

Estroma Ovárico secretor de hormonas tiroideas en paciente femenina de 15 años. Reporte de Caso

Md. Lilibeth Esmeralda Ordoñez Alvarez¹

lilibethordonez06@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0331-2555>

MINSA I-2 La Bocana Sechura
Piura, Perú

Md. Carolina Alexandra Carrera Ramírez

mdcarolinacarrera@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-0417-3442>

Investigador Independiente
Loja, Ecuador

Md. Andrés Francisco Orbea Fernández

andres.orbea@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0001-7385-3106>

Investigador Independiente
Quito, Ecuador

Md. Mateo Javier Holguín Maldonado

mateoholguinm1@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-4758-5149>

Hospital de Especialidades
de las Fuerzas Armadas N.1
Ecuador

Md. Alondra Monserrat Sánchez Ojeda

alondra.sanchez@unl.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0000-5732-8048>

Investigador Independiente
Loja, Ecuador

RESUMEN

El Estroma ovárico es un tipo especializado de quiste dermoide ovárico en el que el tejido tiroideo constituye más del 50% de su composición y representa aproximadamente del 2% al 3% de todos los tumores dermoides. La mayoría son benignos, los cambios malignos ocurren sólo en el 0,5 al 10% de los casos. Los quistes benignos pueden presentarse como metástasis a distancia, lo que los hace biológicamente similares a los tumores malignos. Este fenómeno, también conocido como tumor del estroma peritoneal, se ha descrito sólo en unos pocos casos. Debido a que la cirugía para tumores benignos y malignos es muy diferente, la evaluación preoperatoria es muy importante. El tratamiento del bocio ovárico benigno es unilateral. Cirugía para extirpar tumores de ovario. Si se producen cambios malignos, se debe realizar una tiroidectomía total seguida de terapia con yodo radiactivo según el riesgo de recurrencia y la presencia de enfermedad metastásica. Se reporta paciente femenina de 15 años que acude por presentar dolor abdominal, localizado en región hipogástrica, se acompaña con náuseas y escalofríos motivo por el cual acude.

Palabras claves: estroma ovárico; dermoide; tumor benigno; dolor abdominal

¹ Autor principal

Correspondencia: lilibethordonez06@gmail.com

Ovarian stroma secreting thyroid hormones in a 15-year-old female patient. Case Report

ABSTRACT

Ovarian Stroma is a specialized type of ovarian dermoid cyst in which thyroid tissue makes up more than 50% of its composition and accounts for approximately 2% to 3% of all dermoid tumors. Most are benign, malignant changes occur only in 0.5 to 10% of cases. Benign cysts can present as distant metastases, making them biologically similar to malignant tumors. This phenomenon, also known as peritoneal stromal tumor, has been described in only a few cases. Because surgery for benign and malignant tumors is very different, preoperative evaluation is very important. The treatment of benign ovarian goiter is unilateral. Surgery to remove ovarian tumors. If malignant changes occur, a total thyroidectomy followed by radioactive iodine therapy should be performed depending on the risk of recurrence and the presence of metastatic disease. A 15-year-old female patient is reported to have presented with abdominal pain, located in the hypogastric region, accompanied by nausea and chills, which is why she came.

Keywords: ovarian stroma; dermoid; benign tumor; abdominal pain

Artículo recibido 20 septiembre 2023

Aceptado para publicación: 28 octubre 2023

INTRODUCCIÓN

Un bocio ovárico es un tumor de ovario que contiene total o principalmente tejido tiroideo (>50%) y constituye aprox. 5% de todos los teratomas de ovario. (1) Tradicionalmente, el bocio ovárico no secreta hormonas tiroideas, sin embargo, se han descrito signos clínicos y bioquímicos de hipertiroidismo en un 8% de los casos. (2)

