

HOSPITAL GENERAL DOCENTE “ALEIDA FERNÁNDEZ CHARDIET”. GÜINES.

CISTOADENOMA SEROSO DEL OVARIO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Dr. Jorge E. López Martín¹, Dr. Reinaldo Rodríguez Rodríguez², Dra. María Elena Corteguera Fonte³, Dra. Lidia G. López Martín⁴

1. Especialista de I grado en Cirugía General. Profesor Asistente.
2. Especialista de I grado Cirugía General.
3. Especialista de I grado en Radiología. Profesora Auxiliar.
4. Especialista de I grado en Cirugía Pediátrica.

RESUMEN

Se realiza la presentación de dos pacientes, operadas en nuestro servicio con el diagnóstico inicial de tumor ginecológico, cuya sintomatología era bastante vaga e indefinida. Nos llamó la atención, no tanto el diagnóstico final de la entidad, como sí la ausencia casi total de síntomas en el primero de los casos a pesar del tamaño de la lesión y de la edad de la paciente, en presencia de un abdomen prácticamente ocupado en su totalidad por un tumor. Estos tumores llegaron a pesar una vez fuera de su habitación 18 y 10 libras respectivamente. No por la infrecuencia, sino por la magnitud de los mismos, es que nos dimos a la tarea de su presentación y divulgación.

Descriptores DeCS: **OVARIO; TUMORES**

INTRODUCCIÓN

Los Tumores de Ovario son una patología frecuente dentro del contexto de la patología femenina. Por esta causa consultan un grupo elevado de mujeres, tanto las consultas de ginecología como las de Cirugía propiamente dicha. Las edades oscilan desde las tempranas hasta las ya avanzadas, siendo el riesgo de degeneración maligna muy variable y 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.

El cistoadenoma seroso de ovario (CSO) es un tipo de tumor derivado del epitelio superficial (celómico), formado por áreas quísticas. El cistoadenoma seroso de ovario 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 del ovario. 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

Por lo relevante y llamativo en relación al tamaño de las tumoraciones encontradas nos motivamos a su presentación.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

El primer caso se trató de una paciente femenina, blanca y de 84 años de edad. Cuyo motivo de consulta fue la evidencia del aumento de volumen del abdomen, sin otro síntoma específico que llamara la atención a paciente y familiares, salvo una pérdida de peso explicada por la paciente por la sensación de plenitud gástrica a las pocas cucharadas de comida y la consecuente dificultad para la deambulacion y el decúbito.

Como APP el único dato de interés estuvo relacionado con una intervención anterior por una tumoración ovárica en la cual se recoge el dato curioso del peso, el cual osciló dentro de las catorce libras.

Al examen se constata a la inspección un notable aumento de volumen del abdomen, irregular y difuso, desde hipogastrio, palpándose una tumoración, no dolorosa, móvil, dura, no pétreo, que ocupa todo el abdomen hasta la parte alta del mismo. Al TV se encuentra una gran masa que ocupa el fondo de saco lateral derecho, móvil a la palpación bimanual. Útero involucionado. Los exámenes de Laboratorio no arrojaron datos de valor diagnóstico a saber:

HB: 126 gr./ L. Leucograma: 6.8* 10⁹/ L.

Neutrof: 90 %. Linfoc: 10%.

VSG: 40 mm/ h. Creatinina: 99 mmol/ L.

TGP: 8.1 U/l. TGO: 4.5 U/l.

Prot. Totales: 69 g/ L. Parcial de Orina: s/a

Ultrasonido Abdominal:

Imagen ecolúcida, multitabizada, con tabiques algo gruesos y abundante celularidad, por detrás y por encima de la vejiga que desde el hipogastrio desplaza los órganos del hemiabdomen superior. No ascitis ni lesión hepática focal (figuras 1 y 2).

