

Tumor hialinizante del estroma ovárico

Hyalinizing Ovarian Stromal Tumor

Jennys Peraza Bordao^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6203-0828>

Pedro Rosales Torres² <https://orcid.org/0000-0003-0606-8914>

Rafael Pila Pérez³ <https://orcid.org/0000-0002-7105-6664>

Julio Jesús Jiménez Galainena⁴ <https://orcid.org/0000-0003-0448-0788>

Ruperto Cruz Ojeda⁵ <https://orcid.org/0000-0002-6757-4805>

Yaxsier de Armas Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-6255-5525>

¹Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK). La Habana, Cuba.

²Hospital Oncológico Provincial de Camagüey. Cuba.

³Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

⁴Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). La Habana, Cuba.

⁵Hospital General Docente Comandante Ciro Redondo García. Artemisa, Cuba.

*Autor para la correspondencia: jennyspb@ipk.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El *tumor hialinizante de células estromales* es una neoplasia de cordones sexuales-estroma del ovario. Es una enfermedad benigna, rara. La mayoría de las mujeres presentan manifestaciones ginecológicas como irregularidad menstrual y masa pélvica o abdominal asociada a molestias o dolor. Además se presentan otras características como actividad hormonal, anovulación, infertilidad, virilización, ascitis y síndrome de Meigs.

Objetivo: Describir un caso de tumor hialinizante o esclerosante del estroma ovárico.

Caso clínico: Paciente femenina de 30 años de edad, que acudió a consulta por pérdidas involuntarias de orina, pesadez y dolor a nivel pelviano con alteraciones menstruales. El examen físico fue normal, excepto el aparato ginecológico donde se palpó una tumoración sólida de 8 cm en ovario izquierdo, comprobada por estudios imagenológicos. La hemoquímica de la paciente fue normal. Se realizó ooforectomía izquierda en la cual se obtuvo un tumor de 7 x 6 x 6 cm compatible con un tumor hialinizante del estroma ovárico.

Conclusiones: El tumor hialinizante de estroma ovárico es poco frecuente, de comportamiento benigno y raramente funcional. Los facultativos que atienden al sexo femenino deben pensar en esta enfermedad y otros tumores de igual comportamiento clínico. Debe diferenciarse de otros tumores estromales; el examen histopatológico es fundamental en el diagnóstico de este tumor, cuyo tratamiento siempre es quirúrgico.

Palabras clave: tumor hialinizante; tumor del estroma ovárico; tumor raro.

ABSTRACT

Introduction: Hyalinizing stromal cell tumor is a sex cord-stromal neoplasm of the ovary. It is a rare, a benign disease. Most women present gynecological manifestations such as menstrual irregularity and pelvic or abdominal mass associated with discomfort or pain. In addition, other characteristics such as hormonal activity, anovulation, infertility, virilization, ascites and Meigs syndrome are present.

Objective: To describe a case of hyalinizing or sclerosing ovarian stromal tumor.

Clinical case: A 30-year-old female patient came to the clinic due to involuntary loss of urine, heaviness and pain at the pelvic level with menstrual alterations. The physical examination was normal, except for the gynecological apparatus where an 8 cm solid tumor was palpated in the left ovary, confirmed by imaging studies. The patient's hemochemistry was normal. A left oophorectomy was performed in which a 7 x 6 x 6 cm tumor compatible with a hyalinizing ovarian stromal tumor was obtained.

Conclusions: Hyalinizing ovarian stromal tumor is rare, benign in behavior and rarely functional. Physicians who care for women should think about this disease and other tumors with the same clinical behavior is present. It must be differentiated from other stromal tumors. Histopathological examination is essential in the diagnosis of this tumor, whose treatment is always surgical.

Keywords: hyalinizing tumor; ovarian stromal tumor; rare tumor.

