

316 **José L. Gallo Vallejo^a**
Aida González Paredes^a
Mónica Navarro^b
Rafael Martínez de la Ossa^b
M. José Rubí^c

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

^bServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Motril. Motril. Granada. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Motril. Motril. Granada. España.

Correspondencia:

Dr. J.L. Gallo Vallejo.

Acera del Darro, 92, 3.º F. 18005 Granada. España.

Correo electrónico: jgallov@sego.es

Fecha de recepción: 14/12/06.

Aceptado para su publicación: 15/12/06.

Tumores de colisión ováricos asociados con teratoma

Ovarian collision tumors associated with teratoma

RESUMEN

Los tumores de colisión representan la coexistencia de 2 tumores contiguos en un órgano, pero histológicamente distintos, sin mezcla histológica. En el campo de la ginecología, se han descrito tumores de colisión en el útero (cuerpo y cérvix) y en el ovario.

Se presenta aquí un caso de cistoadenoma mucinoso ovárico asociado con un teratoma quístico benigno.

PALABRAS CLAVE

Tumores de colisión. Teratoma. Cistoadenoma mucinoso ovárico.

ABSTRACT

Collision tumors represent the coexistence of 2 adjacent but histologically distinct tumors without histologic admixture in an organ. In gynecology, collision tumors in the uterus (corpus and cervix) and ovary have been described. We report a case

of ovarian mucinous cystadenoma coexisting with a benign cystic teratoma.

KEY WORDS

Collision tumors. Teratoma. Ovarian mucinous cystadenoma.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de colisión representan la coexistencia de 2 tumores contiguos en un órgano, pero histológicamente distintos, sin mezcla histológica. En el campo de la ginecología, se han descrito tumores de colisión en el útero (cuerpo y cérvix) y en el ovario. Dichos tumores de colisión habrá que diferenciarlos de los tumores primarios múltiples (metacrónicos o sincrónicos, según el momento de su diagnóstico), que pueden presentarse en diferentes órganos de un mismo paciente, siguiendo unos criterios diagnósticos e histológicos muy precisos.

Se presenta aquí un caso de cistoadenoma mucinoso ovárico asociado con un teratoma quístico benigno.

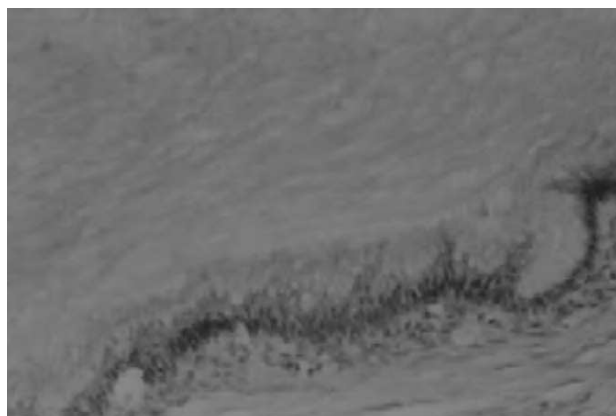


Figura 1. Teratoma (epitelio respiratorio).

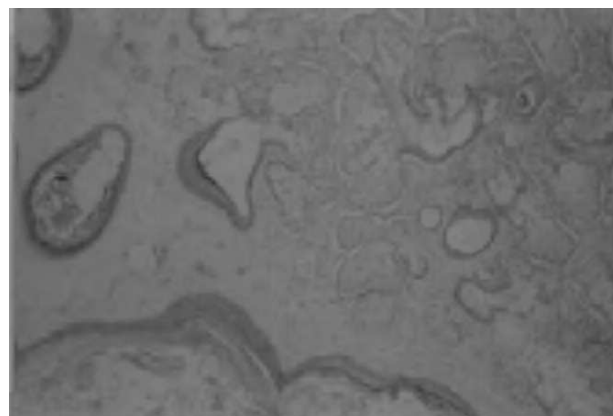


Figura 2. Otro detalle histológico del teratoma ovárico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 58 años de edad, con 3 partos normales, menopausia a los 52 años y con antecedentes familiares de madre fallecida de un derrame pleural y una hermana intervenida de quiste de ovario. Presenta antecedentes personales de artrosis y osteoporosis. Menarquía a los 14 años.

