

Tecoma. Presentación de un caso clínico. Revisión de la literatura

Drs. Alí Peñaloza, Duarte Rodríguez, Germán Spinetti, Gaetano Pepe, Felipe Lorenzo

Hospital "Luis Salazar Domínguez", Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Guarenas

RESUMEN

Los tecomas representan el 1 al 2% de los tumores de ovario: son generalmente benignos, provenientes de las células de la teca interna del ovario y, por lo tanto, productores de estrógenos; pueden causar sintomatología hormonal, dependiendo de la edad de la paciente. La mayoría (70%), aparecen en el período menopáusico o postmenopáusico. Este tipo de tumor es poco frecuente, por lo que presentamos un caso clínico de tecoma, estudiado en el Hospital "Luis Salazar Domínguez", en diciembre de 1994.

En la literatura, se han descrito casos, asociados con algunos cuadros clínicos y ciertas entidades patológicas; pero su presentación es generalmente asintomática, pudiendo causar sólo trastornos menstruales y dolor local. Aunque en la mayoría de los casos, el diagnóstico de tecoma se realiza como hallazgo operatorio, se han descrito diferentes métodos, como la determinación de Ca 125, la ecografía abdominal o transvaginal, que nos ayudan a diferenciar si la lesión es benigna o maligna, según tamaño, color y aspecto; sin embargo, la variedad maligna es afortunadamente infrecuente (3 al 5%).

Palabras Claves: Tumor de ovario. Tecoma.

SUMMARY

Thecomas represent about 1 to 2% of all ovarian tumors. Generally, these tumors are benign and are originated from cells in the ovarium internal theca, hence, estrogen producers. This could cause hormonal symptomatology depending on the patient age. The majority of these tumors appear during the menopause or in the postmenopausal period. Because this kind of tumor is quite infrequent, here is presented a case of thecoma, studied at "Luis Salazar Dominguez" Hospital in Decem-

ber 1994.

Some cases have been described in the literature associated with some clinic symptoms and some pathological entities, but its appearance is normally asymptomatic provoking just menstruation disorders and local pain. Although almost all thecoma cases have been diagnosed during surgery procedures, some methods such as, Ca 125 determination and abdominal or transvaginal echography, have been described to differentiate whether the lesion is either benign or malignant according to size, color and aspect. However, the malignant variety is fortunately infrequent (3 to 5%).

Key words. Ovarian tumors. Thecoma.

INTRODUCCION

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 dos tipos celulares, con predominio de uno o de otro. Los tumores de la célula de la teca, son neoplasias generalmente benignas, formados por células originadas de la teca interna, que son productoras de estrógenos (1).

La frecuencia de esta neoplasia es del 1 al 2 % de los tumores ováricos. Estas pueden aparecer a cualquier edad, pero la mayoría (70%), aparecen en el período menopáusico o postmenopáusico (2).

Respecto a la sintomatología, las pacientes pueden presentar trastornos locales, como sensación de peso, dolor a causa de hemorragia, degeneración o torsión del tumor; pero el hecho más característico

es su actividad hormonal, originada por la producción de estrógenos. La actividad hormonal es diversa, y depende del nivel de producción de estrógenos, iniciando sus manifestaciones clínicas, según la edad de la paciente: en prepúberes puede producir un cuadro de pubertad precoz; en las mujeres sexualmente maduras aparecen trastornos de la menstruación y en las postmenopáusicas suelen presentarse metrorragias. En algunos casos pueden producir efectos androgénicos (1,2).

Los tecomas, son habitualmente unilaterales sólidos, de volumen variable, de superficie lisa y están bien encapsulados. Al corte histológico, presentan un aspecto fibromatoso, son de color blanco grisáceo, con áreas amarillentas; al estudio microscópico, los tecomas están constituidos por células fusiformes, dispuestas formando cordones, haces y masas, separadas por bandas de tejido fibroso (1,2).

El pronóstico es generalmente bueno ya que su potencialidad maligna es baja, inferior a la de otros tumores de ovario; histológicamente se reporta la malignidad en un número reducido de casos, entre el 3 y 5%, pero aun siendo aparentemente benignos, se observan recidivas en un 30% de los casos (1).