Recibido: 12/04/2022

Aprobado: 12/07/2022

Introducción

Los tumores de ovario se clasifican en diferentes grupos atendiendo al tejido de origen de la neoplasia. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce los tumores epiteliales, endometrioides, de células claras, seromucinosos, mesenquimales, mixtos epiteliales, estromales cordones sexuales, de células germinales, tipo somáticos alrededor de un quiste dermoide, misceláneos, mesoteliales, de partes blandas, mieloides y linfoides, entre otros.⁽¹⁾

En 1973 Chalvandjian y Scully reportaron por primera vez el tumor hialinizante o esclerosante de ovario, que se incluye en el grupo de los tumores de ovario del estroma/cordones sexuales del ovario. Estos autores informaron una serie de 10 casos diagnosticados en un período de 15 años, lo cual evidencia su baja incidencia de presentación.^(2,3)

Este tipo histológico de tumor, según la clasificación anterior de tumores de ovario, se ubicaba en el grupo de células esteroideas como variante especial de los fibrotecomas, pero a diferencia de estos últimos, raramente son funcionales. Se considera un tumor benigno.^(4,5,6)

La mayoría de las pacientes con tumor hialinizante o esclerosante de ovario presentan manifestaciones ginecológicas como irregularidad menstrual y masa

pélvica o abdominal asociada a molestias o dolor. Algunos casos se presentan además con actividad hormonal alterada, anovulación, infertilidad, virilización, ascitis y síndrome de Meigs. Entre los hallazgos más interesantes está la presencia de zonas amplias de esclerosis colágena en el tumor.^(3,6,7,8) En las búsquedas realizadas en la literatura no existe ningún reporte de tumor hialinizante de ovario en Cuba.

El objetivo del presente trabajo es describir un caso de tumor hialinizante o esclerosante de ovario en una paciente cubana con manifestaciones ginecológicas.

Presentación del caso

Paciente de 30 años, femenina, blanca, ama de casa que acudió a consulta por pérdida voluntaria de orina, pesadez y dolor a nivel pelviano, con menstruaciones abundantes y repetidas en los últimos meses.

Al examen físico en epigastrio y en hemiabdomen izquierdo, se palpó una masa tumoral, no dolorosa, algo movable, de superficie lisa en proyección al ovario izquierdo. En tacto vaginal se constató el ovario izquierdo aumentado de volumen, sólido y de bordes homogéneos. El cuello uterino presentó signos de cervicitis crónica; el resto del examen ginecológico fue sin alteraciones. Los resultados de las pruebas hemoquímicas realizadas fueron normales.

El electrocardiograma y la radiografía de tórax no mostraron alteraciones. Ecográficamente se evidenció una tumoración en el ovario izquierdo de 7 x 6 x 6 cm, ligeramente heterogénea, lobulada, sólida, sin calcificaciones, de color blanquecino; no se observó líquido ni adenopatías intrabdominales. La trompa y el ovario derecho fueron normales. La tomografía axial computarizada (TAC) identificó una masa homogénea de 8 cm compatible con el ovario izquierdo, de contornos irregulares, de consistencia firme y sin otras alteraciones.

La paciente se intervino quirúrgicamente. Se realizó ooforectomía izquierda por el gran tamaño del tumor. No existía afectación del ovario derecho, lo que permitía preservar la fertilidad. La pieza extraída se trasladó al departamento de Anatomía

Patológica del hospital oncológico provincial de Camagüey donde, al examen macroscópico, se obtuvo una masa tumoral de 7 x 6 x 6 cm (fig. 1).



Fig. 1 - Tumoración de tamaño grande de 7 x 6 x 6 cm en ovario izquierdo que al corte se observa heterogénea, blanquecina y de consistencia firme.

Posteriormente se realizó el procesamiento de la muestra (inclusión en parafina, cortes, coloración de hematoxilina-eosina). El estudio histopatológico evidenció células redondas con citoplasma vacuolado, muchas de ellas con desplazamiento nuclear, separadas en grupos a manera de lóbulos por tejido fibrohialino, y numerosos vasos sanguíneos de diferente tamaño con grado variable de esclerosis, algunos dilatados en zonas de colágeno denso (fig. 2 y fig. 3). Es válido destacar la presencia de núcleos grandes e hiper cromáticos.

