

Medicent Electrón. 2023 abr.-jun.;27(2)

Informe de Caso

Fibrotecoma de ovario y embarazo. Presentación de un caso

Ovarian fibrothecoma and pregnancy. A case report

Mabel Monteagudo Barreto^{1*}<https://orcid.org/0000-0002-4664-9273>

Juan Manuel Rodríguez Duque¹<https://orcid.org/0000-0001-6183-2642>

Arelys Tejeda Marquez²<https://orcid.org/0000-0002-0151-6426>

¹Hospital Provincial Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

²Dirección Provincial de Salud. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: mabelmb@infomed.sld.cu

RESUMEN

El fibrotecoma ovárico es una neoplasia poco frecuente. Se observa, por lo general, como un tumor sólido unilateral, de tamaño variable, en mujeres premenopáusicas. En su mayoría es benigno y puede ser funcional. En el artículo se describe el diagnóstico y tratamiento de esta rara enfermedad. Se presenta un caso de fibrotecoma ovárico gigante en una paciente adolescente de 18 años de edad, con un embarazo de 34 semanas, a quien se le practicó una cesárea y la exéresis de la lesión, sin complicaciones interoperatorias ni postoperatorias.

DeCS: neoplasias ováricas; medicina del adolescente; embarazo.

ABSTRACT

Ovarian fibrothecoma is a rare neoplasm. It is usually seen as a unilateral solid tumor of variable size in premenopausal women. It is mostly benign and may be functional. This article describes the diagnosis and treatment of this rare disease. We present an 18-year-old female adolescent patient with a 34-week pregnancy and a giant ovarian fibrothecoma; she underwent a cesarean section and excision of the lesion without intra- or postoperative complications.

MeSH: ovarian neoplasms; adolescent medicine; pregnancy.

Recibido: 6/11/2022

Aprobado: 20/12/2022

Los tumores malignos de ovario ocupan el tercer lugar en frecuencia entre los cánceres del tracto genital femenino, por detrás del cáncer de cérvix y el de endometrio, pero es responsable de casi la mitad de las muertes por cáncer genital, debido a la dificultad en el diagnóstico precoz. El ovario puede originar tumores histológicamente muy diferentes y siempre ha sido un problema su clasificación porque la patogenia está menos clara que en otros tumores.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica los tumores ováricos de acuerdo con el tejido de origen;⁽¹⁾ los tecomas, representan el 4 % de los tumores ováricos, y se originan del estroma ovárico compuesto de fibroblastos (fibroma) o de células fusiformes más hinchadas con gotitas de lípidos (tecomas). Se plantea que derivan de una hiperplasia de los márgenes de los folículos.^(1,2)

Los tumores del estroma y de los cordones sexuales como grupo representan el 8 % de todos los tumores primarios de ovario, y se clasifican en cuatro categorías:

1. Tumores estromales de la granulosa, compuestos por células de tipo ovárico.



2. Tumores estromales de células de Sertoli, compuestos por células de tipo testicular.
3. Tumores estromales de los cordones sexuales, con células mixtas o no clasificables.
4. Tumores de células esteroideas. Los más frecuentes son los tumores del estroma de la granulosa que incluyen los tecomas / fibromas.⁽¹⁾

El fibrotecoma se considera un tumor del estroma ovárico con diferenciación hacia células de la teca o trofoblásticas. Aparecen por lo general, en la cuarta o quinta décadas de la vida, en torno a la menopausia, aunque se puede presentar a cualquier otra edad, incluida la adolescencia.⁽²⁾

Casi siempre son unilaterales, de tamaño variable, que va desde muy pequeños hasta gigantes y son en su mayoría, benignos.^(2,3) Pueden ser funcionales (con producción de estrógenos) o no funcionales, y cuando tienen un comportamiento maligno se acompañan, con frecuencia, del síndrome de Meigs.^(3,4)

En la ecografía se presentan como masas sólidas hipoecoicas con fuerte atenuación, y en la tomografía axial computadorizada (TAC) se describen como lesiones sólidas con acumulación retardada de contraste.⁽⁵⁾

El tratamiento de estos tumores es quirúrgico, con resección completa de este, incluido el útero y los anejos, o sin ellos, en dependencia de la edad, la paridad de la paciente y la infiltración de dichas estructuras anatómicas.

Presentación del paciente

Paciente del sexo femenino, con 18 años de edad y antecedentes de salud anterior, con historia obstétrica de dos gestaciones. La primera, sin llegar a su término con una 1 muerte fetal tardía a las 32 semanas; la segunda, con un embarazo de evolución normal que a las 34 semanas comienza con dificultad cardiorrespiratoria y marcada molestia a los mínimos esfuerzos.



