

Metrorragia postmenopáusica: Tumor de la granulosa ovárica.

Postmenopausal metrorrhagia: Ovarian Granulosa cell tumors.

Carmen Herrero Vicent ¹

¹ FACULTATIVO ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA MÉDICA. HOSPITAL PROVINCIAL DE CASTELLÓN

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Carmen Herrero Vicent. e-mail: carmendcn@hotmail.com

Cad. Aten. Primaria
Año 2020
Volume 26 (1)
Páx. 22-23

INTRODUCCIÓN

El Atención Primaria se atienden cada vez más pacientes que han padecido un cáncer ginecológico. El seguimiento de las pacientes oncológicas requiere un abordaje multidisciplinar con una excelente coordinación y comunicación entre los diferentes especialistas. Una atención óptima por parte del equipo multidisciplinar incluye la prevención, la detección de las recidivas y las posibles segundas neoplasias.

DIAGNÓSTICO

Paciente de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial. Como antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. G4 P4 A0. Menopausia a los 53 años.

En febrero de 2008 consultó a su Médico de Atención Primaria por metrorragia postmenopáusica, quien remite de forma Urgente a Ginecología. Ante la sospecha inicial de una hiperplasia endometrial simple, se realizó una anexohisterectomía simple laparoscópica. En la pieza quirúrgica se evidenció una neoformación constituida por islotes celulares con cuerpos de Call Exner y por inmunohistoquímica presentó inhibina positivo. Se confirmó el diagnóstico de un tumor de células de la granulosa en ovario derecho. Tras presentar a la paciente en el Comité de Tumores Ginecológicos, se descartó el tratamiento adyuvante y se propuso seguimiento. La paciente se controló durante 5 años por el Ginecólogo mediante ecografía vaginal alternada con tomografía axial computarizada (TAC) abdomino-pélvica y analítica con inhibina B/estradiol. Posteriormente siguió revisiones por su Médico de Atención Primaria.

En marzo de 2013 consultó por dolor pélvico intenso de dos meses de evolución a su Médico de Atención Primaria, quien en la exploración física palpó un nódulo infraumbilical de 1.5 cm duro y fijo a planos profundos, sin otros hallazgos de interés. Por el antecedente de la paciente se derivó a Ginecología de forma preferente, y el 25 de marzo de 2013 se biopsió el nódulo peritoneal infraumbilical siendo el resultado anatomopatológico compatible con metástasis peritoneal por tumor de células de la granulosa. Por ecografía vaginal se evidenció una lesión ocupante de espacio quística de 2cm en topografía anexial derecha (**Figura1**). En una TAC toraco-abdomino-pélvica se evidenció una lesión hipoatenuada de

25 mm quística en hemipelvis derecha, (**Figura 2**). En el control analítico destacó una inhibina B 624 pg/mL (Rango normal de 47-341 pg/mL).

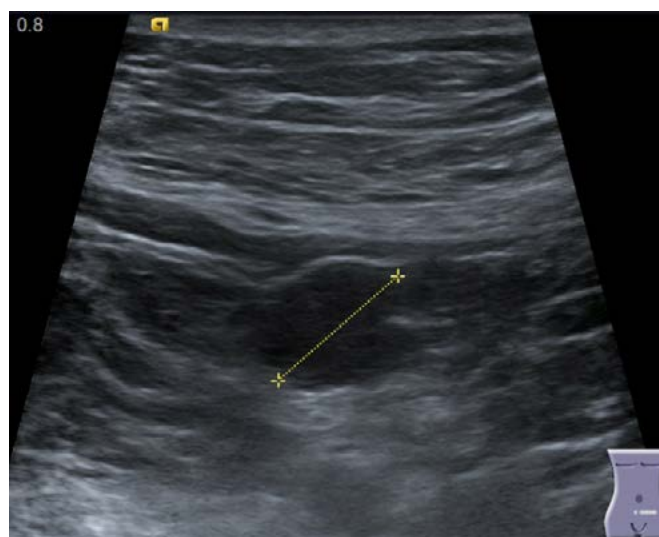


Figura 1. En la ecografía vaginal se objetiva nivel anexial derecho una lesión ocupante de espacio quística de 20mm.

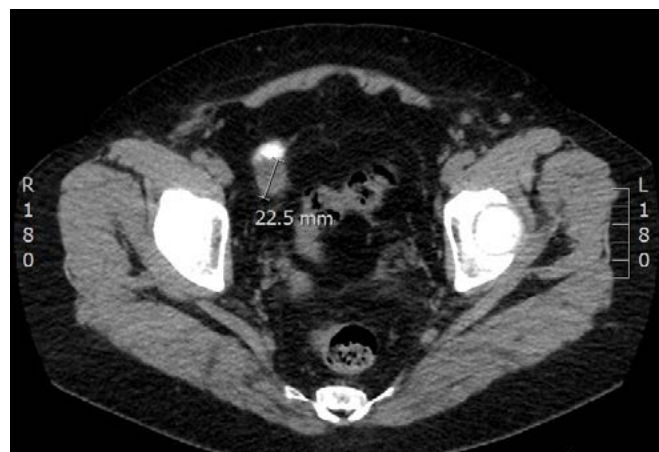


Figura 2. En la imagen correspondiente a la TC de diagnóstico de la paciente se observa una lesión hipoatenuada de 25 mm quística en hemipelvis derecha sugestiva de recaída tumoral.

