

Fibroma de ovario en una gestante joven

Ovary fibroma in a young pregnant woman

MsC. Martha Lazo Pérez, MsC. Clara C. Pérez Bell, Dra. Martha Pérez García, Dra. Silvia Donatién Boris y Dr. Rolando De Dios Perera

Hospital Provincial Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales Coello", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una gestante de 24 años de edad, quien acudió al Cuerpo de Guardia del Hospital Provincial Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales Coello" de Santiago de Cuba, por presentar dolor en la parte baja del vientre, además de náuseas y estreñimiento. Se consideró el diagnóstico de fibroma de ovario, que fue definitivo luego de intervenirle quirúrgicamente y realizar el estudio anatomopatológico. Posteriormente se mantuvo el seguimiento clínico en consulta externa; la paciente evolucionó favorablemente y mantuvo su embarazo hasta tener a su hijo – un recién nacido sano y a término -- a través de parto eutócico.

Palabras clave: fibroma de ovario, tumor de ovario, embarazada, hospitales ginecoobstétricos.

ABSTRACT

The case report of a 24 years pregnant woman who went to the emergency room of "Mariana GrajalesCoello" Teaching Gyneco-obstetrical Provincial Hospital from Santiago de Cuba is presented, due to a pain in the low part of the stomach, besides nausea and constipation. The diagnosis of ovarian fibroma was considered which was definitive after surgical treatment and after pathological study. Later the clinical follow-up through outpatient department was maintained; the patient had a favorable clinical course and she preserved her pregnancy until her son was born -- a term healthy newborn --through eutocic childbirth.

Key words: ovarian fibroma, ovarian tumor, pregnant woman, gynecoobstetrical hospitals.

INTRODUCCIÓN

Los fibromas ováricos son tumores benignos de los cordones sexuales, que representan 4 % de todas estas afecciones y 20 % de los tumores sólidos de ovario. Varían en tamaño, desde pequeños hasta muy grandes, que pueden alcanzar un peso de 50 libras. Su potencial maligno es bajo, menos de 1 %, y aparecen en cualquier edad, aunque predominan en la etapa reproductiva.^{1,2}

Una de las características predominante de los fibromas de ovario es que son de crecimiento extremadamente lento. Igualmente, el promedio del diámetro de un fibroma es de aproximadamente 6 cm; sin embargo, algunos tumores han presentado 30 cm de

diámetro; esto es importante clínicamente, pues la incidencia de ascitis asociada es directamente proporcional al tamaño del tumor. El derrame suele ser unilateral y frecuentemente del lado derecho.³

Existen diversas formas de presentación de la enfermedad. Usualmente constituyen el síndrome de Demons-Meigs, que se distingue por un tumor sólido en el ovario, con ascitis y derrame pleural, y desaparición espontánea del hidrotórax y de la ascitis al extirparse el fibroma ovárico. Dicho síndrome lo refirió por primera vez Otto von Spiegelberg en 1866, y luego Cullingworth en 1879, en Manchester.^{2,4} En 1934 Meigs describió los primeros 3 casos, aunque desde 1917 venía recopilando información y logró reunir 84 casos típicos de la enfermedad.

Posteriormente, en 1987, Demons notificó sus primeros 9 casos con respuesta regresiva espontánea y, aunque Meigs se "colgó la medalla", más tarde tuvo el mérito de demostrar el síndrome completo.⁵⁻⁷

Debido a la poca frecuencia de esta entidad, y a que su diagnóstico definitivo se establece luego de la operación a través de la biopsia, como plantean muchos autores,^{8,9} surgió la motivación de presentar el siguiente caso clínico.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una gestante de 21 años de edad, mestiza, con profesión de médico, estado conyugal casada y fecha de la última menstruación no confiable, quien acudió al Cuerpo de Guardia del Hospital Provincial Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales Coello" de Santiago de Cuba, por presentar dolor bajo vientre de ligera intensidad desde hacía 6 días, predominantemente en el lado derecho, asociado a constipación y náuseas, pero sin pérdidas vaginales. Como antecedente personal la paciente refirió padecer asma bronquial.

