

## Fibrotecoma extraovárico gigante retroperitoneal

### Giant Retroperitoneal Extraovarian Fibrothecoma

Raysy Sardiñas Ponce, Leonel Hernández Torres, José Miguel Pinza Jojoa

Hospital Universitario "Enrique Cabrera", Cuba.

---

#### RESUMEN

El fibrotecoma ovárico es una neoplasia poco frecuente y su localización extraovárica es más rara aún. Se observa generalmente como tumor sólido unilateral, de tamaño variable, en mujeres premenopáusicas. En su mayoría, es benigno y puede ser funcionales o no. Actualmente solo se han reportado tres pacientes y solo una de ellas de localización retroperitoneal. Se presenta un caso de una paciente con fibrotecoma extraovárico gigante retroperitoneal. Se realizó a la paciente exéresis de la lesión sin complicaciones intra ni posoperatorias.

**Palabras clave:** tumores del estroma ovárico; fibrotecoma extraovárico; tumor retroperitoneal.

---

#### ABSTRACT

Ovarian fibrothecoma is a rare malignancy and its extraovarian location is even rarer. It is generally seen as unilateral solid tumor, of variable size, in premenopausal women. It is mostly benign and it can be functional or not. Currently only three patients have been reported and only one of retroperitoneal location. A case of a patient with giant retroperitoneal extraovarian fibrothecoma is presented in this paper. The patient underwent excision of the lesion showing no intraoperative or postoperative complications.

**Keywords:** ovarian stromal tumors; extraovarian fibrothecoma; retroperitoneal tumor.

## INTRODUCCIÓN

La ectopia ovárica y las neoplasias que surgen en ella son extremadamente raras; sin embargo, constituye el tumor sólido más frecuente del ovario.<sup>1,2</sup> Actualmente solo se han reportado tres casos de fibrotecoma extraovárico, en Canadá, Italia y Costa de Marfil. El fibrotecoma como tal se considera tumor del estroma ovárico con diferenciación hacia células de la teca o trofoblásticas.<sup>3</sup> Los tumores ováricos pueden desarrollarse raramente en localizaciones extraováricas y pélvicas, surgen de tejido ovárico ectópico.<sup>1</sup> Aparecen generalmente en la cuarta o quinta década de la vida, en torno a la menopausia, aunque pueden presentarse a cualquier otra edad.<sup>3,4</sup>

Casi siempre son unilaterales, de tamaño variable, que va desde pequeño hasta gigantes y son en su mayoría benignos.<sup>3,4</sup> Pueden ser funcionales (con producción de estrógenos) o no funcionales, y cuando tienen un comportamiento maligno se acompañan, con frecuencia, de síndrome de Meigs.<sup>4,5</sup> En algunos casos se observa elevación de los valores de antígeno CA-125 y proteína humana de epidídimo (HE4).<sup>3,6</sup> Ecográficamente se presentan como masas sólidas hipoecoicas con fuerte atenuación y en la tomografía axial computadorizada se describen como lesiones sólidas con acumulación retardada de contraste. En la resonancia magnética nuclear constituyen tumores sólidos de baja intensidad en fases T<sub>1</sub> y T<sub>2</sub>.<sup>1-3</sup> El tratamiento de estos tumores es quirúrgico, con resección completa del tumor con o sin útero y anexos en dependencia de la edad de la paciente y la infiltración de dichas estructuras.<sup>3</sup>

## PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 38 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial. Hace 2 meses comenzó con aumento de volumen del abdomen acompañado de dolor abdominal en hipogastrio, con irradiación a flanco e hipocondrio izquierdo. El dolor se intensificó paulatinamente hasta hacerse de moderada intensidad, sin otros síntomas.

### DATOS POSITIVOS AL EXÁMEN FÍSICO

Tumor intrabdominal de aproximadamente 25 centímetros (cm) de longitud y 20 cm de ancho, que ocupa casi todo el hemiabdomen izquierdo, poco móvil, redondeada, no dolorosa, sólida.

### TACTO VAGINAL

Se tacta fondo de saco izquierdo ocupado, que puede relacionarse con aumento de volumen del anejo izquierdo, sólido, poco móvil y no doloroso, que debía corresponder con el tumor intrabdominal descrito anteriormente.

