



P-100 - ESTRUMA OVÁRICO

García Jiménez, Alejandro; Segura Jiménez, Inmaculada; Ercoreca Tejada, Saioa; Arcelus Martínez, Juan Ignacio; Medina Martínez, Antonio; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: El estruma ovárico representa el 0,5% de los tumores de ovario. Se trata de una variante de teratoma quístico maduro, constituido en más del 50% por tejido tiroideo. Es una patología fundamentalmente benigna con riesgo de transformación maligna de un 5%. Presenta una clínica inespecífica como dolor pélvico o sensación de tumoración; puede ocasionar tiroiditis en el 8% de los casos. Es importante un adecuado diagnóstico diferencial porque puede confundirse con otras patologías como cáncer de ovario o metástasis peritoneales, ya que en ocasiones se presenta en forma de implantes abdominales diseminados. El tratamiento es principalmente quirúrgico, en caso de malignidad será necesario completar con tiroidectomía y rastreo corporal con I¹³¹.

Caso clínico: Paciente mujer de 60 años con antecedentes personales de anexectomía bilateral laparoscópica por teratomas ováricos, el mayor el izquierdo de 12 × 10 cm. La anatomía patológica informó de *struma ovarii* en teratoma benigno asociado a cistoadenoma mucinoso. 19 años después se le extirpa nódulo subcutáneo doloroso de 2 × 1 cm infraumbilical en zona de la cicatriz previa, con AP compatible con tejido tiroideo maduro hiperplásico. Se presentó en Comité de Tumores, recomendando completar estudio con exploración ginecológica, RMN de pelvis, PET/TAC y estudio tiroideo. RMN de pelvis informó de nódulos subcutáneos múltiples así como de dos a nivel intraperitoneal en epiplón; ninguno de los nódulos presentó captación de fdg en el PET/TAC. El estudio tiroideo detectó bocio multinodular no tóxico normofuncionante. Se decidió tratamiento quirúrgico de los implantes. Se realizó Ecografía abdominal intraoperatoria para localizar las lesiones no palpables de la pared abdominal, y laparoscopia exploradora y exéresis de nodulaciones en epiplón. El diagnóstico AP concluyó como estruma ovárico en los nódulos de la pared abdominal y linfadenitis reactiva y hemorragia crónica en evolución en los nódulos epiploicos. La paciente fue dada de alta al segundo día postoperatorio y realiza seguimiento en Cirugía.

Discusión: El *struma ovarii* es una patología poco frecuente y comportamiento generalmente benigno, aunque las lesiones mayores de 4 cm y la presentación extraovárica tienen alto riesgo de recurrencia. En raras ocasiones puede presentarse como nódulos subcutáneos o intraperitoneales diseminados sin actividad como en el caso expuesto; cuando el tejido tiroideo presenta actividad o malignidad, puede debutar como ascitis, tirotoxicosis e incluso cáncer de tiroides. El diagnóstico es posible mediante ecografía, siendo característica la vascularización que presenta, o mediante RMN. El tratamiento de elección es la cirugía con la resección de las lesiones siendo la laparoscopia el abordaje de elección. La exéresis de las lesiones nos permite el estudio AP y un diagnóstico

definitivo para plantear un tratamiento adecuado posterior.