

Struma Ovarii Maligno. Reporte de caso Malignant Struma Ovarii. Case report

Palma, José David⁽¹⁾; Murga, Gladys Beatriz⁽¹⁾; Gil, José Rodolfo⁽¹⁾

¹Hospital Roosevelt, ciudad de Guatemala, Guatemala.

Correspondencia: jodap8@gmail.com

Recibido: 25-09-19 Aceptado: 05-11-2019

Resumen

Presentamos el caso de una paciente de 46 años de edad procedente de Génova, Quetzaltenango, Guatemala; casada, analfabeta, ama de casa, evangélica; quien acude a la consulta externa del Hospital de Quetzaltenango con antecedente de dolor en fosa ilíaca derecha de un mes de evolución, tipo cólico, sin irradiación, que se atenuaba parcialmente con analgésicos. Historia de 4 gestas, 4 partos, 4 hijos vivos y menarquia a los 11 años. Es remitida al Hospital Roosevelt, ciudad de Guatemala, donde se le realiza una histerectomía abdominal total. El espécimen se envió al departamento de patología.

Palabras clave: *Struma ovarii, struma maligno*

Abstract

We present the case of a 46 years old patient from Genova, Quetzaltenango, Guatemala; married, illiterate, housewife, christian; who came to the emergency room with a history of pain of one month duration, in right iliac fossa, colic type without irradiation, which partially was alleviated with analgesics. History of 4 gestations, 4 deliveries, 4 living children and menarche at 11 years old. She was

referred to Roosevelt Hospital located in Guatemala City, where she undergoes a total abdominal hysterectomy. The specimen was sent to the pathology department.

Keywords: *Struma ovarii, malignant struma*

Introducción

El struma maligno en el ovario se puede observar con struma ovarii (tejido tiroideo normal) o struma con componente carcinoide; caracterizado macroscópicamente por una masa de tamaño variable que generalmente distiende la cápsula ovárica (1). El struma ovarii maligno es aún más raro, ocurre en menos del 5% de los casos y raramente da metástasis (2). Puede haber transformación maligna, y lo que más se identifica son el carcinoma papilar y el folicular (3). Los criterios diagnósticos para el carcinoma papilar son similares a los del carcinoma de la glándula tiroides cervical y se basan principalmente en características nucleares y arquitectónicas, mientras que el diagnóstico del carcinoma folicular se basa principalmente en la infiltración en los tejidos ováricos circundantes y la invasión vascular además de la detección de metástasis (4). La incidencia de la edad de Struma ovarii es de 20 a 40 años, similar a la del teratoma quístico

maduro. La incidencia máxima de la edad de Struma ovarii es en la quinta década, pero se han notificado casos en mujeres posmenopáusicas y poco frecuentes en niñas prepúberes (6). Un diagnóstico correcto es muy importante debido a las grandes diferencias en los enfoques terapéuticos entre los tumores que se incluyen en los diagnósticos diferenciales (7).

Presentación de caso

Presentamos el caso de una paciente de 46 años de edad, analfabeta, procedente del área rural del país, sin antecedentes patológicos personales; con historia ginecológico-obstétrica de 4 gestas, 4 partos, ningún aborto, con 4 hijos vivos y con menarquia a los 11 años de edad; inicio de vida sexual a los 18 años, sin antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, con un último frotis de cuello uterino realizado un mes anterior al motivo de consulta, el cual fue informado como normal. Con historia de dolor de un mes de evolución, en fosa ilíaca derecha, de tipo cólico, sin irradiación, que se alivió parcialmente con

analgésicos; por este motivo, se le remite al Hospital Roosevelt de la ciudad de Guatemala, donde se ingresó. Al examen físico, 65 kg de peso, 1.47 m de talla, 110/70 presión arterial, abdomen semigloboso por masa abdominal-pélvica, móvil y lobulada. Ecografía abdomino-pélvica reveló un útero regular y homogéneo. A nivel anexial derecho se observó una masa irregular de 14.9x11.9x11.7 cm, con tabiques, bien vascularizada. Ovario izquierdo con forma normal. Marcadores tumorales: CA 125 68.30 U/ml, CA 15-3 10.99 U/ml, CA 19-9 9.97 U/ml, AFP 2.09 ng/mL, HCG <0.3000 mUI/ml. Cinco días después de la admisión, se realizó una exploración abdomino-pélvica, más histerectomía abdominal total, salpingo-ooforectomía bilateral, apendicectomía profiláctica y omentectomía parcial infracólica. Se recibió un útero de 150 grs y de 11x10x5 cm, de serosa lisa, grisáceo alternando con áreas marrón; ovario derecho de 24x19x9 cm y de 1.2 kg, con una superficie lisa, gris, multilobulado, con abundante vascularización (Figura 1).

