

Fibroma bilateral de ovario en mujer posmenopáusica. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Patricia Palao¹, Pablo Moreno-Aguilera¹, Julio César Palao²

RESUMEN

Los fibromas ováricos son tumores benignos poco frecuentes, generalmente unilaterales, que se presentan principalmente en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas. Los síntomas pueden variar y en algunos casos están asociados a ascitis y derrame pleural, conocido como síndrome de Meigs. Se presenta un caso de una paciente de 55 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y asma bronquial, quien acude a ginecólogo por dolor en fosa iliaca derecha de tres meses de evolución. Se realizan diferentes estudios incluyendo ecografía y tomografía abdomino-pélvica, los cuales revelan una tumoración sólida bilateral de ovarios. Se realiza histerectomía abdominal total más salpingo-ooforectomía bilateral y a pesar de sus características, el estudio histopatológico hace el diagnóstico de fibroma bilateral. La presentación clínica de los fibromas de ovario es inespecífica, por lo que suelen confundirse con patología maligna del ovario u otras patologías benignas de útero u ovario, constituyendo un reto para el diagnóstico preoperatorio.

Palabras clave: Fibroma de ovario, Tumor de ovario, Síndrome de Meigs, Menopausia.

Bilateral ovarian fibroma in postmenopausal woman. Case report and literature review

SUMMARY

Ovarian fibromas are rare tumors that mainly occur in perimenopausal and postmenopausal women. Symptoms can vary, and in some cases, they may be associated with ascites and pleural effusion, known as Meigs Syndrome. The article presents the case of a 55-year-old patient with a history of hypertension and bronchial asthma, who visit a gynecologist due to pain in the right iliac fossa of three months duration. Various studies were performed, including ultrasound and abdominal and pelvic CT, which reveal the presence of solid bilateral ovarian tumors. The patient undergoes a total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy and despite its characteristics, the histopathological study makes the diagnosis of bilateral ovarian fibroma with no signs of malignancy. The clinical presentation of ovarian fibromas is nonspecific, often leading to confusion with malignant ovarian pathology or other benign uterine or ovarian conditions, representing a challenge for preoperative diagnosis.

Keywords: Ovarian fibroma, Ovarian tumor, Meigs Syndrome, Menopause.

INTRODUCCIÓN

Los fibromas de ovario son tumores benignos sólidos del estroma y tejido conectivo ovárico y representan del 1 % - 4 % de todas las neoplasias de ovario (1), se presentan en cualquier edad, pero es más común

en la edad media de la vida (media de 48 años) (2). Usualmente son unilaterales y pueden acompañarse de ascitis y derrame pleural, lo que se conoce como síndrome de Meigs (3).

En la mayoría de los casos, estos tumores benignos son asintomáticos o pueden producir síntomas como dolor abdominal y sangrado uterino anormal. Debido a la inespecificidad de las manifestaciones clínicas, el diagnóstico puede ser tardío. Su asociación con líquido libre en cavidad abdominal puede confundirse con un proceso maligno, lo que lleva al uso de terapias mucho más agresivas (4).

¹Médico Cirujano, Universidad de Oriente, Núcleo-Bolívar (UDO). ²Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad de Oriente, Núcleo-Bolívar (UDO). Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital «Dr. Hector Nouel Joubert», Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela. Correo de correspondencia: patriciapalaomd@gmail.com

Forma de citar este artículo: Palao P, Moreno-Aguilera P, Palao JC. Fibroma bilateral de ovario en mujer posmenopáusica. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Obstet Ginecol Venez. 84(2): 212-217. DOI: 10.51288/00840214

Los fibromas de ovario bilateral son infrecuentes (4% - 8% de los casos) (5), suelen ser confundidos con lesiones malignas y otras patologías de útero y ovario, por lo que el diagnóstico prequirúrgico es complejo. A continuación, se presenta el caso de una paciente de 55 años con fibroma bilateral de ovario.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 55 años de edad, ama de casa, gestas VIII paras V aborto I cesáreas II, con antecedente de hipertensión arterial desde hace más de 10 años y asma bronquial desde la infancia; quien acude a consulta privada de ginecología por presentar dolor en fosa iliaca derecha de 3 meses de evolución.

A la exploración física; peso: 81 kg, talla: 1,52 cm, índice de masa corporal (IMC): 35,1 kg/m², paciente consciente, orientada, con adecuada coloración e hidratación muco-tegumentaria. La evaluación cardiopulmonar no demostró compromiso. El abdomen estaba globoso, a expensas de panículo adiposo, blando, deprimible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha e hipogastrio. Resto del examen físico general, sin alteraciones.

