



Cistoadenoma mixto gigante de ovario derecho

Giant mixed cystadenoma of the right ovary

Álvaro Lissabet Magaña^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7957-1575>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Filial de Ciencias Médicas "Lidia Doce Sánchez". Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia: alvaroelissabet@gmail.com

Cómo citar este artículo

Lissabet Magaña Á. Cistoadenoma mixto gigante de ovario derecho. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García". 2022;10(3):572-579. Acceso: 00/mes/2022. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/984>

RESUMEN

Introducción: El 50 % de las masas tumorales del hemiabdomen inferior corresponden a tumores ginecológicos. En la mayoría de los casos se diagnostican a edades avanzadas, puesto que su evolución silenciosa entorpece su diagnóstico.

Objetivo: Describir la evolución clinicoquirúrgica de una paciente con diagnóstico de cistoadenoma mixto gigante de ovario derecho.

Presentación de caso: Paciente femenina de 33 años, con antecedentes de fiebre reumática. Acudió al

Cuerpo de Guardia de Cirugía General, en el Hospital General Docente "Mártires de Mayarí", por presentar un aumento de volumen rápido y progresivo del abdomen. Se realizó interrogatorio, examen físico y complementarios. Se diagnosticó un quiste gigante de ovario derecho y se decidió intervenirla quirúrgicamente. Tras la operación, la paciente evolucionó de manera satisfactoria.

Conclusiones: El examen físico y los estudios imageneológicos constituyen la pieza fundamental en el diagnóstico de los tumores de ovario. Además, el tratamiento quirúrgico constituye un factor decisivo en la recuperación y evolución favorable de las pacientes afectadas por esta enfermedad.

Palabras clave: Quistes ováricos; cirugía; cistoadenoma mucinoso.

ABSTRACT

Introduction: Fifty percent of tumor masses in the lower abdomen correspond to gynecological tumors. In most cases they are diagnosed at advanced ages because their silent evolution hinders their diagnosis.

Objective: To describe the clinical-surgical evolution of a patient diagnosed with giant mixed cystadenoma of the right ovary.

Case presentation: A 33-year-old female patient with a history of rheumatic fever attended the general surgery emergency room of "Mártires de Mayarí" General Teaching Hospital presenting a rapid and progressive increase in volume of the abdomen. An interview, physical examination and complementary tests were carried out. A giant cyst of the right ovary was diagnosed and it was decided to intervene surgically. After the operation, the patient evolved satisfactorily.

Conclusions: Physical examination and imaging studies constitute the key element in the diagnosis of ovarian tumors. In addition, surgical treatment is a decisive factor in the recovery and favorable evolution of patients affected by this disease.

Keywords: Ovarian cysts; surgery; mucinous, cystadenoma.

INTRODUCCIÓN

Las masas tumorales en hemiabdomen inferior son causa de consulta frecuente en la actividad quirúrgica cotidiana. El 50 % de ellos corresponden a los tumores ginecológicos, y en menor medida a los quistes gigantes de ovario.^(1,2)

Son considerados así cuando pesan más de 12 kilos. En el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México, fue registrado en 1992 el tumor de ovario de mayor peso: 70 Kg. Estos constituyen el tercer grupo de tumores en mujeres. Alrededor de una de cada 10 mujeres lo padecerán en algún momento de su vida.⁽³⁾

Algunos autores expresan que la mayoría aparecen en las mujeres jóvenes de 20 y 40 años. Aunque el 80 % de los quistes sean benignos, existe la posibilidad de otros diagnósticos que no ofrecen tan buen pronóstico.^(4,5)



En la actualidad, son considerados una entidad rara. En años anteriores su incidencia fue de 8,9 por cada 100 000 habitantes. En el 60 % de los casos se diagnostican en etapas avanzadas, puesto que su evolución silenciosa entorpece el diagnóstico temprano.⁽⁶⁾

En el caso de los cistoadenomas, son quistes desarrollados en la superficie del ovario, de contenido líquido y presentan tejido de las glándulas ováricas. Pueden alcanzar grandes dimensiones y su tamaño es inversamente proporcional con su malignidad.⁽⁷⁾

