

clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Tecoma ovárico

Elvia Peña-Paredes, Eduardo Reyna-Villasmil*, Joel Santos-Bolívar,
Isabel Sabatini-Saéz y Juan Perozo-Romero

*Servicio de Obstetricia y Ginecología-Maternidad Dr. Nerio Beloso, Hospital Central Dr. Urquinaona,
Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela*

Recibido el 20 de febrero de 2008; aceptado el 7 de marzo de 2008

Disponible en Internet el 9 de marzo de 2009

PALABRAS CLAVE

Tecoma;
Ovario;
Tumor

Resumen

Los tecomas representan del 1 al 2% de los tumores ováricos. Generalmente son benignos; provienen de las células de la teca interna del ovario y, por tanto, son productores de estrógenos. Además, pueden causar sintomatología hormonal, lo que depende de la edad de la mujer. Se presenta el caso de una mujer de 49 años de edad con tumor blanco grisáceo, algunas áreas de edema y hemorragia en la superficie, con aparente contenido gelatinoso que se diagnosticó como teca ovárica.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Thecoma;
Ovary;
Tumor

Ovarian thecoma

Abstract

Thecomas represent approximately 1–2% of all ovarian tumors. Generally, these tumors are benign and arise from cells in the internal theca and are thus estrogen producing. Thecomas can cause hormonal symptoms, depending on patient's of age. We present the case of a 49-year-old patient with a white-gray tumor, some areas of edema and hemorrhage on the surface, and gelatinous content that was diagnosed as an ovarian thecoma.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los tumores de las células de la granulosa y de la teca, por su localización y relación, constituyen prácticamente una entidad única, ya que frecuentemente coexisten los 2 tipos celulares, con predominio de uno o de otro. Los tumores de

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com
(E. Reyna-Villasmil).

las células de la teca son neoplasias generalmente benignas (formados por células originadas en la teca interna) que producen estrógenos, aunque en algunos casos pueden producir efectos androgénicos¹. Esta neoplasia representa del 1 al 2% de los tumores ováricos y puede aparecer a cualquier edad, pero la mayoría lo hace en el período menopáusico^{1,2}.

Los tecomas son habitualmente unilaterales sólidos, de volumen variable, superficie lisa y están bien encapsulados. El tecoma tiene una incidencia menor del 1% de todos los tumores ováricos y sólo el 10% se presenta en mujeres menores de 30 años¹. El pronóstico es generalmente bueno, ya que su potencial malignidad es baja (entre el 3 y el 5%) e inferior a la de otros tumores ováricos. Aunque aparentemente son benignos, a veces se observan recidivas². A continuación se presenta un caso de tecoma ovárico.

Descripción del caso

Se trata de una mujer de 49 años de edad que consultó por presentar trastornos menstruales tipo menometrorragia y dismenorrea desde hacía aproximadamente 6 meses, sin otros síntomas concomitantes.

La ecografía transvaginal reveló la presencia de una tumoración heterogénea de 19 × 12 cm del lado izquierdo del útero. Las concentraciones del marcador tumoral monoclonal del cáncer de ovario y ciertos linfomas (CA 125), el antígeno carcinoembrionario, la alfafetoproteína y el resto de los exámenes de laboratorio estaban dentro de los límites normales.

Se realizó laparotomía y se encontró la presencia de un tumor blanco grisáceo en el ovario izquierdo, algunas áreas de edema y hemorragia en la superficie, con aparente contenido gelatinoso, de 18 × 15 cm (fig. 1). El epiplón y el hígado no presentaban signos de invasión y no se encontraron linfa ni adenopatías abdominales o pélvicas. Se practicó histerectomía abdominal total más ooforosalphinsectomía bilateral con omentectomía.