A la exploración ginecológica con espéculo se encontró una tumoración color blanco nacarado que ocupaba todo el cérvix. El tacto bimanual puso en evidencia una vagina normotérmica, normoelástica, el útero estaba en anteversoflexión (AVF), el cuello uterino tenía superficie lisa, se palpaba tumor sólido, de consistencia dura, que producía dolor a la palpación, y ocupaba toda la extensión del cérvix y fondo de saco posterior. Los ovarios no fueron palpables por aumento de tejido adiposo.

Se realizó estudio ecográfico pélvico donde se evidenció el útero en AVF, con bordes regulares y las siguientes dimensiones: longitudinal: 7,0 cm, anteroposterior: 6,0 cm y transversa: 5,5 cm. Se observó una imagen redondeada e irregular que ocupaba el cérvix, que

medía 4,3 cm x 5,2 cm. El endometrio era ecogénico de 5 mm. El ovario derecho estaba aumentado de tamaño, midió 7,5 cm x 5,7 cm, con bordes irregulares, con múltiples formaciones en su interior de aspecto sólido. El ovario izquierdo no fue visualizado.

Se practicó tomografía computada, en equipo de alta resolución, realizándose adquisición volumétrica desde diafragma hasta sínfisis del pubis, con espesor de 10 mm, a intervalos de 10 mm, con la administración de contraste oral, sin y con contraste yodado endovenoso. Se observó hígado, vías biliares, bazo, páncreas, riñones, asas intestinales, grandes vasos y vejiga normales. En pelvis, útero central con morfología y densidad normal. Se vio una imagen densa tipo masa, de bordes irregulares muy heterogéneo con diámetros de 6,9 cm x 9,8 (Figura 1, 2 y 3) cm, la cual muestra realce heterogéneo posterior a la administración de contraste yodado endovenoso, en relación con ovario derecho. Lesiones nodulares densas con diámetros de 1,9 cm y 0,8 cm en peritoneo, en región umbilical. Líquido libre en cavidad escaso.

En los exámenes de laboratorio se encontró que el hemograma, el uroanálisis, la función renal, los tiempos de coagulación, estaban dentro de los límites normales. Entre los marcadores tumorales: CA-125: 22,6 U/ml, CA-



Figura 1. Imagen de tumor en ovario derecho, señalada por flecha, en vista céfalocaudal de tomografía abdominopélvica con contraste.

*FIBROMA BILATERAL DE OVARIO EN MUJER POSMENOPÁUSICA.
REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA*

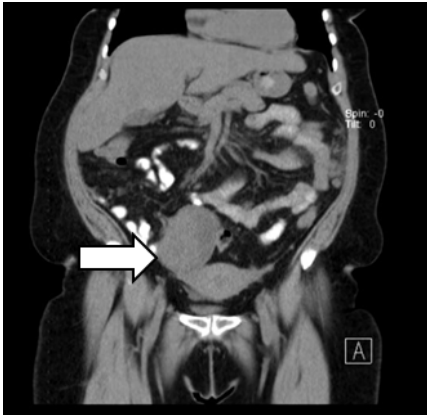


Figura 2. Imagen de tumor en ovario derecho señalada por flecha, en vista anteroposterior de tomografía abdominopélvica con contraste.



Figura 3. Imagen de tumoración en ovario derecho señalada por flecha, en vista lateral de tomografía abdominopélvica con contraste.



Figura 4. Útero con leiomioma en cérvix y ambos anexos aumentados de tamaño con tumoraciones nodulares sólidas en la superficie.

19-9: 10,6 U/ml, alfa-fetoproteína (AFP): 4,50 UI/ml, antígeno carcinoembrionario (CEA): 1,33 ng/ml, subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica (β -HCG): 0,91 mUI/ml.

Con el diagnóstico preoperatorio de tumor de ovario bilateral y mioma intracervical, se realizó una histerectomía abdominal total, siguiendo la técnica de Richardson (6) y salpingo-ooforectomía bilateral. No se realizó biopsia peroperatoria por no disponer de la técnica en la institución. Hallazgos: múltiples adherencias de peritoneo-epiplón, líquido libre en cavidad de escasa cantidad, útero de bordes irregulares de 7 cm x 6 cm x 5 cm, con tumoración de consistencia dura a nivel de cara anterior de cuello uterino. Ambos ovarios estaban aumentados de tamaño, el derecho midió 6 cm x 5 cm y el ovario izquierdo 5 cm x 4 cm; ambos ovarios con múltiples tumoraciones nodulares de consistencia dura en su superficie, la mayor de aproximadamente 1,5 cm (Figura 4), y síndrome adherencial intenso.

