

---

# Tumor de Celulas de Sertoli-Leydig

## (Arrenoblastoma) Maligno

---

*Dr. Oscar R. Flores*

---

### RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente de 21 años de edad, quien ingreso al departamento de Gineco-Obstetricia con asdtis, insuficiencia respiratoria, acné, hirsutismo, otros cambios virilizantes, y tumor de ovario. Dos días después de su ingreso le realizaron laparotomía con resección del tumor, el informe de Patología fue de Tumor de células de Sertoli-Leydig maligno. Posteriormente fue reintervenida y tratada con Quimioterapia.

Seis años después la paciente se encuentra asintomática y sin datos de actividad tumoral. Este es el único caso de Tumor de células de Sertoli-Leydig maligno que se ha presentado desde la existencia del Hospital Escuela.

### INTRODUCCION

Al tumor de células de Sertoli-Leydig se le llama también Arrenoblastoma o Androblastoma. Son tumores raros que se clasifican como pertenecientes a los derivados de las células estromales.

Constituyen menos del 1 % de los tumores de ovario (1), y en el Hospital Escuela este caso que

---

Profesor Titular III de pre y postgrado del departamento de Gineco-Obstetricia, del Hospital-Escuela, Facultad de Ciencias Médicas. Oncólogo quirúrgico del I.H.S.S.

Presentamos es el primero de su tipo en la historia de esta institución.

Generalmente son tumores benignos, rara vez son malignos, y aunque sean malignos su comportamiento biológico no es de la agresividad propia de la mayoría de los tumores epiteliales.

Estos tumores son productores de andrógenos, de ahí su nombre de Androblastomas o Arrenoblastomas, aunque rara vez también pueden producir estrógenos o las células de Leydig pueden secretar andrógenos que son convertidos periféricamente a estrógenos (2).

En 1930, Meyer les dio el nombre de Arrenoblastomas, por la frecuente virilización que causan; sin embargo el término de Tumor de células de Sertoli-Leydig es preferido por algunos autores quienes creen que es mejor reflejar el amplio espectro de diferenciación que se ven ellos (3).

### PRESENTACION DEL CASO:

M.I.M.R., Expediente No 475108, 21 años de edad, procedente del municipio de Concordia (Cantonamiento-Olancho). Ingreso a la sala de Ginecología el 23 de Enero de 1984, a las 6:15 p.m., con síntoma principal: aumento de volumen abdominal. H.E.A. 4 años de evolución con amenorrea, 2 años de crecimiento anormal de vello, con distribución androide en pubis y abdomen, muslos,



Se observa la distribución androide de vello, supralabial, mentoniana, en tórax y abdomen.

Piernas, torax, menton y sobre labios superiores (ver fotografianumerol). De 7 meses dolor pelvico en ambas fosa Sv que cedia con analgesicos pero sin desaparecer. Desde hacia tres meses presentaba adelgazamiento de cara y extremidades superiores e hipotrofia mamaria (ver fotografia numero 2).



Hay hipotrofia mamaria con abundante vello en tórax y abdomen, con características masculinas.

Hubo ademas perdida de peso no especificada, astenia e hipodinamia. Fue vista en varias ocasiones por medicos particulares quienes la trataron con distintos medicamentos pero no obtuvo mejoría.

Antecedentes gineco-obstetricos: menarca a los 16 años, ciclos: 30/3, amenorrea de cuatro años de evolución. V.S.A. desde los 17 años, nuligesta. Le indicaron anticonceptivos orales para regular la amenorrea, sin obtener resultados.

Al examen físico: paciente en mal estado general, quejumbrosa, disneica. Hay aumento del vello en cejas, supralabial ("bigote"), y en menton.

En torax hay hipertricosis y con mamas hipotroficas; corazon taquicardico.

Abdomen con hipertricosis y globoso, tenso por liquido ascitico (se demostro la existencia de onda liquida), y no fue posible determinar la presencia de tumor.

Al examen ginecologico se encontro distribucion androide del vello pubico, hipertrofia del clitoris (ver fotografia No 3), vagina y cervix normales. No se pudo determinar la presencia de tumor.

Hay evidente hipertrofia del clitoris.



En miembros inferiores habia abundante hipertrichosis. El diagnostico de ingreso fue: Tumor funcional virilizante de ovario (Arrenoblastoma) vrs Tumor virilizante de adrenales.

El 24 de enero le hicieron paracentesis extrayendole 3000 c.c. de liquido ascitico, amarillento, el cual se dice fue enviado a Patologia pero nunca se encontro el informe.

Los exámenes preoperatorios incluyeron: Ht 40 vol%, T. de P. 12"(1QO%), glicemia 91, N.U. 15.6, creatinina 0.88, acido urico 5.2, albumina 4.2, globulinas 2.3, proteinas totales 6.5, relacion a/g 1.8, bilirrubinas: D 0.2, 10.1, total 0.3, fosfatasa alcalina 30, transaminasas: SGO 7, SGP 4, Na 143, K 4.3. El analisis no citologico del liquido ascitico fue: sanguinolento, glucosa 100, proteinas 4 gr, celulas 1202 por mm<sup>3</sup>.

