**C 6**

**TRATAMIENTO ADYUVANTE CON INHIBIDOR DE AROMATASA EN EL MANEJO DE RECIDIVA DE TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA: REPORTE DE UN CASO**

Liuba León Hernández1, Raiza García Lois1, Lorena Mosso Gómez1, Paulina Villaseca Délano1, Eugenio Arteaga Urzúa2, Alejandra Martínez García1

1Pontificia Universidad Católica de Chile, 2Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile

**Contenido:**

Los tumores ováricos de las células de la granulosa (TOCG) son tumores infrecuentes que se caracterizan por su elevada recurrencia. QMT y RDT, tienen eficacia limitada con efectos adversos significativos; y los inhibidores de aromatasa (IA) han surgido como alternativa. Presentamos un caso de recidiva de TOCG productor de Inhibina, tratado con IA con buena respuesta.

**Caso:**

Paciente de 46 años, que al año de control por probable amenorrea hipotalámica funcional, se evidencia en ecografía transvaginal, una imagen anexial izquierda sólida de 3 cm, vascularizada al doppler (CEA y CA-125 negativos). TAC abdomen y pelvis, sin otros hallazgos.

Fue tratada con histerectomía y salpingooforectomía bilateral. La biopsia diagnostica: TOCG de tipo adulto de 33x23x23 mm con estudio inmunohistoquímico positivo para Inhibina y CD99, y negativo para AE1/AE3 y EMA.

Posterior a cirugía, la medición de Inhibina B (IB) fue positiva, con reducción inicial e incremento gradual hasta 102 pg/mL a los 2 años (Tabla 1). Por ello, se realizó RM pelvis que constató adenopatía única ilíaca externa izquierda de 15x10 mm. La cirugía exploratoria demostró implantes a nivel del ligamento infundíbulo-pélvico izquierdo. La biopsia diagnosticó recurrencia de TOCG en el tejido conectivo con inmunohistoquímica positiva para receptores de estrógenos (RE) y progesterona. A las 6 semanas de la cirugía, la IB se mantuvo detectable (Tabla 1).

En este contexto, se decidió realizar tratamiento con RDT de pelvis (45Gy en 25 fracciones) y Letrozol (2,5 mg/día). Desde el inicio del IA, hace un año 7 meses, no se ha demostrado recurrencia y las concentraciones de IB se hicieron indetectables.

**Tabla 1**. Niveles plasmáticos de Inhibina-B, FSH y Estradiol

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Inhibina-B** **(≤ 4 pg/mL)** | **FSH** **(25,8 – 134,8 mUI/mL)** | **Estradiol** **(< 5 pg/mL)** |
| 09/2013 | - | 4,7 | 39 |
| 07/2014 (postcirugía) | 88 | 54 | 36 |
| 12/2014 | 36 | - | 38 |
| 12/2015 | 42 | - | 50 |
| 07/2016 | 102 | 61 | 41 |
| 11/2016 (postcirugía) | 22 | 40 | 20 |
| 11/2017 | <2,6 | 75 | <5 |
| 04/2018 | <2,6 | - | <5 |

**Comentario:**

No existe un tratamiento estándar para la recurrencia en TOCG. Aunque la evidencia en el uso de IA es variable, se han descrito casos con respuesta transitoria y también persistente.

Más del 90% de las pacientes con TOCG de tipo adulto, tienen una mutación específica del factor de transcripción FOXL2 (405C>G) C134W. FOXL2 mutado, se une al promotor de aromatasa produciendo un “up-regulation” de su actividad, lo cual podría promover el desarrollo y progresión de los TOCG. Por tanto, los IA podrían ofrecer ventajas potenciales en estos casos.

Nuestra paciente mantiene una excelente respuesta después de 19 meses de inicio de IA, que es reportada como superior en las pacientes con RE positivos en la inmunohistoquímica, pero su búsqueda no es evaluada de rutina en TOCG.

Proponemos el uso de IA como parte del manejo de la recurrencia en TOCG de tipo adulto, y sugerimos incorporar la búsqueda dirigida de RE, ya que su presencia podría favorecer la eficacia del IA a largo plazo.

**Financiamiento:** Sin financiamiento