

Tumor de Brenner ovárico benigno sintomático sincrónico con leiomioma uterino en mujer postmenopáusica.

Paula Hernaández Vecino*, María Jesús Ruiz Navarro*, Vanesa Souto Muras*, Blanca Grande Rubio*.

*MIR. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Paula Hernández Vecino. phernandezve@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción El tumor ovárico de Brenner se incluye dentro de los tumores de células de transición y constituyen un 2 % del total de las neoplasias ováricas. Existen tres subtipos en base a su invasividad celular, benignos, borderlines y malignos. Los benignos suelen hallarse de manera incidental pues son asintomáticos.

Exposición del caso: Mujer de 61 años que acudió al Servicio de Urgencias por dolor abdominal acompañado de sensación nauseosa. No presentaba antecedentes personales de interés salvo cesárea en 1993 por gestación múltiple. Fumadora de 20 cigarrillos diarios.

Al realizar ecografía se visualizó gran masa heterogénea de 12 x 12 cm, irregular, polilobulada con componentes solidoquísticos que pudiesen corresponder con masa anexial ovárica.

La paciente fue ingresada para control del dolor y estudio.

Se solicitó TAC que describía útero miomatoso y masa polilobulada de 15 x 8,7 x 7 cm con densidad heterogénea y áreas de necrosis central en pelvis que parecía depender de anejo izquierdo. Los marcadores tumorales eran negativos.

Se realizó de forma programada laparotomía exploradora, optándose finalmente por practicar histerectomía total y doble anexectomía. El resultado histopatológico confirmó tumor de Brenner benigno y miomas uterinos. El postoperatorio y revisiones posteriores transcurrieron con normalidad.

Diagnóstico y discusión: Los tumores de Brenner es probable que se originen a partir de

restos de Walthard. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con el fibrotecoma, mioma pediculado y cistoadenofibroma ovárico. En cuanto al tratamiento, se debe realizar cirugía, que será diferente en función de la edad y deseo gestacional de la paciente.

PALABRAS CLAVE

Tumor ovárico. Tumor de Brenner. Útero miomatoso. Tumor benigno.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los tumores ováricos son una neoplasia común en las mujeres, llegando a ser aproximadamente un 30 % del total de los tumores del tracto genital femenino. Dentro de los tumores del ovario existen distintos grupos, siendo el principal el compuesto por los tumores epiteliales de superficie, que conforma hasta un 60 % de las neoplasias ováricas. A su vez, este grupo se divide en tumores serosos, endometrioides, mucinosos, tumores de células claras, de células de transición, de células escamosas, epidérmicos mixtos y tumores indiferenciados [1].

El tumor ovárico de Brenner está incluido en el grupo de tumores de células de transición, formado por urotelio, similar a epitelio. Este tumor es un tipo de adenofibroma y en él crecen zonas de epitelio de transición dentro de un estroma fibroso. Los tumores de Brenner componen solo un 2 % del total de los tumores ováricos [2].

Según la clasificación de los tumores genitales femeninos realizada por la Organización Mundial de la Salud, los tumores de Brenner ováricos pueden ser benignos (95 %), borderline (3-4 %) o malignos (1 %) basándose en la proliferación e invasividad celular [3] (Tabla 1). Por norma general el tumor benigno de Brenner suele ser hallado de manera incidental al realizar una ooforectomía por otro motivo, con lo cual, no es frecuente que generen ningún tipo de sintomatología. La mayoría tienen un tamaño que no alcanza los dos centímetros [1]. Aquí, se informa un caso de tumor ovárico benigno de Brenner en el cual el tamaño es muy superior a la generalidad y destaca por la importante sintomatología causada, un hecho poco común que ocasionalmente es reportado en la literatura.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 61 años que acudió al Servicio de Urgencias hospitalarias por dolor en fosa iliaca derecha continuo de inicio brusco que irradiaba a zona lumbar, de menos de 24 horas de evolución acompañado de sensación nauseosa sin llegar a vomitar. No refería sangrado vaginal asociado.

Antecedentes personales: sin interés.

No alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes quirúrgicos: cesárea por gestación múltiple.

Hábitos tóxicos: fumadora de 20 cigarrillos diarios.

Antecedentes ginecoobstétricos: G1C1 (gestación gemelar bicorial triamniótica), menarquia a los 12 años, menopausia a los 54 años, citologías y mamografías normales según cribado.

Mediación habitual: no refería.

Exploración en Servicio de Urgencias: genitales externos y vagina normales, cérvix macroscópicamente normal. Al tacto vaginal se objetivaba un cérvix móvil sin dolor a la lateralización.

