

1989
18
[Handwritten scribbles and signatures]

CARCINOMA SEROMUCINOSO PAPILAR DE SUPERFICIE DEL OVARIO. PRESENTACION DE UN CASO

Gustavo Benítez*, Raúl Norero*, Mirian de Gómez**, Rafael Suárez***, Rafael Rojas****

Palabras Claves: Carcinoma-Ovario

INTRODUCCION

El Carcinoma Sero-Mucinoso Papilar de superficie de Ovario (C.S.M.P.S.) constituye una variedad de tumor epitelial del Ovario y en el cual el crecimiento se realiza desde el epitelio superficial o mesotelio, sin la formación quística previa. Es clasificado como una variante especial del carcinoma seroso; se presenta como una masa exofítica, originándose desde la cubierta ovárica, dando metástasis al peritoneo rápidamente. La presencia de ascitis está asociada a una menor sobrevida.

Presentamos un (1) caso de carcinoma sero-mucinoso papilar de superficie con su descripción clínica, histológica, histoquímica, microscopia electrónica e inmunohistoquímica para una mejor comprensión de esta neoplasia.

REPORTE DE UN (1) CASO

Paciente femenina de 25 años de edad, natural del Edo. Monagas y procedente de Valencia, refiriendo sintomatología de tres (3) meses de evolución caracterizada por secreción vaginal sanguinolenta y fétida, concomitantemente dolor tipo punzante localizado en hipogastrio de fuerte intensidad e irradiado a ambos muslos, exacerbado con los esfuerzos.

Antecedentes personales

Menarquia de (13) años, menstruación 3/30 eumeno-

reica. Gestación: 0. Examen físico: muestra un desarrollo normal de los caracteres sexuales secundarios y una masa pélvica que se hacía visible en la pared anterior del abdomen; a la palpación se encuentra una masa de 10 cms. de diámetro localizada entre el hipogastrio y la fosa ilíaca derecha, móvil, no dolorosa, de superficie irregular, que al examen bi-manual no puede diferenciarse del cuerpo uterino. Examen ginecológico: el cuello es de aspecto normal, fondo de sacos libres y no se evidencia infiltración de los parametrios.

AL ECOSOGRAMA

Utero en AVF, contornos regulares, textura ecográfica miometrial homogénea, interfase endometrial visible, regular. D1: 73mms, DT: 40 mms, DAP: 30 mms. Ovario izquierdo: 25 x 18 mms. Ovario Derecho: no fue visualizado. Cerca del fondo uterino y contactando con la cara posterior del útero y con el ovario izquierdo, se observó ecomixta a predominio sólido con calcificaciones y áreas ecolúcidas situadas fundamentalmente hacia su porción lateral derecha, cuyos contornos son irregulares y la cual mide 80 x 90 x 100 mms. en sus diámetros transversos, AP y longitudinal respectivamente. Se observó además líquido a nivel de fondo de saco posterior, ambos parietocólicos y en el espacio de Morrison no se observó derrame pleural.

* Instructor por concurso del Servicio-Cátedra C-III. Hospital Universitario de Caracas. Escuela "Luis Razetti". UCV.

** Instructor por concurso de Anatomía Patológica. Instituto Anatómico-Patológico. UCV.

*** Instructor por concurso del Servicio de Gineco-Obstetricia. Sección de Ecografía. Hospital Universitario de Caracas. UCV.

**** Residente del Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas. Cursante del Post-Grado de Cirugía General.

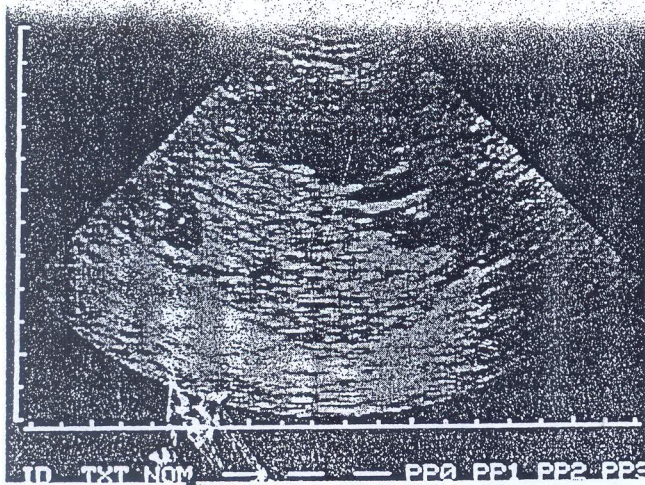


FIGURA N° 1

Diagnóstico Ecográfico

Tumor ecomixto a predominio sólido situado a nivel pélvico acompañado de ascitis, el cual mide 100 x 10 x 90 mms, muy probablemente ovario.

