

Tumor seroso *borderline* paraovárico. Descripción de un caso

C. Daza, J.A. Vargas, J. Ramos, A.I. Mangano y M. Moreno

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Maternal Virgen del Rocío. Sevilla. España.

ABSTRACT

Neoplastic borderline degeneration of paraovarian tumors is infrequent. We report the case of a postmenopausal woman with a left adnexal mass suspected of being malignant on ultrasound, who underwent oncological surgery. Pathology showed a serous borderline left paraovarian tumour without peritoneal or omental involvement. We review existing literature about this type of paraovarian lesion and its neoplastic degeneration.

INTRODUCCIÓN

Los quistes paraováricos son aquellos que surgen en la vecindad del ovario: en el ligamento redondo, el ligamento ancho, el parametrio o las trompas^{1,2} y su incidencia es variable según los diferentes autores^{1,2}, ya que generalmente no producen manifestaciones clínicas y son hallazgos accidentales durante laparotomías, estudios de infertilidad o *post mórtem*³.

Aunque la degeneración neoplásica de estas lesiones es infrecuente, puede ocurrir⁴ tanto hacia formas de alto grado^{4,5} como hacia tumoraciones de bajo grado de malignidad o *borderline*⁶⁻⁹. Dada la escasa experiencia encontrada en la bibliografía sobre tumores paraováricos *borderline*, presentamos el caso de una paciente con estas características clinicopatológicas recientemente estudiada en nuestro hospital.

Aceptado para su publicación el 8 de enero de 2004.

CASO CLÍNICO

Paciente de 63 años sin antecedentes familiares de interés, hipertensa en tratamiento, con fórmula obstétrica de 5-0-0-5 y menopausia a los 52 años, que acude a urgencias por dolor en la fosa ilíaca izquierda (FII) y metrorragia de 3 días de evolución. En la exploración ginecológica destaca el saco de Douglas ocupado por una formación de consistencia dura, que se confirma mediante ecografía vaginal de urgencias, por lo que se decide su ingreso para estudio. Se practica una nueva ecografía vaginal en la que se observa útero regular de 59 33 46 mm, endometrio de 7,7 mm y formación anexial izquierda de 57 32,5 mm, con calcificaciones, compatible con tumoración sólida o mioma.

Ante la sospecha de proceso neoplásico ovárico se cursan estudios preanestésicos y, posteriormente, se procede a realizar laparotomía exploradora, y se encuentra una tumoración anexial izquierda en la que no se identifican estructuras ováricas claras, que se libera, se extirpa en su totalidad y se envía para su estudio anatomopatológico intraoperatorio (fig. 1), que informa de que se trata de un tumor ovárico maligno con rotura capsular, por lo que se procede a completar la cirugía de estadificación del carcinoma ovárico (citología de aspirado peritoneal, histerectomía total extrafascial más anexectomía derecha, linfadenectomía iliopelviano-obturatriz y paraaórtica, omentectomía, citología de cúpula diafragmática, así como diversas biopsias: peritoneo parietocólico derecho e izquierdo, vesical, etc.). No se toma biopsia hepática, ya que el aspecto de la superficie hepática es normal. En el octavo día postoperatorio es dada de alta, sin complicaciones postoperatorias. La anatomía patológica definitiva clasifica la lesión como:

– Tumor seroso *borderline* de paraovario izquierdo con extensa necrosis y ausencia de cápsula (correspondiente a la pieza enviada a estudio intraoperatorio).

Fig. 1. Tumor seroso *borderline* paraovárico.

– Anejo izquierdo con infiltración superficial por tumor seroso *borderline* (también incluido dentro de la pieza intraoperatoria extirpada).

– Útero, anejo derecho y resto de las muestras remitidas sin alteraciones, y ausencia de células neoplásicas.

Tras la cirugía, se practica tomografía axial computarizada (TAC) con contraste, que no evidencia enfermedad residual, por lo que no es necesaria la terapia adyudante. En una revisión realizada a los 6 meses la paciente permanece libre de enfermedad y asintomática.

