

Cistoadenocarcinoma mucinoso retroperitoneal: presentación de un caso

Retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma: a case report

Telma Meizoso, Rafael Navas, Francisco Alijo, M.^a José Mestre, Raquel Sánchez-Simón,
Carolina Agra-Pujol, Luis Cortés

RESUMEN

Antecedentes: Los cistoadenocarcinomas mucinosos retroperitoneales primarios son neoplasias muy poco frecuentes. Hay 34 casos descritos en la literatura inglesa y continúa siendo controvertida su patogénesis. **Métodos:** Presentamos el caso de una mujer de 47 años con una lesión quística asintomática de 8 cm de longitud diagnosticada de quiste cortical renal, en otro centro. En revisiones posteriores la lesión alcanza 23 cm de diámetro. Es remitida al Hospital de Móstoles donde se realiza un TAC que es informado como quiste mesotelial o linfangioma retroperitoneal. Los niveles de alfa-fetoproteína estaban dentro de la normalidad. Se realiza su resección quirúrgica. El Servicio de Anatomía Patológica recibe una tumoración quística unilocular, que pesa 4.300 gramos y mide 24 × 18 × 15 cm, cuyos cortes histológicos muestran un epitelio mucosecretor con áreas sólidas papilares y focos infiltrativos pobremente diferenciados. Seis meses después de la cirugía no hay evidencia de recidiva neoplásica. **Resultados y conclusiones:** Los cistoadenocarcinomas mucinosos retroperitoneales primarios presentan un curso clínico agresivo, cuyo tratamiento de elección es quirúrgico y en ocasiones quimioterápico. Respecto a su patogenia existen diversas teorías: unas postulan su origen en tejido ovárico heterotópico, otras en un teratoma retroperitoneal o duplicación intestinal. La hipótesis más aceptada actualmente es el desarrollo a partir de metaplasia mucinosa del mesotelio celómico. Es importante tener presente al cistoadenocarcinoma mucinoso retroperitoneal en el diagnóstico diferencial de otros tumores quísticos retroperitoneales.

Palabras clave: Cistadenocarcinoma, mucinoso, retroperitoneo.

SUMMARY

Introduction: Retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma is extremely rare, with only 34 cases published to date. The pathogenesis of this tumour remains controversial. **Materials and methods:** This case report presents a 47 year old woman who was being investigated for a renal cyst. An 8cm retroperitoneal cystic mass was seen initially but, on subsequent examination, it had increased to 23 cm in diameter. A CT scan rendered a diagnosis of mesothelial cyst or retroperitoneal lymphangioma. α -fetoprotein levels were normal. The tumour was surgically excised. Macroscopically it was a 24 × 18 × 15 cm, unilocular, cystic tumour with solid areas. Microscopically, it was seen to be lined by mucinous epithelial cells with poorly differentiated areas. 6 months post-operatively, she is alive and well and without evidence of recurrence. **Results and conclusions:** Retroperitoneal mucinous cystadenocarcinoma has an aggressive clinical course, and surgical excision is the treatment of choice, followed by chemotherapy on some occasions. There are various hypotheses for the pathogenesis of this tumour, including an origin from heterotopic ovarian tissue, retroperitoneal teratoma or intestinal duplication. However, the most widely accepted theory is that of coelomic metaplasia. Although rare, these tumours should be included in the differential diagnosis of retroperitoneal cystic tumours.

Keywords: Cystadenocarcinoma, mucinous, retroperitoneum.

Rev Esp Patol 2009; 42 (4): 305-308

INTRODUCCIÓN

El cistoadenocarcinoma mucinoso es una neoplasia ginecológica frecuente, pero su localización retroperitoneal es muy rara (1-19), siendo descrito por primera vez en 1977 por Roth y cols. (9). Desde entonces y hasta donde alcanza nuestro conocimiento, sólo hay 34

casos descritos en la literatura inglesa. La etiología y el comportamiento biológico de esta neoplasia no está clara y en la actualidad su patogénesis continúa siendo controvertida.

Presentamos un caso de cistoadenocarcinoma mucinoso retroperitoneal en una mujer diagnosticada de quiste cortical renal y revisamos la literatura.

Recibido el 3/9/08. Aceptado el 7/9/09.

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Móstoles. C/. Río Júcar, s/n. 28935 Móstoles.
telmameizoso@yahoo.com



Fig. 1: Fotografía macroscópica que muestra una tumoración quística.

