

Carcinoma escamo-celular desarrollado en teratoma adulto

REVISION DE LA LITERATURA

DR. ALFONSO GONZALEZ URIBE (1)

El carcinoma escamocelular primitivamente implantado sobre un quiste dermoide del ovario es un neoplasma bastante raro, ya que al parecer solamente se han descrito alrededor de sesenta casos en la literatura mundial. A continuación transcribimos la historia clínica del caso que nos proponemos relatar:

Hospital de San Juan de Dios. Historia número 83337. Nombre: R. B. Ingreso: agosto 19/55. Edad: Cuarenta y cinco años. Estado civil: Casada. Causa de la Consulta: Tumor abdominal. Antec. Patológicos: Hace año y medio presentó enfermedad febril con vómito y calofrío. Algias generalizadas.

Antec. Ginecológicos: Menarca a los quince años. Ciclo inicial 30/4 normal. Ciclos del período de actividad genital: 30/5 con menalgia premenstrual. Desde hace un año y medio presenta reglas cada dos meses con duración de dos días. Ultima hace tres meses muy escasa.

Antec. Obstétricos: Cinco embarazos con partos normales y a término, atendidos por comadronas. Un aborto de tres y medio meses, hace trece años. Primer parto hace veintiocho años. Ultimo, hace diez años.

Enfermedad actual: Tumor abdominal hipogástrico que apareció hace año y medio y que ha aumentado de tamaño gradualmente. Trastornos urinarios consistentes en sensación de plenitud vesical, polaquiuria y disuria.

Examen físico: Paciente en regulares condiciones. Ligeramente desnutrida. Tiroides normal. Aparato circulatorio: Pulso 80 normal. T. A. 12 - 6. Ruidos cardíacos: normales. Aparato respiratorio: normal. Aparato digestivo: Abdomen: hígado y bazo

(1) Asistente de Cátedra de Ginecología. Servicio del Profesor Arturo Aparicio J. Miembro de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

normales. Pequeña hernia epigástrica. En el hipogastrio se aprecia una tumuración redondeada con zonas más duras que otras y con pequeños nódulos en su superficie. Móvil en todos los sentidos, sube hasta cerca del ombligo. No es dolorosa. Sistema nervioso: Motilidad, sensibilidad y reflejos normales.

Examen Ginecológico: Mamas: normales. Genitales externos: normales. Tacto: Cuello de tamaño y consistencia normales. Se aprecia el útero pequeño y desviado ligeramente hacia la izquierda. En el fondo de saco derecho se encuentra la tumcración palpada en el abdomen, muy móvil e indolora. Los demás fondos de saco se hallan libres. Al movilizar la masa, el cuello no sigue sus movimientos.

Especulum: Vagina normal. Cuello pequeño de apariencia normal. Pequeño pólipo endocervical. Histerometría 6 cms.

Diagnóstico de impresión: CISTADENOMA PAPILAR DEL OVARIO DERECHO. POLIPO ENDOCERVICAL.

Se piden datos de laboratorio habituales para laparotomía, que dan resultados normales.

Agosto 26/55. Se practica laparatomía media infraumbilical y se extrae un teratoma ovárico derecho. Se envía la pieza al departamento de patología.

Agosto 31/55. El resultado anatomopatológico número 1.532-55. es el siguiente:

DESCRIPCION MACROSCOPICA: La pieza consiste en un quiste previamente abierto que mide en estado vacío quince cms. de diámetro. Es de superficie generalmente lisa y brillante pero presenta algunas zonas cruentas con restos de membranas adherenciales. El color oscila entre rosado y amarillo. La cavidad es multilocular y contiene abundante material sebaceo mezclado con pelos de color amarillento. También contiene sustancia de apariencia mucosa. La superficie interior es en parte lisa y en parte irregular. En un sitio muestra pequeñas excrescencias papilares de color amarillento y en esta zona el tejido subyacente es firme y del mismo color, de superficie finamente granulosa y con punteado amarillento. En un sitio se encuentra una delgada capa de tejido óseo. En otro se reconoce tejido fibroso y tejido adiposo con presencia de pigmento de color negro. No se encuentran dientes. Además, está presente el oviducto congestionado de tamaño y formas normales y con pequeños quistes serosos pediculados en su extremidad distal.

