

PRESENTACION DE CASO**Cistadenoma seroso gigante de ovario. Presentación de un caso****Giant ovarian serous cystadenoma. A case report**

Dr. Jorge Luis Estepa Pérez,⁽¹⁾ Dra. Tahluma Santana Pedraza,⁽²⁾ Dr. Daniel Olivera Fajardo.⁽³⁾

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Cirugía General. MSc. en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. ² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. ³ Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

¹Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in General Surgery. MSc. in Medical Emergency. Assistant Professor. ² Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in General Surgery. Instructor. ³ Second Professional Degree in General Surgery. Associate Professor. General University Hospital "Dr. Aldereguía Gustavo Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Los tumores del ovario no son tan frecuentes como los del útero y los de la mama. Constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. El cistadenoma seroso de ovario se deriva del epitelio superficial (celómico), formado por áreas quísticas. Hay tumores pequeños macroscópicamente y tumores masivos que ocupan toda la pelvis e incluso la cavidad abdominal. Se presenta el caso de una paciente de 57 años de edad, sexo femenino, con antecedentes aparentes de salud, que acudió a consulta por presentar aumento de volumen de su abdomen, de un año de evolución, acompañado de náuseas, pérdida de apetito y dolor abdominal en flanco izquierdo, la cual fue atendida en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Se le realizó anexectomía izquierda. El estudio histopatológico arrojó un cistadenoma seroso gigante de ovario. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria.

Palabras clave: cistadenoma seroso; procedimientos quirúrgicos ginecológicos; neoplasias ováricas

Límites: Humanos; adulto; femenino

ABSTRACT

Ovarian tumors are not as common as uterus and breast tumors. They are regarded as the third group of women benign and malignant tumors. Ovarian serous cystadenomas arise from the superficial coelomic epithelium and are composed of cystic areas. There are macroscopically small tumors and massive tumors occupying the entire pelvis and even the abdominal cavity. The case of a 57 years old female patient with a history of apparent good health that attended consultation because of abdomen enlargement after a year of evolution is presented. The patient referred also nausea, loss of appetite and abdominal left flank pain. She was treated at the General Surgery Department of the General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Left oophorectomy was performed. Histopathological examination showed a giant serous ovarian cystadenoma. Post-surgery evolution was satisfactory.

Key words: cystadenoma, serous; gynecologic surgical procedures; ovarian neoplasms

Limits: Humans; adult; female

Recibido: 30 de enero de 2011

Aprobado: 22 de febrero de 2011

Correspondencia:

Dr. Jorge Luis Estepa Pérez.

Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".

Calle 51 A y Ave 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP: 55 100.

Dirección electrónica: jorge.estepa@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Los tumores de ovario son una enfermedad frecuente dentro del contexto de la patología femenina. Motivan la asistencia a consulta, tanto de ginecología como de cirugía, de un grupo elevado de mujeres, cuyas edades oscilan desde las tempranas hasta las ya avanzadas. El riesgo de degeneración maligna es muy variable y está relacionado con la edad. 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. ⁽¹⁾

No son tan frecuentes como los del útero y los de la mama, pero constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer.

El cistadenoma seroso de ovario (CSO) 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. ⁽¹⁻⁵⁾

Estas frecuentes neoplasias quísticas uniloculares están tapizadas por células epiteliales altas, cilíndricas y ciliadas, llenas de un líquido seroso claro y de superficie lisa con abundantes vasos. ^(1,5)

Las variedades benigna, limítrofe y maligna representan, en conjunto, 30 % aproximadamente de todos los tumores del ovario. Alrededor de 75 % son benignos o de malignidad limítrofe y 25 % son malignos. ^(1,5)

El riesgo de presentar tumores epiteliales se incrementa con el paso de la edad, ya que pese a que la declinación de la función ovárica marca el envejecimiento gonadal progresivo, el ovario humano nunca pierde su capacidad para generar tumores. Por lo general, cuando es detectado, su tamaño es grande, por lo que la imagenología puede ayudar en su diagnóstico. ⁽¹⁾

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, de 57 años de edad, procedencia urbana, con antecedentes de salud que acudió a consulta por presentar aumento de volumen del

abdomen de un año de evolución, náuseas, pérdida de apetito y dolor abdominal en flanco izquierdo, motivos por los que se le indicaron análisis complementarios y se ingresó en el Servicio de Medicina Interna para un mejor estudio y tratamiento.

Datos positivos al examen físico:

Abdomen globuloso, suave depresible, firme, no doloroso a la palpación. La maniobra de Tarral resultó positiva. Impresionaba como una ascitis.

