

PRESENTACIÓN DE CASO

Cistoadenoma seroso gigante de ovario derecho. Reporte de un caso

Right ovary´s giant serous cystadenoma. Case report

José Daniel Díaz Díaz¹, Jesús Vázquez Vázquez², Lázaro Yoan Ordóñez Álvarez³, Luis Alberto Lazo Herrera⁴, Lázaro Pablo Linares Cánovas⁵

1. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Cuba.

2. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Cuba.

3. Estudiante de quinto año de Medicina. Alumno ayudante de Medicina Intensiva y Emergencias. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río. Cuba.

4. Estudiante de cuarto año de Medicina. Alumno ayudante de Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río. Cuba.

5. Estudiante de cuarto año de Medicina. Alumno ayudante de Neurocirugía. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río. Cuba.

RESUMEN

El aumento de volumen de los ovarios es una de las más frecuentes afecciones ginecológicas. Se presenta el caso de una paciente blanca, de 59 años de edad, que acudió al cuerpo de guardia del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio" de Pinar del Río, Cuba, refiriendo aumento de volumen abdominal y dolor ligero en fosa ilíaca derecha que se irradiaba a flanco, hipocondrio derecho y epigastrio. Presentó dos quistes de ovario, uno de ellos gigante. Se

procedió a realizar ooforectomía derecha, y exéresis del mismo. El resultado del estudio anatomopatológico de las piezas quirúrgicas informó: cistoadenomas serosos benignos de ovarios.

Palabras clave: quistes ováricos, neoplasias ováricas, diagnóstico.

ABSTRACT

The expansion of ovarian volume is one of the most common gynecological conditions. A 59 year-old white female patient, attended emergency room at "Dr. Leon Cuervo Rubio Provincial Surgical Clinical and Academic hospital" at Pinar del Río, Cuba. She showed unusual abdominal volume, and moderate pain in the right iliac fossa, which irradiated the flank on the right hypochondriac region and epigastrio. The patient presented two ovarian cysts, one of them was giant. Right oophorectomy and excision were performed. The result of the pathological study of the surgical specimens reported was: benign ovarian serous cystadenomas.

Keywords: ovarian cysts, ovarian neoplasms, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Las masas tumorales, en el hemiabdomen inferior, son un frecuente motivo de consulta ginecológica.¹⁻² Los quistes de ovarios y la posibilidad diagnóstica de un tumor de ovario, representan aproximadamente un 50%.³

El ovario es un órgano de caracteres polimorfos muy interrelacionados. Factores genéticos como embriológicos, ontogenéticos, estructurales y funcionales, interactúan. De esta interacción puede emanar una enorme capacidad tumoral: benigna o maligna. Tanto es así, que es este órgano es universalmente aceptado como asiento de enfermedades diversas.⁴

Los tumores serosos malignos y benignos representan el 30% de todos los tumores de ovario. De estos quistes serosos el 10,5% son benignos, el 30,5% son Borderline, y el 60,5% son malignos. La relación de quistes serosos malignos y benignos es de 1:9.⁵

La ultrasonografía transabdominal y transvaginal se aplican en primera línea, aunque con limitaciones, en los estudios para la evaluación de la masa pélvica; por lo que suele complementarse con tomografía computada y resonancia nuclear magnética.⁶

Gracias al desarrollo de la cirugía y los medios diagnósticos, los quistes gigantes de ovario son relativamente raros. El manejo adecuado de éstos, provee de una mejor calidad de vida a la mujer.

Se presenta un caso de una paciente con dos quistes de ovario, uno de ellos gigante. Consideramos que es importante debatirlo, debido a la edad avanzada de la paciente, y la escasa frecuencia de reporte de estos casos, sobre todo en nuestro país.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 59 años de edad, color de la piel blanca, con antecedentes de hipertensión arterial, histerectomizada y colecistectomizada.

Acude al cuerpo de guardia del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio", del municipio Pinar del Río, porque nota un aumento de volumen del abdomen. Hace aproximadamente un mes, se acompañaba de dolor ligero en fosa ilíaca derecha que se irradiaba a flanco, hipocondrio derecho y epigastrio.

En el examen físico se constató abdomen muy globuloso, que sigue los movimientos respiratorios, blando, con presencia de una tumoración que lo abarca casi completamente, móvil, no se precisan bien sus bordes, discretamente doloroso a la palpación profunda, con matidez que no cambia al modificar la posición del paciente, ruidos hidroaéreos normales.

