



Tumor de ovario del cordón estromal. Sertoli-Leydig

Marianela Centeno Flores,* Araceli Bibiana Pacheco Calderón,*
Mario Francisco García Rodríguez,** Luis Héctor Padrón Rivera***

RESUMEN

El tumor de ovario de células de Sertoli-Leydig, también conocido como androblastoma, es un tumor raro del cordón estromal, constituye 0.2% de las manifestaciones. Se presenta el caso de una paciente de 28 años de edad con un tumor de ovario heterogéneo que fue llevada a laparotomía, encontrándose un tumor de ovario derecho, se realizó estudio transoperatorio, positivo para malignidad. Se le realizó resección y biopsias con reporte patológico de tumor de Sertoli-Leydig; no se completó la rutina y la paciente no se llevó a adyuvancia.

Palabra clave: Sertoli-Leydig, tumor virilizante.

ABSTRACT

Ovarian Sertoli Leydig cell tumor, also name androblastoma because of virilization, is rare sex cord-stromal tumor, constituting less 0.2% of the cases. We present a case of a young women 28 years old, with ovarian tumor, at laparotomy, found a large right ovarian tumor, the frozen biopsy report positive for malignancy, she underwent to resection and biopsies, the pathological examination report ovarian sertoli Leydig cell tumor, a surgical staging was not performed, no adjuvant treatment has given.

Key words: Sertoli-Leydig, virilizing tumor.

INTRODUCCIÓN

Los tumores Sertoli-Leydig son raros, constituyen menos de 0.5% de los tumores de ovario,¹ 20% presenta un componente heterólogo y en menor frecuencia tiene un componente mixto. También es conocido como androblastoma.² La edad media de presentación es de 25 años y se presenta como un cuadro de virilización secundario a hiperaldrogenismo, el cual se presenta en 77% de los casos y masa abdominal.^{3,4} En 98% de los casos se presenta de manera unilateral y como un tumor con componente mixto.⁵ El 80% se presenta en estadio clínico temprano. La probabilidad de un tumor bilateral es muy rara.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 28 años originario de Tultepec, Estado de México. Gestación: dos; paridad: una; cesárea: una. Historia de dos años de quistes de ovario derecho (en ob-

servación), posteriormente se asoció a dolor abdominal intermitente, no sangrado transvaginal, no alteración de ciclo menstrual, con hirsutismo importante.

Se le realizó US abdominal encontrando un quiste gigante de ovario derecho, con un Ca 125 de 193.1. Fue llevada a laparotomía exploratoria fuera de la unidad. Se encontró tumor de ovario derecho multilobulado, no ascitis, sin adenopatías. Se le realizó hysterectomía con salpingooforectomía derecha, omentectomía, apendicetomía, biopsia pélvica, no se realizó disección pélvica. El reporte histopatológico fue compatible con tumor de células de Sertoli-Leydig.

Descripción macroscópica

Útero y anexo derecho de 10 x 5 x 3 cm, peso 150 g, superficie café gris, brillante y lisa sin nódulos aparentes. Endometrio 3 cm de espesor; a los cortes con formaciones nodulares en miometrio de 1.5 cm y otra de 1 cm gris blanquecina, encapsulada. Ovario de 4 x 4 cm gris, blando, nodular, firme quístico, multilocular y cavidad > 3 cm. Ganglios linfáticos 9/9 sin evidencia de neoplasia (Figura 1).

* Residente de tercer año de Cirugía Oncológica, Hospital Juárez de México.

** Jefe del Servicio de Cirugía Oncológica, Hospital Juárez de México.

*** Residente de primer año de Cirugía Oncológica.



Figura 1. Tumor de ovario derecho.

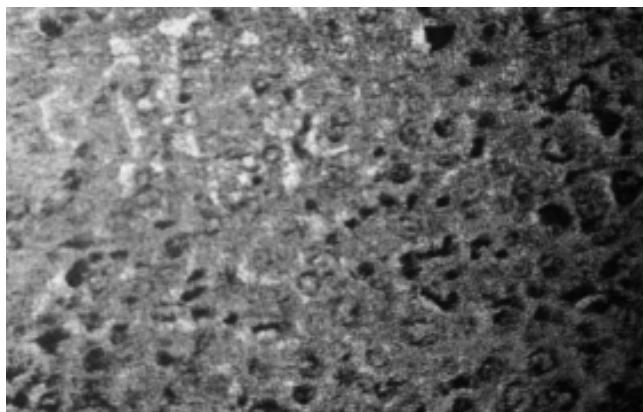


Figura 2. Tumor de Sertoli-Leydig.

Descripción microscópica

Epitelio ectocervical con erosión severa, en 40% de su espesor con hiper y paraqueratosis focal, cortes histológicos con haces cortos entrelazados de fibras musculares lisas; sin atipia, ni mitosis; los cortes de ovario con fibrosis y cuerpos blancos involutivos fueron compatibles con tumor de Sertoli-Leydig poco diferenciado sin invasión capsular, ni angiolinfática, no se identificaron elementos heterólogos, tejido fibroadiposo de sitio no especificado con un implante de 4 mm (Figura 2).

La paciente acudió al servicio tres meses después. Se practicó radiografía de tórax sin enfermedad metastásica; TAC abdominopélvica, imágenes nodulares perihepáticas en contacto con la glándula suprarrenal y el polo renal superior derecho que reforzaron con el medio de contraste. El Ca 125 posquirúrgico de 18 mg/dL, AFP 32 mg/dL. Se envió para valorar adyuvancia.

