

POLICLINICO UNIVERSITARIO
“MARTIRES DEL 4 DE ABRIL”
GUANTANAMO

**ARRENOBLASTOMA.
INFORME DE UN CASO**

Dra. Mercedes Dimont Bess¹, Dra. Josefa Jiménez Hernández², Dra. Lorríst Palomares Pickering³, Dra. Rosa Nelly Vázquez⁴, Dra. Katia Ramírez Sánchez⁴.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 18 años con antecedentes de amenorrea de 11 meses de evolución, acompañado de dolor y sensación de peso bajo vientre. Se realiza ultrasonido visualizador imagen compleja a predominio ecolúcida tabicada que desplaza vejiga a la derecha. En el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto de Guantánamo se realiza también laparotomía exploradora, detectándose quiste gigante derecho por lo que se efectúa anexectomía derecha por el estudio histológico se confirma el diagnóstico de arrenoblastoma variante intermedio por ser entidad rara, poco común al researse completamente el tumor, desapareció la amenorrea con evolución y pronóstico muy bueno, por lo que nos hemos tomado el interés de informar este caso.

Palabras clave: **ANDROBLASTOMA/diagnóstico; NEOPLASMAS OVARICOS.**

INTRODUCCION

El arrenoblastoma es un tumor que secreta testosterona, raro poco común.¹⁻⁵ Representa menos del 0.5 % de todos los tumores de ovarios, se encuentra en todos los grupos de edades, aunque es más común en las mujeres jóvenes. La incidencia máxima esta en el segundo y tercer decenio de la vida.^{1,2,5,6} Esta entidad también es conocida por tumor de células sertoli y leyding.¹⁻⁶

¹ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

² *Especialista de II Grado en Anatomía Patológica.*

³ *Especialista de II Grado en Medicina General Integral.*

⁴ *Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.*

Este tumor secreta hormonas masculinas que reaccionan con cambios sexuales masculinos en la mujer. El cuadro clínico de masculinización ocurre en el 75 % de estos tumores.⁴ Existen 3 variedades histológicas la diferenciada que corresponde al adenoma testicular, caracterizada por un estructura tubular muy definida que reproduce en forma mas o menos perfecta los túbulos testiculares normales.

Variedad indiferenciada que puede considerarse un sarcoma típico, en el cual sólo el estudio cuidadoso de muchos fragmentos puede revelar la presencia de estructuras semejantes a cordones sexuales.

Variedad intermedio se aprecia una distribución de estructuras tubulares definidas, de células intersticiales y de columnas de zigzag que recuerdan los cordones sexuales de las fases más tempranas del desarrollo de las gónadas.

El pronóstico depende del grado de extensión de la enfermedad y la capacidad para extirpar completamente el tumor con la cirugía tiene poca probabilidad de diseminación metastásica, si el tumor se detecta temprano.^{1,5,6,8,9,11}

Existen buenos resultados después del tratamiento quirúrgico, los síntomas y signos regresan y la evolución es satisfactoria.^{5,6,8,10} En caso que hayan diseminado, se debe considerar la radioterapia y quimioterapia. La tasa de supervivencia total de 5 años es de aproximadamente 70 - 90 %.^{5,6,11}

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 18 años con antecedentes de buena salud hasta hace 11 meses que comenzó a presentar amenorrea acompañada de dolor y sensación de peso bajo vientre.

Antecedentes patológicos personales: No refiere.

Examen físico:

A. Respiratorio: normal. fr. 20 x 1.

A Cardiovascular: Ruidos cardiacos audibles y rítmicos. T.A. 110/70 mm Hg.

Fc. 180/min

Abdomen: Se palpa tumoración en hipogastrio y dolorosa.

T. vaginal: Se palpa tumoración, renitente dolorosa que se extiende hasta el hipogastrio.

Colposentesis: Se extrae 3cc de sangre que no coagule.

Ultrasonido

Imagen compleja o predominio eco lúcida tabicada que desplaza y comprime la vejiga y ocupa todo el hipocondrio. Hay líquido escaso en espacio hepatorenal.

Complementarios de laboratorio clínico

Hb 139 g/l

Hto 41 l/l

Leuco: $5.5 \times 10^9/l$

P-050

L-047

E-003

Eritrosedimentación: 14 mm/h.