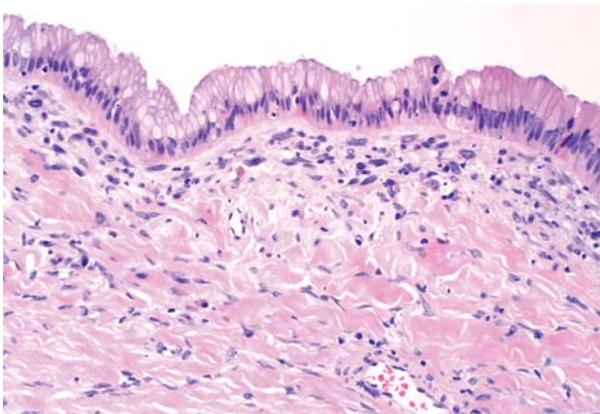


Fig. 2: Imagen microscópica de zonas bien diferenciadas.

CASO CLÍNICO-PATOLÓGICO

Mujer de 47 años de edad, con obesidad, en ausencia de antecedentes personales de interés. Durante una revisión médica rutinaria en otro centro, se descubre una lesión quística de 8 cm asintomática que se diagnostica de quiste cortical renal. A su vez se detectó coledocistiasis.

Las revisiones anuales de los 5 años posteriores al diagnóstico muestran unas dimensiones similares, hasta que en la última ecografía se observa un crecimiento de hasta 23 cm de diámetro máximo. Se remite al Hospital Universitario de Móstoles para su estudio; la analítica realizada no presentaba hallazgos patológicos y los niveles de alfa-fetoproteína, CA 125 y CA 19.9 se encontraban dentro de la normalidad. La tomografía computarizada mostraba una estructura quística ocupando el hemiabdomen izquierdo, de localización probablemente retroperitoneal, en ausencia de afectación de órganos vecinos, ni presencia

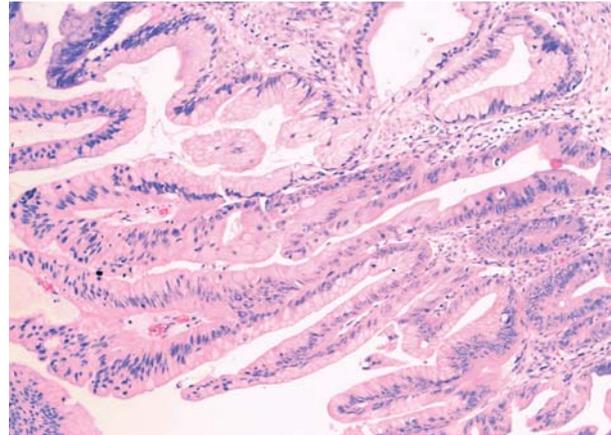


Fig. 3: Áreas mucinosas papilares.

de adenopatías retroperitoneales; el juicio diagnóstico radiológico fue de probable quiste mesotelial o linfangioma abdominal probablemente retroperitoneal. Se programa y se realiza la resección quirúrgica de una tumoración quística retroperitoneal, que desplaza los órganos vecinos; se extirpa en su totalidad con integridad de la cápsula. En el acto quirúrgico se objetivan los ovarios, páncreas y el tracto digestivo de características habituales, y no se observa dependencia de otras estructuras.

Se recibe en el Servicio de Anatomía Patológica una tumoración quística unilocular (fig. 1), que pesa 4.300 gramos y mide $24 \times 18 \times 15$ cm; de pared blanquecina con focos de áreas sólidas de aproximadamente 2 cm de eje mayor, alguno de los cuales muestran una morfología papilar. Los cortes histológicos de la tumoración muestran un revestimiento constituido por un epitelio cilíndrico mucosecretor (fig. 2), simple en unas zonas y estratificado en otras y que presenta diversos grados de diferenciación. Las áreas sólidas adoptan una morfología papilar (fig. 3), con invasión de la pared, formación de luces glandulares y ocasionalmente contenido mucoso en su interior. En el seno de la pared tumoral existen áreas *borderline* que alternan con focos infiltrativos pobremente diferenciados (fig. 4), constituidos por cordones o células sueltas fusiformes con intensa atipia, pleomorfismo y 7 figuras de mitosis por 10 campos de gran aumento que respetan el margen de resección quirúrgica. Con técnicas inmunohistoquímicas las células son positivas para citoqueratina 7, 20, CEA y EMA (fig. 5), y negativas para calretinina y vimentina (fig. 6). No se administró tratamiento adyuvante y seis meses después de la cirugía la paciente no presenta evidencia de recidiva neoplásica.

DISCUSIÓN

Los cistoadenocarcinomas mucinosos pueden originarse en el páncreas, ovario y retroperitoneo. El presente caso estaba localizado en el retroperitoneo en ausencia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4137975>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4137975>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)