Alrededor del 40% de los casos son asintomáticos y se descubren de manera incidental durante exámenes ecográficos de rutina. En el bocio ovárico sintomático, los síntomas comunes incluyen una masa abdominal palpable, dolor abdominal o sangrado vaginal, taquicardia y ascitis. (3)

Los pacientes con bocio e hipertiroidismo tienen características bioquímicas similares a las de los pacientes con hipertiroidismo in situ, con hormona estimulante de la tiroides (TSH) baja y hormona tiroidea periférica elevada. (4) En este caso, la gammagrafía tiroidea debería revelar una baja captación de yodo radiactivo en la glándula tiroides in situ, pero la gammagrafía de todo el cuerpo debería confirmar la presencia de tejido tiroideo funcional en la masa ovárica. (5)

El bocio ovárico es un tumor ovárico muy raro y generalmente benigno que fue descrito por primera vez en 1889 por Boettlin, quien observó la presencia de tejido folicular tiroideo en el ovario. Representa del 0,3% al 1% de todos los tumores de ovario y del 3% de todos los teratomas maduros. El bocio ovárico es el tipo más común de teratoma monodérmico y se caracteriza por tejido tiroideo detectable macroscópica e histológicamente que contiene folículos de varios tamaños con material coloidal. (6)

CA125 es un marcador tumoral ampliamente reconocido para el cáncer de ovario, pero tiene poco valor clínico en pacientes con bocio ovárico porque puede estar elevado tanto en los subtipos benignos como malignos y no está elevado de manera constante incluso en los casos malignos. No se cree que los niveles elevados de CA125 en pacientes con bocio sean un resultado directo de la presencia del tumor en sí, sino más bien un efecto secundario debido a la presencia de ascitis. (7,8)

Las imágenes no pueden distinguir el bocio ovárico no funcional de otras masas quísticas. Si el bocio ovárico no se asocia con hipertiroidismo, el diagnóstico diferencial incluye: teratoma quístico maduro sin tejido adiposo, cistoadenoma o cistoadenocarcinoma, endometriosis, absceso tuboovárico y tumores metastásicos, ya que el cuadro de estas lesiones puede parecerse al bocio ovárico. (9–11)

El bocio ovárico suele ser una lesión más compleja que el cistadenoma mucinoso. No hay realce del contraste del patrón de encaje en el cistadenoma. Tanto el cistadenoma mucinoso como el bocio tienen células de señal alta en T1; el primero representa material mucinoso y el segundo tiroglobulina. (12)

Las manifestaciones clínicas y radiológicas de estos tumores suelen ser inespecíficas; por lo tanto, es difícil lograr la precisión del diagnóstico preoperatorio. Sin embargo, al mismo tiempo, las anomalías en los niveles de laboratorio de sangre de la actividad tiroidea pueden hacer sospechar de bocio ovárico, especialmente si no se describe ninguna patología tiroidea. (13,14)

Caso Clínico

Paciente femenina de 15 años, que acude a emergencias por presentar dolor abdominal y pélvico de leve intensidad, Eva 3/10, tipo cólico sin irradiación y no se atenúa ni se exagera, el cuadro se acompaña de deposiciones diarreicas de tipo líquido, sin presencia de moco, ni de sangre con frecuencia de 6 veces al día, paciente refiere cuadro con evolución de 1 mes, hace aproximadamente sintomatología se exagera refiriendo dolor intenso en región pélvica Eva 7/10 que le dificulta la deambulacion, además de ello reporto periodos menstruales con presencia de gran cantidad de sangre motivo por el cual acude.

Enfermedades médicas: No refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes Obstétricos

- Menarquía: 12 años
- Ciclos: irregulares
- FUM: hace dos meses
- Inicio de vida sexual: 13 años
- Compañeros sexuales: 1
- Método anticonceptivo: Método de barrera (Preservativo).
- Gestas: 0
- Partos: 0
- Hijos vivos: 0
- Hijos muertos: 0

- Cesáreas: 0
- Abortos: 0
- Prueba PAP: no se ha realizado.

