

Paciente con masa anexial y diagnóstico poco usual

Diagnosis of adnexal mass

Jimena Cerar¹, Cecilia Darin¹, Julián Di Guilmi¹, José Nápoli², María Toscano², Félix Vigovich², Laura Bullorshy³, Adriana García⁴, Roberto Rebner⁵, Gustavo A. Maya¹

RESUMEN

Los tumores anexiales representan una patología ginecológica frecuente. La etiología varía según la edad. Una de cada 10 mujeres tendrá un blastoma anexial a lo largo de su vida, la mayoría de las cuales requerirá un procedimiento quirúrgico. Es fundamental el adecuado manejo de las mismas, evitando su ruptura por su potencial patología maligna. El intento de preservación de la fertilidad siempre tiene que ser tenido en cuenta al momento de decidir la conducta quirúrgica y es fundamental tener presente los antecedentes personales de la paciente.

Palabras clave: tumor, fertilidad, anexos.

ABSTRACT

The adnexal tumors represent a frequent gynecological pathology. The etiology varies according to age. One out of ten women will have an adnexal blastoma throughout their life, the majority of which will require a surgical procedure. It is fundamental the proper management of the same, avoiding its rupture by its potential malignant pathology. The attempt to preserve fertility always has to be taken into account when deciding the surgical behavior and it is essential to keep in mind the patient's personal history.

Keywords: tumors, fertility, adnexal.

Fronteras en Medicina 2017;12(4):150-152

Los tumores anexiales representan una patología ginecológica frecuente. La etiología varía según la edad. En general, los tumores anexiales en niñas y mujeres posmenopáusicas tienen un riesgo importante de ser malignos, mientras que en las premenopáusicas la mayoría de las masas anexiales suelen ser benignas (quistes funcionales, endometriomas, cistoadenoma seroso, cistoadenoma mucinoso, teratomas)¹⁻⁸. Una de cada 10 mujeres tendrá un blastoma anexial a lo largo de su vida que requerirá, en la mayoría de los casos, un procedimiento quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 20 años, nuligesta con diagnóstico de sarcoma granulocítico de órbita en el año 2015 (**Figura 1**), motivo por el cual recibió en dicha oportunidad tratamiento quirúrgico y radioterápico (20 sesiones de 3000 cGy).

A principio de 2017, la paciente presentó una tumoración laterocervical izquierda de 2 meses de evolución. Al examen físico se visualizó una masa extensa y fija. Se decidió realizar punción para estudio anatomopatológico la cual informó recidiva de su enfermedad previa (**Figura 2**).

En esta oportunidad se realizaron estudios complementarios para evaluar extensión de la enfermedad, dentro de los cuales se incluyeron:

Punción lumbar (PL) que se encontró dentro de parámetros de la normalidad.

Neuroimagen (TAC) que no evidenció hallazgos patológicos.

Tomografía axial computarizada (TAC) de pelvis que



Figura 1. Sarcoma granulocítico de órbita, sin infiltración medular ni de LCR.

1. Servicio de Ginecología. Hospital Británico.
2. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Británico.
3. Servicio de Hematología. Hospital Británico.
4. Servicio de Imágenes. Hospital Británico.
5. Servicio de Oftalmología. Hospital Británico.

Correspondencia: Dr. Antonio Gustavo Maya | Servicio de Ginecología, Hospital Británico, Perdriel 74. C1280AEB CABA, Rep. Argentina | Tel 43096400 | mayagus@hbritanico.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 11/09/2017 | Aceptado: 03/11/2017

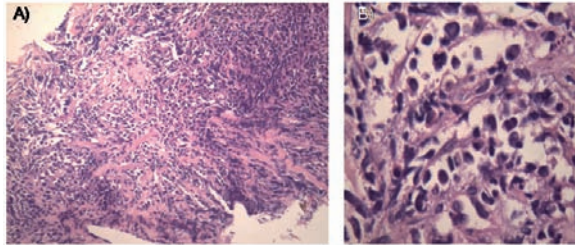


Figura 2. Punción biopsia de región submaxilar derecha. A) hematoxilina eosina, 4X. B) hematoxilina 40X. Se observa infiltración por neoplasia difusa indiferenciada de células de núcleos pleomórficos con escaso citoplasma en estroma con marcada desmoplasia.

