



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Tumor de células de la granulosa de tipo adulto

S. Campos*, I. Pardo, R. Vidal, M. Vázquez-Rodríguez y M.J. Alonso-Vaquero

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Hospital Provincial, Pontevedra, España

Recibido el 11 de diciembre de 2008; aceptado el 29 de enero de 2009

Disponible en Internet el 28 de octubre de 2009

PALABRAS CLAVE

Tumor de células de la granulosa;
Tumor de los cordones sexuales y del estroma;
Cáncer de ovario

KEYWORDS

Granulosa cell tumor;
Ovarian stromal tumor;
Ovarian cancer

Resumen

El tumor de células de la granulosa pertenece al grupo de los tumores de los cordones sexuales y del estroma, y su frecuencia oscila entre el 2–5%. Existen dos subtipos: el del adulto, que representa un 95%, con edades comprendidas entre 50–54 años, y el juvenil, que representa el 5% restante y que debuta generalmente antes de la pubertad. Es un tumor con potencial maligno por la tendencia a recurrir años después del diagnóstico inicial.

Se describen dos casos clínicos de este tipo de tumor, analizando su comportamiento, evolución y pronóstico, que difiere y es más favorable que el cáncer epitelial de ovario.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Adult granulosa cell tumor

Abstract

Granulosa cell tumor belongs to the group of sex cord-stromal tumors of the ovary and has a frequency of 2–5%. These tumors are categorized into two subtypes: the adult type represents 95% and develops in persons aged 50–54 years, while the juvenile type accounts for 5% and typically develops before puberty.

This type of tumor has malignant potential due to its tendency to recur and metastasize. We report two cases of adult granulosa cell tumor and analyze its behavior, course and prognosis, which is more favorable than that of epithelial ovarian tumor.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El tumor de células de la granulosa (TCG) pertenece a los tumores de los cordones sexuales del estroma que representan un 5–8% de las neoplasias primarias de ovario.

Son tumores funcionantes, con capacidad para producir hormonas esteroides y debuta con signos de exceso

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: silviacampos81@hotmail.com (S. Campos).

estrogénico. Secretan proteínas como la inhibina, que pueden constituir un marcador diagnóstico específico.

La cirugía confirma el diagnóstico y es el principal tratamiento. En contraste con los tumores epiteliales de ovario, las pacientes son diagnosticadas en un estadio temprano y son tumores de bajo potencial de malignidad, por lo que el pronóstico es más favorable, aunque se caracterizan por su tendencia a recurrir incluso tiempo después de la cirugía.

Se describen dos casos de TCG de tipo adulto y se realiza una revisión bibliográfica de este tipo de tumor, infrecuente pero con características propias que lo diferencian notablemente de los tumores epiteliales de ovario.

Caso clínico 1

Paciente de 46 años G1P1A0, sin antecedentes médicos de interés, que consulta por trastornos menstruales. En la ecografía pélvica se visualiza quiste anexial derecho de 47 mm con marcadores tumorales CEA, CA 19.9, CA 125 dentro de la normalidad.

Se propone laparoscopia quirúrgica, que confirma la presencia de quiste anexial derecho, y se realiza anexectomía derecha con ruptura accidental del quiste durante la intervención. La anatomía patológica confirma presencia de TCG de tipo adulto variante difusa. Las células presentan núcleos ovoides dispuestos al azar con presencia de hendiduras longitudinales a modo de grano de café, adoptando un patrón difuso. Inmunohistoquímicamente presentan inhibina débilmente+, vimentina+, CD10+, calretinina+, -S-100-, alfa-actina-, AE1-AE3-, CD99- (figs. 1 y 2).

Con este diagnóstico y debido a la edad de la paciente, se le propone realizar histerectomía total y anexectomía izquierda para completar el tratamiento. La anatomía patológica de la segunda intervención demuestra dos implantes capsulares en el ovario izquierdo, compatibles morfológica e inmunohistoquímicamente con células de la granulosa.

Con el diagnóstico de TCG estadio IIC, se realiza tratamiento adyuvante con quimioterapia, 3 ciclos según esquema BEP (bleomicina, etopósido, cisplatino). El seguimiento se realiza con ecografía y niveles de inhibina B, que se mantuvieron dentro de la normalidad en el control realizado al año.

