

con un teratoma gástrico en un niño y con otro caso de un teratoma inmaduro endometrial<sup>2</sup>. Aunque el tejido neural puede ser componente del 38% de los tumores primarios<sup>3</sup>, la aparición de metástasis peritoneales neurogliales son mucho menos frecuentes. La GP es, quizás, otra faceta de la inusual capacidad del tejido neural para implantarse en un lugar ectópico<sup>4</sup>.

Es un proceso benigno en casi todos los casos, por lo que no suele recibir tratamiento tras la biopsia confirmatoria. Debe ser, eso sí, diferenciada de los implantes de teratoma porque éstos requieren tratamiento agresivo y tienen mal pronóstico.

Sin embargo, hay publicados algunos casos con consecuencias adversas. En ellos se sugiere que podría haber habido áreas de teratoma inmaduro en la superficie peritoneal que no fueron biopsiadas<sup>5,6</sup>.

Se presenta el caso de una paciente de 45 años sometida a laparotomía media, tras el estudio de un cuadro de dolor y distensión abdominal de varias semanas de evolución, y de objetivarse en una tomografía axial computarizada (TAC) una masa pélvica de 10 cm con ascitis y un marcador tumoral de Ca 125 de 139 (con alfafetoproteína y CEA normales). Se realizó histerectomía total junto con anexectomía doble, apendicectomía y omentectomía (80% de extensión) previa biopsia intraoperatoria de anejo izquierdo compatible con adenocarcinoma. La anatomía patológica fue compatible con un adenocarcinoma de ovario tipo endometriode moderadamente diferenciado con fenómenos de necrosis, hemorragia y crecimiento superficial. La neoplasia descrita se situaba en el seno de un teratoma maduro con gran predominio del componente neuroepitelial. Epiplon infiltrado por un adenocarcinoma de tipo endometriode moderadamente diferenciado compatible con origen ovárico. El resto fue normal.

Inicia quimioterapia adyuvante tipo carboplatino-paclitaxel. Tras completar 6 ciclos con buena tolerancia se objetiva en la TAC de reevaluación líquido peritoneal junto con implantes de 1 cm perihepáticos y en bolsa de Morrison. Había una lesión quística en Douglas de 6 cm e implantes miliares múltiples. Los marcadores tumorales, CEA, Ca 125, alfafetoproteína y B-hCG son normales. Se decide nueva laparotomía exploradora en la que aparece una siembra miliar en peritoneo y superficie hepática. AP: lavado peritoneal negativo. Biopsia del mesentéreo y epiplon compatible con gliomatosis peritoneal (muestra de 2 biopsias) (fig. 1). Repasada la literatura, y dada la escasez de muestras de biopsias (sólo se tomaron 2) se decide iniciar tratamiento

### Gliomatosis peritoneal tras el tratamiento de un tumor maligno de ovario

#### Sr. Director:

La gliomatosis peritoneal (GP) es una rara complicación de los teratomas ováricos tanto maduros como inmaduros y consiste en implantes miliares gliales maduros en el peritoneo o en el omento<sup>1</sup>. La GP también ha sido relacionada

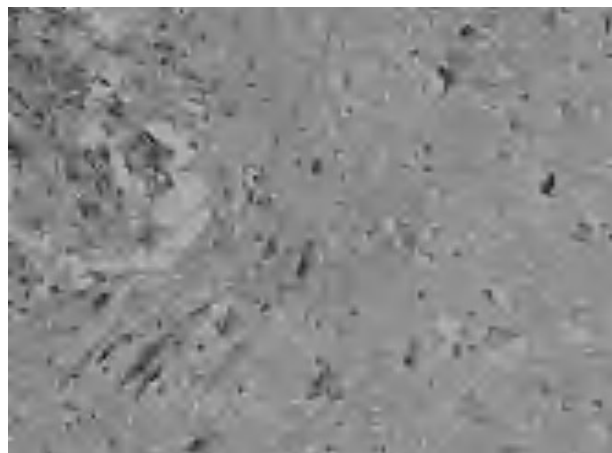
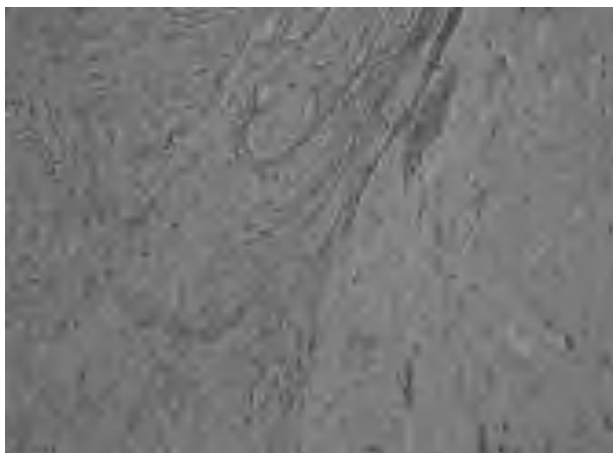


Fig. 1. Muestras de biopsias de epiplon en las que se objetiva tejido glial maduro.

quimioterápico según el esquema etopósido-cisplatino (EP) por 4 ciclos, que recibe con buena tolerancia, salvo un episodio de trombopenia grado 2.