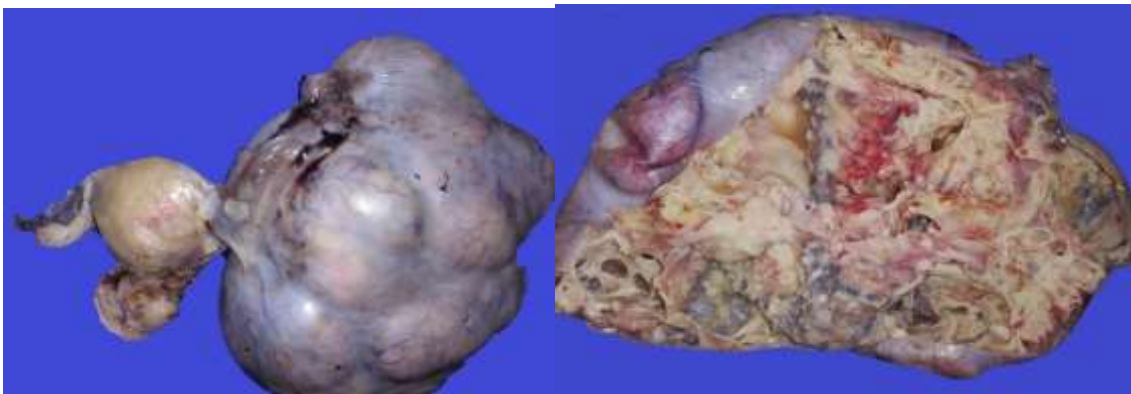


Figura 1. Útero y masa ovárica con superficies externa y al corte.

Al corte de consistencia firme, con pared de 2 a 3 cm de grosor, que contiene en su interior aproximadamente 900 cc de líquido cetrino, además se observa en su interior multiloculado, con áreas sólidas y otras áreas de consistencia friable. A la evaluación microscópica se observa una neoplasia encapsulada que es altamente celular, compuesta por un patrón de crecimiento sólido, con áreas de apariencia folicular y otras con apariencia papilar. Las células neoplásicas tienen una apariencia epitelial y en los diferentes patrones de crecimiento tienen un citoplasma predominantemente transparente, núcleos elongados con una membrana nuclear irregular y poca cantidad de mitosis atípicas. En algunas áreas de apariencia folicular, tienen material eosinófilo muy intenso en el interior, que se asemeja al material coloide de la tiroides. En uno de los cortes hay un área pequeña y bien localizada de struma ovarii.

Discusión

La transformación maligna del struma ovarii es poco común, con un riesgo estimado de 0,17% a 2%. En Guatemala no existen hasta el momento publicaciones sobre esta entidad. El carcinoma papilar es el subtipo maligno que se presenta con mayor frecuencia y representa el 70% de todos los casos, 44% de los cuales son de tipo clásico y el 26% restante es una variante folicular del carcinoma papilar; algunos casos de carcinoma de tipo tiroideo se han descrito con componentes de struma ovarii benignos. La presencia concomitante

de tejido epitelial tiroideo normal que representa el componente predominante en la lesión ovárica, es altamente sugestiva del origen del struma ovarii, aunque no se identificaron otros elementos teratomatosos. En nuestro caso, el componente maligno fue más predominante que el componente benigno.

Bibliografía Bibliography

1. P. Crum Christopher, R. Nucci Marisa, R. Lee Kenneth; Diagnostic Gynecologic and Obstetric Pathology; Second edition; Elsevier Saunders 2011; chapter 29, page 915.
2. J. Colin Boyd, Blair A. Williams, Matthew H. Rigby; Malignant Struma ovarii in a 30-year old nulliparous patient; Boyd et al. *Thyroid Research* (2017) 10:3; DOI 10.1186/s13044-017-0038-1.
3. Heather Williams, Erin Salinas, Erica Savage; Malignant struma ovarii with insular carcinoma: A case report and literature review; Elsevier, *Gynecologic Oncology Reports* 18 (2016) 1–3.
4. Angiolo Gadducci, Sabina Pistolesi, Maria Elena Guerrieri; Malignant Transformation in Mature Cystic Teratomas of the Ovary: Case Reports and Review of the Literature; *ANTICANCER RESEARCH* 38: 3669-3675 (2018). doi:10.21873/anticancer.12644.
5. Vesna S. Antovska, Milka Trajanova, Iskra Krstevska; Ovarian Strumal Carcinoid Tumour: Case Report; *Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2018 Mar 15; 6(3):540-543.
6. Alvarez DM, Lee V, Bhatt S, Dogra VS. Struma Ovarii with Papillary Thyroid Carcinoma. *J Clin Imaging Sci* 2011;1:44. Available FREE in open access from: <http://www.clinicalimagingscience.org/text.asp?2011/1/1/44/84322>
7. Surapan Khunamornpong, Jongkolnee Settakorn, Kornkanok Sukpan; Poorly Differentiated Thyroid Carcinoma Arising in Struma Ovarii, case report; Hindawi Publishing Corporation, *Case Reports in Pathology*; Volume 2015, Article ID 826978, 6 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2015/826978>