

# Informe histopatológico de tejido ovárico ectópico verdadero

Kiyoshi A Macotela,\* Paulett Bayona,\* Alejandro Avendaño,\*\* Annie Kuttothara,\*\* Vivian Cruz Minoli,\*\* Jesús Javier Baquera Heredia\*\*\*

## RESUMEN

El tejido ovárico ectópico es una variación ginecológica extremadamente rara, la cual se ha postulado como una alteración en la migración de las células germinales, durante el periodo embrionario. Reportado por primera vez en 1864 por Grohe, requiere de confirmación histopatológica para corroborar el diagnóstico. En un inicio fue dividido en ovario supernumerario y accesorio; actualmente, Lachman y Berman proponen definirlo como tejido ectópico y lo subclasifican en implante postquirúrgico, inflamatorio y verdadero. Se comunica el caso de una mujer de 19 años, la cual debutó con dolor abdominal súbito en la fosa iliaca izquierda, con presencia de abundante líquido libre en cavidad, observando por laparoscopia un quiste seroso gigante preperitoneal, sin relación con los ovarios. Reportando por patología estroma similar al del ovario consistente con quiste folicular, cistadenoma seroso. En la literatura, se han reportado menos de 5 casos como éste con tejido ovárico ectópico verdadero, confirmado por patología.

**Palabras clave:** Ovario ectópico, ovario supernumerario, ovario accesorio.

**Nivel de evidencia:** IV.

## Histopathological report of true ectopic ovarian tissue

## ABSTRACT

The ectopic ovarian tissue is an extremely rare gynecological variation, which has been postulated as an alteration in the migration of germ cells during the embryonic period. First reported in 1864 by Grohe, histopathological confirmation is required to confirm the diagnosis. Initially it was divided into supernumerary and accessory ovary. Lachman and Berman currently defined it as ectopic tissue and subclassified: postoperative implant, inflammatory and true ectopic ovary. We report the case of a woman of 19 years, which debuted with sudden abdominal pain in the left iliac fossa, with presence of abundant free fluid in the cavity, during laparoscopic we found a preperitoneal giant serous cyst, unrelated to the ovaries. Reporting by pathology ovarian stroma consistent with follicular cysts, serous cystadenoma. In the literature are less than 5 cases like this, with true ectopic ovarian tissue, confirmed by pathology.

**Key words:** Ectopic ovary, supernumerary ovary, accessory ovary.

**Level of evidence:** IV.

## INTRODUCCIÓN

Reportado inicialmente en 1864 por Grohe,<sup>1</sup> el tejido ovárico ectópico es una de las alteraciones ginecológicas más raras, con una incidencia de uno en 29,000 a 700,000.<sup>2</sup> La clasificación descrita en 1959 por Wharton las divide en ovario supernumerario y accesorio, misma que aún se encuentra en debate. El ovario supernumerario se encuentra totalmente separado de la localización normal y se origina aparentemente de un primordio distinto.<sup>1</sup> El ovario accesorio incluye un exceso de tejido ovárico, situado próximo o conectado al ovario normal. Su diagnóstico requiere de comprobación histológica.

Su origen está todavía en discusión, se ha atribuido a alteraciones en la migración de las células

\* Residente de Gineco-Obstetricia, Centro Médico ABC, Santa Fe.

\*\* Médico Staff de Gineco-Obstetricia, Centro Médico ABC, Santa Fe.

\*\*\* Médico Staff de Patología, Centro Médico ABC, Observatorio.

Recibido para publicación: 30/08/12. Aceptado: 27/09/12.

Correspondencia: Kiyoshi Arturo Macotela Nakagaki  
Prolongación Paseo de la Reforma Núm. 215-501, Torre 2,  
Col. Paseo de las Lomas, Delegación Álvaro Obregón, 01330, México, D.F.  
Tel. 52 92 43 82 Cel. 044 55 26536731  
E-mail: k\_macotela@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:  
<http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

germinales, teoría expuesta por Witschi, que toma fuerza al localizarse el ovario ectópico, hallado en los casos reportados, precisamente en la misma situación que en la etapa temprana embrionaria, asimismo, él demostró que ocasionalmente existe un retraso o alteración en la migración de las mismas, al persistir y multiplicarse en el mesenterio sigmoideo o área retroperitoneal; de transformarse el mesénquima circundante en estroma ovárico, el resultado sería tejido ovárico ectópico.<sup>3</sup>

### CASO CLÍNICO

Paciente de 19 años, la cual acude a urgencias, iniciando su padecimiento actual con dolor en la fosa iliaca izquierda, de inicio súbito, intensidad 8/10, sin otra sintomatología asociada. No cuenta con antecedentes quirúrgicos, ni médicos.

Menarca a los 12 años, ciclos regulares de 28 x 4, con dismenorrea leve.

En la exploración física: mujer con un IMC de 19, hemodinámicamente estable, con un abdomen con resistencia muscular involuntaria, peristaltismo presente, dolor a la percusión, hiperbaralgia, dolor a la palpación media en fosa iliaca izquierda y derecha, con maniobra de McBurney, Rovsing, psoas y obturador, positivos.