INTERVENCION QUIRURGICA

1. Toma de muestra de líquido ascítico.
2. Ooforosalingectomía derecha.
3. Biopsia en cuña de ovario izquierdo y toma de biopsia de los nódulos del fondo del saco de Douglas y del epiplón mayor.
4. Biopsia extemporánea diferida.

Reporte definitivo de Anatomía Patológica

Carcinoma sero-mucinoso papilar de superficie de ovario derecho con metástasis focales minúsculas en la superficie del ovario izquierdo. Líquido ascítico: sin células malignas.

En base a los hallazgos anatomo-patológicos se decide practicar: Histerectomía total más Ooforosalingectomía izquierda más Omentectomía.

En el reporte de Anatomía Patológica se demuestran focos tumorales en superficie uterina, meso-salpinx y superficie ovárica. Evoluciona satisfactoriamente y se egresa, recibiendo un (1) ciclo de quimioterapia postoperatoria, manteniéndose hasta ahora (a un año) sin evidencia de recidiva tumoral.

MATERIAL Y METODOS

El tejido fue fijado en formol Buffer al 10% y procesado para observarlo con el microscopio de luz; se practicaron estudios de inmuno-histoquímica a partir de los bloques de parafina, los cuales fueron desparafinados siguiendo el método peroxidasa antiperoxidasa (PAP) de Sterberg. Se usaron antiseros de conejos, antiqueratinas y antígeno carcinoembriogénico (CEA) de Dako; además, fue fijado material en formol Buffer al 4% y procesado incluyéndolo en resinas epoxi y cortado en un ultramicrotomo de Porterblum, para observarlo posteriormente en el microscopio electrónico de transmisión Hitachi 500.

RESULTADOS

- 1.- Hallazgos macroscópicos: Se recibe pieza quirúrgica proveniente de ovario derecho, constituido por una masa tumoral que pesó 200 grs aprox. y medía 10 x 8 x 8 cms. La superficie externa mostraba múltiples papilas de color blanco, consistencia blanda y presencia de un material mucoide claro. En cortes sucesivos se reconoce tejido ovárico de aprox. 31 x 1,5 cms., el cual mostraba área de calcificación. Anexo se recibió cuña de ovario izquierdo de 2 x 1,5 cms, el cual mostraba pequeños quistes de 0,2 cms; además tres (3) fragmentos de tejido correspondientes a

