

HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Cistoadenoma seroso gigante de ovario. Reporte de un caso
Giant ovarian serous cystadenoma. A case report

Felipe Jorge Aragón Palmero¹, José Antonio Galbán González², Jorge A. Carvajal Ortiz³

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. Se presenta el caso de una paciente con cistoadenoma seroso de ovario; que fue referida al Servicio de Cirugía del Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" por presentar un gran aumento del volumen abdominal, de 12 meses de evolución, cuyo diagnóstico fue sospechado por hallazgo de ultrasonografía pélvica; se encontró en la sala de operaciones una tumoración gigante de 10 kg de peso que fue confirmado por anatomopatología como un cistoadenoma seroso de ovario.

Palabras clave: CISTADENOMA SEROSO/cirugía, ENFERMEDADES DEL OVARIO.

ABSTRACT

Giant ovarian serous cystadenoma is a type of tumor derived from the surface epithelium (celomic), formed by cystic areas. The reason for the prevalence of these ovarian tumors is a mystery. It is reported the case of a patient with ovary serous cystadenoma that was referred to the Surgery Service of the Teaching Provincial Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola" for presenting a large increase volume in abdominal, 12 months evolution, whose diagnosis was suspected by pelvic ultrasonography; a giant tumor of 10 kg was found during surgery and diagnosis was confirmed by histopathology as an ovarian serous cystadenoma.

Keywords: SEROUS CYSTADENOMA/surgery; OVARIAN DISEASES.

1. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
2. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
3. Doctor en Medicina. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

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.⁽¹⁾

Las variedades benigna, limítrofe y maligna representan, en conjunto, 30% aproximadamente de todos los tumores del 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.⁽²⁻⁴⁾ 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 ayudar a considerar su diagnóstico.⁽⁵⁾ En el presente informe se describe la experiencia obtenida con una paciente atendida en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" y se discuten los aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente MTRF, de 59 años de edad, sexo femenino, raza blanca, con antecedentes de Artritis Reumatoidea y tratamiento regular con AINES. Refiere hace dos meses haber comenzado con dolor a nivel del hemiabdomen inferior izquierdo, de forma continua e incremento paulatino, acompañada de sensación de ocupación y/o distensión a este nivel.

APF: No refiere. HO G₂ P₂ A₀.

Operaciones: No refiere.

Traumatismos: No refiere.

Hábitos Tóxicos: No refiere Otros

de Interés: No Refiere.

Datos Positivos al Examen Físico.

Abdomen: Globuloso, impresiona distendido asimétricamente, a expensas del hemiabdomen inferior izquierdo. RHA presentes y normales.

Matidez percutoria a ese nivel y dolor a la palpación superficial y profunda en este sector del abdomen donde se palpa aumento de volumen, de más de 20 cm.

Complementarios.

1. Hematológicos.

Hb: 115 g/l

Conteo Leucocitario. 2.8×10^9 l.

Seg: 0.68 Linf: 030

Eos: 0.02

2. Química Sanguínea.

Glicemia: 5.0 mmol/l.

TGP: 5.3 U/l.

TGO: 5 U/l.

Fosfatasa Alcalina: 147 mmol/l.

Bilirrubinas. T: 4.9 mmol/l.

D: 5.3 mmol/l.

Urea: 8.6 mmol/l.

Creatinina: 86 mmol/l.

Ac. Úrico: 159 mmol/l.

Colesterol: 3.96 mmol/l.

3. Imagenológicos.

Urograma Descendente.

No se observan alteraciones de las vías excretoras.

Colon por Enema.

Marco Cólico permeable. Desplazamiento del marco cólico izquierdo hacia la izquierda.

Ultra Sonido de Abdomen.

Hígado homogéneo que no rebasa el reborde costal.

Vesícula biliar normal.

Páncreas y Bazo normal.

Riñones de tamaño y posición normal.

No líquido libre en espacios hepato y espleno renal.

Útero atrófico.

