

PRESENTACION DE CASO

Cistoadenocarcinoma mucoproduccion de ovario. Presentación de un caso

Ovarian Mucoproducer Cystadenocarcinoma . A Case Presentation

Dra. Regla Fang Mederos, ⁽¹⁾ Dra. Práxedes Rojas Quintana, ⁽²⁾ Dra. Doris González Díaz. ⁽³⁾

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. MSc. en Atención Integral a la Mujer y el Niño. Profesora Instructora. ² Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. MSc. en Atención Integral a la Mujer y el Niño. Profesora Auxiliar. ³ Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. MSc. en Atención Integral a la Mujer y el Niño. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

¹ Second Professional Degree in Obstetrics. MSc. in General Care for Women and Children. Instructor. ² Terminal Professional Degree in Gynecology and Obstetrics. MSc. in General Care for Women and Children. Associate Professor. ³ Terminal Professional Degree in Gynecology and Obstetrics. MSc. in General Care for Women and Children. Associate Professor. Research Associate. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. Cienfuegos.

RESUMEN

El cáncer de ovario representa la causa más frecuente de muerte entre los tumores malignos del tracto genital y constituye la tercera causa en orden de frecuencia de todos los tumores malignos de la mujer. Se presenta el caso de una paciente de 60 años de edad, de procedencia rural, que ingresó en el Servicio de Ginecología del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, por sentir dolor en bajo vientre, aumento de volumen del abdomen, con toma del estado general y pérdida de peso. Al realizarle exámenes complementarios se diagnosticó un tumor de ovario gigante. Se le realizó una histerectomía total abdominal con doble anexectomía, omentectomía y apendicectomía. El diagnóstico anatomopatológico informó un cistoadenocarcinoma bien diferenciado.

Palabras clave: adenocarcinoma; neoplasias ováricas; quistes ováricos; diagnóstico

Límites: humanos; adulto; femenino

ABSTRACT

Ovarian cancer is the most common cause of death among malignant tumors of the genital tract and is the third cause of death according to frequency out of all malignant tumors in women. The case of a 60 years old patient of rural origin who was admitted to the Gynecology Service of the Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital of Cienfuegos because of lower abdomen pain, abdominal enlargement, general malaise and weight loss is presented. Complementary tests allowed diagnosing a giant ovarian tumor. She underwent total abdominal hysterectomy with bilateral adnexectomy, omentectomy and appendectomy. The anatomical and pathologic diagnosis reported a well-differentiated cystadenocarcinoma.

Key words: adenocarcinoma; ovarian neoplasms; ovarian cysts; diagnosis

Limits: humans; adult; female

Recibido: 8 de marzo de 2012

Aprobado: 11 de abril de 2012

Correspondencia:

Dra. Regla Fang Mederos.

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Calle 51 A y Ave 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP: 55 100.

Dirección electrónica: regla.fang@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario representa la causa más frecuente de muerte provocada por tumores malignos del tracto genital y constituye la tercera causa en orden de frecuencia de todos los tumores malignos de la mujer. Es la primera causa de muerte por cáncer ginecológico en el mundo industrializado y cuarta causa de muerte por cáncer en general después de mama, pulmón, colon/recto y leucemias/linfomas. ⁽¹⁾

Conforman un grupo de neoplasias diversas por su histogénesis, epidemiología e historia natural. Los carcinomas ováricos epiteliales representan entre el 80 y más del 90 % de todos los cánceres del ovario y son más frecuentes entre las caucásicas. En los Estados Unidos la tasa de incidencia en las mujeres blancas varía entre 12 y 15 × 10⁵ frente a 8 y 10 entre las razas no blancas. Los tumores de células germinales predominan en las mujeres jóvenes y en las niñas; constituyen el 90 % de los tumores prepuberales y el 60 % se presenta antes de los 20 años. Representan menos del 5 % de los cánceres ováricos y el disgerminoma es su variedad más común. Entre los tumores derivados de los cordones sexuales y del estroma gonadal (8 %) predominan los de células granulosas, los cuales en la mujer adulta tienen un pico de incidencia en los 50 años y aproximadamente el 67 % aparece en la posmenopausia. ^(2,3)

