



Fibrotecoma gigante de ovario, en una paciente con útero bicorne

Francisco Javier Ramírez Cisneros,* Eric Acosta Ponce de León,† Sergio Sánchez Sosa,§ Daniel Arizpe Bravo^{||}

Resumen

Introducción: Los tumores del estroma representan el 8% de los tumores de ovario y de acuerdo a la OMS se dividen en 4 categorías: 1. Tumores estromales de la granulosa. 2. Tumores estromales de células de Sertoli. 3. Tumores estromales de los cordones sexuales 4. Tumores de células esteroideas. Los más frecuentes son los del estroma de la granulosa que incluyen los tecomas/fibromas. Se pueden presentar como formas puras o mixtas, por eso su histología es variable y su diagnóstico difícil. **Informe del caso:** Paciente femenina de 36 años de edad, sin antecedentes de importancia con padecimiento de un año con dispepsia, distensión y dolor abdominal. El ultrasonido y la tomografía reportan masa pélvica con extensión a epigastrio de 30 cm. Se realizó tratamiento quirúrgico encontrando masa pélvica dependiente de ovario derecho de 21 x 16 cm de 3,600 g, se realizó resección en bloque; presentaba útero bicorne firmemente adherido a pedículo de la masa, por lo cual se decide realización de histerectomía. El transoperatorio y definitivo: fibrotecoma de ovario derecho. Con evolución postoperatoria favorable y mejoría significativa de la sintomatología. **Conclusión:** El fibrotecoma de ovario con útero bicorne es un tumor de presentación rara en mujeres premenopáusicas

Palabras clave: Fibrotecoma, útero bicorne.

Summary

Introduction: Stromal tumors account for 8% of ovarian tumors. According to WHO are divided into four categories: 1. Granulosa stromal tumors. 2. Stromal tumors of Sertoli cells. 3. Sex cord stromal tumors, 4. Steroid cell tumors. The most common are granulosa stromal including the thecomas/fibromas. They occur as a pure or mixed form so their histology and diagnosis is sometimes difficult. **Case report:** A 36 year old female patient, without previous medical history, presented with a one year of dyspepsia, bloating and abdominal pain. Ultrasound and CT reported a 30 cm pelvic mass extending to the epigastrium. We performed surgical treatment and a 21 x 16 cm and 3,600 g right ovarian mass was found, we also found a bicornuate uterus firmly attached to the pedicle of the mass, we perform extended resection including uterus. The intraoperative and definitive pathology showed an ovarian fibrothecoma. The postoperative evolution was uncomplicated improvement in abdominal symptoms. **Conclusion:** The ovarian fibrothecoma associated with bicornuate uterus in premenopausal women is extremely rare.

Key words: Fibrothecoma, bicornuate uterus.

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía General y Jefe de Urgencias.

† Jefe de Oncología y Médico adscrito al Servicio de Cirugía Oncológica.

§ Jefe de Patología.

^{||} Jefe de Terapia Intensiva y Médico adscrito al Servicio de Anestesiología.

Hospital Ángeles Puebla.

Correspondencia:

Dr. Francisco Javier Ramírez Cisneros.

Hospital Ángeles Puebla. Av. Kepler Núm. 2143, consultorio 965, Col. Reserva territorial Atlixacayotl. 72190. Puebla, Puebla, México.

Correo electrónico: conemd@hotmail.com

Aceptado: 18-11-2010.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma y de los cordones sexuales como grupo representan el 8% de todos los tumores primarios de ovario y de acuerdo a la clasificación de la OMS se dividen en 4 categorías: 1. Tumores estromales de la granulosa, compuestos por células de tipo ovárico. 2. Tumores estromales de células de Sertoli, compuestos por células de tipo testicular. 3. Tumores estromales de los cordones sexuales, con células mixtas o no clasificables y 4. Tumores de células esteroideas. Por mucho, los más frecuentes son los tumores del estroma de la granulosa que incluyen los tecomas/fibromas. Los fibromas representan el 70% de los tumores en esta categoría y menos del 10% de los tumores primarios del ovario. Fibroma y tecoma pueden tener sobreposición morfológica importante (fibrotecoma). Se pueden presentar como formas puras o mezcla de los anteriores, por eso su patrón histológico tan variable al examen histopatológico y su diagnóstico difícil en algunos casos. Sin embargo, los síntomas hormonales son raros en este tipo de tumores.¹

El fibrotecoma como tal se considera tumor del estroma ovárico con diferenciación hacia células de la teca o trofoblásticas. Su presentación clínica se da en personas postmenopáusicas aunque se presenta también con menor frecuencia en gente joven, su tamaño varía desde tumores pequeños hasta tumores gigantes que incluso se pueden palpar a la exploración física. Son generalmente tumores sólidos, firmes al corte con contenido de lípidos variable de paciente a paciente, son unilaterales mayormente y pocos tienden a malignizarse. Muchas veces al estudiarlos por ultrasonido se confunden con miomas gigantes.² Aunque se observan como tumores sólidos redondos u ovalados con sombras sónicas en su interior y con líquido en el fondo de saco de Douglas, y vascularización moderada. También por ultrasonido se pueden confundir con neoplasias malignas, en especial por el líquido libre o la ascitis y la elevación del CA 125.³ La TAC puede ayudar en estos casos donde en tales tumores no hay reforzamiento con el contraste, como en el caso de neoplasias malignas, para orientarse en el diagnóstico preoperatorio.⁴

El tratamiento de estos tumores es quirúrgico, con resección completa del tumor con o sin útero y anexos dependiendo de la edad de la paciente y la infiltración de dichas estructuras.

