



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-227 - MASA OVÁRICA EN PACIENTE CON CARCINOMA BILIAR: ¿SE DEBERÍA REALIZAR SU ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN TODOS LOS CASOS?

Talavera Urquijo, Eider; Beisani Pellise, Marc; de la Serna Esteban, Sofía Cristina; Puig Puig, Oriol; Charco Torra, Ramón

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso clínico en el que se halla una masa ovárica en el contexto de un carcinoma de origen biliar.

Caso clínico: Mujer de 59 años con clínica de dos meses de dolor abdominal inespecífico e ictericia obstructiva. El estudio inicial de vías biliares mediante ecografía abdominal y resonancia magnética nuclear mostró presencia de una masa sólida dependiente del fundus vesicular, con infiltración del confluente biliar y del segmento V hepático. Se completó el estudio con una tomografía computarizada (CT) abdominal que además de confirmar el diagnóstico y descartar afectación vascular, mostró de forma incidental una masa sólido-quística de 10 × 8,5 cm dependiente del ovario izquierdo, siendo el ovario derecho normal. De entre los marcadores tumorales determinados, únicamente se mostró alterado el CA19.9 (232,9 U/mL). La valoración Ginecológica mediante ecografía transvaginal determinó las características benignas de la tumoración. Así pues, ante la ausencia de criterios de irreseccabilidad, se planteó tratamiento quirúrgico del tumor biliar mediante hepatectomía derecha ampliada a los segmentos I y IV, asociado a resección de vía biliar extrahepática y linfadenectomía, previa realización de embolización portal derecha y drenaje biliar transparietohepático izquierdo. La CT de control a las dos semanas constató el aumento de tamaño de la masa pélvica hasta 11 × 10,7 cm, por lo que, tras revaloración por Ginecología, se decidió realizar ooforectomía bilateral laparoscópica. El estudio anatomopatológico en ambos ovarios fue compatible con adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado y el análisis inmunohistoquímico (IHQ) dirigido halló marcadores de región pancreato-biliar (PB) que confirmaron su origen metastásico. Ante un cáncer de vesícula biliar en estadio IV, se desestimó la resección quirúrgica y se inició quimioterapia con cisplatino-gemcitabina. Diez meses después del diagnóstico inicial y tras siete de quimioterapia, existe remisión parcial de la tumoración biliar.

Discusión: La mayor parte de carcinomas mucinosos del ovario son de origen metastásico. Tan sólo el 14% de ellos provienen del área PB, siendo el adenocarcinoma ductal de páncreas el más frecuente. También se ha descrito en la literatura, aunque en menor medida, la metastatización a ovario de tumores de origen biliar (vesícula y vías biliares). El estudio radiológico no logra descartar completamente la bilateralidad, ni puede confirmar la naturaleza de las lesiones ováricas, pues tienden a mostrar características propias de benignidad. Histológicamente muestran patrones heterogéneos que simulan los de un origen ovárico primario y en el estudio IHQ convencional, tanto

la lesión ovárica primaria como metastásica de origen biliar pueden mostrar el mismo perfil CK7+/CK20-, por lo que deben determinarse específicamente marcadores del área PB para un diagnóstico de certeza. Ante la presencia de una masa ovárica en contexto de carcinoma de origen biliar, se debería profundizar en el estudio de dicha lesión ovárica, idealmente mediante estudio IHQ dirigido, para descartar la afectación metastásica que pueda modificar de forma radical el planteamiento terapéutico.