

CASO CLÍNICO

CASE REPORT

1. Servicio de Patología Quirúrgica y Necropsias, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima, Perú
 - a Médico especialista en Anatomía Patológica, Médico Asistente
 - b Médico cirujano, Médico Residente de la especialidad de Anatomía Patológica

Conflicto de intereses: Los autores del presente reporte de caso declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 26 julio 2018

Aceptado: 2 agosto 2018

Correspondencia:

Dra. Angélica Asencio Aguedo,

📍 Mz H lote 15 Brisas de Villa- Santiago de Surco

☎ 965008273

✉ angelica_asenc@hotmail.com

Citar como: Asencio Aguedo AY, Cerrillo Álvarez GG. Luteoma del embarazo. Reporte de caso. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):479-482. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2115>

Luteoma del embarazo. Reporte de caso

Luteoma of pregnancy. A case report

Angélica Yeyli Asencio Aguedo^{1,a}, Gustavo Gino Cerrillo Álvarez^{1,b}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2115>

ABSTRACT

Luteoma of pregnancy is an infrequent non-neoplastic pathology of the ovary. It is usually an incidental finding during the evaluation of a pregnant patient in the third trimester or during a cesarean section. Occasionally, it may raise suspicion of cancer, resulting in unnecessary surgical resection of the ovary. We present the case of a 34-year-old woman who was in her third pregnancy and during the cesarean section, a 9 cm tumor of the right ovary was incidentally found and resected. The histological study was compatible with luteoma of pregnancy.

Key words: Pregnancy luteoma, Cesarean section, Postpartum.

RESUMEN

El luteoma del embarazo es una patología no neoplásica del ovario, de incidencia poco frecuente. Suele presentarse como hallazgo incidental durante la evaluación de una paciente embarazada en el tercer trimestre o en el momento del acto quirúrgico de una cesárea. En ocasiones, puede llevar a sospechar una neoplasia maligna, derivando así en una resección quirúrgica innecesaria del ovario. Presentamos el caso de una mujer de 34 años que cursaba su tercera gestación y a quien, durante la cesárea, se le halló una tumoración ovárica derecha de 9 cm de diámetro que fue reseada. El estudio histológico fue compatible con luteoma del embarazo.

Palabras clave. Luteoma del embarazo, Cesárea, Puerperio.

INTRODUCCIÓN

El luteoma del embarazo fue descrito por primera vez en 1963 por el Dr. William Sternberg⁽¹⁾, quien lo describió como una hiperplasia y luteinización de las células de la teca; de allí que no se le considere una neoplasia. Suele presentarse de forma asintomática en una paciente embarazada durante el tercer trimestre. El ginecólogo debe tener en cuenta el luteoma del embarazo dentro de sus diagnósticos diferenciales, cuando observa una tumoración ovárica durante la cesárea para evitar una resección innecesaria del ovario.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años, en su tercer embarazo sin ninguna intercorrenza, que ingresó al Hospital para realizarse una cesárea electiva debido al antecedente de dos cesáreas previas. Durante el procedimiento se hizo el hallazgo incidental de una tumoración ovárica derecha no complicada, de 9 cm de diámetro mayor, la cual fue resecada en el acto quirúrgico.

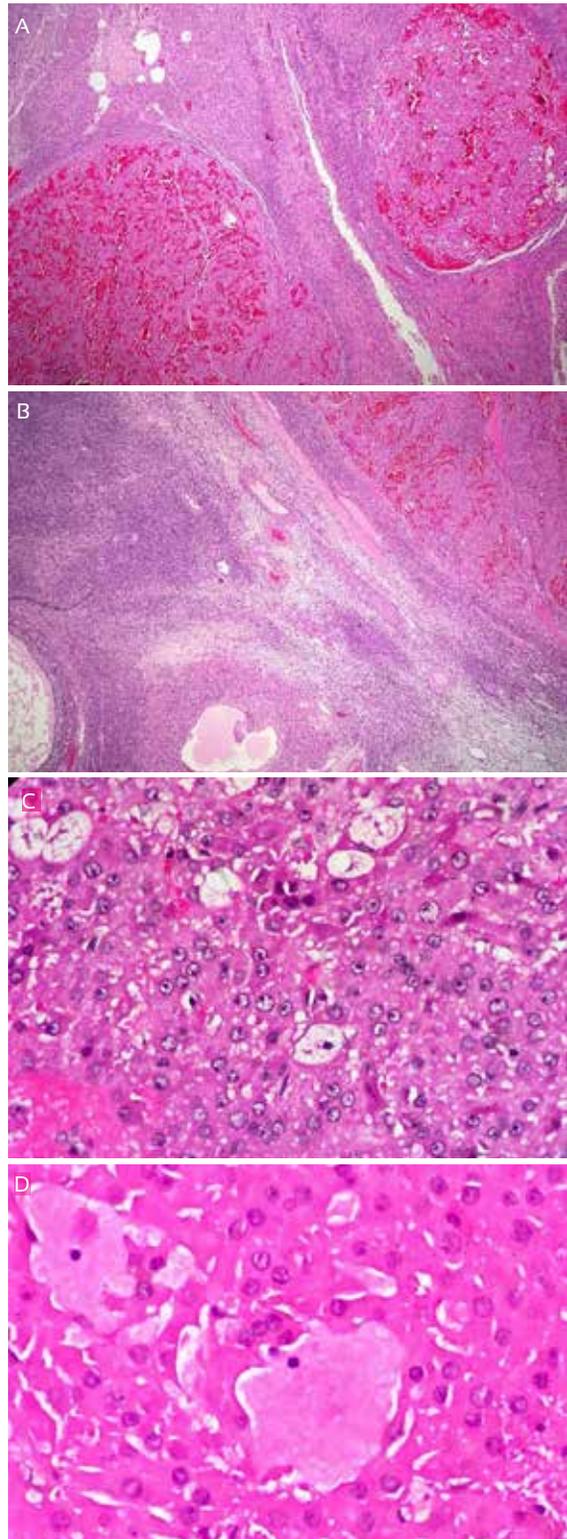
Para el estudio anatomopatológico se recibió un ovario de aspecto tumoral que midió 9 x 8,5 x 4 cm con superficie externa lisa, de corte sólido, con múltiples nódulos de color marrón oscuro y bordes bien circunscritos de 0,5 a 7 cm de diámetro (figura 1).

