

CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Guido Bendezú

RESUMEN

Se presenta el caso de un cistoadenoma seroso de ovario, poco común en nuestro medio por sus dimensiones y peso, extirpado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, EsSalud de Ica. Paciente de 47 años, analfabeta, obrera, natural de Abancay, con historia de infertilidad primaria, cuadro de distensión y dolor abdominal por ocho años. Con el diagnóstico de tumor gigante de ovario, es sometida a cirugía. Alta en buenas condiciones. Control posterior sin complicaciones.

Palabras clave: Cistoadenoma de ovario.

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (2): 184-186

SUMMARY

An unusually large and heavy ovarian serous cystadenoma was removed at the Obstetrics and Gynecology Service, Ica's EsSalud Félix Torrealva Gutiérrez Hospital. Patient was 47 year-old, illiterate worker, born in Abancay, and her history was of primary infertility, and abdominal distention and pain for eight years. With the diagnosis of giant ovarian tumor, she was subjected to surgery. Discharged in good condition, post operative course was uneventful.

Key words: Ovarian cystadenoma

Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (2): 184-186

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 47 años de edad, casada, analfabeta, natural de Abancay y procedente del distrito de Santiago (Ica). Ingresó por el

Servicio de Emergencia por presentar distensión y dolor abdominal, sensación de llenura; tiempo de enfermedad de aproximadamente 8 años. Antecedentes: menarquía a los 12 años, con ciclos irregulares; a los 15 años, inicio de relaciones sexuales, no tuvo gestaciones. Dos años antes estuvo hospitalizada en un Hospital de Abancay y, en mayo de 1998, en el Hospital Regional de Ica (MINSA), en los dos casos aproximadamente por un mes, para estudio, y sale de los mismos, sin tener diagnóstico, por solicitud de la paciente.

Lo significativo del examen: paciente en aparente buen estado general. Abdomen globuloso, distendido, circulación colateral, con dificultad para incorporarse del decúbito. Fue hospitalizada y se inició el estudio preoperatorio. Una ecografía anterior sugiere un "tumor mixto gigante y ascitis"; la segunda ecografía, ya hospitalizada, confirma "quiste gigante de ovario". Exámenes hematológicos y de orina normales, urografía excretoria normal, riesgo quirúrgico: II/IV.

Intervenida, los hallazgos operatorios fueron: líquido peritoneal aproximadamente 200 mL. Tumoración quística gigante de anexo derecho que ocupa toda la cavidad abdominal, adherida en cara posterior y base a las asas intestinales y el peritoneo. Ovario izquierdo normal. Útero de 9 cm. Hidrosálpinx izquierdo, trompa derecha formando parte de la superficie del tumor. Se realizó exéresis del tumor gigante, histerectomía total, salpingooforectomía bilateral, apendicectomía y omentectomía parcial. Examinado posteriormente, el tumor pesó 19,2 kg y midió 43 x 32

Hospital Félix Torrealva Gutiérrez, EsSalud.



x 28 cm. La paciente fue dada de alta a los cinco días de operada en óptimas condiciones. Sus controles posteriores resultaron normales.

Los resultados anatomopatológicos fueron: cistoadenoma seroso gigante, cervicitis aguda y crónica. Endometrio con cambios involutivos. Leiomiomatosis. Ovario con cuerpos albicans. Salpingitis ístmica nodosa. Epiplón con hiperplasia linfoide.

DISCUSIÓN

En los ovarios pueden desarrollar tumores benignos y malignos, quísticos o sólidos, sea de tipo epitelial, conjuntivo o teratomatoso, de volumen y consistencia variables, así como de constitución histológica muy diversa¹.

Los blastomas epiteliales benignos (cistoadenomas) son bastante comunes. Son tumores epiteliales que pertenecen a la variedad adenoma y se caracterizan por la gran distensión de las cavidades glandulares. Hay dos grandes variedades, serosos y mucinosos, de acuerdo con las características histológicas de las células que tapizan sus paredes. Otros tumores son los endometrioides y mesonefroides o de Brenner.

