

Fibroma de ovario. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Marco Antonio González Cante,* Raúl Sánchez Conde,**
Agustín Isidoro Rodríguez Blas,** Ricardo Balcázar Vázquez,** Gustavo Caslán Castellanos***

RESUMEN

Los fibromas son neoplasias sólidas, generalmente benignas, que pueden producir ascitis y derrame pleural (síndrome de Meigs), de origen estromal, hormonalmente inactivos. 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.

Palabras clave: Fibroma, estroma, síndrome de Meigs, bajo potencial de malignidad.

ABSTRACT

Fibromas are relatively common, hormonally inactive. These solid, generally benign ovarian neoplasms arise from the spindled stromal cells that form collagen. Fibromas can produce ascites, resulting in a clinical picture (Meigs syndrome) suggestive of epithelial ovarian cancer. Ten percent will demonstrate increased cellularity and varying degrees of pleomorphism and mitotic activity that indicate a tumor better characterized as having low malignant potential.

Key words: Fibromas, stroma, Meigs syndrome, low malignant potential.

INTRODUCCIÓN

Los fibromas son tumores benignos de los cordones sexuales frecuentes en el ovario, constituyen 4% de todos los tumores en esta localización. Generalmente, se presentan en la edad media de la vida (edad reproductiva),^{1,2} y en 90% son unilaterales. De todos los casos, 40% se presentan con ascitis y, en ocasiones, también con derrame pleural (síndrome de Desmond-Meigs). Meigs sugirió que el tumor sólido de ovario podía irritar la superficie peritoneal, condicionando la producción de ascitis.³

El derrame suele ser unilateral y frecuentemente derecho, que revierte después de ser extirpado. En 10 % de los casos, se observan calcificaciones bilaterales que casi siempre ocurren en pacientes con el síndrome hereditario de Gorlin (fibromas de ovario asociados con carcinomas basocelulares que se presentan en edad temprana, queratocistes de la mandíbula, quistes mesentéricos y otras anomalías menos frecuentes).^{4,5}

Varían en tamaño, desde muy pequeños a muy grandes. Los primeros son infrecuentes; de hecho, los tumores < 3 cm no deberían considerarse verdaderas neoplasias y no deben incluirse entre los fibromas.⁵⁻⁷ 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.

* Médico Diplomado Ultrasonografía, Hospital Juárez de México.

** Médico Radiólogo adscrito al Servicio de Radiología e Imagen, Hospital Juárez de México.

*** Jefe del Servicio de Radiología e Imagen, Hospital Juárez de México.

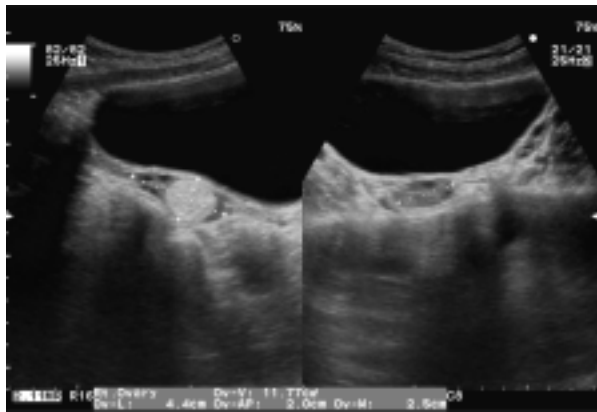


Figura 1. Ovario derecho con patrón sonográfico anormal por la presencia de una lesión ecogénica, ovoide y de bordes bien definidos.

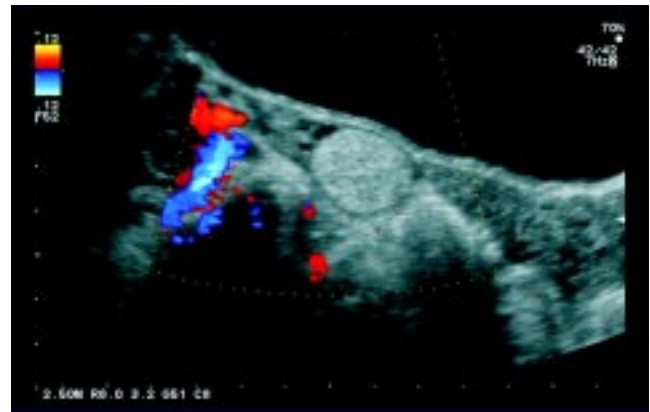


Figura 3. Lesión del ovario derecho, con la modalidad Doppler no muestra vascularidad.