Imagen ecolúcida y multitabizada en mesogastrio e hipogastrio que impresiona quiste de ovario gigante.

TAC abdominal contrastada

Masa de densidad líquida, de paredes finas bien definidas, que rechaza las asas intestinales hacia arriba, con múltiples tabiques en su interior y que ocupa todo el hemiabdomen inferior, la pelvis y por arriba alcanza el espacio subhepático (Foto 1).

Con el diagnóstico preoperatorio de quiste gigante de ovario se realizó laparotomía exploradora de forma electiva que encuentra gran formación quística de ovario derecho realizándose ooforectomía derecha. El útero y el ovario izquierdo no presentan alteraciones. El quiste de ovario que presentaba la paciente llegó a pesar 10 Kg (Fotos 2 y 3).

El postsoperatorio tuvo un curso normal y la paciente recibió el alta 72 horas después de la operación encontrándose actualmente sin complicaciones.

Diagnóstico Anátomo-patológico: Cistoadenoma seroso de ovario

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 observan 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.⁽¹⁻⁵⁾

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 pueden descubrirse cuándo empiezan a desarrollarse se produce un número desproporcionado de cánceres mortales en la mujer, siendo responsables de casi la mitad de las muertes por cáncer del aparato genital femenino.⁽⁶⁾

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. La experiencia clínica revela la alta incidencia de tumores de ovario en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad, involucrando tres décadas en las que se expresan acontecimientos biológicos consecuencia de la pérdida de la función reproductiva y el proceso natural de envejecimiento, pasando por eventos clínicos bien definidos: climaterio temprano, perimenopausia y climaterio tardío; en el centro, cese de la menstruación.⁽⁷⁾ La versión simplificada de la clasificación histológica de los tumores del ovario de la organización mundial de la Salud (OMS) divide a las neoplasias según el tejido de origen más probable. En la actualidad se estima que los tumores del ovario provienen de uno de los tres elementos siguientes del ovario: 1) del epitelio celómico superficial, que embriológicamente origina el epitelio de los conductos de Müller, o sea, las trompas de Falopio (células serosas cilíndricas ciliadas), del revestimiento endometrial (células cilíndricas, no ciliadas) o de las glándulas endocervicales (células mucinosas, no ciliadas); 2) de las células germinales; y 3) del estroma ovárico.⁽⁸⁻¹¹⁾ Como suele ocurrir, hay un grupo de tumores que no encajan en esta clasificación. Y, finalmente, están los tumores secundarios o metastásicos, siendo el ovario un lugar donde metastatizan con frecuencia otros tumores.

Macroscópicamente, el tumor seroso típico contiene uno o pocos quistes de paredes fibrosas de 10 a 15 cm, en promedio, de diámetro, que alguna vez llegan incluso a los 40 cm. Los tumores benignos contienen un quiste liso y brillante sin engrosamiento epitelial ni proyecciones papilares pequeñas. El comportamiento biológico de los tumores serosos depende tanto del grado de diferenciación como de la localización. En cuanto al pronóstico, es más probable que los tumores serosos encapsulados de la

superficie del ovario se extiendan a la superficie del peritoneo y el pronóstico está íntimamente relacionado con la imagen histológica del tumor y con su modelo de crecimiento en el peritoneo.⁽¹²⁾

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. Puede ocurrir dolor agudo en caso de torsión de un anexo, rotura de un quiste o hemorragia hacia el interior de un quiste. Los datos pélvicos en pacientes con tumores benignos y malignos difieren. 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 malignas.⁽¹³⁾

Para llegar al diagnóstico debemos realizar las siguientes pruebas: historia clínica y exploración física, analítica general de la sangre (enzimas hepáticas, LDH, fosfatasa alcalina, proteínas, iones, entre otros), hemograma, estudio de la coagulación, ecografía ginecológica, marcadores tumorales como CA 125 (tumores de estirpe epitelial: niveles > 65 U/mL en la premenopausia; niveles > 35 U/mL en la posmenopausia); CA 19,9 (en tumores mucinosos); CEA (en tumores de células germinales); AFP (en tumores del seno endodérmico); la tomografía axial computarizada abdominopélvica ayuda a confirmar el diagnóstico y completar el estudio de la extensión. La laparoscopia/laparotomía exploradora, en caso de duda, 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, rectocolonoscopia, urografía de eliminación y radiografía simple de tórax.⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

