

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PAZ
PUERTO PRINCIPE
HAITI

Quiste gigante de ovario. Presentación de un caso
Giant ovarian cyst. A case report.

Julio Ángel Quintana González (1), Rafael Godoy Rivero (2), Tania O'reilly Jiménez (2).

RESUMEN

Se presenta un caso de quiste gigante del ovario, en una adolescente de 19 años de edad, que fuera atendida por el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de La Paz de Puerto Príncipe en Haití, en el año 2006, por un aumento de tamaño en el abdomen además de presentar una amenorrea de 6 meses de evolución en una paciente que había tenido menstruaciones regulares desde los 12 años que tuvo su menarquía. Se realizaron estudios clínicos y ultrasonográficos. Se confirma a través de una laparotomía exploradora, una tumoración quística gigante del ovario con dimensiones extraordinarias, lo que es poco frecuente. En su estudio anatomopatológico se comprobó el diagnóstico de cistoadenoma seroso del ovario.

Palabras clave: QUISTE GIGANTE DEL OVARIO/ patología

1. Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia.

INTRODUCCION

Los tumores del ovario no son tan frecuentes como los del útero y los de la mama, pero constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. (1- 2).

El ovario es un órgano de caracteres polimorfos, los cuales se encuentran muy interrelacionados. Diversos factores genéticos embriológicos, entogenéticos, así como estructurales y funcionales, experimentan una interacción de la cual puede emanar una enorme capacidad tumoral: benigna o maligna; tanto es así, que es universalmente aceptado este órgano como el asiento de la patología más diversa (2).

Los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido, pues si bien muchos de ellos son claramente benignos, otros en su evolución pueden malignizarse. Alrededor del 75-85% de los tumores de ovario son en principio benignos (3).

El diagnóstico precoz es casi imposible, incluso los tumores grandes son asintomáticos, y se descubren como hallazgos casuales en una exploración o ecografía. En ocasiones exhiben datos clínicos que lo hacen sospechar, como el crecimiento lento del abdomen, síntomas compresivos, dolor abdominal subagudo. Rara vez exhiben datos indirectos de actividad endocrina o metabólica (4).

Son las neoplasias genitales más frecuentes en la infancia y la adolescencia.

Paciente YGA con edad 19 años, de la raza negra y ocupación estudiante de Secundaria Básica con número de historia clínica: 82316 que acude al servicio de ginecología.

PRIMERA CONSULTA: 23 julio - de 2006.

MC: Aumento de volumen del abdomen

Historia de la enfermedad actual:

Paciente de 19 años de edad, con antecedentes de salud anterior, que refiere que hace aproximadamente dos años comenzó con un aumento de volumen del abdomen, de forma lenta y progresiva, sin ningún otro síntoma acompañante.

Antecedentes patológicos personales: no refiere.

Antecedentes toco-ginecológicos

Edad de la menarquía: 12 años con características normales, fórmula menstrual 4 / 28 fecha de la última menstruación: 8 marzo de 2006 no refiere alteraciones menstruales anteriores a esta amenorrea. Edad de las primeras relaciones sexuales a los 17 años. Historia obstétrica GoPoAo.

Examen físico

General: paciente normolínea, con abdomen globuloso y apariencia de gestante del segundo trimestre con peso corporal de 58 Kg. y talla: 159 cm.

Abdomen: Globuloso, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Se palpa una tumoración redondeada hacia todo el hipogastrio y supraumbilical de aproximadamente 16 cm. móvil no dolorosa.

Examen genital: Vulva y periné con características normales, propias de una adolescente de su edad nulípara. Espéculo: vagina y cérvix de aspecto normal, no leucorrea.

Tacto vaginal: Vagina húmeda, cuello de nulípara móvil no doloroso. Fondo de sacos vaginales normales. Útero de 7. cm. en anteversoflexión desplazado hacia la izquierda. Se palpa una tumoración gigante, de aproximadamente 16 cm., que ocupa todo el hipogastrio y parte del epigastrio móvil. De consistencia renitente no dolorosa.

PENSAMIENTO MÉDICO:

Se piensa en una tumoración gigante del ovario. Se indican complementarios

SEGUNDA CONSULTA: 25-agosto de 2006 Se encuentra asintomática.

Complementarios. Hb: 14,6 g/l

Htto: 0,44 eritrosedimentación: 6 mm/h

Coagulograma: t. cog: 1' t. sg.: 7' plaquetas: 193x 190 l coagulo: retráctil

Serología: No reactiva TGO: 1.0 u/ TGP: 1.0 u /l

Glicemia: 4.9 mmol/ l

Rx de tórax: Normal

Ultrasonografía: Útero que en CS mide 8,6 cm. No hay embarazo. Se observa gran imagen ecolúcida, que ocupa todo el hipogastrio y se proyecta hasta el epigastrio. No es posible la medida por su tamaño.

Gran tabique en su interior. No hay alteraciones de los órganos del hemiabdomen superior.

Se da ingreso para tratamiento quirúrgico.

