

# TUMOR DEL SENO ENDODERMICO (SACO VITELINO) DEL OVARIO. INFORME DE UN CASO.

*Dr. Alexis Fuentes Peláez<sup>1</sup>, Dr. Eduardo Andalia Ricardo<sup>2</sup>, Dr. Isidro Machado Puerto<sup>3</sup>, Dr. Félix Santel Odio<sup>4</sup>, Dr. Angel Píriz Momblant<sup>4</sup>.*

## RESUMEN

Se informa el caso de una mujer de 30 años de edad, con tumor de seno endodérmico del ovario izquierdo, diagnosticado en el Servicio de Patología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, considerado el primer caso de sus archivos. Estas neoplasias son raras y extremadamente malignas, por lo que se revisan los principales aspectos clínicos-epidemiológicos y patológicos.

**Palabras clave:** NEOPLASMAS OVARICOS/ epidemiología; SACO VITELINO/patología.

## INTRODUCCION

La historia de esta neoplasia de células germinales del ovario es profusa y confusa, contradictoria y, con frecuencia, pletórica de afirmaciones erróneas acerca de su origen, interrelación y evolución. El tumor del saco vitelino fue incluido en la descripción original de Schiller del mesonefroma en 1939, junto con el tumor ovárico designado actualmente como carcinoma de células claras. Una vez que se reconoció que este último tiene una histogénesis, una morfología y una patogenia totalmente diferentes, esta analogía no pudo seguir sosteniéndose.

---

*1 Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. HGD "Dr. Agostinho Neto".*

*2 Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente. FCM Guantánamo.*

*3 Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Hospital Universitario "Hermanos Ameijeiras", Ciudad de la Habana.*

*4 Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente, FCM, Guantánamo.*

La siguiente generación de artículos sobre el tema separó claramente estas dos neoplasias, pero utilizó términos más o menos intercambiables, como tumor del saco vitelino y carcinoma embrionario, que los hacen compartir muchas características comunes por ser derivados de las células germinales, pero con diferencias suficientes entre las dos para justificar su separación. En 1946, Teilum distingue dos tipos de tumor, según su morfología microscópica y su histogénesis.<sup>1,2</sup>

Al aparecer en los sujetos jóvenes, una de estas entidades, estrechamente emparentadas con los tumores testiculares, tenía para Teilum un origen disgerminal, con una semejanza indiscutible con las estructuras diferenciadas del saco vitelino; tanto más cuanto que se observaba frecuentemente la asociación con otros tumores disgerminales y se podía hallar, además de en la zona gonádica, por ejemplo, en la región mediastínica, sacrococcígea y craneana. Él la denominó tumor del seno endodérmico.<sup>2</sup>

Este tumor es raro, pero ocupa el segundo lugar por orden de frecuencia entre los tumores malignos procedentes de las células germinales.

## **INFORME DEL CASO**

Paciente M.S.O., con historia clínica 444651, de 30 años de edad, con antecedentes de salud aparente y obstétricos de gestación: 7, partos: 2, abortos: 5 (provocados), que ingresa en el servicio de cirugía porque hace aproximadamente un mes presenta aumento de volumen del abdomen, acompañado de dificultad para la micción, la marcha, y falta de apetito, por lo que se le indican y realizan estudios pertinentes para precisar el diagnóstico.

*Antecedentes patológicos familiares:* No refiere.

*Antecedentes patológicos personales:* No refiere.

*Interrogatorio por aparatos:*

- Aparato genitourinario: Dificultad para la micción.
- Aparato ginecológico: Menarquía: 12 años  
Formula menstrual: 5/28  
Primeras relaciones sexuales: 14 años  
Fecha última menstruación: 1/11/2001

*Examen físico:* Talla: 176 cm

Peso: 81 kg

Piel y mucosas: Hipocoloreadas y húmedas.

Frecuencia respiratoria: 18 x min.

Frecuencia cardiaca: 66 x min Tensión arterial: 110/80 mmhg  
Abdomen: Globuloso, se palpa tumoración que ocupa todo el hemiabdomen inferior, irregular, renitente, no dolorosa.

*Estudios de laboratorio clínico:*

Hemoglobina: 110 g/l  
Hematocrito: 0,35 l/l  
Eritrosedimentación: 95 mm/h  
Serología: No reactiva  
VIH: Negativo  
Glicemia, creatinina y coagulograma: Resultaron dentro de límites normales.

