

PRESENTACIÓN DE CASO

TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA DE TIPO JUVENIL Y EMBARAZO

Dr. Juan Antonio Suárez González¹, Dr. Mario Gutiérrez².

RESUMEN

Se presenta el caso de una embarazada de 23 semanas con un tumor de ovario del tipo histológico tumor de células de la granulosa de tipo juvenil, que se presenta complicado con un abdomen agudo y ruptura intratumoral, convirtiéndose en signo de mal pronóstico por lo que fue necesario realizar histerectomía en bloque. Por lo raro de este tumor y su presentación en el embarazo se realiza una revisión del tema.

Palabras claves: tumor de ovario/embarazo

ABSTRACT

The case of a pregnant one of 23 weeks is presented with a tumor of ovary of the type histological tumor of cells of the granular one of juvenile type that is presented complicated with a sharp abdomen and rupture intratumoral, becoming sign of bad presage for what was necessary to carry out hysterectomy in block. For the strange of this tumor and their presentation in the pregnancy is carried out a revision of the topic.

Key words: ovario/embarazo tumor

INTRODUCCIÓN

Dentro de los cánceres que pueden afectar al ovario, los tumores malignos del estroma gonadal específico corresponden a menos del 5% del total (1, 2). Dentro de éstos, el tumor de células de la granulosa representa el 70% del total. Dada su baja frecuencia, su diagnóstico, manejo y tratamiento pueden constituir un desafío tanto para el ginecólogo general como para el patólogo.³

El tumor de células de la granulosa ovárico (TCG) es un tipo de neoplasia muy inusual. Se caracteriza por su capacidad de secretar esteroides sexuales como los estrógenos. Su presentación es similar a otros carcinomas ováricos pero sus marcadores séricos, su comportamiento biológico, sus factores pronósticos y su manejo terapéutico deben particularizarse. (4)

En esta variedad de tumor las células de la granulosa representan al menos el 10% de la población de células neoplásicas. Se reconocen dos subtipos histopatológicos: adulto y juvenil, el primero ocurre principalmente en mujeres peri y postmenopáusicas, con un peak entre 50 y 55 años, mientras que la forma juvenil se observa en niñas y mujeres jóvenes, la mayoría en las primeras tres décadas de la vida (1).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de YAV, de 25 años de edad, mestiza, con antecedentes de salud previa. HC 150010, gestante de 23 semanas que acude a cuerpo de guardia refiriendo dolor abdominal intenso que se irradia a miembros inferiores, son palidez cutaneomucosa, decaimiento y reacción peritoneal al examen físico.

La paciente tiene antecedentes de haberse realizado un ultrasonido donde se describe la presencia de una masa anexial de aproximadamente seis centímetros coincidiendo con el embarazo.

Luego de una discusión clínica rigurosa se decide en colectivo realizar una laparomía exploradora por la presencia de un cuadro de abdomen agudo en embarazada de 23 semanas y se constata en el acto quirúrgico un hemoperitoneo por un tumor de ovario roto con estallamiento de la cápsula y todo el contenido del mismo libre en cavidad. La evolución postquirúrgica de la paciente fue favorable.

En el resultado de anatomía patológica se informa:

Biopsia 11545 6 de enero del 2011.

DH: Múltiples fragmentos de tejido correspondientes a ovario que promedian 500 cc compuestos en su gran mayoría por material hemático. Histológicamente se caracteriza por una proliferación tumoral compuesta por células de la granulosa

¹. Especialista de primer y segundo grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención integral a la mujer. Profesor Auxiliar de la Universidad médica de Villa Clara. jasuares@hmmg.vcl.sld.cu

². Especialista de primer y segundo grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Urgencias Médicas y en Atención integral a la mujer. Profesor Asistente de la Universidad médica de Villa Clara. chmb@hped.vcl.sld.cu

7. Cannistra SA. Cancer of the ovary. *N Engl J Med* 1993; 329:1550-1559.
8. Piura B, Nemet D, Yanai-Inbar I, et al. Granulosa cell tumors of the ovary: A study of 18 cases. *J Surg Oncol* 1994; 55:71-77.
9. Sharony R, Aviram R, Fishman A y cols: Granulosa cell tumors of the ovary: do they have any unique ultrasonographic and color Doppler flow features? *Int J Gynecol Cancer* 2001; 11(3): 229-33.
10. Gusberg SB y Kardon P: Proliferative endometrial response to theca-granulosa cell tumors. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 111(633).
11. Schumer ST, Cannistra SA: Granulosa cell tumor of the ovary. *J Clin Oncol* 2003; 21(6): 1180-9
12. Querleu D: Laparoscopic surgical therapy and staging in a case of early malignant granulosa cell tumor of the ovary. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994; 54(3): 215-7.
13. Fujimoto T, Sakuragi N, Okuyama K y cols.: Histopathological prognostic factors of adult granulosa cell tumors of the ovary. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(11): 1069-74.

con núcleos ovals y redondeados, algunos con aspecto de granos de café con un patrón de crecimiento sólido y folicular con presencia de cuerpos de Call-Exner que alternan con un componente de apariencia histeinizante.

El conteo mitótico es bajo (5 mitosis en 10 campos de gran aumento)

CONCLUSIONES

El aspecto histológico sugiere un tumor de células de la granulosa de tipo juvenil.