El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica concluyó los diagnósticos de fibroma ovárico bilateral, leiomioma cervical intramural deformante y cervicitis crónica activa.

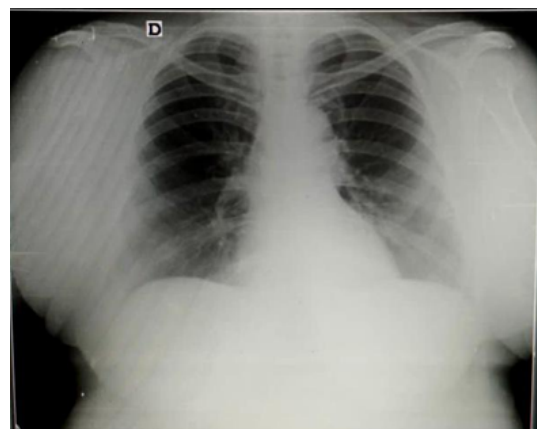


Figura 5. Rayos x de tórax, proyección anteroposterior. Campos pulmonares con reforzamiento de la trama bronquial hilar bilateral. Senos costo-frénicos y cardio-frénicos libres. Cayado aórtico prominente.

DISCUSIÓN

Los fibromas de ovario están clasificados dentro de los tumores estromales de los cordones sexuales en la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (7). Forman parte del grupo tecomafibroma, que abarca un espectro continuo, donde se incluyen tumores compuestos enteramente por fibroblastos productores de colágeno y tumores donde predominan células de la teca (8).

Son un tipo de neoplasia ovárica poco frecuente (1 % - 4 %), generalmente son unilaterales, de consistencia sólida, firmes, hormonalmente inactivos y compuestos principalmente de tejido conectivo fibroso. Estos se presentan en cualquier edad, pero más frecuente en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas (9, 10).

La sintomatología es variable: menarquia prematura, metrorragia, alteraciones del ciclo menstrual, dolor en hipogastrio y esterilidad, incluso pueden llegar a ser asintomáticos, presentándose como un hallazgo casual durante una exploración pélvica o ultrasonográfica de rutina (8-10). Cuando este tumor sólido de ovario se acompaña de ascitis y derrame pleural, constituye una triada descrita como síndrome de Meigs, el cual se presenta en 10 % - 15 % de los casos (11). El derrame pleural usualmente es derecho, acompañado de ascitis de tipo transudativa, resolviéndose posterior a la resección del tumor (9).

Se reporta que en el 90 % de los casos los fibromas de ovario son unilaterales (12), sin embargo, en ocasiones se presenta de manera bilateral y puede llegar a estar asociado con el síndrome de nevus basocelular, o también denominado síndrome de Goltz-Gorlin, el cual fue descrito en 1960. El síndrome de Goltz-Gorlin es un trastorno autosómico dominante cuyo gen se localiza en el cromosoma 9 q22.3-q31. Se manifiesta con fibromas ováricos bilaterales en el 75 % de los casos, además de múltiples carcinomas basocelulares

en piel, lesiones pseudocondilomatosas y otras anomalías (13).

La ecografía en estos tumores muestra una imagen hipocóica, sólida, redonda, ovalada o lobulada, con mínima a moderada vascularidad y asociado a líquido libre en cavidad (9). Ecográficamente debe distinguirse y hacerse diagnóstico diferencial con leiomiomas uterinos, fibrosarcomas, hiperplasias estromales, tumor de Brenner o de un tumor fibroide uterino pedunculado (14). En esta paciente, el estudio ecográfico reveló una imagen sugestiva de leiomioma en cérvix, además del tumor ovárico, por lo que en este caso ambas patologías coexistían. En la tomografía computarizada se observa como una masa sólida con captación retardada de contraste y en la resonancia magnética se detecta una baja intensidad de señal (2).