La mayoría de los cánceres de ovario son encontrados en mujeres posmenopáusicas, con sólo el 10-15 % descubierto en mujeres premenopáusicas. La media de edad para el cáncer epitelial de ovario, el tipo histológico más frecuente, se sitúa en torno a los 60 años. Menos del 1 % de las neoplasias epiteliales de ovario aparecen antes de los 30 años y la mayoría son tumores de células germinales. Alrededor del 20-30 % de las neoplasias ováricas encontradas en mujeres posmenopáusicas son malignas, mientras que lo son sólo el 7 % de las neoplasias ováricas encontradas en mujeres premenopáusicas. ⁽³⁾

Un antecedente familiar de cáncer de ovario en una paciente de primer grado, o sea madre, hija o hermana, triplica el riesgo de una mujer de desarrollarlo; los riesgos aumentan cada vez más con las familiares de primer grado afectadas. Por ahora la identificación de pacientes de alto riesgo cuyos familiares tuvieron cáncer ovárico, mamario o colónico, es la mejor estrategia preventiva (*National Cancer Institute 2007*). ⁽⁴⁾

La enfermedad se diagnostica en estadios avanzados en 60 % de los casos. Ello ocurre por su localización intraperitoneal profunda, la inespecificidad de sus síntomas iniciales, la ausencia de síntomas precoces y de pruebas de detección precoz efectivas. Las neoplasias de este órgano presentan una tendencia marcada a la diseminación intraabdominal, variando su evolución en cierta medida en dependencia de su tipo histológico. Aunque mucho se ha escrito sobre la utilidad del marcador Ca-125 y de la ecografía transvaginal para la detección y diagnóstico precoz, ninguno ha validado su eficacia y

continúan en estudio. El tratamiento es multidisciplinario y en él se combinan la cirugía, la quimioterapia y las radiaciones ionizantes. ⁽⁵⁻⁷⁾

Más allá de su importancia epidemiológica, al constituir la cuarta causa de mortalidad por cáncer en la mujer, el carcinoma de ovario tiene una relevancia especial, ya que representa una forma de cáncer quimiosensible, paliable e incluso curable en etapas avanzadas de su evolución. El carcinoma de ovario es uno de los tumores sólidos más tratable, ya que la mayoría son sensibles a los agentes antineoplásicos. ⁽⁵⁾

El esfuerzo interdisciplinario es fundamental en esta enfermedad, dentro de ello los pilares básicos son el diagnóstico precoz, la cirugía adecuada y el tratamiento complementario idóneo, básicamente la quimioterapia.

Por la importancia que tiene la detección precoz de esta enfermedad, se decidió la presentación de este caso.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 60 años de edad, femenina, de color de piel blanca, de procedencia rural, con antecedentes de esquizofrenia e hipertensión arterial, para lo cual llevaba tratamiento habitual. Desde hacía varios meses comenzó con dolor en bajo vientre, decaimiento, orinas frecuentes e imperiosas, pérdida de peso y aumento de volumen del abdomen. Por esta sintomatología acudió al Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos y fue ingresada en el Servicio de Ginecología.

Datos positivos al interrogatorio:

Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial y esquizofrenia.

Dolor en bajo vientre.

Pérdida de peso y decaimiento.

Orinas frecuentes e imperiosas

Antecedente de paro cardiorrespiratorio.

Hábitos tóxicos: fumadora.

Datos positivos al examen físico:

Abdomen globuloso, se palpó tumoración que ocupaba todo el hipogastrio y llegaba hasta epigastrio, de consistencia firme, dolorosa ligeramente a la palpación. (Figura 1).

