

Cistoadenoma seroso gigante de ovario complicado con torsión pedicular. Reporte de caso

Drs. Carlos José Santoni,¹ Juan Francisco Fajardo,² Argimiro Becerra.²

RESUMEN

El cistoadenoma seroso gigante de ovario es un hallazgo raro y, a menudo, benigno. En general, los quistes abdominales o pélvicos gigantes pueden provocar varios síntomas inespecíficos, como náuseas, vómitos y estreñimiento debido a su efecto ocupante de espacio. En circunstancias excepcionales, puede provocar obstrucción intestinal, hidronefrosis e incluso emergencias quirúrgicas, como rotura de la lesión o torsión pedicular. Presentamos un caso de una paciente femenina de 41 años que presenta dolor abdominal severo de aparición súbita, con hallazgos de irritación peritoneal al examen físico inicial y una ecografía pélvica compatible con un tumor gigante a nivel de ovario izquierdo, el cual fue luego extirpado completamente mediante laparotomía. La histopatología final confirmó la lesión como un cistoadenoma benigno de ovario con presencia de congestión vascular del pedículo ovárico ipsilateral. La paciente se recuperó totalmente sin complicaciones.

Palabras clave: Cistoadenoma seroso, ovario, quiste gigante, torsión pedicular.

SUMMARY

Giant serous ovarian cystadenoma is a rare and usually benign finding. In general, giant abdominal or pelvic cysts can cause several nonspecific symptoms, such as nausea, vomiting and constipation due to their space-occupying effect. In exceptional circumstances, it can cause intestinal obstruction, hydronephrosis and even surgical emergencies, such as rupture of the lesion or pedicle torsion. We present a case of a 41-year-old female patient who presents with a sudden onset severe abdominal pain, with findings of peritoneal irritation at the initial physical examination and a pelvic ultrasound compatible with a giant tumor over the left ovary, which was then completely removed via laparotomy. The final lesion histopathology confirmed it as a benign ovarian cystadenoma with the presence of vascular congestion of the ipsilateral ovarian pedicle. The patient recovered completely without complications.

Key words: Serous cystadenoma, ovary, giant cyst, pedicle torsion.

INTRODUCCIÓN

Los tumores gigantes de ovario son poco frecuentes, debido a la detección temprana de patología anexial con el advenimiento de las modalidades de imagen de rutina. La definición de quistes gigantes de ovario se describió como aquellos que miden más de 10 cm de diámetro en la exploración radiológica o, desde el punto de vista clínico, aquellos que alcanzan un nivel superior al ombligo. Las lesiones neoplásicas del ovario se clasifican según el tejido anatómico a partir

del cual se originan: tumores de células germinales, células epiteliales y células estromales (1). Dentro de la clasificación de los tumores benignos de ovario, el cistoadenoma seroso se encuentra en el grupo de neoplasias derivadas del epitelio celómico. Estos tumores representan de 20 % a 30 % de los tumores ováricos, y de ellos, 50 % a 70 % son benignos (2).

Los tumores serosos se observan con frecuencia durante el periodo reproductivo y el 50 % de ellos se presentan antes de los 40 años. La mayoría de estos quistes son de naturaleza benigna, con una probabilidad de malignidad de solo 7 % a 13 % en mujeres premenopáusicas y 8 % a 45 % en mujeres posmenopáusicas (3). El cistoadenoma seroso de ovario de tamaño gigante es raro. Algunos

¹Médico cirujano. ² Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología.

CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE DE OVARIO COMPLICADO CON TORSIÓN PEDICULAR. REPORTE DE CASO

casos de quistes ováricos gigantes se han mencionado esporádicamente, principalmente en pacientes de edad avanzada (4).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 41 años de edad, sin antecedentes médicos personales o familiares de importancia, originaria de la localidad. Se ingresó al Servicio de Emergencia de la Clínica Amay, Caracas, por presentar dolor abdominal generalizado, a predominio de fosa iliaca derecha, y aumento de volumen abdominopélvico. La paciente no había acudido a controles ginecológicos de rutina durante al menos dos años previos ni tampoco había notado alguna sintomatología en la esfera gastrointestinal o ginecológica. Consultó por presentar, durante alrededor de 24 horas previas al ingreso, incremento considerable y progresivo del dolor abdominal al cual se le asociaron: náuseas, vómitos, disnea y dificultad para deambular, refería, además, aumento de peso reciente que no precisa.