*Estudios imagenológicos:*

Radiografía de tórax: Derrame pleural derecho de mediano calibre.

Ultrasonido:

- Hígado, páncreas, bazo y riñones: Normales
- Vejiga: Compresión extrínseca por tumor ginecológico.
- Masa compleja, predominantemente ecogénica, que ocupa toda la cavidad abdominal, de 86 x 161 mm. Ascitis tabicada.

La paciente se sometió a tratamiento quirúrgico el 23 de enero del 2002; se realizó laparotomía exploradora con resección de tumor gigante del ovario izquierdo, que se completa con la histerectomía total con anexectomía contralateral.

## **DESCRIPCION ANATOMOPATOLOGICA**

Macroscópicamente, la pieza quirúrgica correspondió al ovario izquierdo, de aspecto tumoral, con diámetro de 36 x 22 x 13 cm y peso de 5500 gr, redondo, globular, de superficie lisa y brillante, consistencia renitente. Superficie de corte variada, parcialmente quística con focos sólidos de color amarillento con áreas extensas de necrosis gelatinosa y hemorragia (Figuras 1 y 2). Se realizó citología peroperatoria que resulta positiva de células neoplásicas.

Al examen microscópico, el aspecto es algo variable, con áreas reticulares formadas por una trama laxa revestida por células aplanadas o cúbicas, formaciones papilares con cuerpos de Schiller-Duval, áreas indiferenciadas sólidas y focos con un estroma fusocelular denso, con quistes tapizados de epitelio y gotitas hialinas intra y extracelulares bien visibles que resultaron positivas (PAS) (Figuras 3 y 4).

Histerectomía total con anexectomía derecha y resección de epiplón mayor que muestra: Útero de 10 x 5 x 3 cm, serosa lisa y brillante. Cavity endometrial con DI U. Miometrio 1,3 cm. Endometrio en fase proliferativa. Cuello de 3 x 2 cm con quistes de Naboth.

Tuba uterina de 2 x 0,5 cm con serosa lisa y brillante.

Ovario derecho con aumento de volumen, renitente, con quiste de 5 x 3 cm, de paredes lisas y contenido amarillento pastoso y grasiento, mezclado con pelos: Quiste dermoide del ovario contralateral.

*Diagnóstico histopatológico:* tumor del seno endodérmico (saco vitelino)

## **DISCUSION**

Aun cuando ha existido gran confusión respecto a este tumor, desde su descripción inicial por Schiller, parece existir general consenso, en la actualidad, en el sentido de que este tumor se origina en una célula germinal extraembrionaria y que es altamente maligno.<sup>3-5</sup>

Suele ocurrir en niñas y mujeres jóvenes menores de 30 años, y está muy avanzado antes de que se establezca el diagnóstico clínico. Del mismo modo que con otros tumores altamente virulentos, la hinchazón abdominal y el malestar se encuentran entre los primeros síntomas clínicos.<sup>3-6</sup>

En el momento de la exploración quirúrgica están presentes, con frecuencia, la ascitis y el derrame pleural<sup>5,7</sup>, como ocurre en nuestro caso.

El curso clínico de este tumor es casi uniformemente letal, y si bien está indicada una intervención quirúrgica radical con extracción de todos los órganos pelvianos, su precoz diseminación linfática y hematogena más allá de los confines del ovario y de la pelvis no ha brindado, esencialmente, una oportunidad para que la cirugía, por sí sola tenga éxito.<sup>5</sup>

Macroscópicamente, el tumor del seno endodérmico es generalmente unilateral (bilateral en el 10 % de los casos), de preferencia en el ovario derecho. Su talla es de 5 a 30 cm; es encapsulado, redondo, globular, renitente, de color amarillento con áreas de hemorragia, de necrosis gelatinosa. Al corte, es pseudoquística<sup>2</sup>

Los hallazgos microscópicos de nuestro caso se corresponden con lo revisado en la literatura<sup>1-4</sup>, donde se informa que están caracterizados por formaciones perivasculares centradas por un eje mesenquimocapilar delgado, consideradas por Schiller como un glomérulo del mesonefros; están tapizadas por un epitelio cilíndrico-cúbico que se proyecta a los espacios sinusoides y se comunican con las formaciones laberínticas vecinas. Este aspecto corresponde al seno endodérmico, poco visible en

los esbozos placentarios humanos, pero muy típico en la placenta de la rata y conocido bajo el nombre de cuerpos de Schiller-Duval.