En el caso presentado, dado el embarazo unido a la ruptura del tumor y a su tamaño representaban datos de mal pronóstico, por lo que en decisión coordinada con oncología se decide realizar histerectomía en bloque y seguimiento oncológico de esta paciente.

DISCUSIÓN Y REVISIÓN

Este tumor representa el 12% de los tumores del estroma y los cordones sexuales y la mayor parte de las neoplasias malignas incluidas en este grupo de tumores (5).

La mayoría de las series internacionales concuerdan en que el tumor de células de la granulosa se presenta con uno o la combinación de los siguientes síntomas: sangrado vaginal anormal, distensión abdominal y dolor abdominal (3).

El TCG representa el 2-5% de todos los carcinomas del ovario; y, el subtipo juvenil constituye un mínimo porcentaje. Como su nombre indica deriva de las células de la granulosa que forman parte del estroma ovárico y son responsables de la producción de estradiol. Se divide en adulto y juvenil, con clínica y hallazgos histopatológicos diferentes entre sí. El TCG juvenil implica sólo al 5% de todos los TCG y afecta a niñas prepúber y mujeres menores de 30 años que pueden mostrar una pseudopubertad precoz o dolor abdominal acompañado de una masa pélvica. El 80% de estas pacientes son niñas prepuberales, aumentando su incidencia en aquellas con enfermedad de Ollier (encondromatosis múltiple) o síndrome de Maffucci (discondroplasia). También se ha observado un aumento de prevalencia en pacientes sometidas a tratamientos de infertilidad. Puede aparecer incluso durante el embarazo, diagnosticándose incidentalmente, con un comportamiento similar a las ingrávidas pero mayor riesgo de complicaciones^{6,7,8}

A pesar de parecer más indiferenciado, tiene un pronóstico más favorable porque se diagnostica tempranamente; contrariamente al subtipo adulto, cuya clínica indolente suele retrasar su sospecha y hallazgo presentando mayor tendencia a la recidiva^{2,4}. Se presenta como irregularidad menstrual, menorragias o amenorrea y raramente infertilidad, pseudopubertad precoz en premenárricas o hirsutismo y datos de virilización en casos con componente de células de Sertoli y Leydig, como en nuestra paciente¹. El dolor abdomino-pélvico se produce por distensión secundaria a la masa ovárica, a veces como una torsión ovárica. Por su naturaleza muy vascularizada, el TCG aparece en ocasiones con ruptura intratumoral hemorrágica simulando un embarazo

ectópico⁴.

Al revisar la utilidad de la ultrasonografía, vemos que no hay un patrón característico de este tumor y que solo priman los criterios generales sugerentes de malignidad (8). Para algunos autores sólo destaca el engrosamiento endometrial dado por la coexistencia de hiperplasia del endometrio (9, 10).

En todos los trabajos realizados se destaca que el tratamiento de elección está en la cirugía siendo el tumor abordado por laparotomía (2, 11). No contamos con experiencia vía laparoscopia (12). En el subtipo juvenil y en mujeres que desean preservar su fertilidad, una vez excluida la enfermedad a distancia y realizada una biopsia endometrial para descartar afectación, se intentan medidas conservadoras como la salpingo-ooforectomía unilateral

Entre los factores de mal pronóstico se han propuesto: el estadio tumoral, el tamaño del tumor, su ruptura, su índice mitótico y anormalidades en el cariotipo^{6,7}. Algunos factores como la invasión linfocascular, la edad, la paridad y el estado reproductivo no son reproducibles en estudios retrospectivos.

Además de la etapa, otros factores han sido asociados con peor pronóstico (2, 13). Dentro de ellos: el tamaño tumoral, estableciendo como punto de corte con repercusión en la sobrevida hasta 5cm, así como la rotura tumoral, la atipia nuclear, el índice mitótico (IM), las permeaciones vasculares tumorales y la ploidía de ADN, estos últimos con resultados contradictorios (2).

CONCLUSIONES

El tumor de las células de la granulosa corresponde a una entidad poco frecuente de cáncer de ovario, que puede diagnosticarse en el embarazo en casos muy raros como el que presentamos en esta revisión. El diagnóstico generalmente se hará en el postoperatorio, confirmado por los resultados anatomopatológicos.

REFERENCIAS

1. Young RH y Scully RE: Sex cord-stromal, steroid cell, and other ovarian tumors with endocrine, paraendocrine, and paraneoplastic manifestations. Kurman RJ: Blaustein's
2. Hartmann LC, Young RH y Podratz KC: Ovarian sex cord-stromal tumors. En: Hoskins WJ, Pérez CA, Young RH: Principles and Practice of Gynecologic Oncology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins 2000; 1075-97
3. Stuart GC y Dawson LM: Update on granulosa cell tumours of the ovary. Curr Opin Obstet Gynecol 2003; 15(1): 33-7.
4. Young RH, Dickersin GR, Scully RE. Juvenile granulosa cell tumors of the ovary: A clinicopathologic analysis of 125 cases. Am J Surg Pathol 1984; 8:575-596.
5. Clement PB y Young RH: Sex cord-stromal and steroid cell tumors. Atlas of Gynecologic Surgical Pathology. WB Saunders & Co 2000; 364-88.
6. Schumer ST, Cannistra SA. Granulosa cell tumor of the ovary. JCO 2003; 6:1180-89.