TUMOR DE LA GRANULOSA ASOCIADO A ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO*

PRESENTACION DE UN CASO

*Dr. Alberto Duarte-Contreras***

*Dr. Ramiro Zúñiga-Gamboa****

*Dr. Gonzalo Uribe-Botero*****

Consideraciones Generales

No hemos tenido por costumbre publicar el estudio de un caso aislado de nuestro servicio de Ginecología. Pero ante el hallazgo de un tumor de la granulosa asociado a adenocarcinoma de endometrio, no tenemos el menor reparo en hacerlo conocer.

Hemos revisado la bibliografía colombiana a nuestro alcance sobre tumores de ovario (1, 2), y hemos pedido informe a Departamentos de Patología de Hospitales del País; al recopilar todos los datos obtenidos, podemos afirmar que es éste uno de los dos casos que se han encontrado en Colombia, y el primero que se presenta y publica (13, 14).

Los tumores de la granulosa no son infrecuentes en nuestro medio. Así, en el Hospital San Juan de Dios de Cúcuta, durante los años 1963 a 1967 inclusive, haciendo caso omiso de los quistes benignos, entre 18 tumores de ovario, encontramos tres tumores de la granulosa (16,6%). Y la asociación de tumor de la granulosa con adenocarcinoma de endometrio la ha-

llamos en uno de ellos. En el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín en 46 tumores de la granulosa no han encontrado la asociación con adenocarcinoma endometrial (13). En el Instituto Nacional de Cancerología en el tiempo comprendido entre 1959 a 1967 inclusive, en 272 tumores malignos de ovario hubo 14 tumores de células de la granulosa y en uno de ellos se encontró la de endometrio en una mujer que había tenido su menopausia veinte años antes (14).

La mayoría de los autores aceptan que entre los tumores feminizantes de ovario son más frecuentes los de la granulosa que los tecomas, pero a su vez, los tecomas se asocian un mayor número de veces al adeno-

* Trabajo presentado a la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología el miércoles 21 de febrero de 1968.

** Médico Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Juan de Dios de Cúcuta, Colombia.

*** Médico Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios de Cúcuta.

**** Médico Jefe del Servicio de Ginecología y Laboratorios del Hospital San Juan de Dios de Cúcuta.

carcinoma endometrial que los tumores de la granulosa.

Novak cree que si bien pueden encontrarse tumores puros de granulosa, como el que nos ocupa, o de teca, casi siempre el hallazgo es de casos mixtos (4, 5). Pero las estadísticas publicadas al respecto nos hablan, casi en su totalidad, de tumores feminizantes de ovario, sin discriminar entre tumores de la granulosa o de la teca.

En un estudio realizado en cuarenta centros docentes de Estados Unidos, en revisión que va de 10 a 30 años, (citado por Ludwing A. Emge) (3), la incidencia de tumores de la granulosa con adenocarcinoma endometrial asociado fue de 3.12%.

Al estudiar las estadísticas de esta asociación, encontramos datos muy diferentes, pues mientras unos autores refieren altos porcentajes, otros los presentan bajos o aún niegan su hallazgo (4). Ello indica muy a las claras que este fenómeno de incidencia no es un fenómeno general y que para obtener su dato porcentual se requiere una gran concentración de material.

Los tumores de la granulosa aparecen en cualquier edad pero con una mayor frecuencia en la postmenopausia, y en este caso se puede encontrar asociada una hiperplasia endometrial la que en ocasiones se hace muy proliferativa y atípica, todo ello como consecuencia de la gran actividad estrogénica del tumor; en menor escala y por idéntica causa podemos observar la asociación con el adenocarcinoma endometrial. No obstante estos hallazgos, todos los autores están acordes en afirmar que ello no indica ni prueba que los estrógenos sean carcinogénicos.

Algunos autores como Robbins (6) y Botella (9, 10) consideran que el 80% de los tumores de la granulosa son benignos y el 20% son malignos, y de éstos únicamente la mitad son de elevada malignidad. Otros como Parson y Sommers (7) afirman que estos tumores tienen una tendencia definitivamente maligna en el 30% de los casos o más. Novak y Woodruff al estudiarlos, lo hacen bajo el título de "Carcinoma de Células de la Granulosa" (4). López Escobar los considera como "displásicos, malignos" (1). La tendencia actual es la de considerar todos estos tumores como potencialmente malignos (7, 15) y en tal sentido conducir el tratamiento: éste es el concepto aceptado y seguido por nosotros.

Las recidivas llegan hasta el 25% en las mujeres tratadas (4).

El resumen de la Historia Clínica que ha dado motivo a la presente comunicación es el siguiente:

Historia Clínica N° 059069. Mujer de 62 años quien consultó por prolapso genital de ocho años de evolución y metrorragia que se inició hace 4 años, a los 10 años de menopausia. Ha enflaquecido discretamente.