En Cuba, la evidencia de los tumores gigantes de ovario es escasa, debido a la baja incidencia de la enfermedad. En lo particular, en la provincia de Holguín la incidencia es baja, hasta el momento.⁽³⁾

Se decide realizar esta presentación con el objetivo de describir la evolución clinicoquirúrgica de una paciente con diagnóstico de cistoadenoma mixto gigante de ovario derecho.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 33 años de edad, de procedencia rural y tez blanca, con padecimiento de fiebre reumática. Entre sus antecedentes ginecobstétricos se analizaron: menarquia a los 13 años, primera relación sexual a los 16 años y dos partos (eutásicos). Como antecedentes familiares, describe hipotiroideas a madre y hermana. Acudió al Cuerpo de Guardia -en el área de Cirugía General, del Hospital General Docente "Mártires de Mayarí"- por presentar un aumento de volumen progresivo y rápido del abdomen -tres meses antes-, sin otros síntomas acompañantes al inicio. En el último mes, este le provocaba disnea a los esfuerzos y síntomas urinarios. Por lo antes expuesto, se decidió su ingreso en la sala de Cirugía General de dicho hospital.

En el examen físico se constató peso de 75 Kg.

- Sistema respiratorio: Disnea a los esfuerzos, sin cianosis distal.
- Abdomen: Se observó masa conformada a expensas del crecimiento abdominal. Ruidos hidroaereos abolidos. No doloroso con limitación de los movimientos, se palpa masa que se extiende desde hipogastrio a epigastrio con bordes bien definidos y dura. Matidez a la percusión.
- TCS: Ligero edema en miembros inferiores (godet negativo)
- Signos vitales: Tensión arterial (TA): 110/70 mmHg; FC: 68'; FR: 28'.

Exámenes complementarios

Hematocrito: 0,40 %; conteo de plaquetas: 240 x 10⁹/L; grupo y factor Rh: A+; parcial de orina: negativo; creatinina: 93 Umol/l; serología: no reactiva.



Ultrasonido abdominal: Útero de tamaño normal sin dispositivo intrauterino (DIU). En proyección de anejo derecho, ocupaba casi toda la región del hipogastrio. Se visualizó imagen compleja con tabiques gruesos en su interior, que medía 94 x 145 x 172 mm, presencia de abundante colección líquida interna, de contenido denso.

Tomografía axial computarizada (TAC): Se realizó estudio de los órganos abdominales, con espesor de corte de 5 mm, al realizar cortes simples. Se observó lesión quística gigante, con diferentes densidades entre 14 y 52 Unidades Hounsfield (UH). Comprime estructuras abdominales, al ser dependiente del ovario derecho, con extensión a epigastrio, y medía 245 x 214 x 209 mm. Con vejiga vacía, no se observó ascitis, el útero se encontraba comprimido y desplazado. No había infiltrado de la grasa parametrial.

Laparotomía exploratoria: Se llevó a la paciente al salón, bajo el diagnóstico de tumor gigante de ovario. Paciente en decúbito supino, anestesia general endotraqueal, además de asepsia y antisepsia de la región abdominal. Se realizó incisión media súperumbilical e infraumbilical, al decolarse por planos, hasta llegar a cavidad abdominal. Se encontró tumor gigante de ovario derecho, sin infiltración a la pared u órganos abdominales, solo fijado de su pedículo vascular, con origen en anejo derecho y se realizó resección de este. Se efectuó histerectomía, apendicectomía y omentectomía profiláctica y todas las piezas quirúrgicas fueron llevadas a biopsia. Se realizó hemostasia y fue cerrada por planos, hasta piel. Se observan resultados positivos, sin complicaciones. (Fig. 1 y Fig. 2).



Fig. 1. Cápsula delgada del quiste de ovario, donde se transparentan sus vasos nutricios y el contenido líquido.



Fig. 2. El quiste de ovario aún unido por su pedículo vascular.

