

PRESENTACIÓN DE CASOS

Cistoadenoma Seroso Gigante de Ovario. Relato de un caso.

Giant Ovarian Serous Cystadenoma.

Ihosvany Brismat Remedios, Maeghery Álvarez Mesa, David Gutiérrez Delgado, Belkis Yanet Águila Hong.
Hospital Universitario "General Calixto García"

Correspondencia: ibrismat@infomed.sld.cu

Recibido: 2019-01-30 Aprobado: 2019-03-14

RESUMEN

Se presentan un caso de una paciente atendida en el Servicio de Cirugía General del Hospital Municipal de Bocoio, Provincia de Benguela, República de Angola en el año 2014, por un aumento de tamaño en el abdomen de un año de evolución. Se le diagnosticó una masa quística gigante dependiente de ovario, por ultrasonografía y Tomografía Axial Computarizada. Se confirmó a través de una laparotomía exploradora y se resecó quiste de ovario derecho de 18 kg. de peso. El aspecto macroscópico y el estudio anatomopatológico ulterior informo un cistoadenoma seroso de ovario derecho. La evolución de la paciente fue favorable.

Palabras Claves: Ovario, Quiste gigante de ovario, Cistoadenoma seroso.

INTRODUCCIÓN.

Los tumores de gran tamaño han sido descritos a través de la historia entre ellos los ginecológicos, y los de ovario cuando pesan, más de 12 Kg, sobre todo antes del advenimiento de la ecografía y en poblaciones de mala situación socioeconómica y nivel cultural, como en los países del continente africano y Angola no es la excepción.¹ Las masas tumorales en hemiabdomen inferior son causas frecuentes de consulta ginecológica. Dentro de estas, los quistes de ovarios son los que con más frecuencia se diagnostican. 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, de edades comprendidas entre los 20 y los 48 años de edad.^{1,2,3} La presencia de un tumor de ovario constituye una indicación de laparotomía tanto si es benigna o maligna si produce o no síntomas; tal afirmación se justifica por la alta frecuencia de transformaciones malignas registradas en este tipo de neoformaciones benignas, que se acercan al 15%, esta cifra es demasiado elevada para permitir una conducta expectante.^{3,4} El cistoadenoma seroso de ovario es el tumor más frecuente de aquellos que provienen del epitelio celómico superficial. Este tipo de tumor está tapizado por una cubierta azulada relativamente fina con un contenido de un líquido seroso claro. Por lo general, es asintomático y cuando es detectado, su tamaño es grande y en donde la imagenología puede ayudarnos a plantear el diagnóstico.^{4, 5}

SUMMARY.

A case of a patient assisted in the Service of General Surgery of the Municipal Hospital of Bocoio are presented, County of Benguela, Republic of Angola in the year 2014, for a size increase in the abdomen of a year of evolution. She was diagnosed a mass cystic dependent giant of ovary, by ultrasonography and On-line Axial tomography. You confirmed through an exploratory laparotomy and cyst of right ovary of 18 kg was dried up of weight. The aspect macroscopic and the ulterior anatomopathological study further reported a serous cystadenoma of right ovary. The patient's evolution was favorable.

Key words: Ovary, giant Cyst of ovary, Serous Cystadenoma.

PRESENTACION DE CASO.

Se trata de una paciente del sexo femenino, raza negra, 65 años de edad, ama de casa y soltera, con antecedentes patológicos personales de Hipertensión Arterial y Cardiopatía Isquémica no tratada, que acude a consulta de cirugía general del hospital municipal de Bocoio, Provincia de Benguela, Angola, refiriendo aumento de volumen del abdomen progresivo, insidioso de un año de evolución. Refiere al interrogatorio solo el aumento de volumen del abdomen que se ha incrementado paulatinamente y que se encuentra totalmente asintomática. Antecedentes obstétricos menarquia 11 años, primeras relaciones sexuales 18 años, G 1 P 1 Eutócico A 0 Menopausia 48. Se decide su ingreso el día 30/11/2014 para concluir estudio y tratamiento. Al examen físico.