Exámenes complementarios:

Hb: 11,8 g/L

Hto:0,38

Glucemia: 3,3 mmol/L

Leucograma:5,2 x 10³

St-00

Sg-70

Eo-00

Mo-00

li-00

Conteo de plaquetas: 250 x 10³

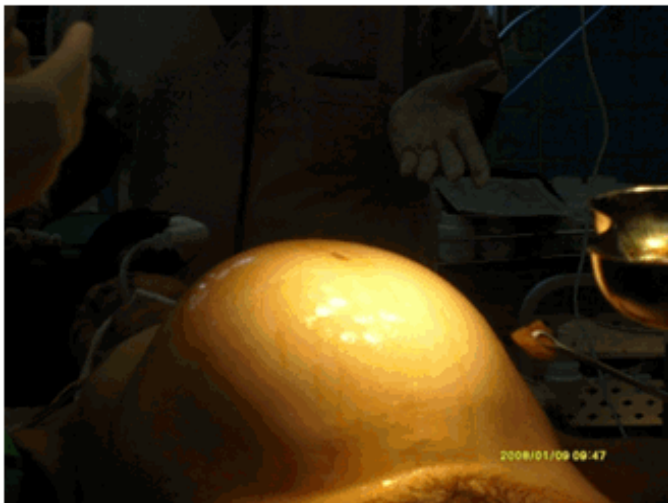


Figura 1. Imagen que muestra aumento de volumen del abdomen

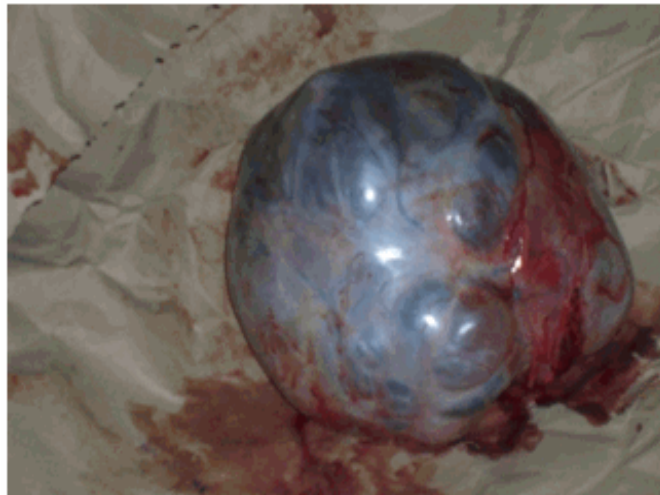


Figura 2. Imagen que muestra el tumor gigante extraído.

Creatinina: 24

Coagulograma: tiempo de coagulación: 8 min

Tiempo de sangrado: 1 min

Amilasa sérica: 102 UI

ECG: normal

Exámenes imagenológicos:

Ultrasonido: tumor gigante que se proyecta desde hipogastrio hasta epigastrio, de aspecto ecolúcido y gran contenido celular; hacia su cara izquierda muestra aspecto de panal de tabiques gruesos creciendo hacia la luz; impresiona que está en relación con cistoadenocarcinoma de ovario derecho. Por encima y por detrás se aprecian asas intestinales dilatadas con gran contenido líquido en su interior, la vejiga no muestra alteraciones, útero atrófico no evaluable al igual que el anejo izquierdo.

Se discutió en el Servicio de Ginecología ante el hallazgo y se decidió el tratamiento quirúrgico con prioridad. Se realizó exéresis del tumor, histerectomía total abdominal con anexectomía izquierda, omentectomía y apendicectomía. En el acto quirúrgico se encontró un tumor que ocupaba todo el abdomen, de 15 libras de peso, con contenido achocolatado y epiplón adherido en su parte posterior, el resto de los órganos abdominales tenían características normales. (Figura 2).