Sus antecedentes personales, traumáticos y quirúrgicos son negativos. Gesta 1. Para 1. Menarca a los 15 años. Ciclos regulares 3-4/28-30. Menopausia a los 48 años.

Desde hace cuatro años apareció sangrado genital escaso, intermitente, sin relación cíclica aparente, no doloroso ni de mal olor. No hay sintomatología urinaria, ni relata flujo. Al examen ginecológico encontramos mamas de tamaño normal para una mujer en actividad ovárica, sin masas palpables, ni dolor. En genitales externos hay desgarró perineal de segundo grado, prolapso genital integral de tercer grado y enteroceles. Cérvix sano, muy elongado, escasa hemorragia procedente de cavidad.

A la palpación bimanual se apreció un cuerpo uterino pequeño, con hipertrofia cervical. En el Douglas se tocó una masa irregular, dolorosa a la palpación, de consistencia dura, no desplazable ni con la movilización uterina ni con la palpación bimanual que dió la impresión de estar muy adherida a los tejidos pélvicos. Fue imposible individualizar otras masas. Histerometría 12 centímetros.

Todos los exámenes de Laboratorio estuvieron dentro de los límites normales. Con fines diagnósticos se hizo punción del Douglas y se obtuvo con facilidad 5 cc. de líquido hemático, el que se envió para estudio citológico.

Terminado este examen nuestra impresión diagnóstica fué: Prolapso genital grado III; Adenocarcinoma de endometrio; Carcinoma de trompa.

El estudio citológico nos mostró luego un Papanicolaou grado IV a V. (M. 5258).

Con el resultado del Papanicolaou y ante una metrorragia intermitente y con diagnóstico de carcinoma ovárico posiblemente asociado a

metástasis uterina, se llevó a cirugía. En el acto quirúrgico se practicó histerectomía total con anexectomía bilateral. El ovario izquierdo tenía aproximadamente unos 12 centímetros de diámetro y al corte en la sala de cirugía daba la impresión de ser un teratocarcinoma. El ovario derecho, muy pequeño, daba al corte la apariencia de tejido tumoral. Al extirpar epiplón se encontraron algunos ganglios aumentados de tamaño, sugestivos de metástasis. Al abrir el útero, se encontró un endometrio muy proliferado con aspecto carcinomatoso.

El postoperatorio fue normal, sin complicaciones.

El estudio anatomopatológico es el siguiente:

M. 5305. Pieza remitida: útero y anexos.

Descripción macroscópica: El ovario izquierdo está reemplazado por una tumoración quística, con partes sólidas de color rosado crema; en las partes quísticas contiene un líquido serohemático; la consistencia es blanda. No se reconoce propiamente estructura ovárica ni de trompa. La trompa del lado derecho mide 6 x 0.7 cms. y muestra pequeños quistes en la su-

FIGURA 1 — H. E. - X 10 M. 5305

Se observan grupos de células pequeñas con espacios quísticos a su alrededor, separados por tejido fibroso.

FIGURA 2 — H. E. - X. 43 M. 5305

Detalle de la fotomicrografía anterior para resaltar la presencia de una formación de rosetas.

FIGURA 3 — H. E. - X. 10 M. 5305

Detalle de la tumoración endometrial. Obsérvese la hiperplasia y dilatación quística de las glándulas.

perficie. El tejido señalado como ovario derecho mide $1\frac{1}{2} \times 1$ cms. y es de aspecto fibroso.

Utero: mide $10 \times 4\frac{1}{2} \times 4$ cms., orificio cervical transversal; en el fondo de la cavidad endometrial se observa un tejido polipoide de consistencia blanda; el miometrio tiene un espesor de 14 milímetros.

Vienen fragmentos de epiplón en el cual únicamente encontramos un ganglio de 15 milímetros y otro de 2 milímetros, de color rosado.

Descripción microscópica: I - OVARIO: Izquierdo: tumoración compuesta por células pe-

queñas de núcleos esféricos, agrupados en forma densa: se aprecian algunos rosetas. Zonas amplias quísticas. (Figs. 1 y 2). II - El ovario derecho presenta atrofia y amplia zona de cicatrización hialina. Trompa de falopio normal con pequeñas hidátides. III - UTERO: Endometrio con proliferación glandular exuberante de tipo tumoral; se aprecia hiperplasia glándulo quística que seguramente fue el paso previo. (Fig. 3). IV - CERVIX: Hiperqueratosis del epitelio escamoso; dilatación de glándulas endocervicales. V - GANGLIO LINFÁTICO: metástasis de tipo glandular (Fig. 4). Diagnóstico: Tumor maligno de granulosa. Adenocarcinoma e hiperplasia glándulo quística endometrial. Prolapso. — Fdo. Gonzalo Uribe Botero, Febrero 6 de 1967.

