

PRESENTACIÓN DE CASO

Cistoadenoma seroso gigante de ovario

Giant ovarian serous cystadenoma

Yoel González-Coto Bravo,¹ Lídice García Someillán,¹ Feliciano Berdeal García,² Adalberto Fidel Maestri Pardo³

¹Especialista de I grado en Imagenología. Profesor Instructor. Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre". La Habana. Cuba.

²Especialista de I grado en Imagenología. Profesor Asistente. Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre". La Habana. Cuba.

³Especialista de I grado en Cirugía. Profesor Instructor. Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre". La Habana. Cuba.

RESUMEN

El cistoadenoma seroso de ovario es un tipo de tumor derivado del epitelio superficial (celómico), formado por áreas quísticas. La razón del predominio de estos tumores en el ovario es un misterio. Informamos el caso de una paciente con cistoadenoma seroso de ovario; que fue referida al Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre, por presentar un gran aumento del volumen abdominal, de 2 años de evolución, cuyo diagnóstico fue sospechado por hallazgo de ultrasonografía pélvica y corroborado por Tomografía Axial Computarizada, encontrándose en sala de operaciones una tumoración gigante, siendo confirmado por anatomopatología.

Palabras clave: cistoadenoma seroso de ovario.

ABSTRACT

Ovarian serous cystadenoma is a type of tumor derived from the surface epithelium (coelomic) comprising cystic areas. The reason for the predominance of these tumors in the ovary is a mystery. It is reported the case of a patient with ovarian serous cystadenoma, who was referred to our center for presenting a great abdominal volume enlargement, of two years of evolution, whose diagnosis was suspected by pelvic ultrasonography finding and corroborated by Computerized Axial Tomography, it was found a giant tumoration at the operating room, being confirmed by anatomic pathology.

Key words: ovarian serous cystadenoma.

INTRODUCCIÓN

El cistoadenoma 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. 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.

Las variedades benigna, limítrofe y maligna representan en conjunto 30 % aproximadamente de todos los tumores de ovario. Alrededor de 75 % son benignos o de malignidad limítrofe y 25 % malignos. Los primeros predominan entre los 20 y 50 años y los malignos más adelante, aunque algunos lo hacen precozmente. 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, en donde la Imagenología puede ayudarnos a considerar su diagnóstico.^{1,2}

En el presente informe se describe la experiencia obtenida con una paciente atendida en el Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre".

INFORME DEL CASO

Paciente de 97 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, que hacía 2 años comenzó a notar aumento de volumen a nivel abdominal, a predominio de hemiabdomen inferior, de curso progresivo por lo que es consultada en el Cuerpo guardia. Entre sus antecedentes ginecobstétricos están menarquía a los 13 años, régimen catamenial 3-4 % regular, inicio de relaciones sexuales a los 21 años, menopausia a los 60 años, G12 P7 A5.

Hábitos Tóxicos: Fumadora (de 10 a 12 cigarrillos diarios por más de 60 años)

Operaciones: Histerectomía hace 2 años por Prolapso Uterino

Al examen: Paciente despierta, activa, con facies no característica, piel algo pálida. En aparato respiratorio, Murmullo vesicular normal no se auscultó crepitante en los campos pulmonares. Aparato cardiovascular normal. Abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio y flanco derecho. Se palpa tumoración en hipogastrio, flanco e hipocondrio de ese lado de consistencia dura, irregular, móvil y contornos lisos. Ruidos hidroaéreos presentes.

Funciones vitales: PA 130/80 mm Hg; frecuencia de pulso 78 x'; frecuencia respiratoria 22 por minuto, temperatura 36,8° C, peso 59 kg, funciones biológicas sin alteraciones. En la analítica sobresale hemoglobina 12,9 g/dL, hematócrito 36,8 %; leucocitos 5 900/mL, eosinófilos 3 %; examen completo de orina muestra hematíes de 1 a 2/campo, leucocitos de 8 a 10/campo, células de 0 a 1/campo; electrocardiograma sin alteraciones, riesgo quirúrgico II/IV.

Imagen Ultrasonográfica mostró gran masa hipoecogenica de aspecto nodular, con ecos en su interior, que midió 113 x 81 mm que ocupaba todo el hemiabdomen derecho de aparente origen pélvico (imagen 1).

La Tomografía Axial Computarizada (TAC): Muestra en el topograma las asas intestinales desplazadas hacia la izquierda (imagen 2). En los cortes tomograficos se

observa gran masa hiperdensa de paredes finas con densidades entre 32 a 47 UH que crece desde el hipogastrio hasta el epigastrio lateralizado a la derecha, que mide 207 x 191 x 198 mm, situación anterior (imagen 3 y 4) .



Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4

Intervenida quirúrgicamente, los hallazgos operatorios fueron: líquido peritoneal 50 ml, tumoración quística gigante de anexo derecho que ocupaba toda la cavidad abdominal, adherida en cara anterior y base a las asas intestinales y el peritoneo. Ovario izquierdo normal. Se realizó exéresis del tumor gigante total, salpingooforectomía bilateral total, apendicectomía y omentectomía parcial. La paciente fue dada de alta a los 5 días de operada en óptimas condiciones. Sus controles posteriores resultaron dentro de límites normales.

Los resultados anatomopatológicos fueron: Masa tumoral midió 23 x 20 x 14 cm.

Superficie lisa gris-pardo abscedada en la superficie.

Diagnóstico: Cistoadenoma seroso gigante de ovario derecho, con zonas hemorrágicas.

DISCUSIÓN

Con la edad, el ovario humano envejece en sus funciones; sin embargo, nunca pierde su capacidad para generar tumores. El potencial neoplásico de la gónada femenina es ampliamente conocido; se observa neoformaciones ováricas en todas las etapas de la vida de la mujer. 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. Durante el climaterio predominan los carcinomas epiteliales, siguiendo en incidencia los del estroma gonadal, productores de esteroides; los metastásicos revelan que el ovario es asiento de tumores que proceden de diferentes órganos y los cánceres germinales son excepcionales.^{3,4}

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.⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patsner B. Sarcoma de ovario: oncología ginecológica. 2da ed. Madrid: Marban; 1998.
2. Choi WJ, Ha MT, Shin JK, Lee JH. Primary ovarian fibrosarcoma with long-term survival: a report of two cases. J Obstet Gynaecol Res [Internet]. 2006 Oct [citado 26 Feb 2010];32(5). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16984523>
3. Luna Gozá MM, Soberon Varela I, de la Concepción de la Peña AH. Fibrosarcoma gigante de ovario: a propósito de un caso. Rev Cub Cirugía [Internet]. 2008 Abr-Jun [citado 26 Feb 2010];47(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol47_2_08/cir11208.htm
4. Gultekin M, Dursun P, Ozyuncu O, Usubutun A, Yuce K, Ayhan A. Primary ovarian fibrosarcoma: a case report and review of the literature. Int J Gynecol Cancer [Internet]. 2005 Nov [cited 2010 Feb 26];15(6). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1438.2005.00327.x/full>
5. Cinel L, Taner D, Nabaei SB, Oguz S, Gökmen O. Ovarian fibrosarcoma with five-year survival: a case report. Eur J Gynaecol Oncol [Internet]. 2002 [cited 2010 Feb 26];23(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12214741>

Dr. Yoel González-Coto Bravo. Especialista de I grado en Imagenología. Profesor Instructor. Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre". La Habana. Cuba. E-mail: glezcoto@infomed.sld.cu