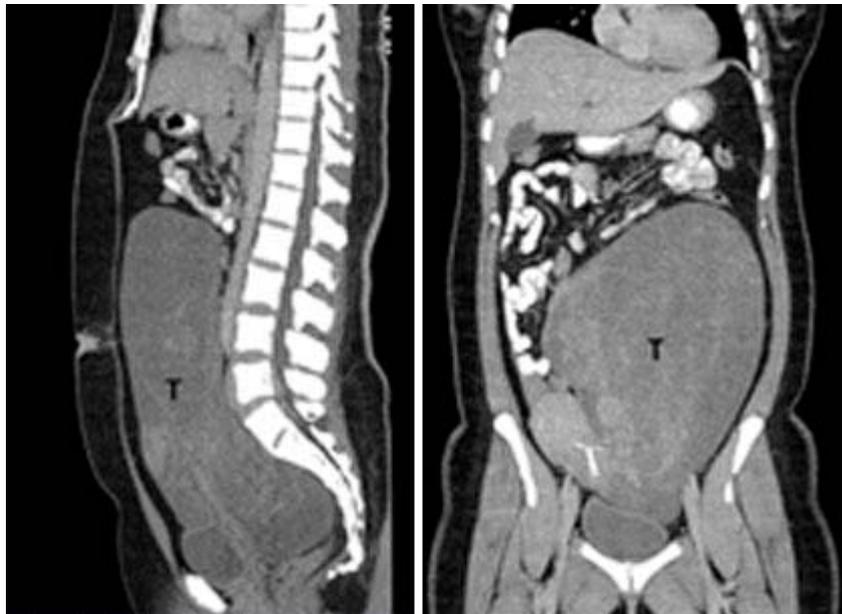
### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

I. Laboratorio: Antígeno CA-125: 30,26 UI/l (valor de referencia: 0-35 UI/l). Resto dentro de límites normales

II. Imaginológicos:

A. Ultrasonido abdominal: Se observa imagen de aspecto tumoral heterogénea, que se extiende desde el epigastrio, región retroperitoneal izquierda hasta hipogastrio, que desplaza útero, de 20 cm de longitud y más de 10 cm de anchura. Útero con dispositivo intrauterino (DIU) fuera de la cavidad en proyección hacia el cuello. Anejo derecho con pequeños folículos, no se observa anejo izquierdo.

B. Tomografía axial computadorizada (TAC) de abdomen con contraste oral y endovenoso: Órganos del hemiabdomen superior sin alteraciones. Llama la atención gran lesión heterogénea que se localiza en mesogastrio y se extiende hacia arriba hasta el epigastrio, se lateraliza a la izquierda y ocupa flanco y fosa ilíaca izquierda, la cual comprime las asas intestinales, vejiga y desplaza el útero hacia la derecha. Dicha lesión impresiona ser dependiente del útero o de anejos y se sitúa por delante de la aorta en contacto con la pared abdominal. Los máximos diámetros son 28,7 por 20,6 cm y densidad variable entre 34 y 60 UH, con zonas de mayor densidad que alcanzan los 110 UH. Útero con DIU en posición baja (Fig. 1).



**Fig. 1.** TAC de abdomen que muestra masa tumoral que ocupa hipogastrio y flanco izquierdo que llega hasta epigastrio con desplazamiento de las asas intestinales.

Se decide intervenir quirúrgicamente con laparotomía exploradora. Se encuentra tumor retroperitoneal que crece por detrás del mesocolon izquierdo, sólido, polilobulado, superficie lisa, que desplaza el útero y anejo izquierdo hacia la derecha. Ambos ovarios tienen características normales, sin compromiso de uréter izquierdo ni vasos del retroperitoneo. No hay otras lesiones en peritoneo ni órganos intraabdominales. Se realiza exéresis sin complicaciones intraoperatorias, con pérdidas hemáticas de menos de 100 mililitros (Fig. 2).



**Fig. 2.** A la izquierda, imagen intraoperatoria de gran tumor retroperitoneal previo a su exéresis completa. A la derecha, pieza quirúrgica; tumor gigante polilobulado y liso.

La paciente evoluciona favorablemente y egresó al tercer día del posoperatorio. La biopsia de la pieza quirúrgica informó fibrotecoma ovárico de 21x18x10 cm, con marcada degeneración mixoide.

