



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



HAMARTOMA QUÍSTICO RETRO-RECTAL (QUISTE DE "TAIL-GUT")

MARIA JOSE AÑÓN REQUENA*, LIDIA ATIENZA CUEVAS*, MARIA JESUS PALOMO GONZALEZ*, MIGUEL ANGEL LOPEZ GUERRERO**

* Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz) ESPAÑA

** Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz) ESPAÑA

Resumen

INTRODUCCIÓN: El hamartoma quístico retro-rectal es una lesión de origen malformativo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos el caso de una mujer de 56 años con sospecha clínica de masa anexial (detectada por ecografía) que posteriormente correspondió a una lesión presacra, localizada en retroperitoneo. **RESULTADOS:** El estudio histopatológico mostró una formación quística tapizada por diversos tipos de epitelio donde alternaban las células cúbicas, aplanadas y en monocapa, con otras zonas de epitelio pseudoestratificado con diferenciación ciliada y ocasionales células mucinosas aisladas. **CONCLUSIONES:** El hamartoma quístico retro-rectal o quiste de "tail-gut" es generalmente una lesión multiquística, derivada de restos embrionarios del intestino, que se caracteriza por presentar una gran variedad de revestimientos epiteliales y que se modifica de unas zonas a otras. En el diagnóstico de las lesiones quísticas intraabdominales hay que considerar, entre otras, el teratoma quístico, el quiste epidérmico, las duplicidades del tubo digestivo, el mesotelioma multiquístico benigno o maligno y el linfangioma quístico.

Introducción

El hamartoma quístico retro-rectal, también denominado quiste de "tail-gut" es una lesión de origen malformativo que se deriva de restos embrionarios del intestino. Se caracteriza por presentar una gran variedad de revestimientos epiteliales que se modifican de unas zonas a otras. Su localización en retroperitoneo sugiere varios diagnósticos diferenciales a considerar.

Presentación del Caso

Mujer de 56 años sin antecedentes de interés que acudió por molestias digestivas inespecíficas. En el estudio ecográfico se observó una masa de localización anexial y 7 cm de diámetro máximo clínicamente sospechosa de quiste hemorrágico. Durante el acto operatorio se apreció que la lesión se localiza en retroperitoneo, por delante del sacro.

Macroscopía: La pieza quirúrgica mostraba coloración parduzca y superficie irregular, con aspecto cavitado y ocupada por un material líquido seroso, espeso, de coloración amarillenta. La superficie interna era lisa, finamente rugosa y de coloración blanquecina, mostrando la pared un espesor uniforme de 0,1 cm.

Microscopía: Las secciones correspondían a la pared de un quiste, formada por tejido fibroso con áreas de tejido adiposo con aisladas fibras musculares, tapizada externamente por células mesoteliales aplanadas, y en su superficie interna por un revestimiento epitelial, denudado en algunas zonas, donde alternaban las células cúbicas, aplanadas y en monocapa, con otras zonas de epitelio pseudoestratificado con diferenciación ciliada y ocasionales células mucinosas aisladas. No se apreciaba parénquima ovárico en la vecindad, infiltrado inflamatorio ni presencia de otros tejidos maduros o inmaduros. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad de las células del revestimiento interno para distintas citoqueratinas, y negatividad para marcadores mesoteliales (HBM-1) y vasculares (Factor VIII).

