



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Carcinoma de células claras en ovario accesorio



Carmen Álvarez Gil *, Ainhoa Holgado Hernández e Inmaculada Sánchez Ortega

Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

Recibido el 13 de octubre de 2014; aceptado el 10 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 19 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Ovario ectópico;
Ovario supernumerario;
Ovario accesorio

Resumen El tejido ovárico ectópico es una variación extremadamente rara. Existen unos 50 casos publicados. Solo 3 describen patologías malignas. El nuestro sería el primer caso de carcinoma de células claras.

El tejido ovárico ectópico es una variación ginecológica extremadamente rara. Existe cierta discrepancia acerca de su clasificación. El origen del tejido ovárico ectópico verdadero parece radicar en una alteración en la migración de las células germinales durante el periodo embrionario. Su diagnóstico requiere de confirmación histológica.

Existen alrededor de 50 casos publicados en la literatura. En casi la mitad de los mismos, se describe alguna patología del tejido ovárico ectópico. Sólo hemos encontrado 3 casos de patología maligna (cistoadenocarcinomas).

Presentamos un caso de carcinoma de células claras en un ovario accesorio y revisamos toda la literatura sobre esta entidad.

© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Ectopic ovary;
Supernumerary ovary;
Accessory ovary

A case of clear cell carcinoma in an accessory ovary

Abstract Ectopic ovarian tissue is an extremely rare gynecological variation. Its classification is controversial. The true origin of ectopic ovarian tissue seems to lie in an alteration in the migration of germ cells during the embryonic period. Diagnosis requires histopathological confirmation.

There are about 50 published cases of ectopic ovarian tissue in the literature and almost half describe some abnormality of ectopic ovarian tissue. There are only three reports of malignant tumors in a supernumerary ovary (adenocarcinoma).

We present the first reported case of clear cell carcinoma arising in an accessory ovary and also provide a review of all cases published to date.

© 2014 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvarez.gil.carmen@gmail.com (C. Álvarez Gil).

Introducción

El tejido ovárico ectópico fue descrito por primera vez por Grohe en 1864. Inicialmente fue dividido en ovario supernumerario y ovario accesorio (Wharton, 1959), Lachman y Berman lo definieron como tejido ectópico y lo clasificaron en: implante postoperatorio, inflamatorio y tejido ovárico ectópico verdadero.

Hasta el momento, 57 casos de tejido ovárico ectópico han sido publicados.

Debido a la singularidad de esta entidad, especialmente cuando un tumor maligno se desarrolla sobre ella, presentamos el caso de un carcinoma de células claras en un ovario accesorio y revisamos la literatura al respecto.

Descripción del caso

Mujer de 46 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que consulta por rectorragia. Se realiza colonoscopia, hallándose una tumoración en sigma, cuyo estudio anatómopatológico revela una infiltración de la mucosa colónica por un carcinoma seroso de alto grado, muy probablemente, en relación con un implante peritoneal de un carcinoma de origen ovárico. En la TAC, se observa la masa intestinal que engloba la pared medial de colon descendente afectando a la grasa pericolónica y retroperitoneal, contactando ampliamente con músculo psoas izquierdo, sin que pueda descartarse afectación a dichos niveles; englobando, así mismo, vasos en dicha localización adyacentes a colon descendente y periureterales izquierdos. Además de la masa intestinal, se observan formaciones anexiales bilaterales, heterogéneas, de 74 × 44 mm en lado derecho y de 55 × 35 mm en lado izquierdo, sugestivas de masas tumorales en ambos ovarios, una masa de 27 × 23 mm, situada en región ileocecal, compatibles con metástasis apendicular y una adenopatía paraaórtica de aspecto patológico.

Tras evaluación del caso por parte de un equipo multidisciplinar, se confirma el diagnóstico de carcinoma ovárico no subsidiario de cirugía óptima, por lo que se inicia quimioterapia neoadyuvante (4 ciclos de carboplatino + paclitaxel).

En la reevaluación mediante TAC tras la neoadyuvancia, se aprecia que las masas anexiales y el implante tumoral en colon se han reducido considerablemente. No se evidencian masas o adenopatías de rango patológico a otros niveles.

