

Alejandra Sánchez¹. Jonathan Pérez². Dra. Yadira Lugo³ Dr. Christian⁴. HT. Laura de la Rosa⁵
Hospital General de Saltillo, Coahuila, México.
Calle Fray Landín S/N, Nuevo Centro Metropolitano de Saltillo. 25020
8442279295 ale_sanchez1902@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL: Reporte de caso de tumor limítrofe de ovario, con propósito de aportar literatura actualizada, aspectos clínico-patológicos y características principales de este grupo de neoplasias epiteliales.

INTRODUCCIÓN:

Se presenta paciente femenino de edad no referida, con producto de ooforectomía izquierda por lesión tumoral quística para su estudio histopatológico. Entre los tumores benignos y malignos de ovario existe un grupo intermedio de neoplasias, antes denominados tumores limítrofes o borderline, y actualmente tumores proliferativos atípicos, los cuales representan el 15%-20% de las neoplasias epiteliales de ovario¹. Se caracterizan por la presencia de proliferación papilar y atipia nuclear sin infiltración estromal, pero con la capacidad de desarrollar implantes tumorales de tipo invasivo o no invasivo. Histológicamente se clasifican en serosos, mucinosos, endometrioides, de células claras y de células transicionales, nuestro caso es de tipo seroso. Suele afectar a mujeres de entre 41 a 47 años de edad y clínicamente tiene una evolución insidiosa, predominando el aumento de volumen y el dolor².

METODOLOGÍA:

Se recibe en el departamento de patología producto de ooforectomía izquierda y se realiza muestreo de la pieza incluyendo cortes de papilas, transición entre papilas-superficie lisa y el resto de la pared, para su valoración bajo microscopio óptico mediante tinción de rutina con hematoxilina y eosina (H&E).



Fig.1 Macrofotografía con superficie externa del tumor grisácea-lisa y con papilas extracapsulares en parte superior izquierda.



Fig.2 Macrofotografía mostrando superficie de corte loculada con líquido seroso en su interior.

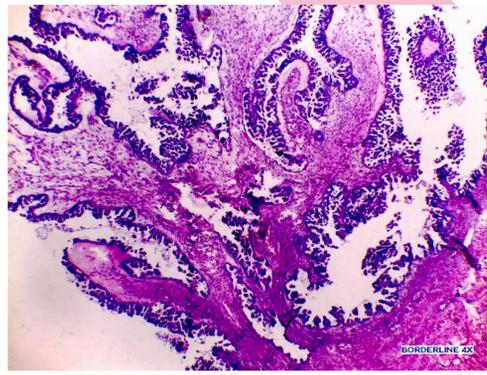


Fig.3 Microfotografía teñida en H&E (4x) mostrando ramificación papilar.

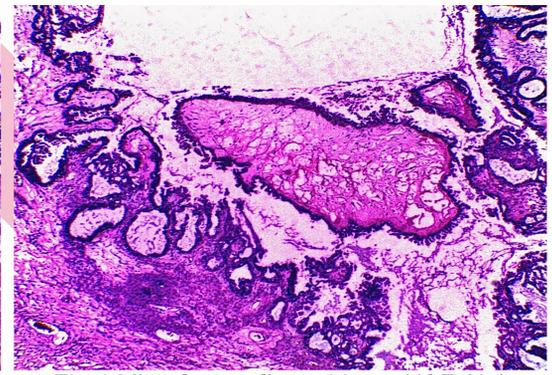


Fig.4 Microfotografía teñida en H&E (4x) observando la pared libre de invasión.

RESULTADOS:

Macroscópicamente se observa una lesión tumoral de 500 gr, con dimensiones de 13x12x7 cm, lisa y brillante con cápsula íntegra, presentando formaciones papilares extracapsulares en un área de 7x6x5 cm. A los cortes se observa una lesión multiloculada, con líquido seroso en su interior y con formaciones papilares intracapsulares que afectan un 10% de la pared interna total, el resto es lisa. Microscópicamente se observa una lesión tumoral serosa proliferativa, que muestra en las papilas externas un grado elevado de proliferación y complejidad epitelial no invasiva, con un patrón de ramificación papilar. Citológicamente exhibe células con pérdida de la relación núcleo-citoplasma, de cromatina irregular, elevado índice mitótico y focalmente cuerpos de psamoma.

DISCUSIÓN:

Macroscópicamente los tumores limítrofe de ovario, tienden a tener proyecciones papilares, intracapsulares y extracapsulares en hasta el 70% de los casos. Histopatológicamente presentan proliferación epitelial con atipia nuclear y sin invasión estromal, además de la presencia de tortuosidades, del desprendimiento de células individuales y racimos de células con ramificación jerárquica. Es llamado tumor limítrofe, si afecta más del 10% del tumor total³. Si dichas características se presentan en menos del 10 % del tumor, este será consignado como cistoadenoma seroso con proliferación focal y atipia. El tratamiento estándar consiste en una cirugía radical y en pacientes menores de 40 años y con paridad insatisfecha se puede realizar una cirugía conservadora⁴.