Se realizaron ecografías tanto vaginal como abdominal donde se observó un útero en retroversoflexión de 55 x 33mm con endometrio de 5,6 mm. Se visualizaba un ovario de 23 x 13 mm sin poder precisar cuál. Se objetivaba gran masa heterogénea de 12 x 12 cm, irregular, polilobulada con componentes solidoquísticos que pudiesen corresponder con masa anexial ovárica sin poder

descartar otro foco. Abundante líquido libre en Douglas.

Se cursó ingreso de la paciente para completar estudio y control del dolor con analgesia intravenosa. Durante el ingreso se realizó TAC toracoabdominopélvico donde se describía voluminosa masa polilobulada de 15 x 8,7 x 7 cm con densidad heterogénea y áreas de necrosis central en pelvis que parecía depender de anejo izquierdo, si bien siendo difícil identificar su origen exacto por el tamaño y características de la misma. Posible útero polimiomatoso. Resto de estudio sin hallazgos destacables.

Marcadores tumorales (B-hCG, CEA, AFP, ca125, HE4 e índice ROMA): normales.

Ecografía durante el ingreso: útero en retroversoflexión con mioma en canto izquierdo de 16 x 11 mm tipo G4 FIGO (Figuras 1 y 2). Otro en cara posterior G5 de 8 mm. En paraovario izquierdo, polo superior de útero se objetivaba imagen de mioma pediculado tipo G7 FIGO de 38 x 27 mm (pedículo vascular aparentemente visible). Endometrio regular lineal de 2.4 mm. Cérvix normal. Ovario derecho aumentado de tamaño llegando a tres traveses de dedo bajo ombligo, de 142 x 56 mm y aspecto de predominio sólido, polo inferior sólido de 101 x 71 mm. Zona quística en parte superior de aproximadamente 7 cm con un tabique. Otra zona quística superior de 20 mm Doppler Score 2 en zona de interfase entre zona sólido-quística. Crecent sign negativo. Ovario izquierdo aumentado de tamaño de 51 x 38 mm con polo sólido inferior de 5 x 3 mm, Doppler negativo. Se visualizaba otra excrecencia de 3 mm Doppler negativo. Trompa visible periférica aparentemente normal. Crecent sign negativo. Imagen en zona de Douglas hacia craneal sólido-quística con gran captación Doppler, superficie irregular área medible en zona pélvica de 5 x 4 cm (Figura 3). Ascitis de 51 mm, Columna máxima 59 mm. Plica vesicouterina libre. Tabique rectovaginal libre. Signo Sliding (+) posterior y anterior. Riñones de aspecto normal sin dilatación piélica.

La paciente fue dada de alta y se programó cirugía. Posteriormente la paciente reingresó para realizar laparotomía exploradora con biopsia intraoperatoria. Durante la cirugía se recogió líquido libre peritoneal para enviar a Anatomía Patológica (AP). Se objetivó tumoración anexial derecha móvil, no adherida a planos profundos, de superficie irregular y carácter solido con áreas quísticas. Útero con múltiples miomas. Ovario

izquierdo de 3 cm macroscópicamente normal. Se identificó quiste paraanexial de 6 cm en trompa izquierda. Omento sin alteraciones visibles. No se observaron zonas sospechosas de lesión extragenital. Se realizó anexectomía derecha y biopsia intraoperatoria que se envió a AP y su resultado fue negativo para células malignas. Ante estos hallazgos se decidió realizar histerectomía total y anexectomía izquierda.

El postoperatorio transcurrió dentro de la normalidad, siendo dada de alta al cuarto día de la intervención.

El resultado definitivo anatomopatológico describió:

- Citología del líquido peritoneal: negativa para células malignas, inflamación crónica, hiperplasia mesotelial, linfocitos.

- Ovario derecho y masa: Tumor de Brenner de características benignas, con cápsula intacta adyacente a ovario incluido en la pieza. No se observaron zonas borderline o malignas en el tejido estudiado. No se observó invasión linfovascular. Ovario y trompa sin infiltración tumoral, sin presencia de tumor en la superficie capsular. Estadío pT1a.

- Histerectomía y ovario izquierdo:

- o Útero: endometrio atrófico. Leiomioma intramural a nivel de cuerno uterino derecho sin signos de atipia. No se observó infiltración tumoral en la pieza. Cérvix y parametrios sin alteraciones destacables.

- o Ovario y trompa izquierdos sin infiltración tumoral.

