

PRESENTACION DE CASO

Quiste de ovario gigante. Presentación de un caso

Giant Ovarian Cyst. A Case Report

Dra. Yarisdey Corrales Hernández.

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Imagenología . MSc. en Urgencias Médicas. Profesora Asistente. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in Imaging. MSc. in Medical Emergencies. Assistant Professor. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. Cienfuegos.

RESUMEN

Los quistes de ovario son tumoraciones frecuentes en las afecciones ginecológicas. Se presenta el caso de una paciente de 46 años de edad, que acudió al Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, refiriendo dolor y aumento de volumen del abdomen de un año de evolución. Se realizaron exámenes físico y ultrasonográfico, mediante los que se le diagnosticó una masa quística dependiente de ovario. Se practicó laparotomía y se reseccó un quiste de ovario izquierdo. En su estudio anatomopatológico se comprobó el diagnóstico de cistadenoma seroso del ovario.

Palabras clave: cistadenoma seroso; quistes ováricos; diagnóstico

Límites: humanos; adulto; femenino

ABSTRACT

Ovarian cysts are common tumors among gynecological conditions. The case of a 46 years old woman who arrived at the Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital in Cienfuegos, because of pain and swelling of the abdomen of a year of evolution is presented. The physical examination and ultrasound were performed and the patient was diagnosed with an ovarian dependant cystic mass. Laparotomy was

performed and the left ovarian cyst was resected. In pathological and anatomical studies the diagnosis of an ovarian serous cystadenoma was confirmed.

Key words: cystadenoma, serous; ovarian cysts; diagnosis

Limits: humans; adult; female.

INTRODUCCIÓN

Las masas tumorales en hemiabdomen inferior son causas frecuentes de consulta ginecológica. Dentro de estas, los quistes de ovarios son los más frecuentemente diagnosticados. Hay muchas clases de tumores del ovario, tanto benignos como malignos. Alrededor del 80 % son benignos y la mayoría de ellos aparece en mujeres jóvenes, con edades comprendidas entre los 20 y los 48 años. ⁽¹⁾

La experiencia de la clínica revela la alta incidencia de tumores de ovario en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad. ⁽²⁻⁴⁾

El ovario es un órgano de caracteres polimorfos, los cuales se encuentran muy interrelacionados. Diversos factores genéticos embriológicos, entogenéticos, estructurales y funcionales experimentan una interacción de la que puede emanar una enorme capacidad tumoral: benigna o maligna; tanto es así, que es universalmente

Recibido: 26 de junio de 2012

Aprobado: 8 de julio de 2012

Correspondencia:

Dra. Yarisdey Corrales Hernández.

Policlínico Docente Área VII.

Carretera a O' Bourke Km 1.

Zona Industrial. Cienfuegos. CP: 55300.

Dirección electrónica: yarisdey.corrales@gal.sld.cu

aceptado este órgano como el asiento de la patología más diversa. ^(1,5)

Los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido, pues si bien muchos de ellos son claramente benignos, otros en su evolución pueden malignizarse. Alrededor del 75-85 % de los tumores de ovario son en principio benignos. ⁽⁶⁾

El cistadenoma seroso de ovario es el tumor más frecuente de aquellos que provienen del epitelio celómico superficial. Hay tumores pequeños macroscópicamente y tumores masivos que ocupan toda la pelvis e incluso la cavidad abdominal. Este tipo de tumor está tapizado por una cubierta azulada relativamente fina con un contenido de líquido seroso claro. Por lo general, cuando es detectado, su tamaño es grande, situación en que la imagenología puede ayudar a plantear el diagnóstico.

Con la llegada del ultrasonido a nuestro país en el año 1979, un nuevo horizonte se abrió en el diagnóstico de los tumores de ovario, por ser un método efectivo, fácil de realizar, económico y no invasivo, constituye el medio diagnóstico ideal de primera línea para su estudio. ^(2,3,6)

El diagnóstico precoz es casi imposible, incluso los tumores grandes son asintomáticos, y se descubren como hallazgos casuales en una exploración o ecografía.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 46 años de edad, de color de piel blanca y ocupación contadora, que acudió al Cuerpo de Guardia de Cirugía del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, por aumento de volumen del abdomen y dolor.

Refirió historia de dolor abdominal y aumento progresivo de volumen del abdomen con un curso insidioso de un año de evolución. Además se quejaba de trastornos miccionales como disuria y polaquiuria.

Se decidió su ingreso para estudio y tratamiento.

Antecedentes patológicos personales: asma bronquial grado III.

