



Masa intraabdominal gigante

Gaspar Alberto Motta Ramírez,* Abraham Gaytán Ortiz,† Isabel Mendoza Mora§

Mujer de 36 años, quien desde hacía ocho meses tenía tumor intraabdominal el cual evolucionó con crecimiento acelerado, por lo que fue sometida a tratamiento quirúrgico.

Previo a la cirugía, se realizó estudio de tomografía computada abdominopélvica con contraste intravenoso. En la selección de imágenes, en la reconstrucción multiplanar coronal y sagital se demostró una lesión compleja hetero-

génea predominantemente sólida de medición máxima al corte axial de 23 x 19 cm y de 35 cm de eje mayor (Figuras 1A y 1B), lo que resulta en un volumen aproximado de 7,953 cm³, con reforzamiento intralesional posterior al contraste intravenoso, de contornos multilobulados, con áreas de hipoatenuación líquida periféricas. No se demostró derrame pleural ni ascitis y la lesión no tenía imágenes hiperdensas que sugirieran calcificaciones intralesionales.

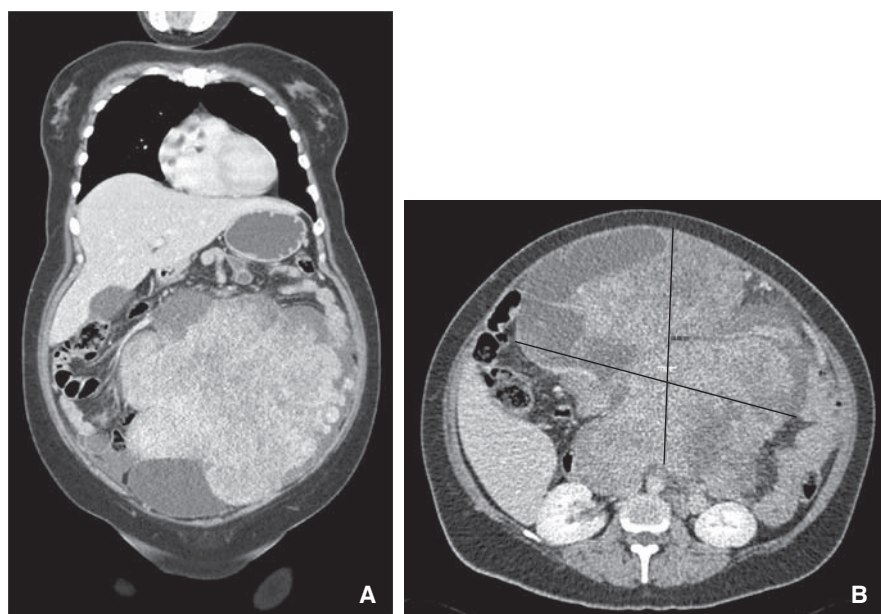


Figura 1.

* Médico Radiólogo adscrito a la Subsección de Tomografía Computada del Departamento de Radiación Ionizante.

† Médico Residente del tercer año del Curso de Especialización y Residencia en Radiodiagnóstico, Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

§ Médico Patólogo adscrito al Departamento de Anatomía Patológica.

Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Correo electrónico: radbody2013@yahoo.com.mx

Aceptado: 28-07-2014.

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

La cirugía realizada fue histerectomía total con salpingooforectomía bilateral que demostró en la imagen de la lesión extirpada (*Figura 2*) al corte en sentido longitudinal al útero con tumor dependiente del anexo izquierdo de bordes bien definidos, lobulados, homogéneo y blanquecino, de 35 cm de eje mayor, con quistes en la periferia y que, por histopatología, resultó en fibroma del ovario izquierdo y focos de necrosis isquémica del 20%.

En las fotomicrografías (*Figura 3*), se define en la *figura 3A*, teñida con hematoxilina-eosina 10X, una neoplasia de aspecto mesenquimatoso, con disposición fascicular; en la *figura 3B*, teñida con hematoxilina-eosina 40X, se observa la constitución de la neoplasia por células de aspecto fusiforme, homogéneas entre sí, con núcleos ovales y sin atipia, el citoplasma es moderado de bordes indistintos y eosinófilo; y la fotomicrografía a 40X, *figura 3C*, corresponde a la reacción de inmunohistoquímica para CD56, la cual resulta positiva en forma difusa.