Antecedentes familiares: madre con hipotiroidismo

Hábitos

- Alimentación: balanceada 3 veces al día
- Intolerancias alimenticias: ninguna
- Catarsis: 1 vez al día
- Diuresis: 2 – 4 veces al día
- Sueño: 8 horas diarias, reparador
- Bebidas alcohólicas: si
- Tabaco: no
- Medicación: ninguna

Paciente ingresa al servicio de emergencias en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 115 latidos por minuto, saturación 98% con fio2 21%, tensión arterial 100/60 mmhg, frecuencia respiratoria de 21, temperatura de 38.2°C axilar, peso: 50,5 kg, talla: 155 cm, IMC: 21 (Normal).

Paciente pálida, febril, orientada en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15.

Cabeza: normocéfala, no protrusiones, no depresiones. Ojos: pupilas fotorreactivas, isocóricas, escleras blancas, conjuntivas rosadas. Nariz: fosas nasales permeables. Boca: mucosa oral seca. Labios: simétricos, hidratados y sin alteraciones. Encías: normales. Cuello: simétrico, sin masas evidentes, no hay regurgitación yugular.

Tórax: simétrico, respiración torácica, no hay dolor a la palpación, expansibilidad normal, elasticidad pulmonar normal. Palpación no doloroso a la palpación, no presencia de masas. Corazón R1 y R2 rítmicos. Pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobre añadidos.

Abdomen: inspección: Simétrico, no cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos aumentados. Palpación Suave, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha e izquierda. Murphy positivo.

Región suprapúbica dolorosa

Región lumbar: inspección: Simétrica, de aspecto normal, color de piel acorde con el resto del cuerpo.

Palpación: Región lumbar no dolor a la puño percusión.

Extremidades Superiores: tono y fuerza muscular conservado, pulsos distales presentes, normorreflexia en reflejos: bicipital, tricipital y estiloradial, no se evidencia edema.

Extremidades Inferiores: tono y fuerza muscular conservado, pulsos distales presentes, normorreflexia en reflejos osteotendinosos: rotuliano y aquiliano, Babinski negativo.

Exámenes de laboratorio

Tabla 1. Biometría Hemática

Biometría hemática		
Leucocitos	8.2	4.8 - 10.8
Neutrófilos	4.3	2.2 - 4.8
Linfocitos	1.01	1.3 - 2.9
Monocitos	0.44	0.3 – 0.8
Eosinófilos	0.27	
Basófilos	0.11	
Neutrófilos %	58.2	43 - 65
Linfocitos %	42.1	40.5 – 45.5
Eosinófilos %	1.40	0.9 - 2.9
Basófilos%	0.7	0.2 -1
Glóbulos Rojos	4.2	4.2 – 5.4
Hemoglobina	12.7	12- 16
Hematocrito	40.8	37 – 47
VCM	93	81 – 99
Concentración Media Hemoglobina	29.3	
Conc. Corpuscular Media Hemoglobina	33.2	32 – 36
Ancho de Distribución de GR Cv	13.4	11.5 – 15.5
Plaquetas	375	130 – 400
Volumen Medio Plaquetario	6.4	7.4 – 10.4