Al igual que el saco vitelino, el tumor posee abundante alfafetoproteína y alfa-antitripsina, donde forman gotitas hialinas intra y extracelulares bien visibles, PAS positiva resistente a la diastasa, algunas de las cuales pueden teñirse con las técnicas de inmunoperoxidasas que detectan la alfafetoproteína.<sup>2,3,8,9</sup>

Este tumor parece afectar habitualmente a un solo ovario, pero su crecimiento es rápido y agresivo, por lo que producían casi siempre la muerte al cabo de dos años del diagnóstico, pero la quimioterapia de combinación ha mejorado sensiblemente el pronóstico.<sup>3,4</sup>

El uso de la Vincristina, la Actinomicina D y el Cytosan ha demostrado ser más eficaz en el control de la enfermedad avanzada que la radioterapia. En pacientes que no pueden tolerar este tratamiento, a raíz de graves complicaciones hemáticas, neurotóxicas o gastrointestinales, el empleo del agente aislado Adriamicina ha sido un método alternativo de tratamiento y ha producido resultados promisorios<sup>5</sup>

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Conocer el comportamiento y las manifestaciones clínicas del tumor del seno endodérmico, lesión poco común y sus características imagenológicas, así como citomorfológicas permite establecer diagnósticos diferenciales y definitivos preoperatorios para su tratamiento quirúrgico y paliativo adecuado.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Rosai J Ackerman. Patología Quirúrgica. T2. 6a ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1983: 1060-1062.
2. De Brux J. Histopatología Ginecológica. 2a ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1983: 387-390.
3. Crum CP. Aparato Genital Femenino. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Patología Estructural y Funcional de Robbins. 6a ed. España: McGraw-Hill. Interamericana; 1999:1413-1415.
4. Anderson JR. Muir's Textbook of Pathology. 12a ed. London: Edward Arnold; 1980: 964-965.
5. Te Linde R. Ginecología Operatoria. 5a ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1980:712-713.

6. Da Ros CT. Tumor de seio endodérmico de ovario.[Artículo en línea] J Bras Ginecol 1991; 101(9):391-2. <<http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/search?Base de datos=LILACS> [consulta: 15 Mar 2002].
7. Alcántara Vázquez A, Soto Abraham V, Durán Padilla MA, Román Bassaure E. Tumor de senos endodérmicos del ovario con patrón hepatoide predominante y metástasis a hígado [Artículo en línea] Rev Med Hosp Gen Méx 2002;63(1):41-5. <<http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/search?Base de datos=LILACS> [consulta: 15 Mar 2002].
8. Ashley DJ. Evans' Histological Appearances of Tumors. 3a ed.London: Churchill Livingstone; 1978: 695-696.
9. Ribeiro JA, Figueredo F. Tumores malignos de células germinativas do ovario: expressão de enolase neurônico-específica, alfa 1-antitripsina e alfa-1-antiquimotripsina [Artículo en línea] Rev Bras Cancerol 1991;37(1/4):41-4. <<http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/search?Base de datos=LILACS> [consulta: 15 Mar 2002].



Figura 1. Imagen macroscópica que ilustra el aspecto redondo y globular del tumor.

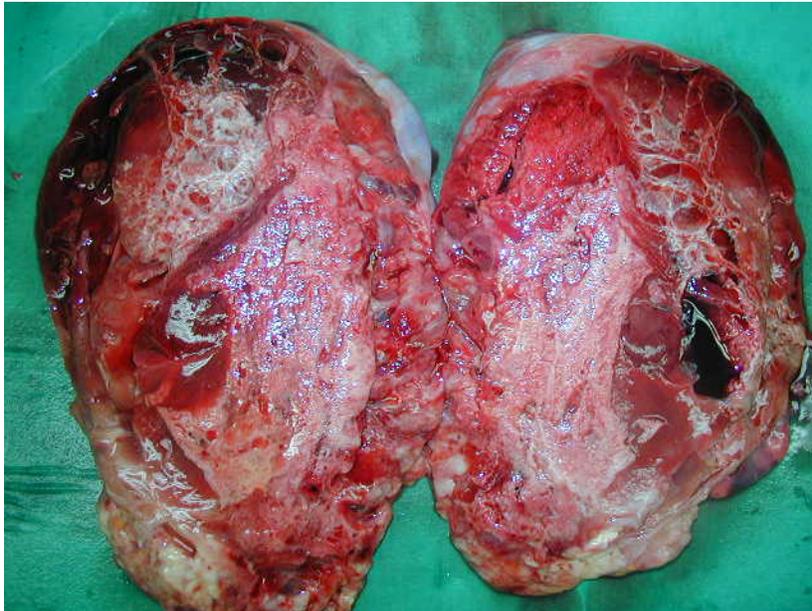


Figura 2. Superficie de corte de aspecto pseudoquístico.