Tras la neoadyuvancia, se realiza cirugía de intervalo: se comenzó con una exploración de la cavidad por vía laparoscópica, encontrando: En porción distal de trompa derecha, formación de 3-4 cm de aspecto cerebroide y lesión en colon descendente a unos 30 cm del margen anal; sin otros hallazgos patológicos.

Se decidió, entonces, abordaje laparotómico, realizándose: lavado peritoneal, histerectomía abdominal total, salpingooforectomía bilateral con omentectomía, linfadenectomía pélvica y aortocava, apendicectomía, hemicolectomía y anastomosis latero-lateral manual (fig. 1).

Los resultados del estudio anatómopatológico fueron:

- Lavado peritoneal: negativo para neoplasia
- Linfadenectomía pélvica y aortocava: no ganglios patológicos
- Omentectomía: no implantes tumorales



Figura 1 Masa cerebroide, en posición paratubárica, correspondiente a ovario accesorio derecho.

- Apendicectomía: carcinoma poco diferenciado de probable origen ovárico
- Colon descendente: hiperplasia folicular linfoide en lámina propia. Ausencia de neoplasia
- Histerectomía: endometrio, miometrio y cérvix sin hallazgos relevantes
- Anexectomía: carcinoma de alto grado tipo «células claras» en ovario accesorio derecho (paratubárico). Cápsula ovárica íntegra. Oviducto derecho con focos de carcinoma. Quiste endometriósico en ovario derecho. Sin evidencia de invasión linfovascular. Oviducto y ovario izquierdo sin hallazgos relevantes (fig. 2)

El diagnóstico definitivo fue de carcinoma de células claras en ovario accesorio con metástasis a distancia en apéndice cecal. Estadío tumoral IIIC de la FIGO¹.

Tras la cirugía óptima, se administraron 4 ciclos de carboplatino + paclitaxol + bevacizumab con excelente tolerancia. Tras 19 meses desde el diagnóstico, la paciente se encontraba libre de enfermedad.

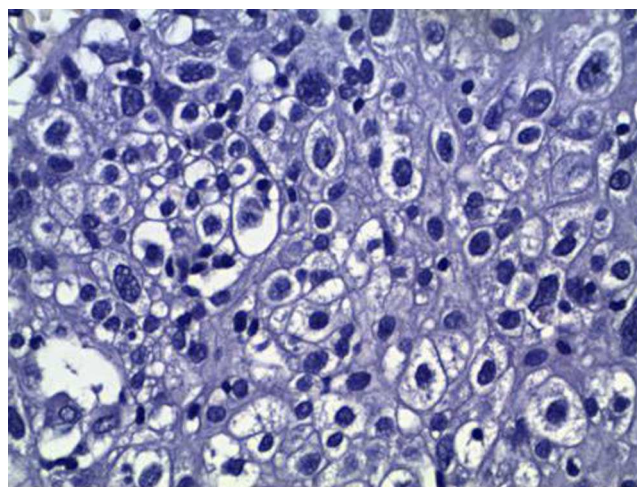


Figura 2 Carcinoma de células claras del ovario. Hiperchromasia nuclear y aspecto vacío del citoplasma.

Discusión

El tejido ovárico ectópico fue descrito por primera vez por Grohe en 1864. En 1959, Wharton propuso la primera clasificación para el tejido ovárico ectópico, distinguiendo entre ovario supernumerario (lejos del ovario eutópico y sin conexión con este) y ovario accesorio (cerca del ovario eutópico y conectado con este) Lachman y Berman², en 1991, defendió que la localización ectópica del tejido ovárico podía deberse a que se tratase de un implante posquirúrgico³, postinflamatorio o bien a tejido ovárico ectópico verdadero de origen embrionario⁴. Hemos encontrado 57 casos de tejido ovárico ectópico publicados en la literatura. Solo 50 de ellos, con confirmación histológica⁵⁻⁷. En 10 de los casos, estaba asociado a otras malformaciones⁸ (principalmente genitourinarias)⁹⁻¹¹. En 28 de los casos, el tejido era tejido ovárico sano, en los 22 restantes se diagnosticó alguna enfermedad, 19 de ellas benignas (cistoadenoma¹², tumor Brenner¹³, cuerpo lúteo hemorrágico¹⁴, teratoma^{15,16}, endometrioma¹⁷⁻¹⁹ y solo 3 malignas^{20,21}), todas ellas adenocarcinomas.