INGRESO: 4-septiembre de 2006.

OPERACIÓN: 6 de septiembre de 2006. Laparotomía exploradora.

Se realiza una incisión media infraumbilical, que se prolonga bordeando el ombligo para ampliar campo quirúrgico.

HALLAZGOS: Útero de aproximadamente 6 cm., anteverso móvil de características macroscópicas normales.

Anejo derecho tumoral quístico de 16 cm. libre en la cavidad que corresponde, con ovario grande y trompa que cabalga sobre el proceso y adherido al mismo. Anejo izquierdo tumoral de 10 cm., quístico, con zonas de hemorragias (ver fotos). Se procede a realizar anexectomía total derecha como se observa en la fotografía y resección en cuña del ovario izquierdo con evacuación del líquido intraquístico. Se comprueba hemostasia y se cierra cavidad abdominal.

Paciente al segundo día de operada: Peso 53 Kg. con evolución satisfactoria. Es dada de alta.

PRIMERA CONSULTA POSTOPERATORIO: 25-septiembre de 2006

Paciente asintomática. Evolución normal

INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA B03-1343:

ANEJO DERECHO: Macroscópico: Quiste gigante del ovario (16cm x 13 cm) peso 3000 gr. con trompa incluida. Microscópico Cistoadenoma seroso del ovario.

OVARIO IZQUIERDO: Fragmentos de ovario izquierdo con zonas de hemorragias.

DISCUSIÓN

Con nuestra paciente se evidencia, que el diagnóstico de los tumores del ovario es de difícil determinación en etapas muy tempranas. Gran número de ellos son asintomático y se descubren en una exploración o ecografía (1).

Los cistoadenomas serosos, son tumores de tamaño variable desde pequeños hasta gigantes, crecen libremente en la cavidad abdominal por lo que se pediculizan de manera considerable este puede estar formado por los elementos del ovario y al crecer puede que la trompa quede englobada en su masa (3).

Autores cubanos Imiak y cols (5) informan en su trabajo de un quiste gigante de ovario y Pérez Santos y cols (6) reportan otro caso interesante. Por otra parte, Papathanasiou et al (7) comunica otro caso de tumor gigante de células de la granulosa y síndrome de Meigs con medidas similares al encontrado por nosotros.

En nuestra paciente se practicó una laparotomía exploradora, extrayéndose una gran masa tumoral quística (fotos 1,2 y 3) en la cual estaba englobada la trompa. Tratándose de una paciente adolescente, nulípara se decidió realizar tratamiento conservador (resección en cuña). Lacson et al (8) presenta un caso de una niña de 8 años con edema masivo bilateral de ovarios e hipertecosis del estroma, le practicaron doble anexectomía por sospecha de malignidad, pero resultó ser benigno. Hay que procurar preservar los ovarios, siendo mejor una resección en cuña siempre que sea posible.

Bernal (9) informa de un caso de quiste de ovario gigante con diagnóstico por ultrasonografía donde se practicó laparotomía se conservó el ovario contra lateral.

ABSTRACT

A case of giant ovarian cyst is presented in a 19 year old teenager that was assisted by the Gynaecology Service at the University Hospital of La Paz of Port-au-Prince in Haiti, in 2006 due to an increase of the size of the abdomen apart from presenting an amenorrhea of 6 months of evolution in a patient that had had regular menstruations since she had her menarche at 12 years old. Clinical and ultrasound-graphical studies were done. A giant ovarian tumorous cyst with extraordinary dimension, which is not frequent, was confirmed by means of an exploratory laparoscopy. In an anatomopathological study, the diagnosis of serous cystadenoma of the ovary was corroborated.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jones HW, Wentz AC, Bromet LS. Tumores del ovario. En: Novak K. Tratado de Ginecología. 9 ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1997. p.569-74.
2. González Merlo J. Tumores del ovario. En: González Merlo J. Oncología ginecológica. Barcelona: Salvat; 1995. p. 1230-1244.
3. Kavanagh JJ. Ovarian and fallopian tube cancer. Massachusset: Blackwel Science Malden; 2003.
4. Novo DA. Tumores benignos del ovario. Documentos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Salvat; 1996.
5. Imiak Gutman J, Cienfuegos Vázquez M. Quiste gigante del ovario. Informe de un caso. Rev Cubana Obst Ginecol.1979; 5(1):77-83.
6. Pérez Santos R, Rodríguez González J, Rodríguez Hidalgo N. Quiste gigante del ovario: Presentación de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol.1980; 6(2):177-82.
7. Papathanasiou K, Papaglorglu C, Tsonoglou DA. A case of Meigs' Syndrome with a gigantic granulosa ovarian tumor. Clin Exp Obst Gyn. 1998; 25:61-63.
8. Lacson AG, Peter JB, Gren AP. Secondary massive ovarian edema with Meigs' Syndrome. Am J Clin Patol. 1989; 91(5):597-603.
9. Bernal MS, Santos JV, Castro PF. Quiste gigante del ovario. Informe de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2001; 69 (7):259-261.