Se realizó ultrasonido abdominopélvico que reportó tumoración gigante en ovario izquierdo. A la exploración física se encuentran: presión arterial: 111/68 mm Hg, frecuencia cardíaca: 72 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm. Abdomen globoso a expensas de gran tumoración, doloroso de forma difusa a la compresión y descompresión, con defensa abdominal, sin movilidad respiratoria. A la exploración ginecológica: cérvix normal, útero y anexos difíciles de delimitar debido a la gran tumoración, resto del examen físico sin anormalidades.

Se solicitaron exámenes de laboratorio generales, los cuales revelaron contaje de leucocitos de 16 000 x mm³ a expensas de neutrófilos de 82 %. Debido al carácter urgente de la presentación, y a contar con equipo de imagen avanzado, no se realizaron marcadores tumorales o estudios de imagen adicionales como tomografía abdominal. Las radiografías de tórax y abdomen lucían normales. Bajo anestesia general se realizó laparotomía, hallando tumoración de apariencia quística sobre el ovario izquierdo y trompa uterina izquierda, la cual presentaba aspecto trombosado (figuras 1 y 2), realizándose de forma

cuidadosa drenaje parcial y extracción de la lesión quística más salpingooforectomía izquierda (figura 3), evitando derramamiento de líquido dentro de la cavidad



Figura 1
Incisión y quiste ovárico izquierdo



Figura 2
Quiste y pedículo ovárico izquierdo



Figura 3

Quiste Gigante de ovario izquierdo extraído

abdominal. El ovario y trompa uterina del lado derecho se encontraban normales, útero sin anormalidades. No se presentó ninguna complicación intraoperatoria. La paciente cursó dos días posoperatorios con evolución satisfactoria. El resultado histopatológico definitivo de la pieza extraída reportó cistoadenoma seroso de ovario izquierdo, midiendo 22 x 10 x 0,2 cm, superficie externa lisa, unilocular al corte, con salida de abundante líquido cetrino, superficie interna lisa, sin evidencia de malignidad y trompa uterina izquierda mide 10 x 0,5 cm, serosa lisa, luz virtual, con congestión vascular. Dos meses después, la paciente se encontraba en buenas condiciones generales.

DISCUSIÓN

El adenoma de quiste seroso ovárico de un tamaño tan grande es un hallazgo raro. Las descripciones más notables de quistes ováricos grandes son las de Spohn (5), que en 1905 reportó uno que pesaba 148,6 kg (328 lb), y Symmonds y col., citados por Madhu y col. (6), quienes, en 1963, reportaron haber encontrado uno que pesaba 79,4 kg (175 lb); curiosidades reportadas

en el siglo XIX y principios del XX, que se han vuelto más raros a medida que las modalidades de imagen mejoran y los diagnósticos se hacen antes (3). Los quistes que alcanzan un tamaño tan grande son casi siempre benignos, pero se debe realizar un diagnóstico preoperatorio cuidadoso (imágenes y marcadores tumorales) debido a la posibilidad de malignidad. Los quistes ováricos gigantes siempre requieren resección, debido a los síntomas asociados, dado el efecto de lesión ocupante espacio, dificultades para establecer el origen de la lesión y el riesgo de malignidad mencionado anteriormente (7).

Las complicaciones más frecuentes de los quistes ováricos benignos son la torsión, como ocurrió en el caso presentado, así como también la hemorragia y la ruptura. Existen muchos diagnósticos diferenciales con quistes ováricos como: quistes funcionales, quistes omentales, quistes mesentéricos, retención urinaria, divertículo vesical, hidronefrosis, linfangiomas quísticos, y tumores uterinos grandes (8).