Es nuestro caso, por lo tanto, el único publicado hasta el momento de carcinoma de células claras en ovario accesorio, con metástasis a distancia.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Las autoras declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Las autoras declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Las autoras declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Prat J, FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;124:1-5.
- Lachman MF, Berman MM. The ectopic ovary. A case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med*. 1991;115:233-5.
- Cruikshank S. Supernumerary ovary: Embryology. *Int J Gynaecol Obstet*. 1991;34:175-8.
- Halil S, Kucuk M, Cepni I. Surgical transpositioning of ectopic ovarian tissue and pregnancy. *Gynecol Obstet Invest*. 2010;69:78-80.
- Uyar I, Gulhan I, Sipahi M, Hanhan HM, Ozeren M. Ectopic ovary confirmed by ovarian stimulation in a case of unicornuate uterus. *Fertil Steril*. 2011;96:e122-4.
- Idil M, Ozdemir BG, Ocal P, Cepni I, Erturk S, Erguney S. Detection of an inguinal ovary at controlled ovarian stimulation that was successfully treated by repositioning. *Fertil Steril*. 2006;85:1822.e9-e11.
- Fujiwara K, Shirotani T, Kohno I. Supernumerary ovary found by ultrasonogram and FSH measurement after an extensive operation for a yolk sac tumor of the ovary. *Gynecol Obstet Invest*. 1999;48:138-40.
- Pellicano M, Penner I, Connola D, Cascone D, Sorrentino V, Gargano V, et al. Voluminous ectopic polycystic ovaries in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Minerva Ginecol*. 2005;57:655-8.
- Zhigang Z, Wenlu S. An intrarenal supernumerary ovary concurrent with a completely duplicated pelvis and ureter. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007;18:1243-6.
- Schulte-Baukloh H, Buchholz J, Stürzebecher B, Knispel HH. Laparoscopic management of hydronephrosis in a woman with rare genitourinary anomalies: Unicornous uterus, contralateral agenesis of the kidney, and contralateral ectopic ovary in the groin. *J Endourol*. 2003;17:759-61.
- Reed DH, Dixon AK, Braude PR. Ectopic ovaries associated with absent uterus and pelvic kidney: CT findings. *J Comput Assist Tomogr*. 1990;14:157-8.
- Temiz M, Aslan A, Gungoren A, Diner G, Karazincir S. A giant serous cystadenoma developing in an accessory ovary. *Arch Gynecol Obstet*. 2008;278:153-5.
- Heller DS, Harpaz N, Breakstone B. Neoplasms arising in ectopic ovaries: a case of Brenner tumor in an accessory ovary. *Int J Gynecol Pathol*. 1990;9:185-9.
- Matsubara Y, Fujioka T, Ikeda T, Kusanagi Y, Matsubara K, Ito M. Periodic size changes in a supernumerary ovary with associated corpus luteal cyst. *J Obstet Gynaecol Res*. 2009;35:180-2.
- Nishiyama S, Hirota Y, Nishizawa H, Tada S, Udagawa Y. Bilateral interruption of mid-fallopian tubes and ovarian anomalies including ectopic ovary and cystic teratoma, a previously unreported combination. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010;17:534-7.
- Besser MJ, Posey DM. Cystic teratoma in a supernumerary ovary of the greater omentum. A case report. *J Reprod Med*. 1992;37:189-93.
- Nichols JL, Zhang XM, Bieber EJ. Case of accessory ovary in the round ligament with associated endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009;16:216-8.
- Kamiyama K, Moromizato H, Toma T, Kinjo T, Iwamasa T. Two cases of supernumerary ovary: One with large fibroma with Meig's syndrome and the other with endometriosis and cystic change. *Pathol Res Pract*. 2001;197:847-51.
- Badawy SZ, Kasello DJ, Powers C, Elia G, Wojtowycz AR. Supernumerary ovary with an endometrioma and osseous metaplasia: A case report. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;173:1623-4.
- Barik S, Dhaliwal LK, Gopalan S, Rajwanshi A. Adenocarcinoma of the supernumerary ovary. *Int J Gynaecol Obstet*. 1991;34:75-7.
- Nomellini RS, Oliveira LJ, Jammal MP, Adad SJ, Murta EFC. Serous papillary cystadenocarcinoma in supernumerary ovary. *J Obstet Gynaecol*. 2013;33:324.