

HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO  
"MARIANA GRAJALES"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

**INFORME DE CASO**

ESTRUMA OVÁRICO. PRESENTACIÓN DE UNA PACIENTE.

Por:

Dr. Alexis Corrales Gutiérrez<sup>1</sup>, Dra. María Vega Castillo<sup>2</sup> y Dr. Rafael Rodríguez Treto<sup>3</sup>

1. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.

***Descriptor DeCS:***

NEOPLASMAS OVARICOS

***Subject headings:***

OVARIAN NEOPLASMS

Los tumores de ovario y sus complicaciones son causa frecuente de ingreso en los servicios de ginecología, sobre todo en la edad fértil de la mujer. Cuando son pequeños (5 cm o menos) cursan generalmente asintomáticos, pero al crecer se asocian a cuadros dolorosos pélvicos. Cuando el pedículo es largo, la complicación más frecuente es la torsión, lo que obliga a la intervención de urgencia.

Presentamos una paciente que padecía un raro tumor del ovario que fue diagnosticado histológicamente.

Presentación de la paciente:

Paciente NFL, HC 64569, de 39 años de edad, gesta 2, para 2, aborto 0, que comenzó con intenso dolor en bajo vientre, que se irradiaba a la región lumbar izquierda. Se interpretó como un cólico nefrítico, por lo que se indica un ultrasonido renal y ginecológico, con lo que se descarta la litiasis; en la proyección del anejo izquierdo se localiza una imagen compleja, con calcificaciones en su interior, además de pequeña cantidad de líquido libre en la cavidad abdominal. Al realizar examen físico, como datos positivos, se halló: Abdomen doloroso a la palpación, tacto vaginal con útero anteverso, de tamaño normal, y un tumor de anejo izquierdo, cuyo tamaño aproximado era el de una naranja, doloroso a la movilización. Se le indica una laparoscopia de urgencia, en la que se describe un tumor del ovario izquierdo con signos de compromiso vascular. Se hace anexectomía izquierda, por esa vía, y se envía la pieza quirúrgica al Departamento de Anatomía Patológica. La paciente presentó una buena evolución en el postoperatorio.

Informe anatomopatológico. Descripción microscópica: Fragmentos de tejido, en los cuales se aprecia pared del quiste, con marcada hemorragia, macrófagos y tejido de aspecto tiroideo, que exhibe folículos de diversos tamaños y minicalcificaciones. El aspecto histológico es compatible con un estruma ovárico.

## Comentario

El estruma ovárico es un teratoma en el que existe tejido tiroideo, que predomina sobre los restantes elementos o constituye, incluso, la estructura única del tumor. En un quiste dermoide puede existir tejido tiroideo (5-20 %), pero para hablar de este tumor se precisa que sea éste el que predomine<sup>1</sup>.

Histológicamente es semejante al tejido tiroideo normal con acini característicos, revestidos de epitelio cúbico plano. Existen dos formas: puro, cuando el tumor es totalmente tiroideo y el mixto, en el que existen otros tejidos teratomatosos. Se ha descrito tejido tiroideo en vagina y trompas (struma salpingii). El estruma, aunque raramente, puede ser causa de ascitis e hidrotórax, y cuando éstos están presentes, se debe sospechar malignidad<sup>2</sup>.

Su incidencia se calcula en un 3 % de los teratomas, y el 10 % de los casos puede originar tirotoxicosis. La malignización es muy rara; las metástasis aparecen generalmente en el pulmón, y el tiroides permanece normal<sup>3</sup>.

Muchos cursan asintomáticos, y constituye un hallazgo al realizar el examen ginecológico; incluso es frecuente el diagnóstico en el postoperatorio mediante estudio hístico; son unilaterales, y más observados en el anejo derecho. Al realizar examen por ultrasonido, sus signos son generalmente los de un quiste dermoide<sup>4-6</sup>.

Carvalho informa un caso de hipotiroidismo después de la resección del tumor, y Matzuda encuentra tirotoxicosis cuando se asocia a malignidad<sup>7,8</sup>.

El tratamiento, cuando es benigno, se limita a la resección del tumor, pero si es maligno requiere histerectomía con doble anexectomía y radioterapia posterior.

## **Referencias bibliográficas**

1. González-Merlo J. Tumores de ovario. En: Ginecología. 6ª ed. Barcelona: Masson; 1993. p. 575-6.
2. Huh JJ, Montz FJ, Briston RE. Struma ovarii associated with Pseudo-Meigs Syndrome and elevated serum CA 125. *Gynecol Oncol* 2002;86(2):231-4.
3. Ribeiro-Silva A, Becerra AM, Serafín LN. Malignant struma ovarii: an autopsy report of clinically unsuspected tumor. *Gynecol Oncol* 2002;87(2):213-5.
4. Makhija P, Ramishkaman K, Ninmala V. Histological spectrum of struma ovarii. *Indian J Cancer* 2000;37(2-3):79-84.
5. Zalel Y, Seidman DS. Sonographic and clinical characteristics of struma ovarii. *J Ultrasound Med* 2000;19(12):857-61.
6. Sarap J, Szymanski M, Grabiec M, Karenkiewicz J. Struma ovarii: rare ovarian neoplasm. *Ginekol Pol* 1998;69(5):294-7.
7. Carvalho JP, Carvalho FM. Hypothyroidism following struma ovarii tumor resection: a case report. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2002;57(3):112-4.
8. Matzuda K, Maehama T, Kanazawa K. Malignant struma ovarii with thyrotoxicosis. *Gynecol Oncol* 2001;82(3):575-7.