Piel y Mucosas: Húmedas y normocoloreadas.

Resp: Expansibilidad torácica normal, Murmullo vesicular conservado ambos hemitorax, no se auscultan estertores. FR. 16/min

Cardiovascular: Ruidos cardiacos ritmicos, buen tono, no soplos FC. 86/min TA. 110/70 mmHg.

Abdomen: Sigue los movimientos respiratorios, extremadamente globuloso, poco depresible, con un gran aumento de volumen de todo el abdomen por una gran tumoración que sobrepasa mesogastrio, redondeada, superficie lisa, renitentes y escasamente móviles, no dolorosa. (Fig. 1)

En los exámenes complementarios se encuentra: Hto: 45 vol%, Grupo y Factor: O+, Ltos: $10 \times 10^9 / \text{mm}^3$. Velocidad de sedimentación: 45 mm/h, Cuagulograma: TS: 3min TC: 5 min, Conteo de Plaquetas: $250 \times 10^3 / \text{mm}^3$, Glicemia: 6.0 mmol/l, GPT: 46 U/l, GOT: 17 U/l, Creatinina:

110 mmol/l, Urea: 6,88 mmol/l, Ácido úrico: 205mmol/l, HIV: negativo. HBAG: Negativo. ECG: Negativo.

Rx. de tórax AP: no existen alteraciones pleuropulmonares. Rx. de abdomen simple de Pie: sin alteraciones. Ultrasonido abdominal: Se informó de un útero aumentado de tamaño con múltiples miomas, endometrio normal, imagen ecolúcida, multilobulada, paredes finas que ocupa toda la cavidad abdominal y llega a epigastrio, con tabiques en su interior y alta celularidad dependiente de ovario derecho.

TAC Abdomen y Pelvis. Se aprecia gran quiste de ovario derecho de paredes finas, multilobulado con gran celularidad que ocupa todo el abdomen, no adenopatías abdominales, órganos macizos sin alteraciones.

Se realiza intervención quirúrgica día 12/12/2014, laparotomía exploradora, incisión media infra/supraumbilical, encontrándose una gran tumoración de aspecto quístico, multilobulada que ocupaba casi todo el abdomen llegando por encima del mesogástrico hasta epigastrio (Fig. 2), de superficie lisa, multilobulada, vascularizada en su superficie con líquido en su interior, dependiente del ovario derecho (Fig. 3) Se realizó ooforectomía derecha y se complementa con histerectomía total abdominal más ooforectomía izquierda y apendicectomía profiláctica (Fig. 4).

Se siguió en la sala durante 15 días, sin complicaciones y fue dada de alta el día 27/12/2014 con buen estado general. El resultado anatomopatológico informó un cistoadenoma seroso de ovario derecho, útero normal y anejo izquierdo normal. Se le realizó el seguimiento en la consulta externa durante un año y cuatro meses del post operatorio, con una evolución favorable y sin complicaciones.



DISCUSIÓN

Los tumores del ovario 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 mujer¹. Para reconocer el tipo de tumor debemos recordar la embriología y fisiopatología de este órgano complejo que

tiene una alta capacidad de reproducir tumores de varios tipos de tejidos de acuerdo con su posible origen de los tumores según Hering se dividen en 6 tipos 7

En el epitelio germinativo: cistoadenomas seroso, mucinosos y endometrioides, así como los cistoadenocarcinomas, Del tejido conectivo: Fibromas, sarcomas, tumor de Brenner, De las células germinales: Disgerminoma, teratoma y carcinoma, De los estromas gonadales: Las neoplasias de células de la granulosa-teca, Tumores de restos vestigiales: Mesonefoma, Tumores metastásicos.