Al recuperarse de la anestesia, la paciente fue trasladada a la sala de Cirugía General. Se decidió egreso hospitalario a los cinco días de intervenida, así como la interconsulta con el Servicio de Oncología, con evolución satisfactoria.

Diagnóstico histológico definitivo: Tumor mixto epitelial maligno, con áreas de tumor de Brenner maligno y de cistoadenoma mucinoso y seroso.

COMENTARIOS

Por lo general, la existencia en una mujer con tumoraciones en hemiabdomen inferior, corresponden a los tumores de ovario. Estos aparecen -con preferencia- en mujeres de edad fértil, en la tercera y cuarta década de la vida. No obstante, en la adolescencia pueden aparecer.

La investigación de *Brismat Remedios*⁽⁸⁾ destaca que los tumores de ovario son descubiertos -con frecuencia- de modo fortuito, ya que son asintomáticos en la mayor parte de los casos. Dicha investigación evidencia que el uso del método clínico -mediante la exploración abdominal pélvica- permite llegar a un diagnóstico oportuno y ofrecer un tratamiento adecuado.

Al revisar la clasificación histológica de los tumores de ovario se dividen a partir del tejido de origen más probable. *Quintero Paredes* en su presentación⁽⁹⁾ expresa que los principales orígenes de estos son: el epitelio celómico superficial, de las células germinales o del estroma ovárico.

En el caso de los cistoadenoma, estos son tumores que varían en su tamaño y pueden llegar a presentarse de forma gigante, con un crecimiento desmedido en la cavidad abdominal, lo cual puede comprometer el funcionamiento de otros órganos y constan de un pedículo originado de los elementos del ovario, que brindan sostén y nutrición.⁽⁸⁾

Diversos autores comunican otros casos de quistes gigantes de ovario, con características similares a las descritas en la actual presentación.^(8,9,10)

Quintero Paredes⁽⁹⁾ plantea que la mejor forma de realizar el diagnóstico de estas grandes masas es por ultrasonografía. De acuerdo a *Ginés Santiago*,⁽¹⁰⁾ evidencia que los estudios imageneológicos ya sean ultrasonido, ecografía, tomografía axial computarizada y resonancia magnética son indispensables para el diagnóstico de estos.

En el presente caso, los estudios de imagen fueron útiles para el correcto diagnóstico y establecer la medida terapéutica precisa. Por tanto, la investigación coincide con lo planteado por los autores.

El manejo quirúrgico tradicional de estos tumores siempre ha sido la laparotomía. Mediante esta se puede predecir la probabilidad de la malignidad o benignidad de estos, debido a su aspecto cuando son extirpados, o por su contenido, ya que cuando es sanguinolento, habla a favor de una tumoración maligna.

En el actual caso, el principal objetivo de la cirugía es brindar mejor calidad de vida, donde se debe extirpar el tumor íntegro y luego realizar la técnica reconstructiva correspondiente. Uno de los efectos beneficiosos de este tipo de operación es el bienestar psicológico de cada paciente, incluso con la sospecha de que la tumoración sea maligna, de acuerdo a lo destacado por *Brismat Remedios y otros*.⁽¹¹⁾

Navarro Perdomo y otros⁽¹²⁾ expresaron la coexistencia de varios tipos histológicos de células en una misma masa tumoral. Por tanto, el estudio anatomopatológico es el único que permite el diagnóstico definitivo y debe realizarse este examen, de la forma más minuciosa posible, para evitar errores en el diagnóstico.

El estudio concuerda con lo antes dicho, puesto que la biopsia de la masa tumoral evidenció la coexistencia de dos tipos histológicos dentro del mismo tumor. La presencia de células de carácter maligno conduce a una nueva ruta terapéutica.

La existencia de masas anéxales supone un reto, tanto diagnóstico como terapéutico en la medicina actual, por lo cual se debe realizar un cuidadoso contexto clínico de cada paciente, y así lograr la definición de la estrategia más adecuada. En ella se destaca la utilización del examen físico para el diagnóstico de dichas afecciones.