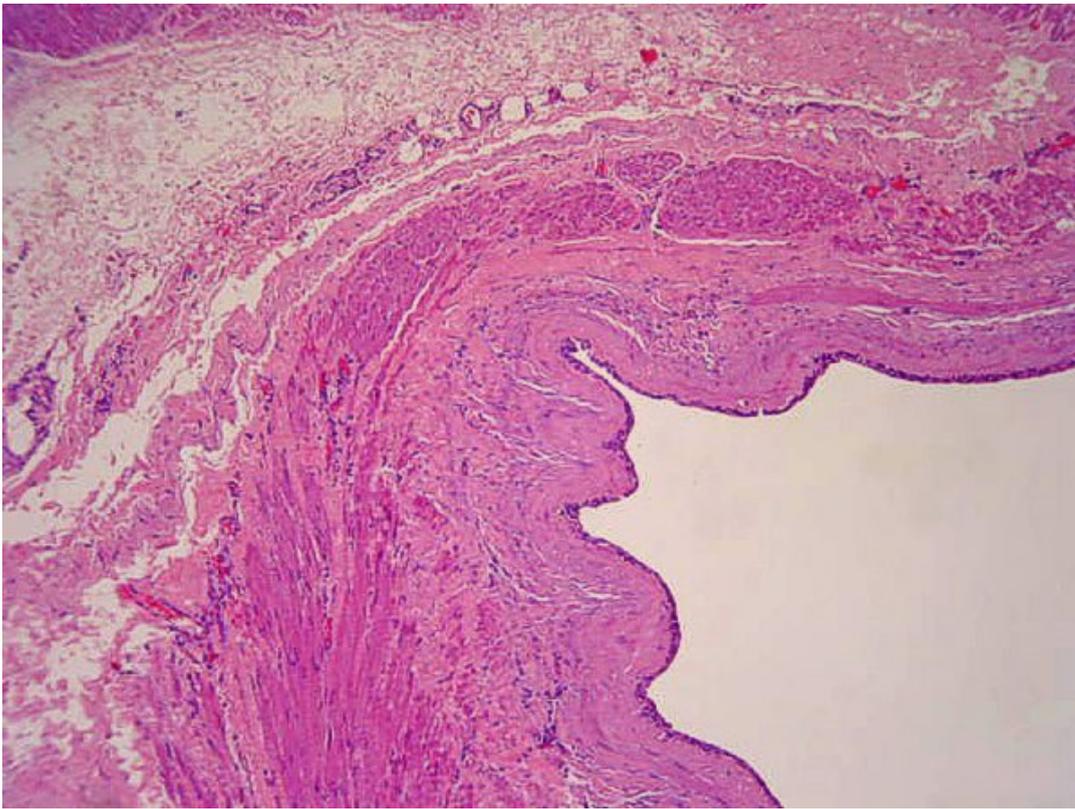


figura 1 - Detalle de la pared del quiste, constituida por tejido fibroso, adiposo y fibras musculares aisladas (HE, 100x).

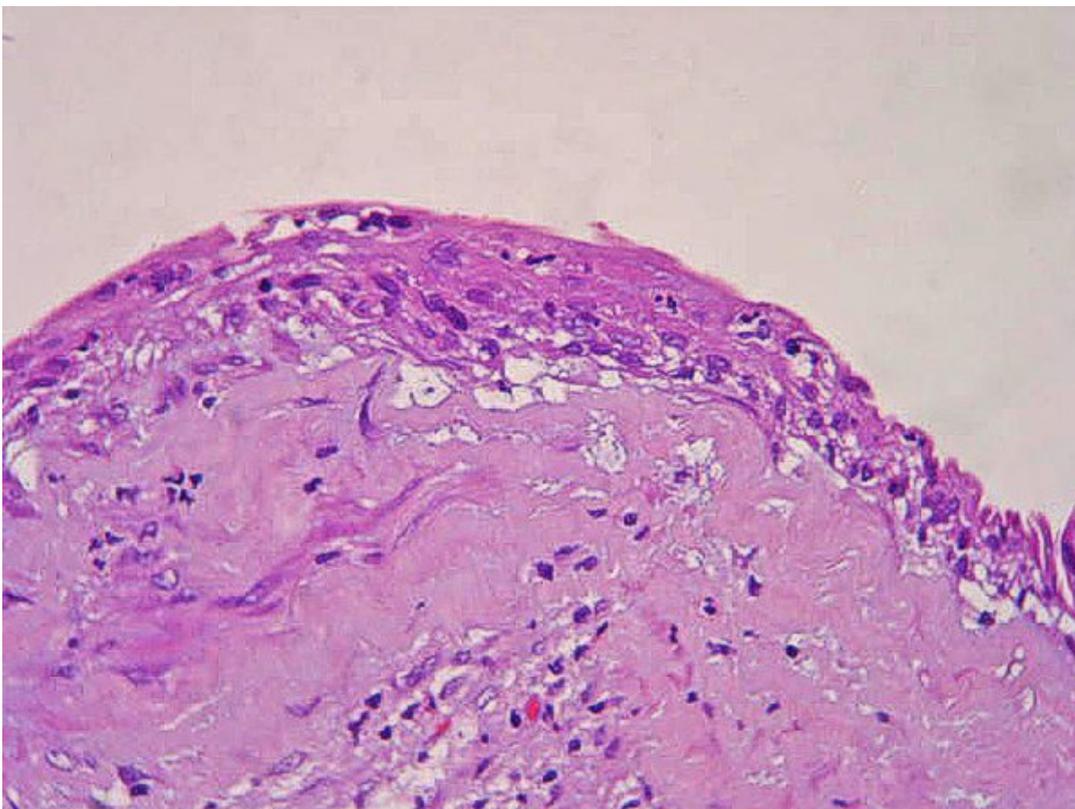


figura 2 - Detalle del epitelio, en una zona donde es cúbico y en monocapa, adoptando un ligero aspecto escamoso (HE, 200x).

