

SÍNDROME CIATALGICO POR METÁSTASIS VERTEBRAL DE UN ESTRUMA DE OVARIO

*M. Rull González; - (Sevilla) - (España)
Renato Valladares Rivera - hondureño*

El 12—IX—62 nos es enviada de una Cátedra de Patología Médica; paciente R.S.G. de 28 años de edad, natural de Arcos de la Frontera (Cádiz), con un síndrome ciatalgico que afectaba a miembro inferior izquierdo, de 3 años de evolución. Sus algias eran continuas e intensas, no mejoradas con tratamiento médico ni con el reposo en cama.

Como único antecedente, una intervención operatoria por un supuesto quiste de ovario, efectuada 5 años y medio antes.

En la exploración clínica, aparte de la rigidez con contractura intensa y angulación contralateral del tronco, ponían de manifiesto una atrofia de gemelos y soleo, una paresia de la dorsiflexión del pie y del extensor propio del dedo gordo del pie, una hipoestesia muy marcada en el dermatoma L5 y SI izquierdo, con arreflexia aquilea y medio plantar izquierda.

En la exploración radiográfica (fig. 1-2-3-4) mostraba en la placa anteroposterior (fig. 1) en el cuerpo lumbar 5, una mayor transparencia trabecular en su

mitad izquierda, con rechazo lateral y sin interrupción de su borde izquierdo (imagen Soufflée). Además de esta imagen osteolítica hay una destrucción parcial de pedículo izquierdo con desaparición del contomo ovaliforme del mismo. Super-

puesto al cuerpo vertebral, las apófisis articulares y los espacios intersomáticos L4—L5 y L—5 SI; eran normales.

En la proyección lateral (fig. 2) pérdida de nitidez del borde posterior del cuerpo L5,

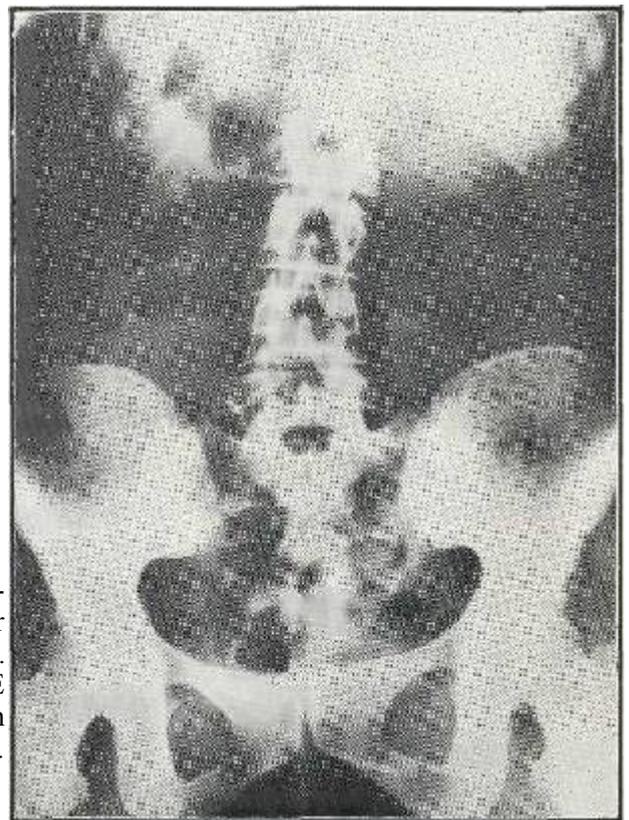


FIGURA 1

Localización metastásica en cuerpo L5, por un estruma ovárico. Imagen SOUF— FLEE (osteolisis) y destrucción del pedículo izquierdo. (Cliché invertido).



FIGURA 2

El mismo caso anterior, con una imagen osteolítica del tamaño de una aceituna en mitad posterior y a nivel del ángulo postero-inferior otras zonas osteolíticas pequeñas.

con atrofia ósea trabecular de la mitad posterior de dicha vértebra, en cuyos dos tercios superiores se observa una imagen osteolítica del tamaño de una aceituna y a nivel del tercio inferior (ángulo postero inferior) imágenes osteolíticas muy pequeñas. Falta de nitidez en el contorno del agujero de conjunción lumbosacro.

En la proyección oblicua derecha (fig. 3) es claramente perceptible la osteolisis de la mitad izquierda del cuerpo vertebral.

En la proyección oblicua izquierda (fig. 4) era lo más de-

mostrativo la casi total destrucción del pedículo vertebral.

Tenemos pues un síndrome ciatálgico secundario a un proceso destructivo vertebral, cuyas consideraciones acerca del diagnóstico diferencial, solo hacía pensar en la posibilidad de un quiste aneurismático intra-óseo, de un tumor de mieloplastas, incluyéndose por la edad de la paciente el quiste óseo esencial y el granuloma de eosinófilo, así como por el tiempo de evolución y por la ausencia de antecedentes clínicos la posibilidad de una metástasis.