DESCRIPCION MICROSCOPICA: Cortes de la pared del quiste dejan ver la superficie interior de ésta cubierta por epidermis y en el plano subyacente con glándulas sebáceas y sudoríparas y folículos pilosos. En un sitio se ve infiltración de planos subyacentes por un carcinoma escamocelular, bien diferenciado, que tiende a formar globos córneos. Hay polimorfismo celular y mitosis. Otra preparación deja ver un gran fragmento del mismo carcinoma escamocelular, pero ya indiferenciado. A veces los elementos tumorales rodean grandes espacios. En un sitio de la pared hay formación de hueso.

DIAGNOSTICO: TERATOMA QUISTICO (QUISTE DERMÓIDE) DEL OVARIO, CON CARCINOMA ESCAMOCELULAR BIEN DIFERENCIADO EN UNA ZONA, Y ANAPLÁSTICO EN OTRAS.

Dr. Guillermo Restrepo I.

Septiembre 1/55. El post-operatorio ha sido normal, pero en vista del resultado anatomopatológico se envía la enferma en consulta al Instituto Nacional de Cancerología.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Instituto Nacional de Cancerología.

Historia Clínica número 37-653. Sept- 20/55. Nombre: R. B. Procedencia: Enferma enviada en consulta por el doctor A. González Uribe.

Paciente en buen estado general. Operada hace un mes para un tumor ovárico, que al examen anatomopatológico se diagnosticó como carcinoma escamocelular implantado en teratoma adulto. El examen físico no revela signos clínicos de masas tumorales. El Cuadro Hemático solamente demuestra una ligera anemia.

Sept. 22/55. Examen Urológico; Dr. Blanco.

Vejiga sana.

Sept. 23/55. Examen Proctológico. Dr. Castro.

Forma del recto normal y mucosa sana. Conclusión: Proctológico negativo.

Sept. 29/55. Junta de decisiones.

Se aplicará radium intracavitario y carga vaginal. Reposo, y posteriormente cirugía para extirpación de útero y anexos, así como correspondiente linfadenectomía en caso necesario.

Oct. 7/55. Comienza la aplicación de Radium intravaginal así: Dosis total: mcd/h: 28 mgm/h: 3.732, en un tiempo total de cinco días más 20 horas.

Oct. 14/55. Comienza la aplicación de Radium intrauterino así: Dosis total: mcd/h: 30 mgm/h: 4.000, en un tiempo total de seis días más seis horas.

Marzo 14/56: Vuelve la enferma para control a la sección médica. Dr. L. Urdaneta.

Matriz normal. Anexos no se palpan. Parametrios normales. Histerometría: 6 cms. Se hospitaliza para intervención quirúrgica.

Mayo 11/56. Se practica histerectomía total con resección de los anexos restantes. Post-operatorio normal. Resultado anatomopatológico. Protocolo: 0919-564.

DESCRIPCION MACROSCOPICA: Utero obtenido por histerectomía total. Mide: 8x5x3 cmts. La serosa está moderadamente congestinada y presenta restos de adherencias por ambas caras. El miometrio es algo fibroso y tiene un grosor de 1.5 cms. El endometrio es pálido y mide 1 mm. El cuello es atrófico y aparte de algunas zonas equimóticas en la mucosa, no presenta ninguna anormalidad. Las trompas son delgadas y aparecen congestionadas. Tiene una longitud de 8.5 cms. Los ovarios son marcadamente atróficos y miden 1.5 x 0.8 x 0.3, el derecho y 1.8 x 0.8 x 0.5 cms., el izquierdo. Anotamos por último que en el fondo del cuerpo el endometrio presenta una formación polipoide de 3mm de diámetro.

DESCRIPCION MICROSCOPICA: En el cuello uterino se aprecia acentuada fibrosis. Se ven glándulas quísticas con material purulento y hay infiltración abundante, difusa por linfocitos, monocitos, plasmocitos y polinucleares. En el miometrio hay fibrosis. El endometrio es atrófico. Las trompas, además de la fibrosis presentan congestión vascular. Una de ellas tiene su luz muy estrecha y su epitelio atrófico. Los ovarios participan de la fibrosis encontrada en los otros órganos. Se ven cuerpos blancos y folículos atrésicos. Hay también hemorragia. No hay signos de tumor en ninguno de los cortes.

