



Presentación de caso: Tumor Gigante de Ovario.

Dr. Waldo Jorge González Martínez¹, Dra. Ivette Díaz Triana², Dra. María Zúñiga Rodríguez³

1. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar. FCM Holguín. Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-8480-7869>

2. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Máster en Medios Diagnósticos. Profesor Asistente. FCM Holguín. Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-7185-8296>

3. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar. FCM Holguín. Cuba. <https://orcid.org/0000-0003-1810-7984>

RESUMEN

La tumoración anexial constituye una de las patologías más frecuentes en la práctica ginecológica. Se estima que cerca de 1 de cada 10 mujeres tendrá un tumor anexial a lo largo de su vida, y la mayoría requerirá de cirugía. Alrededor del 80 % son benignos y afectan sobre todo a mujeres jóvenes entre 20 y 45 años.

Se reporta un caso que acude a consulta externa del hospital de Cabinda , Angola, refiriendo amenorrea, aumento de volumen exagerado del abdomen y dolor persistente en bajo vientre que se irradiaba a las piernas, dificultad para defecar y orinar de varios meses de evolución. Se discutió el caso en colectivo en presencia de especialistas de Gineco-obstetricia, Cirujanos y médico general integral, donde se decidió mejorar la hemoglobina de la paciente y proceder a tratamiento quirúrgico, observando al examen macroscópico un tumor gigante de ovario derecho con características benignas. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de un cistoadenoma mucinoso de ovario.

Palabras clave: ovario, tumor de ovario, cistoadenoma mucinoso.

INTRODUCCIÓN

La tumoración anexial constituye una de las patologías más frecuentes en la práctica ginecológica. Se estima que cerca de 1 de cada 10 mujeres tendrá un tumor anexial a lo largo de su vida, y la mayoría requerirá de cirugía. ⁽¹⁾

Existen numerosos tipos de tumores de ovario que en su conjunto se clasifican en las categorías de benigna, intermedia y maligna. Alrededor del 80 % son benignos y afectan sobre todo a mujeres jóvenes entre 20 y 45 años.

Los tumores benignos del ovario muestran una gran variedad histológica, lo que hace difícil su clasificación. Se distinguen fundamentalmente tres grupos de tumores de ovario considerando el origen de las células que lo componen: tumores epiteliales, tumores estromales y tumores de células germinales. ⁽²⁾

La mayoría de las neoplasias primarias del ovario entran dentro de los tumores del epitelio superficial. Existen tres tipos histológicos principales basados en la diferenciación del epitelio neoplásico: tumores serosos, mucinosos y endometrioides. ⁽³⁾

Varios factores de riesgo predisponen a la aparición de los tumores de ovario, entre ellos tenemos: la nuliparidad, antecedentes familiares, las mutaciones, la disginesia gonadal de las niñas, las mujeres de 40 a 59 años que toman anticonceptivos orales y el tabaquismo.

Es importante conocer que los tumores benignos del ovario pueden ser neoplásicos y no neoplásicos, que son los denominados quistes fisiológicos del ovario: quistes foliculares, quistes luteínicos, quistes teca- luteínicos endométricos u ovarios poliquísticos.

Estos trastornos benignos de los ovarios casi siempre son exclusivos de la menarquia y la menopausia y pueden producir molestias en bajo vientre, trastornos menstruales y de la fertilidad que las lleva a consultar al facultativo.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presentó una paciente femenina de 41 años de edad raza negra, con antecedentes de hipertensión arterial, lleva tratamiento médico, con historia obstétrica de cinco gestaciones y partos normales. Sin antecedentes familiares a destacar.

Paciente que es atendida en consulta externa del hospital provincial de Cabinda, la cual refería: amenorrea, aumento de volumen exagerado del abdomen y dolor persistente en bajo vientre que se irradiaba a las piernas, dificultad para defecar y orinar de varios meses de evolución. Figura No 1.