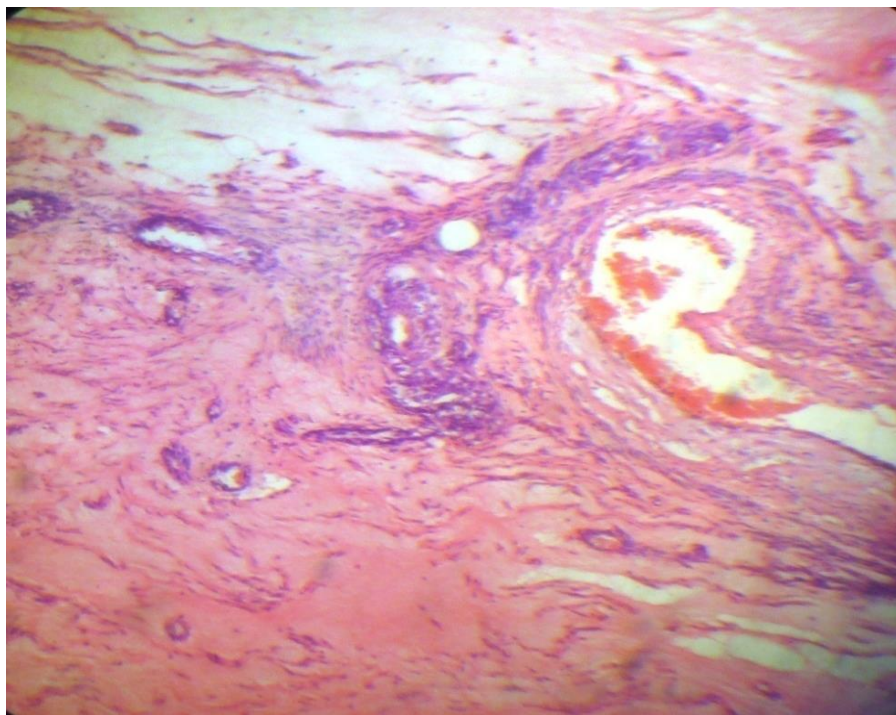


Fig. 2 - Corte de tejido tumoral en el cual se observan numerosos vasos sanguíneos de diferente tamaño con grado variable de esclerosis, algunos dilatados en zonas de colágeno denso (hematoxilina-eosina, 40x).

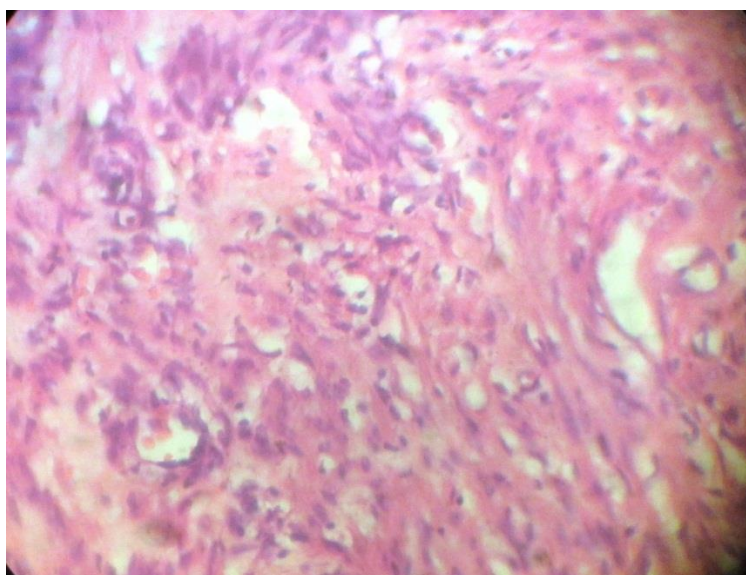


Fig. 3 - Corte de porción tumoral en el cual se observan células redondas vacuoladas, algunas con núcleo excéntrico recordando las células claras o en anillo de sello. (hematoxilina-eosina, 40x).