INFORME DEL CASO

Paciente del sexo femenino de 36 años de edad, profesionalista, casada, con antecedentes familiares de cáncer de mama y diabetes mellitus. Tabaquismo y alcoholismo

negados, alérgica a la penicilina, menarca 13 años, ritmo 30 x 4 días, dismenorrea leve, gestas 2, cesáreas 2, última hace 6 años.

Inició su padecimiento un año antes con distensión abdominal postprandial, dolor abdominal cólico leve, dispepsia, fue manejada con procinéticos y antiespasmódicos con respuesta favorable por 9 meses, 3 meses previos con plenitud postprandial precoz, importante pirosis, regurgitación, e incremento del dolor abdominal cólico, sin pérdida de peso, leve astenia y adinamia.

En la exploración física se observó dolor a la palpación media y profunda en epi y mesogastrio con masa palpable, bien delimitada, que abarcaba desde pubis hasta apéndice xifoides, peristalsis disminuida, sin datos de irritación peritoneal.

Se realizó ultrasonido abdominal y pélvico encontrando masa intrapélvica con extensión a epigastrio, dependiente de fondo uterino aparentemente en relación a probable mioma pediculado, a descartar origen en anexo derecho. La TAC dinámica demostró masa pélvica dependiente de útero vs ovario derecho de 30 cm de diámetro aproximadamente, consistencia sólida, sin reforzamiento importante con medio de contraste, que desplaza asas intestinales y estómago (*Figuras 1 y 2*). Los estudios de laboratorio, citometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático y tiempos de coagulación fueron

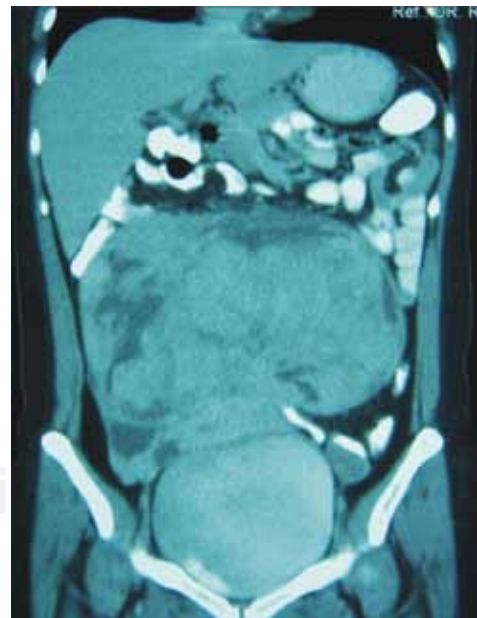


Figura 1. Tomografía fase simple donde se evidencia tumoración pélvica que llega a epigastrio con septos en su interior de consistencia sólida.

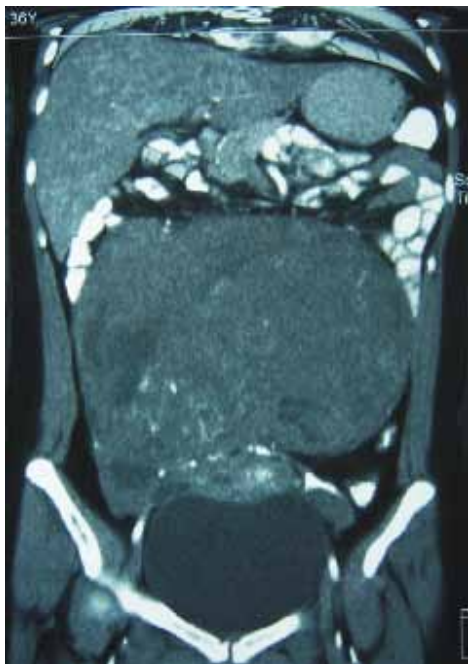


Figura 2. Tomografía fase contrastada donde se evidencia tumoración pélvica con poco reforzamiento de medio de contraste y densidad grasa.

normales, CA 125 de 19.7 mg/dL, DHL 416 mg/dL, alfa-fetoproteína 2.0, fracción beta de GCH < 2.

La paciente se sometió a tratamiento quirúrgico realizándosele laparotomía exploradora con incisión media supra e infraumbilical, encontrando masa pélvica dependiente de ovario derecho de 21 x 16 cm de diámetro y de 3,600 g; se realizó resección en bloque incluyendo la salpingue derecha, y se encontró también útero bicorne firmemente adherido a pedículo de la masa, por lo cual se decide realización de histerectomía (Figura 3). El informe transoperatorio de dicha masa fue de fibrotecoma de ovario derecho.