Histológicamente, los nódulos observados estaban compuestos por una proliferación difusa de células con citoplasma amplio, eosinófilo y granular, núcleos centrales, vesiculares, de bordes regulares con nucléolos conspicuos a prominentes.

FIGURA 1. IMAGEN MACROSCÓPICA DE LA LESIÓN, TUMORACIÓN MULTINODULAR SÓLIDA DE COLOR MARRÓN OSCURO; SE PUEDE OBSERVAR PEQUEÑOS QUISTES FOLICULARES EN LA PERIFERIE.



FIGURA 2 A) IMAGEN PANORÁMICA DE LA LESIÓN, ÁREAS NODULARES SÓLIDAS BIEN CIRCUNSCRITAS. B) QUISTE FOLICULAR (ABAJO A LA IZQUIERDA) JUNTO AL ESTROMA OVÁRICO EDEMATOSO Y A UN ÁREA NODULAR (ARRIBA A LA DERECHA). C) NÓDULOS COMPUESTOS POR CÉLULAS LUTEINIZADAS CON CITOPLASMA VACUOLADO, EOSINÓFILO, DE NÚCLEO CONSPICUO Y ESCASAS CÉLULAS BALONADAS DE TIPO LIPÍDICO (HE, 400X). D) ÁREAS PSEUDOFOLICULARES CON SECRECIÓN EOSINÓFILO TIPO COLOIDE.





tes. También se observó la presencia de escasas células balonadas de citoplasma vacuolado de aspecto lipídico y áreas de patrón pseudo-folicular conteniendo un material acelular tipo coloide. El estroma ovárico adyacente mostró edema, cuerpos albicans y quistes foliculares luteinizados (figura 2). No se observaron áreas de necrosis. Se halló mitosis, de 4 a 7 en 10 campos de alto poder.

DISCUSIÓN

El luteoma del embarazo puede imitar clínicamente a una neoplasia ovárica maligna. Por tanto, es importante considerar este diagnóstico cuando se está frente a un hallazgo incidental de un tumor ovárico en una paciente embarazada, dadas las implicancias cuando se realiza un tratamiento quirúrgico innecesario.

La concurrencia del cáncer de ovario con el embarazo es poco frecuente, aproximadamente uno por cada 1 000 embarazos⁽²⁾. Según investigaciones previas, no se tiene información exacta sobre la incidencia del luteoma del embarazo; hasta la fecha se han reportado aproximadamente 200 casos⁽³⁾.

El luteoma del embarazo se origina de una hiperplasia de las células de la teca interna que al parecer obedece a una etiología hormonal, la elevación de la gonadotropina coriónica, lo cual explica su regresión espontánea posparto. Sin embargo, la causa hormonal no sería suficiente por cuanto no se observan luteomas en pacientes con enfermedades trofoblásticas gestacionales o coriocarcinomas. Aproximadamente el 25% de los luteomas son hormonalmente funcionantes. De estos casos, hasta un 50% se presentan con signos clínicos de hiperandrogenismo, tales como hirsutismo, acné, calvicie y clitoromegalia. Asimismo, hasta un 70% de los fetos femeninos pueden presentar diferentes grados de virilización⁽⁴⁻⁵⁾.

Suele presentarse en el segundo o tercer trimestre como una tumoración ovárica asintomática que se evidencia en un control ecográfico o en el momento de la cesárea. En 50% de estos casos la presentación es bilateral, con un tamaño promedio de 5 a 10 cm de diámetro⁽⁶⁾. Rara vez se presenta condicionando una torsión ovárica o rotura tumoral con síntomas de abdomen agudo⁽⁷⁾. Otras formas, incluso más raras, pueden

generar ascitis y elevación del Ca 125⁽⁸⁾. Es más frecuente en mujeres multíparas de 30 a 40 años de edad, con antecedentes de síndrome de ovario poliquístico y de raza negra.