En conclusión, el examen físico y los estudios imageneológicos constituyen la pieza fundamental en el diagnóstico de los tumores de ovario. Además, el tratamiento quirúrgico constituye un factor decisivo en la recuperación y evolución favorable de las pacientes afectadas por esta enfermedad.

REFERENCIAS



1. Brismat Remedios I, Gutiérrez Rojas ÁR. Quiste gigante de ovario. Rev Med Electrón [Internet]. 2020;42(4):2111-20. Acceso: 03/03/2022. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000402111&lng=es
2. Quintero Paredes PP. Quiste de ovario gigante y embarazo. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2021 sep;37(3):e1439. Acceso: 03/03/2022. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300018&lng=es
3. Díaz Díaz JD, Vázquez Vázquez J, Ordóñez Álvarez LY, Lazo Herrera LA, Linares Cánovas LP. Right ovary's giant serous cystadenoma. Case report. CCM [Internet]. 2018;22(1):169-76. Access: 03/03/2022. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000100015&lng=es
4. Pino Pérez FV, Ledón Mora M, Moya Toneut R, Moya Arechavaleta A, Reyes Moré CM, Agüero Chacón L. Quiste de ovario intraligamentario gigante y miomatosis uterina. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017;43(1):[aprox. 16 p.]. Acceso: 03/03/2022. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100014&lng=es
5. Cáceres RO, Cabrera HJ, Puentes GY, Ordóñez ÁLY, Lazo HLA. Teratoma gigante de ovario derecho en paciente pediátrico. Informe de caso. Acta Médica del Centro [Internet]. 2018;12(3):352-7. Acceso: 03/03/2022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=84383>
6. Morgan Ortiz F, Morgan Ruiz FV, López Manjarrez G, Quevedo-Castro E, Favela Heredia CE, Báez Barraza J. Manejo laparoscópico de un quiste gigante de ovario en el segundo trimestre del embarazo. Rev Med UAS [Internet]. 2017;7(1):33-7. Acceso: 03/03/2022. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v7/n1/laparoscopicoquiste.pdf>
7. Navarro Perdomo B, Carvajal Otaño N, Ruiz Reyes D, Fleites León A. Cistoadenofibroma gigante de ovario. EsTuSalud [Internet]. 2021;3(3):[aprox. 14 p.]. Acceso: 03/03/2022. Disponible en: <http://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/125>
8. Brismat Remedios I, Álvarez Mesa M, Gutiérrez Delgado D, Águila Hong B. Cistoadenoma seroso gigante de ovario. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2019;7(1):[aprox. 6 p.]. Acceso: 03/03/2022. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/318>
9. Cea García J, Guadix Martín M, Corrales Gutiérrez I, Polo Velasco A, Gaitán Quintero N, García Monte, Rodríguez Jiménez I. Torsión anexial y uterina en mujer postmenopáusica con quiste ovárico gigante. Avances en Biomedicina [Internet]. 2018;7(1):35-40. Acceso: 03/03/2022. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331355419005>



10. González Menocal OR, Armas Pérez BA. Quiste de ovario torcido: a propósito de dos nuevos casos. Rev Arch Med Camagüey [Internet]. 2019;23(5):661-9. Acceso: 03/03/2022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90720>
11. Casarrubias Rodríguez JJ, Rivas Larrauri E, Martínez Hernández MP. Himen imperforado y hematocolpos por retención urinaria y dolor abdominal: reporte de un caso clínico. Ginecol Obstet Méx [Internet]. 2020;88(8):549-53. Acceso: 03/03/2022. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v88i8.3786>
12. Ginés Santiago A, Hernández Herrero M, Higuero Hernando S, Sales Fernández C, Mendo González M, Fajardo Puentes M. Revisión de quistes de paraovaricos. SERAM [Internet]. 2018:1-10. Acceso: 03/03/2022. Disponible en: <https://piper.espacioseram.com/index.php/seram/article/view/945>

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Recibido: 05/10/2022.

Aprobado: 01/12/2022.