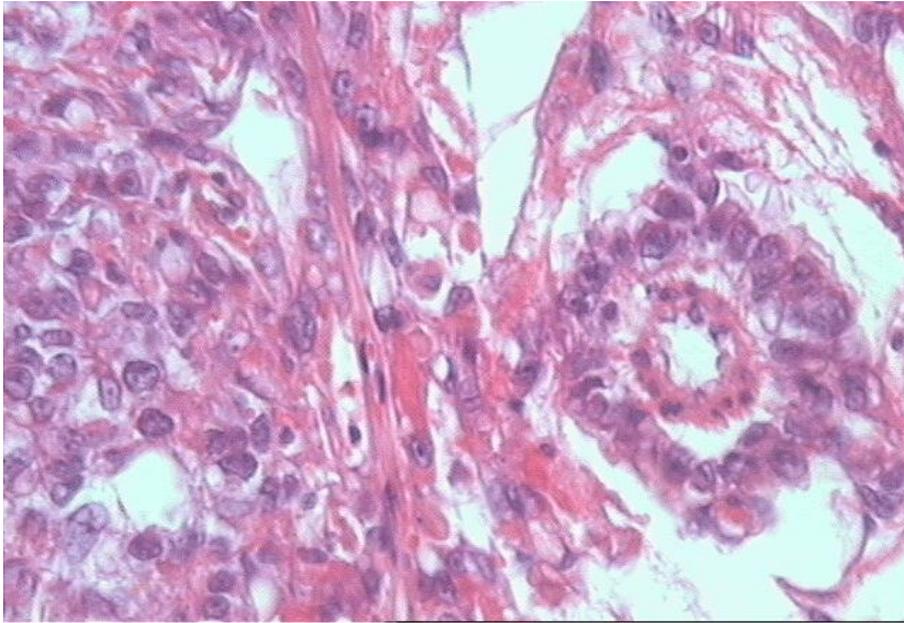


Figura 3. H/E x 40. Un cuerpo de Schiller-Duval a la derecha.

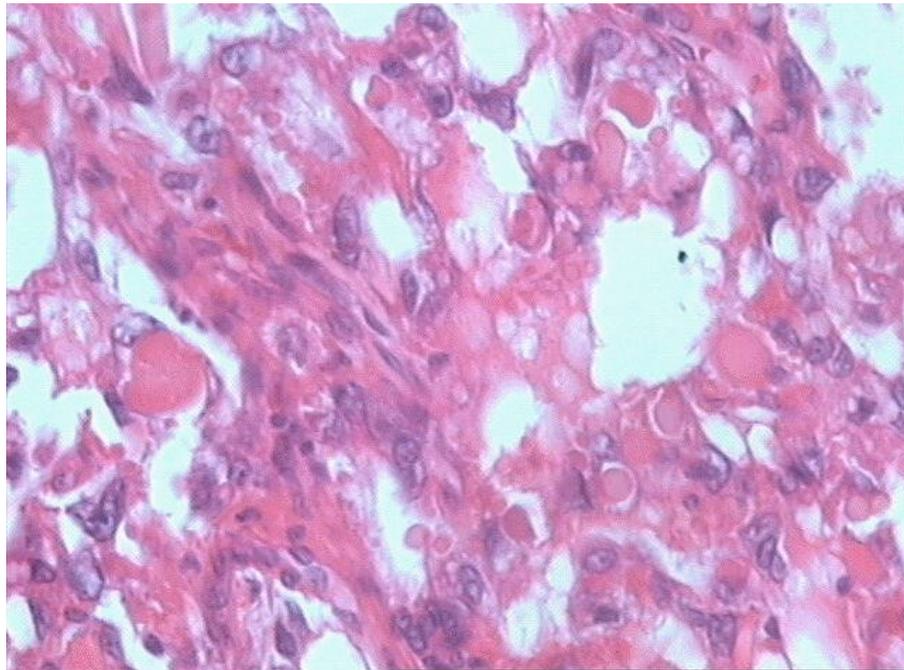


Figura 4. H/E x 40. Gotitas hialinas, rosadas, intra y extracelulares.