



## Pared gástrica en teratoma quístico benigno de ovario

Perla Esther Zaragoza Vargas,\* Sergio Dickter,\*\* Javier Baquera Heredia,\*\*\* Carlos Ortiz Hidalgo\*\*\*\*

Nivel de evidencia: III

### RESUMEN

Se muestran las características clínicas y patológicas de un teratoma quístico maduro de ovario con desarrollo completo de la pared gástrica y úlcera péptica extensa. La pared gástrica completa fue el único componente teratomatoso. Solamente se han reportado dos casos de mucosa gástrica con úlcera péptica en un teratoma de ovario.

**Palabras clave:** teratoma quístico benigno, mucosa gástrica, úlcera péptica.

### ABSTRACT

We present the clinicopathological features of an ovarian mature cystic teratoma with a fully developed gastric wall containing an extensive peptic ulcer. Complete gastric wall, was the only teratomatous tissue present. There are only two previous reported cases of gastric mucosa with a peptic ulcer in an ovarian teratoma.

**Key words:** benign cystic teratoma, gastric mucosa, peptic ulcer.

### RÉSUMÉ

On montre les caractéristiques cliniques et pathologiques d'un téратome kystique mature d'ovaire avec développement entier de la paroi gastrique et ulcère peptique étendue. La paroi gastrique complète a été la seule composante tératomateuse. On a rapporté seulement deux cas de muqueuse gastrique avec ulcère peptique dans un tératome d'ovaire.

**Mots-clé :** tératome kystique bénin, muqueuse gastrique, ulcère peptique.

### RESUMO

Mostram-se as características clínicas e patológicas de um teratoma cístico maduro de ovário com desenvolvimento completo da parede gástrica e úlcera péptica estensa. A parede gástrica completa foi o único componente teratomatoso. Somente reportaram-se dois casos de mucosa gástrica com úlcera péptica num teratoma de ovário.

**Palavras chave:** teratoma cístico benigno, mucosa gástrica, úlcera péptica.

**L**os teratomas quísticos maduros constituyen, aproximadamente, 20% de todas las neoplasias ováricas. Aparecen en diversas edades, pero son más frecuentes en la etapa reproductiva.<sup>1</sup> Los teratomas son tumores constituidos por tejido desarrollado a partir de las tres capas embrionarias, aunque los más comunes se encuentran en el epitelio escamoso de la

piel y sus anexos. Coexisten con menor frecuencia en otros tejidos, como: neuroglía, cerebro, adiposo, huesos, cartílago hialino, dientes, epitelio respiratorio, músculo liso y agregados linfoides.<sup>2</sup> El epitelio gástrico es uno de los tejidos menos frecuentes y es aún menos común el desarrollo completo de la pared gástrica en un teratoma. Algunos autores describieron la coexistencia

\* Unidad de Patología, Hospital General de México SS. México, DF.

\*\* Departamento de Gineco-obstetricia.

\*\*\* Departamento de Patología.

Centro Médico ABC, México, DF.

\*\*\*\* Departamento de Biología Celular y Tisular, Universidad Panamericana, México, DF.

Correspondencia: Dr. Carlos Ortiz Hidalgo. Departamento de Patología, Centro Médico ABC. Sur 136 número 116, colonia Las Américas, CP 01120. México, DF.

E-mail: cortiz@abchospital.com

Recibido: septiembre, 2006. Aceptado: octubre, 2006.

Este artículo debe citarse como: Zaragoza Vargas PE, Dicker S, Baquera Heredia J, Ortiz Hidalgo C. Pared gástrica en teratoma quístico benigno de ovario. Ginecol Obstet Mex 2007;75:43-45.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

de una úlcera péptica en un teratoma ovárico relacionada con desarrollo completo de la pared gástrica.<sup>3,4</sup>

Se comunica la coexistencia de pared gástrica completa con úlcera péptica extensa (tipo antral) en la mucosa gástrica, en un teratoma quístico benigno de ovario.