Sobre su historia obstétrica anterior refirió dos gestaciones, un parto y un aborto.

Edad de la menarquía: 12 años con características normales.

Fórmula menstrual actual: 4 / 28; fecha de la última menstruación: 8 de noviembre de 2010. No refirió alteraciones menstruales.

Edad de las primeras relaciones sexuales: 19 años.

Método anticonceptivo empleado: condón.

Examen físico:

Paciente normolínea, con abdomen globuloso, con peso corporal de 60 Kg y talla: 1,65 cm.

Abdomen: globuloso, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio. Se palpó una tumoración redondeada hacia todo el hipogastrio y región supraumbilical de aproximadamente 10 cm, móvil, no dolorosa, redondeada, de bordes bien

definidos, lisos, renitentes y escasamente móviles.

Examen genital: vulva y periné con características normales. Examen con espéculo: vagina y cervix de aspecto normal, no leucorrea.

Tacto vaginal: vagina húmeda, cuello no doloroso. Fondo de sacos vaginales normales. Útero en anteversoflexión desplazado hacia la izquierda. Se palpó una tumoración, de aproximadamente 10 cm que ocupaba todo el hipogastrio y parte del epigastrio, móvil, de consistencia renitente, no dolorosa.

Se pensó en una tumoración gigante del ovario. Se indicaron exámenes complementarios.

Resultados de los exámenes complementarios:

Hb: 12,5 g/L.

Htto: 0,40

Eritrosedimentación: 10 mm/h.

Coagulograma: tiempo de coagulación: 1 minuto, tiempo de sangrado: 8 minutos.

Plaquetas: 210 mm/L, coágulo: retráctil.

Serología: No reactiva.

TGO: 1,0 UI

TGP: 9,0 UI

Glucemia: 5,4 mmol/L.

Exámenes imagenológicos:

Rayos X de tórax: normal.

Ultrasonografía: hígado de tamaño normal y ecopatrón homogéneo. Vesícula de tamaño normal y paredes normales con litiasis gruesa hacia el cuello. Bazo, páncreas y riñón derecho normales. Ureterohidronefrosis ligera del riñón izquierdo sin poder definir obstáculo.

Se observó una imagen a la izquierda de la línea media, que crece desde hipogastrio hasta epigastrio, de aspecto quístico, de 150 x 75 mm, sin poder definir etiología u órgano de origen.

Útero en anteversoflexión de tamaño normal sin DIU, en la proyección anexial derecha se observó una imagen ecolúcida tabicada de 46 x 62 mm, de aspecto quístico; el anejo izquierdo impresiona estar involucrado o dar origen a la imagen ecolúcida gigante. No adenopatías, falso riñón, ni líquido libre en cavidad abdominal, ni en el fondo del saco de Douglas. (Figura 1).

TAC simple y contrastada de abdomen e hipogastrio: Se observa en el topograma aumento de la densidad de partes blandas que desplaza las asas intestinales. (Figura 2).

Hígado de forma, tamaño, localización y densidades normales y homogéneas, no se observa dilatación de vías biliares ni del sistema vascular intrahepático. Vesícula de forma, tamaño, paredes y densidades normales. Litiasis en su interior, no dilatación de vías



Figura 1. Se observa una imagen a la izquierda de la línea media que crece desde hipogastrio hasta epigastrio de aspecto quístico, de 150 x 75 mm sin poder definir etiología u órgano de origen. En la proyección anexial derecha se observa imagen ecotécida tabicada de 46 x 62 mm de aspecto quístico, el anejo izquierdo impresiona estar involucrado o dar origen a la imagen ecotécida.



Figura 2. Tomografía simple y contrastada de abdomen e hipogastrio. Vista de topograma. Se observa aumento de la densidad de partes blandas que desplaza las asas intestinales.

biliares extrahepáticas. Bazo de forma, tamaño, posición y densidad normales. El páncreas de tamaño, posición, morfología y densidades normales. No procesos quísticos ni sólidos, no dilatación del conducto pancreático, ni colecciones periviscerales. Riñón derecho de tamaño, morfología, localización y densidad normales. No se observa litiasis ni hidronefrosis. Existe buena relación entre parénquima renal y porción excretora. Riñón izquierdo de tamaño, morfología, localización y densidad normales. No se observa litiasis, ureterohidronefrosis ligera. Existe buena relación entre parénquima renal y porción excretora. No se observan adenopatías

intraabdominales en los cortes realizados.

El diámetro, morfología y situación de los vasos intraabdominales son normales, no se observan placas ateromatosas calcificadas.