Glicemia: 4.6 mmol /l

Coagulación: mínimo

T. sangre: 1 minuto

T sangre: 5 minutos

R. Cong.: Coagulo retráctil a la hora

Exudado vaginal: Negativo

Se lleva al salón donde se le realiza anexectomía derecha con quiste de ovario gigante estallado con 100 cc de sangre en cavidad abdominal se hace toilette comprobándose hemostasia, pequeño anejo izquierdo y trompas normales.

Anatomopatológicamente:

Macroscópicamente

Se recibe pieza quirúrgicamente constituida por trompa de 5 x 1 cm serosa lisa vascularizada. Ovario de 15 x 8 x 5 con discreta pérdida de la solución de continuidad hacia una de sus caras al corte varias cavidades quísticas con

contenido hemorrágico, áreas tumorales sólidas grisáceas amarillentas con modificaciones degenerativas y hemorrágicas.

Microscópicamente.

En los cortes histológicos se aprecian una distribución variable de estructuras tubulares definidas, de células dispuestas en Zigzag, que recuerdan los cordones sexuales de las fases más tempranas del desarrollo de las gónadas.

DISCUSION DEL CASO

Los arrenoblastomas son tumores raros, unilaterales que aparecen en cualquier edad, aunque la evidencia máxima esta en el segundo y tercer decenio de la vida. La embriogénesis de tales células del estoma de tipo masculino sigue siendo desconcertante.

Estas neoplasias pueden bloquear el desarrollo sexual femenino normal de las niñas pueden causar desfeminización de la mujer, que se manifiesta por atrofia de las mamas, amenorrea, esterilidad y caída del cabello.

Debemos hacer el diagnóstico diferencial con tumores de células granulosas, por el parecido, pero se descarta por la histología, aunque su mejor frecuencia es unilateral se observan en mujeres jóvenes, pueden dar lugar a la aparición de pubertad precoz en mujeres puberales, en la mujer adulta pueden acompañarse de hiperplasia endometrial, de enfermedad quística de la mama y carcinoma endometrial.

El caso que informamos no tiene estas características clínicas, sino que recoge historia de amenorrea de 11 meses de evolución, de dolor y pesantez en hipogástrico en una mujer joven de 18 años con tratamiento quirúrgico se realizó resección completa del tumor, se confirmó el diagnóstico de arrenoblastoma y evolución satisfactoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Robbins Patología Estructura y funcional. 6ªed. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2000.p. 1123-1124.

2. González RA, Perez HA, Gomez R. Arrenoblastoma del ovario y policitemia. *Centro Med.* 1999; 44 (1): 44-6
3. Sanchez Sabando J, Jurado Barahona K. Tumor virilizante del ovario: presentación de un caso. *Oncol (Quito).*1999; 7 (1): 77-8
4. Ortiz IR, Rammriz H, Luis A. Androblastoma testicular. *Rev Mid Domin.* 2000; 49 (1): 27-8.
5. Blackman S. Department of Pediatrics Cennunati. Children's Hospital Medical Center, Cencimate. OH. A case of Sertoli-Leydig cell tumour of the ovary with a multilocular cystic appearance on CT and MR imaging[serie en internet]. *Pediatr Radiol.* 2006; 38(8):898-901. [Citado: 22 oct 2007]. Disponible en: <http://www.herryfordheath.org/144553fm>.
6. Blackman S. Department of Pediatrics Cennunati. Children's Hospital Medical Center, Cencimate. OH. Investigating differentiation mechanisms of the constituent cells of sex cord-stromal tumours of the ovary[serie en internet]. *Virchows Arch.* 2008; 453(5):465-71. [Citado: 22 oct 2007]. Disponible en: <http://www.walgreens.com/library/spanishcontents.jsp.doctype-58doced-001507>
7. Jonallnan SB, Hadáis E, Hillard PA. Novak Tratado de Ginecología. 10ªed. Tumores ováricos. México : McGraw Hill Interamericana; 1996.p.1123.
8. Alves E, Tubino P. Tumor de células de sertoli y leydig del ovario. *Rec Bras Canderol.* 1999; 38(4): 151-62.
9. Reis FJC, Noveira Andrede J, Almedia Silva Reis P, Noruega AA, Beghetti SGynondroblastoma: comunicación de un caso *Rev méd domin.* 1995; 56(3):122-3, sept.-dic.
10. Flores OR. Androblastoma en preescolar de 4 años: a propósito de un caso. *Rev Med Hondurs.* 1999; 59(1): 29-33.
11. Samuel Blackman, M. D Department of Pediatrics Cennunati. Children's Hospital Medical Center, Cencimate. OH. Sertoli-Leydig cell tumor: a rare ovarian neoplasm. Case report and review of literature[serie en internet]. *Gynecol Endocrinol.* 2006; 24(4):230-4, [Citado: 22 oct 2007]. Disponible en: <http://www.herryfordheath.org/144553cfm>