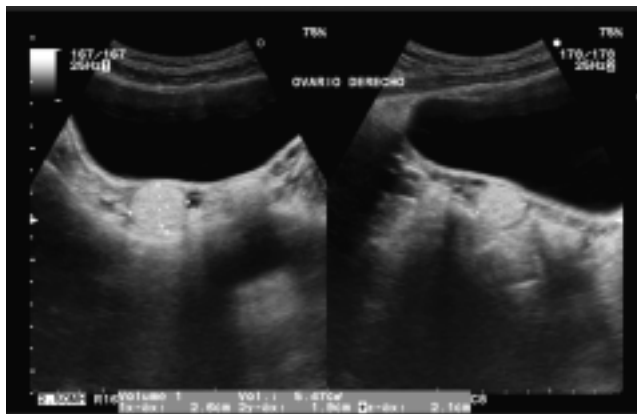


Figura 2. Lesión homogénea ecogénica con dimensiones de 26 x 19 x 21 mm.

Los diagnósticos diferenciales, ecográficamente, deben distinguirse del edema masivo del ovario; leiomiomas uterinos, de la fibromatosis; los fibrosarcomas, de las hiperplasias estromales,⁸ del tumor de Brenner o de un tumor fibroide uterino pedunculado.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 19 años de edad, soltera, con inicio del padecimiento dos meses previos, refiriendo dolor intenso, punzante a nivel de hipogastrio e irregularidad menstrual. A la exploración física sin datos relevantes para padecimiento actual.

Se cuenta con un reporte ecográfico donde se diagnostica una lesión sólida del ovario derecho, con una probable tumoración dermoide.

Los resultados de marcadores tumorales reportaron: Alfa feto proteína de 1.58 ng/mL, gonadotrofina de 0.003 UI/mL, CA 125 de 3.73U/mL, DHL de 161 u/L.

Se realizó un nuevo rastreo ecográfico pélvico de control, a nivel del ovario derecho se encontró lesión homogénea, ovoide, de bordes definidos, con dimensiones de 26 x 19 x 21 mm la cual, a la modalidad Doppler color, no mostró vascularidad (Figuras 1, 2 y 3).

RESULTADOS

La paciente fue sometida a ooforectomía derecha, con reporte histopatológico de la pieza quirúrgica con compuestos de estroma, capa no estratificada de epitelio columnar ciliado, con atipia mínima nuclear, no se observó mitosis, en relación con fibroadenoma de ovario.

DISCUSIÓN

Los fibromas de ovario son tumoraciones, frecuentemente benignas, hormonalmente inactivas, se presentan principalmente en la edad reproductiva, aunque pueden aparecer en la menopausia, 40% desarrolla síndrome de Meigs y 10%, síndrome de Gorlin. El síntoma principal es dolor pélvico moderado y en algunas ocasiones irregularidad menstrual. No existen marcadores tumorales específicos. Ecográficamente, son tumoraciones redondeadas de bordes bien definidos, homogéneas, su ecotextura depende del grado de degeneración quística generalmente, ecogénicas y por modalidad Doppler color la vascularidad interna de los fibromas es ausente.

Suelen ser tumores sólidos, esféricos o lobulados, encapsulados, duros y de color blanco grisáceo, rodeados por serosa del ovario; histológicamente, están forma-



dos por fibroblastos bien diferenciados y tejido conjuntivo colágeno escaso.

La extirpación quirúrgica electiva es el tratamiento habitual, tanto para la confirmación histológica y por el bajo potencial de malignidad de estas lesiones.

REFERENCIAS

1. Schorge J, Schafer J, Halvorson L, Hoffman B, Bradshaw K, Cunningham F, Williams. Gynecology. Cap. 36. McGraw Hill; 2008.
2. Echemendia M. Ginecología oncológica pelviana. Fibromas. 2008; p. 63.
3. Meigs J, Cass J. Fibroma of the ovary with ascities and hydrothorax: With a report of seven cases. Am J Obstet Gynecol 1937; 33: 249-67.
4. Outwater E, Wagner B, Mannion C, McLarney J, Kim B. Sex cord-stromal steroid cell tumors of the ovary. Radiographics 1998; 18: 1523-46.
5. Takeshita T, Shima H, Oishi S, Machida N, et al. Ovarian fibroma (fibrothecoma) with extensive cystic degeneration. Radiat med 2005.
6. Collins T, Kumar V, Cotran R. Patología funcional y estructural. 6a. Ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2000.
7. Anios CI, Shaw GI, Tucker M, et al. Age at onset for familial, Epithelial ovarian cancer. JAMA 1992; 286.
8. Karger A. Basilea. Gynecol Obstet Invest 2006; 62: 1-6.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Marco Antonio González Cante
Servicio de Radiología e Imagen,
Hospital Juárez de México,
Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160
Col. Magdalena de las Salinas
C.P. 07760, México, D.F.