Útero de tamaño y densidades normales. En el ovario izquierdo hay una gran tumoración quística de 170 x 160 mm que crece hacia arriba extendiéndose hasta el mesogastrio y abombando la pared anterior que desplaza los órganos de la cavidad abdominal, incluyendo las estructuras vasculares hacia el lado contralateral, y que no varía su densidad con la administración de contraste. (Figuras 3 y 4).

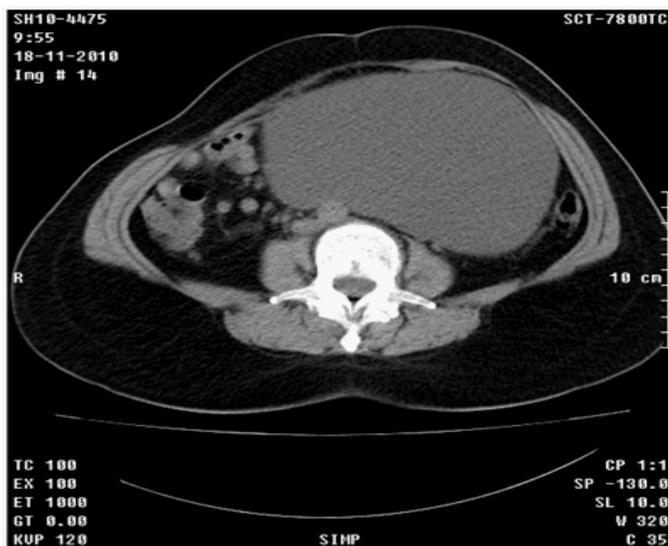


Figura 3. Tomografía simple de abdomen e hipogastrio. En el ovario izquierdo hay una gran imagen tumoral quística de 170 x 160 mm que crece hacia arriba extendiéndose hasta el mesogastrio y abombando la pared anterior que desplaza los órganos de la cavidad abdominal incluyendo las estructuras vasculares hacia el lado contralateral.

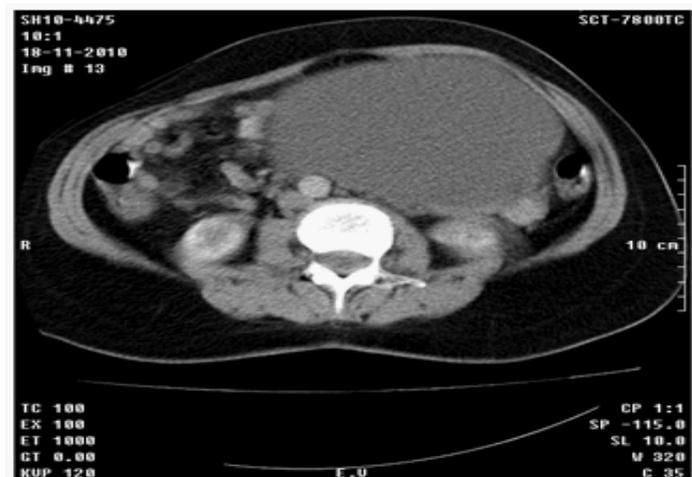


Figura 4. Tomografía contrastada de hipogastrio. En el ovario izquierdo hay una gran imagen tumoral quística de 170 x 160 mm que crece hacia arriba extendiéndose hasta el mesogastrio y abombando la pared anterior, que desplaza los órganos de la cavidad abdominal incluyendo las estructuras vasculares hacia el lado contralateral y que no varía su densidad con la administración de contraste.

En el ovario derecho se observó una imagen hipodensa de 60 x 55 mm de aspecto quístico con paredes de 14 mm que no aumenta su densidad con la administración del contraste. (Figuras 5 y 6).



Figura 5. Tomografía simple de hipogastrio. Útero de tamaño y densidades normales. En el ovario derecho imagen hipodensa que mide 60 x 55 mm de aspecto quístico con paredes de 14 mm.



Figura 6. Tomografía contrastada de hipogastrio. En el ovario derecho se observa imagen hipodensa que mide 60 x 55 mm de aspecto quístico con paredes de 14 mm que no aumenta su densidad con la administración del contraste.

La paciente fue sometida a intervención quirúrgica. Se realizó laparotomía exploradora. Se realizó una incisión media infraumbilical, que se prolongó bordeando el ombligo para ampliar campo quirúrgico.