Debido a la poca frecuencia de este tipo de tumores de ovario, a continuación presentamos un caso de tcoma, estudiado y tratado en el Hospital "Luis Salazar Domínguez" del IVSS de Guarenas, en diciembre de 1994, y una revisión de la literatura sobre este tipo de patología.

RESUMEN DEL CASO

Mujer de 42 años de edad, natural del Estado Guárico, procedente de la localidad, quien consulta por sangrado genital; inicia enfermedad actual en enero de 1994, cuando comienza a presentar trastornos menstruales tipo menometrorragia y dismenorrea, sin otros concomitantes.

Antecedentes personales: hipertensión arterial desde el año 1991, en tratamiento con enalapril; ginecológicos: menarquia a los 13 años, trastornos menstruales tipo menometrorragia y dismenorrea desde el año 1991; obstétricos: II gesta, II para, y usuaria de dispositivo intrauterino (tipo asa de Lippes) durante un año.

La paciente ingresa en buenas condiciones generales, con signos vitales: tensión arterial: 130/

70 mmHg, frecuencia cardíaca: 75 /min, frecuencia respiratoria: 18 /min. Examen ginecológico: útero en anteverso flexión, aumentado de tamaño y de consistencia. El resto del examen físico fue normal.

Los exámenes paraclínicos reportaron: hemoglobina 13,6 g/dl, hematocrito 48,8%, leucocitos 9 700 (segmentados 58%, linfocitos 39%, eosinófilos 3%), plaquetas 265 000; velocidad de sedimentación globular: primera hora 7 mm, segunda hora 16 mm; tiempo de protrombina: 12,4 seg; control: 12,9 seg; tiempo parcial de tromboplastina: 20 seg; control: 20,4 seg; química sanguínea: glicemia: 92 mg%, urea: 21 mg/dl, creatinina: 0,8 mg/dl; examen de orina y heces normales.

La evaluación cardiovascular reportó un riesgo ligeramente aumentado, por hipertensión arterial; radiografía de tórax normal. Se realizó un ecosonograma que reportó: fibromatosis uterina, adenomiosis y tumor sólido de ovario derecho. La citología de cuello uterino reportó atipias en células superficiales: biopsia de cuello uterino: paraqueratosis exocervical, infección por virus de papiloma humano, metaplasia escamosa endocervical y endocervicitis crónica.

La paciente acude por la consulta externa del servicio de cirugía, y de acuerdo con su sintomatología, examen físico, y exámenes paraclínicos correspondientes, se ingresa al hospital el día 5 de diciembre de 1994, para tratamiento quirúrgico electivo, con impresión diagnóstica de: 1. Fibromatosis uterina, 2. Adenomiosis, 3. Tumor parauterino derecho.

Nota operatoria

Los hallazgos operatorios fueron: 1. Utero aumentado de tamaño, de 10 x 8 x 6 cm, de aspecto adenomiosico; 2. Ovario izquierdo poliquístico, de 5 x 5 cm; 3. Tumor multilobulado de aspecto quístico, con aparente contenido gelatinoso, de 12 x 10 x 8 cm, que hace cuerpo con vejiga hacia el lado derecho.

Se le practica histerectomía abdominal total, más ooforosalingectomía izquierda, más exéresis de tumor quístico paravesical derecho (ovario derecho).

La paciente evolucionó satisfactoriamente en el postoperatorio, recibió sólo tratamiento sintomático, y egresó el día 8 de diciembre de 1994, en buenas condiciones generales.

Estudio anatómo-patológico

Macroscópico. El espécimen se recibe fijado en formol: consiste en un útero con su anexo izquierdo, y ovario derecho por separado. Utero con su anexo izquierdo, y ovario derecho por separado. Utero de 10 x 6 x 4,5 cm; cuello de 4 cm en sentido lateral y 3,5 cm en sentido anteroposterior. El exocérvis es liso, de color castaño rosado, con área central periorificial perforada, que al corte muestra numerosos quistes de Naboth. El miometrio es de color rosa amarillento, de aspecto trabeculado.

