

Concepción Lara<sup>a</sup>  
Virginia Porras<sup>a</sup>  
Pilar Jurado<sup>a</sup>  
Ricardo Rodríguez<sup>b</sup>  
José Fernández<sup>c</sup>  
Juan José Borrero<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Elena.  
Huelva. España.

<sup>b</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Infanta Elena.  
Huelva. España.

<sup>c</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Infanta Elena. Huelva.  
España.

<sup>d</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Juan Ramón Jiménez.  
Huelva. España.

### Correspondencia:

Dra. C. Lara Bohórquez.  
Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Elena.  
Ctra. Sevilla-Huelva, s/n. Huelva. España  
Correo electrónico: clarab@andaluciajunta.es

Fecha de recepción: 20/9/05.

Aceptado para su publicación: 16/1/06.

## Forma quística del tumor estromal esclerosante de ovario

### *Sclerosing cystic stromal tumor of the ovary*

---

### RESUMEN

**Introducción:** El tumor estromal esclerosante es una neoplasia benigna que representa el 2-6% de los tumores estromales ováricos, y el 80% se presenta en mujeres entre la segunda y tercera décadas de la vida. Suelen ser tumores sólidos con áreas de edema y pequeñas zonas quísticas y un patrón histológico característico.

**Descripción del caso:** Presentamos un caso de tumor estromal esclerosante totalmente quístico en una paciente de 53 años de edad, planteándose el diagnóstico diferencial con otras lesiones quísticas ováricas.

**Conclusión:** El tumor esclerosante ovárico es un tumor benigno que puede plantear el diagnóstico diferencial tanto con lesiones ováricas sólidas como quísticas.

### PALABRAS CLAVE

Ovario. Tumor estromal esclerosante. Quístico.

### ABSTRACT

**Introduction:** Sclerosing stromal tumor is a benign neoplasm representing 2-6% of ovarian stromal tumors. Eighty percent of these tumors appear in women in the second and third decades of life. These neoplasms are usually macroscopically solid tumors with small edematous and cystic areas and show characteristic histological features.

**Case report:** We report a case of sclerosing cystic stromal tumor of the ovary in a 53-year-old woman and discuss its differential diagnosis with other solid and cystic ovarian neoplasms.

**Conclusion:** Sclerosing ovarian tumor is a benign entity that may pose problems of differential diagnosis with other solid and cystic tumors.

### KEY WORDS

Ovary. Sclerosing stromal tumor. Cystic.

## INTRODUCCIÓN

El tumor estromal esclerosante es un tumor estromal ovárico benigno que se caracteriza, desde el punto de vista histológico, por formación de pseudolobulillos celulares constituidos por fibroblastos y células redondas, separados por áreas hipocelulares, edematosas o colagenizadas, y que expresan en el estudio inmunohistoquímico vimentina y actina específica de músculo liso<sup>1-3</sup>.

Son tumores diagnosticados usualmente durante la segunda o tercera década de la vida, y los síntomas de presentación suelen ser trastornos menstruales o malestar abdominal; las manifestaciones hormonales son poco frecuentes. En el estudio de imagen se caracterizan por presentar una clara vascularización periférica, dato que permite plantear el diagnóstico diferencial con otros tumores estromales ováricos<sup>4,5</sup>. Suelen ser tumores unilaterales, bien delimitados y sólidos, cuyo tratamiento de elección es quirúrgico, sin que se hayan descrito recidivas.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 53 años de edad, que acude al hospital para revisión ginecológica por el diagnóstico previo de dos nódulos miometriales y ovario derecho poliquístico. Tenía antecedentes personales de tres partos naturales y lactancia artificial.

En el estudio de imagen se observa una imagen quística, tabicada, de 16 cm de diámetro, que parece depender del anejo derecho (fig. 1). En la analítica realizada se detecta un leve incremento del antígeno CA 125, con un antígeno CA 19.9 dentro de los límites establecidos.

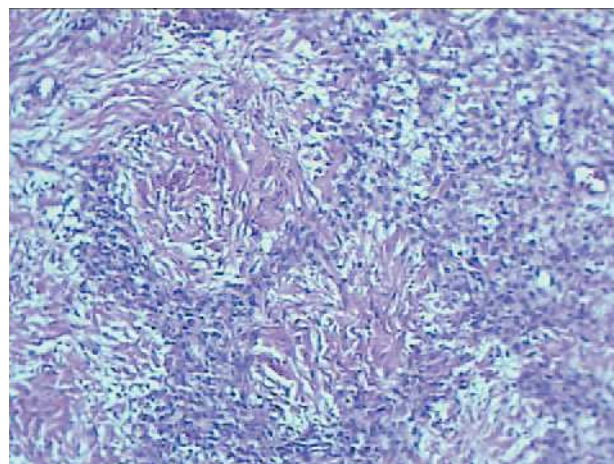
Con el diagnóstico de útero polimiomatoso y quiste ovárico se realiza histerectomía total y doble anexectomía.