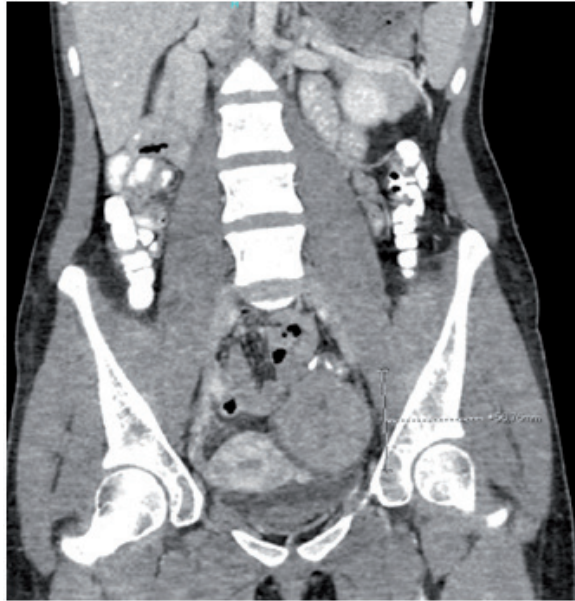


Figura 3. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis que muestra una imagen anexial derecha.

identificó en la región anexial izquierda una formación heterogénea de 64 x 62 mm (**Figura 3**).

Ante estos hallazgos se realizó una interconsulta al Servicio de Ginecología, que decide complementar los estudios anteriores con marcadores tumorales y ecografía ginecológica TV Doppler. Los marcadores tumorales presentaron expresión normal, sin embargo, la ecografía identificó imagen en región anexial derecha de iguales características que en la TAC con Doppler negativo (**Figura 4**). Se decidió una conducta quirúrgica. Se abordó por vía laparoscópica con exploración de cavidad negativa. Se evidenció en el ovario derecho una masa sólida de 6 cm aproximadamente, la cual reemplazaba la totalidad del ovario (**Figura 5**). Se decidió realizar una anexectomía izquierda y extracción del mismo con técnica de bolsita. Anatomía patológica informó que la masa anexial del ovario con infiltración por neoplasia indiferenciada presentó morfología y perfil inmunohistoquímico orientando el diagnóstico a un sarcoma mielóide (**Figura 6**).

La paciente presentó buena evolución posoperatoria. Inició QT previo al egreso hospitalario, según esquema 7+3 (idarrubicina y citarabina) con buena respuesta.

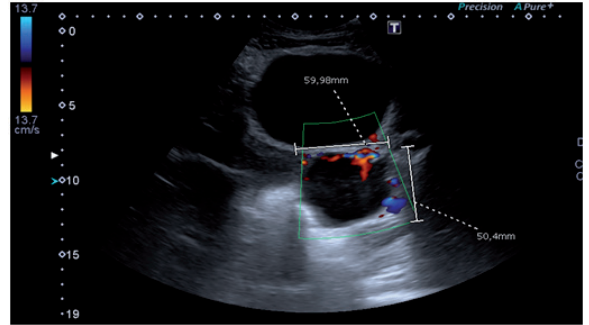


Figura 4. Ecografía Doppler. Se observa una región anexial izquierda vascularizada de 60 x 50 x 40 mm.

En septiembre de 2017, se realizó trasplante de médula ósea relacionado (donado por su hermano) y se encuentra actualmente con buena evolución.

DISCUSIÓN

Los tumores anexiales representan una patología ginecológica frecuente. El diagnóstico diferencial es complejo debido a que anatómicamente los anexos están formados por las trompas de Falopio, el ligamento redondo, los ovarios y las estructuras en el interior del ligamento redondo que se formaron a partir de los restos embrionarios. Otro de los desafíos diagnósticos está relacionado con la urgente necesidad de identificar procesos potencialmente malignos, basados en el concepto fundamental que el tratamiento temprano del cáncer está relacionado con una disminución de la morbilidad y mortalidad. La etiología varía considerablemente con la edad². En pacientes premenáuricas, gran parte de las neoplasias se originan en las células germinales y exigen una exploración quirúrgica inmediata. Los tumores del estroma, de células germinales y epiteliales predominan en mujeres posmenopáusicas y deben ser considerados malignos hasta que se demuestre lo contrario. Durante el período fértil, la detección de anomalías pelvianas es más frecuente por la mayor concurrencia a exámenes periódicos. A pesar de que los tumores son más frecuentes dentro de este grupo etario, la mayoría son histológicamente benignos³.

Sin embargo, también es necesario la identificación de procesos no primarios del ovario. Con respecto al sarcoma granulocítico sabemos que se produce cuando la célula mielóide inmadura forma masas. La principal modalidad de presentación es la leucemia mielóide aguda (LMA). El sarcoma granulocítico ocurre con mayor frecuencia en los huesos, especialmente en el cráneo, el esternón, las costillas, y porciones proximales de huesos largos, seguidas de tejido blando adyacente al hueso, como la duramadre y los tejidos blandos de los senos nasales y la órbita, y los nódulos linfáticos⁴.