Al ingreso se indicaron el examen físico y otros estudios.

Examen físico

- Mucosas coloreadas y húmedas.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular normal, no estertores y frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos audibles, sin soplo y tensión arterial de 110/70 mm de Hg.
- Abdomen: se constató la presencia de un tumor en el hipogastrio de más o menos 18 cm de altura, doloroso, de superficie lisa, dura y poco movable, así como la existencia de onda líquida (maniobra de tarral positiva). No se detectó visceromegalia, ni reacción peritoneal.
- Exploración con el uso de espejulo vaginal: cuello de nulípara, aparentemente sano, posterior y cerrado, sin pérdidas a través de este; fondo de saco abombado.
- Tacto vaginal: útero aumentado de tamaño (más o menos 8 semanas de gestación), poco movable, doloroso, algo lateralizado a la izquierda. En el anejo derecho se palpó un tumor de más o menos 10 cm, duro, algo fijo al útero, poco movable y doloroso. El anejo izquierdo estaba normal. Cuello posterior cerrado y fondo de saco derecho abombado por el tumor.

Exámenes complementarios

- Hemograma completo: hemoglobina de 116 g/L; hematócrito de 0,39 %
- Eritrosedimentación: 18 mm/h
- Coagulograma: normal
- Conteo de plaquetas: 250×10^9 /L
- Grupo sanguíneo y Rh: O+
- CA-125: 3,52 U/mL

- Estudio hepático
 - Bilirrubina D=9,00 mol/L; I=3,50 mol/L; T=12,50 mol/L
 - Transaminasa pirúvica: 12mol/L

- Estudio renal
 - Orina: leucocitos numerosos, aspecto turbio, albúmina vestigios, color amarillo intenso
 - Cituria: positiva
 - Conteo de Addis: leucocitos: 1600 mol/L; hematíes: 0 mol/L; células: 0 mol/L
 - Filtrado glomerular: 115 mol/mlt x 1,73 m²
 - Creatinina: 75 mol/L
 - Ácido úrico: 177 mol/L
 - Proteínas totales: 77 g/L
 - Prueba citológica del líquido ascético: acelular

- Rayos X de tórax: acentuación de la trama hilio-basal bilateral.
- Electrocardiograma: normal.
- Ecografía: útero aumentado de tamaño, con saco gestacional intrauterino de 24,5 mm (8 semanas), que poseía estructura embrionaria en su interior con latidos cardíacos. El ovario izquierdo presentaba imagen ecolúcida de 22 mm y el ovario derecho, imagen compleja, predominantemente ecogénica de más o menos 121 mm x 86 mm, con contenido ecolúcido en su interior de 32 cc y tabiques de 6 mm. Se observaba líquido libre en la cavidad abdominal (espacio de Morrison y líquido interasas en el lado derecho).
- Laparoscopia: tumor sólido en el ovario derecho de 10 a 12 cm, salpingitis crónica bilateral, ascitis preponderante en el lado derecho y útero gravídico.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente y se comprobó la existencia del tumor. Se realizó anexectomía derecha y estudio citológico del líquido peritoneal.

- Biopsia: formación tumoral de 213 x 10 x 6 cm, de aspecto gris blanquecino (figura 1). Al corte se obtuvo un tumor sólido, gris blanquecino, de aspecto fibroso, y pequeños quistes en su interior con contenido mixoide (figura 2). Diagnóstico: fibroadenoma de ovario.



Fig 1. Tumor de ovario



Fig 2. Corte tisular: A) tumor sólido de color gris blanquecino, B) presencia de pequeños quistes en su interior

Luego se mantuvo su seguimiento clínico en consulta externa hasta el año después de su operación, y se observó una evolución satisfactoria. También mantuvo una evolución favorable de su embarazo, y a los 7 meses se le practicó parto eutócico y tuvo su recién nacido vivo a término y de peso normal.