Se observó útero de aproximadamente 10 cm, anteverso móvil de características macroscópicas normales. Anejo derecho tumoral quístico de 6 cm libre en la cavidad que corresponde, con ovario grande y trompa que cabalga sobre el proceso y adherida a este. Anejo izquierdo tumoral de 17 cm, quístico, con zonas de hemorragias. Se procedió a realizar histerectomía total abdominal con doble anixectomía y apendicectomía profiláctica. Se comprobó la hemostasia y se cerró la cavidad abdominal.

Al segundo día de operada tenía una evolución satisfactoria y fue dada de alta.

En la consulta posoperatoria se encontraba asintomática. Evolución normal. Se discutió el resultado de la biopsia.

Informe del Departamento de Anatomía Patológica:

Útero y anejos:

Útero que mide 10 x 8 x 5 cm, corresponde a 2 cm del cuello, canal endocervical permeable, cuerpo simétrico, a los cortes se encontró que mide 1 cm, de aspecto saculado, miometrio que mide 2 cm, con pequeñas formaciones redondeadas, de aspecto arremolinado.

Se reciben ambos anejos, el mayor de 6 x 6 x 2 cm con múltiples adherencias en la superficie, al corte varias formaciones quísticas con contenido seroso, con pequeño cuerpo lúteo, trompas adheridas a este con pequeños quistes paratubarios.

Histología: endocervicitis crónica, condilomas planos, endometrio secretor, leiomioma uterino, cuerpo lúteo y cuerpo de blanco de ovario junto a proceso inflamatorio crónico agudizado. Quistes paratubarios.

Microscópico: cistadenoma seroso del ovario izquierdo. (Figura 7)

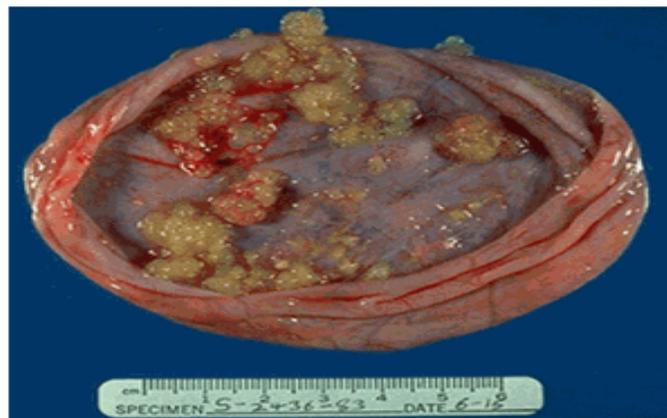


Figura 7. Pieza anatómica enviada a Anatomía patológica en su aspecto macroscópico y microscópico. Lesión tumoral redondeada de aspecto quístico que mide 6 x 6 x 2 cm de color blanco nacarado que deja los vasos sanguíneos, a su apertura deja escapar líquido amarillento, difuso, dejando ver en su interior líquido en relación con cistadenoma seroso del ovario izquierdo.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de los tumores del ovario es de difícil determinación en etapas muy tempranas. Gran número de ellos son asintomáticos y se descubren en una exploración o ecografía.^(1,2)

Los cistadenomas serosos son tumores de tamaño variable desde pequeños hasta gigantes, crecen libremente en la cavidad abdominal por lo que se pediculizan de manera considerable; pueden estar formados por los elementos del ovario y al crecer puede que la trompa quede englobada en su masa.^(3,4)

Autores cubanos^(3,4) informan en su trabajo de un quiste gigante de ovario y otro caso de tumor gigante de células de la granulosa con medidas similares al encontrado en este estudio.

Independientemente de envejecer en sus funciones, el ovario no pierde la capacidad de formar tumores de múltiples variedades histológicas. Actualmente, se cree que los tumores del ovario provienen de uno de los tres elementos siguientes: del epitelio celómico superficial, de las células germinales, o del estroma ovárico.^(1,5-8)

El 70 % de los tumores serosos serán benignos,⁽⁹⁻¹²⁾ son más frecuentes que los de tipo mucinoso⁽¹³⁾ y como regla general alcanzan gran tamaño cuando no son diagnosticados a tiempo. Es un quiste unilocular o

multilocular, de paredes delgadas y de contenido acuoso, superficie lisa, en raras ocasiones con excrescencias papilares. La mayor parte de su superficie interna es lisa y puede contener un gran número de papilas.

