



Masa anexial: *struma ovarii*

Gaspar Alberto Motta Ramírez,* José Silva Ortiz,† Claudia Esther Rodríguez Montes,§ Perla Angélica Nájera Meza,|| Max Joao Martínez Utrera,¶

Caso clínico. Paciente femenina de 50 años con dolor pélvico crónico. En el abordaje clínico se realizan estudios de imagen: inicialmente, ultrasonido transabdominal y transvaginal, e inmediatamente después, estudio de TC con administración IV de medio de contraste; se identifica en ambos masa anexial derecha.

En el ultrasonido transabdominal (Figuras 1 a y b) y en el ultrasonido transvaginal (Figura 1c) se identifica la lesión ocupativa anexial derecha sólida, homogénea, de 8.3 por 7.1 cm, con señal Doppler intralesional nula.

En la TC (Figuras 2 a-e) se corrobora la lesión anexial derecha sólida, homogénea, de mediciones al corte máximo axial de 6.8 por 6.5 cm y al sagital de 7.6 cm, lo que condiciona un volumen de 167 cm³; con patrón de ate-

nuación de 60 UH (para que en la fase venosa del estudio alcancase hasta 116UH, predominantemente hiperdensa con áreas hipodensas intralesionales, menores del centímetro, sin calcificaciones. En la cavidad abdominopélvica no se definen adenopatías retroperitoneales, lesiones focales viscerales ni líquido libre intrabdominal. El anexo contralateral, sin anormalidades que consignar.

En la figura 3a se demuestra la masa ovárica de 7.3 por 6.4 por 6 cm, que en la superficie de corte muestra áreas nodulares, café-amarillentas, algunos quistes con material gelatinoso y zonas de aspecto congestivo.

En la figura 3b se muestra tejido tiroideo con macro- y microfolículos con abundante coloide (200x). En la figura 3c, el parénquima ovárico residual (flecha), mos-

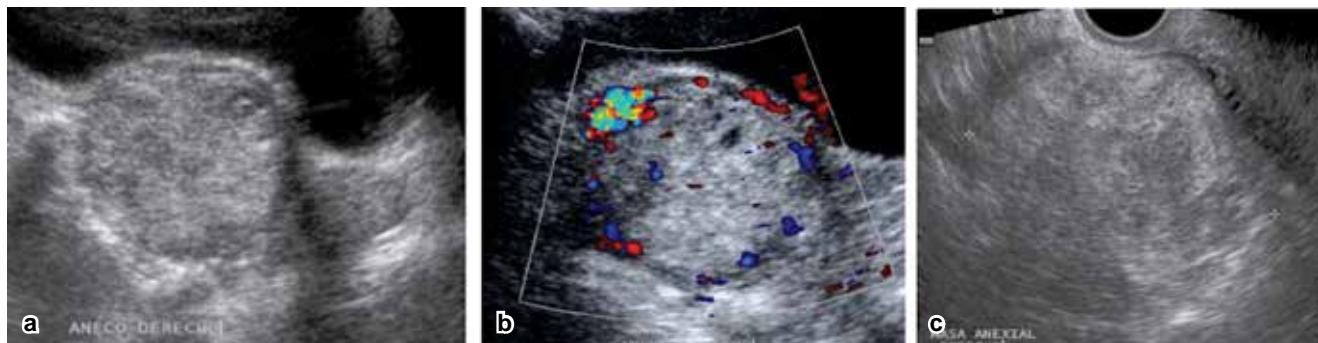


Figura 1.

* Médico Radiólogo, Departamento de Radiación Ionizante, subsección de Tomografía Computada.

† Departamento de Cirugía Oncológica.

§ Departamento de Patología.

|| Médico Radiólogo, Departamento de Radiación Ionizante.

¶ Médico Cirujano, residente de segundo año, Curso de Especialización y Residencia en Radiodiagnóstico.

Hospital Central Militar.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Médico Radiólogo, adscrito al Departamento de Radiación Ionizante del Hospital Central Militar, Cd. de México, D.F.

Correo electrónico: radbody2013@yahoo.com.mx

Aceptado: 10-10-2013.