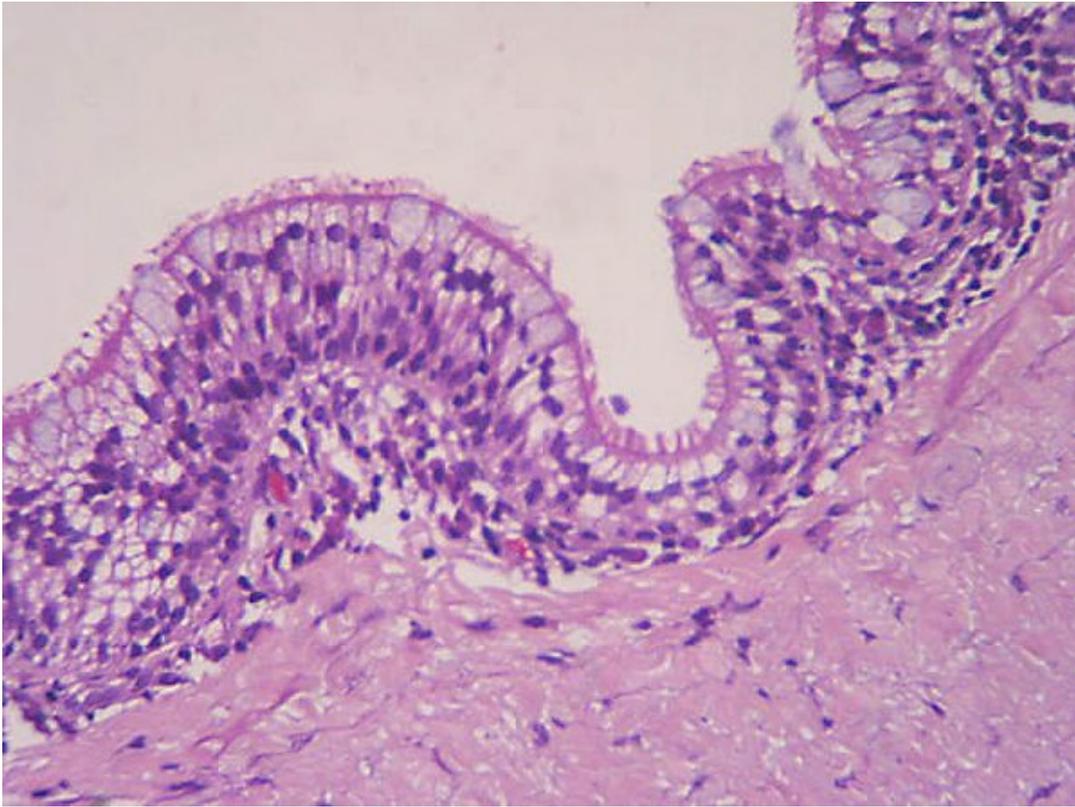


figura 3 - Detalle del epitelio en áreas ciliadas donde se aprecian ocasionales células mucinosas (HE, 200x).

