

COEXISTENCIA DE ENDOMETRIOMA Y FIBROMA OVÁRICO

Marín Pérez A, Cánovas López L, Hernández Hernández L, Sánchez Ferrer M, Marín Sánchez P, Castaño Ruiz I, Machado Linde, F, Nieto Díaz A.

Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La **endometriosis** es una patología ginecológica prevalente (10%). La clínica predominante es el dolor pélvico crónico y la dismenorrea, habitual en esta enfermedad. En cuanto a las pruebas de imagen realizadas por un equipo especializado, junto con la exploración física, a menudo son muy sugestivas, aunque el diagnóstico definitivo suele realizarse tras el **examen histológico**. El tratamiento quirúrgico debe ser conservador con la función y radical con la lesión, y será preferiblemente endoscópico, llevado a cabo por un equipo experto.

Por su parte, los **fibromas** son tumores benignos poco frecuentes de ovario. Debido a su estructura sólida, estos tumores a veces se confunden con tumores malignos durante la evaluación clínica, ya que pueden debutar como masas heterogéneas en ecografía, así como elevar el CA 125.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 38 años, con IMC 22.2. Como únicos antecedentes médicos es fumadora y padece asma bronquial extrínseco en tratamiento con broncodilatadores. En cuanto a sus antecedentes obstétricos tiene 3 partos y un aborto.

La paciente fue remitida a nuestra consulta desde el ginecólogo de zona por un **hallazgo casual** en una revisión rutinaria de un **quistc ovárico derecho de apariencia endometriósico** de 47x48 mm. Se decidió tratamiento con anticonceptivos orales y nueva revisión con ecografía en 6 meses. En la ecografía se informó de una formación quística de 45x34x31 en ovario derecho de **estructura compleja**, con una formación quística de 34x31 mm y un nódulo sólido de 17x19 mm, que no capta color con Doppler, con diagnóstico ecográfico de teratoma quístico derecho de morfología poco típica. El resto del aparato genital era normal.

Los marcadores tumorales eran: Ca 19.9 de 9, Ca 125 de 9, CEA de 4, HE4 114, y Fórmula ROMA postmenopáusica de 17,26%.

Ante los resultados ecográficos y la imposibilidad de poder asegurar un diagnóstico se decidió intervenir a la paciente, realizando una **anexectomía derecha laparoscópica**, que cursó sin incidencias. Finalmente, la anatomía patológica de la muestra informó de endometriosis ovárica derecha y fibroma ovárico de 2,6 cm de diámetro.

La paciente presentó un post operatorio excelente, siendo dada de alta hospitalaria a los dos días de la intervención. Fue vista en consulta al mes y medio de la intervención, encontrándose completamente **asintomática** y con una recuperación completa tras la cirugía.

DISCUSIÓN

Tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica entre la coexistencia de endometriomas y fibromas ováricos no hemos encontrado ninguna publicación al respecto. La **endometriosis ovárica sí que ha sido asociada a tumores malignos** del ovario, siendo el tumor más frecuentemente encontrado el carcinoma endometrioide, seguido por el de células claras.

Los fibromas pueden asociarse a síndromes sistémicos como el Síndrome de Meigs, el Síndrome de Gorling o incluso a la neurofibromatosis, pero **no existe una relación descrita con la endometriosis**.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perlman, S. and Kjer, J. (2016). Ovarian damage due to cyst removal: a comparison of endometriomas and dermoid cysts. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 95(3), pp.285-290.
2. Chene G, Caloone J, Moret S, Le Bail-Carval K, Chabert P, Beaufils E, Mellier G, Lamblin G (2016). Is endometriosis a precancerous lesion? Perspectives and clinical implications. (2016). *Gynecol Obstet Fertil.*, 44(Issue 2), pp.106-112.
3. Chechia, A., Attia, L., Temime, R., Makhoulouf, T. and Koubaa, A. (2008). Incidence, clinical analysis, and management of ovarian fibromas and fibrothecomas. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(5), pp.473.e1-473.e4.