## DISCUSIÓN

Los fibrotecomas son tumores poco frecuentes y se observan generalmente en mujeres postmenopáusicas,<sup>3</sup> en este caso se presentó en una paciente en período premenopáusico, de 38 años de edad. Representan menos del 4 % de todos los tumores ováricos y *Haroon*<sup>7</sup> encontró 9,8 % entre los tumores gonadales de los cordones sexuales en una serie de 20 años. La localización extraovárica es muy rara, solo se han reportado 3 casos anteriormente.<sup>1</sup> Este constituye el cuarto caso y el segundo en retroperitoneo, ya que los anteriores se localizaban en fondo de saco de Douglas y en el ligamento ancho.<sup>8,9</sup>

Pueden ser funcionales o no, en éste último caso se presentan clínicamente como aumento de volumen del abdomen pudiendo llegar a lesiones gigantes,<sup>3</sup> como ocurrió en ésta paciente. Imagenológicamente se observaron características similares que en el caso reportado por *Roberts*<sup>1</sup> de fibrotecoma ovárico retroperitoneal. Aunque en algunas pacientes puede observarse elevación del CA-125,<sup>3</sup> en esta tuvo valores normales aunque cercanos al límite superior, lo cual concuerda con el diagnóstico de benignidad de la lesión encontrada.

Debido a la rara presentación extraovárica de estos tumores y la dificultad de realizar el diagnóstico preoperatorio, este solo puede ser confirmado después del acto quirúrgico. Los fibrotecomas extraováricos constituyen un reto diagnóstico y su designación solo puede ser hecha cuando se confirman ovarios normales,<sup>1</sup> como sucedió en nuestra paciente.

Concluimos que los fibrotecomas extraováricos son tumores de presentación rara y poco frecuente, generalmente benignos, que al tener características imageneológicas similares a otros tumores sólidos de ovario, solo pueden diagnosticarse con la confirmación posquirúrgica histológica en pacientes con ovarios normales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roberts P, Nofech-Mozes S, Coburn N, Hamilton P, Gien L. Retroperitoneal Extraovarian Fibrothecoma Mimicking a Malignant Epithelial Ovarian Carcinoma. Case Reports in Obstetrics and Gynecology. Hindawi Publishing Corporation: New York; 2012.
2. Zhang HE, Zhang GF, Wang TP. Value of 3.0 T diffusion-weighted imaging in discriminating thecoma and fibrothecoma from other adnexal solid masses. Journal of Ovarian Research. 2013;6(58).
3. Ramírez FJ, Acosta E, Sánchez S, Arizpe D. Fibrotecoma gigante de ovario, en una paciente con útero bicorne. Acta Médica Grupo Ángeles. 2010;8(4):217-20.
4. Cruz J, Yanes M, Hernández P, Isla A, Turcios SE. Tumores funcionales de ovario. Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2015 Feb 07];18(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532007000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000300007&lng=es).
5. Serges VA, Gbary E, Kouï S, Akpa B, Kouassi A. Bilateral Ovarian Fibrothecoma Associated with Ascites, Bilateral Pleural Effusion, and Marked Elevated Serum CA-125. Case Reports in Obstetrics and Gynecology. Hindawi Publishing Corporation: New York; 2013.
6. Braicu EI, Van Gorp T, Nassir M, Richter R, Chekerov R, Gasimli R, et al. Preoperative HE4 and ROMA values do not improve the CA125 diagnostic value for borderline tumors of the ovary (BOT) - a study of the TOC Consortium. Journal of Ovarian Research [revista en la Internet]. 2014[citado 2015 Feb 07];7(49). Disponible en: <http://ovarianresearch.biomedcentral.com/articles/10.1186/1757-2215-7-49>
7. Haroon S, Zia A, Idrees R, Memon A, Fatima A, Kayani N. Clinicopathological spectrum of ovarian sex cord-stromal tumors; 20 years' retrospective study in a developing country. Journal of Ovarian Research [revista en la Internet]. 2013 [citado 2015 Feb 07];6(7). Disponible en: <http://ovarianresearch.biomedcentral.com/articles/10.1186/1757-2215-6-87>
8. D'Alessandro P, Aleicia JP, Bernardini G. Tecoma nel Ligamento largo. Quaderni di clinica ostetrica e ginecologica. 1963;18(1):1451-8.

9. Keitoku M, Konishi T, Nanbu K, et al. Extraovarian sex cord-stromal tumor: case report and review of the literature. International Journal of Gynecological Pathology. 1997; 16(2):180-5.

Recibido: 3 de junio de 2015.

Aceptado: 5 de julio de 2015.

*Raysy Sardiñas Ponce*. Hospital Universitario "Enrique Cabrera", Cuba. Correo electrónico: [raysyponce@infomed.sld.cu](mailto:raysyponce@infomed.sld.cu)