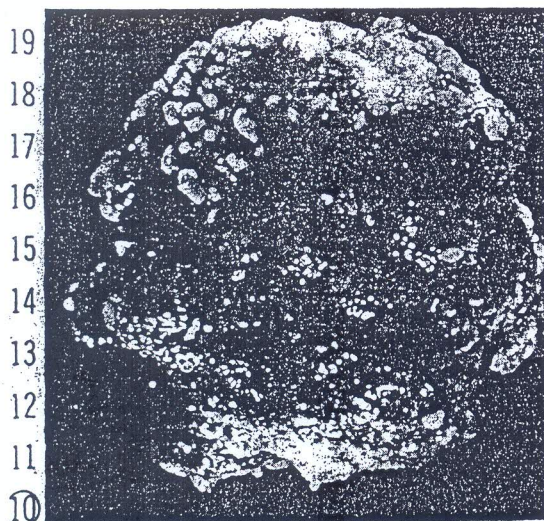


FIGURA N° 2

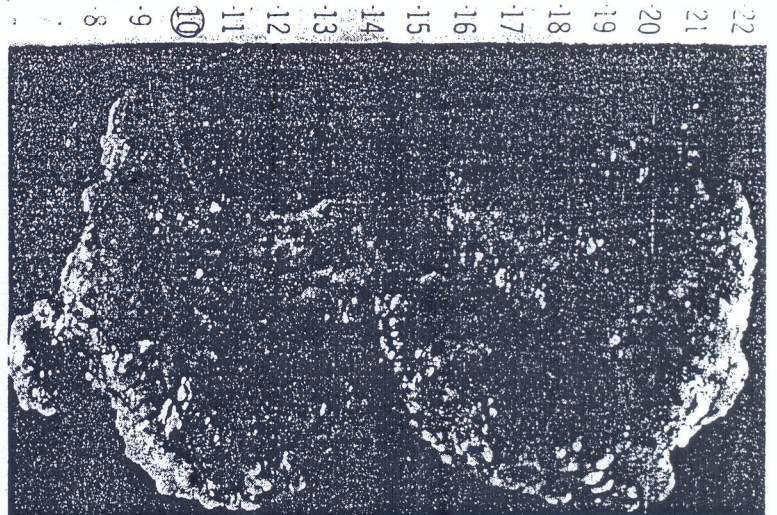


FIGURA N° 3

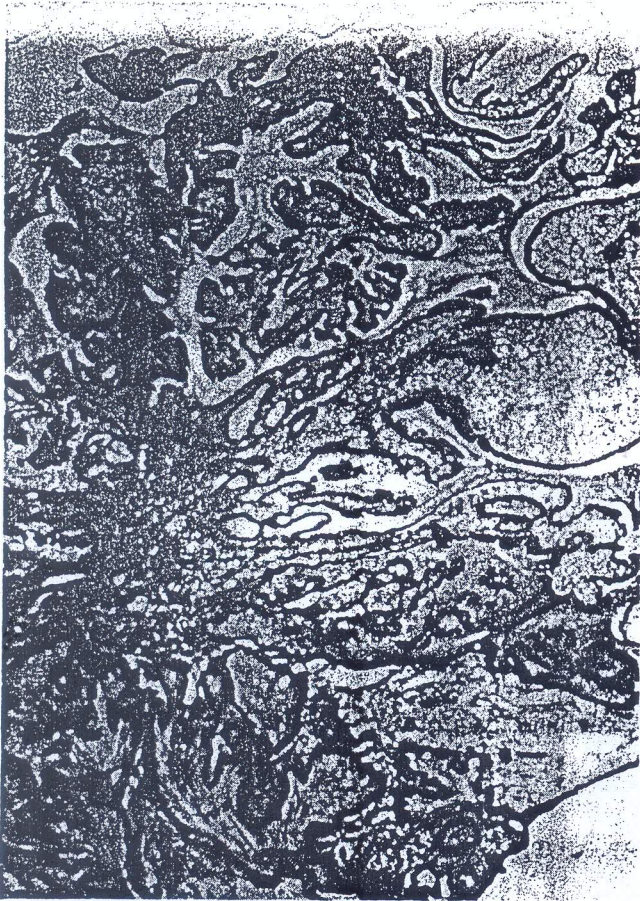


FIGURA N° 4



FIGURA N° 5

epiplón y trompa de Falopio derecha, los cuales no mostraban alteración macroscópica de significación.

2. Hallazgos microscópicos: En las diferentes secciones histológicas examinadas, se observa la presencia de una lesión tumoral exofítica, que sobresale en la superficie ovárica de aspecto papilar, tapizada por un epitelio cilíndrico en áreas de tipo seroso y en otras de tipo mucinoso de una sola capa de células, donde se evidencia secreción mucoide. En áreas de lesión se hace pseudo estratificada con discreto pleoformismo. No se ven mitosis atípicas. Focalmente se observaron la presencia de cuerpos Psammoma e infiltración de la lesión a la corteza ovárica. En las secciones correspondientes a la cuña de ovario contralateral y en la serosa de la trompa uterina derecha, se evidenció infiltración tumoral con las mismas características histológicas antes descritas.
3. Histoquímica: Se practicaron coloraciones especiales para mucopolisacáridos, ácidos y neutros con Mucicarmín de Mayor y Pas Alcian Blue a Ph 2.5 mostrando positividad con predominio de tinción en el polo apical de las células.
4. Inmuno-Histoquímica: Se observó fuerte positividad en el citoplasma de muchas células para el anti-

cuerpo anti-queratina y escasas células con positividad de mediana intensidad para el anticuerpo carcinoembrionario (CEA).

