



# TUMOR DE BRENNER BORDERLINE. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Alfosea Marhuenda E, Castaño Ruiz I, Gazabat Barbado EL, Servet Pérez de Lema CM, Herrera Giménez J, Llanos Llanos MC  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

**El tumor de Brenner consiste en una tumoración de células transicionales compuesto por células uroteliales.**

Tiene una incidencia muy baja en la población, representando alrededor de 1.5% de los tumores de ovario.

Se clasifica en: benigno (95%), borderline (3-4%) y maligno (1%).

Los tumores de Brenner borderline representan menos del 5% de todos los tumores de Brenner y la mayoría se dan en mujeres mayores de 50 años. En el momento del diagnóstico, los tumores se localizan en el ovario y son casi siempre unilaterales.

Derivan directamente del epitelio de superficie del ovario (metaplasia urotelial) o bien de la rete ovarii, que es de origen celómico o mesonéfrico. En raros casos se desarrollan en la proximidad de un quiste dermoide, de un estruma ovárico o de un tumor carcinoide, lo que sugiere un posible origen germinal.

Suelen ser de gran tamaño (16-20 cm de diámetro), quísticos, uniloculares o multiloculares y contienen masas papilomatosas que sobresalen hacia la luz de los quistes. Rara vez son sólidos.

Por definición, no se observa invasión del estroma. Aunque suele encontrarse un componente de tumor de Brenner benigno, puede pasar desapercibido. El índice mitótico es muy variable y a veces hay focos de necrosis. También puede encontrarse abundante metaplasia mucinosa.

Los criterios diagnósticos de los tumores de Brenner borderline son controvertidos. Puesto que no se han publicado casos con extensión extraovárica o que hayan seguido una conducta agresiva, algunos autores han propuesto utilizar el término «proliferativo» en lugar de borderline. Otros, sin embargo, se refieren a él como carcinoma intraepitelial cuando estos tumores recuerdan a los carcinomas transicionales del tracto urinario (grado 2 ó 3).

En caso de atipia severa, deben tomarse numerosas muestras para excluir la presencia de un componente invasivo.

Aproximadamente, el 75% de los tumores de Brenner borderline expresan uroplaquina III (Uro-III) y trombomodulina pero no reaccionan para la citoqueratina 20. Se han encontrado mutaciones en el codón 12 del oncogén K-ras lo que indica que dichas mutaciones se asocian con el fenotipo mucinoso.

En mujeres jóvenes, los tumores de Brenner borderline se tratan con cirugía conservadora.

Aunque no se ha descrito extensión extraovárica en ninguno de los más de 50 casos publicados, recientemente hemos visto uno de estos tumores que recidivó en el útero tras la resección incompleta por vía laparoscópica.

Presentamos un caso reciente en nuestro hospital, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

## CASO CLÍNICO

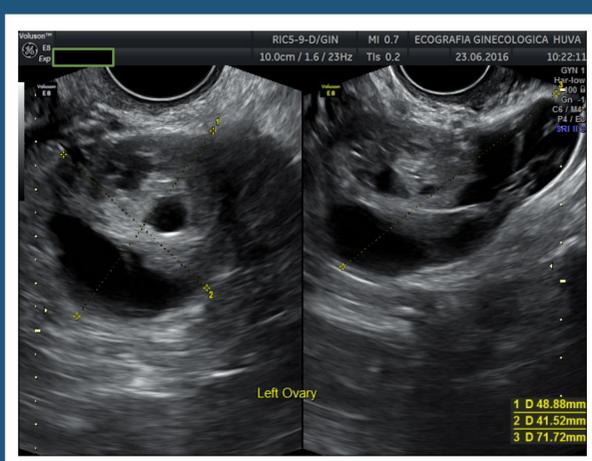
Mujer de 58 años, que consulta por metrorragia postmenopáusica.

Antecedentes: nuligesta. Menopausia a los 54 años. Antecedentes quirúrgicos: polipsectomía histeroscópica con resultado de benignidad.

A la exploración física, se objetiva un sangrado escaso procedente de cavidad; el útero se palpa móvil y no doloroso. Parametrios libres y Douglas ocupado por masa bien delimitada.

Se deriva a nuestra unidad de Oncología y se solicita tomografía computerizada, en la que se evidencia una masa ovárica izquierda de 8 cm que en su porción anterior presenta imagen quística de 4,5 cm. No se aprecian adenopatías ni líquido libre abdominal. Marcadores tumorales y analítica sin alteraciones.

Ecografía ginecológica: tumoración anexial izquierda de diagnóstico incierto GIRADS 4. Adenomiosis uterina.



*Ecografía transvaginal.* Se visualiza tumoración anexial izquierda de 71 x 48 x 41 mm, multiseptada, predominantemente quística, y con un área sólida de 29 x 30 mm, con vascularización ligeramente aumentada, con paredes finas e irregulares.

En la planificación quirúrgica, se decide exéresis de la lesión con biopsia intraoperatoria, que resulta informada como tumor de Brenner maligno (40%) asociado a tumor de Brenner borderline (50%), resecado en su totalidad.

Se completa la cirugía con histerectomía total, doble anexectomía y estadiaje (omentectomía inframesocólica y biopsias peritoneales).

Se concluye que se trata de un estadio IA de la FIGO. No precisa tratamiento adyuvante.

Actualmente se encuentra estable clínicamente. Próxima revisión prevista dentro de 6 meses.

### BIBLIOGRAFÍA

- Prat Díaz de Losada J. Tumores Ováricos Borderline (de Bajo Potencial de Malignidad). REV ESP PATOL 2007; Vol 40, n.º 4: 201-216.
- Benita Hermanns, Faridi A, Rath W, Füzési L, Schröder W. Differential Diagnosi, Prognostic Factors, and Clinical Treatment of Proliferative Brenner Tumor of the Ovary. Ultrastructural Pathology 2000; 24:191 -196.