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

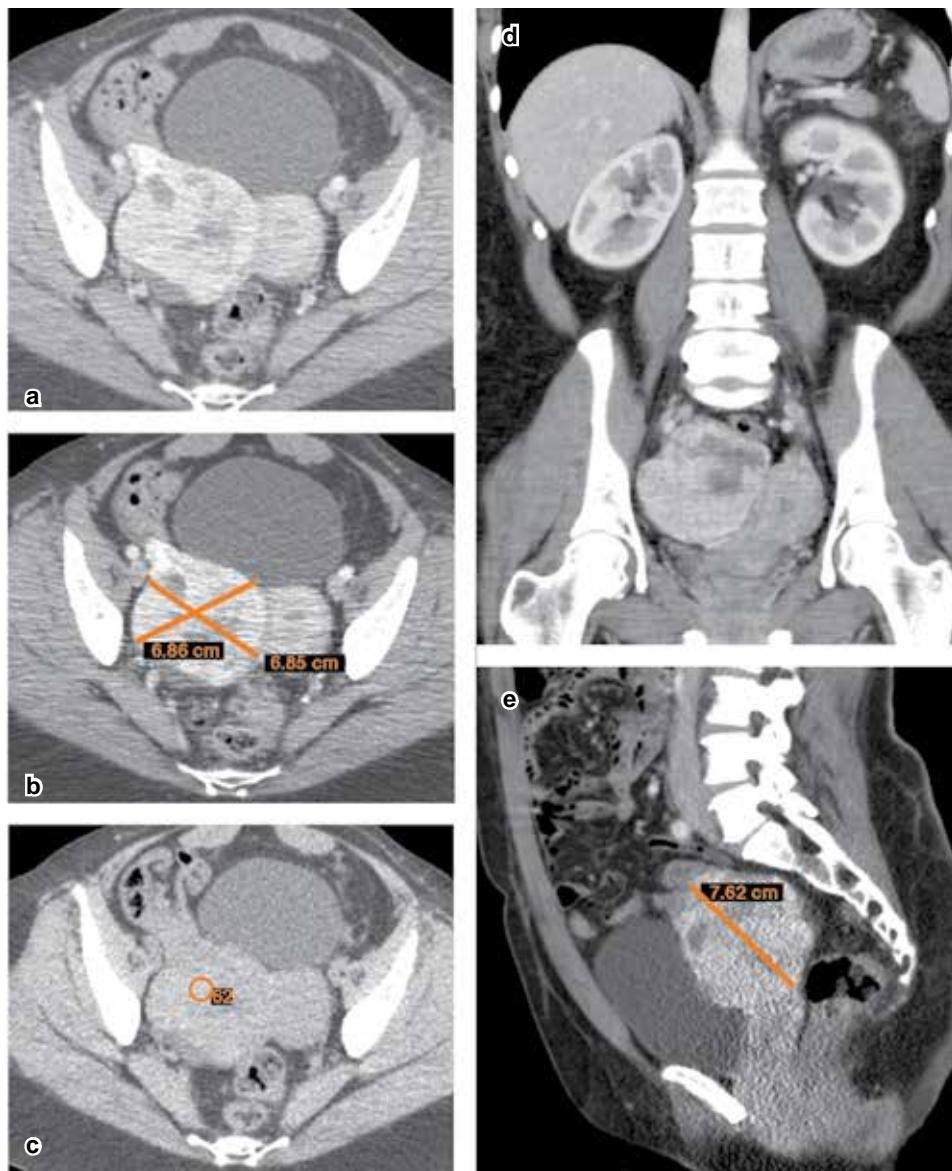


Figura 2.

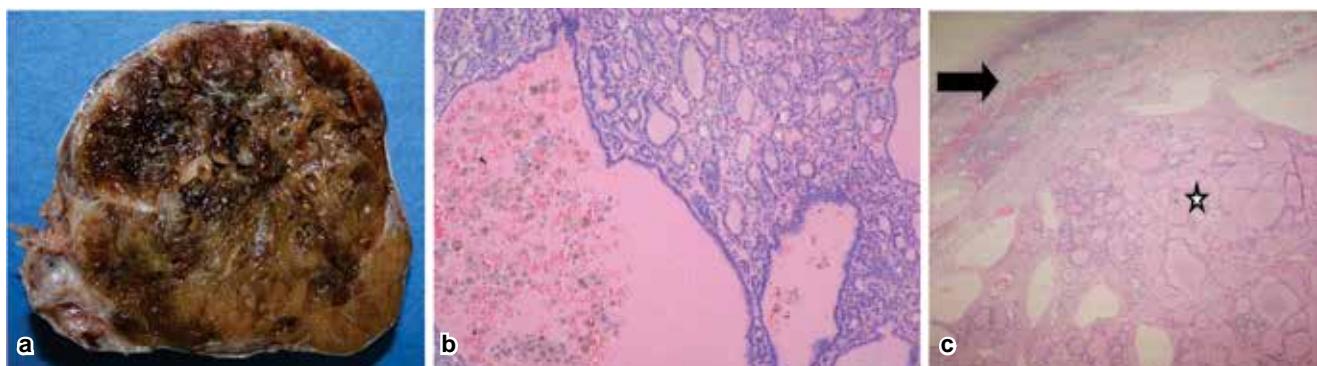


Figura 3.

trando tejido tiroideo (estrella), tinción de hematoxilina y eosina (40x).

