

Revista MÉDICA HONDUREÑA

(2a Época)

ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

Director:
Dr. José Gómez-Márquez G.
M

Administrador:
Dr. Ramiro Coello Núñez

Secretario:
Dr. Antonio Bermúdez Milla

Editores:

Dr. Jorge Haddad Quiñonez
Dr. Jorge Rivera
Dr. Raúl Duron M.

Dr. Francisco Alvarado
Dr. Silvio R. Zúniga

700 ejemplares

PATOLOGÍA

Tumor de Células de la Granulosa

Dr. Carlos A. Delgado,
Jefe del Servicio de
-Cirugía Pediátrica del
Hospital San Felipe

Dr. Raúl A. Durón M.,
Jefe del Depto. de Pa-
tología del Hospital ____
General San Felipe.

Dr. Manuel Sequeiros,
Jefe del Depto. de Gine-
cología y Obstetricia
Hospital Gral. San Felipe

INTRODUCCIÓN. —La poca incidencia de tumores feminizantes como patología quirúrgica pediátrica nos induce a publicar el siguiente caso observado recientemente en el servicio de Pediatría del Hospital General San Felipe. En una revisión de 15 años aproximadamente de tumores pediátricos en nuestro medio y según los datos del archivo del Departamento de Patología de este mismo Hospital este es el primer caso de este tipo de tumor encontrado en la edad pediátrica.

CASO CLÍNICO. —L.E.P. 6 años de edad, sexo femenino. Ingresó el 19 de noviembre de 1965 al servicio de Cirugía Infantil procedente de San Antonio de Flores (Depto. de Choluteca) con síntoma de expulsión de sangre por los órganos genitales.

Aproximadamente 24 días antes del ingreso se inició la enfermedad con secreción escasa de líquido color blanquecino, no fétida y con ausencia de dolor. Tres días después hubo cambio de coloración tornándose de aspecto francamente sanguinolento persistiendo invariablemente en diferentes cantidades por lo cual decidió consultar al médico. Con anterioridad a la secreción había moderado dolor de abdomen. Luego se fue observando la

presencia de inmolación dura en el abdomen, notando la madre de la niña que al mismo tiempo había crecimiento de ambas glándulas mamarias. Dicho crecimiento mamario siguió progresivamente hasta el momento del ingreso. No habían antecedentes de importancia. Al examen físico, niña de 6 años de edad. Dicha edad cronológica concordaba con su edad biológica. Buenas condiciones nutricionales y estado psíquico normal- Pesaba 40 libras. La temperatura era de 38°C. El pulso 130/m. Presión arterial 105/70. Talla 107 cms. y respiraciones 40/m. Los datos positivos del examen físico se refieren al aumento de las glándulas mamarias, abdomen globuloso palpándose una tumoración sólida, no movilizable que ocupaba el hemiabdomen inferior, localizado más hacia el lado derecho y midiendo aproximadamente 30 x 20 cms. bordes regulares. No habían adherencias a la piel y era ligeramente dolorosa a la presión. Había ligera hipertrofia de los labios mayores de la vulva con la presencia de costra de color negruzco en la superficie del himen. No se observó la presencia de vello pubiano. El tacto rectal mostró un esfínter normal estando la ampolla rectal ocupada por la tumoración mencionada. Se lograba movilizar discretamente confirmando su procedencia de la fosa iliaca derecha. Con los datos anteriores se hizo el diagnóstico clínico de tumor feminizante de ovario y se comenzaron a hacer estudios complementarios para confirmar ese diagnóstico. Mediante estudio citológico de mucosa oral se comprobó positividad de la cromatina sexual. Citología de mucosa vaginal mostró cambios de hiperestrogenismo. La prueba de embarazo fue negativa. Examen radiológico determinó una edad ósea de 5 a 6 años. No se observó patología pleuro pulmonar y mediastinal. Se practicó un pielograma intravenoso el cual mostró riñones de forma y tamaños normales, el derecho ligeramente rechazado hacia arriba por tumoración bastante grande que ocupaba el flanco derecho. El uréter del mismo lado estaba ligeramente desplazado hacia afuera en su tercio medio por la tumoración mencionada. Había buena eliminación renal. No se observó patología orgánica mediante enema baritado en el intestino grueso, a excepción de posición alta del ciego. No fue posible practicar dosificaciones hormonales en suero y en orina debido a deficiencias de laboratorio. El tumor fue extirpado el 1º de diciembre/65, junto con la trompa uterina. Fuera de la tumoración ovárica derecha no se encontraron otras tumoraciones en el resto de la cavidad abdominal. Fue enviado al Departamento de Anatomía Patológica donde se hizo la siguiente descripción: "Ovario transformado en tumoración sólida que pesa 1.100 gramos midiendo 15x12x10 cms. Está cubierta de una membrana a través de la cual hacen prominencia lóbulos gruesos. En la superficie externa se observa una trompa uterina de 8 cm. de largo. No hay nódulos que hayan roto la cápsula tumoral. la superficie de corte muestra tejido tumoral con marcado tinte blanco amarillento, áreas hemorrágicas y pequeñas formaciones quísticas. Una de estas cavidades está llena de coágulos sanguíneos. El tejido tumoral abomba sobre la superficie de corte, es blando dando aspecto de panal de abejas por aspecto trabeculado y microquistes.