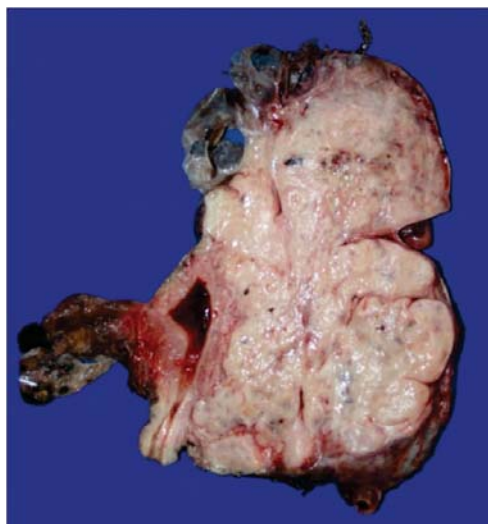


Figura 2.

Imagen en color en: www.medigraphic.com/actamedica

MASA INTRAABDOMINAL GIGANTE (FIBROMA)¹⁻⁴

Las grandes masas abdominales resultan muy aparatosas e inquietantes para el médico radiólogo, ya que en muchos casos somos los primeros en enfrentarnos a ellas, y se espera que seamos capaces de ponerle un nombre e incluso de señalar si es maligna o benigna. Las masas intraabdominales gigantes representan una entidad poco común. Los orígenes más frecuentes de las mismas son el ovario, el mesenterio y el omento.

La identificación de una lesión intraabdominal gigante debe plantear un diagnóstico diferencial entre diversos orígenes (ovario, mesenterio, genitourinario, entre otros). Incluso, hoy en día, con los avances en imagen se llega al diagnóstico definitivo en quirófano.

En el paciente femenino del presente caso clínico, ante el hallazgo de una masa abdominal gigante en un estudio de imagen, lo que se determinó era que se trataba de una masa de origen ginecológico.

Los tumores benignos de ovario son más comunes en pacientes jóvenes en edad reproductiva, a diferencia de la mayor parte de las neoplasias malignas de ovario, que se presentan en pacientes de más edad. Generalmente, las masas anexiales benignas son unilaterales, pudiendo llegar a alcanzar grandes tamaños y generar poca sintomatología a las pacientes. Debido a su gran potencial de crecimiento, en ciertas ocasiones pueden llegar a desplazar y crear múltiples adherencias a estructuras vecinas.

En la clasificación de los tumores ováricos por la OMS, los tumores de los cordones sexuales-estroma y los tumores de granulosa-estroma incluyen:

1. Tumor de células de granulosa (30% malignos).
2. Tumores del grupo fibroma-tecoma. Rara vez son malignos; a) tecoma y b) fibroma.

Los tumores de granulosa-estroma representan 4% de los tumores ováricos y se originan del estroma ovárico com-

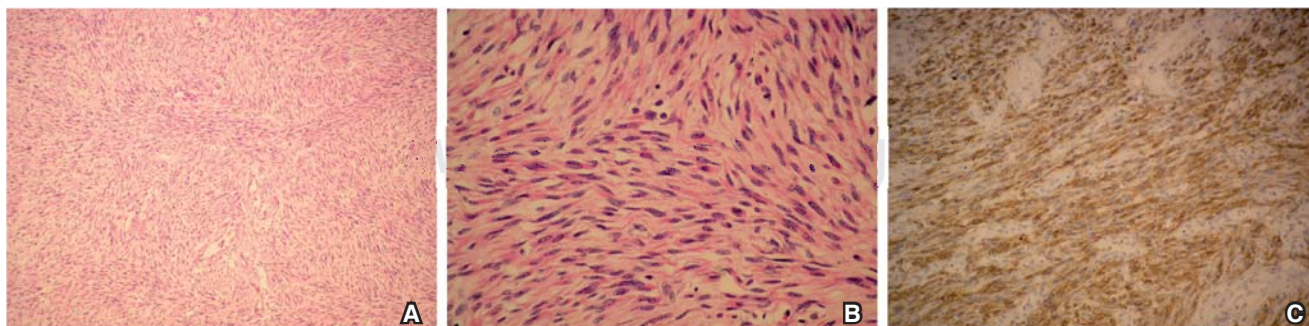


Figura 3.

Imagen en color en: www.medigraphic.com/actamedica

puestos de fibroblastos (fibroma) o de células fusiformes más hinchadas con gotitas de lípidos (tecomas).

Se han denominado también como tumor de células tecales y fibroma tecocelular xantomatoide. Macroscópicamente se muestran unilaterales en el 90% de los casos y suelen ser masas sólidas esféricas o ligeramente lobuladas, encapsuladas, duras, de color gris blanco, cubiertas por una superficie serosa ovárica brillante e intacta.

Los fibromas ováricos son tumores del estroma generalmente benignos; representan el 4% de todos los tumores del ovario y aparecen en cualquier edad, pero predominan en la reproductiva.¹ Cissé y colaboradores² sostienen que los fibromas del ovario son aun más raros de lo que reportan algunos autores en la bibliografía y equivalen sólo al 1% de los tumores epiteliales del ovario. Estos investigadores comentan que de 1989 a 2004 sólo se reportaron ocho casos en toda la bibliografía. Con frecuencia, se trata de tumores asintomáticos descubiertos incidentalmente en el transoperatorio y que rara vez se diagnostican antes de la intervención quirúrgica.