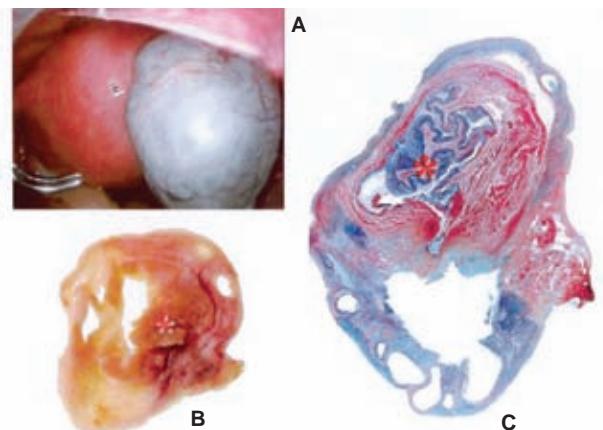
#### INFORME DEL CASO

Mujer de 38 años de edad que acudió a consulta con dolor en el hipogastrio (cinco meses de evolución); se practicó irradiación en el flanco derecho sin fenómenos agregados. La última menstruación ocurrió días previos (18 de julio del 2006), con dolor. Había tenido dos embarazos y dos partos eutópicos con neonatos sanos. Seis meses previos a la consulta los resultados de la citología cérvico-vaginal fueron normales. A la exploración física se encontró útero de forma y tamaño normal y una masa palpable de anexo derecho (figura 1A). Por ultrasonido se identificó una masa en el ovario derecho de aproximadamente 4.5 x 3.3 x 3 cm con ecos internos y dolorosa a la movilización. El anexo izquierdo tuvo características sonográficas normales y los fondos de saco no mostraron alteraciones. Se realizó resección del anexo derecho.

#### Hallazgos histopatológicos

El producto de la resección quirúrgica correspondió a una estructura quística colapsada que pesó 22.2 g y midió 4.5 cm en el eje mayor. La superficie externa tenía consistencia lisa y color opaco (blanco-grisácea). Al momento del corte, la consistencia era blanda y de superficie heterogénea, los quistes contenían líquido translúcido que medían, en promedio, 0.5 cm en el eje mayor; su superficie interna era lisa. Además, había cuerpos amarillos con centro hemorrágico y un quiste mayor de 1.5 cm en el centro del espécimen con material espeso de color marrón rosado (figura 1B). En la observación al microscopio, los quistes menores correspondieron a quistes foliculares simples. El quiste mayor estaba revestido por epitelio glandular, perteneciente a la mucosa gástrica, con capa submucosa y muscular propia en toda su circunferencia (figura 1C).

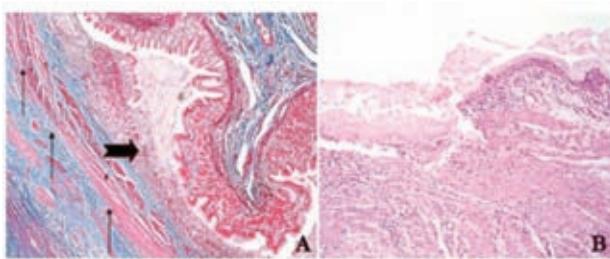
Focalmente y en continuidad con la mucosa gástrica, había epitelio plano estratificado no queratinizado, similar al observado en el esófago maduro. El epite-



**Figura 1.** A) Tumor ovárico situado a la derecha del útero de superficie lisa/nodular blanquecina. B) Corte macroscópico con quistes periféricos y uno central (asterisco). C) Montaje histológico para correlacionar con el corte macroscópico. Se observan quistes periféricos (quistes foliculares); la zona marcada con el asterisco corresponde a la cavidad teratomatosa recubierta por la pared gástrica.

lio gástrico del quiste estaba constituido por mucosa fúnica, células foveolares, mucosas superficiales y glándulas gástricas alargadas, revestidas por células principales y parietales. También, se apreciaba la capa mucosa antral formada por abundantes células superficiales mucinosas foveolares y glándulas gástricas con predominio de células mucosas. En el segmento correspondiente a la mucosa antral se identificó inflamación crónica folicular y úlcera péptica extensa con inflamación crónica constituida por tres capas: una superficial con escaso infiltrado polimorfonuclear, macrófagos, células gigantes multinucleares y linfocitos con restos celulares; escaso tejido de granulación en la porción media y fibrosis en la base, con interrupción parcial de la *muscularis mucosae* y la submucosa, acompañada de infiltrado linfocítico formado por escasos folículos linfoides (figura 2A y B). El tricrómico de Masson y el pentacrómico de Russell-Movat demostraron la fibrosis en la base de la úlcera. La tinción con Genta para identificar *Helicobacter pylori* resultó negativa.