Los quistes ováricos, generalmente se observan en mujeres de alto índice de masa corporal y de edad fértil (20-35 años). Están indicadas varias modalidades de imágenes radiológicas, como ultrasonido pélvico, tomografía axial computarizada y resonancia magnética, siendo útiles para identificar el origen y una mayor caracterización de la lesión para la planificación preoperatoria. Sin embargo, en este caso solo se realizó el ultrasonido por las razones previamente mencionadas. Los marcadores tumorales generalmente no son específicos y usualmente no cambian las estrategias de manejo (9). La recomendación para los quistes gigantes es la resección del quiste debido a sus síntomas compresivos y al riesgo de malignidad. La laparotomía exploratoria es la estrategia de manejo preferida con escisión de la lesión quística, como se realizó (8).

En muchos casos, si la paciente presenta ciertas características específicas y se cuenta con la tecnología y entrenamiento necesario, se podría emplear el abordaje laparoscópico. Recientemente, ha habido algunos casos en la literatura que informan sobre la seguridad y la eficacia de la escisión asistida por laparoscopia de estas lesiones quísticas gigantes. Entre las opciones para la descompresión incluyen el drenaje guiado por ultrasonido y la aspiración guiada por laparoscopia.

CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE DE OVARIO COMPLICADO
CON TORSIÓN PEDICULAR. REPORTE DE CASO

Todavía no hay consenso sobre el límite de tamaño del quiste para ser manejado de manera segura por laparoscopia (10). En el caso expuesto, se optó por drenar la lesión quística de forma muy cuidadosa que facilitara la extracción de la lesión vía laparotomía, realizando una incisión abdominal relativamente pequeña.

A pesar de la singularidad de los tumores gigantes de ovario, se debe tomar en cuenta su presentación y se deben incluir lesiones ováricas entre los diagnósticos diferenciales de pacientes que se presenten de emergencia por clínica compatible con abdomen agudo, sin síntomas o signos de enfermedades hepáticas, renales o cardíacas. También es importante generar conciencia en la población de acudir a sus respectivos servicio de salud ambulatorios para su control ginecológico de rutina, para en caso de presentar la lesión, diagnosticarla antes que ocurran complicaciones como torsión ovárica, ruptura y, en ocasiones, alteración de la fertilidad en el caso de mujeres edad reproductiva.

REFERENCIAS

1. Agrawal S, Rath S, Aher G, Gavali U. Large ovarian tumor: A case report. *Int J Sci Stud*. 2015; 3 (3): 143 – 145.
2. Bernal Martínez S, Luna Benítez I, Olivares Valencia CV, Villa Villagrana F. Giant cyst of the ovary. Report of a case. *Ginecol Obstet Mex*. 2001; 69: 259 - 261.
3. Sujatha VV, Babu SC. Giant ovarian serous cystadenoma in a postmenopausal woman: a case report. *Cases J*. 2009; 2: 7875.
4. Dey M, Pathak N. Giant serous papillary cystadenoma. *Med J Armed Forces India*. 2011; 67 (3): 272 – 273.
5. Spohn AE. Multicystic ovarian tumour weighing 328 pounds. *Texas Med J*. 1905-1906; 1: 273-274.
6. Madhu YC, Harish K, Gotam P. Complete resection of a giant ovarian tumour. *Gynecol Oncol Case Rep*. 2013; 6: 4–6.
7. Dolan MS, Boulanger SC, Salameh JR. Laparoscopic management of giant ovarian cyst. *JLS*. 2006; 10 (2): 254 - 256.
8. Baradwan S, Sendy F, Sendy S. Complete Laparoscopic Extirpation of a Giant Ovarian Cyst in an Adolescent. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2017; 2017:7632989.
9. Bolukbas FF, Bolukbas C, Furuncuoglu Y, Tabandeh B, Saglam FY, Iyigun G, *et al*. Large abdominal cystic masses: report of seven cases. *J Pak Med Assoc*. 2016; 66 (2): 226 – 228.
10. Yeika EV, Efi DT, Tolefac PN, Fomengia JN. Giant ovarian cyst masquerading as a massive ascites: a case report. *BMC Res Notes*. 2017; 10 (1): 749.

Recibido: 27 de julio de 2019.
Aprobado: 1 de septiembre de 2019.