5. Microscopia electrónica: El estudio con el microscopio electrónico de transmisión muestra células grandes con presencia de microvellosidades, de tamaño y longitud variables, y un material de aspecto glicoproteico en la superficie de ellas. Las células muestran membrana basal, y el citoplasma abundantes vacuolas secretoras en su interior. La membrana celular muestra interdigitaciones y presencia de uniones tipo desmosoma, mácula adhaerens y zónula ocludens en la región apical de la célula. Hay células que tienen vacuolas con abundante contenido de aspecto granular y de apariencia mucoide.

DISCUSION

Un gran número de los tumores pelvianos son de origen ovárico y la mayoría de éstos son de estirpe epitelial. Entre los tumores ováricos característicamente benignos y los claramente malignos, existen un tercer tipo conocido como tumores intermedios o "Border Line", los que ocasionalmente, pero no siempre, presentan características de malignidad. Su comportamiento depende de la

movilidad mitótica, anomalías nucleares, estratificación de las células epiteliales; características estas que se asemejan a un tumor benigno, a las que se agregan morfología de tumores malignos de celulares similares.

Blaunstein (2) considera que el diagnóstico histológico debe basarse exclusivamente en el examen del ovario sin considerar su diseminación.

Se acepta que la mayoría de los tumores epiteliales del ovario (75%) se originan en la superficie germinal ovárica o en sus invaginaciones al estroma. Neoplasias de características similares ocurren en sitios en los cuales no hay tejido genital, como pelvis mesentérico (Ulbricht y col.), y retroperitoneo; son los denominados tumores extragonadales, suponiéndose que derivan del mesotelio con capacidad para transformarse en epitelio mülleriano. White y col. (15) consideran que dicho carcinoma y el mesotelioma maligno diseminado son un mismo proceso. Kannerstein y col. consideran como hallazgo a favor del carcinoma sobre el mesotelioma la presencia de cuerpos de Psammoma, células columnares y la no producción de ácido hialurónico.

Los hallazgos encontrados con la inmunohistoquímica revelan un patrón de coloración similar a los observados para los mesoteliomas por Corson y col. (4) y Holden y col (7); pero, esto es también descrito para otras neoplasias ováricas por Kurmam y col. (10). Las coloraciones para Pas y Mucicarmín fueron positivas, lo que sugiere la presencia de mucina neutra, coincidiendo con los reportes de la literatura. Los

hallazgos citomorfológicos de los tumores ováricos descritos por Whahol y col. (14) y Fenoglio (5) tanto para los Carcinomas Seromucinosos Papilares de superficie del Ovario (CSPSO) como para otros carcinomas serosos.

Se descarta un mesotelioma debido a la ausencia de grandes microvellosidades y de tonofilamentos y a no encontrarse haces intracitoplasmáticos. Aunque la edad de aparición de estos tumores es de 20-80 años y su frecuencia es de 20-40% años según Blaunstein (2), la mayoría de los pacientes presentan malestar general, pérdida de peso y crecimiento de masa abdominal y ascitis (Goonerate y col. 6).

En el caso reportado encontramos la presencia de una masa abdominal y como sintomatología predominaba el dolor. La mayoría de estos casos se presentan en el estadio III o IV en el momento de la cirugía (Blaunstein, 2).

Diferentes autores, tales como Bostwick y col. (3) y Tazelaar y col. (12), señalan que dicho tratamiento consiste en la histerectomía abdominal total más de la Ooforosalingectomía bilateral, dejando la cirugía más conservadora para pacientes jóvenes y con la lesión limitada al ovario en el estadio IA, aunque la recidiva aumenta de 5 al 15%. Con este tipo de tratamiento, en un estudio de veinte (20) casos realizado por Knipscher y col., en los cuales de rutina se realizaba disección de ganglios retro-peritoneales para-aórticos en carcinoma ovárico estadio I, no se encontraron ganglios positivos cuando la lesión crecía en la superficie externa del ovario