Tabla 2. Química Sanguínea

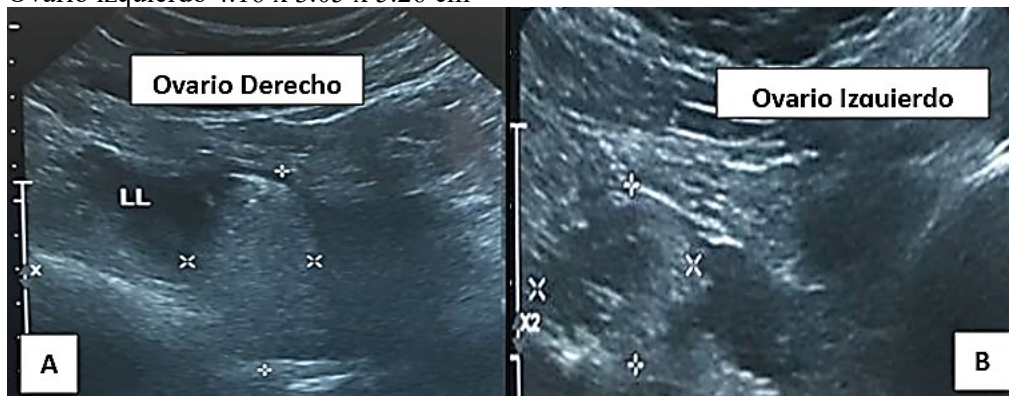
Química Clínica		
Glucosa	90 mg/dL	70.00-110.00
Urea	35,8 mg/dL	10.00-50.00
Creatinina	0,55 mg/dL	0.50-1.20

Tabla 3. Perfil tiroideo

Hormonal		
Parámetro	Resultados	Rango normal
TSH (hormona tiroestimulante)(uUI/ml)	0.126	0.270-4.200
T4 libre (ng/dl)	16.34	0.930-1.700
T3 libre (ng/dl)	5.2	2.3 – 4.4
Anticuerpo antitiroglobulina (UI/ml)	25.000	0.000-115.000
ANTITPO (UI/ml)	11.02	5.000-34.000

Ecografía Pélvica (Figura 1A – 1B)

Figura 1A – 1B. Ecografía de pelvis. Presencia de masa en el ovario derecho de 5.36 x 3.16 x 5.96 cm. Ovario izquierdo 4.16 x 3.05 x 5.26 cm



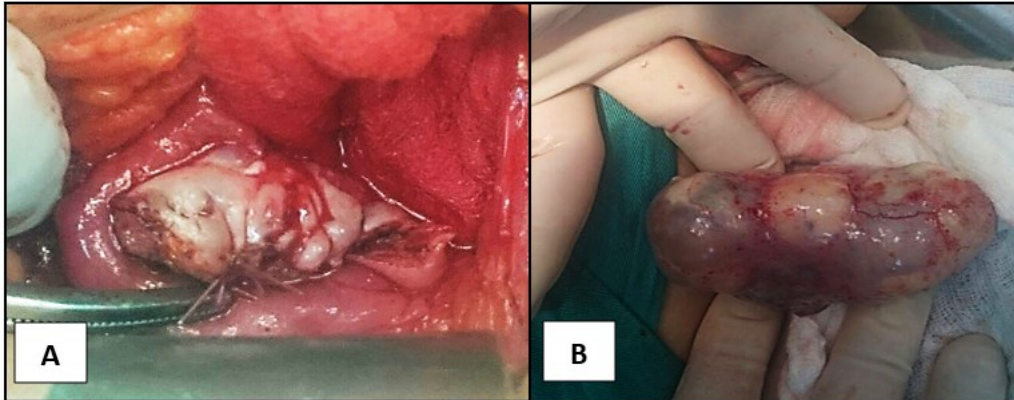
Reporte

Presencia de masa en el ovario derecho de 5.36 x 3.16 x 5.96 cm. Ovario izquierdo 4.16 x 3.05 x 5.26 cm.

Evolución

Se realiza de manera urgente laparotomía exploratoria donde se encuentran los siguientes hallazgos (Figura 2A – 2B).

Figura 2A – 2B. Laparotomía exploratoria: Se realiza tumorectomía ovárica bilateral.



Hallazgos

Apéndice e intestino grueso normales.

La forma y apariencia del útero eran normales, las trompas de Falopio eran normales y los tumores de ovario bilaterales tenían entre 5 y 6 cm de diámetro en los lados izquierdo y derecho. Se habían formado quistes duros debido a una ruptura interna accidental, y eran visibles cabello, sebo y tejido de color blanco grisáceo. Enviada a histopatología anatómica, se encontró una pequeña cantidad de líquido en la cavidad pélvica. Se realiza tumorectomía ovárica bilateral.

