

REPORTE DE CASO

Tecoma ovárico y embarazo a término. Reporte de un caso.

[Ovarian thecoma and pregnancy.]

Ruíz JC¹, Cárdenas G¹, Reyes O¹.

1. Maternidad del Hospital Santo Tomás.

Resumen

La presencia de masas pélvicas durante el embarazo es una condición que presenta sus propios riesgos y complicaciones, ligadas de manera directa con la histopatología del tumor. Se presenta el caso de un tecoma ovárico, condición extremadamente rara durante el embarazo, en una gestación a término y se revisa la literatura existente sobre el tema.

Abstract

The presence of pelvic masses during pregnancy is a condition that presents its own risks and complications, directly linked to the histopathology of the tumor. We present the case of an ovarian thecoma, an extremely rare condition during pregnancy, in a term gestation and the existing literature on the subject is reviewed.

Introducción

Paciente femenina de 19 años de edad, primigesta, sin antecedentes personales ni patológicos importantes, con control prenatal regular, acude al Servicio de Emergencias Gineco-Obstétricas de la Maternidad del Hospital Santo Tomás con un embarazo de 37 6/7 semanas y un ultrasonido de control reciente que evidenció una masa pélvica izquierda, heterogénea, de gran tamaño (16.6 x 14.7 x 10.9 cm) desplazada a fondo de saco posterior, abundante líquido libre y un producto vivo, sin malformaciones evidentes. La paciente es hospitalizada, considerando la edad gestacional y la sospecha de malignidad por las características ultrasonográficas de la masa. Mientras se completaban los estudios pertinentes, inicia con actividad uterina. Es enviada a salón de operaciones por un trazo en el monitor con pérdida de bienestar fetal, por lo que se le realizó cesárea de urgencia, obteniéndose un producto femenino de 2877 g, APGAR 8/9. Se evidenció abundante líquido ascítico, aproximadamente 5000 ml, y una masa ovárica

ca adherida a pared abdominal de 15 cm, vascularizada y sólida, que fue resecada. El reporte histopatológico consignó el diagnóstico de un tecoma de ovario. Su evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Discusión

El descubrimiento de una masa anexial es más frecuente en nuestros días debido a la generalización de la ecografía. Las masas de ovario constituyen un serio problema cuando estas alcanzan gran tamaño o cuando hay torsión de su pedículo. Sin embargo, masas ováricas de menor tamaño pueden confundirse con otras condiciones esperadas en el embarazo, cada una con su propio manejo (por ejemplo, un embarazo extrauterino requerirá intervención quirúrgica, mientras que un cuerpo lúteo del embarazo no requiere manejo alguno).

Los tumores ováricos de los cordones sexuales primitivos son un grupo heterogéneo, con diferentes tipos de células involucradas en el proceso. Se pueden originar en las células del estroma, que incluyen las células de la teca, las células de Leydig y fibroblastos, o de las células provenientes de los cordones gonadales primitivos, que incluyen las células de las granulosa y las células de Sertoli². La Organización Mundial de la Salud revisó la clasificación de los tumores de los cordones sexuales hace cinco años y los clasificó de la si-

Autor correspondencia: G. Cardenas
Correo electrónico: drgacardenas@hotmail.com
Palabras claves: Tecoma, embarazo
Key words: Thecoma, pregnancy
Conflictos de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

guiente manera (tabla 1)³. Son tumores poco frecuentes, representando, según la literatura revisada, el 8% de los tumores primarios de ovario⁴. De estos, los tecomas representan sólo el 1% y en solo el 10% de estos casos, la paciente es menor de 30 años⁵.

Tabla 1 Clasificación de los tumores de los cordones sexuales	
Tumores estromales puros.	Fibroma
	Fibroma celular
	Tecoma
	Tecoma luteinizado asociado con peritonitis esclerosante.
	Fibrosarcoma
	Tumor esclerosante estromal
	Tumor estromal con células en anillo de sello
	Tumor estromal microquístico
	Tumor de las células de Leydig
	Tumor de células esteroideas
Tumores puros de los cordones sexuales.	Tumor de células esteroideas maligno
	Tumor de las células de la granulosa del adulto
	Tumor de las células de la granulosa juvenil
	Tumor de células de Sertoli
Tumores mixtos del estroma ovárico-cordones sexuales.	Tumor de los cordones sexuales con tubulos anulares
	Tumor de las células de Sertoli-Leydig
	Bien diferenciados
	Moderadamente diferenciados con elementos heterólogos
	Pobrementemente diferenciados con elementos heterólogos
	Retiformes con elementos heterólogos

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2014).