No hay marcadores tumorales específicos para un diagnóstico preoperatorio eficaz, ya que solo se ha visto elevación del CA-125 en pocas pacientes. Algunos estudios sugieren que la elevación del mismo se debe a factores bioquímicos, como aumento de la presión intraabdominal por la estimulación mecánica que ejerce la ascitis sobre el peritoneo y las células mesoteliales peritoneales (15, 16). En el presente caso, la paciente tenía un CA-125 normal, al igual que otros marcadores como el CEA, CA-19-9, β -HCG y AFP, los cuales se encontraban dentro de los límites normales. El estudio histopatológico del tumor es el método diagnóstico definitivo.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica del tumor. En mujeres posmenopáusicas y aquellas con paridad satisfecha, una histerectomía abdominal total es el tratamiento de elección, sin embargo, por la naturaleza benigna de la enfermedad, una cirugía para preservar la fertilidad en mujeres jóvenes y premenopáusicas puede ser contemplada (17). En esta paciente posmenopáusica de 55 años, se realizó una histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral.

*FIBROMA BILATERAL DE OVARIO EN MUJER POSMENOPÁUSICA.
REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA*

Después de la resección del tumor, el pronóstico es favorable en la mayoría de los casos, sin embargo, un 10 % de los casos muestran una celularidad aumentada, varios grados de pleomorfismo y actividad mitótica, características de un tumor con potencial maligno. En 1 % de los casos puede tener una progresión maligna a un fibrosarcoma (9).

A pesar de ser tumores benignos, el diagnóstico preoperatorio es complejo y tiende a confundirse con malignidad, especialmente si se presenta en mujeres posmenopáusicas, obesas, con ascitis y masa bilateral de consistencia sólida e irregular (18). Jacob y cols. (19) describieron un sistema de puntuación que permite obtener la probabilidad de malignidad de una tumoración ovárica llamada *Risk of Malignancy Index* (RMI) (19). Sin embargo, algunos estudios han demostrado su baja sensibilidad, por lo que no se debe utilizar como herramienta de pronóstico definitivo (15, 20). El RMI de la paciente fue de 207 puntos, lo que indicaba un riesgo de malignidad alto. En el caso descrito, se encontraron características sugestivas de malignidad: mujer posmenopáusica, con obesidad, estudios de imagen con características de lesión sólida en ovarios, irregular y bilateral. Una puntuación en el RMI > 200 puntos, a pesar de tener valores de CA-125 y otros marcadores tumorales negativos.

Durante la intervención, se evidenciaron ambos ovarios aumentados de tamaño, con múltiples tumoraciones sólidas y líquido libre en cavidad, características que forman parte del síndrome de Meigs, sin embargo, clínicamente y radiológicamente, no hubo hallazgos de derrame pleural (Figura 5), por lo tanto, fue descartada dicha asociación.

Posterior a la intervención quirúrgica, dichas piezas fueron enviadas para estudio histopatológico, reportando fibroma ovárico bilateral. De manera que, pese a un RMI aumentado y las características clínicas e imagenológicas de la paciente, no se reportó malignidad.

En conclusión, los fibromas de ovarios son tumores benignos, poco frecuentes, cuya presentación clínica es variable. La presencia de un tumor sólido, irregular y de líquido libre en cavidad son sugestivas de una lesión maligna, aumentando estas probabilidades si está asociado a bilateralidad, obesidad y posmenopausia, por lo que el diagnóstico preoperatorio puede constituir un reto. Es de importancia establecer el diagnóstico diferencial con otras patologías tumorales malignas y benignas de útero y ovario, para así poder orientar una conducta adecuada e individualizada a cada paciente.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento al Dr. Arturo Nadales, al Hospital IVSS Dr. Héctor Nouel Joubert, y a la paciente por toda su colaboración para la realización de nuestro manuscrito.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

REFERENCIAS

1. Gargano G, De Lena M, Zito F, Fanizza G, Mattioli V, Schittulli F. Ovarian fibroma: our experience of 34 cases. *Eur J Gynaecol Oncol* [Internet]. 2003 [consultado 5 de octubre de 2023];24(5):429-32. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/MED/14584663>
2. Cho YJ, Lee HS, Kim JM, Joo KY, Kim ML. Clinical characteristics and surgical management options for ovarian fibroma/fibrothecoma: a study of 97 cases. *Gynecol Obstet Invest.* 2013;76(3):182-7. DOI: 10.1159/000354555.
3. Sharmila V, Saichandran S, Babu TA, Singh D. A rare case of bilateral ovarian fibroma presenting as Meigs syndrome. *J Obstet Gynaecol.* 2013;33(6):636-7. DOI: 10.3109/01443615.2013.799128.
4. Estrada Pérez M, Mastrona OK, Puig Sánchez Y. Fibroma de ovario. *Rev Elect Zoilo Marinello* [Internet]. 2015 [consultado 25 de octubre de 2023];41(1). Disponible en: <https://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/538>