Datos positivos al examen físico

Mucosas: Húmedas e hipocoloreadas.

Abdomen

Inspección: globuloso, aumentado de tamaño.

Auscultación: Ruidos hidro aéreos presentes

Palpación: No depresible, masa dura, poco movable, doloroso, que ocupaba casi todo el abdomen.

Percusión: Matidez en casi todo el abdomen.

En el examen ginecológico se observó región vulvar sin alteraciones.

Tacto vaginal: No doloroso.

Exámenes complementarios

Desde el punto de vista de laboratorio la paciente presentaba una hemoglobina de 10 mg por dl, Glicemia 4.5 mg por dl, Urea, Creatinina, Orina, Serología y Microelisa normales. Gota gruesa para paludismo y PCR negativos. Se comenzó con transfusión de sangre , tratamiento antimicrobianos sistémicos de amplio espectro, desde el momento de su admisión, al mismo tiempo se le realizó ultrasonido abdominal donde se describe la tumoración abdominal de ovario derecho que mide 25 cm de ancho por 31 cm de largo, con presencia de líquido en cavidad.

Ante la presencia de tales hallazgos se discutió el caso en colectivo en presencia de especialistas de Gineco-obstetricia, Cirujanos y M.G.I. donde se decidió mejorar la hemoglobina de la paciente y proceder a tratamiento quirúrgico de inmediato como conducta final. Se programó a la paciente para cirugía realizándose una laparotomía exploradora. En este procedimiento se encontró un tumor en el ovario derecho gigante

de 25 por 31 cm. Figura No 2. Se toma muestra para estudio histopatológico y se realizó histerectomía total con doble anexectomía.

En el examen macroscópico se trata de un tumor gigante de ovario con características benignas que pesó 17 kg, unilateral que mide 25 centímetros de ancho por 31 centímetros de largo, irregular de aspecto lobulado. Al corte del mismo se observa material gelatinoso, pegajoso, tabicado y con presencia de papilas irregulares de pequeño tamaño. En el examen histopatológico se observa un revestimiento de células epiteliales altas cilíndricas con mucina apical y ausencia de cilios.

La paciente tuvo una evolución postoperatoria favorable con estadía hospitalaria de cinco días y seguimiento en consulta externa. Figura No 3.

DISCUSIÓN

Para iniciar la discusión de los tumores de ovario debemos recordar que el ovario es un órgano de caracteres polimorfos que se encuentran interrelacionados. La interacción entre factores genéticos, embriológicos, ontogenéticos, estructurales y funcionales puede generar proliferación neoplásica, benigna o maligna. ⁽⁴⁾

Según Hertig de acuerdo a su posible origen los tumores de ovario pueden ser:

En el epitelio germinativo como los cistoadenomas serosos, mucinosos y endometrioides así como a los cistoadenocarcinomas. Del tejido conectivo como fibromas, sarcomas, Brenner, etc. De las células germinales como disgerminoma, teratoma y carcinoma. De los estromas gonadales y las neoplasias de célula de la granulosa – teca. Tumores de restos vestigiales como mesonefoma y Tumores metastásicos.

El tumor de Brenner es una neoplasia poco frecuente, que constituye entre 1,5 - 2,5 % del total de neoplasias ováricas y el 5 % de los tumores epiteliales benignos. En menos del 10 % de los casos estos tumores son mayores de 10 cm y aparecen en mujeres de 30 a 60 años de edad como neoplasias asintomáticas que deben ser estudiadas. Debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial de los tumores de ovario, para poder efectuar el tratamiento y pronóstico adecuados en beneficio de la paciente. ⁽⁵⁾

López-Carpintero N. y sus colaboradores plantean que las neoplasias mucinosas derivan del epitelio celómico ovárico que reproduce al epitelio mülleriano endocervical y

sobre todo que ante el hallazgo de una neoformación ovárica mucinosa proliferante es decisivo establecer el diagnóstico diferencial entre carcinoma, tumoración fronteriza (borderline) y tumor benigno mediante el estudio anatomopatológico exhaustivo ⁽⁶⁾