Al realizarle el examen físico se detectó un abdomen distendido; se palpó una masa tumoral en casi todo el abdomen: redondeada, irregular, dolorosa, sólida, poco móvil, con el útero grávido, en el que se detectaba partes fetales en correspondencia con la edad gestacional referida.

Resultados de exámenes complementarios:

1. Laboratorio: hemoglobina 7 g/l, antígeno (CA-125): 30 UI/l; el resto de los exámenes se encontraban dentro de los límites normales.
2. Radiografía de tórax: derrame pleural derecho. (Figura 1)
3. Ecografía obstétrica. (Figura 2)

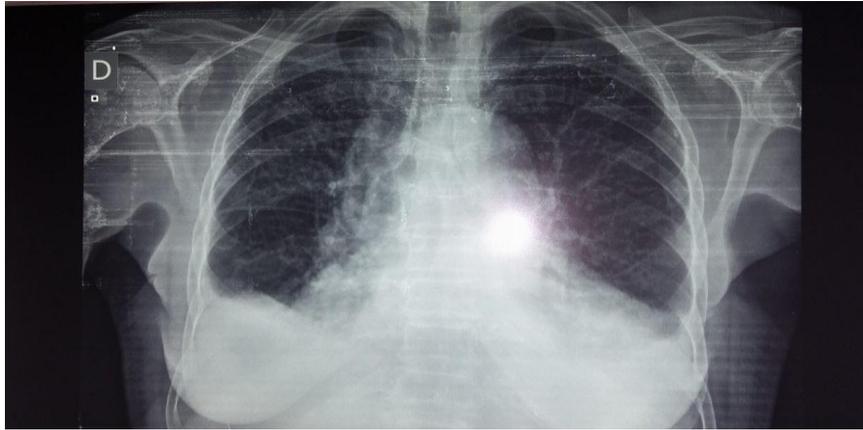


Figura 1. Radiografía de tórax. Presencia de derrame pleural derecho



Figura 2. Ecografía abdominal que muestra la tumoración con áreas de necrosis, ascitis, el feto con sus diámetros y placenta anterior

En la exploración obstétrica se constató una altura uterina de 40 cm; feto en presentación cefálica encajada y dorso derecho con un foco fetal de 132 latidos x minutos. Al tacto vaginal se observó un cuello cerrado, toda la pelvis y el fondo del saco ocupado, que no se delimitaba bien por la presencia del embarazo, por lo que no se pudo determinar si estaba relacionado o no con la masa tumoral que se palpó en el abdomen.

Se ingresó para estudio y tratamiento; durante su hospitalización empeoró la dinámica cardiorrespiratoria, por lo que se decidió intervenir quirúrgicamente. Se realizó aspiración de líquido ascítico en moderada cantidad; luego, lentamente, se

efectúa una cesárea segmentaria arciforme con la extracción de un feto del sexo masculino, vivo, con un peso de 1,5 kg y buen apgar: 7/8/9. (Figura 3)



Figura 3. Imagen de recién nacido vivo por cesárea segmentaria arciforme

Se constató pequeña cuantía de líquido amniótico y la presencia de una placenta atrófica con un cordón corto, marchito, deslustrado y se encontró un tumor anexial izquierdo, polilobulado, sólido, con superficie irregular de 7 kg de peso. (Figura 4)



Figura 4. Imagen de proceso tumoral con características propias macroscópicas de fibrotecoma de ovario

Comentario

Los fibrotecomas son tumores poco frecuentes y su presentación clínica aparece con más frecuencia en mujeres posmenopáusicas; el caso presentado se diagnosticó en una mujer adolescente de 18 años de edad con un embarazo concomitante, lo cual es infrecuente y no se ha encontrado ningún paciente con similar afección en la literatura consultada.