En orina se encontraron trazas de proteina y sangre, con 5 a 8 eritrocitos por campo.

El 16 de enero (7 dias antes de su ingreso) habia sido vista en consulta externa donde le solicitaron una radiografia simple de abdomen que fue informada con "un aumento de densidad abdominal, sin calcificaciones y dado aparentemente por una masa de origen pelvico que desplaza las asas de intestino hacia arriba. El higado y el bazo aparentemente dentro de sus limites normales". Conclusion: masa abdominal por posible quiste gigante de ovario.

Radiografia de torax revelo: ascitismo masiva con elevacion diafragmatica importante que puede causar insuficiencia respiratoria.

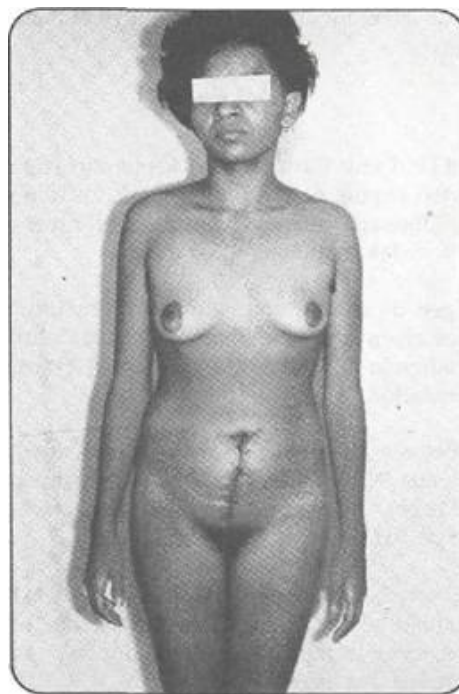
El 25 de enero le realizaron laparotomia (ver fotografia No 4), y le hicieron salpingo-ooforectomia derecha por tumor de ovario de ese lado, con biopsia en cuna del ovario contralateral, pero no hicieron biopsia por congelacion (transoperatoria). Extrajeron 4000 c.c. de liquido ascitico que tampoco enviaron a estudio a Anatomia patologica.

El tumor midio 26 x 18 cm y peso 3210 gramos, encontrandose ademas multiples fragmentos que midieron 17.5 x 10 x 5 cm, y que salian de una de las cavidades del tumor. Informe de Patologia 608/84 fue de: Tumor decelulas de Sertoli-Leydig (Arrenoblastoma) maligno.

Debido al tipo muy raro del tumor, a que no se documento la ascitis, a que hubo ruptura transoperatoria, y que estos tumores tienen mala respuesta a la Quimio y Radioterapia, se decidio nueva laparotomia. La segunda operation la realizo el Dr. Oscar Flores el siete de marzo de 1984, y los hallazgos mas importantes fueron 2 nodulos tumorales en el parametrio derecho y en el cuerpo uterino, de 2 cm cada uno. Se hizo lavado peritoneal que se envio a Patologia, y se realizo histerectomia abdominal total con salpingo-ooforectomia bilateral.

El informe histopatologico fue de metastasis de tumor de celulas de Sertoli-Leydig en nodule de parametrio (biopsia No. 1549/84). Con este resultado se clasifico en estadio clinico II C.

Se le dio de alta el 14 de marzo e inicio tratamiento con Quimioterapia. Actualmente, despues de seis años de su cirugia definitiva, la paciente se encuentra asintomatica y sin datos de actividad tumoral.



Incisión de primera laparotomía, inadecuada para resección de un tumor de ovario, lo que explica la ruptura transoperatoria. Se observan además los datos virilizantes ya descritos.

Desaparecio el hirsutismo y disminuyo el tamaño del clitoris.

### DISCUSION

Para el Dr. Denis Cavanagh (4), los tumores de células de Sertoli-Leydig representan 0.5% de los tumores de ovario. Otros autores consideran que constituyen apenas el 0.1% de las neoplasias de ovario (5).

El origen de estos tumores es muy obscuro, y hay quienes creen que se derivan de células estromales especializadas a través de diferentes estadios de diferenciación. (5).

Frecuentemente ocurren en mujeres entre los 20 y 30 años de edad (5), la paciente que no tuvo nuestro informe tenía 21 años. 75% son menores de 40 años y 66% tienen menos de 30 (3).

Son bilaterales apenas en el 5% de los casos, y la tasa de malignidad varía de 3 a 20%, manifestándose por diseminación intrapelvica e intraabdominal, y no por metástasis a distancia (5,6).

Aunque han sido llamados Arrenoblastomas, no siempre producen masculinización (7), pero la mayoría son hormonalmente activos y solo un 12% no exhiben manifestaciones endocrinas (3).