Macroscópicamente, los luteomas pueden mostrarse como nódulos circunscritos de pocos centímetros hasta masas mayores de 20 cm que suelen ser múltiples en la mitad de los casos. La superficie de corte es sólida, carnosa, circunscrita, de coloración rojiza a marrón y puede tener áreas hemorrágicas. Microscópicamente están constituidos por agregados difusos de células poligonales luteinizadas con escaso estroma. Presentan un citoplasma eosinofílico amplio, finamente granular, pobre en lípidos y con núcleos centrales. Pueden mostrar mitosis, hasta 7 en 10 campos de alto poder, las cuales pueden ser atípicas⁽⁹⁾.

Brindarle el dato clínico del embarazo al patólogo es importante y útil, porque el diagnóstico diferencial microscópico no siempre es fácil. El patólogo debe considerar dentro de los diagnósticos diferenciales al teca luteinizado, el tumor de células de la granulosa luteinizada y principalmente al tumor de células esteroideas del ovario⁽¹⁰⁾, que si bien se presentan rara vez de forma concomitante con el embarazo deben ser considerados por la diferencia en el manejo y tratamiento con el luteoma.

En el caso que la distinción clínica y macroscópica no sea clara, puede optarse por una biopsia de congelación durante el acto quirúrgico. Es aconsejable realizar la resección solo en caso de confirmación de malignidad o cuando se presenta asociado a complicaciones como rotura espontánea, sangrado y torsión ovárica^(11,12).

En los casos en que son detectados durante un control ecográfico de la gestación, el manejo va a depender del cuadro clínico y del tamaño tumoral, por los riesgos de torsión, obstrucción o rotura que implica un tamaño mayor de 5 centímetros⁽¹³⁾.

El manejo expectante con seguimiento por imágenes durante el posparto es idóneo en los casos de hallazgo incidental durante la cesárea⁽¹¹⁾, porque el luteoma del embarazo es una patología benigna, autolimitada, que suele regresionar en el puerperio, en unos 3 meses aproximadamente.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sternberg W, Barclay D. Luteoma of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1966;95(2):165-84.
2. Tewari KS. Cancer in pregnancy. En: Di S Philip. *Clinical gynecologic oncology.* 9th ed. Philadelphia, PA, United States: Elsevier; 2018:353.
3. Verma V, Paul S, Chahal K, Singh J. Pregnancy luteoma: A rare case report. *Int J Applied Basic Med Res.* 2016;6(4):282. doi: 10.4103/2229-516X.192600.
4. Spitzer R, Wherrett D, Chitayat D, Dodge J, Pippi Salle J, Allen L. Maternal luteoma of pregnancy presenting with virilization in the female infant. *J Ped Adolesc Gynecol.* 2007;20(2):S125.
5. Rapisarda V, Pedalino F, Santonocito V, Cavalli G, Zarbo G. Luteoma of pregnancy presenting with severe maternal virilisation: a case report. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2016;1-4. doi: 10.1155/2016/3523760.
6. Burandt E, Young R. Pregnancy luteoma. *Am J Surg Pathol.* 2014;38(2):239-44. doi: 10.1097/PAS.000000000000100.
7. Tan ML, Lam SL, Nadarajah S. Pregnancy luteoma presenting as ovarian torsion with rupture and intra-abdominal bleeding. *Singapore Med J.* 2008;49(3):e78-e81.
8. Wang Y, Zhou F, Qin J, Qian Z, Huang L. Pregnancy luteoma followed with massive ascites and elevated CA125 after ovulation induction therapy: a case report and review of literatures. *Int J Clin Exp Med.* 2015;8(1):1491-3.
9. Kurman R, Blaustein A. *Blaustein's pathology of the female genital tract.* New York, NY: Springer; 2011.
10. Parikh B, Williams S, Heller D. Ovarian steroid-cell tumor in pregnancy—a rare occurrence: report of a case and review of the literature. *J Gynecol Surg.* 2016;32(6):351-3. doi: 10.1089/gyn.2016.0044.
11. Masarie K, Katz V, Balderston K. Pregnancy luteomas. Clinical presentations and management strategies. *Obstet Gynecol Survey.* 2010;65(9):575-82. doi: 10.1097/OGX.0b013e3181f8c41d.
12. Hakoun AM, AbouAl-Shaar I, Zaza KJ, Abou-Al-Shaar H, Salloum MN. Adnexal masses in pregnancy: An updated review. *Avicenna J Med.* 2017;7(4):153-7. doi: 10.4103/ajm.AJM_22_17.
13. Kim JM, Shim KM, Lee WS, et al. Surgical management of adnexal mass during pregnancy. *Korean J Obstet Gynecol.* 2002;45:1569-5.