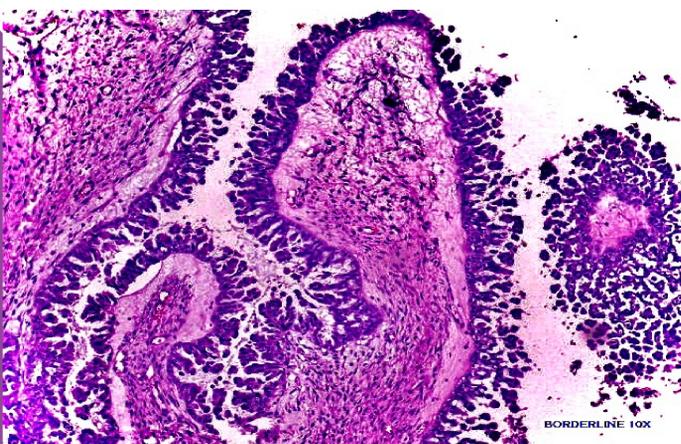


Fig.5 Microfotografía teñida en H&E (10x) demostrando jerarquización epitelial con desprendimiento de células individuales.

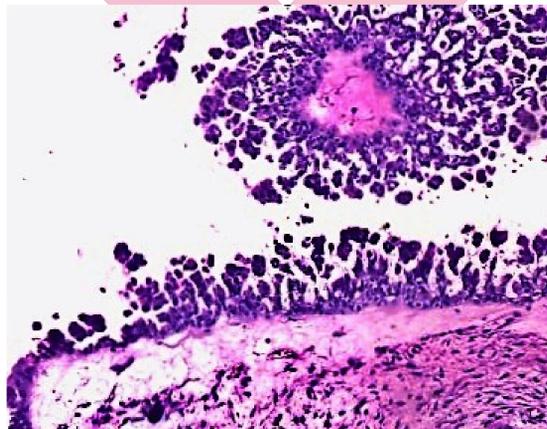


Fig.6 Microfotografía teñida en H&E (40x) exhibiendo epitelio atípico.

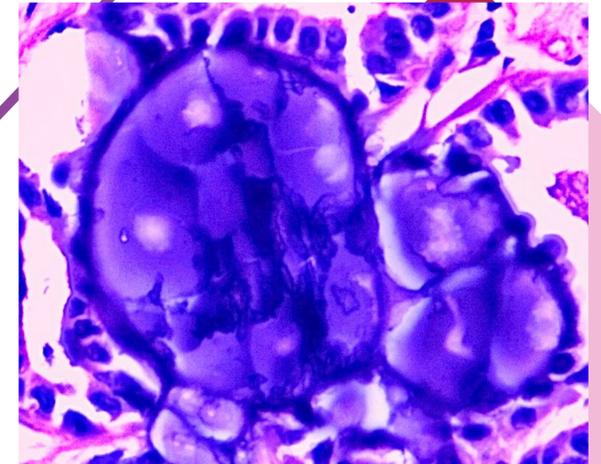


Fig.7 Microfotografía teñida en H&E (100x) de cuerpos de psamoma (calcificación laminada).

CONCLUSIÓN:

Por rutina se debe realizar un examen y muestreo exhaustivo de la lesión para descartar la invasión o microinvasión, sin embargo, se estima que aproximadamente en el 35% de los diagnósticos, la microinvasión podría pasar desapercibida, lo cual puede crear confusión en cuanto a la terapéutica quirúrgica. Si bien, más del 80% de los casos cursan con lesiones tempranas y excelente pronóstico, la deficiente etapificación y un tratamiento insuficiente, tiende a favorecer el desarrollo de recurrencias tumorales y resultados desfavorables a largo plazo, sobre todo en pacientes con deseo de conservar la fertilidad⁵.

BIBLIOGRAFÍA:

- Suárez, C., Quiñones, A., Mijares, A., García, V., Marrao, J. (Agosto, 2018). Tumores ováricos de bajo potencial maligno (borderline). Revista Venezolana de Oncología. Vol. 30, núm. 4, páginas 85-94.
- Torres, F., Jacobo, C., Morgan, F. (Abril, 2016). Tumores limítrofes de ovario (experiencia con 50 casos). Gaceta Mexicana de Oncología. Vol. 15, núm. 4, páginas 70-77.
- Hauptmann, S., Friedrich, K., Redline, R., Avril S. (2017). Ovarian Borderline tumors in the 2014 WHO classification: evolving concepts and diagnostic criteria. Virchows Archiv. Volume 470, issue 2, pages 125-142.
- Fischerova, D., Zikan, M., Dundr, P., Cibula, D. (2012, December). Diagnosis, treatment and follow-up of Borderline ovarian tumors. The oncologist. Volume 17, issue 12, pages 1515-1533.
- Seong, S., Kim, D., Kim, M., Song, T. (2015). Controversies in borderline ovarian tumors. Journal of Gynecologic oncology. Volume 26, issue 4, pages 343-349.