STRUMA OVARII

El *struma ovarii* es un teratoma monodérmico altamente especializado en el cual el componente mayoritario es de tejido tiroideo. La baja frecuencia de presentación es una de sus principales características. Se expone el diagnóstico y conducta terapéutica en una paciente con este tipo de tumor ovárico, dado el reducido número de series de *struma ovarii* comunicadas en la bibliografía.

El *struma ovarii* corresponde aproximadamente al 0.4% de los tumores ováricos. El tejido tiroideo del *struma ovarii* es funcional y estructuralmente similar al tejido tiroideo cervical normal. Generalmente se presenta como un tumor ovárico asintomático. Una forma inhabitual de *struma ovarii* es el carcinoide del estroma, en que existe la presencia de tejido tiroideo con tumor carcinoide en un tumor ovárico monodermal. Clínicamente la asociación con ascitis es relativamente común y puede ocurrir en más del 10% de los casos.¹

El *struma ovarii* es un teratoma monodérmico en el que la diferenciación hacia tejido tiroideo es predominante y constituye más de la mitad del tumor.¹ Fue descrito inicialmente por Kahden en 1895 y reconocido como tejido similar al tiroideo por Pick en 1903. Constituye el 0.3-2.5% de los teratomas ováricos² y alrededor del 0.3% de todas las neoplasias de origen ovárico.³ Se han descrito al menos 275 casos en la bibliografía mundial.² La edad de presentación es similar a la de los teratomas quísticos maduros, situán-

dose el pico de incidencia en la quinta y sexta décadas de la vida,³ aunque se han publicado casos entre los 23 y 71 años.⁴ Su comportamiento suele ser benigno, aunque se describe malignidad en un 5-10% de los casos.^{1,2} Suele ser unilateral,^{1,3,4} aunque en un 6-15% es bilateral.¹ El síntoma más frecuente es el dolor pélvico,³ seguido de la masa pélvica.⁴⁻⁶ Se produce ascitis en el 10-17% y síntomas de hipertiroidismo en un 8% de los casos.^{1,3,4} Se describen metástasis en el 5-6% de los *struma ovarii* malignos.¹ En el 20-44% de los casos es asintomático. El tratamiento suele ser quirúrgico, mediante quistectomía u ooforectomía en el caso de pacientes jóvenes con deseo de conservar la fertilidad, o histerectomía más doble anexectomía en caso de pacientes con paridad satisfecha. La baja frecuencia de este tipo de teratoma ovárico implica la individualización de la conducta terapéutica según las características de cada paciente.

REFERENCIAS

1. Shen J, Xia X, Lin Y, Zhu W, Yuan J. Diagnosis of *struma ovarii* with medical imaging. *Abdom Imaging*. 2011; 36: 627-631.
2. Ikeuchi T, Koyama T, Tamai K, Fujimoto K, Mikami Y, Konishi I et al. CT and MR features of *struma ovarii*. *Abdom Imaging*. 2011, doi: 10.1007/s00261-011-9817-7 Online First™
3. Ferrero A, Fernández-González C, Fernández-Corona A, Salas JS, Carriles R, Hernandez Rodriguez JL. *Struma ovarii*: un tumor ovárico infrecuente. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2003; 30: 270-272.
4. Van de Moortele K, Vanbeckvoort D, Hendrickx S. *Struma ovarii*: US and CT findings. *JBR-BTR*. 2003; 86: 209-210.
5. Jung SI, Kim YJ, Lee MW, Jeon HJ, Choi JS, Moon MH. *Struma ovarii*: CT findings. *Abdom Imaging*. 2008; 33(6): 740-743.
6. Elorriaga-García E, Morgan-Ortiz F y Muñoz-Acosta J. *Struma ovarii*. *Bol Med UAS*. 2007; 16(2): 38-40.