En el estudio de reevaluación se objetivan implantes peritoneales múltiples junto con imágenes pseudoquísticas en fondo de saco de Douglas. Los marcadores tumorales (CEA, Ca 125, alfafetoproteína y B-hCG) siguen siendo normales (supervivencia libre de enfermedad de 2 años).

El término GP se aplica a los implantes peritoneales u omentales compuestos exclusivamente de tejido glial maduro (grado 0). El tumor primario puede ser de cualquier grado<sup>1</sup>.

Hay un comportamiento paradójico benigno de los teratomas malignos cuando se asocian a GP, aunque dependen de dos factores importantes: deben ser tomadas muestras amplias de la superficie peritoneal y omental (incluida la superficie diafragmática) y todos los implantes han de ser maduros. Si se reúnen estas dos condiciones, el pronóstico es excelente<sup>1,7</sup>.

Es muy importante y necesaria una muestra extensa de biopsias porque la erradicación de múltiples implantes peritoneales pequeños no es posible quirúrgicamente, y no se ha demostrado efectivo ningún otro tratamiento<sup>8</sup>.

Desde el punto de vista anatomopatológico la GP aparece como un sembrado miliar de nódulos grises y blanquecinos en la superficie peritoneal o en el omento. Estos nódulos pueden tener distintos tamaños, aunque en la mayoría de los casos encontrados en la literatura son de unos 0,3 cm de diámetro<sup>7,9,10</sup>.

En todos los artículos revisados se enfatiza la importancia de la «agudeza» histológica en el estudio del grado de los implantes peritoneales.

Es necesario un seguimiento de estos pacientes.

En el caso clínico presentado la sola toma de dos biopsias hizo que, ante la duda de que hubiera implantes de teratoma, y dado que el tratamiento quimioterápico inicial había

sido para la parte más agresiva del tumor (adenocarcinoma) junto con la falta de datos en la literatura sobre la actuación en estos casos, se planteará una quimioterapia adicional para tumores germinales. La paciente, actualmente, se encuentra en seguimiento y asintomática.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Truong LD, Jurco S, McGavran MH. Gliomatosis peritonei. Report of two cases and review of literature. *Am J Surg Pathol.* 1982;6:443-9.
2. Shefren G, Collin J, Soriero O. Gliomatosis peritonei with malignant transformation: a case report and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;164:1617-21.
3. Woodruff JD, Protos P, Peterson WF. Ovarian teratomas: relationship of histologic and ontogenic factors to prognosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1968;102:702-14.
4. Luesley DM, Monypenny LJ, Fielding JW, Chan KK. Gliomatosis peritonei associated with ovarian teratomas. Case report. *Br J Obst Gynaecol.* 1983;90:668-70.
5. Albites V. Solid teratoma of the ovary with malignant gliomatosis peritonei. *Int J Gynaecol Obstet.* 1974;12:59-65.
6. Nielsen SN, Scheithauer BW, Gaffey TA. Gliomatosis peritonei. *Cancer.* 1985; 56:2499-503.
7. Dallenbach-Helweg G. Critical commentary to gliomatosis peritonei combined with mature ovarian teratoma. *Pathol Res Pract.* 1995;191: 1037-8.
8. Muller AM, Soridgen D, Strunz R. Gliomatosis peritonei: a report of two cases and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;100(2):213-22.
9. Ferguson AW, Katabuchi H, Ronnett BM, Cho KR. Glial implants in gliomatosis peritonei arise from normal tissue, not from the associated teratoma. *Am J Pathol.* 2001; 159:51-5.
10. Gabrys M, Blok K, Rabczynski J, Kochman A, Latkowski K, Blok R, et al. Gliomatosis peritonei with mature teratoma of the ovary. *Gin Pol.* 2002;73(12):1224-7.

R. Molina<sup>a</sup>, J. L. López<sup>a</sup>, J. I. Busteros<sup>b</sup>  
y M. Álvarez de Mon<sup>a</sup>.

Servicio de <sup>a</sup>ES/Oncología y <sup>b</sup>Anatomía Patológica.  
Departamento de Medicina.

Hospital Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Madrid.