Presencia de úlceras en ambos miembros inferiores.

Exámenes de laboratorio:

Hb: 123g/l

Creatinina: 56 mmol/L

Tiempo de coagulación: 9 minutos.

Eritro: 34 mm³

Ácido úrico: 173,3 mmol/L

Tiempo de sangrado: 1 minuto.

Leucocitos: 3,0 x 10⁹/L

Glicemia: 4,6mmol/L

Conteo plaquetas: 250x10⁹/L

Tiempo de protrombina: C- 13 seg.

P- 19 seg.

Fosfatasa alcalina: 188 UI

UTS abdominal 1: gran cantidad de líquido libre en cavidad, hígado pequeño con textura irregular, vesícula normal, riñón derecho normal. No fue posible evaluar el hemi-abdomen izquierdo.

UTS abdominal 2: hígado de tamaño y ecopatrón normal, vesícula con características normales, ambos riñones normales con buen parénquima. El bazo se visualiza con dificultad, impresiona normal, se observa gran imagen ecolúcida tabicada que ocupa desde epigastrio hasta hipogastrio, sin definir órgano de origen, vejiga vacía prácticamente.

Se decidió la intervención quirúrgica y se realizó anexectomía izquierda. (Figuras 1 y 2)



Figuras 1 y 2. Imágenes que muestran el cistadenoma gigante de ovario

Se orientó tratamiento con cefazolina, a dosis de 1 gr. por vía endovenosa, cada 8 horas y por 5 días.

Los resultados de anatomía patológica revelaron la presencia de quiste que medía 30x23 cm., de color grisáceo, que deja ver congestión de vasos a su apertura, con líquido seroso en su interior, una superficie con gran congestión de vasos los cuales se encuentran ingurgitados y a los cortes seriados se muestran cavitaciones de la pared, el anejo que lo acompaña mide 10x0,5x0,5 cm., de color blanco grisáceo, superficie lisa.

Diagnóstico: cistadenoma seroso gigante de ovario izquierdo.

Trompa dentro de límite histológico normal.

La paciente evolucionó satisfactoriamente.

DISCUSIÓN

Con la edad, el ovario humano envejece en sus funciones; sin embargo, nunca pierde su capacidad para generar tumores. La diversidad de los tumores ováricos es comprensible por la compleja histogénesis; todos los componentes histológicos tienen la capacidad de originar neoplasias de variado comportamiento biológico. ⁽⁵⁻¹⁰⁾

Representan una de las neoplasias habituales de la mujer. Además, como muchas de estas neoplasias ováricas no pueden descubrirse cuando empiezan a desarrollarse, se produce un número desproporcionado de cánceres mortales en la mujer. Son responsables de casi la mitad de las muertes por cáncer del aparato genital femenino. ⁽¹¹⁾

Hay muchas clases de tumores del ovario, tanto benignos como malignos. Alrededor de 80 % son benignos y la mayoría de ellos aparece en mujeres jóvenes. La experiencia clínica revela la alta incidencia de tumores de ovario en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad. ⁽¹²⁾

En la actualidad se estima que los tumores del ovario provienen de uno de los elementos siguientes del ovario: del epitelio celómico superficial, que embriológicamente origina el epitelio de los conductos de Müller, o sea, las trompas de Falopio (células serosas cilíndricas ciliadas); del revestimiento endometrial (células cilíndricas, no ciliadas) o de las glándulas endocervicales (células mucinosas, no ciliadas); de las células germinales y del

estroma ovárico. ⁽¹³⁻¹⁶⁾

Macroscópicamente, el tumor seroso típico contiene uno o pocos quistes de paredes fibrosas de 10 a 15 cm., en promedio, de diámetro, que alguna vez llegan incluso a los 40 cm. Los tumores benignos contienen un quiste liso y brillante sin engrosamiento epitelial ni proyecciones papilares pequeñas. El comportamiento biológico de los tumores serosos depende tanto del grado de diferenciación como de la localización. ⁽¹⁷⁾

En cuanto al pronóstico, es más probable que los tumores serosos encapsulados de la superficie del ovario se extiendan a la superficie del peritoneo y el pronóstico está íntimamente relacionado con la imagen histológica del tumor y con su modelo de crecimiento en el peritoneo. ^(1,5)

La mayor parte de estos tumores producen pocos síntomas y si los hay, son inespecíficos y en todo caso leves. Los síntomas más frecuentes consisten en distensión abdominal, dolor o malestar abdominales, sensación de presión en la parte baja del abdomen y síntomas urinarios o gastrointestinales. Puede ocurrir dolor agudo en caso de torsión de un anexo, rotura de un quiste o hemorragia hacia el interior de un quiste. ⁽¹⁸⁾