Julio 11/56. Sección médica: Dr. Urdaneta.

Después de la operación continuó con flujo hemático vaginal que desapareció. Hace ocho días presenta nuevamente el flujo y pequeña hemorragia. Tacto: Paredes blandas. Fondos duros alrededor de la cúpula. Sobre la región media de la cúpula se tacta

una excavación rodeada de tejido friable. No se palpan masas en pequeña pelvis.

Tacto rectal: Parametrios derechos muy duros hasta la pelvis. Igualmente las cuerdas correspondientes a los útero-sacros. Parametrios izquierdos gruesos y tensos e igualmente duros a los derechos. Speculum: Ulceración que abarca toda la cúpula. Pérdida de substancia. En el fondo se ven masas de tejido friable. Los bordes de la ulceración son duros. Se toma biopsia.

Diagnóstico: ¿Tejido de Granulación? ¿Degeneración maligna por metastasis en la cúpula?

Julio 16/56. Protocolo número 1380-56.

Descripción macroscópica: Fragmentos de tejidos de color rojo amarillento, irregulares y friables. El mayor mide 0.5 cms.

Descripción microscópica: La preparación muestra varios fragmentos de tejido de granulación y material mucosanguinolento. No se ven estructuras epiteliales, ni hay tumor.

Diagnóstico: TEJIDO DE GRANULACION. CUPULA VAGINAL.

COMENTARIO

Antes de referirnos al teratoma adulto carcinomatoso, daremos una breve descripción sobre los teratomas.

El teratoma adulto o quiste dermoide del ovario es un tumor benigno desarrollado a expensas de las tres hojas embrionarias, que posee un alto grado de diferenciación, hecho que lo capacita para dar origen a tejidos similares a los del organismo fetal normal.

El teratoma embrionario o maligno, es un blastoma que se origina también en las mismas estructuras germinales del anterior, pero distinto de aquel por su carácter embrionario, menos diferenciado y por su desarrollo anárquico y desordenado. Considerase como tumor maligno del ovario.

La histogénesis de estos tumores ha sido bastante discutida, predominando las teorías de Pfanenstiel que los explica como originados en células primarias o en huevos no fecundados con capacidad partenogénica, y la de Marchand quien explica su origen a partir de blastomeras desviadas con gran segmentación anormal, teoría ésta, hoy en día más aceptada, porque los teratomas no son exclusivos del ovario, encontrándose también en

órganos de la economía donde no se concibe la presencia de células sexuales.

El teratoma adulto comprende alrededor del diez por ciento de los tumores ováricos siendo más frecuentes su aparición entre los veinte y treinta años, aunque no es raro encontrarlo después de esta edad y aún antes.

Clinicamente se presenta bajo la forma de tumores de consistencia semisólida, de localización pélvica, con frecuencia por delante del útero, crecimiento lento y tamaño variable. Por lo general son uniloculares, y contienen un líquido de aspecto sebáceo-grasoso, amarillento, en medio del cual se encuentran pelos, dientes, cartílagos y en general todas las estructuras derivadas de las tres hojillas embrionarias, pero predominando siempre las de los tejidos ectodérmicos.

El caso que nos proponemos relatar es el de un carcinoma escamocelular desarrollado en un quiste dermoide, tumor bastante raro, pues para Miller representa una frecuencia del 1.7% de los carcinomas ováricos, cifra en la cual están de acuerdo Counsellor y Wellbroock de la Mayo Clinic. Gordon F. Burgess y Harold W. Shutter hacen referencia a sesenta casos publicados y Robert L. Alznauer, revisando la literatura mundial ha podido recopilar solamente sesenta y tres casos aceptados como verdaderos carcinomas implantados en teratomas adultos. En la literatura colombiana, revisada hasta nuestro alcance, no hemos encontrado ninguna publicación al respecto.