En la actualidad el ultrasonido, la tomografía axial computadorizada, en ocasiones la resonancia magnética, y los marcadores tumorales son elementos indispensables en la evaluación preoperatoria. Con estas herramientas el riesgo de malignidad en casos de quistes simples y marcadores tumorales negativos se reduce en forma considerable. ⁽⁷⁾

Los autores cubanos Arroyo Díaz MJ, Díaz Gutiérrez M, García Tirada M, Gutiérrez Aleaga YL presentaron un caso de un quiste gigante de ovario derecho similar al nuestro. La clínica y el manejo de estos tumores estarán determinados por el crecimiento desmesurado que conlleva a una masa abdominal palpable, dolor abdominal o síntomas derivados de la obstrucción o la irritación del aparato urinario o del recto. ⁽⁸⁾

Otros autores como Sánchez Portela CA, García Valladares A, Sánchez Portela CJ. presentaron un caso similar al nuestro de quiste gigante de ovario asociado mioma uterino, el cual resultó un cistoadenoma seroso de ovario. ⁽⁹⁾

Garrido Márquez I, Martínez Martínez C. y colaboradores en su revisión de los principales hallazgos y estadificación de los tumores de ovario mediante resonancia magnética encontraron que el cistoadenoma mucinoso ocupa entre el 20 - 25 % de los tumores benignos de ovario y que se dan con mayor frecuencia en las mujeres mayores de 40 años lo cual coincide con nuestro caso. ⁽¹⁰⁾

El diagnóstico de nuestro caso se realizó por las características clínicas, ultrasonido y se corroboró histopatológicamente. Ambos tratamientos, el general o sistémico, así como, el quirúrgico son básicos para la satisfactoria evolución de esta enfermedad, que se manifiesta por dolor que puede ser leve o severo en abdomen inferior con irradiación a las piernas. Durante el acto operatorio de la paciente se encontró que macroscópicamente un tumor gigante de ovario derecho que ocupaba gran parte de la cavidad abdominal con características benignas. Se toma muestra de tejido para biopsia y se envía para Luanda para conocer finalmente el resultado histopatológico.

En el examen macroscópico se trata de un tumor gigante de ovario con características benignas que pesó 17 kg, unilateral que mide 25 centímetros de ancho por 31

centímetros de largo, irregular de aspecto lobulado. Al corte del mismo se observa material gelatinoso, pegajoso, tabicado y con presencia de papilas irregulares de pequeño tamaño. En el examen histopatológico se observa un revestimiento de células epiteliales altas cilíndricas con mucina apical y ausencia de cilios confirmándose el diagnóstico de un cistoadenoma mucinoso de ovario.



Figura No 1. Muestra la distensión abdominal de la paciente.