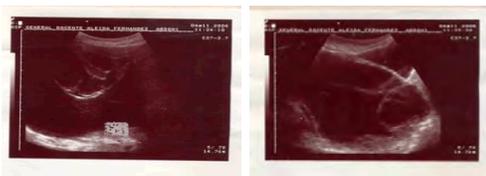


Fig. 1

Fig. 2

Previa preparación preoperatoria del colon y prescribiendo las indicaciones preoperatorios habituales para una intervención quirúrgica abdominal con anestesia general se procedió a realizar una incisión media infra y supraumbilical. Se encuentra inmenso tumor que desplaza asas intestinales hacia arriba. Dimensiones: 40 x 22 cm., con un peso: 18 Lbs y 3 Oz., llegando en altura hasta la porción infradiaphragmática y ocupando ambos parietocólicos así como excavación pélvica (figuras 3, 4). Tumor intraligamentario (ligamento redondo), bien vascularizado. No ascitis ni lesiones focales macroscópicas.



Fig. 3

Fig. 4

Se realiza exéresis del tumor. Clínicamente impresiona corresponder con una tumoración benigna del ovario derecho. El diagnóstico anatomopatológico fue de Cistoadenoma Seroso del Ovario.

El segundo caso fue una paciente femenina de 58 años de edad, de aspecto pícnico y con antecedentes de salud, que tres meses atrás acude a su médico aquejando sensación de peso en bajo vientre, entonces es remitida a su ginecólogo quien después de examinarla le indica un ultrasonido abdominal y es enviada a nosotros directamente por la sonografista ante el hallazgo ecográfico. La paciente cuando la interrogamos se quejaba de dolor abdominal, nauseas molestas y sensación de “llenura”, también refería molestias para orinar. Al examen físico se haya gran masa que ocupa todo el abdomen inferior, extendiéndose hasta los flancos y llegando en altura a la región supraumbilical, poco móvil y dolorosa, de bordes bien definidos, consistencia firme. Al TV: Útero pequeño, masa que ocupa el fondo de saco lateral izquierdo y Douglas, evidenciada en la palpación bimanual. Los exámenes de Laboratorio no aportaron datos de valor diagnóstico. Se realizan los indispensables para su intervención. El **Ultrasonido Abdominal** informó imagen ecolúcida, multitabizada, con tabiques algo gruesos, por detrás y por encima de la vejiga que desde el hipogastrio desplaza los órganos del hemiabdomen superior. No ascitis ni lesión hepática focal. No se realiza otro estudio por no considerarlo necesario.

Hallazgos quirúrgicos (figuras. 5 y 6): Previa preparación preoperatoria del colon y prescribiendo las indicaciones preoperatorios habituales para una intervención quirúrgica abdominal con anestesia general se procedió a realizar una incisión media infra y supraumbilical. Se encuentra inmenso tumor que ocupa todo el abdomen inferior sobrepasando el ombligo y desplazando las asas intestinales. Dimensiones: 36 x 18 cm., con un peso: 10 Lbs. Tumor pediculado, bien vascularizado. No ascitis ni lesiones focales macroscópicas.



Fig. 5

Fig. 6

El resultado anatomopatológico fue de Cistoadenoma seroso benigno del ovario.

Ambas pacientes evolucionaron muy bien es el postoperatorio teniendo, ambas, un alta precoz a las 72 horas con seguimiento clínico en consulta externa. No se ha reportado sepsis de la herida ni otro tipo de complicación local o sistémica, los síntomas antes referidos remitieron totalmente.

COMENTARIO

El ovario puede dar origen a numerosos tipos de neoplasias: hasta 37 tipos de tumores distintos. Los tumores del ovario representan una de las neoplasias habituales de la mujer. Además, como muchas de estas neoplasias ováricas, no puede descubrirse cuándo empiezan a desarrollarse; producen un número desproporcionado de cánceres mortales en la mujer, siendo responsables de casi la mitad de las muertes por cáncer del aparato genital femenino ².

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 ^{3,4}.

