

Carmen Mateo Corbalán^a
Nuria González Sanz^a
Laura Cusiné López^a
Lluís E. Pons Ferré^b
Milagros Rubio del Caño^a
José Pla Hierro^a

Fibroma ovárico torsionado

401

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tarragona. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tarragona. España.

Correspondencia:

Dra. C. Mateo Corbalán.
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.
Esplanetes, s/n. 43500 Tortosa. Tarragona. España.
Correo electrónico: cmateoc@tinet.fut.es

Fecha de recepción: 16/6/05

Aceptado para su publicación: 21/9/05

Torsion of ovarian fibroma

RESUMEN

Se presenta un caso de una paciente de 80 años con una tumoración abdominal orientada erróneamente como neoplasia de ovario. La paciente acudió a nuestro servicio médico por presentar dolor en la fosa ilíaca derecha y pérdida de 5 kg de peso en 1 mes. En las exploraciones efectuadas se detectó una tumoración de 17 × 10 cm de diámetro y una pequeña cantidad de ascitis. Se intentó realizar una paracentesis sin obtener resultados positivos. Analíticamente, destacamos Ca125: 484 U/ml. Se decide realizar un intervención quirúrgica, tras la cual se detectó un fibroma de ovario torsionado, sin criterios de malignidad e implantes de fibrina en Douglas.

PALABRAS CLAVE

Fibroma ovárico. Torsión de tumoración ovárica. Síndrome de Desmons-Meigs.

ABSTRACT

We present the case of an 80-year-old patient with a large abdominal tumor erroneously interpreted as ovarian cancer.

The patient presented with pain in the right iliac fossa and weight loss of 5 kg in the previous month. Investigations revealed a 17 × 10 cm tumor and a small quantity of ascites. An attempt at paracentesis was unsuccessful. A notable laboratory finding was Ca125: 484 U/ml. Surgical intervention was performed, revealing a twisted ovarian fibroma, without criteria for malignancy, and fibrin implants in Douglas's pouch.

KEYS WORDS

Ovarian fibroma. Torsion of ovarian fibroma. Demons-Meigs' syndrome.

402 INTRODUCCIÓN

El fibroma de ovario es una rara tumoración ovárica derivada del tejido conectivo del córtex ovárico¹.

La torsión de una tumoración ovárica es un proceso de potencial gravedad, que puede presentarse en mujeres de cualquier edad^{2,7}.

CASO CLÍNICO

Mujer de 80 años, que acude a urgencias por presentar un dolor de 1 semana de evolución en la fosa ilíaca derecha que se irradia a la fosa lumbar ipsolateral. El dolor se acompaña de un cuadro tóxico con anorexia, astenia y pérdida de 4-5 kg de peso en 1 mes. Posteriormente, el dolor se generaliza a todo el abdomen, y aparece una anuria que se resuelve espontáneamente.

Los antecedentes personales de la paciente son: menarquia a los 15 años de edad, menopausia a los 52, un parto normal y un aborto. Nunca ha realizado anticoncepción hormonal ni terapia hormonal sustitutiva. Como antecedentes patológicos destacamos una insuficiencia vascular cerebral. Sin alergias conocidas.

A la exploración, destaca un abdomen blando y depresible, ligeramente doloroso a la palpación en el hemiabdomen inferior. Se palpa una masa en la fosa ilíaca derecha de unos 15 cm de diámetro máximo. Al realizar la ecografía ginecológica se visualiza una masa semisólida dependiente de ovario derecho de 10 × 17 × 7 cm, ovario izquierdo de aspecto normal, útero de 59 × 34 × 29 mm con mioma intramural en la cara posterior de 25 mm de diámetro. Se objetiva una pequeña cantidad de líquido libre. El resto de la exploración fue normal.

Se realizó una paracentesis en 2 ocasiones, pero no se obtuvo líquido.

En la analítica destaca un CA 125 de 424,4 U/ml y un CEA de 0,6 U/ml.

En la tomografía computarizada (TC) se observa una masa sólido-quística en la pelvis de 17 × 10 × 8,5 cm, moderada cantidad de ascitis, mioma uterino de 1 cm e imagen hepática hipodensa que podría corresponder a metástasis (no confirmada por la ecografía). No se observan implantes macroscópicos. Se orienta como neoplasia ovárica.