Se solicita tomografía abdominal, reportando abundante líquido libre, de predominio en la fosa iliaca izquierda, con aspecto homogéneo, desplazando las asas intestinales, lateralizando a la derecha el útero, ambos anexos y vejiga. No se logra integrar algún diagnóstico, por lo que se solicita ultrasonido, reportando ovario derecho con patrón folicular con

un volumen de 11 cm<sup>3</sup>, el ovario izquierdo sin alteración del estroma y volumen de 4.7 cm<sup>3</sup>, con líquido libre en correderas parietocólicas, fosas iliacas y hueco pélvico.

La paciente persiste con dolor, por lo que se decide realizar laparoscopia diagnóstica, encontrando quiste gigante preperitoneal, mismo que abarca desde la pared abdominal anterior a nivel de cicatriz umbilical, corredera parietocólica izquierda hasta el hueco pélvico. Se confirma que no proviene de vejiga al realizarse cistoscopia y se observa de forma independiente (*Figura 1*). Se punciona y obtiene líquido para su estudio citológico, y se realiza disección parcial del quiste, encontrando líquido serohemático y tejido macroscópicamente de aspecto adiposo y linfático (*Figuras 2 y 3*). Posteriormente, el estudio histopato-



*Figura 2. Contenido del quiste.*



*Figura 1. Imagen inicial del quiste.*



*Figura 3. Quiste sin relación con el ovario.*

lógico reporta pared fibrosa con hemorragia antigua y estroma similar al del ovario, consistente con quiste folicular/cistadenoma seroso, negativo a neoplasia. Integrándose el diagnóstico de cistadenoma seroso gigante hemorrágico, proveniente de tejido ovárico ectópico.

### INFORME HISTOPATOLÓGICO

El estudio histopatológico confirma la presencia del estroma ovárico, el cual se distingue en la *figura 4* una microfotografía panorámica que muestra el espesor del quiste. La superficie plana que está hacia la parte inferior de la fotografía constituye la cara interna del quiste, revestida por epitelio plano (no discernible a este aumento), que suprayace a una banda de tejido edematoso, seguido de una banda de estroma fusocelular que se dispone como fascículos entrecruzados, con malla capilar arborescente, sin evidencia de células germinales. La parte más externa de la pared del quiste mira hacia arriba y está constituida por tejido adiposo retroperitoneal ricamente capilarizado (hematoxilina eosina, 20x) (*Figura 4*).

La *figura 5* nos presenta una microfotografía a mayor aumento de la banda de estroma ovárico, donde se puede apreciar la formación de fascículos; las células son fusiformes, de núcleos oblongos con puntas romas y membrana nuclear regular. La cromatina es vesiculosa, sin nucléolos, sin pseudoinclusiones, sin actividad mitótica, ni atipia significativa. Los citoplasmas alternan entre masas eosinófilas de

bordes mal definidos y focos de vacuolación que sugieren áreas luteinizadas. La malla capilar es aparente y el estroma está formado por fibras de colágena densa mezclada con los elementos celulares (hematoxilina eosina, 200x).

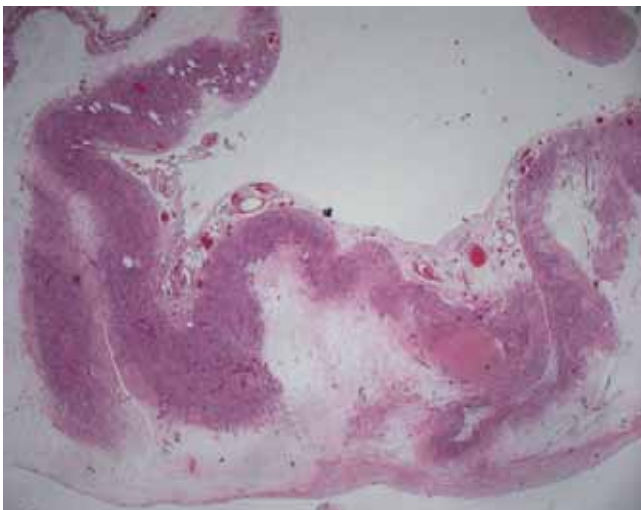
### DISCUSIÓN

Se han reportado al menos 50 casos de tejido ovárico ectópico desde la clasificación de Wharton, esta clasificación propone que existen dos ovarios normales y un origen embriológico del tejido ovárico adicional. Pero, se ha reportado que aproximadamente el 50% de los casos descritos desde 1950 son pacientes con antecedente de cirugía pélvica, por lo que se han propuesto otras clasificaciones, una de ellas por Lachman y Berman, donde se propone que todo tejido ovárico situado en una localización anormal se denomine tejido ectópico y se subclasifique en:

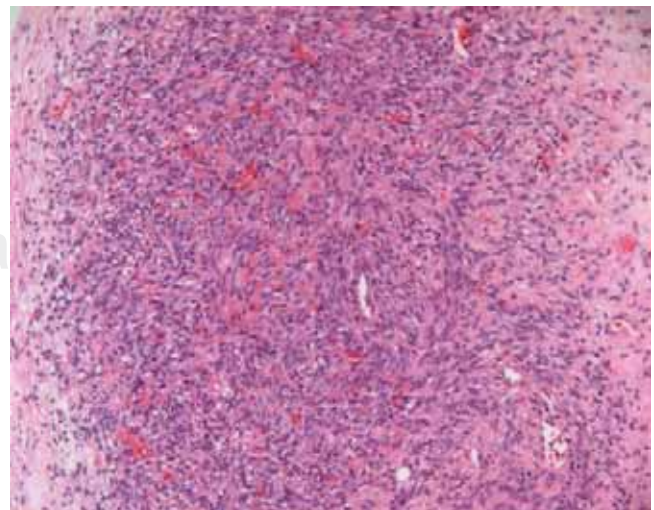
1. Implante postquirúrgico
2. Implante postinflamatorio
3. Tejido ovárico verdadero (embriológico)<sup>4-7</sup>

Tomando en cuenta esta clasificación, se podría proponer que la paciente cuenta con tejido ovárico verdadero (embriológico), ya que no cuenta con ningún antecedente quirúrgico o inflamatorio.

El tejido ovárico ectópico no asociado a cirugía o patología inflamatoria es una patología sumamente rara. La presencia de cistoadenoma seroso procedente de un ovario accesorio, como el presentado en este



*Figura 4.* Imagen histológica: hematoxilina eosina, 20x.



*Figura 5.* Imagen histológica: hematoxilina eosina, 200x.

caso, es aun más raro, reportándose no más de tres casos en la literatura.<sup>8</sup>

Es extremadamente complicado diagnosticar esta entidad de forma preoperatoria y la mayoría de los casos es diagnosticada de forma incidental o sorpresiva, mediante el reporte de patología, posterior a la resección de una masa clínicamente relevante.<sup>3</sup>

La detección del ovario ectópico frecuentemente se asocia con quistes, debido a que éstos son sintomáticos, o con alteraciones del ciclo menstrual. Las masas que más comúnmente se asocian son: teratoma maduro y el cistoadenoma mucinoso, presentes en el 50% de los casos. Pero también se han descrito en asociación con tumor de Brenner, el tumor estroma esclerosante, cistoadenoma seroso, cistadenofibroma seroso, fibroma y adenocarcinoma.

Cerca del 36% de los casos de ovario ectópico, se asocian a alguna anormalidad urogenital.<sup>9</sup> La agenesia de útero se asocia en un 20% y el útero unicornio en un 42% a la presencia de tejido ovárico ectópico, en su mayoría clasificados como supernumerarios, de acuerdo con Wharton.<sup>10</sup>

### CONCLUSIONES

El tejido ovárico ectópico es una patología particular, con una incidencia de uno en 29,000 a 700,000, la cual presenta un cuadro clínico inespecífico y sin hallazgos concretos por estudios de gabinete, su diagnóstico pasa fácilmente inadvertido, por lo que se

debe tener en mente al encontrar una masa quística clínicamente relevante, cuyo origen sea poco claro, solicitando en todo momento un estudio histopatológico, para su confirmación y diagnóstico certero.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Wharton LR. Two cases of supernumerary ovary and one of accessory ovary, with analysis of previously reported cases. *Am J Obstet Gynecol* 1959; 78: 1101-1119.
2. Litos MG, Furara S, Chin K. Supernumerary ovary: A case report and literature review. *J Obstet Gynaecol* 2003; 23 (3): 325-327.
3. Witschi E. *Contrib Embryol* 1948; 32: 67.
4. Sharatz M, Treviño T, Rodríguez L, West J. Giant serous cystadenoma arising from an accessory ovary in a morbidly obese: 11-years-old girl: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2008; 2: 7.
5. Kuga T, Esato K, Takeda K, Sase M, Hoshii Y. A supernumerary ovary of the *omentum* with cystic change: report of two cases and review of the literature. *Pathol Int* 1999; 49 (6): 566-570.
6. Lachman M, Berman M. The ectopic ovary: a case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 1991; 115: 233-235.
7. Watkins BP, Kothari SN. True ectopic ovary: a case and review. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 269 (2): 145-146.
8. Mercer LJ, Toub DB, Cibilis LA. Tumors originating in supernumerary ovaries: a report of two cases. *J Reprod Med* 1987; 32 (12): 932-934.
9. Vendeland LL, Shehadeh L. Incidental finding of an accessory ovary in a 16-years-old at laparoscopy. A case report. *J Reprod Med* 2000; 45 (5): 435-438.
10. Dabirashrafi H, Mohammad K, Moghadami-Tabrizi N. Ovarian malposition in women with uterine anomalies. *Obstet Gynecol* 1994; 83 (2): 293-294.