Examen histopatológico

Ovario derecho: Las secciones revelaron numerosos tejidos inmaduros diferenciados en tejidos cartilagosos y dérmicos; estructuras esqueléticas y tejido adiposo y estructuras neurales bien diferenciadas. El tejido ovárico restante contenía pequeños quistes foliculares que no eran malignos.

Ovario izquierdo: Los cortes revelaron la presencia de parénquima ovárico con tumor y tejido inmaduro diferenciados en tejido cutáneo, cartílago y tejido nervioso; Llama la atención la presencia de células tiroideas agregadas en espacios típicos de la tiroides. No se observó malignidad.

DISCUSIÓN

Este tipo de tumor se define como un teratoma de ovario, que está compuesto principalmente por tejido tiroideo y representa más del 50% de la masa total. Son el tipo más común de teratoma monodérmico. La mayoría de estos tumores son benignos y sólo el 5% de todos los casos notificados son malignos. La mayoría de los tumores del estroma ovárico son asintomáticos y se descubren de manera incidental durante un examen físico de rutina. Algunos informes han descrito estos tumores como una masa pélvica de crecimiento lento con dolor abdominal u otros síntomas inespecíficos como los presentaba nuestra

paciente. Cuando se trata de la función tiroidea, la mayoría de los pacientes tienen niveles normales de hormona tiroidea o en algunos casos alteración de estas. Se ha informado hipertiroidismo en 5 a 8% de los casos, posiblemente debido a anticuerpos contra el receptor de TSH o a la secreción autónoma de hormona tiroidea. Según la literatura reciente, el estroma ovárico es el único tumor productor de tiroglobulina. Existe evidencia suficiente para el tratamiento del estroma ovárico para respaldar la resección quirúrgica como una opción de tratamiento. (15) Hay muy pocos datos disponibles que comparen los enfoques quirúrgicos radicales y conservadores, y no existen pautas establecidas para el alcance de la cirugía. La mayoría de las series de casos apoyan un enfoque más conservador, especialmente en mujeres en edad reproductiva, dado que los bocios ováricos son predominantemente de origen unilateral, generalmente del ovario izquierdo. (16) Como se pudo observar en los exámenes de imagen se evidenció estroma ovárico bilateral, una consecuencia rara donde la hormonas tiroideas se encontraron alteradas representando un hipotiroidismo, paciente es sometida a laparotomía exploratoria con la resección tumoral bilateral. Paciente responde favorablemente al mismo, regulándose los niveles de hormonas tiroideas, se realiza histopatológico de hallazgos que confirma el diagnóstico de tumor benigno de estroma ovárico bilateral. En los casos detallados sugieren estudios complementarios de ecografías tiroideas como protocolo de descartar una neoplasia papilar de tiroideas, se realizaron dichos estudios los cuales fueron normales descartando así una neoplasia maligna. (17) En este caso, nuestra primera actitud fue realizar un procedimiento quirúrgico más conservador según la decisión del paciente. Sin embargo, si el tumor reaparece, será necesaria una cirugía más extensa para prevenir el riesgo de recurrencia. Como los niveles de hormonas tiroideas se normalizaron y las pruebas diagnósticas seriadas por imágenes no revelaron patología tiroidea evidente, finalmente se descartó la tiroidectomía total adyuvante.