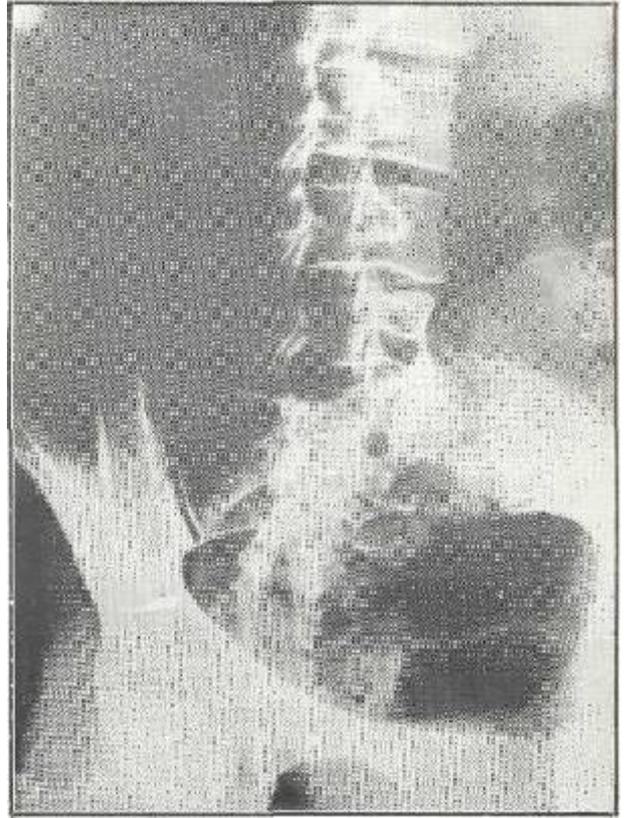


FIGURA 3

Metástasis de estruma ovárico. Imagen osteolítica de la mitad izquierda del cuerpo vertebral L5.

La enferma fue operada el 6X)62, encontrándose una tumoración del tamaño aproximado de una bellota, de aspecto azulado y tenuemente adherido al saco dural que rechazaba marcadamente la raíz L5 que acabalgaba sobre ella y con una prolongación por el agujero de conjunción L4—L5. Facetomía parcial que permite la extirpación de esta porción tumoral y vaciamiento del cuerpo vertebral L5. La tumoración era muy vascularizada y se rellenó la cavidad residual con trozos de músculo. La evolución postoperatoria de la paciente fue muy buena con desaparición de sus aSgias.

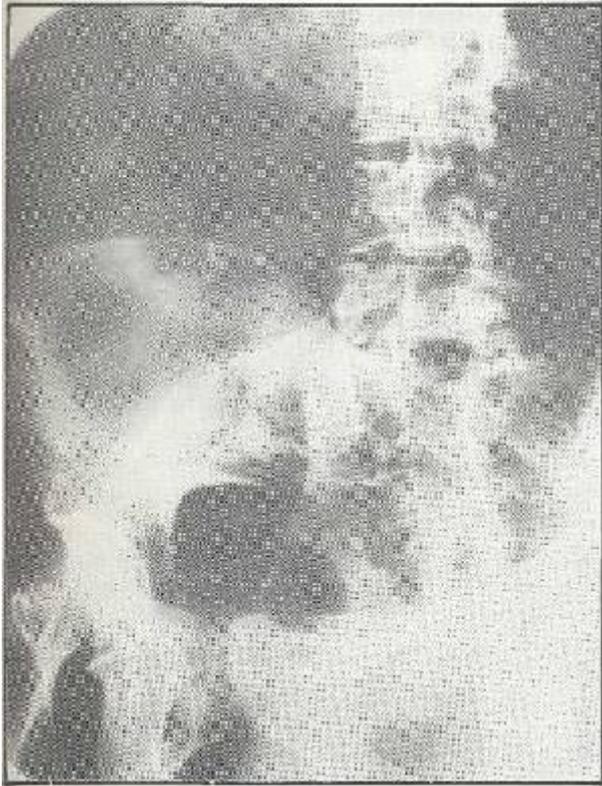


FIGURA 4
Metástasis de estruma ovárico. Imagen destructiva del pedículo vertebral L5.

La sorpresa diagnóstica surge con el informe histopatológico (Fig. 5).

CARACTERES MICROSCÓPICOS: Los cortes obtenidos del material enviado al laboratorio demuestran la presencia de una trama de aspecto glandular, en la que destacan folículos de variable tamaño, rodeados de un epitelio cúbico o prismático bajo y cuyo centro está relleno de una sustancia amorfa que se tiñe por la hematoxilina débilmente. También se ve en algunas zonas en que la tumoración tiene estructura maciza. Las vesículas mas arriba descritas recuerdan muy vivamente por su morfología a las del tiroides

normal. No se ven mitosis ni otros signos de malignidad.

Diagnóstico: BOCIO METASTIZANTE LOCALIZADO EN CUERPO VERTEBRAL. (Sevilla 15 Octubre 1962).