Clinicamente hay defeminización manifestada por amenorrea, atrofia de las mamas y pérdida de los depósitos grasos subcutáneos, que es a menudo la primera expresión de la enfermedad. Esto es seguido por signos de masculinización, tal como hipertrofia del clitoris y agrandamiento de la voz. Usualmente el retorno a las características femeninas sigue a la excisión del tumor, pero las manifestaciones de masculinización desaparecen lentamente (2,3,4,5,7,8).

No existe una correlación estrecha entre el grado de diferenciación del tumor y su comportamiento biológico, sin embargo los tumores pobremente diferenciados pueden contener elementos heterólogos, incluyendo epitelio gastrointestinal, hueso, cartilago y rara vez focos de carcinoma.

Estas pacientes tienden a ser más jóvenes con edad promedio de 23 años (3).

Los 17 cetosteroides son con frecuencia normales, aun en la presencia de masculinización, pero también han sido documentados ni siquiera elevados de ellos en este tipo de tumores (5).

El pronóstico es bueno en la mayoría de casos, y la cirugía conservadora está indicada en los casos de cáncer en estadio clínico IA, cuando es necesario conservar la fertilidad (8,9), y en pacientes menores de 40 años. Para los estadios IB a III deben ser tratados con H.A.T. + S.O.B. (Histerectomía abdominal total con salpingo-ovorectomía bilateral), con resección, de ser posible, de todas las áreas metastásicas.

Con tumores residuales de 2 cm o menos se indica Radioterapia y con más de 2 cm, o enfermedad más allá de la cavidad abdominal son tratados con combinación de Quimioterapia (4,7,8,10).

La paciente que presentamos fue clasificada en estadio clínico IIC, por lo que estaba indicada la H.A.T. + S.O.B., y tratamiento complementario con Quimioterapia, la que recibió en el servicio de Hemato-Oncología del departamento de Medicina Interna del Hospital-Escuela. El esquema de Quimioterapia que se utiliza es el de VAC (vincristina, actinomicina y ciclofosfamida) (11), aunque a este esquema últimamente se le ha agregado adriamicina (12).

### CONCLUSIONES

- 1.- Los tumores de células de Sertoli-Leydig son extremadamente raros en nuestro país.
- 2.- El caso que presentamos es el único tumor de células de Sertoli-Leydig maligno en la historia del Hospital-Escuela.
- 3.- El tratamiento conservador debe reservarse para estadios clínicos IA, cuando es necesario conservar la fertilidad.
- 4.- La H.A.T. + S.O.B. está indicada en pacientes en estadio clínico IA de 40 años o más, así como del estadio clínico IB en adelante.
- 5.- A la cirugía debe agregarse Radio o Quimioterapia, dependiendo del estadio o del volumen tumoral residual.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Del Regato, Juan A., M.D.; Spjut, Harlan J., M.D. Ackerman and Del Regato's Cancer Diagnosis, treatment and prognosis. Quinta edicion. The C.V. Mosby company. St. Louis. 1977:17:719.
- 2.- Scully, Robert E., M.D. Current issues in surgical pathology. Ovarian tumors with estrogenic manifestations. 1982:264.
- 3.- Slayton, Robert E. Management of germ cell and stromal tumors of the ovary. Seminars in Oncology. 1984:11:299.
- 4.- Cavanagh, Denis; Ruffolo, Eugene H.; Marsden, Donald E. Gynecologic cancer. A clinicopathologic approach. Appleton-century-crofts/ Norwalk, Connecticut. 1985:8:283.
- 5.- Rosai, Juan. Ackerman's Surgical Pathology. Volumen I. the C.V. Mosby company. St. Louis, Toronto, London. 1981:18:1051.
- 6.- Barber, Hugh R.K., M.D. Ovarian cancer: Diagnosis and Management. Am J Obstet Gynecol 1984:150:910.
- 7.- Pilch, Yosef H., M.D. Surgical Oncology. McGraw-Hill Book company. New York, St. Louis, San
- 8.- Disaia, Philip J., M.D.; Creasman, William T., M.D. Clinical Gynecologic Oncology. Second edition. The C.V. Mosby company. St. Louis, Toronto, Princeton. 1984:12:385.
- 9.- Barber, Hugh R.K. Ovarian cancer in children- Guide for a difficult Decision. Ca-A cancer J.Clin. 1975:25:6:334.
- 10.- De Vita, Vincent T., Jr.; Hellman, Samuel; Rosenberg, Steven A. Cancer principles & practice of Oncology. 2nd edition. J.B. Lippincott company. Philadelphia, London, Mexico city, New York, St Louis, Sao Paulo, Sydney. 1985:33:1109.
- 11.- Caeter, Stephen K., M.D.; Glatstein, Eli, M.D.; Livingston, Robert B., M.D. Principles of cancer treatment. McGraw-Hill Book company. New York, St. Louis, London, Mexico, Tokyo, Toronto, Lisbon. 1982:53:482
- 12.- Barber, Hugh R.K., M.D. Ovarian cancer: Diagnosis and management. Am J Obstet Gynecol 1984:150:910.