5. Outwater EK, Wagner BJ, Mannion C, McLarney JK, Kim B. Sex cord-stromal and steroid cell tumors of the ovary. *Radiographics*. 1998;18(6):1523-46. DOI: 10.1148/radiographics.18.6.9821198.
6. Rock JA, Thompson JD, Te Linde. *Ginecología Quirúrgica* [Internet]. 8th ed. Panamericana; 1998 [consultado 5 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?id=k3UJkAEACAAJ>
7. WHO Classification of Tumours: Female Genital Tumours. 5th edition. Editorial Board; 2020.
8. Mateo Corbalán C, González Sanz N, Cusiné López L, Pons Ferré LE, Rubio del Caño M, Pla Hierro J. Fibroma ovárico torsionado. *Prog Obstet Ginecol* [Internet]. 2006 [consultado 6 de octubre de 2023];49(7):401-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-fibroma-ovarico-torsionado-13090244>
9. Hoffman BL, Schorge JO, Halvorson LM, Hamid CA, Corton MM, Schaffer JI, editores. *Williams Ginecología*. 4th edition. Nueva York: McGraw Hill; 2020.
10. DiSaia PJ, Creasman WT, Mannel RS, McMeekin DS, Mutch DG. *Oncología ginecológica clínica*. Elsevier Health Sciences; 2018.
11. Tan N, Jin KY, Yang XR, Li CF, Yao J, Zheng H. A case of death of patient with ovarian fibroma combined with Meigs Syndrome and literature review. *Diagn Pathol*. 2022;17(1):83. DOI: 10.1186/s13000-022-01258-9.
12. Dockerty MB, Masson JC. Ovarian Fibromas: A Clinical and Pathologic Study of two Hundred and Eighty-Three Cases. *Am J Obstet Gynecol*. 1944;47(6):741-52. DOI: 10.1016/S0002-9378(16)40377-7
13. Galache P, Lara E, Noguera Sánchez M, Batiza Resendiz VA. Fibroma ovárico con degeneración quística. Reporte de un caso. *Rev Iberoam Fertil Reprod Hum* [Internet]. 2019 [consultado 5 de octubre de 2023];36(4):3-12. Disponible en: https://www.revistafertilidad.org/rif/vplus/arts/299_fibroma_ova_769_rico.pdf
14. González Cante M, Conde RS, Isidoro A, Blas R, Balcázar Vázquez R, Castellanos GC. Fibroma de ovario. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Hosp Jua Mex* [Internet]. 2011 [consultado 5 de octubre de 2023]; 78(1): 50-52. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2011/ju111j.pdf>
15. Numanoglu C, Kuru O, Sakinci M, Akbayır O, Ulker V. Ovarian fibroma/fibrothecoma: retrospective cohort study shows limited value of risk of malignancy index score. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2013;53(3):287-92. DOI: 10.1111/ajo.12090.
16. Shen Y, Liang Y, Cheng X, Lu W, Xie X, Wan X. Ovarian fibroma/fibrothecoma with elevated serum CA125 level: A cohort of 66 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(34):e11926. DOI: 10.1097/MD.00000000000011926.
17. Parwate NS, Patel SM, Arora R, Gupta M. Ovarian Fibroma: A Clinico-pathological Study of 23 Cases with Review of Literature. *J Obstet Gynaecol India*. 2016;66(6):460-465. DOI: 10.1007/s13224-015-0717-6.
18. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Management of adnexal masses. *Obstet Gynecol*. 2007;110(1):201-14. DOI: 10.1097/01.AOG.0000263913.92942.40.
19. Jacobs I, Oram D, Fairbanks J, Turner J, Frost C, Grudzinskas JG. A risk of malignancy index incorporating CA 125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. *Br J Obstet Gynaecol*. 1990;97(10):922-9. DOI: 10.1111/j.1471-0528.1990.tb02448.x.
20. Dochez V, Caillon H, Vaucel E, Dimet J, Winer N, Ducarme G. Biomarkers and algorithms for diagnosis of ovarian cancer: CA125, HE4, RMI and ROMA, a review. *J Ovarian Res*. 2019;12(1):28. DOI: 10.1186/s13048-019-0503-7.

Recibido 14 de enero de 2024
Aprobado 15 de marzo de 2024