quístico. La paciente continúa sin evidencias de recidiva luego de completar el tratamiento (cirugía y poliquimioterapia) con un seguimiento de 176 meses. El segundo caso presentado es más raro, ya que el desarrollo de un adenocarcinoma es menos frecuente.

El pronóstico de estos tumores depende principalmente del estadio, el grado histológico y la presencia de invasión vascular. En nuestro caso, la primera paciente presentó una larga sobrevida sin evidencias de enfermedad, mientras que la segunda, con un estadio más avanzado y mal estado general, falleció 6 meses después de la cirugía. Esto último se correlaciona con lo publicado por algunos autores que consideran que los adenocarcinomas tendrían un peor pronóstico, aunque esta paciente también presentó un estadio más avanzado<sup>3</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Linder D, Mc Caw BK, Hecht F, et al. Pathogenetic origin of benign ovarian teratomas. *N Engl J Med* 1975;292:63
2. Robins S, Cotran R, Kumar L. Aparato genital femenino. Tumores germinales del ovario. En: *Patología estructural y funcional*. Mc Graw-Hill. Ed. Interamericana. Madrid 1995;1181-4.
3. Scully R, Young R, Clement P. Atlas of tumors of the ovary, maldeveloped gonads, fallopian tube, and broad ligament: Teratomas. Third series. Fascicle 23. Edit. Armed Forces Institute of Pathology. Washington 1998;(14):267-84.
4. Berek J, Hacker N. *Practical Gynecology Oncology*. Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2000;(6):229-230.
5. Fishman A, Edelstein E, Altaras M, et al. Adenocarcinoma arising from the gastrointestinal epithelium in benign cystic teratoma of the ovary. *Gynecol Oncol* 1998;70(3):418-20.
6. Ueda G, Fujita M, Ogawa H, et al. Adenocarcinoma in a benign cystic teratoma of the ovary: report of a case with long survival period. *Gynecol Oncol* 1993;48(2):259-63.
7. Sumi T, Ishiko O, Maeda K, et al. Adenocarcinoma arising from respiratory ciliated epithelium in mature ovarian cystic teratoma. *Arch Gynecol Obstet* 2002;267(2):107-9.
8. Crouet H, de Ranieri E, de Ranieri J. Secondary cancers arising in mature benign cystic teratomas of the ovary (dermoid cysts). Review of the literature apropos of a new case. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1986;15(8):1055-66.
9. Climie AR, Heath LP. Malignant degeneration of benign cystic teratomas of the ovary. Review of the literature and report of a chondrosarcoma and carcinoid tumor. *Cancer* 1968;22(4):824-32.
10. Zorlu CG, Kusu E, Soysal ME, et al. Malignant degeneration of mature cystic teratomas. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1996;36(2):221-2.



*Fuimos.*

Foto Pepe Roca