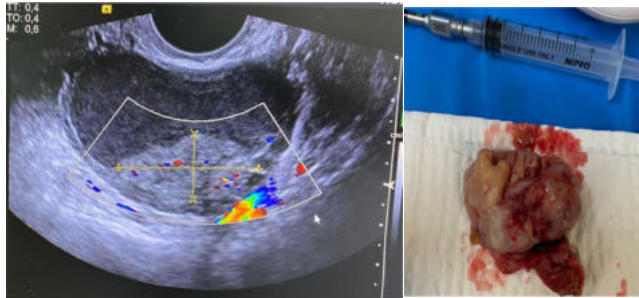


Autores: Orozco Carratalá Beatriz; Lopez Molina Jose; Hernandez Ros Maria Inés; Escudero Borrego Isabel; Garre Alcázar Carmen; Pastor Conesa Miriam; Abril Perez Jorge; Peña Vázquez Isabel **Centro:** Hospital Los Arcos del Mar Menor, Murcia.

Descripción del caso

Mujer de 31 años usuaria de ACHO que consulta para cambio de método anticonceptivo. Asintomática.

Antecedentes: Nuligesta. Migrañas sin aura. No cirugías previas.



Diagnóstico diferencial

Cancer de Ovario
Teratoma
Cistoadenoma Mucinoso
Tumor Borderline.

Diagnóstico

TUMOR SEROMUCINOSO BORDERLINE

Bibliografía

Exploración y pruebas complementarias

- Ecografía Transvaginal: **Ovario izquierdo formación quística unilocular de 57x40mm de contenido hiperecogénico, área sólida irregular de 34x16mm que capta doppler, Score 3 compatible con tumoración seromucinoso borderline.** Resto normal.
- Marcadores Tumorales: **Ca 19.9 *251UI/ml; Ca 125 * 76.7UI/ml; CEA 0.9ng/ml HE4*58 pmol/l**
- TAC: Lesión anexial izquierda de aspecto quístico con polo sólido. No adenopatías ni signos radiológicos de metástasis.
- Cirugía: **Anexectomía izquierda**, tumoración de 6 cm. Exploración de cavidad abdominal y lavado, se envían muestras a citología.
- Anatomía Patológica diferida: **Tumor seromucinoso Borderline con focos de transformación a adenocarcinoma endometriode probablemente en relación con endometriosis, con afectación de superficie ovárica. Estadio pT1c.**
- Citología liquido abdominal: **Negativa** para malignidad.
- Inmunohistoquímica tinción PAX8, Ki67, Calretinina, Wt1 y Berp4 **Negativo.**
- TAC-TAP revisión: Anexectomía izquierda. Sin adenopatías ni signos radiológicos de metástasis. Se acuerda con la paciente realizar controles con exploración, ecografía y marcadores tumorales cada cuatro meses durante dos años. Se recomienda completar cirugía mediante salpingooforectomía bilateral e hysterectomía total una vez cumplido el deseo genésico

Conclusiones

Los tumores Borderline son neoplasias epiteliales poco frecuentes que suponen un reto diagnóstico en las consultas de ginecología. La mayoría se diagnostican en estadio precoz y la supervivencia global es mayor del 80%. El estudio anatomopatológico adecuado es clave para decidir el manejo. El tratamiento es quirúrgico. No se recomienda adyuvancia. En pacientes jóvenes se recomienda la cirugía conservadora para favorecer la preservación de fertilidad, se aconseja completar la cirugía una vez cumplido el deseo genésico.