COMENTARIOS

Takeshita *et al*⁶ sostienen que los fibromas de ovario son aún más raros que lo notificado por otros autores y que equivalen solo a 1 % de los tumores epiteliales del ovario. Asimismo, comentan que del 1989 al 2004 solo se registraron 8 casos en toda la bibliografía sobre el tema. Con frecuencia se trata de tumores asintomáticos descubiertos accidentalmente en el período peroperatorio, y que rara vez se diagnostican antes de la intervención quirúrgica. Entre 40 y 50 % de las afectadas presentan el tumor sólido de ovario únicamente con ascitis, sin hidrotórax, cuando este mide más de 5 cm de diámetro, como lo notificado en este caso clínico.

Otra variante del fibroma ovárico es el fibrotecoma con degeneración quística o con calcificaciones extensas. Cabe añadir que 90 % de los fibromas ováricos son tumores unilaterales, de consistencia sólida, esféricos o ligeramente lobulados, encapsulados, firmes, de color blanco-grisáceo, cubiertos por una superficie serosa, brillante e intacta; en ocasiones, desde el punto de vista histológico, posee variaciones importantes en la cantidad de edema del estroma, con posibles cambios mixomatosos y degeneración quística extensa.⁷

El antígeno CA-125 se utiliza como marcador de la actividad del tumor en pacientes con cáncer de ovario u otras condiciones malignas. A veces el fibroma de ovario puede presentar elevación de su concentración, lo cual puede ocurrir en enfermedades benignas como la endometriosis; por eso se utiliza para el diagnóstico de manera inicial y en el seguimiento de las pacientes después del tratamiento. No obstante, se debe tener un control en su interpretación, porque este marcador puede aparecer elevado hasta en 2 % de las personas sanas.⁷

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Monge A, Ramírez Sánchez L, Estrada Hernández MR, Pacheco Pineda R, Aguilar Muñoz L. Fibroma edematoso de ovario con extensa degeneración quística. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Obstet Mex.* 2009; 77(5): 244-9.
2. Schorge JO, Schafer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham F. *Williams Gynecology.* New York: Mc-Graw Hill; 2008.
3. Pérez Echemendía M. Tumores estromales de los cordones sexuales del ovario. En: *Ginecología oncológica pelviana.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 113.
4. Meigs JV, Cass JW. Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax with a report of seven cases. *Am J Obstet Gynecol.* 1937; (33): 249-67.
5. Outwater E, Wagner B, Mannion C, McLarney J, Kim B. Sex cord-stromal and steroid cell tumors of the ovary. *Radiographics.* 1998; 18(6): 1523-46.
6. Takeshita T, Shima H, Oishi S, Machida N, Yamazaki K, Imamura T, et al. Ovarian fibroma (fibrothecoma) with extensive cystic degeneration: unusual MR imaging findings in two cases. *Radiat Med.* 2005; 23(1): 70-4.
7. Hussain SF, Camilleri P. Elevation of tumour marker CA-125 in serum and body fluids: interpret with caution. *Indian J Med Res.* 2007; 125(1): 10-2.
8. McBee WC, Escobar PF, Falcone T. Which ovarian masses need intervention? *Cleve Clin J Med.* 2007; 74(2): 149-57.
9. González Cante MA, Sánchez Conde R, Rodríguez Blas AI, Balcazar Vázquez R, Casián Castellanos G. Fibroma de ovario. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Hosp Jua Mex.* 2011; 78(1): 50-2.

Recibido: 21 de agosto de 2012.

Aprobado: 8 de mayo de 2013.

Martha Lazo Pérez. Hospital Provincial Ginecoobstétrico Docente "Mariana Grajales Coello", avenida Victoriano Garzón, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: martha59@medired.scu.sld.cu