Las revisiones sobre dichos tumores son pocas; de igual manera sucede con la serie de los pacientes que los padecen: Zhang y otros hablan de 19 casos en 12 años;⁽⁶⁾ por su parte, Ruiz y otros exponen en Italia una presentación menor al 3 % en pacientes con tumores primarios de ovario.⁽⁷⁾

En el período de edad reproductivo el diagnóstico diferencial es variado y pueden ocurrir tanto tumores benignos como malignos. Entre las masas anexiales benignas se pueden encontrar: quistes foliculares, del cuerpo lúteo, endometriomas, enfermedad poliquística del ovario, abscesos tubo-ováricos e hidrosálpinx; aunque se debe descartar la posibilidad de un embarazo ectópico en

pacientes con vida sexual activa, así como también la posibilidad de la existencia de un mioma, el cual está presente en la tercera parte de las pacientes.⁽⁷⁾

La mayoría son unilaterales y de comportamiento benigno, y su tratamiento es la resección quirúrgica completa. Debido a su tamaño y a su presentación clínica se debe sospechar en cáncer de ovario; los hallazgos ultrasonográficos, con masas grandes y líquido libre en fondo de saco, sugieren descartar cáncer de ovario, para lo cual es muy útil el CA-125.⁽⁸⁾

Ante una masa pélvica, la determinación de su punto de origen es esencial para el diagnóstico diferencial. Con demasiada frecuencia, los leiomiomas uterinos exofíticos simulan masas anexiales en los estudios ecográficos.⁽⁹⁾ Además, algunos fibromas (<1/3) pueden crecer durante el primer trimestre de gravidez.⁽¹⁰⁾ La resonancia magnética tiene una mejor precisión que el ultrasonido en la determinación del punto de origen,⁽²⁾ de ahí que sea útil para seguir el pedículo vascular respectivo.

Masas anexiales son detectables en aproximadamente el 1 a 2 % de las mujeres embarazadas, con exclusión de los quistes lúteos. Los más comunes son: los quistes benignos, sobre todo funcionales (38 %), quistes dermoides (32 %), tumores benignos quísticos (12 %) y endometriomas (11 %),⁽⁵⁾ excluidos del diagnóstico diferencial debido a la naturaleza predominantemente sólida de la lesión en estudio. Las neoplasias anexiales afectan a solo el 0,1 % de las gestantes.⁽¹⁰⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araya Oviedo A, Paizano Vanega G. Cáncer de ovario . Rev Méd Sinerg [internet]. 2021 [citado 9 ene. 2023];6(7):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/690>



2. Jiménez-Herrera R, Hernández-Y Ballinas A, Fernández-Vázquez M, Palmer-Márquez ML, Rugerio-Ramos M. Tumor de colisión en el ovario, con fibrotecoma. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Méx [internet]. 2022 [citado ene. 2022];90(5):[aprox. 5 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000500466&lng=es

3. Rei M, Fernandes M, Mota R, Paiva V, Costa A. Tumores primários funcionantes do ovário. Acta Obstet Ginecol Port [internet]. 2019 [citado 5 ene. 2022];13(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.fspog.com/fotos/editor2/07-ar_19-00025.pdf

4. Guerra JC, Calderaro F. Importancia de las características socio-demográficas y epidemiológicas, en el manejo de los tumores de ovario. Rev Digit Post [internet]. 2020 [citado 5 ene. 2022];9(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

<http://portal.amelica.org/ameli/journal/101/1011187012/html/>

5. Vigoureux S, Levailant JM, Fernandez H. Ecografía de los tumores de ovario. Ginecol Obstet [internet]. 2021 [citado 4 ene. 2022];57(3):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://www.em-consulte.com/es/article/1457663/ecografia-de-los-tumores-de-ovario>

6. Zhang HE, Zhang GF, Wang TP. Value of 3.0 T diffusion-weighted imaging in discriminating thecoma and fibrothecoma from other adnexal solid masses. J Ovarian Research [internet]. 2013 [citado 5 ene. 2022];6(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23962187/>

7. Ruiz JC, Cárdenas G, Reyes O. Tecoma ovárico y embarazo a término. REVCOG [internet]. 2019 [citado 5 ene. 2022];23(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2115>

8. Stein EB, Roseland ME, Shampain KL, Wasnik AP, Maturen KE. Contemporary Guidelines for Adnexal Mass Imaging: A 2020 Update. Abdom Radiol [internet]. 2021 [citado 5 ene. 2022];46(5):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33079254/>



9. Liu YX, Zhang Y, Huang JF, Wang L. Meta-analysis comparing the safety of laparoscopic and open surgical approaches for suspected adnexal mass during the second trimester. *Int J Gynaecol Obstet* [internet]. 2017 [citado 5 ene. 2022];136(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28099685/>

10. Telischak NA, Yeh BM, Joe BN, Westphalen AC, Poder L, Coakley FV. MRI of adnexal masses in pregnancy. *AJR Am J Roentgenol* [internet]. 2008 [citado 5 ene. 2022];191(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2716084/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