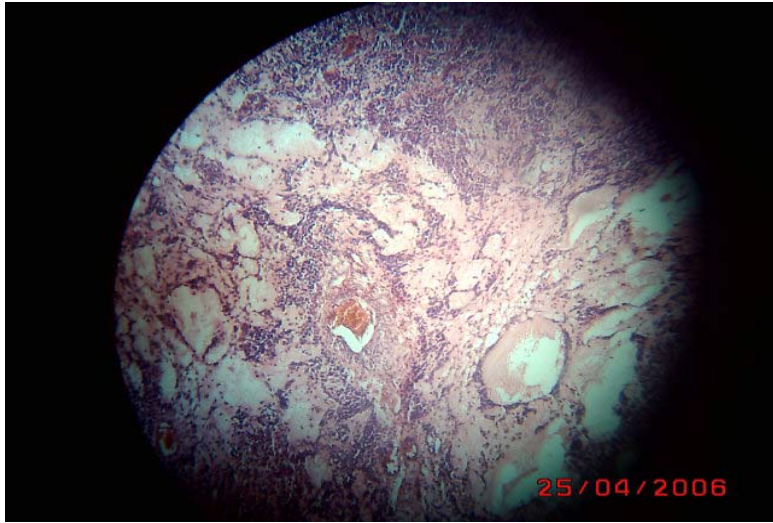


Figura 1. Arrenoblastomas variedad intermedio.

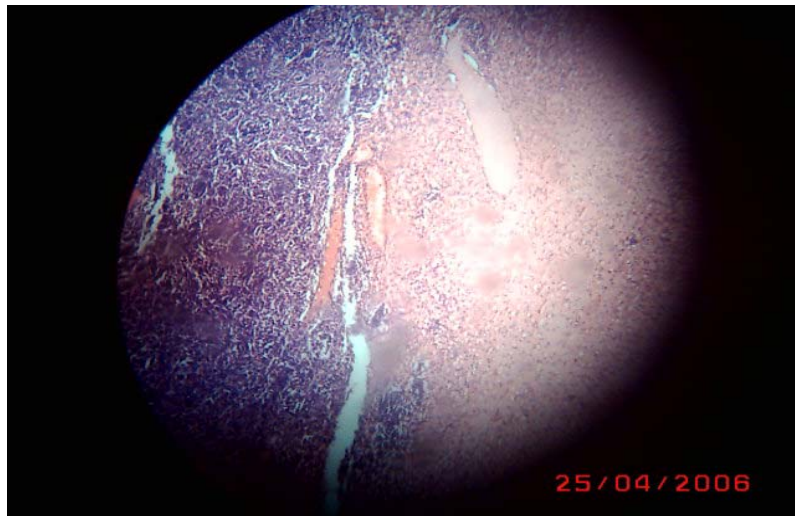


Figura 2. Arrenoblastomas variedad intermedio.

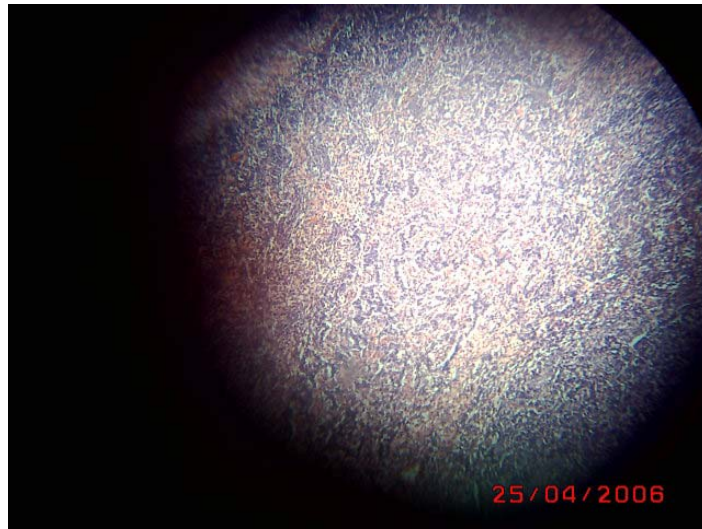


Figura 3. Arrenoblastomas variedad intermedio.