Se realizaron dos revisiones postoperatorias al mes y a los dos meses. La exploración fue compatible con la normalidad, la herida quirúrgica estaba correcta. Se dio de alta a la paciente.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

La patogénesis de los tumores de Brenner no se conoce por completo. Este tipo de tumores muestran una diferenciación celular similar a la que se objetiva en la vejiga y los uréteres, con epitelio transicional. Es posible que puedan originarse en sitios en los que existe metaplasia transicional en la región paraovárica, conocido como células o restos de Walthard, relacionados con los restos embrionarios de los conductos müllerianos [4]. (Se pensaba que surgían de zonas

de la superficie del ovario con metaplasia de células transicionales, pero también se ha sugerido que pudieran derivar de teratomas o de las trompas)

Es infrecuente que los tumores benignos de Brenner superen los 10 centímetros (tienen un rango de tamaño muy variable, y es cierto que son más frecuentes los pequeños y unilaterales) y con asiduidad se asocian con tumores, siendo el más comúnmente encontrado el cistoadenoma mucinoso. La media de edad de presentación de este tipo de tumores es en la quinta década de la vida, dándose un 71 % de los casos en pacientes mayores de 40 años [5].

Su diagnóstico es usual que se realice de manera incidental al realizar una ooforectomía en una mujer por otro motivo debido a que no suelen presentar sintomatología. En otras ocasiones es posible que se asocien a dolor abdominal o sangrado vaginal. Es importante realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial con:

- Fibrotecoma ovárico: es un tumor procedente de los cordones sexuales. Se presentan como neoplasias fibrosas y bien delimitadas con calcificaciones infrecuentes. Existe la posibilidad de que secreten estrógenos y con ello exista un engrosamiento endometrial.

- Mioma pediculado: puede parecer una neoplasia ovárica puesto que el mioma podría encontrarse adyacente al útero, unido al mismo con un pedículo. En el TAC se mostrará como una masa hipodensa con o sin calcificaciones.

- Cistoadenofibroma: es un subtipo poco frecuente de tumor epitelial superficial del ovario que contiene estroma fibroso y no es complicado confundirlo con la forma quística de un tumor de Brenner [6].

En cuanto a las manifestaciones ecográficas del tumor de Brenner es característico que presente sombra acústica calcificada, componentes sólidos con escaso flujo sanguíneo. Los de estirpe borderline y malignos están más vascularizados. La ecografía con contraste podría utilizarse para una filiación más concreta (¿eco con contraste?)[3,6].

El tratamiento de los tumores de Brenner es la cirugía, que variará en función de su estirpe

benigna o maligna. En el caso de tumores benignos se realizará una anexectomía, a menos que interese preservar la función reproductiva de la paciente, en cuyo caso se propondrá una tumorectomía con reconstrucción del ovario. Si la paciente es postmenopáusica se recomienda histerectomía total con doble anexectomía. Siempre se debe hacer un estudio histológico postoperatorio que será de vital importancia para determinar el pronóstico [7].

BIBLIOGRAFÍA

1. Gaur JH, Hassan MJ, Elahi AA, Khetrapal S, Khan S, Jetley S. Synchronous benign Brenner's tumor of ovary with leiomyoma and endometrial adenocarcinoma in a postmenopausal female. *J Cancer Res Ther.* 2019;15(6):1418-1420.
2. Fletcher CD. *Diagnostic Histopathology of Tumors.* Elsevier Health Sciences ; 2013. p.2295
3. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Female genital tumours. in: WHO classification of tumours: Iarc Press; 2020
4. Seidman JD, Khedmati F. Exploring the histogenesis of ovarian mucinous and transitional cell (Brenner) neoplasms and their relationship with Walthard cell nests: a study of 120 tumors. *Arch Pathol Lab Med.* 2008;132(11):1753-60.
5. Nazari F, Dehghani Z. Coexistence of Benign Brenner Tumor with Mucinous Cystadenoma in an Ovarian Mass. *Iran J Pathol.* 2020;15(4):334-337.
6. Costeira FS, Félix A, Cunha TM. Brenner tumors. *Br J Radiol.* 2022;95(1130):20210687.
7. Murillo-Lazar C, Rodríguez-Gil Y, Segovia-Blázquez B, Montes-Moreno S, Hernández-Sánchez L. Tumor de Brenner borderline de ovario. Criterios diagnósticos. Revisión de casos. En : VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet. Ciudad Real ; 2005.

TABLAS Y FIGURAS

	Benigno	Borderline	Maligno
Localización	Unilateral	Unilateral	Bilateral
Patrón de crecimiento	Sólido	Sólido-quístico	Sólido-quístico
Células mucinosas	Numerosas	Numerosas	Ninguna
Células secretoras	Escasas	Numerosas	Escasas
Células atípicas	Ninguna	Escasas	Numerosas
Mitosis	Ninguna	Escasas	Numerosas
Invasión estromal	No	No	Sí

Tabla 1. Tabla resumen de características diferenciales entre los diferentes subtipos histológicos de tumores de Brenner.



Figuras 1 y 2. Útero en retroversoflexión con endometrio de 2.3 mm y mioma en canto izquierdo de 16 x 11 mm tipo G4 FIGO.



Figura 3. Imagen en zona de Douglas sólido-quística con gran captación Doppler, superficie irregular.