



TUMORACIÓN OVÁRICA QUE SIMULA MALIGNIDAD EN PACIENTE JOVEN

Merlos Martínez MI, Peces Rama A, Sánchez Gómez R, Abril Pérez J, Ruiz Boluda I, Valenciano Rodríguez M, Egea Prefasi L, Machado Linde F.
Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia)

INTRODUCCIÓN

Las masas anexiales son un motivo frecuente de consulta en ginecología, siendo el cáncer de ovario el 2º en frecuencia dentro de los cánceres ginecológicos, con un diagnóstico en estadio avanzado y una mortalidad elevada¹.

CASO CLÍNICO

Mujer de 18 años que consulta por amenorrea de 3 meses de evolución. Sin antecedentes médicos de interés, menarquia a los 11 años e IMC de 18,38kg/m². La exploración física y ginecológica es normal.

En la ecografía transvaginal se visualiza una formación sólida de 27x31x29mm (vol. 12,9cc) dependiente de ovario izquierdo, con áreas quísticas, contorno regular, sombra acústica posterior, parénquima ovárico sano y captación Doppler score periférico 3-4 (figura 1 y 2); resto de la ecografía sin hallazgos.

Se solicitan marcadores tumorales que son negativos y una RMN que informa de una lesión intraovárica izquierda sin poder descartar malignidad o cuerpo lúteo (figura 3).

Tras resultados de pruebas complementarias y ecografías seriadas con persistencia de masa, se consensúa intervención quirúrgica. En la laparoscopia se evidencia un quiste multilobulado duro, de unos 3cm, dependiente de ovario izquierdo con resto de cavidad abdominal sin hallazgos. Se realiza quistectomía con dificultad en lograr una correcta hemostasia por la abundante vascularización, precisando múltiples agentes hemostáticos y suturas con mono y multifilamente, censando finalmente el sangrado. La paciente evolucionó favorablemente tras la cirugía y la anatomía patológica informó de un tumor mixto de cordones sexuales, tecoma luteinizada (fibrotecoma) benigno.

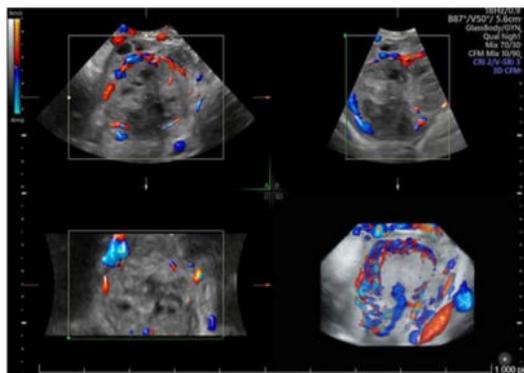


Figura 2. Volumen glass de la masa.

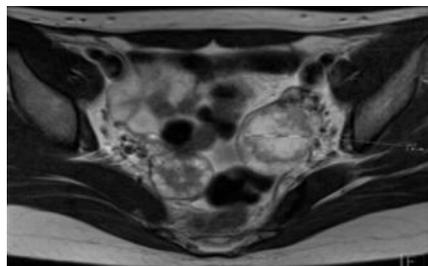


Figura 3. Imagen de la resonancia magnética.

DISCUSIÓN

Los tumores de ovario originados de células germinales representan el 25% de los tumores ováricos, siendo en su mayoría benignos (90%). El fibrotecoma deriva de los cordones sexuales, representando el 6%; y siendo más frecuente en la posmenopausia¹. En el 1% pueden presentarse en forma de síndrome de Meigs².

En el caso de presentar focos de luteinización (tecoma luteinizada), son más frecuentes en menores de 30 años, y en estos el síndrome de Meigs es mucho menos frecuente². En ambos casos, el tratamiento de elección es el quirúrgico.

CONCLUSIONES

Es conveniente valorar las opciones ultraconservadoras en las pacientes jóvenes que presentan tumoraciones ováricas que, aunque sean sospechosas, no presenten cambios en el tiempo ni alteraciones en los parámetros bioquímicos³.

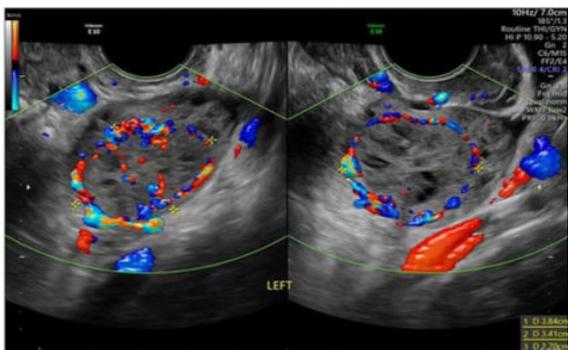


Figura 1. Ecografía doppler-color y medidas de la masa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcazar-Zambrano JL. Ecografía transvaginal en la evaluación de los tumores de ovario. Madrid: Panamericana; 2019.
2. López-Vilaro L, Muñoz R, Murillo R, Gimeno J, Baró T, García P, Torner A et al. Síndrome de Meigs y peritonitis esclerosante: una asociación poco frecuente. Prog Obstet Ginecol 2010;53(11):480-484.
3. Verta S, Kipp B. Ultraconservative, fertility sparing treatment of bilateral borderline ovarian tumors. Int J Womens Health 2020;6(12):601-611.