Los quistes gigantes de ovario son una entidad relativamente rara en la actualidad debido al desarrollo de la cirugía y a los medios diagnósticos con que contamos. En las décadas de los setenta y ochenta, sólo se informaron en la literatura mundial 20 casos de quistes.⁽¹⁴⁾ Sin embargo, en países donde aún la medicina no llega a todos de la misma manera se pueden encontrar estas curiosidades quirúrgicas. Su tamaño varía de 5 a 20 cm de diámetro, con una pared fina y un contenido seroso espeso.⁽¹⁵⁾

Estos tumores suelen ser asintomáticos,⁽¹⁶⁾ la clínica y el manejo estará determinado por el crecimiento desmesurado que conlleva a una masa abdominal palpable, dolor abdominal o síntomas derivados de la obstrucción o irritación del aparato urinario o del recto, como era el caso de esta paciente, la cual presentaba ligera hidronefrosis izquierda por la dificultad en la evacuación normal de la orina. El diagnóstico es relativamente fácil cuando alcanzan este tamaño y nos podemos auxiliar del ultrasonido con un gran porcentaje de efectividad.^(2,16)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bou-Khair RM, Frontera DA, Escobar ME, Gryngarten M, Zuccardi LA. Estruma ovárico benigno: diagnóstico y tratamiento en la adolescencia. Arch Argent Pediatr [revista en Internet]. 2005 [citado 20 May 2011]; 103(6): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752005000600009&script=sci_arttext.
2. Oliva Rodríguez JA. Diagnóstico ultrasonográfico de afecciones ováricas. En: Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 335-58.
3. Álvarez Sánchez AC. Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2010 [citado 29 Feb 2012]; 36(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100011&lng=es.
4. Suárez Pérez I, Collazo MO, Cruz Alamaguer N, Pila Díaz R. Cistadenocarcinoma gigante de ovario: presentación de un caso. MediCiego [revista en Internet]. 2008 [citado 20 May 2011]; 14(suppl.1): [aprox. 6 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100011&lng=es.
5. Heinen F, Pérez G. Cistadenoma mucinoso fronterizo (borderline) del ovario, en una niña antes de la menarca. Arch Argent Pediatr. 2012; 110(1): e4-e8.
6. Aggarwal A, Lucco KL, Lacy J, Kires S, Gerstle JT, Allen L. Ovarian epithelial tumors of low malignant potential: a case series of 5 adolescent patients. J Pediatr Surg. 2009; 44(10): 2023-7.
7. Song T, Choi CH, Lee YY, Kim TJ, Lee JW, Bae DB, et al. Pediatric borderline ovarian tumors: a retrospective analysis. J Pediatr Surg. 2010; 45(10): 1955-60.
8. Alobaid AS. Mucinous cystadenoma of the ovary in a 12-year-old girl. Saudi Med J. 2008; 29(1): 126-8.
9. Diamantopoulou S, Sikiotis K, Panayiotides J, Kassanos D. Serous cystadenoma with massive ovarian edema. A case report and review of the literature. Clin Exp Obstet Gynecol. 2009; 36(1): 58-61.
10. Temiz M, Aslan A, Gungoren A, Diner G, Karazincir S. A giant serous cystadenoma developing in an accessory ovary. Arch Gynecol Obstet. 2008; 278(2): 153-5.
11. Aragón Palmero FJ, Galbán González JA, Carvajal Ortiz JA. Cistadenoma seroso gigante de ovario. Reporte de un caso. MediCiego [revista en Internet]. 2010 [citado 20 May 2011]; 16(Suppl 1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=68398&id_seccion=3717&id_ejemplar=6856&id_revista=226.

12. Kassab A, El-Bialy G, Clark J, Callen P, Powari M, Jones H. Unusual presentation of 22-kilogram retroperitoneal müllerian serous cystadenoma. *Gynecol Oncol.* 2007;104(1):257-9.
13. Millán Cantero H, Franco Márquez M, de Justo Moscardó J, de Toro Salas A, Escudero Severín C, Eloy-García Carrasco C. Tumor de la granulosa coexistente con cistadenoma mucinoso en el ovario contralateral. *Prog Obstet Ginecol.* 2009;52(9):533-6.
14. Ueda S, Yamada Y, Tsuji Y, Kawaguchi R, Haruta S, Shigetomi H, et al. Giant abdominal tumor of the ovary. *J Obstet Gynaecol Res.* 2008;34(1):108-11.
15. Cisterna P, Orellana R. Carcinoma de ovario. *Bol Hosp San Juan de Dios.* 2007;54(3):137-44.
16. Arroyo Díaz MJ, Díaz Gutiérrez M, García Tirada M, Gutiérrez Aleaga YL. Quiste gigante de ovario: presentación de un caso. *Medisur*[revista en Internet]. 2011[citado 12 Feb 2012];9(5):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/issue/view/57>.