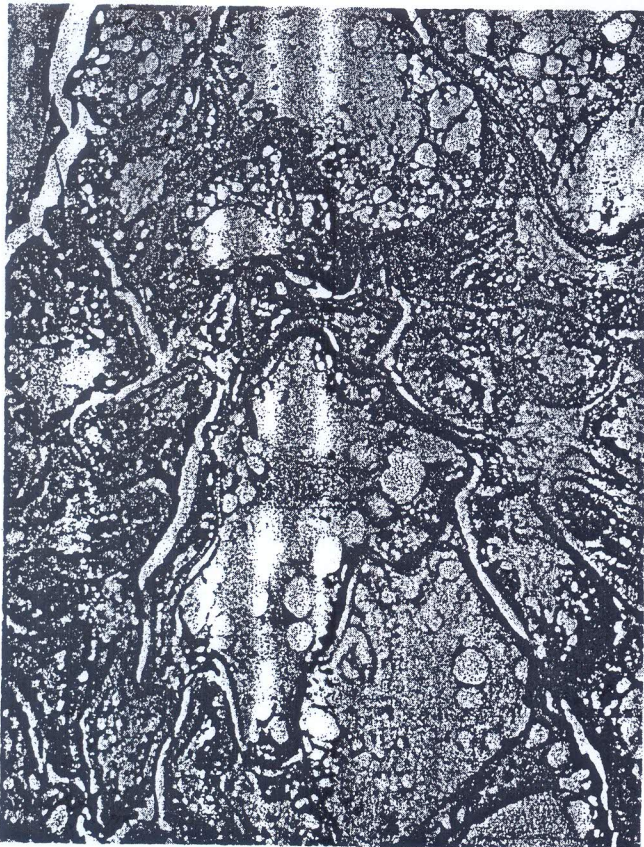


FIGURA Nº 6

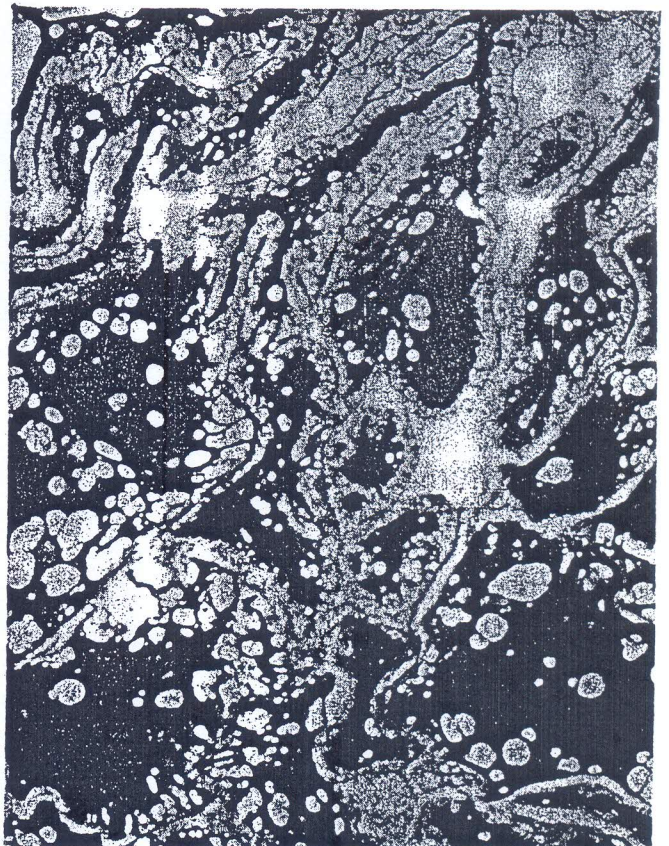


FIGURA Nº 7

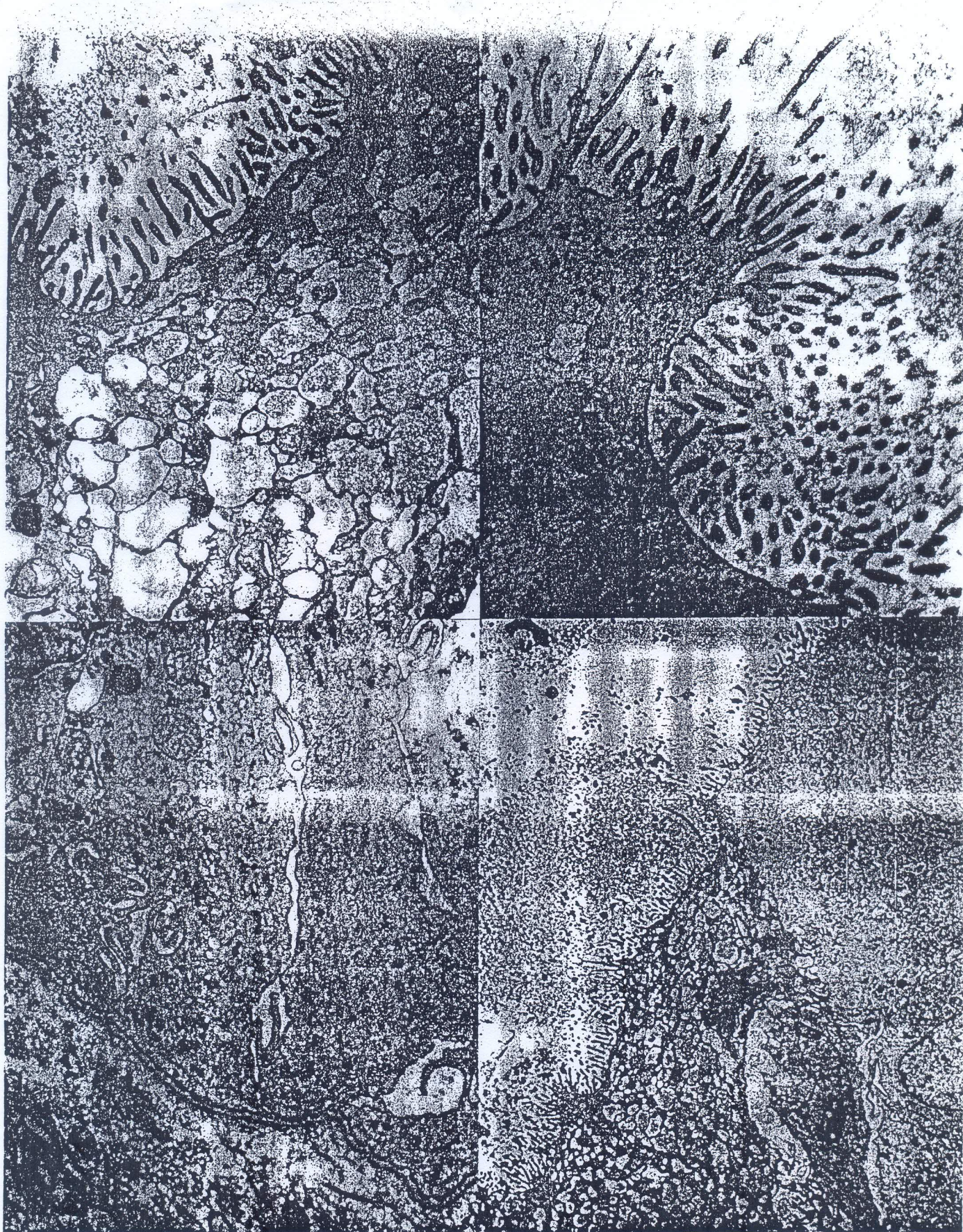


FIGURA N° 8

FIGURA N° 9

y el uso de la CA-125 en postoperatorio en estos casos, cuando la lesión tumoral era intra-ovárica. Se ha utilizado quimio y radioterapia en estadios III y IV con resultados contradictorios según Powlis y col.

Atack y col. recomiendan el "Second Look" o segunda mirada aunque los valores de CA-125 sean normales, ya que dicho CA-125 en un estudio falló en un 80% de los casos en mostrar progresión o regresión de la enfermedad.

PRONÓSTICO

El pronóstico de estas lesiones o tumores "Border Line" depende de si son de característica serosa, mucinosa o de superficie, además de factores como el estadio y grado de diferenciación celular.