Discusión

El tumor hialinizante o esclerosante representa cerca del 5 % de las neoplasias de ovario. Esto contrasta con otros tumores como fibromas y tecomas,⁽⁹⁾ que ocurren aproximadamente en el 80 % de la segunda y tercera década de la vida,^(4,6,9) etapa en la que se ubica la paciente de este estudio. Este tumor es extremadamente raro, unilateral y distintivo del grupo de tumores que se derivan de los cordones sexuales-estroma ovárico.^(5,6,10) Su tamaño oscila entre 15 y 17 cm de diámetro,^(5,9) aunque el del presente caso tenía un tamaño inferior.

Con respecto a la clínica del paciente, este tumor se presenta con frecuencia acompañado de irregularidades menstruales, dolores pélvicos, ascitis o con hidrotórax (síndrome de Meigs),^(4,6,9) y con menos frecuencia con manifestaciones endocrinas como precocidad sexual, virilización en embarazadas, hiperplasia endometrial y adenocarcinoma de endometrio.^(4,6,10) Se describen otras manifestaciones como la infertilidad y su asociación a otras neoplasias como el adenocarcinoma de endometrio y los teratomas,^(1,6) aunque este tumor se considera benigno.^(2,6)

Los tumores hialinizantes o esclerosantes comparten aspectos con los fibrotecomas. Entre ellas se destacan células alargadas que producen colágeno y que con frecuencia muestran patrón estoriforme, además, células que contienen citoplasma vacuolado con lípidos. No obstante, tienen una aparición histológica menos heterogénea y características histológicas distintas,^(9,10) por lo que, para demostrar su naturaleza benigna, es imprescindible la confirmación histológica.^(4,6,10)

En el estudio macroscópico se observa tumor sólido, de color blanco amarillento o grisáceo. Una característica común de estos es la lobulación o pseudolobulación, aspecto que algunos autores consideran muy útil para su diagnóstico por resonancia magnética nuclear (el cual es el método de elección imagenológico para las lesiones pélvicas)^(5,6,9) y que invariablemente poseen un comportamiento benigno.^(2,10) El caso descrito comparte todas estas características mencionadas.

Esta tumoración suele estar constituida por células variables en forma y tamaño, tanto en la misma área tumoral como entre un tumor y otro. En la ultraestructura se observan células luteinizadas, fusadas tipo fibroblastos y mesenquimales primitivas formando parte del parénquima tumoral,^(1,5,6) hecho que se considera fundamento para incluirlo como tumor del estroma cordón sexual,^(5,9) aspecto que coincide con lo descrito en la paciente del presente reporte.

Las células redondas vacuoladas pueden adquirir aspecto en anillo de sello. La inmunohistoquímica en estos tumores es muy similar al resto de los tumores estromales fibrotecomatosos: vimentina positiva y citoqueratina negativa.^(1,5,9) Se describe por varios autores^(5,6,9) la presencia de factor de crecimiento endotelial, factor de permeabilidad vascular e inhibina. Entre las limitaciones de este estudio estuvo la no posibilidad de realizar estudios de inmunohistoquímica por no contar con los anticuerpos necesarios, cuyos resultados complementarían los hallazgos histológicos previos.