El endometrio es de aspecto frondoso. El ovario derecho mide 7 x 4,5 cm, constituido por lesión tumoral sólida de color blanco grisáceo, alternado con otras áreas de menor consistencia y de aspecto nervioso. El ovario izquierdo mide 2 x 1,5 cm y presenta un quiste de contenido hemorrágico, y otro con fluido transparente; la trompa de Falopio correspondiente es de aspecto normal.

Diagnóstico microscópico: 1. Cuello: a. Cervicitis crónica. b. Leucoparaqueratosis. c. Metaplasia malpighiana madura e inmadura del epitelio endocervical superficial y glandular. 2. Miometrio: adenomiosis. 3. Endometrio proliferativo. 4. Ovario izquierdo: fibrosis del estroma, con quiste folicular hemorrágico, cuerpo albicans, arterioesclerosis. 5. Trompa de Falopio izquierda: restos de Walthard. 6. Ovario derecho : TECOMA CON DEGENERACION MIXOIDE.

DISCUSION

La presencia de esta patología tumoral del ovario generalmente es asintomática, pero aun así, puede ocasionar metrorragias, además de discreto o moderado dolor local.

Se han descrito casos, como los publicados por Kawamura y col. (3), en Japón en 1988, y Le Bouedec y col. (4), en París en 1992, donde se han asociado ascitis e hidrotórax (síndrome de Meigs), en los cuales, una vez removido el tumor, desaparece dicho síndrome.

Por otra parte, se han asociado ciertas entidades patológicas, como el adenocarcinoma endometrial, en un caso publicado por Ferrara y Tomaselli (5), en Italia en 1991; dos casos publicados en Japón por Morimitsu y col. (6) en 1991, de teratomas maduros

y seis casos de sarcoma endometrial publicados por Press y Scully (7).

Se han presentado casos de virilización, debido a la producción de testosterona (8,9). Su incidencia es menor en adolescentes, niñas y embarazadas y más frecuente en las perimenopáusicas (1,2,8). Se ha asociado también con el tratamiento anticonvulsivante en niñas (10).

También se han encontrado casos de tumor de ovario asociado con el embarazo. Moreno (11), en 1983, en una revisión de 130 casos en diez años, encontró un caso de tecomoma (0,7%); más recientemente González Blanco y col. (12), en 1989, reportaron cuatro casos de tecomas de 69 casos (5,2%); ambos estudios fueron realizados en la "Maternidad Concepción Palacios" de Caracas.

Aunque en la mayoría de los casos, el diagnóstico de tecomoma, se realiza como hallazgo operatorio, se han descrito diferentes métodos de diagnóstico preoperatorio, como la determinación de Ca 125 (en casos benignos), que se ha encontrado elevado, volviendo a sus valores normales una vez resecado el tumor (3,13,14).

El análisis citogenético ha reportado cierta relación con la trisomía del cromosoma 12 (15,16). En una serie de 11 casos de tecomas, fibrotecomas y tumores de células de la granulosa, nueve de ellos representaron trisomía del cromosoma 12, donde se sugiere un mecanismo común de oncogénesis de bajo grado de proliferación celular (16,17).

El eco Doppler abdominal y transvaginal a color, sugiere la posibilidad de ser una lesión benigna más que maligna (18,19), siendo su diámetro en promedio de 2 cm, de características sólidas. La tomografía axial computada tiene su ventaja en suministrar la característica de los tumores de ovario, su invasión o no, y adenomegalias regionales (20).

Donadelli, en el Hospital Vargas de Caracas, en 1953, después de un análisis crítico de la literatura en referencia, presenta por primera vez en Venezuela, un caso de tecomoma maligno del ovario, con metástasis peritoneales, ganglionares y hepáticas (21).

Puede haber metástasis por vía hemática a diversos órganos, incluyendo las mamas (22). Se describen casos de recurrencia tumoral, hasta en un 30% de los casos (1,2,23).