FIGURA 4 — H. E. - X. 10 M. 5305
Fotomicrografía de ganglio linfático. Obsérvese la presencia de glándulas.

COMENTARIOS

Pocos son los comentarios que debemos hacer a esta Historia Clínica.

La sintomatología que acusó la paciente es exactamente igual a la descrita en los textos de consulta.

El diagnóstico diferencial lo encontramos a través de esta historia

en los diferentes diagnósticos de impresión anteriores al acto quirúrgico y al estudio histopatológico.

El diagnóstico positivo hoy día, es imposible establecerlo por los métodos corrientes empleados al estudiar estas pacientes.

La localización unilateral del tumor en el caso que nos ocupa, confirma

las estadísticas: comunmente son unilaterales y apenas el 12 al 17,5% son bilaterales (8).

No practicamos el legrado biopsia de endometrio pues la citología del líquido obtenido por culdosentesis nos daba suficiente razón para llegar a un diagnóstico de carcinoma pélvico; en esta conducta estamos identificados con el criterio de Pratt (11) y de Zuckermann (12).

Vale la pena anotar que el estudio histológico de la lesión endometrial pudiera dejar algunas dudas en cuanto a su malignidad, pero estas dudas se despejan claramente después del hallazgo de la metástasis de adenocarcinoma en ganglios linfáticos.

CONCLUSIONES

Creemos que el manejo de estos tumores en pacientes sin porvenir obstétrico debe ser de cirugía radical.

En aquellas en quienes se deje útero y ovario sano, debe primar el criterio de control posterior teniendo siempre en mente la posibilidad de la recidiva tumoral del ovario restante y de la aparición de un adenocarcinoma endometrial asociado.

RESUMEN

Se presenta la Historia Clínica de un caso de Tumor de la Granulosa asociado a Adenocarcinoma de endometrio, del Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios de Cúcuta, Colombia.

Se actualizan algunas consideraciones generales al respecto.

Se dan conclusiones.

BIBLIOGRAFIA

- (1) LOPEZ ESCOBAR GUILLERMO. Tumores del Ovario. Medicina y Cirugía. 8, 9, 10, 11, y 12; 253-282; 293-318; 333-378; 383-415; 424-447; 1951.
- (2) GOUBERT LAVERDE CARLOS A. Tumores de Ovario. Rev. Col. Obst. y Gin. 3; 237-257, 1965.
- (3) EMGE, LUDWING A. Endometrial Cancer and Feminizing Tumors of Ovaries. Significance of their coexistence. Am. J. Obst. and Gynec. 1:511-515, 1953 May.
- (4) NOVAK EDMUND R. y WOODRUFF J. DONALD. Ginecología y Obstetricia. Tratado Anatomopatológico. Ed. Alhambra S. A. Madrid. 2ª Edición. pág. 404-421, 1964.
- (5) NOVAK EDMUND R., JONES GEORGIANA y JONES HOWARD. Tratado de Ginecología. Ed. Interamericana. 7ª Edit. P. 471-483, 1966.
- (6) ROBBINS STANLEY L. Tratado de Patología. Edit. Interamericana S. A. 2ª edición. Página 922, 1962.
- (7) PARSONS and SOMMERS. Gynecology. Ed. W. B. Saunders Comp. Philadelphia and London. Pág. 794, 1962.
- (8) ANDERSON W. A. D. Pathology. The C. Mosby Comp. St. Louis. 4th. edition. Pag. 1096, 1961.
- (9) BOTELLA LLUSIA JOSE. Endocrinología de la mujer. Edit. científico médica. Barcelona 4ª edición, 1966. Pág. 555-561 y 860.
- (10) BOTELLA LLUSIA JOSE. Tratado de Ginecología. Tomo III. Editorial Científico Médica. Barcelona. Pág. 581, 1962.
- (11) PRATT J. H. Carcinoma de endometrio. Ginecol. y Obst. de México. 96: 11-20, 1962.
- (12) ZUCKERMANN CONRADO. Comentario al trabajo Carcinoma de Endometrio. Ginecol. y Obst. de México. 96: 20-26, 1962.
- (13) DUQUE HERNANDEZ OSCAR. Comunicación personal por carta del 10 de Julio de 1967. Medellín. Hospital San Vicente.
- (14) GAITAN YANGUAS MARIO. Comunicación personal por carta del 21 de febrero de 1968. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá.
- (15) ACKERMANN LAUREN V. and DEL REGATO JUAN A. Cancer. Diagnosis, Treatment, and Prognosis. 3th. Edition. The C. V. Mosby Company. St. Louis, 1962.