CONCLUSIÓN

El estroma ovárico bilateral es un tumor poco frecuente y mayoritariamente asintomático, lo que dificulta el diagnóstico preoperatorio. Los médicos deben mantener un índice de sospecha adecuadamente alto de estroma ovárico, especialmente en mujeres con niveles elevados de Tiroglobulina en el laboratorio y sin patología tiroidea sincrónica. Además, un aumento de los niveles

de Tiroglobulina después de la cirugía puede ser un indicador útil de recurrencia durante el seguimiento y esta paciente podría necesitar una tiroidectomía total.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Li Z, Wang J, Chen Q. Struma ovarii and peritoneal strumosis during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Dec 1;21(1).
- Ren X, Guo Z, Bai J. Struma ovarii with contralateral ovarian teratoma: A case report. *Front Surg*. 2022 Aug 19;9.
- Dujardin MI, Sekhri P, Turnbull LW. Struma ovarii: Role of imaging? Vol. 5, *Insights into Imaging*. 2014. p. 41–51.
- Casas VP, Florencia M, Torzillo B, Schere D, Lutfi RJ, Faure EN, et al. *MEDICINA-Volumen 78-No 1. CASUÍSTICA MEDICINA (Buenos Aires)* [Internet]. 2018;78:44–6. Available from: www.medicinabuenosaires.com.ar
- Oikonomou C, Spathari N, Doumoulaki S, Koutela A, Stagkoglou C, Keramidaris D. Recurrent Struma Ovarii Presented with High Levels of Thyroglobulin. *Case Rep Surg*. 2021 Mar 22;2021:1–4.
- Koehler VF, Keller P, Waldmann E, Schwenk N, Kitzberger C, Schmohl KA, et al. An unusual case of struma ovarii. *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep*. 2021;2021(1).
- Siegel MR, Wolsky RJ, Alvarez EA, Mengesha BM. Struma ovarii with atypical features and synchronous primary thyroid cancer: a case report and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2019 Dec 1;300(6):1693–707.
- Wee JYS, Li X, Chern BSM, Chua ISY. Struma ovarii: Management and follow-up of a rare ovarian tumour. *Singapore Med J*. 2015 Jan 1;56(1):35–9.
- Ang LP, Avram AM, Lieberman RW, Esfandiari NH. Struma ovarii with hyperthyroidism. *Clin Nucl Med*. 2017 Apr 7;42(6):475–7.
- Leite C, Rodrigues P, Oliveira SL, Martins NN, Martins FN. Struma ovarii in bilateral ovarian teratoma—case report and literature review. *J Surg Case Rep*. 2021 Mar 1;2021(3).
- Zamani F, Abdolrazaghejad A, Ameli F, GHashghaee S, Nassiri S, Zamani N. Struma ovarii: A case report and review the literature. *Int J Surg Case Rep*. 2022 Jul 1;96.

- Kinnear HM, Tomaszewski CE, Chang FL, Moravek MB, Xu M, Padmanabhan V, et al. The ovarian stroma as a new frontier. Vol. 160, *Reproduction*. BioScientifica Ltd.; 2020. p. R25–39.
- Singh P, Lath N, Shekhar S, Goyal M, Gothwal M, Yadav G, et al. Struma ovarii: A report of three cases and literature review. *J Midlife Health*. 2018 Oct 1;9(4):225–9.
- Koual M, Nguyen-Xuan HT, Deidier J, Le Frère-Belda MA, Bats AS. Struma ovarii: A rare ovarian tumor to know. Vol. 48, *Gynecologie Obstetrique Fertilité et Senologie*. Elsevier Masson s.r.l.; 2020. p. 837–9.
- Osakabe M, Fukagawa T, Fukagawa D, Sugimoto R, Uesugi N, Ishida K, et al. Case Report Struma ovarii with unique histological features: a case report [Internet]. Vol. 10, *Int J Clin Exp Pathol*. 2017. Available from: www.ijcep.com/
- Rockson O, Kora C, Ramdani A, Basma A, Bouhout T, Serji B, et al. Struma ovarii: two case reports of a rare teratoma of the ovary. *J Surg Case Rep*. 2020 Dec 1;2020(12).
- Tanimanidis P, Chatzistamatiou K, Nikolaidou A, Kaplanis K. Struma ovarii. A case report. Vol. 18, *HIPPOKRATIA*. 2014.