REFERENCIAS

1. González-Merlo J. Ginecología. 5ta edición Barcelona: Salvat Editores, 1988:520-523.
2. Netter FH. Colección Ciba de Ilustraciones Médicas. Volumen 2 5ta impresión. Barcelona: Salvat Editores, 1974:193-214.
3. Kawamura T, Tanaka E, Tomioka H, Kurasawa T, Kawai M, et al. A case of Meigs syndrome due to ovarian thecoma with increased Ca 125. *Nippon Kyobu Shikkan Zasshi* 1988;26(12):1302-1306.
4. Le Bouedec G, Glowaczower E, De Latour M, Frondinier E, Kauffmann P, Dauplat J. Ademons-Meigs syndrome. A case of thecoma and ovarian fibroma. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992;21(6):651-654.
5. Ferrara G, Tomaselli DE. Ovarian thecoma associated with endometrial adenocarcinoma. *Minerva Ginecol* 1991;43(6):311-314.
6. Morimitsu Y, Nakashima O, Kage M, Kojiro M, Kawano K, Koga T. Coexistence of mature teratoma and thecoma in an ovary. A report of two cases. *Acta Pathol Jpn* 1991;41(12):922-926.
7. Press MF, Scully RE. Endometrial "sarcomas" complicating ovarian thecoma, polycystic ovarian disease and estrogen therapy. *Gynecol Oncol* 1985;21(2):135-154.
8. Flanders C, Benrubi G, Thompson Rj, Nuss RC. Virilizing thecoma: case report. *J Fla Med Assoc* 1987; 74(10):763-764.
9. Znamenskii AA, Pishchulin AA. Serum testosterone level in the diagnosis of virilizing ovarian neoplasms. *Probl Endocrinol Mosk* 1992;38(2):34-36.
10. Dudzinski M, Cohen M, Ducatman B. Ovarian malignant luteinized thecoma an unusual tumor in an adolescent. *Gynecol Oncol* 1989;35(1):104-109.
11. Moreno J. Tumores de ovario y embarazo en la Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983;43:145-148.
12. González Blanco M, P de Alvarez S, Bracho JE. Tumores de ovario y embarazo. Revisión de cinco años en la Maternidad Concepción Palacios, a propósito de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1989;49:76-78.
13. Hoffman MS. Peritoneal tuberculosis, large ovarian thecoma, and an elevated serum Ca 125 level mimicking ovarian cancer. *J Fla Med Assoc* 1989;76(4):388-389.
14. Williams LL, Fleischer AC, Jones HW. Transvaginal color Doppler sonography and Ca 125 elevation in a patient with ovarian thecoma and ascites. *Gynecol Oncol* 1992;45(1):115-118.
15. Mrozek K, Limon J, Debniak J, Emerich J. Trisomy 12 and 4 in a thecoma of the ovary. *Gynecol Oncol* 1992; 45(1):66-68.
16. Fletcher JA, Gibas Z, Donovan K, Pérez-Atayde A, Genest D, Morton CC, et al. Ovarian granulosa-stromal cell tumors are characterized by trisomy 12. *Am J Pathol* 1991;138(3):515-520.
17. Schofield DE, Fletcher JA. Trisomy 12 in pediatric granulosa-stromal cell tumors. Demonstration by a modified method of fluorescence in situ hybridization on paraffine embedded material. *Am J Pathol* 1992;141 (6):1265-1269.
18. Conte M, Guariglia L, Benedetti Panisi P, Scambia G, Rabitti C, Capelli A, et al. Ovarian fibrothecoma: sonographic and histologic findings. *Ginecol Obstet Invest* 1991;32(1):51-54.
19. Athey PA, Malone RS. Sonography of ovarian fibromas thecomas. *J Ultrasound Med* 1987;6(8):431-436.
20. Sawier RW, Vick CW, Wals JW, McClure PH. Computed tomography of benign ovarian masses. *J Comput Assist Tomogr* 1985;9(4):784-789.
21. Donadelli F. Consideraciones sobre un caso de tecoma maligno. *Acta Cient Venez* 1956;7:59-61.
22. De Rosa G, Nappi C, Patrizio P, Palombini L, Montemagno R. Breast carcinoma metastasized in ovarian thecoma (a case report). *Eur J Gynecol Oncol* 1985; 6(2):138-142.
23. Karck U, Kommos F, Henne K, Runge M, Pfliederer A. Recurrent theca cell tumor. *Geburts Frauenh* 1991: 51(7):577-579.