Es una neoplasia generalmente benigna (variantes malignas: 3-5%), aunque puede ser recidivante⁶. Son generalmente unilaterales, sólidos, de volumen variable, superficie lisa y bien encapsulados. Su presentación es, por lo general, asintomática, pero siendo un tumor productor de hormonas, en particular de estrógenos, aunque puede producir andrógenos o una combinación de los dos⁷, puede asociarse a síndromes específicos. Se han descrito casos de hidrotórax y ascitis (síndrome de Meigs), este último presente en nuestra paciente. Las hipótesis más aceptadas del origen de la ascitis, un hallazgo que en nuestra paciente elevó la sospecha de malignidad cuando se hizo el diagnóstico ultrasonográfico de la masa, incluyen obstrucción linfática, irritación peritoneal, incremento de la permeabilidad vascular con pérdida de proteínas en el espacio intraperitoneal, lo cual podría ser secundario a la producción de factores tumorales⁸. Esta capacidad de secreción hormonal explica algunos síntomas asociados a este tumor en pacientes no embarazadas (san-

grado transvaginal anormal, hiperplasia de endometrio o adenocarcinoma) y la pobre relación tecoma-embarazo, al actuar como un mecanismo de anticoncepción⁹.

En una revisión sistemática que evaluó los resultados perinatales asociados a 46 pacientes con tumores de los cordones sexuales asociados al embarazo (1955-2012), se describe el tecoma como la segunda causa más frecuente (18%), precedido por los tumores de las células de la granulosa (22%). Los síntomas más frecuentes fueron dolor pélvico (45,7%) y masa palpable (30,4%), con un 65% de las pacientes presentando tumores menores de 15 cms. Sin embargo, el 41% de las pacientes presentaron alguna complicación materno-fetal seria, siendo la hemorragia intraperitoneal/shock hemorrágico la más frecuente (13%). El análisis de regresión logística identificó la edad materna menor de 30 años [73,3% vs. 26,7%; OR:11,7, 95% IC: 1,35-101; p=0,026] y el tamaño del tumor mayor o igual a 15 cms [64,9% vs. 35,1%; OR:10,0, 95% IC: 1,29-26,2; p=0,0004] como factores de riesgo estadísticamente significativos de complicaciones maternas severas¹⁰.

Conclusión

A pesar de que la mayoría de los tecomas de ovario son benignos, las complicaciones asociadas a este tumor van ligadas al aumento progresivo de tamaño a partir de la segunda mitad del embarazo, que conlleva a la posible torsión de su pedículo, obstrucción de la vía de parto y la ruptura del tumor, que puede asociarse a hemorragias intraperitoneales importantes. Estos eventos en asociación con un embarazo, que de por sí ya es algo poco frecuente debido al estado hiperestrogénico que estos tumores originados en las células del estroma ovárico ocasionan, obligan a evaluar cada caso de una manera individualizada, para determinar el mejor manejo de la paciente que se presenta con esta patología.

Referencias

1. Young RH. Sex cord-stromal tumors of the ovary and testis: their similarities and differences with consideration of selected problems. *Mod Pathol*. 2005;18(Suppl 2):S81-98.
2. Jung SE, Rha SE, Lee JM, et al. CT and MRI findings of sex cord-stromal tumor of the ovary. *Am J Roentgenol*. 2005;185:207-215.
3. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH.

- WHO Classification of Tumours. 4th ed. Vol. 6. Lyon: IARC; 2014. Classification of tumours of the ovary; pp. 44–56
4. Sivridis E. Tumors of genital band-ovarian substrate. *Archives of Pathological Anatomy*. 1996;10(2):113–19.
5. E. Björkholm, C. Silfversward. Theca-cell tumors: Clinical features and prognosis. *Acta Radiol Oncol*, 19 (1980), pp. 241-244
6. R. Bianco, G. Rosab, S. Staibanob, P. Sommar, A. Bianco. Ovarian luteinized thecoma with sclerosing peritonitis in an adult woman treated with leuprolide and toremifene in complete remission at 5 years. *Gynecol Oncol*, 96 (2005), pp. 846-849.
7. Deavers MT, Oliva E, Nucci MR. *Gynecologic Pathology. A Volume in the Series: Foundations in Diagnostic Pathology*. Chapter 12 - Sex Cord-Stromal Tumors of the Ovary, 2009: 445-500.
8. Renaud MC, Plante M, Roy M. Ovarian thecoma associated with a large quantity of ascites and elevated serum CA-125 and CA-153. *J Obstet Gynaecol Can* 2002;24(12):963-5.
9. Báez-Castro R, Morgan-Ortiz F, Garzón-López F, Soto-Pineda JM, Morgan-Ruiz FV. Fibrotecoma ovárico asociado a infertilidad primaria: reporte de un caso. *Rev Med UAS Nueva Época* 2011; 2(3): 92-96.
10. Blake EA, Carter CM, Kashani BN, Kodama M, Mabuchi S, Yoshino K, Matsuo K. Feto-maternal outcomes of pregnancy complicated by ovarian sex-cord stromal tumor: a systematic review of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014 Apr;175:1-7