Tras presentar el caso en el Comité multidisciplinar se propone tratamiento sistémico según esquema BEP Bleomicina 20 U / m² (34.40 U) + Etopósido 75 mg/ m² (129.02 mg)+ Cisplatino 20 mg/m² (34.40 mg) del día 1 al 5, del que recibe 4 ciclos de marzo a agosto de 2013, consiguiendo una respuesta completa radiológica. En septiembre de 2018 continua libre de enfermedad y en seguimiento alternado con Oncología Médica y Atención Primaria.

DISCUSIÓN

El trabajo en equipos multidisciplinarios con Atención Primaria, Ginecología y Oncología, ofrecen a las pacientes un abordaje integral.

Los denominados tumores de los cordones sexuales representan del 2 al 5% de las neoplasias de ovario.² Se pueden clasificar en tres tipos de subtipos; de la granulosa, teca-granulosa y células de Sertoli-Leydig.

El diagnóstico clínico se basa en la aparición de dolor abdominal o estreñimiento producido por el crecimiento de masas anexiales secundarios a la producción hormonal del tumor. También pueden asociarse alteraciones de la menstruación o galactorrea por la producción de estrógenos y progesterona o virilización por los andrógenos.

Los tumores de la granulosa se suelen diagnosticar en estadios precoces mediante la realización de una ecografía, TAC de abdomen-pelvis asociado a niveles de estradiol e inhibina, que suele utilizarse en el diagnóstico y seguimiento.³ Como el resto de tumores de ovario, la estadificación es quirúrgica, y debe seguir las pautas del cáncer epitelial invasor.^{4 5 6} En estadios avanzados la evidencia de la que disponemos procede de estudios retrospectivos o ensayos clínicos fase II con tratamiento quimioterápico sistémico.⁷⁻¹²

Estos tumores se caracterizan por recidivas tardías (25% a los 10 años)¹⁴, por eso es tan importante el abordaje multidisciplinar y conseguir que el seguimiento de estas pacientes se haga de forma compartida, colaborativa y coordinada entre los profesionales de Atención Primaria, Ginecología y Oncología.

BIBLIOGRAFIA

- Flemming GF, et al. Principles and practice of gynecologic oncology. 5th ed. Vol. 76. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins; 2009. p3-836
- Kanthan R, et al. The multifaceted granulosa cell tumors-myths and realities. A review. ISRS Obstet Gynecol. 2012;2012:878635
- Chan JK, et al. Prognostic factors responsible for survival in sex cord stromal tumors of ovary. A multivariable analysis. Gynecol Oncol. 2005;96 (1):204-9
- Colombo N, et al. Non-epithelial ovarian cancer: ESMO Clinical Practise Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2012; 23 Suppl 7:20-6
- Tinsley S, et al. Granulosa cell tumor of the ovary. J Clin Oncol. 2003; 21(6):1180-9
- Brown J, et al. Patterns of metastasis in sex cordstromal tumors of the ovary: can routine staging lymphadenectomy be omitted? Gynecol Oncol. 2009;113(1):86-90
- Homesley HD, et al. Bleomycin, estoposide, and cisplatin combination therapy of ovarian granulosa cell tumors and other stromal malignancies: A Gynecologic Oncology Group study. Gynecol Oncol. 1999; 72(2):131-7
- Pecorelli S, et al. Cisplatin, vinblastine and bleomycin combination chemotherapy in recurrent or advanced granulosa-(theca) cell tumours of the ovary. An EORT Gynaecological Cancer Cooperative Group study. Eur J Cancer. 1999;35(6):1331-7
- Hardy RD, et al. Hormonal treatment of a recurrent granulosa cell tumor of the ovary: case report and review of the literature. Gynecol Oncol. 2005;96(3):865-9
- Tao X, et al. Anti-angiogenesis therapy with bevacizumab for patients with ovarian granulosa cell tumors. Gynecol Oncol. 2009; 114(3):431
- Shah SP, et al. Mutation of FOXL2 in granulosa-cell tumors of the ovary. N Engl J Med. 2009; 360(26):2719-29
- Park M, et al. FOXL2 interacts with steroidogenic factor -1 (SF) and represses SF-1-induced CYP17 transcription in granulosa cells. Mol Endocrinol. 2010; 24(5): 1024-36
- Garcia-Donas, et al. Cytochrome P450 inhibition with ketoconazole as treatment for advanced granulosa cell ovarian tumor. JCO. 2012;45:0346
- Oztekin D et al. Granulosa cell tumors of the ovary: review of 43 cases. J BUON. 2012;17(3):461-4
- Lee IH, Clinicopathologic characteristics of granulosa cell tumors of the ovary; a multicenter retrospective study. J Gynecol Oncol. 2011; 22(3):188-95.