DISCUSIÓN

Los quistes paraováricos surgen en la vecindad del ovario, ya sea del ligamento ancho, el ligamento redondo, los parametrios o las trompas^{1,2}. Son lesiones descritas con poca frecuencia en la clínica, ya que generalmente son asintomáticas y su hallazgo es accidental durante laparotomías, autopsias o estudios de infertilidad³; por eso, su incidencia es muy variable según los autores (Pepe y Panella¹, en su revisión, describen 59 casos en un período de 20 años, mientras que Genadry et al² describen 132 casos en 15 años). Desde los estudios de Gardner y Greene¹⁰, estas lesiones se han clasificado histológicamente como:

1. Mesoteliales (68%), revestidos de epitelio plano, y rodeados de tejido fibroso y cápsula grasa.

2. Paramesonéfricos (30%), con epitelio ciliado, células secretoras, y rodeados de una fina capa circular de músculo.

3. Mesonéfricos (2%), con epitelio cuboide, rodeados de gruesa capa de músculo y escasa actividad secretora.

La histopatogenia de estas lesiones es controvertida. Así, para Samara y Woodruff³ se originarían de restos embriológicos de epitelio tubárico que quedan invaginados en las estructuras paraováricas, mientras que para otros autores proceden de remanentes de tejido mülleriano o de focos de endosalpingiosis⁸⁻¹⁰. Epidemiológicamente son más frecuentes en mujeres en edad fértil (91,2%) que en posmenopáusicas (8,1%) y en multíparas (61,8%), más que en primíparas (38,98%)¹; así, un punto que cabe resaltar en este caso es que se trata de una paciente posmenopáusica. Aunque lo más común es que no produzcan síntomas³, cuando éstos aparecen suelen ser dolor pélvico (57,62%) y trastornos menstruales (35,59%)¹.

La degeneración neoplásica de estas lesiones es excepcional^{1,3,4}, con unos porcentajes de malignización que varían entre los diferentes autores (un 5,71% para Genadry et al² frente a un 1,69% para Pepe y Panella¹). En los quistes de origen paramesonéfrico y mesoteliales es donde se ha descrito con mayor frecuencia esta degeneración². En cualquier caso, cuando ésta ocurre hay una tendencia a la degeneración en tumores serosos-papilares *borderline*⁶⁻⁹, como ocurre en el caso presentado, en el que, sin embargo, no fue posible determinar en la anatomía patológica el origen embrionario del tumor.

El comportamiento de estos tumores serosos paraováricos *borderline* en cuanto a la afección peritoneal es diferente de la de los tumores ováricos del mismo tipo, ya que en todos los casos aquí revisados no se ha encontrado afección peritoneal por tumores paraováricos frente a una asociación del 19-47% en los tumores ováricos⁶.

Revisando los datos encontrados en la bibliografía se observa que el pronóstico de estos tumores es muy favorable, con unos períodos de supervivencia libres de enfermedad muy prolongados, desde 6 meses hasta 11 años poscirugía⁷.

RESUMEN

La degeneración neoplásica *borderline* de tumores paraováricos es muy poco frecuente. Presentamos el caso de una paciente posmenopáusica, con una formación anexial izquierda sospechosa de malignidad ecográfica que fue sometida a cirugía oncológica. La anatomopatología definitiva mostró un tumor seroso *borderline* del paraovario izquierdo, sin afección peritoneal ni epiploica. Revisamos la bibliografía existente acerca de este tipo de lesiones paraováricas y su degeneración neoplásica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pepe F, Panella M. Paraovarian tumors. Eur J Gynaec Oncol 1986;7:159-61.
2. Genadry M, Parmley T, Woodruff J. The origin and clinical behavior of the paraovarian tumors. Am J Obstet Gynecol 1977;129:873.
3. Samara M, Woodruff JD. Paratubal cyst: frequency, histogenesis and associated clinical features. Obstet Gynecol 1985;65:691.
4. Honore LH, O'Hara KE. Serous papillary neoplasms arising in paramesonephric paraovarian cysts. Acta Obstet Gynecol Scand 1980;59:525.
5. Mai YL, Wu My, Lin Yll. Malignant fibrous histiocytoma of the broad ligament. Gynecol Oncol 1994;54:362-4.
6. Lorrevo G, Cornio G. Serous papillary cystadenoma of borderline malignancy of the broad ligament. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997;74:211-3.
7. Aslani M, Ahn GH. Serous papillary cystadenoma of borderline malignancy of broad ligament. Int J Gynecol Pathol 1988;7:131-8.
8. Chandratnam F, Leong AS. Papillary serous cystadenoma of borderline malignancy arising in a paraovarian paramesonephric cyst: light microscopy and ultrastructural observations. Histopathology 1983;7:601-11.
9. Duvall H, Survis JA. Borderline tumor of the broad ligament: case report. Br J Obstet Gynecol 1983;90:372-5.
10. Gardner GH, Greene RL. Tumors of the broad ligament. Am J Obstet Gynecol 1957;73:536.