Se le puso tratamiento con con Rocephin y metronidazol en el periodo posoperatorio. Egresó con evolución favorable.

Los resultados de la biopsia fueron los siguientes: cistoadenocarcinoma bien diferenciado mucoprodutor que atraviesa la pared quedando contenido en el órgano. Endocervicitis crónica. Atrofia quística endometrial. Fibroleiomiomas. Cuerpo blanco del ovario. Trompas y apéndice sin alteraciones histológicas. En la grasa se disecaron 3 ganglios linfáticos donde no hay metástasis.

De acuerdo con el resultado de la biopsia, se concluyó con un estadio Ib. La paciente recibió tratamiento adyuvante con poliquimioterapia, con lo que se logró su su-

pervivencia.

DISCUSIÓN

El cáncer de ovario raras veces se diagnostica en sus estadios iniciales y, por lo general, está bastante avanzado al momento de hacerse el diagnóstico. Aproximadamente 3 de cada 4 mujeres con cáncer ovárico sobreviven un año después del diagnóstico. Cerca de la mitad de las mujeres vive por más de 5 años después del diagnóstico. Si este se hace al comienzo de la enfermedad y el tratamiento se recibe antes de que el cáncer se disemine por fuera del ovario, la tasa de supervivencia a 5 años es muy alta. ⁽²⁾

Los estudios epidemiológicos han demostrado que algunas situaciones elevan y otras disminuyen el riesgo de padecer cáncer de ovario. ⁽⁴⁾

Entre los factores de riesgo se encuentran:

- Edad: es un factor importante, el 60 % de las pacientes tienen más de 50 años.
- Historia reproductiva: menarquia precoz y menopausia tardía, así como la nuliparidad.
- Ovulación incesante: cuanto mayor es el número de ovulaciones que incurren en el ovario durante la vida de una mujer, mayor es el riesgo de tener un cáncer de ovario. Esta teoría de la ovulación incesante sugiere que el traumatismo repetido predispone al ovario a la transformación maligna.
- Esterilidad: la incapacidad para concebir incrementa el riesgo de padecer cáncer de ovario hasta seis veces más en mujeres con vida sexual activa y que no usaron anticonceptivos hormonales frente a mujeres fértiles.
- Uso de inductores de la ovulación: los agentes utilizados en la inducción médica de la ovulación se asocian con un riesgo elevado de desarrollar cáncer de ovario.
- Dieta rica en grasa: la dieta rica en grasa saturada

incrementa el riesgo de padecer cáncer de ovario

- Herencia: en los últimos años se ha estudiado el papel de la herencia en la génesis del cáncer de ovario y se acepta actualmente la existencia de una herencia autosómica dominante de forma que los miembros de la familia tendrían más del 50 % de riesgo de padecer cáncer de ovario. ⁽⁴⁾

En el caso que se presenta se trata de un tumor del epitelio superficial del ovario, comúnmente denominados epiteliales, que pueden ser subdivididos en 5 amplias categorías tumorales teniendo en cuenta el tipo celular predominante. Estas son: diferenciación serosa, mucinosa, endometriode, de células claras, transicional o de Brenner. Son frecuentes los patrones mixtos o intermedios. ⁽⁸⁾

Dentro de estos tumores provenientes del epitelio superficial del ovario, aproximadamente el 40 % son serosos, el 15 % mucinosos, el 15 % endometriodes, 20 % indiferenciados, y 5 % de células claras y mixtos de igual distribución. ⁽⁸⁾

Sean cuales fueren los elementos histológicos predominantes, todas ellos pueden ser agrupados en 3 categorías dependiendo de su potencial maligno. Así los tumores derivados del epitelio superficial ovárico pueden ser benignos, proliferantes atípicos (también llamados *borderline*) y malignos. ⁽⁸⁻¹²⁾