Por medio de inmunohistoquímica se identificaron células endocrinas en el epitelio gástrico positivas a cromogranina A y distribuidas en forma irregular en el epitelio del cuerpo gástrico y en el antral. La sinaptofisina resaltó el plexo mientérico de Auerbach y el CD117 demostró células delgadas fusiformes entre



**Figura 2.** A) Bajo aumento de la zona quística teratomatosa. Obsérvese la pared gástrica completa con capa mucosa, submucosa y muscular propia (flechas delgadas). En la mucosa se identifica la úlcera péptica extensa (flecha grande). Tinción de Masson x100. B) Acercamiento de la zona de transición entre la mucosa gástrica antral (derecha) y la úlcera péptica (izquierda). H&E x400.

las capas musculares, sugerentes de células intersticiales de Cajal y numerosos mastocitos distribuidos de manera irregular en la pared gástrica. En el resto del parénquima ovárico se detectaron dos cuerpos blancos. No hubo hallazgos de desarrollo tisular de cualquier capa germinal o de tejido teratomatoso inmaduro.

#### COMENTARIO

Desde el punto de vista microscópico, los teratomas quísticos maduros de ovario están formados por tejidos bien diferenciados, similares a la apariencia histológica de los órganos maduros. Los quistes están revestidos, casi en su totalidad, por epidermis y sus anexos; es raro que se revistan por pared gástrica completa. Hay solamente dos informes que describen, como complicación, úlcera péptica del epitelio gástrico en teratoma quístico maduro.<sup>3,4</sup>

En el estómago, la úlcera péptica se considera secundaria al desequilibrio entre producción de ácido y protección a la mucosa. La secreción ácida, producida por las células parietales del estómago, está mediada por el sistema nervioso simpático y por la gastrina circulante. El caso descrito por Tiltman y col. señala que la digestión ácida se dirigió hacia el epitelio res-

piratorio y la cavidad formada se recubría de mucosa gástrica; sin embargo, en este caso, no detectamos otro tipo de epitelio que fuera diferente al gástrico.<sup>4</sup>

Los teratomas ováricos pueden ser asintomáticos o relacionarse con dolor abdominal, síntomas gastrointestinales, alteraciones menstruales o aparecer como masa abdominal palpable.<sup>5,6</sup> Las complicaciones más frecuentes de los teratomas maduros quísticos de ovario son: torsión (7.7%), rotura intraperitoneal (3.8%) y transformación maligna (0.3%).<sup>5</sup> Una posible complicación a considerar es el dolor secundario a úlcera del epitelio gástrico.

#### CONCLUSIÓN

La coexistencia de epitelio gástrico, en un teratoma quístico benigno, es poco común y es muy raro el desarrollo completo de la pared gástrica con mucosa completa. Solamente se han reportado dos casos de mucosa gástrica con úlcera péptica en un teratoma de ovario. El que se describe en este caso refleja que el epitelio gástrico, en dicho teratoma, es bien diferenciado en su aspecto anatómico y funcional.<sup>3,4</sup>

#### REFERENCIAS

- Ulbright TM. Germ cell tumors of the gonads: a selective review emphasizing problems in differential diagnosis, newly appreciated, and controversial issues. *Mod Pathol* 2005;18:61-79.
- Dominguez-Rosado I, Michel J, Ortiz-Hidalgo C. Ovarian mature cystic teratoma exhibiting well-differentiated cerebellum in a 14-year-old female. *Pediatr Develop Pathol* 2005;8(2):247-9.
- Sahin AA, Ro JY, Chen J, Ayala AG. Spindle cell nodule and peptic ulcer arising in a fully developed gastric wall in a mature cystic teratoma. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:529-31.
- Tiltman AJ, Glass DR, Duffield MS. Peptic ulceration in a mature cystic teratoma of the ovary. *Histopathology* 1995;25:375-7.
- Ayhan A, Aksu T, Develioglu O, Tuncer ZS, Ayhan A. Complications and bilaterality of mature ovarian teratomas. *Obstet Gynaecol* 1991;31:83-5.
- Huntington MK, Krunger R. Large, complex, benign cystic teratoma in a adolescent. *J Am Board Fam Pract* 2002;15:164-7.