Caso clínico 2

Paciente de 26 años G0P0 que acude a la consulta por sensación de distensión abdominal y masa pélvica. A la exploración se palpa una masa a nivel supraumbilical que en el tacto vaginal abomba en el fondo del saco de Douglas. Se realiza ecografía abdominopélvica que demuestra una tumoración de aproximadamente 14 cm, que parece depender del ovario derecho. Marcadores tumorales CEA, CA 19.9 y CA 125: negativos.

Se realiza laparotomía exploradora que confirma una masa pélvica sólida dependiente del ovario derecho; el ovario contralateral es de aspecto macroscópicamente normal. No se objetivan implantes en el peritoneo. Se recoge líquido ascítico para citología y se realiza anexectomía derecha.

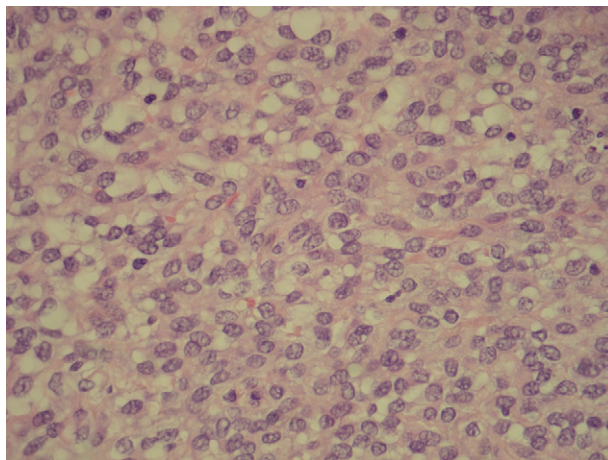


Figura 1 Tumor de la granulosa, patrón difuso (H-E 400 ×). Células con núcleos con hendiduras longitudinales a modo de grano de café.

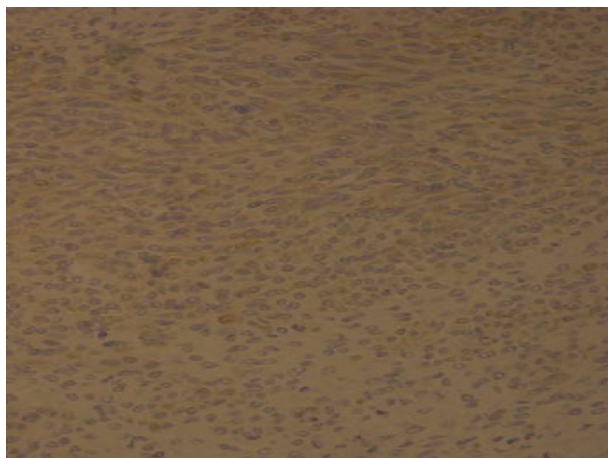


Figura 2 Tumor de células de la granulosa, patrón difuso. Positividad citoplasmática débil para inhibina (H-E 200 ×).

La anatomía patológica confirma presencia de TCG de tipo adulto variante folicular. Morfológicamente, la tumoración está poblada de células que presentan núcleos ovalados con hendiduras y aspecto de grano de café. Estas células crecen con un patrón difuso en unas zonas y en otras trabecular o cordonal, sin mitosis en número relevante. Inmunohistoquímica: inhibina+, vimentina+, actina y S-100+; HMB 45-, EMA-, CK7-, AE1/AE3- (figs. 3 y 4).

Con el diagnóstico de TCG, dada la edad de la paciente y su condición genésica, se decide cirugía conservadora. Con un probable estadio IA y una masa de gran tamaño de 14 cm, se propone a la paciente quimioterapia adyuvante, que rechaza y decide observación.

En controles posteriores con ecografía pélvica se visualiza al año una formación quística de 34 × 30 mm de aspecto benigno en el anejo izquierdo, que persiste a los 6 meses pero que desaparece en el control del 2.º año. El último control ecográfico realizado al tercer año postintervención es normal. Los niveles de inhibina B se han mantenido negativos durante todo el seguimiento.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2812954>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2812954>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)