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.⁽¹⁶⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ueda S, Yamada Y, Tsuji Y, Kawaguchi R, Haruta S, Shigetomi H, et al. Giant abdominal tumor of the ovary. *J Obstet Gynaecol Res.* 2008; 34(1):108-11.
2. Temiz M, Aslan A, Gungoren A, Diner G, Karazincir S. A giant serous cystadenoma developing in an accessory ovary. *Arch Gynecol Obstet.* 2008; 278(2):153-5.
3. Mülayim B, Gürakan H, Dagli V, Mülayim S, Aydin O, Akkaya H. Unaware of a giant serous cyst adenoma: a case report. *Arch Gynecol Obstet.* 2006; 273(6):381-3.
4. Dubenko EM, Kalashnikov AA, Stel'makh AI. Giant ovarian cystoma simulating pseudoascitic syndrome. *Klin Khir.* 2005; (2):56-60.
5. Lin PY, Ueng SH, Tseng MJ. Primary peritoneal serous borderline tumor presenting as an "adnexal torsion" gynecologic emergency. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2007; 46(3):308-10.
6. Piragua SC, Otis CN, Prefontaine M, Pantanowitz L. Cystic struma ovarii (with macrocystic change). *Int J Surg Pathol.* 2008; 16(4):433-4.
7. Seidman JD, Mehrotra A. Benign ovarian serous tumors: a re-evaluation and proposed reclassification of serous "cystadenomas" and "cystadenofibromas". *Gynecol Oncol.* 2005; 96(2):395-401.
8. Chen M, Wang WC, Zhou C, Zhou NN, Cai K, Yang ZH, et al. Differentiation between malignant and benign ovarian tumors by magnetic resonance imaging. *Chin Med Sci J.* 2006; 21(4):270-5.
9. Hutton RL, Dalton SR. Primary peritoneal serous borderline tumors. *Arch Pathol Lab Med.* 2007; 131(1):138-44.
10. Raiga J, Djafer R, Benoit B, Treisser A. Management of ovarian cysts. *J Chir.* 2006; 143(5):278-84.
11. Kassab A, El-Bialy G, Clark J, Callen P, Powari M, Jones H. Unusual presentation of 22-kilogram retroperitoneal müllerian serous cystadenoma. *Gynecol Oncol.* 2007; 104(1):257-9.
12. Diamantopoulou S, Sikiotis K, Panayiotides J, Kassanos D. Serous cystadenoma with massive ovarian edema. A case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2009; 36(1):58-61.

13. Wanapirak C, Srisupundit K, Tongsong T. Sonographic morphology scores (SMS) for differentiation between benign and malignant adnexal masses. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2006; 7(3):407-10.
14. Takeda A, Sakai K, Mitsui T, Nakamura H. Management of large cystic adnexal tumor by gasless laparoscopic-assisted surgery with wound retractor. *J Minim Invas Gynecol.* 2007; 14(5):644-50.
15. Eltabbakh GH, Charboneau AM, Eltabbakh NG. Laparoscopic surgery for large benign ovarian cysts. *Gynecol Oncol.* 2008; 108(1):72-6.
16. Göçmen A, Atak T, Uçar M, Sanlikal F. Laparoscopy-assisted cystectomy for large adnexal cysts. *Arch Gynecol Obstet.* 2009; 279(1):17-22.

ANEXOS

Foto No.1. TAC abdominal donde se observa la masa que ocupa todo el hemiabdomen inferior.



Foto No.2. Quiste de ovario exteriorizado sobre el abdomen de la paciente.



Foto No.3. Dimensiones reales del quiste de ovario resecado.