El teratoma adulto carcinomatoso, llamado también dermoide carcinomatoso, dermoide maligno, carcinoma en teratoma quístico y carcinoma dermoide, histogenéticamente puede desarrollarse en los elementos propios del teratoma o bien invadirle secundariamente por haberse originado en otro sitio del ovario o aun en órganos contiguos o distantes de aquél; por consiguiente podemos deducir que en el primer caso, se desarrolla a partir de la pared del mismo dermoide, sitio el más frecuente, o en las formaciones glandulares incluidas en él. La otra posibilidad es que el carcinoma se haya originado en alguna parte del ovario no interesada por el teratoma, invadiendo secundariamente el quiste y produciéndose entonces un blastoma muco o cilio epitelial; o bien que el tumor maligno provenga de alguna viscera vecina invadiéndolo por contigüidad, o por último, que sea una metástasis proveniente de algún órgano alejado.

Microscópicamente este tumor no se diferencia del teratoma benigno. Es de forma redondeada, de pared lisa pero con algunas excrescencias gruesas que alteran su uniformidad, sitios éstos, en donde pueden estar localizadas las zonas de malignidad. En su parte interna puede estar formado por una sola cavidad, pero puede también ser multilocular con sus cavidades comunicadas entre sí, y ocupadas por una substancia sebácea de color amarillento en donde se encuentra moco, pelos, dientes y en general tejidos derivados de las hojillas embrionarias. Las zonas carcinomatosas se presentan bajo la forma de engrosamientos planos o papilares sólidos y a veces con perforaciones cavitarias debidas a histólisis.

Microscópicamente casi todos estos carcinomas son de tipo pavimentoso con diferenciación córnea franca, originándose casi siempre en la epidermis del quiste. Se presentan casos en los cuales el tumor es netamente diferenciado.

Cuando el carcinoma es de origen glandular se desarrolla generalmente en una glándula sebácea o sudorípara, y aun se ha descrito un caso generado a expensas de esbozos de mucosa gastro intestinal. Petrowa Karaewa, citado por Ahumada, publican la evolución simultánea de un sarcoma y un carcinoma, y Burgess y Shutter el hallazgo de un sarcoma osteogénico.

Desde el punto de vista clínico, estos tumores se presentan generalmente después de los cuarenta años de edad, aunque se los puede observar antes y después de este período de la vida. En su sintomatología predominan la rapidez del crecimiento y el dolor, así como los fenómenos de compresión de los órganos vecinos, especialmente del intestino y órganos urinarios. Atacan rápidamente el estado general, haciéndolo decaer profundamente. Sin embargo el diagnóstico clínico es difícil de establecer y solamente se puede confirmar practicando la laparotomía, hecha la cual se puede encontrar un tumor de las características microscópicas ya anotadas, frecuentemente unilateral, pues aunque el Profesor Ahumada y sus colaboradores de la escuela argentina sostienen que no se ha descrito ningún caso de bilateralidad, otros no están de acuerdo con esto y llegan a la conclusión de que es bilateral en un doce por ciento de los casos. Se halla siempre adherido firmemente al recto, sigmoide, epiplón, asas delgadas vejiga, útero, peritoneo parietal y en general a todos los órganos vecinos.

Durante su evolución puede presentar algunas complicaciones como pueden ser la torsión del pedículo, la infección y supuración con su cortejo sintomático agudo, y la más peligrosa de todas, la perforación de la cápsula por la histólisis del tejido carcinomatoso con la consiguiente implantación maligna sobre el peritoneo e invasión secundaria a los órganos de la vecindad.

Las metastasis son tardías, pero se han encontrado preferentemente en el peritoneo y en los ganglios linfáticos cercanos, y a lo lejos en el hígado, el sistema óseo y el estómago.

En cuanto al pronóstico, creemos poder dividirlo, según la revisión de los conceptos de varios autores y basados en sus publicaciones, en sombrío en aquellos casos avanzados, pues a pesar del tratamiento quirúrgico se presentan recidivas muy rápidamente, en el breve plazo de unos pocos meses. Lo mismo, en aquellos casos de rupturas de la cápsula ya sea ésta espontánea o debida a las maniobras efectuadas durante la intervención, y relativamente bueno en los casos que se han podido diagnosticar y extirpar rápidamente con el tumor intacto.