Se observan también escasos puntos necróticos en algunas áreas. Al examen microscópico el tumor está formado de diferentes nódulos, los cuales están separados unos de otros por anchas bandas de células fusiformes, de aspectos mesenquimatosos semejando a las células fecales.

Dentro de los nódulos se observa componente de células epiteliales que semejan a las células granulosa foliculares pero que han sufrido marcados cambios de luteinización, apareciendo con abundante protoplasma vacuolado, posiblemente abundante en lípidos. En algunas áreas tienden 3

Agruparse alrededor de espacios llenos de sustancia eosinofílica dando falsa imagen de formaciones glandulares. Los núcleos son hipercromáticos sin observarse mayor pleomorfismo ni mucho menos anaplasia. Sin embargo, alguno que otro núcleo es grande, deforme, observándose ocasionales formas mitóticas. Debido a los cambios de luteinización mencionados, el tumor semeja bastante desde el punto de vista histológico a tumores masculinizantes del ovario tales como el arrenoblastoma y el tumor de restos suprarrenales. Este origen queda desde luego descartado por la historia clínica y datos complementarios. A pesar de la aparente benignidad histológica el pronóstico deberá ser reservado. Diagnóstico: Tumor de teca granulosa luteinizado de ovario derecho".

Comentarios: Los tumores mesenquimatosos feminizantes del ovario se dividen en tres categorías clínicas según aparezcan en (a) edad prepuberal, (b) edad puberal y (c) menopausia. El diagnóstico cuando ocurren en el primer grupo es relativamente fácil ya que en esta edad se encuentran los síntomas de pubertad precoz como en el presente caso, acompañados de tumoración palpable en el abdomen. Cabe, sin embargo tener en cuenta que el 90% de los casos de pubertad precoz pueden ser de tipo constitucional, ideopática o genética. En el 10% de los casos restantes hay que incluir, además de los tumores feminizantes del ovario, lesiones cerebrales que interesan el hipotálamo, hiperplasia o tumores de las glándulas suprarrenales, el coriocarcinoma en cualquiera de sus localizaciones y la debida a ingestión de estrógenos (iatrogénica) (5). Dentro de la edad pediátrica se han descrito aproximadamente 62 casos de tumores de la granulosa (1-2-4-7-8-11-14) lo cual representa aproximadamente el 5% de todos los casos de tumores de la granulosa observados en todas las edades, que a su vez suman aproximadamente a un poco más de 1.000 hasta 1962. (9) El caso más joven que se conoce es el descrito por Zemke y Herrell. (15) en una niña de 14 semanas de edad. La incidencia en niñas varía considerablemente según diferentes hospitales y en algunos no se han observado del todo en la edad prepuberal (12) Groeber (6) recopila "datos de 1937 a 1962 de 263 tumores ováricos incluyendo quistes foliculares en niños. El 50% fueron teratomas quísticos benignos y solamente un 5% eran del tipo de células de la granulosa. Boles (3) en un estudio de 16 neoplasias ováricas en niñas incluyendo quistes, solamente encontró un caso de este tumor en una niña de 5 años. Dicho caso es el único informado en 10 años en el Columbus Childrens Hospital. En el Children Memorial Hospital de Chicago (13) solamente se ha reportado hasta 1962 un caso de tumor de células de la granulosa en los últimos 25 años, en una niña de 3 años y medio de edad. González (5) en la República Argentina muestra la casuística de este país que se refiere a tres casos descritos por otros autores agregando un caso propio. Las edades fueron 2-7-7 y 8 años. El caso propio pesaba 2.300 grs. siendo uno de los más voluminosos informados.

