

Caso Clínico

Paciente de 57 años de edad quien consultó por sangrado genital de 20 días de evolución luego de 16 años de menopausia.

Antecedentes: Menarquia a los 14 años, ciclos de 30 por 3, última regla a los 41 años, G. 5, P. 5, A. 0, V. 5, primer parto a los 17, último parto a los 29 años, no anticoncepción; le practicaron además herniorrafias epigástrica, umbilical e inguinal.

Examen físico: Paciente en buen estado general, T.A. 150/90, no adenopatías supraclaviculares, ni inguinales, mamas y abdomen: sin masas palpables. Genitales externos: normales de jultípara, especuloscopia: cuello de aspecto sano, se toma biopsia de endocérnix, histerometría 7,5 cms, se toma biopsia de endometrio; al tacto vaginal se palpa masa en anexo derecho de 9 cms de consistencia renitente, superficie lisa y móvil; hacia fondo de saco lateral izquierdo se palpa masa multinodular de bordes imprecisos y poco móvil.

I.D.: TUMOR DE OVARIO FUNCIONANTE (TUMOR DE LA GRANULOSA?) HIPERPLASIA ENDOMETRIAL (SECUNDARIO AL ANTERIOR?)

Se solicitó Rx de tórax reportado como normal, citología cérvicovaginal reportada como PAP II con ligero estímulo estrogénico; ultrasonido abdominal negativo, ultrasonido pélvico positivo para masa anexial derecha de 6,8 cms, mixta con septos y áreas sólidas en su interior; valoraciones y endoscopias por gastroenterología y urología negativas; valoración de riesgo quirúrgico 2 - $\frac{3}{4}$. Se remitió a junta quirúrgica proponiendo laparotomía. La junta confirma los hallazgos y la sospecha clínica, la biopsia de endometrio reportó pólipo endometrial.

Se decide practicar laparotomía, histerectomía abdominal más SOB, biopsia por congelación de los tumores ováricos y conducta subsiguiente de acuerdo con el resultado de patología por congelación. Se llevó a cirugía encontrándose tumor ovárico derecho de 11 cms de diámetro mayor quístico multilobulado con áreas hemorrágicas presentando adherencias laxas; tumor ovárico izquierdo de 7 cms de diámetro mayor con áreas sólidas y quísticas también multilobulado y con excrecencias; el resto de la exploración fue negativa incluyendo la visualización de cúpulas y superficie peritoneal con laparoscopia de campo. Se practicó histerectomía abdominal extrafacial ampliada más SOB, omentectomía, apendicectomía, biopsia ganglionar pélvica y paraaórtica y lavados citológicos de rutina, todo esto con base

en el aspecto macroscópico tumoral que sugería malignidad. La congelación reportó cistadenofibroma bilateral. Las citologías de lavado fueron PAP II, la patología definitiva reportó carcinoma endometrioide de ovario derecho y tumor seroso de bajo potencial de malignidad; el resto de la patología fue negativa. Se remitió a la junta multidisciplinaria con la propuesta de tratamiento complementario con radioterapia y en discusión se decidió dejar en observación teniendo en cuenta que se trataba de un tumor endometrioide estado I A y un tumor seroso en el límite de la malignidad estado I C.

Comentarios: La paciente no tenía factores de riesgo para adenocarcinoma de endometrio, sin embargo se tuvo la sospecha razonable de que se trataba de un tumor funcional de ovario como el de la granulosa el cual puede presentarse hasta en un 14% en los casos de adenocarcinoma de endometrio. La biopsia de endometrio fue negativa para malignidad confirmando la alta sensibilidad en nuestro medio la cual es positiva en el 85% de los casos de malignidad. Un dato para resaltar es la negatividad de la biopsia por congelación la cual en la mayoría de los casos es acertada, sin embargo aquí primó el criterio clínico del cirujano lo cual permitió un procedimiento quirúrgico completo, de lo contrario hubiera sido necesaria la reexploración o un tratamiento complementario con otra disciplina como la radio o la quimioterapia siendo esto lo menos deseable. Debe tenerse en cuenta que la histerectomía en este caso estaba justificada básicamente por tratarse de una paciente post-menopáusica y además por los hallazgos operatorios, pero en una paciente joven o con deseos de conservar función debería esperarse la patología definitiva para proceder a una cirugía radical. No se consideró tratamiento complementario básicamente porque en estados I A de tumores epiteliales el tratamiento quirúrgico es suficiente y nos ha demostrado mayor supervida con terapias combinadas; en los tumores de bajo potencial maligno en estados I hay mucha controversia acerca de utilizar o no quimioterapia o radioterapia, esta última estaría descartada en pacientes jóvenes y las instituciones que han publicado trabajos utilizando quimioterapia especialmente con Cisplatino no tienen suficiente seguimiento y volumen para demostrar mejoría en la supervida. Queda la opción de una segunda, mirada la cual a la luz de las últimas revisiones debe realizarse preferiblemente de manera tardía que es cuando hay la mayor incidencia de reproducciones, esto es alrededor de los 18 meses.

BIBLIOGRAFIA

- AMORTEGUI, A.J.; ROVETTO, P.A. Ovarian tumors of low malignant potential. *Postgrad Obstet Gynecol* 1987; 7: 1.
HART, W.R. Pathology of malignant and borderline epithelial tumors of the ovary. In Coppelson M. (ed.): *Gynecologic Oncology: Fundamental Principles and Clinical Practice*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1981.
ROTH, L.M.; LANGLEY, F.A.; FOX, H. et al. Ovarian clear cell

- adenofibromatous tumors, benign, of low malignant potential and associated with invasive clear cell carcinoma. *Cancer* 1984; 53: 1156.
BUSCHSBAUM, H.J.; LIFSAHITZ, S. Staging and surgical evaluation of ovarian cancer. *Semin Oncol* 1984; 11: 227.
TAZELSAR, H.D.; BOSTWICK, D.G.; BALION, S.C. et al. Conservative treatment of borderline ovarian tumors. *Obstet Gynecol* 1975; 121: 795.