Acude a nuestra consulta de ginecología por notarse desde hace un mes un aumento del tamaño abdominal y una leve incontinencia urinaria de esfuerzo. A la exploración, se aprecia un abdomen globuloso, y se palpa una masa tumoral centrada en el hipogastrio. Colpocele doble de segundo grado; cérvix de múltipara, bien epitelizado; útero no bien delimitable, móvil; se palpa una tumoración en el hipogastrio, algo desviada hacia la derecha aparentemente independiente del útero.

Pruebas diagnósticas complementarias

- Analítica de sangre y orina: normal.
- Marcadores tumorales: CA 19.9 y CEA discretamente elevados; CA-125 normal.
- Citología cervicovaginal: cervicitis aguda; metaplasia escamosa.
- Ecografía uteroanexial: tumoración pélvica gigante de 15 cm, encapsulada, de ecogenidad mixta, abigarrada, de probable origen ovárico; útero atrófico; sin ascitis.

— Ecografía abdominal normal.

Se practicó a la paciente una laparotomía exploratoria, con los siguientes hallazgos: gran tumoración ovárica derecha con rotura preoperatoria espontánea de la cápsula y salida de material mucinoso que inunda el campo operatorio y cavidad abdominal. Se practicó una histerectomía abdominal total más doble anexectomía, apendicectomía y omentectomía infracólica.

El postoperatorio transcurrió con normalidad, y se dio de alta a la paciente al séptimo día de la intervención.

El estudio anatomopatológico puso de manifiesto la falta de alteraciones en el ovario izquierdo, el útero, el apéndice cecal y el epiplón. Tumor de colisión: cistoadenoma mucinoso + teratoma quístico benigno. La descripción microscópica de la tumoración es la siguiente: tumoración rota de 21 × 17 cm; superficie externa es lobulada; a su apertura, se observan múltiples cavidades llenas de un material gelatinoso, así como un área de 4 cm (figs. 1 y 2) rellena de material sebáceo con pelos.

DISCUSIÓN

Los tumores de colisión representan la coexistencia de 2 tumores contiguos en un órgano, pero histológicamente distintos, sin mezcla histológica alguna¹.

318 En el campo de la ginecología se han descrito distintos tumores de colisión:

— En el tracto genital, en general: carcinomas y sarcomas².

— En el cuerpo uterino:

- Carcinoma endometriode y sarcoma estromal uterino³.
- Tumores uterinos heterólogos mixtos benignos y malignos⁴.
- Tumor rabdoide uterino y adenocarcinoma endometriode⁵.

— En el cérvix uterino: adenocarcinoma y carcinoma celular escamoso⁶.

— En el ovario:

- Tumor de células de la granulosa y cistoadenocarcinoma papilar seroso⁷.
- Cistoadenocarcinoma seroso y tumor de células esteroideas⁸.
- Tumor seroso *borderline* con elementos sarcomatosos⁹.
- Diversos tumores asociados con teratomas.

Otros autores han descrito como tumores de colisión otros casos que, siguiendo con criterios estrictos la definición de tumores de colisión, no serían tales, sino más bien tumores primarios múltiples, cuyo diagnóstico puede ser sucesivo (metacrónicos) o simultáneo (sincrónicos):

— Cistoadenocarcinoma mucinoso papilar ovárico y carcinoma endometrial¹⁰.

— Adenofibroma endometriode de ovario en colisión con adenocarcinoma endometrial papilar¹¹.

Como se ha referido, también se han descrito casos de tumores de colisión del ovario asociados con teratomas, como en el aquí aportado. Así, Kim et al¹ revisan 7 casos: 4 teratomas ováricos asociados con un cistoadenoma mucinoso, uno con tumor mucinoso *borderline*, uno con cistoadenocarcinoma mucinoso y uno con disgerminoma. Estos autores, tras revisar las imágenes radiológicas y ecográficas de todos estos casos, indican que la posibilidad de un tumor de colisión debe considerarse cuando un teratoma ovárico ofrece imágenes que no pueden ser explicadas únicamente por la existencia del teratoma.