Respecto a la clasificación histológica tenga tal vez importancia dividirlos en tres grupos: diferenciado, intermedio*) e indiferenciado con la idea de que tanto más indiferenciado el pronóstico deberá ser más reservado especialmente en los tipos sarcomatoso y carcinomatoso difuso. Sin embargo muy frecuentemente tumores que caen dentro de estos grupos muestran sobrevida elevada y tumores bien diferenciados baja sobrevida (10). El 28% de este tipo de tumor puede mostrar recurrencia más o menos temprana notándose casos en los cuáles el tumor ha reaparecido en el lado opuesto treinta años después de la extirpación del primario. En

términos generales puede estimarse que la supervivencia en 5 años es del 20 % al 30 % en cualquier edad que aparezca el tumor de la granulosa. Estos datos indican la enorme reserva que debe tenerse al catalogar estos tumores como benignos. Posiblemente este concepto erróneo se debe a que muy pocos casos son suficientemente seguidos por varios años para determinar a conciencia su evolución benigna o maligna.

RESUMEN: Se informa sobre un caso de tumor de células de la granulosa luteinizado en una niña de 6 años, de edad, la cual presentaba síntomas característicos de tumor feminizante de ovario: sangramiento vaginal, crecimiento de glándulas mamarias y tumoración voluminosa en el abdomen con signos de hiperestrogenismo en frotis de secreción vaginal. Por razones de orden técnico no fue posible hacer dosificaciones hormonales. El diagnóstico clínico fue ampliamente confirmado mediante estudio anatomopatológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—Ahumada y Cols. "El Cáncer Ginecológico" Ed. El Ateneo, Bs As. TI Tomo, 89, 1960.
- 2.—Bland and Goldstein. Surg Gynec & Obst. 61: 250, 1953.
- 3.—Boles, E. Thomas: Hardacre, Jerry Newton, William: Ovarian tumors and Cysts in infant and Children. Arch. of Surg. 83 580, 1961.
- 4.—Butt, J. A. Am. J. Obst. & Gynec 69 833, 1955.
- 5.—González, José Roberto: Tumor de Células de la granulosa en una niña de ocho años. Prensa Med. Arg. 48: 300, 1961.
- 6.—Groeber, Walter R.: Ovarian tumors during infancy and Childhood. Am. J. Obst. & Gynec. 96: 1027, 1963.
- 7.—Jolly, H. Pediatric Gynecology, Ed. J. W. Huffman 197, 1960.
- 8.—Lull, C. R. Am. J. Obst. & Gynec. 41: 445, 1961.
- 9.—Morris, J. M. and Scully, R. E. Endocrine Pathology of the ovary, St. Louis C. V. Mosby Company, PP 35 and 66-78, 1958.
- 10.—Ochoa, Ángel Abud: Tumores de Teca Granulosa. Sem. Med. Centroamérica y Panamá, 3: 141, 1966.
- 11.—Seckell H., O.G. Med. Clin. Of. North Am. 30: 1, 1946.
- 12.—Salatino M. y Nóbrego, Samuel: Tumores ováricos a células de la granulosa, Sem Med. 124: 167. 1964.
- 13.—Steiner, M. M. and Hadawi, S: Tumor of ovary with Sexual precocity. Am. J. Dis. Children 104: 380, 1962.
- 14.—Tachella, Costa y Cols. Rev. Asoc. Méd. Arg. 62: 40, 1949.
- 15.—Zemke and Herrell: Bilateral Granulosa Cell Tumors. Am. J. Obst. & Gynec. 71: 704, 1941.