En el estudio macroscópico se observa una formación quística de paredes lisas y brillantes, de 17 cm de diámetro máximo. Al corte, se produce la salida de abundante líquido ligeramente amarillento y queda al descubierto una cavidad quística, multilocular, de paredes delgadas, lisas y brillantes.

En el estudio microscópico se aprecia que las paredes de dicha formación quística están constituidas por células fusiformes y epitelioides, dispuestas con un patrón seudonodular, alternando con áreas ede-



**Figura 1.** Tomografía computarizada de abdomen inferior y pélvico en la que se observa una imagen quística de 16 cm, que parece depender de anejo derecho.



**Figura 2.** Imagen microscópica que muestra el patrón seudolobular, áreas hiper celulares junto a zonas colagenizadas (hematoxilina-eosina, 40).

matosas y colagenizadas y con marcada vascularización (fig. 2). El estudio inmunohistoquímico pone de manifiesto la expresión de vimentina y actina específica de músculo liso, con ausencia de expresión de citoqueratinas de amplio espectro, proteína S-100 y CD34 (Master Diagnostic, Granada).

## 542 DISCUSIÓN

El tumor estromal esclerosante de ovario representa aproximadamente el 6% de los tumores estromales ováricos y, al igual que ellos, se ha asociado a una trisomía del cromosoma 12<sup>2</sup>. Es un tumor benigno, que suele presentarse durante la segunda y tercera década de la vida, y habitualmente no tiene manifestaciones hormonales; la sintomatología más frecuente son las alteraciones menstruales y el malestar abdominal<sup>1</sup>.

Suelen ser tumores predominantemente sólidos, con áreas edematosas y quísticas, que plantean el diagnóstico diferencial en el estudio de imagen con otros tumores estromales, como el fibroma y el tecoma, presentando como característica una vascularización periférica prominente y la apariencia macroscópica menos homogénea que otros tumores estromales<sup>5,6</sup>.

En nuestro caso se trata de una lesión totalmente quística, poco frecuente en este tipo de tumores,

que planteó el diagnóstico diferencial en el estudio de imagen con otras lesiones quísticas ováricas benignas, como el ovario poliquístico y el cistoadenoma. Los hallazgos histológicos característicos de este tumor, patrón lobular con interlobular fibrosis y prominente vascularización, y su inmunofenotipo, expresión de vimentina y actina específica de músculo liso, permiten su diagnóstico.

Desde el punto de vista histológico, se puede plantear el diagnóstico diferencial con el edema masivo ovárico o el tumor de Krukenberg por la presencia de células epitelioides de citoplasma claro. La ausencia de patrón lobular característico y la falta de expresión de marcadores epiteliales en el estudio inmunohistoquímico permiten realizar dicho diagnóstico diferencial<sup>6,7</sup>.

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica, sin que se hayan descrito recidivas. En este caso, la paciente permanece asintomática en la actualidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kescu E, Oktem M, Karahan H, Bilezikci B, Demirhan B. Sclerosing stromal tumor of the ovary: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2003;24:442-4.
2. Kostopoulou E, Moulla A, Giakoustidis D, Leontsini M. Sclerosing stromal tumors of the ovary: a clinicopathologic, immunohistochemical and cytogenetic analysis of three cases. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2004;25:257-60.
3. Peng HH, Chang TC, Hsueh S. Sclerosing stromal tumor of ovary. *Chang Gung Med J.* 2003;26:444-8.
4. Jung SE, Lee JM, Rha SE, Byun JY, Jung JI, Hahn ST. CT and MR imaging of ovarian tumors with emphasis on differential diagnosis. *Radiographics.* 2002;22:1305-25.
5. Tiltman AJ, Haffajee Z. Sclerosing stromal tumors, thecomas, and fibromas of the ovary: an immunohistochemical profile. *Int J Gynecol Pathol.* 1999;18:254-8.
6. Stylianidou A, Varras M, Akrivis C, Fylaktidou A, Stefanaki S, Antoniou N. Sclerosing stromal tumor of the ovary: a case report and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2001;22:300-4.
7. Sakaki M, Hirokawa M, Horiguchi H, Walatsuki S, Sano T, Izumi Y. Ovarian fibrothecoma with massive edema. *J Med Invest.* 2000;47:148-51.