Los tumores derivados del epitelio superficial son de origen celómico y son los más frecuentes; constituyen dos tercios de los tumores ováricos en general y 90% de los malignos. Dentro de este grupo destacan los tumores serosos y mucinosos, además de encontrarse el carcinoma endometriode, tumores de células claras, tumores de Brenner, tumores mülerianos. Nos interesan los primeros, que pueden ser benignos, de grado histológico de malignidad bajo o malignos. Los benignos constituyen 20% de los tumores no malignos del ovario y en 10% de los casos es bilateral. Pueden alcanzar un gran tamaño, más de 20 cm de diámetro, y tener múltiples cavidades a modo de compartimientos, cistoadenoma multilocular (los de gran tamaño rara vez son uniloculares). La cavidad contiene líquido incoloro transparente (seroso) ^{5,6}.

La mayor parte de estos tumores produce 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. 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 malignas⁷.

Para llegar al diagnóstico debemos realizar las siguientes pruebas: historia clínica y exploración física, analítica general de la sangre hemograma, estudio de la coagulación, ecografía ginecológica, marcadores tumorales, la tomografía axial computarizada abdominopélvica nos ayuda a confirmar el diagnóstico y completar el estudio La laparoscopia/laparotomía exploradora, en caso de duda, nos permite realizar el diagnóstico (visualización de la tumoración y sus características; práctica de una biopsia perioperatoria) y, al mismo tiempo, aplicar el tratamiento quirúrgico; como complemento del estudio de extensión podemos realizar ecografía abdominohepática, enema opaco, rectocolonoscopía, urografía de eliminación y radiografía simple de tórax.

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 ⁸.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Capítulo 22 Tumores Benignos de Ovario. En: Novak ER, Jones G., Jokes HW. Tratado de Ginecología. 9 ed. Ciudad de la Habana. Editorial Científico Técnica; 1977.p.432 – 66.
2. MedlinePlus Enciclopedia Médica en Español: Quistes Ováricos. Disponible en: <http://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgibin/querymeta?v%3Aproject=medlineplusspanish&spell=spell&query=Quistes+Ov%C3%A1ricos> Acceso: Actualizado 20/6/06.
3. Capítulo XL Tumores Ováricos En: Llusia Botella J, Núñez Clavero JA. Tratado de Ginecología. Ciudad de la Habana. Editorial Científico Técnica. 1983; T 3.1; p. 751 – 803.
4. Sección 18: Ginecología y Obstetricia. Capítulo 241 Neoplasias Ginecológicas. Cáncer de Ovario. En: Manual Merck. Compendio de Autores. 10 ed. Edición del Centenario. Barcelona. 1999
5. Victor Fernández, Feliz Acuña, Patricia Recuay, Kabia Arce, Noé García, Marco Martina. Cistoadenoma Seroso Gigante. Ginecol. Obstet. (Perú) 2003; 49 (1) : 63-66
6. Oliva Rodríguez, JA. Temas de Obstetricia y Ginecología. Ciudad de la Habana. Editorial Científico Técnica.
7. Collado Orta Roberto, Gazapo Pernas, Raoul, Rigor Ricardo, Orlando. Acupuntura y ginecología. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999; 25(1):5-9.
8. Te Linde R W. Ginecología Quirúrgica. Tumores Anexiales; p: 700-718. 5 ed. 1980. C. de la Habana. Editorial Científico Técnica.

SUMMARY

Two patients operated in our service with the initial diagnosis of gynecological tumor whose symptomatology was quite vague and indefinite are presented. The final diagnosis of the entity is not so relevant as the almost total absence of symptoms in the first of the cases in spite of the size of the lesion and the patient's age, in presence of a practically occupied abdomen in their entirety for a tumor. Once these tumors were out of their habitat they got to weigh up to 18 and 10 pounds respectively. Not for the seldomness, but for the magnitude of them, it is that we gave ourselves to the task of their presentation and popularization.

Subject Headings: **OVARY; NEOPLASMS**

Dr. Jorge E. López Martín
E-mail:: jemilio@infomed.sld.cu