Figuras 1 y 2. Imágenes macroscópicas. Superficie lobulada y heterogénea.

Se practica laparotomía, con lavado y recogida de líquido ascítico. Se observa una masa sólida, de unos 15 cm de diámetro, de superficie rugosa y aspecto neoplásico que se extirpa para un estudio histopatológico intraoperatorio. El útero y el otro ovario tenían un aspecto normal. En la cara posterior uterina y el saco de Douglas se observa un tapizado blanquecino que se interpreta como implantes neoplásicos y se remiten para estudio. Llama la atención la ausencia de sangrado al extirparlos. Se practica una histerectomía total y una anexectomía contralateral.

El resultado anatomopatológico intraoperatorio de la pieza es el siguiente: en el ovario derecho aparece un tumor de características estromales sin crite-

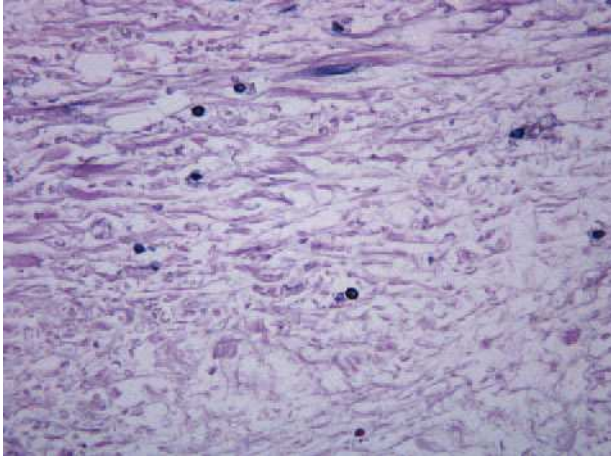


Figura 3. Fibroma celular. Áreas de degeneración mixoide con fibrosis (HE $\times 40$).

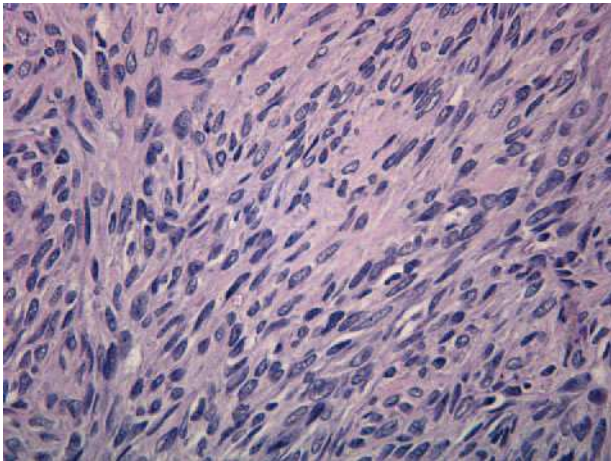


Figura 5. Fibroma celular. Áreas de degeneración mixoide con fibrosis (HE $\times 40$).

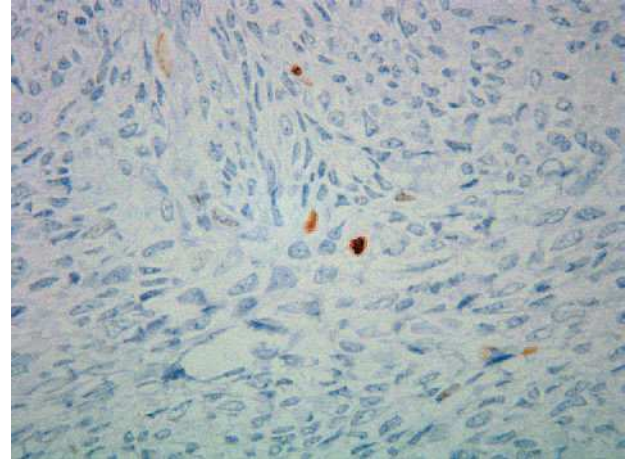


Figura 4. Fibroma celular. Bajo índice mitótico evaluado mediante determinación inmunohistoquímica de Ki67 $\times 40$.

rios de malignidad; los implantes en Douglas se informan como cambios mesoteliales reactivos y fenómenos microinflamatorios; la biopsia del epiplón revela una inflamación crónica con cambios mesoteliales de tipo reactivo; líquido ascítico inflamatorio, negativo para malignidad.

