

Sr. Director de la Revista
Médica del Uruguay
Dr. Ariel Montalbán

Tumor de la granulosa del ovario. Comunicación de un caso.

Dres. Adriana Córdoba⁽¹⁾,
Graciela Reyes⁽¹⁾, Gabriel Krygier⁽²⁾

Queremos comunicar al resto del cuerpo médico un caso clínico que ilustra una enfermedad extremadamente rara, de discutible tratamiento y con una evolución no esperada.

Caso clínico

Paciente de 46 años, sexo femenino, sin gestaciones previas, posmenopáusica reciente. Que consulta en mayo de 1998 por la instalación de un cuadro agudo de abdomen. Se diagnostica tumor de células granulosas del ovario derecho realizándose resección quirúrgica completa.

En julio se completan estudios de estadificación que son normales. Por tratarse de un estadio I-C (tumor limitado a un ovario con rotura capsular), con elementos de mal pronóstico como lo constituían el elevado índice mitótico, la necrosis tumoral y la rotura capsular, se decide instaurar tratamiento quimioterápico adyuvante en base a: cisplatino, vinblastina, bleomicina a dosis habituales.

La paciente fallece a las 96 horas de haber finalizado el primer ciclo de quimioterapia como consecuencia de un shock séptico. No se realizó necropsia.

Comentario

El tumor de la granulosa si bien es raro (3%-7% de los tumores del ovario) es el más frecuente de los tumores del estroma y del cordón sexual^(1,2).

El Registro Nacional de Cáncer ha reportado entre los años 1988 y 1996 novecientos tumores de ovario, con solo cuatro tumores de células granulosas (0,44%); uno diagnosticado en 1988, dos en 1993 y uno en 1995.

Se presenta tanto en edad reproductiva como en la posmenopausia. En nuestro país la edad de presentación osciló entre 52 y 75 años.

El estadio al diagnóstico es el principal factor pronóstico reconocido^(1,2), 85%-90% se presenta en estadio I y 95% son unilaterales^(1,4) como se evidenció en nuestra paciente.

Son tumores de bajo grado de malignidad, la mayoría confinados a un ovario, de lenta evolución con diseminación preferentemente local y con altas tasas de sobrevida especialmente para los estadios localizados^(1-3,5).

El pilar terapéutico es la resección quirúrgica completa (salpingooforectomía bilateral, histerectomía total, omentectomía, exploración abdominal completa, lavado citológico, biopsias peritoneales, muestreo de ganglios retroperitoneales), como la realizada en nuestra paciente.

La quimioterapia adyuvante es controvertida en especial en el estadio I-C, caso que motiva nuestra presentación. Sólo ha mostrado inducir respuestas en estadios avanzados⁽²⁾.

El plan PVB (cisplatino, vinblastina, bleomicina) es el que ha reportado mejores respuestas, tanto en sobrevida libre de enfermedad como sobrevida global.

Los reportes retrospectivos sobre la radioterapia adyuvante son contradictorios en cuanto a su real beneficio en términos de sobrevida. En la actualidad no existen argumentos científicos que soporten su indicación^(2,4). Podría ofrecer un beneficio en caso de persistir enfermedad residual mínima^(2,5).

Su uso en enfermedad diseminada o recurrente es anecdótica⁽²⁾.

El pronóstico para estadios precoces es excelente siendo la sobrevida global a cinco años aproximadamente de 95% (92%-98%) y para los avanzados de 65% (57%-76%). En nuestro país una paciente falleció a los 32 meses de su diagnóstico y otra a los 16 meses por causas ajenas al tumor, permaneciendo las restantes vivas y libres de enfermedad.

Las recaídas son tardías, un tercio a cinco años y un quinto a los diez años con una media de seis años luego del diagnóstico inicial, pero recurrencias más allá de los veinte años han sido reportadas, lo que exige un seguimiento prolongado^(2,4).

Las recaídas pueden darse tanto a nivel local como regional abdominal, como en lo general pulmonar, hepático y encefálico por diseminación hematológica. El seguimiento debe incluir el examen clínico, la dosificación de marcadores bioquímicos (estradiol) y la realización de mamografía por el riesgo incrementado de desarrollar cáncer de mama⁽⁴⁾.

Dada la lamentable evolución que presentó el caso comunicado, no podemos inferir conclusiones con respecto a la respuesta al tratamiento.

Bibliografía

1. Abound E. Adult granulosa cell tumours of the ovary. Eur J Gynecol Oncol 1997; 18(6): 520-2.
2. Segal R, De Petrillo A, Thomas G. Clinical Review of Adult Granulosa Cell Tumors of the Ovary. Gynecol Oncol 1995; 56: 338-44.
3. Disaia PJ, Creasman NT. Clinical Gynecological Oncology. Germ cell, stromal, and other ovary tumors. 4th Ed St. Louis: Mosby, 1993. (Chapter 12): 426-57.
4. Verdhagen CA, van Hoesel QG, Schijt CPT, De Mulder PHM. The management of granulosa cell tumor of the ovary - a case history. Ann Oncol 1996; 7:521-4.
5. Hines JF, Khalifa MA, Moore JL, Fine KP, Lage JM, Barnes WA. Recurrent Granulosa Cell Tumor of the Ovary 37 Years after Initial Diagnosis: A Case Report and Review of the Literature. Gynecol Oncol 1996; 60: 484-8.

1. Residente Oncología Clínica. Instituto Nacional de Oncología.

2. Asistente del Departamento de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina.

Correspondencia: Dra. Adriana Córdoba. San Salvador 2180 Ap. 702. Montevideo, Uruguay.