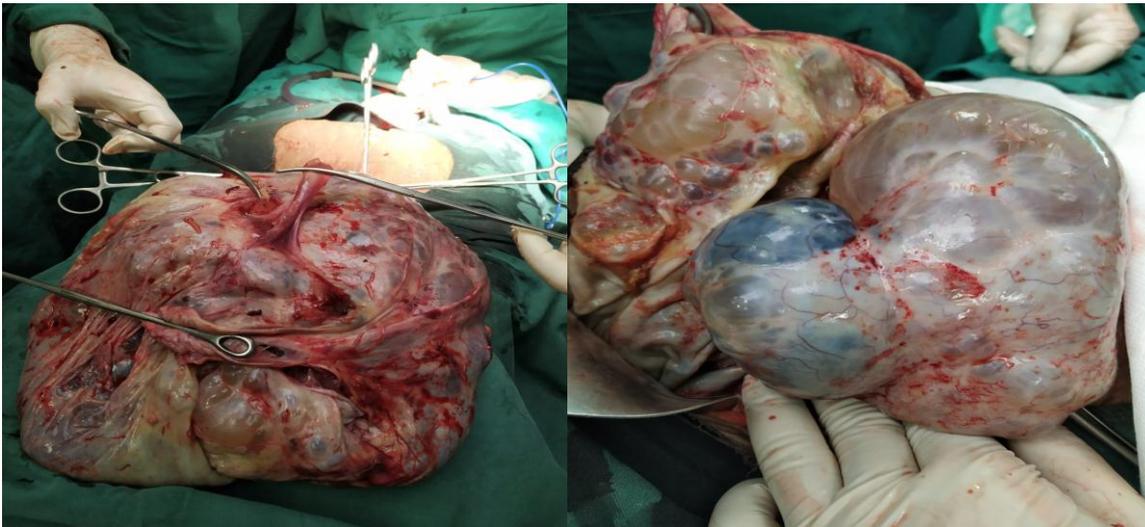


Figura 2. Muestra el quiste gigante de ovario.



Figura No 3. Paciente después de la intervención quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandoval Paredes J, Sandoval Paz C, Jara Vásquez C, Sanz Camargo M. Características histopatológicas de las tumoraciones anexiales. Rev. Per Ginecol. Obstet [Internet] . 2016 Oct [citado 12/01/2023];62(4):389-95. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000400007&lng=es.
2. González – Merlo J, González – Bosquet E. Enfermedades benignas del ovario. En: González – Merlo J, González – Bosquet E, González – Bosquet J. Ginecología. 9na ed. España: Elsevier; 2014. p. 352-73.
3. Ellenson LH, Pirog EC. Aparato genital femenino. En: Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. 8 ed. España: Elsevier; 2010. p.1005-63.
4. González Rivera A, Jiménez Puñales S, Luna Alonso MC. Quiste gigante de ovario: una complicación infrecuente. Medicentro Electrónica [Internet]. 2015 Mar [citado 05/01/2023];19(1):49-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000100012&lng=es.
5. Bonachea Peña RR, González Coca DB, Ortiz Díaz LA. Tumor de Brenner benigno. Rev Cubana Obstetr Ginecol [Internet]. 2020 [citado 18 ene 2023]; 46(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/473/633>
6. López-Carpintero N, Salazar-Arquero FJ, Ibáñez-Santamaría A, Fuente-Valero J, Aramendi-Sánchez T, Hernández-Aguado JJ. Tumor ovárico benigno

- proliferante mucinoso de tipo endocervical con hiperplasia microglandular. Ginecol Obstetr México [Internet]. 2018 [citado 18 ene 2023];86(4):281-8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412018000400281&script=sci_arttext
7. González Pérez D, Hierresuelo Jiménez D, Misiara Álvarez N. Quiste gigante de ovario. Rev 16 de Abril [Internet]. 2014 [citado 26 ene 2023];53(256):99-107. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/57
 8. Arroyo Díaz MJ, Díaz Gutiérrez M, García Tirada M, Gutiérrez Aleaga YL. Quiste gigante de ovario: presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2011 [citado 26 ene 2023];9(5):5-8. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/download/1723/6559>
 9. Sánchez Portela CA, García Valladares A, Sánchez Portela CJ. Quiste gigante de ovario y mioma uterino. Presentación de un caso. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Oct [citado 25 ene 2023];16(5):188-96. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2012/rcm125t.pdf>
 10. Garrido Márquez I, Martínez Martínez C, Moya Sánchez E, Sánchez Torrente A, Torrecillas Cabrera MM. Revisión de los principales hallazgos y estadificación de los tumores de ovario mediante Resonancia Magnética. 36 Congreso Nacional de la SERAM [Internet]. Málaga: Palacio de Ferias y Congresos; 2022. 23p. [citado 25 ene 2023]. Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/download/8960/7426>