En el caso aquí aportado, la ecografía revelaba la existencia de una gran masa ovárica quística que contenía un extenso componente sólido. El estudio anatomopatológico puso de manifiesto un tumor de colisión de cistoadenoma ovárico con teratoma.

Otros autores han descrito algún caso más de tumores de colisión del ovario asociados con teratomas. Así, Salas Márquez et al¹² presentan un caso de teratoma retroperitoneal asociado con 2 tumores epiteliales celulares ováricos; Hanada et al¹³ aportan un caso de múltiples malignidades (carcinoma escamoso celular y sarcoma) en colisión con un quiste dermoide ovárico, y Cintorino et al¹⁴ refieren el problema de los tumores de colisión con la presentación de un caso de carcinoma escamoso celular en un teratoma quístico ovárico asociado con un corioepilelioma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kim SH, Kim YJ, Park BK, Cho JY, Kim BH, Byun JY. Collision tumors of the ovary associated with teratoma: clues to the correct preoperative diagnosis. *J Comput Assist Tomogr*. 1999;23:929-33.
2. Sreenan JJ, Hart WR. Carcinosarcomas of the female genital tract. A pathologic study of 29 metastatic tumors: further evidence for the dominant role of the epithelial component and the conversion theory of histogenesis. *Am J Surg Pathol*. 1995; 19:666-74.
3. Lam KY, Khoo US, Cheung A. Collision of endometrioid carcinoma and stromal sarcoma of the uterus: a report of two cases. *Int J Gynecol Pathol*. 1999;18:77-81.
4. Waxman M, Boyce JG, Macasaet MM, Lu T. Concurrence of malignant and benign heterologous mixed tumors of the uterus. *Am J Clin Pathol*. 1982;77:631-7.
5. Gaertner EM, Farley JH, Taylos RR, Silver SA. Collision of uterine rhabdoid tumor and endometrioid adenocarcinoma: a ca-

- se report and review of the literature. *Int J. Gynecol Pathol.* 1999;18:396-401.
6. Kersemaekers AM, Van de Vijver MJ, Fleuren GJ. Comparison of the genetic alterations in two ephitelial collision tumors of the uterine cervix. A report of two cases. *Int J Gynecol Pat-hol.* 2000;19:225-30.
 7. Bichel P. Simultaneous occurrence of a granulosa cell tumour and a serous papillary cystadenocarcinoma in the same ovary. A case report. *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand.* 1985;93:175-81.
 8. Nirenberg A, Ostor AG, Quinn MA. Collision tumor: serous adenocarcinoma and steroid cell tumor of the ovary. *Patho-logy.* 1992;24:60-2.
 9. Allen C, Stephens M, Williams J. Combined high grade sarco-ma ans serous ovarian neoplasm. *J Clin Pathol.* 1992;45:263-4.
 10. Carideo C, Marchevsky A. Collision tumors: papillary mucinous cystadenocarcinoma of ovary and endometrial carcino-ma. *Mt Sinai J Med.* 1979;46:21-4.
 11. Gaing AA, Kimble CC, Belmonte AH, Agustin E, Tchertkoff V. Invasive ovarian endometrioid adenofibroma with omental implants and collision with endometrial adenocarcinoma. *Obstet Gynecol.* 1988;71:440-4.
 12. Salas Márquez F, Stern Colin y Nunes J, Ricalde Bas C, García Lara E, Tello Bernal M. Retroperitoneal teratoma associated with primary neoplasm of the ovary. Presentation of a case. *Ginecol Obstet Mex.* 1991;59:15-8.
 13. Hanada M, Tsujimura T, Shimizu H. Múltiple malignancies (squamous cell carcinoma and sarcoma) arising in a dermoid cyst of the ovary. *Acta Pathol Jpn.* 1981;31:681-8.
 14. Cintorino M, Buffi C, Ghizzani A, Miracco C, Pelagatti C, Vindigni C. The problem of collision tumors: squamous-cell carcinoma on a cystic ovarian teratoma, associated with chorioepithelioma. *Arch De Vecchi Anat Patol.* 1981;64: 505-10.