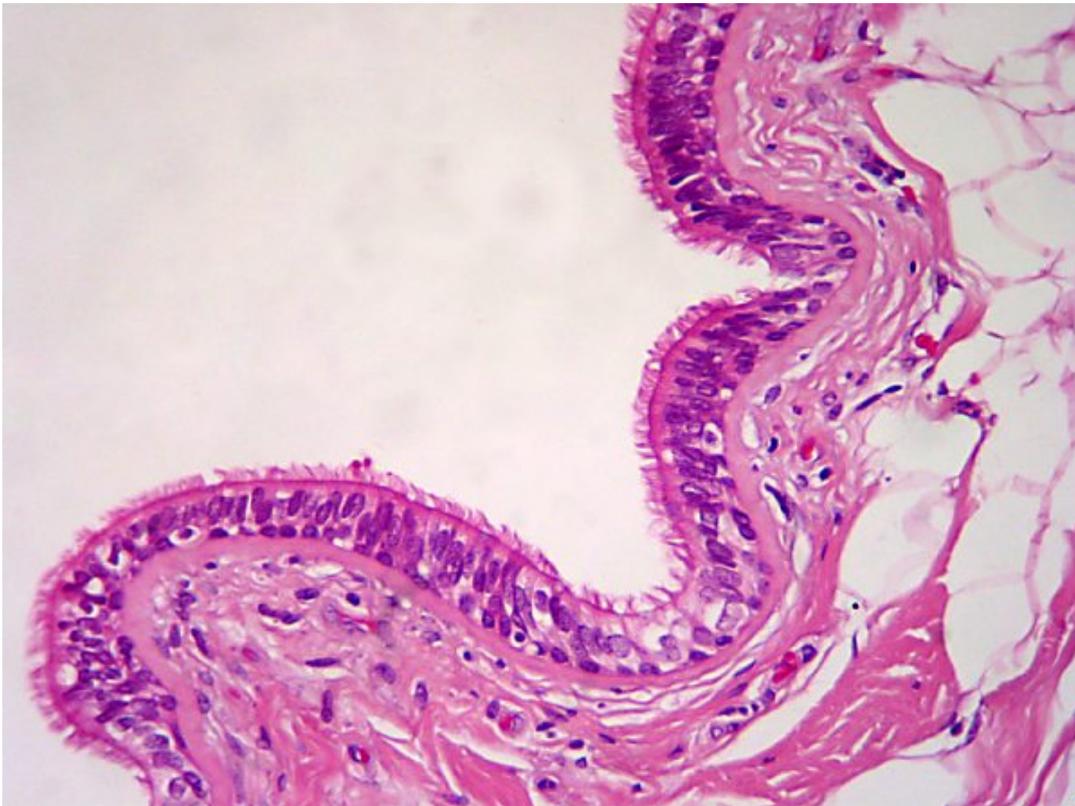


figura 4 - Marcada diferenciación ciliada en algunos focos (HE, 200x)

Discusión

El hamartoma quístico retro-rectal o "tail-gut" (1-3) es generalmente una lesión multiquística, derivada de restos embrionarios del intestino, que se caracteriza por presentar una gran variedad de revestimientos epiteliales y que se modifica de unas zonas a otras, siendo el subtipo más habitual el epitelio estratificado escamoso, aunque también puede aparecer epitelio de tipo columnar ciliado, mucinoso, transicional o cúbico simple, entre otros.

En el diagnóstico de las lesiones quísticas intraabdominales, es importante considerar de forma conjunta los datos clínicos, localización e imagen radiológica de las lesiones, y especialmente, si se trata de un quiste único o tabicado. Las principales entidades a considerar son el teratoma quístico, el quiste epidérmico, las duplicidades del tubo digestivo, el mesotelioma multiquístico benigno o maligno y el linfangioma quístico. El primer diagnóstico diferencial sería el teratoma quístico, que habitualmente es multilocular y se caracteriza por la presencia de un revestimiento epitelial escamoso, con presencia de anejos cutáneos (foliculos pilosos, glándulas sebáceas, etc) y otros tejidos maduros o inmaduros. Otra entidad a descartar es el quiste epidérmico, una cavidad única, tapizada por epitelio escamoso, sin evidencia de anejos cutáneos. Las duplicidades del tubo digestivo o quistes enterogénicos, están comunicados con la luz intestinal y presentan la estructura habitual, con un revestimiento de tipo gastrointestinal y la doble capa muscular. El mesotelioma multiquístico benigno (4), también denominado quiste de inclusión peritoneal multilocular, asienta en la región pélvica, suele ser multilocular y presenta múltiples quistes separados por tejido fibroso con un infiltrado inflamatorio crónico, con un revestimiento de características mesoteliales (células aplanadas o cúbicas, con inmunotinción positiva para distintas citoqueratinas y el marcador mesotelial HBM-1). El mesotelioma quístico maligno (4), presenta las mismas características anteriormente descritas, junto a proliferación de las células y atipia citológica. El linfangioma quístico muestra una pared de músculo liso y agregados de linfocitos, mostrando las células del revestimiento epitelial, inmunotinción positiva para marcadores vasculares (factor VIII) y negativa para citoqueratinas. En caso de que se apreciara tejido ovárico próximo a la lesión quística, tendría que considerarse el diagnóstico diferencial con el cistadenoma seroso, habitualmente unilocular y tapizado por células epiteliales aplanadas o cúbicas, con diferenciación ciliada.

Conclusiones

En nuestro caso, considerando los datos clínicos, radiográficos y las características morfológicas de la lesión, con una variedad de subtipos epiteliales, ausencia de otros tejidos en relación con la lesión quística, y la inmunotinción positiva para citoqueratinas y negativa para marcadores vascular y mesotelial, se establece el diagnóstico de Hamartoma quístico retro-rectal.

Bibliografía

1. Liessi G, Cesari S, Pavanello M, Butini R. Tailgut cysts: CT and MR findings. *Abdom Imaging*. 1995; 20: 256-258.
2. Prasad AR, Mahul BA, Todd LR, Chong SL, Chan KM. Retrorectal cystic hamartoma. Report of 5 cases with malignancy arising in 2. *Arch Pathol Lab Med*. 2000; 124: 725-729.
3. Riddell RH, Petras RE, Williams GT y Sobin LH. Tumors of the intestines. En: *Atlas of tumor pathology*. Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, 2002. p. 270-271.
4. Battifora H y McCaughey WTE. Tumors of the serosal membranes. En: *Atlas of tumor pathology*. Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, 1994. p. 90-94.