El tipo seroso tiene una sobrevida de más del 95% en estadio I, pero la mortalidad en el estadio II y III es alta, pero raramente ocurre antes de los cinco años. El tipo mucinoso tiene un porcentaje de sobrevida del 98% a los 5 años y el 96% a los 10 años, por lo que en estos casos se recomienda tratamiento conservador. Goonerate opina que cuando el tumor se disemina predominantemente en la superficie tiene un peor pronóstico que los tipos anteriores en igual estadio.

RESUMEN

Se presenta un (1) caso de carcinoma sero-mucinoso papilar de superficie, con su descripción clínica, histológica, histoquímica, microscopia electrónica e inmunohistoquímica, y su tratamiento.

SUMMARY

We describe a one (1) case of serous-mucinous surface papillary carcinoma of the ovary. A clinic pathologic finding electron microscopies study and treatment.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. José Angel Suárez por la colaboración prestada; al Servicio de fotografía del Instituto de Anatomía Patológica (UCV) y a la Br. Amalia Benítez Pérez por su labor mecanográfica.

- 1.- Atack, D.B., Nisker, J.A., Allen, H.N., Tustanoff, E.: CA-125. Surveillance a second look laparotomy in ovarian carcinoma. *Am J-Obstet Gynecol*, 1986; 154 (2): 287-289.
- 2.- Blaunstein A.: Surface (Germinal) epithelium and related neoplasms: *Pathol annu*: 1981; 16: 247.
- 3.- Bostwick D., Tazelar H., Ballon S, y col: Ovarian epithelial tumor of borderline malignancy a clinic and pathologic of 109 cases: *Cancer* 1986; 1-58 (9): 2052-65.
- 4.- Corson J.M., Pinkus, G.S.: Mesothelioma profile of Keratin and carcinoembrionic antigen. *Am J Pathol* 1982; 108: 80.
- 5.- Fenoglio, C.M.: Ultraestructural features of the common epithelial tumors of the ovary: *Ultrasts pathol* 1980; 1: 419.
- 6.- Goonerate S., Sassone M., Blauestein A., Talerman: A Serous surface papillary carcinoma of the ovary a clinic pathologic study of 16 cases *Int-J-Gynecol-Pathol*. 1982; 1(3): 258-69.
- 7.- Holden J., Chung A.: Inmunohistochemical staining for keratin and carcinoembrionic antigen in the diagnosis of malignant mesothelioma: *Am J. surg. Pathol*. 1988; 8: 277.
- 8.- Kannerstein M., Churg J., Mc Caughey N., Hill D: Papillary tumors of the peritoneum in women mesothelioma or papillary carcinoma. *Am J Obstet Gynecol*. 1977; feb 1; 127 (3): 306-14.
- 9.- Knipscher R., O'Hara: Aortal Lymph nodes dissection in twenty (20) cases of primary epithelial ovary carcinoma stage I (Figo). Influence of staging *eur-j-obstet gynecol reprod biol*. 1982; 13(5): 303-7.
- 10.- Kruman R., Ganger P., Nadjum: Contributions of immunohistochemistry to the diagnosis and study of ovarian neoplasms. *Inter J. ginecol Pathol*. 1984; 3:3.
- 11.- Powlis W., Mauch P., Ehrmann rose. C M, Knapp AC: The role of post-operative local or regional irradiation in the treatment of stage I ovarian: *Cancer radiology*. 1982. March; 142 (3) : 747-50.
- 12.- Tazelaar, M.D., Botwick D.G., Ballon, S.C.: Conservative treatment of Border line ovarian tumors: *Obstet Gynecol*. 1985. Sep; 66 (3); 417-22.
- 13.- Ulbright T., Morley D., Rott L., Berkow R.: Papillary serous carcinoma of the retro-peritoneum: *Am J Clin Pathol*. 1983; 79: 633-637.
- 14.- Whahol, M.J., Hunter, N.J., Corson, J.M.: An ultraestructural comparison of mesothelioma and adenocarcinoma of the ovary and endometrium. *Int. J Gynecol Pathol*. 1982; 1: 125.
- 15.- White P., Merino M., Barwick K.: Serous surface papillary carcinoma of the ovary: A clinical pathologic ultraestructural and immunohistochemical study of 11 cases. *Pathol annu*. 1985; 20 (1); 403-418.