La participación del tracto genital femenino en mujeres que mueren por esta entidad es frecuente: se estima que el 36.4% de los pacientes tenían afectación ovárica

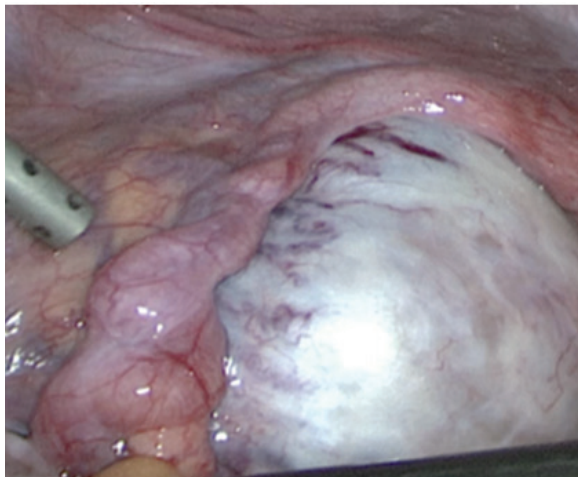


Figura 5. Imagen laparoscópica del ovario derecho reemplazado por masa anexial.

en la autopsia y 40.8% tuvieron afectación uterina. La mala diferenciación de las células mieloides en este tipo de tumor conduce a menudo, a la falla en el diagnóstico al no tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial⁵⁻⁸.

CONCLUSIÓN

La correcta evaluación preoperatoria de las masas anexiales es fundamental para un adecuado abordaje quirúrgico. La prevalencia de malignidad varía en las distintas series publicadas. Los ginecólogos de atención primaria deberán siempre considerar la posibilidad de un cáncer ovárico subyacente en pacientes de cualquier grupo

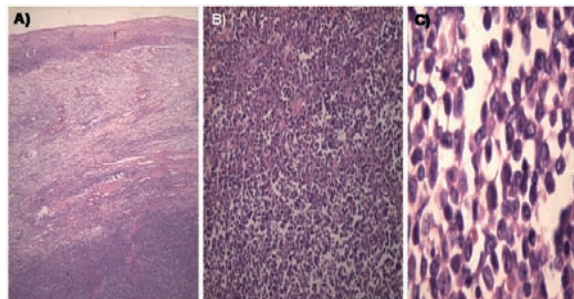


Figura 6. Parénquima ovárico con infiltración difusa por neoplasia indiferenciada con núcleos pleomórficos con escaso citoplasma y nucléolos evidentes. A) Hematoxilina eosina, 2X. B) Hematoxilina eosina, 10X. C) Hematoxilina eosina 40X.

etario que presentan una masa anexial. Dado que existe una fuerte evidencia de que su abordaje primario encarado por un equipo de ginecólogos oncólogos mejora significativamente el pronóstico de estas mujeres, resulta fundamental considerar apropiadamente los criterios de sospecha para enfermedad maligna para su oportuna derivación. En el manejo de masas anexiales la vía laparoscópica es de elección en nuestro centro; Es fundamental el adecuado manejo de las mismas, evitando su ruptura por su potencial patología maligna; si el tamaño de la lesión lo permite. El intento de preservación de la fertilidad siempre tiene que ser tenido en cuenta al momento de decidir la conducta quirúrgica y es fundamental tener presentes los antecedentes personales de la paciente. Este es un caso clínico de blastoma anexial poco frecuente con un manejo que difiere del usualmente realizado en tumores primarios del ovario. La evolución y el pronóstico están marcados por su patología de base.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consenso nacional intersociedades sobre manejo de las masas anexiales - Diciembre de 2012. *Rev Argent Radiol* 2015;79(3):172-5.
2. Oliva E, Ferry JA, Young RH, Prat J, Strigley JR, Scully RE. Granulocytic Sarcoma of the Female Genital Tract: A Clinicopathologic Study of 11 Cases. *Am J Surg Pathol* 1997;21(10):1156-65.
3. Loren AW, Mangu PB, Beck LN, Brennan L, Magdalinski AJ. Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 2013;31(19):2500-10.
4. Jung S, Chun K, Park S, Lee E. MR findings in ovarian granulocytic sarcoma. *Br J Radiol* 1999;72:301-3.
5. Paydas S, Zorludemir S, Ergin M. Granulocytic sarcoma: 32 cases and review of the literature. *Leuk Lymphoma* 2006;47(12):2527-41.
6. Sreejith G, Gangadharan VP, Elizabeth KA, Preetha S, Chithrathara K. Primary granulocytic sarcoma of the ovary. *Am J Clin Oncol* 2000;23(3):239-40.
7. Quilodrán JA, Peña C, Valladares X. Plasmocitoma extramedular mediastinal. Reporte de caso. *Rev Med Chil* 2017;145(6):812-5.
8. Prieto S, Bullorsky E. Sarcoma granulocítico recurrente, como forma de presentación de recaídas recurrentes extramedulares de leucemia mieloblástica aguda (LMA). *Frnteros en Medicina* 2011; 2: 88-91.