El informe definitivo de patología mostró la presencia de un fibrotecoma de ovario derecho de 21 x 16 cm, cuerpo lúteo y folículo quístico de ovario derecho, endocervicitis crónica leve y quística, metaplasia escamosa, pólipo endometrial, endometrio secretor con inflamación crónica y aguda leve, adenomiosis, trompas uterinas sin cambios relevantes.

La paciente presentó evolución postoperatoria favorable, con inicio de la vía oral al 2^{do} día de postoperatorio y se egresó al tercer día; actualmente cursa con buena evolución postoperatoria sin complicaciones y con mejoría significativa de la sintomatología digestiva, sin datos de dispepsia ni de plenitud postprandial o efectos de masa.



Figura 3. Pieza quirúrgica previa a su resección de 3,600 g dependiente de ovario derecho firmemente unida al útero.

DISCUSIÓN

Los fibrotecomas son tumores poco frecuentes y su presentación clínica se da más en mujeres postmenopáusicas; el presente caso ocurrió en una mujer de 36 años de edad, lo cual es infrecuente.

Las revisiones sobre dichos tumores son pocas y sus series de pocos pacientes como la revisión de Sfar y cols en Francia en un periodo de 12 años con 19 casos; Santagelo y cols en Italia reportan una presentación menor al 3% en pacientes con tumores primarios de ovario.¹

La mayoría son unilaterales y de comportamiento benigno y su tratamiento es la resección quirúrgica completa, debido a su tamaño y a su presentación clínica se debe sospechar en cáncer de ovario; los hallazgos ultrasonográficos, con masas grandes y líquido libre en fondos de saco, sugieren descartar cáncer de ovario, para lo cual es muy útil el CA-125.² La TAC dinámica quizá sea crucial para realizar un diagnóstico de alta sospecha de fibrotecoma vs cáncer de ovario debido a que en la fase arterial y venosa no hay captación del medio de contraste por la tumoración debido a su componente graso.

Se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial a los fibromas y síndromes como el de Meigs en los que se presenta ascitis, derrame pleural, los cuales se resuelven después de la resección quirúrgica;⁵ los hallazgos ultrasonográficos en el estudio de fibrotecomas hacen sospechar esto, pero la tomografía dinámica es más específica y sensible para hacer un mejor diagnóstico diferencial preoperatorio. Los fibromas infrecuentemente están asociados a

producción de hormonas esteroideas y pueden elevar CA-125. Fibromas de más de 10 cm pueden presentar ascitis (10-15%) y un pequeño porcentaje síndrome de Meigs.

El estudio histopatológico con técnicas de inmunohistoquímica con detección de alpha –inhibina, que se presenta en los tumores de los cordones sexuales, son de mucha ayuda en el diagnóstico definitivo de fibrotecomas.⁶

Característicamente, este tumor es unilateral y afecta mujeres en el quinto decenio de la vida; cuando afecta mujeres más jóvenes se asocia a síndrome de Grolin (síndrome nevoide de carcinomas basocelulares), que tiene patrón de herencia autosómico dominante y se caracteriza por anomalías congénitas (defectos del sistema esquelético), predisposición a carcinomas basocelulares múltiples y fibromas de ovario, frecuentemente bilaterales,^{7,8} los cuales no se presentaron en esta paciente.

En el presente caso se realizó una ooforectomía con estudio transoperatorio que mostró un fibrotecoma y se tomó la decisión de realizar histerectomía debido a los hallazgos de útero bicorne, el cual estaba firmemente adherido al tumor y la paciente ya tenía paridad satisfecha. Se dejó el ovario izquierdo, el cual estaba en buenas condiciones por la edad de la paciente. El tamaño del tumor le causaba a

la paciente síntomas de efecto de masa importante, sobre todo a nivel gastrointestinal tipo dispepsia con distensión abdominal, plenitud postprandial y datos de reflujo francos, los cuales desaparecieron una vez operada la paciente.

REFERENCIAS

1. González GA, De la Cruz SI et al. Fibrotecoma ovárico: Informe de un caso. *Ginec Obstet Mex* 2002; 70: 239-243.
2. Ortiz MC. Fibrotecoma ovárico. *Ginec Obstet Mex* 2003; 71: 167-168.
3. Paldini D, Testa A et al. Imaging in gynecological disease: clinical and ultrasound characteristics in fibroma and fibrothecoma of the ovary. *Ultrasound. Obstet and Gynec* 2009; 34(2): 188-195.
4. Bazot M et al. Fibrothecomas of the ovary: CT and US Findings. *J Comput Tomogra* 1993; 17(5): 754-759.
5. Roth L et al. Recent advances in the pathology and classification of ovarian sex cord-stromal tumors. *Int J Gynecol Pato* 2006; 25(3): 199-215.
6. Ioffe OB et al. Ovarian stromal tumors. *Pathology Case Reviews* 2006; 11(1): 58-63.
7. Seracchioli R et al. Conservative treatment of recurrent ovarian fibromas in a young patient affected by Grolin syndrome. *Human Reproduction* 2001; 16(6): 1261-1263.
8. Fonseca RB et al. Bilateral ovarian fibromas in nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Radiology* 2008; 246(1): 318-321.