Entre 40 y 50% de las pacientes tienen tumor sólido de ovario únicamente con ascitis, sin hidrotórax, cuando éste mide más de 5 cm de diámetro. Otra variante del fibroma ovárico es el fibrotecoma con degeneración quística o con calcificaciones extensas.

El 90% de los fibromas ováricos son tumores unilaterales, de consistencia sólida, esféricos, o ligeramente lobulados, encapsulados, firmes, de color blanco grisáceo, cubiertos por una superficie serosa, brillante e intacta y, en ocasiones —desde el punto de vista histológico—, con variaciones importantes en la cantidad de edema del estroma, con posibles cambios mixomatosos y degeneración quística extensa. Asimismo, pueden tener actividad estrogénica y ocasionar cambios uterinos secundarios.²

Actualmente, las lesiones fibroblásticas ováricas se clasifican como: a) fibromas típicos, constituidos por células fusiformes con abundante colágeno intersticial y escasa celularidad; b) fibromas celulares, constituidos por células fusadas con escaso colágeno intersticial, sin atipias y con actividad mitótica variable; c) fibrosarcomas, caracterizado por un tumor también de células fusadas, con una tasa mitótica variable, habitualmente mayor a 3 por 10 campos de mayor aumento y atipia celular significativa.³

Los fibromas de ovario son neoplasias sólidas, hormonalmente inactivas, que se presentan en la edad media de la vida (edad reproductiva), aunque pueden aparecer en la menopausia; en 90% son unilaterales, 40% desarrolla síndrome de Meigs y 10% síndrome de Gorlin.⁴ Meigs sugirió que el tumor sólido de ovario podía irritar la superficie peritoneal, condicionando la producción de ascitis.⁴

Generalmente, de todos los casos, 40% se presenta con ascitis y, en ocasiones, también derrame pleural (síndrome de Desmond-Meigs).

Los fibromas pueden producir ascitis y derrame pleural (síndrome de Meigs) de origen estromal. El 10% puede mostrar incremento en la celularidad con cambios pleomórficos y actividad mitótica que indica características benignas con bajo potencial de malignidad. Microscópicamente, se pueden caracterizar porque son tumores frecuentemente adheridos a otras estructuras blandas. Aunque rara vez tienen implantes peritoneales, al corte histológico, se observan tumores sólidos, duros, con una superficie de corte blanquecina y ondulada. De forma infrecuente se ven áreas de edema y ocasionales formaciones quísticas. Microscópicamente, se observan haces de células fusiformes que producen colágeno; a diferencia de los tecomas, es infrecuente la presencia de bandas fibrohialinas. Muchos tumores tienen mayor o menor presencia de edema intercelular, que a veces adopta una apariencia mixoide. El citoplasma de las células neoplásicas puede contener pequeñas cantidades de lípidos. Rara vez se observan algunos gránulos; algunos fibromas también pueden tener elementos menores de los cordones sexuales en formas de túbulos sertoliformes dispersos. Todos los fibromas de ovario se pueden considerar como tumores benignos, pero aquéllos en los que se ven más de 1 a 3 MF/10 HPF (grado de diferenciación celular) deberían de considerarse como fibromas celulares de bajo potencial de malignidad porque, generalmente, recurren.⁴

El caso que nos ocupa representa un fibroma ovárico con un volumen aproximado de 7,953 cm³.

REFERENCIAS

1. Hernández-Monge A, Ramírez-Sánchez L, Estrada-Hernández M, Pacheco-Pineda R, Aguilar-Muñoz L. Fibroma edematoso de ovario con extensa degeneración quística. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex*. 2009; 77 (5): 244-249.
2. Cissé CT, Ngom PM, Sangare M, Ndong M, Moreau JC. Fibrome de l'ovaire associé à un syndrome de Demons-Meigs et à une élévation du CA 125 [Ovarian fibroma associated with Demons-Meigs syndrome and elevated CA 125]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2004; 33: 251-254.
3. Contreras ML, Moreno SM, Rodríguez AT, Ricci AP, Contreras SMS. Fibroma ovárico con células estromales en anillo de sello: un tumor extremadamente infrecuente. Diagnóstico diferencial del tumor de Krukenberg. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013; 78 (6): 460-464.
4. González-Cante MA, Sánchez-Conde R, Rodríguez-Blas AI, Balcázar-Vázquez R, Casán-Castellanos G. Fibroma de ovario. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Hosp Jua Mex*. 2011; 78 (1): 50-52.