Complementarios

Hemoglobina: 114 g/L

Hematocrito: 0,37 L/L

Eritrosedimentación: 20 mm/h

Colesterol sérico: 4,8 mmol/L

Triglicéridos en suero: 0,9 mmol/L

Glicemia: 5,5 mmol/L

Leucograma: $10 \times 10^9/L$ (st: 0, 00; segmentados: 0, 66; eosinófilos: 0, 02; monocitos: 0, 00; linfocitos: 0,32)

Serología a HIV: negativo

Serología a sífilis: no reactiva

Orina: proteínas no contiene, leucocitos 4-5 x campo, hematíes 0 x campo, epitelio 0 x campo

Coagulograma: tiempo de coagulación: 7 min, tiempo de sangramiento: 1 min

Conteo de plaquetas: $210 \times 10^9/L$

TGP: 36 UI

TGO: 28 UI

Ultrasonido abdominal: esteatosis hepática grado III. Se visualiza una gran imagen ecolúcida de paredes finas, que ocupa toda la capacidad abdominal y llega a epigastrio cruzando la línea media, con tabiques en su interior y alta celularidad, no se puede precisar de qué depende. Vejiga vacía, histerectomizada. No se pueden definir otras alteraciones.

Se discute el caso por el grupo básico de trabajo fundamentándose en los elementos clínicos y complementarios, decidiendo tratamiento quirúrgico bajo el diagnóstico: quiste gigante de ovario derecho.

Informe operatorio: paciente en posición decúbito supino, anestesia espinal, asepsia y antisepsia de la región abdominal, paños de campo estéril. Se realiza incisión media supra e infra umbilical, por planos, se localiza quiste gigante de ovario derecho y se realiza ooforectomía derecha, se visualiza quiste de ovario izquierdo y se realiza excéresis del mismo ([fig.1](#)). Se realiza además aspiración del líquido peritoneal y apendicectomía profiláctica.

Cierre por planos hasta piel. Se realiza hemostasia durante todo el proceder. Sale bien, sin complicaciones.

El resultado del estudio anatomopatológico de las piezas quirúrgicas informó cistoadenomas serosos benignos de ambos ovarios, el derecho gigante de 20 cm de diámetro.



Fig. 1. Cistoadenoma seroso gigante de ovario derecho

DISCUSIÓN

Independientemente del envejecimiento de sus funciones, el ovario no pierde la capacidad de formar tumores de múltiples variedades histológicas. Actualmente, se cree que los tumores del ovario provienen de uno de los tres elementos siguientes: del epitelio celómico superficial, de las células germinales, o del estroma ovárico.⁴

En la actualidad, debido al desarrollo de la cirugía y a los medios diagnósticos con los que contamos, los quistes gigantes de ovario son una entidad relativamente inusual. En las décadas del 60 y 80 del siglo pasado, se informaron, en la literatura mundial, 20 casos de quistes. Sin embargo, en países donde aún la medicina no llega a todos de la misma manera, se pueden encontrar estas curiosidades quirúrgicas.⁴

El manejo y la clínica de estos tumores se determinan mediante: dolor abdominal, crecimiento desmesurado de una masa abdominal palpable; o síntomas derivados de la obstrucción o irritación del aparato urinario o del recto.⁷ Martín Aguirre y cols.⁸ reportan un caso de cistoadenoma seroso

benigno de ovario, en el cual los síntomas predominantes en la paciente fueron: falta de aire, dificultad para la marcha, imposible agacharse, dolor abdominal difuso, acompañado de náuseas, vómitos y edema en miembros inferiores. En este caso, el resultado anatomopatológico del quiste coincidió con el caso reportado.

La paciente refirió aumento de volumen del abdomen, acompañado de dolor ligero en fosa ilíaca derecha que se irradiaba a flanco, hipocondrio derecho y epigastrio.

El 70% de los cistoadenomas serosos son benignos y, por regla general, alcanzan gran tamaño. Son los tumores epiteliales más frecuentes. Aparecen como quistes uniloculares o multiloculares, de paredes delgadas, superficie lisa y contenido líquido que, en ocasiones, presentan excrecencias papilares.^{3, 9}

El cistoadenoma seroso de ovario es el tumor más frecuente entre los que se originan en el epitelio celómico superficial. Existen tumores macroscópicamente pequeños y tumores masivos que ocupan toda la pelvis e incluso la cavidad abdominal.⁵

Se trata de un tumor de tamaño variable, que puede ser pequeño y confundirse con un quiste funcional, o todo lo opuesto. Crece libremente hacia la cavidad abdominal, con tendencia a pediculizarse. Puede estar formado por elementos del ovario, y en su crecimiento, incluir la trompa.³ En esta ocasión, el tumor presentó un diámetro de 20 cm.