El diagnóstico diferencial se presenta con el resto de los fibrotecomas. Se destaca la presencia de células en anillo de sello que puede conllevar a confusión con el tumor de Krukemberg.^(5,9) También debe diferenciarse de tumores de prominente vascularización como el hemangiopericitoma.⁽¹⁾

Para el tratamiento de los tumores hialinizantes del estroma ovárico, dado que son benignos y no tienen un curso clínico agresivo, se recomienda la exéresis local. Sin embargo, cuando el tumor es de gran tamaño en pacientes en edad reproductiva, se realiza la ooforectomía unilateral para preservar la fertilidad,^(5,6,9) procedimiento que se aplicó en el presente caso. En mujeres posmenopáusicas se sugiere la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral. La paciente, después de la cirugía, evolucionó bien y se recuperó totalmente sin ninguna complicación. Se reporta que cuando el manejo es adecuado, la esperanza de vida es similar a la de la población general.⁽⁸⁾

Se reporta el primer caso de tumor hialinizante y esclerosante de ovario en paciente cubana. Este hallazgo brinda como evidencia que para las mujeres con edades comprendidas entre la segunda y tercera década que presenten masa tumoral en

ovario, los facultativos deben pensar en esta neoplasia benigna para evitar futuras complicaciones. Su diagnóstico se basa en la combinación de los hallazgos clínicos, radiológicos y anatomopatológicos; su tratamiento consiste en la extirpación.

Referencias bibliográficas

1. Kurman JR, Carcangiu ML, Herrington SC, Young HR. World Health Organization. Classification of Tumours, WHO. Classification of tumours of female reproductive organs. 4 th edition. USA. 2014;p 12-13.
2. Chalvadjian A, Scully R. Sclerosing Stromal tumors of the ovary. Cancer. 1973;31:664-70. DOI: [10.1002/1097-0142\(197303\)31:3](https://doi.org/10.1002/1097-0142(197303)31:3)
3. Chen Q, Chen YH, Tang HY, Shen YM, Tan X. Sclerosing stromal tumor of the ovary with masculinization, Meig's syndrome and CA125 elevation in an adolescent girl: A case report. World J Clin Cases. 2020;8(24):6364-72. DOI: [10.12998/wjcc.v8.i24.6364](https://doi.org/10.12998/wjcc.v8.i24.6364).
4. Rosai J, Ackerman LV. Rosai and Ackerman's Surgical Pathologic. 10th ed. New York: Mosby-Elsevier; 2011.
5. Mittermair C, Cunha TM, Urbas R, Koch H, Forstner R. Sclerosing stromal tumor of the ovary: a case series and review of literature. BJR Case Rep. 2021;8(2):20210155. DOI: [10.1259/bjrcr.20210155](https://doi.org/10.1259/bjrcr.20210155).
6. Silva Marinho M, Pinto ECO, Abranches MTLB, Furtado. AMC. Sclerosing Stromal Tumor of the Ovary: A Successful Laparoscopic Approach. Gynecol Minim Invasive Ther. 2021;10(4):259-61. DOI: [10.4103/GMIT.GMIT_20_20](https://doi.org/10.4103/GMIT.GMIT_20_20).
7. Khan S, Singh V, Khan ID, Panda S. Sclerosing stromal cell tumor of ovary. Med J Armed Forces India. 2018;74:386-89. DOI: [10.1016/j.mjafi.2017.09.007](https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2017.09.007)
8. Hatoum S, Jarjoura P, Saade C, Naffaa L. Sclerosing Stromal Tumor of the Ovary Presenting as Meigs Syndrome During Childhood. Cureus. 2022;14(11):e31562. DOI: [10.7759/cureus.31562](https://doi.org/10.7759/cureus.31562).

9. Wang M, Zhang XW, Yang SL. Sclerosing Stromal Tumor and Fibroma Occuring Simultaneously in Both-sided Ovaries: A Rare Occurrence. J Coll Physicians Surg Pak. 2022;32(1):130-31. DOI: [10.29271/jcsp.2022.01.130](https://doi.org/10.29271/jcsp.2022.01.130).

10. Ashrafganjoei T, Nikpour H, Nowshadi PA. Sclerosing stromal tumor of ovary: a case report and review of the literatures. MOJ Womens Health. 2016;3(3):207-8. DOI: [10.15406/mojwh.2016.03.00066](https://doi.org/10.15406/mojwh.2016.03.00066)

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.