Se conoce que el cáncer de ovario raras veces se diagnostica en sus primeras etapas (20-25 %) y, por lo general, está bastante avanzado al momento de hacerse el diagnóstico, lo cual ofrece a menudo un pronóstico desalentador. Aproximadamente el 76 % de las mujeres con cáncer ovárico sobreviven un año después del diagnóstico. ⁽⁹⁻¹²⁾

Aproximadamente el 45 % vive por más de 5 años después del diagnóstico, siempre que este se haga en las primeras etapas de la enfermedad y el tratamiento se reciba antes de que el cáncer se disemine por fuera del ovario, entonces la tasa de supervivencia a 5 años asciende al 94 %. ⁽⁹⁻¹³⁾

A pesar del avance en el conocimiento del comportamiento y la biología del cáncer de ovario, así como en los protocolos de tratamiento existente, la supervivencia ha variado poco y, aunque con nuevos arsenales terapéuticos se consiguen resultados aparentemente brillantes, un elevado porcentaje de remisiones completas, incluso patológicamente comprobadas, suceden y hacen que esta enfermedad siga siendo uno de los principales elementos que contribuyen a la muerte por cáncer de origen ginecológico; debido probablemente a la variedad de factores que pueden influir en su comportamiento, alguno de los cuales son conocidos pero muchos se desconocen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murria T, Thun MJ. Cancer Statistics, 2008. CA Cancer J Clin. 2008;58(2):71-96.
2. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Cáncer ovárico[Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos; 2011[citado 2 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000889.htm>.
3. Rodríguez Reigosa JE, Guerrero García LP, Esperón Noa RP, Linchenat Lambert A, Silveira Pablo JM, Díaz Ortega I, et al. Cáncer de ovario en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba: 2001 a 2005. Rev Cubana Cir[revista en Internet]. 2009[citado 23 Ene 2012];48(1):[aprox 14 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol48_1_09/cir08109.htm.
4. Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Hoffman BL, Bradshaw K, Cunningham FG, Williams. Obstetricia. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2008.
5. Gómez H, Mendiola C, Arcediano A, Leon J, Cortés Funes H. Cáncer de ovario. Tratamiento de los estadios avanzados. Ann Oncology. 1998;7(suppl 2):s74-s84.
6. Roldán F. Cáncer de ovario. Bol Oncol[revista en Internet]. 2012[citado 19 Abr 2012.];26:[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.boloncol.com/boletin-8/cancer-de-ovario.html>.
7. Narod SA. Ovarian cancer and HTR in the Million Women Study. Lancet. 2007;369(9574):1667-8.
8. Botella J, Clavero JA. Carcinoma de ovario. En: Botella J. Tratado de Ginecología. Madrid: Díaz de Santos; 1993. p. 941-57.
9. Fader AN, Rose PG. Role of surgery in ovarian carcinoma. JCO. 2007;25(20):2873-83.
10. Álvarez E, Escribano J. Cáncer ginecológico. Importancia del pesquiasaje y diagnóstico precoz. En: Martínez Salmeán J. Ginecología y Atención Primaria. Problemas clínicos. Madrid: Aula Médica; 2001. p. 255-7.
11. Salom E, Almeida Z, Mirhashemi R. Management of recurrent ovarian cancer: evidence-based decisions. Current Opinion in Oncology. 2002;14(5):519-27.

12. Van der Burg ME, van Lent M, Byuse M, Kobierska A, Colombo N, Favallo G, et al. The effect of debulking surgery after induction chemotherapy on the prognosis in advanced ovarian cancer. Gynecological Cancer Cooperative Group of the European Organization for Research and Treatment of cancer. N Engl J Med. 1995;332(10):629-34.
13. Valderrama Larrain Y, Calderón Quevedo V. Cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario. Reporte de caso. Revista Diagnóstico por Imágenes[revista en Internet]. 2008[citado 22 Feb 2012];3(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.sociedadbolivianaderadiologia.com/images/pdf/55_57_Caso_Clinico7.pdf.