El grupo más numeroso de cistomas ováricos de la variedad epitelial o estromoepitelial ha sido clasificado como seroso, principalmente porque el líquido quístico es rico en las proteínas séricas albúmina y globulina^{2,3,5}. Representan el 70 % de los tumores benignos del ovario³ en algunas es-

tadísticas, en otras⁴ cerca del 60 %, mientras que para Pérez y col.⁵ su frecuencia es 44,5 %. No obstante, como en la variedad mucinosa, el diagnóstico de laboratorio se hace por el carácter del epitelio y por ciertas características de la forma de crecimiento. Generalmente, los quistes serosos no llegan al tamaño enorme que se ve, a veces, en la variedad mucinosa, aunque tumores individuales pueden llenar la cavidad abdominal. Es el caso que presentamos, caso único hasta el momento en nuestro hospital y en toda la región, por sus dimensiones y peso.

No hay duda de que el origen del tumor seroso es el epitelio superficial (mesotelio) del ovario. La principal prueba de la validez de esta afirmación es el hallazgo de todos los grados histológicos posibles de crecimiento tumoral, desde las simples invaginaciones del epitelio celómico hasta el cistoadenoma papilar seroso totalmente formado^{2,4,5}.

Macroscópicamente, los tumores son quísticos o multiquísticos, con papilas y difíciles de distinguir de los casos en el límite de la malignidad^{1,3,5}. En el caso que comunicamos no hubo presencia de papilas en la cavidad quística. No siempre distinguible de los mucinosos, sin embargo, es posible estar razonablemente seguro de que la clasificación es correcta, gracias a la tendencia común en la variedad serosa a formar excrescencias papilares en las cavidades quísticas y no pocas veces en las superficies externas².





Microscópicamente, el epitelio es igual al de la superficie del ovario o similar a la trompa uterina, con células ciliadas o no ciliadas^{1,3,5}, característica que observamos en el examen histológico del caso que presentamos.

Aunque la mayoría de tumores ováricos es benigna (aproximadamente 90 %), la primera meta en la evaluación diagnóstica es la exclusión de malignidad. Los métodos para la evaluación de la paciente con tumor ovárico han evolucionado significativamente. No obstante, la edad y el examen clínico dan la primera orientación al diagnóstico. En general son más comunes durante los años reproductivos. El riesgo de malignidad aumenta rápidamente después de los 40 años. El examen clínico sigue siendo el método más usado para identificar un tumor ovárico. Los tumores benignos son usualmente de pared lisa, quísticos, móviles, unilaterales⁴. El reciente empleo del diagnóstico por imágenes, tales como el ultrasonido, la tomografía, la resonancia magnética y el eco Doppler han mejorado el diagnóstico del tumor de ovario^{3,4}.

Todo tumor ovárico, aunque sea pequeño y presente características clínicas indudables de benignidad y no provoque molestia, debe ser extirpado lo más antes posible, puesto que está expuesto a los riesgos señalados^{1,3}. La extirpación quirúrgica es suficiente en pacientes en edad reproductiva. En mujeres posmenopáusicas se re-

comienda la histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral⁵. Fue ésta la conducta que asumimos con la paciente del caso.

Podemos concluir la presentación del caso indicando que, si bien es cierto que generalmente los cistoadenomas serosos no llegan a ser de gran tamaño, cuando son individuales pueden llenar la cavidad abdominal. Los tumores ováricos son potencialmente malignos y de cada cuatro cistoadenomas uno de ellos alberga un carcinoma ovárico. Los blastomas sólidos en general son malignos, sobre todo cuando presentan superficies irregulares y proliferaciones papilares. Los blastomas que aparecen después de los 40 años, son muy sospechosos de malignidad. En la menopausia son casi siempre malignos. Toda tumoración ovárica, aun teniendo el diagnóstico clínico de posible benignidad, debe ser extirpada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calatroni CRV. Ginecología. 2ª Edición.
2. Novak IR. Patología Ginecológica y Obstétrica. 8ª. Edición.
3. Ludmir A. Ginecología y Obstetricia. Prevención, diagnóstico y tratamiento. 1ª Edición, 1996.
4. Pacheco J. Ginecología y Obstetricia. 1ª Edición. Lima-Perú: MAD Corp SA, 1999.
5. Botero J. Obstetricia y Ginecología. 4ª Edición. 1ª Reimpresión, 1990.
6. Hans, Taylor. Obstetrical and Gynaecological Pathology. Third Edition. 1987.
7. Novak's Gynecology and Obstetric Pathology. Seventh Edition. 1984.