Hacemos esta diferencia teniendo en cuenta los repórtes de Kent y Alznauer de veintiséis historias, de las cuales veintidós murieron antes de los catorce meses siguientes a la intervención y solamente cuatro se encuentran vivas y sin síntomas de recidiva después de seis años. Counseller y Wellbroock reportan tres casos en buen estado general después de quince años y Fein y Hobart, uno después de cinco años; lo mismo Masson y Ochsehirt uno después de también cinco años. Las enfermas en las cuales se encontró diseminación peritoneal del carcinoma o en aquellas en quienes el tumor se rompió durante la intervención, sufrieron pronto de recidivas y ninguna sobrevivió a los doce meses. Así pues, se puede concluir que la rata de mortalidad al final de un periodo de cinco años después de la intervención es de un 87.5%, cifra bastante alta, que nos debe poner sobre aviso para someter todo teratoma adulto extirpado a un estudio microscópico en busca de una posible degeneración maligna, y de esta manera proponer a la paciente un tratamiento aconsejable.

El tratamiento es quirúrgico, practicando en la enferma una histerectomía total con resección de ambos anexos, y con la consiguiente lifadenectomía en caso de hallar ganglios metastásicos. Algunos consideran de gran valor la aplicación de Radium intracavitario pre-operatorio. Es esta la terapéutica seguida por todos los autores consultados.

En el caso particular que presentamos, la enferma luego de ser intervenida para la extirpación del teratoma ovárico, en agosto de 1955, fue enviada al Instituto Nacional de Cancerología en consulta para concepto sobre la conducta a seguir posteriormente y allí luego de ser cuidadosamente estudiada, en Junta de Decisiones, se optó por practicar un tratamiento combinado de radiumterapia y cirugía, según consta en la historia clínica del mencionado Instituto.

Dicho tratamiento consistió en la aplicación de radium intracavitario con dosis totales de Mcd/h: 3º y Mgm/h: 4.000 durante un tiempo total de seis días, seis horas en la cavidad uterina, y de Mcd/h: 28 y Mgm/h: 3.732 durante cinco días, veinte horas en la vagina. Terminadas estas aplicaciones, después de seis meses de reposo y control médico seguido por el doctor L. Urdaneta, se practica en esta paciente una histerectomía total con resección de ambos anexos, cuyo repórté anatómo patológico solamente demuestra una fibrosis de dichos órganos. (Mayo 11 de 1956).

En el último control verificado dos meses más tarde, en julio 12, la paciente acusa flujo hemático abundante, y al examen se encuentra una lesión ulcerosa de tejido friable sangrante, localizada en la cúpula vaginal, de la cual se toman biopsias con el objeto de definir el diagnóstico clínico, que sugiere una degeneración maligna metastásica, o bien la presencia de una zona infiltrada por tejido de granulación. El resultado enviado por la sección de patología, confirma esta última hipótesis.

SUMARIO

1º Todo quiste dermoide del ovario debe ser estudiado microscópicamente para investigar la implantación de lesiones malignas sobre sus estructuras, y así, en caso de encontrarlas, instituir el tratamiento adecuado.

2º Según diferentes autores extranjeros, la incidencia del carcinoma en el teratoma adulto es del 1.7% aproximadamente. En nuestro país se ignora la cifra, por ser ésta, al parecer, la primera comunicación al respecto.

3º Hasta ahora, según Alznauer, solamente se han publicado sesenta y tres casos de teratomas adultos carcinomatosos, a los cuales agregamos uno más.

BIBLIOGRAFIA

1. AHUMADA JUAN C. y colaboradores. El Cáncer Ginecológico.
2. ALZNAUER ROBERT L. AM. Journal Obst. & Gynec. 65: Junio 53. 1238.
3. W. BERYL SILBERBLATT y S. R. Carrabba. Am. Journal Obst. & Gynec. 65: Mayo 53. 1129.
4. GORDON F. BURGESS y HAROLD W. SHUTTER. Obst. and Gynec. Survey 10: Junio 55. 445.
5. COUNSELLER V.S. y WELLBROOCK W.L.A. Am. Journal Obst. & Gynec. 28: 40. 1934.
6. FEIN M. J. and HOBART R. AM. Journal Clin. Path. 7: 389. 1937.
7. LOPEZ ESCOBAR GUILLERMO. Tumores del ovario.
8. LOWRYE. Gynecology.
9. MASSON J. C. and OCHSENHIRT N. C. Surg. Gynec. and Obstetrics. 48: 702. 1928.
10. NOVAK. Textbook of Gynecology.

Dr. A. GONZALEZ URIBE.
Carr. 9ª N° 22-62. Apt. 202.
Bogotá - Colombia.