Lazo Herrera y cols.¹⁰ reportan un caso de una paciente adolescente, con un quiste gigante de ovario izquierdo que pesó 5 kg. En esta ocasión se le practicó anexectomía izquierda. Sánchez Portela y cols.¹ reportan un caso donde se practicó la histerectomía total con doble anexectomía, por tratarse de un quiste gigante de ovario derecho y mioma uterino que pesaron 12,5 y 2,5 kg respectivamente. Se encontró, además, absceso tubovárico izquierdo. Arroyo Díaz y cols.⁷ reportan un caso de histerectomía total abdominal con doble anexectomía y omentectomía, por la presencia de un quiste gigante de ovario derecho que pesó 21 kg. En el caso presentado, se practicó ooforectomía de un tumor gigante de ovario derecho con 20 cm de diámetro.

Los tres aspectos principales para el tratamiento óptimo son: contar con un equipo multidisciplinario especializado, extirpar el tumor íntegro, una incisión especial y la técnica reconstructiva correspondiente.²

Los quistes ováricos se detectan de modo fortuito ya que, mayoritariamente son asintomáticos. La simple exploración abdominal o pélvica a través del método clínico, permite llegar a un

diagnóstico oportuno y ofrecer mejor atención a las pacientes afectadas. El tratamiento oportuno brinda una mayor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Portela CA, García Valladares A, Sánchez Portela CJ. Quiste gigante de ovario y mioma uterino. Presentación de un caso. Rev Ciencias Médicas. 2012 [citado 18 feb 2017]; 16(5): 188-196. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500020&lng=pt
2. González Pérez D, Hierresuelo Jiménez D, Misiara Álvarez N. Quiste gigante de ovario. Rev 16 de Abril. 2014 [citado 19 feb 2017]; 53(256): 99-107. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/57
3. González Rivera A, Jiménez Puñales S, Luna Alonso MC. Quiste gigante de ovario: una complicación infrecuente. Medicent Electrón. 2015 [citado 20 mar 2017]; 19(1): 49-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000100012
4. Corrales Hernández Y. Quiste de ovario gigante. Presentación de un caso. Medisur. 2012 [citado 20 mar 2017]; 10(4): 304-309. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000400007&lng=pt
5. Aragón Palmero FJ, Galbán González JA, Carvajal Ortiz JA. Cistoadenoma seroso gigante de ovario. Reporte de un caso. MEDICIEGO. 2010 [citado 24 mar 2017]; 16(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/casos/t-13.html
6. Mucientes F, Mucientes P, Heredia F, Ojeda S, Villanueva J, Correa L *et al*. Tumor de Krukenberg del ovario asociado a teratoma maduro. Rev Chilena Obstet Ginecol. 2015 [citado 18 feb 2017]; 80(1): 65-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100010&lng=pt
7. Arroyo Díaz MJ, Díaz Gutiérrez M, García Tirada M, Gutiérrez Aleaga YL. Quiste gigante de ovario: presentación de un caso. Medisur. 2011 [citado 20 mar 2017]; 9(5). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1723/808>

8. Martín Aguirre H, Quiala La O A, Torres García G. Cistoadenoma seroso benigno de ovario. Rev Electrónica Dr. Zoilo E Marinello Vidaurreta. 2014 [citado 20 mar 2017]; 39(10). Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/147/192>

9. Millán Cantero H, Franco Márquez M, de Justo Moscardó MJ, de Toro Salas A, Escudero Severín C, Eloy-García Carrasco C. Tumor de la granulosa coexistente con cistoadenoma mucinoso en el ovario contralateral. Prog Obstet Ginecol. 2009 [citado 20 mar 2017]; 52(9): 533-536. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-tumor-granulosa-coexistente-con-cistoadenoma-S0304501309723350>

10. Lazo Herrera LA, Benitez Garcia L, Hernández Castillo A, Herrera Capote N. Presentación de quiste gigante de ovario en paciente adolescente. Rev Universidad Médica Pinareña. 2015 [citado 12 jun 2017]; 11(2); 44-52. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/305/html>

Recibido: 17 de noviembre de 2017

Aprobado: 27 de noviembre de 2017

Estudiante. *Luis Alberto Lazo Herrera*. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río. Cuba.

Correo electrónico: lazoherrera96@gmail.com