Las tumoraciones que son unilaterales, quísticas, móviles y lisas son con más probabilidad benignas; en tanto que las bilaterales, sólidas, fijas, irregulares y acompañadas de ascitis, nódulos en el fondo de saco de Douglas o crecimiento rápido son más probablemente malignas. ⁽¹⁸⁾

Para llegar al diagnóstico se deben realizar las siguientes pruebas: historia clínica y exploración física, hemograma, estudio de la coagulación, ecografía abdominal; la tomografía axial computarizada abdominopélvica ayuda a confirmar el diagnóstico y completar el estudio de la extensión. ^(1,5,19,20)

La laparotomía exploradora, permite realizar el diagnóstico (visualización de la tumoración y sus características) y al mismo tiempo, aplicar el tratamiento quirúrgico. ^(1,5)

Los tumores sintomáticos deben ser valorados con prontitud. La intervención quirúrgica se justifica en caso de dolor intenso o sospecha de malignidad. Si se sospecha un quiste maligno a cualquier edad, deberá efectuarse con prontitud laparotomía exploradora. ^(1,5,20)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Novak ER, Jones G, Jokes HW. Tratado de Ginecología. Ciudad de la Habana. Editorial Científico Técnica; 1977.
2. López Martín JE, Rodríguez Rodríguez R, Corteguera Fonte ME, López Martín LG. Cistoadenoma seroso del ovario. A propósito de dos casos. Revista de Ciencias Médicas La Habana [revista en Internet]. 2007 [citada: 12 de enero de 2011]; 13(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13_2_07/hab14207.htm
3. Yusuf L, Ergete W, Abebe K. An ovarian tumor larger than the patient's body weight. Ethiop Med L. 2002; 40(2): 179-85.
4. Alcazar JL, Errasti T, Minguez JA, Galan MJ, García-Manaro M, Ceamanos C. Sonographic features of ovarian cystadenofibromas: spectrum of findings. J Ultrasound Med. 2002; 20(8): 915-9.
5. Fernández V, Acuña F, Recuay P, Arce K, García N, Martina N. Cistoadenoma seroso gigante. Ginecol Obstet (Perú). 2003; 49 (1) : 63-6

6. 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.
7. 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.
8. Mülâyim B, Gürakan H, Dagli V, Mülâyim S, Aydin O, Akkaya H. Unaware of a giant serous cyst adenoma: a case report. *Arch Gynecol Obstet.* 2006; 273(6):381-3.
9. Dubenko EM, Kalashnikov AA, Stel'makh AI. Giant ovarian cystoma simulating pseudoascitic syndrome. *Klin Khir.* 2005; (2):56-60.
10. Lin PY, Ueng SH, Tseng MJ. Primary peritoneal serous borderline tumor presenting as an "adnexal torsion" gynecologic emergency. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2007; 46(3):308-10.
11. Piragua SC, Otis CN, Prefontaine M, Pantanowitz L. Cystic struma ovarii (with macrocystic change). *Int J Surg Pathol.* 2008; 16(4):433-4.
12. Seidman JD, Mehrotra A. Benign ovarian serous tumors: a re-evaluation and proposed reclassification of serous "cystadenomas" and "cystadenofibromas". *Gynecol Oncol.* 2005; 96(2):395-401.
13. Chen M, Wang WC, Zhou C, Zhou NN, Cai K, Yang ZH, et al. Differentiation between malignant and benign ovarian tumors by magnetic resonance imaging. *Chin Med Sci J.* 2006; 21(4):270-5.
14. Hutton RL, Dalton SR. Primary peritoneal serous borderline tumors. *Arch Pathol Lab Med.* 2007; 131(1):138-44.
15. Raiga J, Djafer R, Benoit B, Treisser A. Management of ovarian cysts. *J Chir.* 2006; 143(5):278-84.
16. 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.
17. 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.
18. Wanapirak C, Srisupundit K, Tongsong T. Sonographic morphology scores (SMS) for differentiation between benign and malignant adnexal masses. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2006; 7(3):407-10.
19. Takeda A, Sakai K, Mitsui T, Nakamura H. Management of large cystic adnexal tumor by gasless laparoscopic-assisted surgery with wound retractor. *J Minim Invas Gynecol.* 2007; 14(5):644-50.
20. Eltabbakh GH, Charboneau AM, Eltabbakh NG. Laparoscopic surgery for large benign ovarian cysts. *Gynecol Oncol.* 2008; 108(1):72-6.