Por otra parte otro informe histológico precisa en el examen microscópico la existencia de una arquitectura tumoral semejante a las cavidades tiroideas, con epitelios biseriados sin alteraciones y cavidades rellenas por sustancias coagulada acidofila con caracteres de coloide. Las diversas vesículas muy desiguales entre sí por su tamaño y forma se muestran separadas por conectivo de tipo laxo, con infiltraciones de



FIGURA 5
Nódulo inmorale en cuerpo vertebral, cuyas vesículas recuerdan muy vivamente por su morfología a las del tiroides normal, no se ven mitosis ni otros signos de malignidad. En el tiroides no había tumor alguno.

linfocitos dispuestas en forma difusa, destacando vasos sanguíneos abundantes y ectásicos.

Diagnóstico: ESTRUMA COLOIDE. 12 de Octubre 1962)

A la vista de estos informes, había que excluir la posibilidad de un bocio coloideo (Estruma de tiroides), estudio efectuado con resultado negativo en la misma Cátedra de Patología Médica.

Se pidió informe al cirujano que había efectuado la intervención por supuesto quiste de ovario, con 5 años de anterioridad, enviándonos informe histológico sobre la pieza operatoria, que a continuación transcribimos:

CARACTERES MACROSCÓPICOS: Los fragmentos tumorales enviados para el análisis

son dos de ellos, de estructura alveolar apareciendo los alveolos repletos de una sustancia semejante a la materia coloide de aspecto brillante y un color parduzco. Otra de las porciones es de color blanco mate. Todas ellas tienen consistencia dura.

CARACTERES MICROSCÓPICOS: El estudio histológico pone de manifiesto, una estructura que, en lo que corresponde a las zonas de aspecto gelatinoso, en nada se diferencia de la de un bocio coloide microfolicular. En efecto: Se ven vesículas de variable tamaño rellenas de una sustancia amorfa que se tiñe por la eosina. El epitelio de revestimiento de estas vesículas es casi siempre alto y el núcleo de las células crecen vellosidades que penetran dentro de la luz de la misma y van incluso provistas de eje conjuntivo. También en las vesículas ordinarias se ve muchas veces un epitelio alto similar al de los bocios de Basedow, pero faltan los infiltrados linfáticos que con mucha frecuencia son visibles en estos bocios. Hay amplias zonas de necrosis y algunas mas pequeñas y mas escasas zonas de hemorrágicas diseminadas por la trama del tumor.

Diagnóstico: **ESTRUMA OVARICO.** (Sevilla, 15 marzo 1956).

CONSIDERACIONES:

Había que pensar, que a pesar de la negatividad del estudio

endocrinológico, pudiera tratarse de una metástasis ósea aislada de un adenoma de estruma coloide maligno, ya que clínicamente, sabemos que en estos tumores óseos con estructura tiroidea y con sustancia coloidea yodada concomitantes con bocios en nada sospechosos, con tiroides completamente normales, sugieren la posibilidad de que el arrastre celular pueda originar, por excepción, el desarrollo de nodulos de crecimiento maligno en los huesos. Hay que suponer la existencia de una afinidad especial entre el tejido tumoral y la médula ósea, lo que explica que tras las metástasis pulmonares, en orden de frecuencia sigue la localización única y más frecuentemente múltiple en el esqueleto.

Por otra parte la benignidad del examen microscópico en este tipo de tumor, tampoco es tranquilizante, puesto que la malignidad no debe deducirse a través del cuadro histológico, sino de sus caracteres biológicos. Estas consideraciones fueron tenidas en cuenta, hasta que pudimos aclarar en el estudio post-operatorio el antecedente de su intervención ginecológica, y en este aspecto es sorprendente también admitir, que un tumor de la benignidad del estruma ovarico pueda dar metástasis.

Sabemos que el teratoma es un tumor originado a expensas de las células germinativas del ovario, que contienen elementos derivados de las 3 hojas blasto-

dérmicas; como quiera que la mayor parte son quísticos y portadores de elementos cutáneos, reciben el nombre de quistes dermoides siendo por lo general tumores de evolución benigna, a diferencia de los teratomas sólidos que por contener tejidos más inmaduros (Teratoblastoma) aparecen en éstos, con más facilidad una evolución maligna.

El estruma ovárico en realidad, es un quiste dermoide en cuya estructura histológica predominan acinos tiroideos bien desarrollados.

Si tenemos en cuenta, que la malignización de los quistes dermoides en todas sus formas diferenciativas, pueden llegar, a un porcentaje aproximado del 2 al 30/o (según Robins) las posibilidades de malignización del estruma ovárico son ínfimas. En nuestro caso, a pesar de la benignidad histológica, había que considerar la posibilidad de una malignización, por similitud con el carácter evolutivo maligno de las metástasis esqueléticas del estruma tiroideo a pesar de su aspecto histológico benigno.

Ha sido el largo control post-operatorio de doce años el que ha sancionado el carácter de benignidad de esta metástasis, aun cuando parezca un contradictorio. No hemos encontrado ninguna comunicación ni trabajo que haga referencia a metástasis esquelética de un estruma de ovario.