El postoperatorio cursa normalmente, sin complicaciones.

El estudio anatomopatológico definitivo de la pieza describe una masa de 87 g de peso y 16,5 \times 10,5 \times 10 cm de diámetros máximos. Su superficie es lo-

bulada y heterogénea con áreas de color nacarado, pardo y violáceo (figs. 1 y 2).

A la sección, su superficie es fasciculada y firme al tacto; de coloración nacarada, parda y violácea, con áreas de aspecto necrohemorrágico; presencia de 2 formaciones nodulares de 7 y 2 cm de diámetro máximo, respectivamente, y de formación quística de 3 cm de diámetro máximo.

Las secciones histológicas muestran celularidad estromal compuesta, a expensas de células fusiformes, algunas ovaladas o redondeadas, con moderada densidad celular y ocasionales bandas de material colágeno interpuesto en la matriz intercelular. El índice mitótico es bajo (menos de una mitosis por 10 campos de gran aumento) (figs. 3-5).

Se observó la presencia de abundantes áreas con fenómenos de necrosis coagulativa y vasos con una notable congestión, así como trombos de fibrina intraluminal; sin criterios de atipia celular. El diagnóstico emitido fue de fibroma ovárico celular torsionado.

DISCUSIÓN

El fibroma ovárico es el tumor de tejido conjuntivo ovárico más frecuente, representa el 3-5% de los tumores ováricos³⁻⁵. Se engloba dentro de los tumores estromales de los cordones sexuales en la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Forma parte del grupo tecomafibroma que

404 abarca un espectro continuo, donde se incluyen tumores compuestos enteramente por fibroblastos productores de colágeno y tumores donde predominan células de la teca. La mayoría se produce en mujeres perimenopáusicas⁶, aunque puede aparecer a cualquier edad⁷. Se han descrito casos en niñas de 3 y 5 años de edad⁸. Suele ser unilateral⁵, aunque un 10% de los casos es bilateral⁸, bien delimitado y blanquecino. Su tamaño puede oscilar entre un pequeño nódulo hasta tumoraciones de más de 20 cm de diámetro; está formado por células fusiformes sin acumulación de lípidos, sin atipias y con raras o ausentes figuras de mitosis. No es funcionante. El tumor puede interpretarse como un tecoma no funcionante. Alrededor de un 10% de ellos es uniforme y densamente celular, por lo que se denominan fibromas celulares¹¹ —a semejanza del caso descrito en este artículo—. Éstos no presentan más de una leve atipia ni un recuento mitótico superior a 3 mitosis por 10 campos de gran aumento.

La sintomatología es variable, y puede producir dolor en el hipogastrio, alteraciones del ciclo menstrual, metrorragias o esterilidad². Puede asociarse a hidrotórax y ascitis, denominándose síndrome de Desmons-Meigs^{3,5}; ambos síntomas desaparecen al extirpar el tumor.

La ecografía en estos tumores muestra una tumoración hipocogénica, sólida⁶. La RM detecta una señal de baja intensidad³.

Raramente, algunos fibromas celulares pueden ocurrir en la pelvis o en la porción abdominal superior, incluso después de una larga supervivencia, particularmente si se hallaban adheridos o con signos de rotura en el momento de la intervención quirúrgica. Muy raramente, algunos fibromas sin criterios de atipia celular pueden extenderse más allá del ovario¹⁵.

La asociación de valores elevados de CA 125^{11,13,14}, junto con el síndrome de Meig con tumores benignos,

como el fibroma, es muy rara, con ocasionales casos descritos⁷ similares al nuestro.

La torsión de tumoración ovárica es una complicación que se produce en un 10% de los casos⁵. El elevado peso de esta neoplasia puede producir la elongación del pedículo y la posterior torsión⁵. Puede ser parcial o completa, y en ocasiones produce necrosis, gangrena y peritonitis del tumor^{2,5}.