En el examen histopatológico del ovario con la lesión tumoral sólida de color blanco grisáceo alternado con otras áreas de menor consistencia, se encontró que las células tenían forma oval o redondeada con porciones espículas, dispuestas en fascículos, con núcleos pequeños y

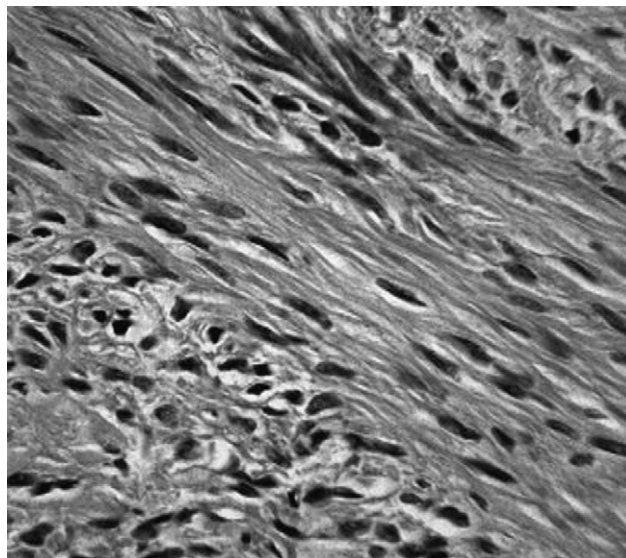


Figura 2 Histología del tecoma ovárico.

redondeados sin atipias, con abundante citoplasma vacuolado (fig. 2). También se observó la presencia de degeneración quística y hialinosis, por lo que se diagnosticó tecoma con degeneración mixoide. La trompa de Falopio no mostraba alteraciones.

La mujer fue dada de alta sin complicaciones y luego de 12 meses de seguimiento no ha presentado recidivas de la tumoración.

Discusión

Hay varios tipos de neoplasias de la estroma ovárica: tecoma, fibrotecoma, luteoma estromal y tumor de células de Leydig, considerados de muy baja o nula malignidad y potencialmente hormonosecretorios³.

La presencia del tecoma ovárico generalmente es asintomática, pero aun así, puede ocasionar metrorragias, además de dolor local discreto o moderado³. Se han descrito casos en los que están asociados a ascitis e hidrotórax (síndrome de Meigs) y en los que, una vez removido el tumor, desaparece este síndrome¹. Aún no hay una explicación para la presencia de líquido ascítico. La principal hipótesis es que el mecanismo de trasudación de la superficie del tumor excede tanto a la capacidad de reabsorción como a otros mecanismos implicados en la congestión de los vasos linfáticos peritoneales y de las venas en la región, proceso del que el tumor es causante. El derrame pleural se reporta en la mayoría de los casos en el lado derecho del tórax debido a la acumulación de líquido proveniente del abdomen que pasa a través de los vasos linfáticos y a las fenestraciones del diafragma⁴.

Por otra parte, se han asociado ciertas entidades patológicas, como el adenocarcinoma endometrial, los teratomas maduros y el sarcoma endometrial publicados^{5,6}. También se han descrito casos de virilización debida a la producción de testosterona. Su incidencia es menor en adolescentes, niñas y embarazadas, y más frecuente en las perimenopáusicas⁷. También se asocia al tratamiento



Figura 1 Vista macroscópica del tecoma ovárico.

anticonvulsivante en niñas. Hay informes de casos de tecoma asociado al embarazo².

La ecografía Doppler abdominal y transvaginal a color sugiere la posibilidad de que sea una lesión benigna, su diámetro en promedio es de 2 centímetros y de características sólidas. La tomografía computarizada tiene la ventaja de suministrar la característica del tumor, la invasión y las adenomegalias regionales^{2,4}.

Aunque en la mayoría de los casos el diagnóstico de tecoma se realiza como hallazgo operatorio, se han descrito diferentes métodos de diagnóstico preoperatorio, como la elevación de las concentraciones de CA 125 (en casos benignos) que vuelve a sus valores normales una vez resecado el tumor^{1,2}. Las concentraciones de CA 125 también se pueden incrementar en la irritación o inflamación del pericardio, la pleura o el peritoneo⁴.