DISCUSIÓN

Estos tumores se describieron a principios del siglo XX. En 1930, Meyer los describió como arrenoblastoma y los clasificó como bien diferenciados, moderadamente diferenciados y pobremente diferenciados. En 1949 se les conoció como androblastoma. En 1958 se les conoció como tumores de Sertoli-Leydig. Se manifiestan con síntomas de hiperestrogenismo, trastornos menstruales, pubertad precoz, sangrado posmenopáusico y dolor abdominal.

El presente caso se manifestó con trastornos de dolor abdominal y masa con datos de hirsutismo. La paciente se realizó una estadificación incompleta. Sin embargo, por el reporte de patología sobre un implante peritoneal, según la FIGO, correspondería a un estadio clínico IIIb poco diferenciado.

Se han descrito factores de mal pronóstico: componente heterólogo, epitelio gástrico o intestinal, focos de carcinoma o elementos estromales, y patrón retiforme⁶ para determinar la adyuvancia.

Inmunohistoquímica

La microscopía electrónica⁷ ayuda a establecer el diagnóstico al demostrar la presencia de cristales Charcot-Böttcher en las células de Sertoli y cristaloides de Reinke en las células de Leydig. La alfa inhibina (un marcador tumoral) ayuda a confirmar el diagnóstico, ya que se encuentra presente tanto en las células de Sertoli como las de Leydig.^{8,9} La AFP también se ha reportado en un pequeño número de pacientes.

El exceso de andrógenos se ha evaluado y los niveles de testosterona se encuentran elevados en caso de virilización, la inmunohistoquímica es positiva para testosterona. Posterior a la citorreducción los niveles séricos deben ser ausentes y un aumento de los niveles normales es indicador de enfermedad recurrente.

La estadificación utilizada en los tumores de Sertoli-Leydig es a través de la FIGO, 80% son estadio clínico IA, cápsula íntegra y moderadamente diferenciados. Tienen excelente pronóstico; sin embargo, las recaídas pueden presentarse hasta 10 años después del diagnóstico. La mayoría son pacientes jóvenes, el tratamiento es quirúrgico y conservador en la mayoría de los casos; dado su bajo potencial maligno y a que se presenta en edades muy tempranas se opta por una cirugía conservadora de fertilidad si la paciente la desea. En pacientes con paridad satisfecha se recomienda la salpingooforectomía bilateral e hysterectomía. En caso de estadio clínico I grado intermedio y pobremente diferenciado se debe realizar una rutina de ovario.¹⁰



La adyuvancia con quimioterapia está indicada en pacientes estadio clínico Ib-IV o recurrente. Se ha encontrado que pacientes con enfermedad metastásica han respondido a la quimioterapia multimodal.¹¹ Sin embargo, no hay esquemas establecidos de quimioterapia por la poca incidencia de este tumor por lo que es necesario la realización de estudios clínicos prospectivos.¹² En los estadios avanzados o tumores recurrentes se recomienda un esquema a base de VAC y una combinación de bleomicina y vinblastina. La sobrevida a cinco años varía entre 70-90%.

Seguimiento

En el seguimiento se debe evaluar la normalización de los valores hormonales, determinación de testosterona cada 3-4 meses en los primeros dos años, luego cada seis meses, examen físico, ausencia de los rasgos de virilización y retorno de los ciclos menstruales. La TAC se indica en sospecha de recaída; IRM que en el caso presentado se recomendó llevar a adyuvancia con quimioterapia multimodal.

REFERENCIAS

1. Young RH, Scully RE. Ovarian Sertoli-Leydig cell tumors. A clinico-pathological analysis of 207 cases. Am J Surg Pathol 1985; 9: 543-69.
2. Young RH. Sertoli-Leydig cell tumors of the ovary: review with emphasis on historical aspects and unusual variants. Int J Gynecol Pathol 1993; 12: 141-7.
3. Zaloudek C, Norris HJ. Sertoli-Leydig tumors of the ovary. A clinico-pathological study of 64 intermediate and poorly differentiated neoplasms. Am J Surg Pathol 1984; 8: 405-18.
4. Kriplani A, et al. Laparoscopic management of Sertoli-Leydig cell tumors of the ovary. A report of two cases. J Reprod Med 2001; 46: 493-6.
5. Roth LM, Anderson MC, et al. Sertoli-Leydig cell tumors: a clinicopathologic study of 34 cases. Cancer 1981; 48: 187-97.
6. Young RH, Prat J, Scully RE. Ovarian Sertoli-Leydig cell tumors with heterologous elements (I): gastrointestinal epithelium and carcinoid: a clinic pathologic analysis of thirty-six cases. Cancer 1982; 50: 2448-56.
7. Moltz L, Pickartz H, et al. Sertoli-Leydig cell tumor and pregnancy. Clinical, endocrine, radiologic, and electron microscopic findings. Arch Gynecol 1983; 233: 295-308.
8. Costa MJ, Ames PF, Walls J, Roth LM. Inhibin immunohistochemistry applied to ovarian neoplasms: a novel, effective, diagnostic tool. Hum Pathol 1997; 28: 1247-54.
9. Grove A, Vestergaard V. Ovarian Sertoli Leydig cell tumor of intermediate grade with heterologous elements of rhabdomyosarcoma. A case report and review of the literature. Pathology 2006; 10: 288-93.
10. Gershenson DM, et al. Treatment of poor-prognosis sex cord-stromal tumors of the ovary with the combination of bleomycin, etoposide, and cisplatin. Obstet Gynecol 1996; 87: 527-31.
11. Schwartz PE, Price FV, Snyder MK. Management of stromal ovarian tumors. In: Rubin SC, Sutton GR (eds.). Ovarian cancer; 2nd. Ed. 2001, p.383-98.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Marianela Centeno Flores
Servicio de Cirugía Oncológica
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160
Col. Magdalena de las Salinas
C.P. 07760, México, D.F.
Correo electrónico: maricent@hotmail.es