El síntoma principal suele ser el dolor abdominal, que puede ceder espontáneamente si se resuelve la torsión. En caso contrario, persiste, aumentando de intensidad, y puede acompañarse de náuseas, vómitos y síntomas de abdomen agudo. Suele acompañarse de febrícula, rara vez de temperatura elevada y leucocitosis. Asimismo, puede presentar líquido libre en el saco de Douglas e incluso en el hemo-peritoneo.

El CA 125 está elevado en los procesos inflamatorios, aunque habitualmente las cifras son más bajas que en las neoplasias ováricas.

El presente caso indujo a error desde el primer momento por la poca intensidad del dolor y de otros signos de abdomen agudo. En diversos artículos se ha reseñado la tolerancia aumentada al dolor en personas de elevada edad⁸⁻¹⁰.

La falta de fiebre y la elevación del CA 125, así como la presencia de ascitis y la pérdida de peso durante el último mes, fueron otros datos que orientaron erróneamente. Los depósitos de material en el saco de Douglas —que posteriormente se describieron como fibrinoides— y el aspecto macroscópico de la tumoración necroinflamatorio orientaron en un primer momento en el mismo sentido.

Este caso nos ilustra sobre la prudencia necesaria, sobre todo en las mujeres con deseo de gestación, ante la presencia de tumoraciones ováricas, y la necesidad de un diagnóstico anatomopatológico de la pieza antes de inclinarse por una solución definitiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Filipov E, Nalbanski AB, Markov D. Ovarian fibroma. A case report. *Akush ginekol (Sofia)*. 2003;42:37-40.
2. Varras M, Tsikini A, Polyzas D, SamaraCh, Akriuis Ch. Uterine adnexal torsion: pathologic and gray-scale ultrasonograph findings. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2004;31:34-8.
3. Ueda J, Furukawa T, Higashino K, Ueda K, Kobayashi S, Shimura K, et al. Ovarian fibroma of high signal intensity on T2-weighted MR image. *Abdom Imaging*. 1998;23:657-8.
4. Mancuso A, Grosso M, D'Anna R, Palmara V, Leonardi R. Anatomico-clinical considerations on the ovarian fibroma. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1995;22:115-9.
5. Pobric S. Torsion of ovarian xantofibroma. *Med Glas*. 1969;23:166-8.
6. Stephenson WM, Laing F. Sonography of ovarian fibromas. *AJR Am Roentgenol*. 1985;144:1239-40.
7. Cisse CT, Ngom PM, Sangare M, Ndong M, Moreau JC. Ovarian fibroma associated with Demons-Meigs syndrome and elevated CA 125. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2004;33:251-4.
8. Helme Rd, Meliala A, Gibson SJ. Methodologic factors which contribute to variations in experimental pain threshold reported for older people. *Neurosci Lett*. 2004;361:144-6.
9. Pickering G, Jourdan D, Eschaliere A, Dubray C. Impact of age on pain perception and analgesic pharmacology. *Inserm Epi 9904, Unite pharmacology clinique, Centre Hospitalier Universitaire. Presse Med*. 2001;30:754-8.
10. Li SF, Greenwald PW, Gennis P, Bijur PE, Gallagher EJ. Effect of age on acute pain perception of a standardized stimulus in the emergency department. Department of emergency Medicine, Albert Einstein College of Medicine. *Ann Emerg Med*. 2001;38:644-7.
11. Siddiqui M, Toub DB. Cellular fibroma of the ovary with Meigs's syndrome and elevated Ca 125. A case report. *J Reprod Med*. 1995;40:817-9.
12. González Merlo J. Tumores del ovario. *Ginecología. Barcelona: Salvat Editores*; 1985. p. 517.
13. Gargano G, De Lena M, Zito F, Fanizza G, Mattioli V, Sch F. Ovarian fibroma: our experience of 34 cases. *Eur J Gynecol Oncol*. 2003;24:429-32.
14. Abad A, Cazorla E. Meigs' syndrome with elevated Ca 125: case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1999;82:97-9.
15. Lyday RD. Fibroma of the ovary with abdominal implants. *Am J Surg*. 1952;84:737-8.