Uno de los efectos más positivo de este tipo de operación es el bienestar psicológico que se conforman sobre la paciente, incluso sospechando o conociendo que la tumoración sea maligna, a partir de ese momento de operada comienzan a ser más optimista con relación al futuro de su vida, albergan más pronóstico de vida, llegan a pensar que su enfermedad quedó curada. Se aprecia un cambio notable en la esfera afectiva, la relación con los seres queridos se hace más notable. Después de operadas aparecen motivaciones e intereses para realizar trabajos habituales desarrollados por ellas con las propias transformaciones psicológicas, incluso sociales.^{8, 9}

Los cistoadenomas serosos son tumores de tamaño variable desde pequeños hasta gigantes, crecen libremente en la cavidad abdominal por lo que se pediculizan de manera considerable, este puede estar formado por los elementos del ovario, y al crecer, puede que la trompa quede englobada en su masa.^{2, 3, 6.} Autores cubanos ^{4,6} informan en su trabajo de un quiste gigante de ovario y autores extranjeros^{11, 12} comunican otro caso de quiste gigante de ovario con características similares descrito en este trabajo.

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 se cuenta. En las décadas de los setenta y ochenta, sólo se informaron en la literatura mundial 20 casos de quistes mayores de 20 kg.^{10,11,12} Sin embargo, en estos países del continente africano incluyendo Angola, donde aún la medicina no llega a todos de la misma manera, se pueden encontrar estas curiosidades médico quirúrgicas. Su tamaño varía de 5 a 20 cm de diámetro, con una pared fina y un contenido seroso espeso. El diagnóstico es relativamente fácil cuando alcanzan este tamaño y se puede auxiliar del ultrasonido con un gran por ciento de efectividad. Nuestra paciente se concluyó con diagnóstico de cistoadenoma seroso de ovario con evolución favorable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Lazo H LA, Benitez GL, Hernández CA, Herrera CN. Presentación de quiste gigante de ovario en paciente adolescente. Revista Universidad Médica Pinareña. 2018; 11(2): 44-52
2. Rosam RL, Alves BJ, Campo D OA, Cistoadenoma Mucinoso gigante de ovário: Relato de caso. Revista de Saúde. 2017; 08 (1):135-136
3. Madrigal UA, Mora B. Teratoma inmaduro (Maligno) de Ovario. Rev Med Legal Costa Rica Edición Virtual. 2018; 35 (1)
4. Díaz D JD, Vázquez VJ, Ordóñez A LY, Lazo H LA, Linares C LP. Cistoadenoma seroso gigante de ovario derecho: Reporte de un caso. CCM.2018; (4)

5. Sánchez P CA, García VA, Sánchez P CJ. Quiste gigante de ovario y mioma uterino: Presentación de un caso. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río.2012; 16 (5).

6. Pino PF, Ledón MM, Moya TR, Moya AA, Reyes MC, Agüero CL, Quiste de ovario intraligamentario gigante y miomatosis uterina, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2017; 43(1)

7. Ricardo-Rigol-O y coautores. Obstetricia y Ginecología. Tumores del ovario. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004; 30:313-318.

8. Vega MG, Bautista G LN, Becerril SA, Poveda EM, Ávila MJ. Tumores de Ovario En: Jesus Vega Malagon, Juan Carlos Mayagoitia, et al, editores. Tratado de cirugía general, tercera edición, Ciudad México: Editorial El Manual Moderno, SA de CV; 2017. 2050 - 20525.

9. Hamilton C, Stany M, Gregory WT, Kohr CE. Cáncer ovario, de las Trompas de Falopio y Peritoneal Primario En: F Charles Brunicardi, Dana K Anderson, et al, editores. Schawartz Principios de Cirugía. Décima edición. México. Mc Graw-Hill Interamericana editores, SA de CV; 2015.p.1701 – 1704.

10. Howard W. Jones III. Ginecology Surgery En: Courtney M Towsand Jr, R Daniel Beauchamp, et al, editors. Sabinston Textbook of Surgery: The biological basis of moden surgical practice. 20TH edition. Canada by, Elsevier; 2017.p. 2027 – 2047.

11. Gaona R: El cáncer de ovario, el asalto del homicida invisible. Rev Fac Med. 2014; 57(1):24-30

12. Torres A. Tumores malignos de células germinales del ovario. Ginecol Obstet Mex. 2014; 82: 177-187.