Al realizar el corte histológico, se puede observar que los tecomas están constituidos por células fusiformes, que forman cordones, haces y masas, separadas por bandas de tejido fibroso. Al realizar el estudio microscópico, se puede observar que presentan un aspecto fibromatoso, son de color blanco grisáceo, con áreas amarillentas⁵. El análisis citogenético ha reportado cierta relación con la trisomía e incluso tetrasomías del cromosoma 12^{8,9}. En una serie de casos de tecomas, fibrotecomas y tumores de células de la granulosa, la mayoría de éstos representaron trisomía del cromosoma 12, lo que sugiere un mecanismo común de oncogénesis de bajo grado de proliferación celular⁹.

Los tecomas tienen una baja tasa de proliferación y, como son de crecimiento lento, tienden a diagnosticarse en etapas tempranas y tienen un excelente pronóstico; sin embargo, los hallazgos como la tasa mitótica, hemorragia y necrosis deben tratarse con cuidado ya que puede haber confusión con los hallazgos de los fibrosarcomas³. La diferencia entre los tecomas luteinizados y los tumores de células de Leydig es la presencia de los cristales de Reinke y, debido a la dificultad de identificar estas estructuras, algunos tecomas luteinizados pueden confundirse con tumores de células de

Leydig^{3,10}. En caso de malignidad, puede haber metástasis por vía hemática a diversos órganos, incluidas las mamas. Se describen casos de recurrencia tumoral, hasta en un 30% de los casos¹⁰.

Bibliografía

1. Björkholm E, Silfversward C. Theca-cell tumors: Clinical features and prognosis. *Acta Radiol Oncol.* 1980;19:241-4.
2. Bianco R, Rosab G, Staibanob S, Sommar P, Bianco A. Ovarian luteinized thecoma with sclerosing peritonitis in an adult woman treated with leuprolide and toremifene in complete remission at 5 years. *Gynecol Oncol.* 2005;96:846-9.
3. Zhang J, Young R, Arseneau J, Scully R. Ovarian stromal tumors containing lutein or Leydig cells (luteinized thecomas and stromal Leydig cell tumors) —a clinicopathological analysis of fifty cases. *Int J Gynecol Pathol.* 1982;1:270-85.
4. Jung N, Kim T, Kim H, Lee H, Lee N, Lee E. Ovarian sclerosing stromal tumor presenting as Meig's syndrome with elevated, CA-125. *J Obstet Gynaecol Res.* 2006;32:619-22.
5. Nomura K, Aizawa S, Ushigome S. Adenosarcoma of the uterine corpus associated with ovarian thecoma. *Pathol Int.* 2001;51:735-8.
6. Toker C. Concurrence of endometrial stromal malignancy with ovarian theca cell tumor. *Am J Obstet Gynecol.* 1970;107:505-12.
7. Huang S, Chen H, Chang K, Chou C. Ascites and elevated androgen level in a pregnant patient with an ovarian sclerosing stromal tumor. *J Formos Med Assoc.* 2003;102:124-6.
8. Schofield D, Fletcher J. Trisomy 12 in pediatric granulosa-stromal cell tumors. Demonstration by a modified method of fluorescence in situ hybridization on paraffin-embedded material. *Am J Pathol.* 1992;141:1265-9.
9. Liang S, Sonobe H, Taguchi T, Takeuchi T, Furihata M, Yuri K, et al. Tetrasomy 12 in ovarian tumors of thecoma-fibroma group: A fluorescence in situ hybridization using paraffin sections. *Pathol Int.* 2001;51:37-42.
10. Duncan T, Lee S, Acheson A, Hammond R. An ovarian stromal tumor with luteinized cells: An unusual recurrence of an unusual tumor. *Int J Gynecol Cancer.* 2008;18:172-5.