



Quiste gigante de ovario y embarazo. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Enrique Rosales Aujang*

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Los tumores de ovario representan aproximadamente 30% de los tumores genitales; los más frecuentes son los epiteliales y germinales. La incidencia de quistes ováricos durante el embarazo es menor de 5% y casi siempre son benignos. Los quistes gigantes tienen una frecuencia menor de 1%. Se reporta el caso de una paciente con un quiste gigante, embarazada por primera vez, de 20 años de edad y 15 semanas de gestación.

Palabras clave: quiste gigante de ovario.

ABSTRACT

Ovarian tumors represent approximately 30% of genital tumors, being the most frequent the germ and the epithelial tumors. During pregnancy the incidence of ovarian cysts is less than 5%, and they are almost always benign. Giant cysts have a frequency of less than 1%. A giant cyst in a primigravida 20 years, 15 weeks pregnant and the evolution of the same case is reported.

Key words: Giant ovarian cysts.

RÉSUMÉ

Les tumeurs des ovaires représentent environ 30 % des tumeurs génitales; les plus fréquents sont les épithéliales et germinales. L'incidence de kystes ovariens pendant la grossesse est âgée de moins de 5% et sont presque toujours bénignes. Les kystes géants ont une fréquence âgée de moins de 1%. On signale le cas d'un patient avec un kyste géant enceinte pour la première fois, de 20 ans et 15 semaines de gestation.

Mots clés: kyste géant des ovaires.

RESUMO

Tumores ovarianos representam aproximadamente 30% de Gêrito tumores; as mais frequentes são o epitelial e Cicatrícula testicular tumores. A incidência da tumores ovarianos de cistos durante a gravidez é inferior a 5% e são quase sempre benigna. Cistos gigantes têm menor frequência de 1%. E relatado o caso de um paciente com um gigantesco cisto, grávida de primeira vez, 20 anos e 15 semanas de gestação.

Palavras chave: tumor ovariano gigante.

* Médico adscrito al Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Zona número 2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Aguascalientes, Ags.

Correspondencia: Dr. Enrique Rosales Aujang. Avenida de los Conos esquina Avenida Aguascalientes, Fraccionamiento Ojocaliente. Aguascalientes, Ags. Correo electrónico: kikes1_13@yahoo.com

Recibido: septiembre, 2010. Aceptado: enero, 2011.

Este artículo debe citarse como: Rosales-Aujang E. Quiste gigante de ovario y embarazo. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2011;79(4):235-238.

El diagnóstico de tumores ováricos durante el embarazo es cada vez más frecuente como consecuencia del mayor uso rutinario del ultrasonido desde etapas tempranas de la gestación. Si bien la frecuencia sigue siendo baja en relación con otras neoplasias asociadas al embarazo, se reporta una incidencia menor de 5%. Casi todos los tumores son pequeños y susceptibles de ser tratados de manera conservadora; siempre son un hallazgo.

La frecuencia de tumores genitales femeninos reportada por la Organización Mundial de la Salud fuera del embarazo es de 30%. Los más frecuentes son los tumores del epitelio común del estroma (65%), los de células germinales (25-20%) y los tumores de los cordones sexuales del estroma (6%).¹ Entre los tumores epiteliales, los cistadenomas serosos representan 70-50%, de estos 20% son bilaterales, y más frecuentes en mujeres mayores de 40 años. Los cistadenomas mucinosos tienen una frecuencia de 25%; sólo 3% son bilaterales y son más frecuentes en mujeres menores de 40 años. Los quistes gigantes tienen una frecuencia menor a 1% y, casi siempre, se trata de cistadenomas.²

El caso que aquí se comunica es de un cistadenoma mucinoso ovárico gigante en una mujer de 20 años, embarazada por primera vez, y a quien se le realizó una laparotomía en la semana 17 de la gestación.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 20 años de edad, 1.66 m de estatura y 86 kg de peso, originaria de la ciudad de Aguascalientes con grado de estudios máximo de bachillerato, vive en unión libre y trabaja como operaria en una fábrica. No tiene antecedentes personales de importancia.

Los antecedentes ginecoobstétricos son: menarquia a los 11 años, ritmo 28 x 5, inicio de vida sexual a los 19 años, fecha de la última menstruación: 13 de julio 2009; sin método anticonceptivo previo. No llevó control prenatal previo a su ingreso al hospital.

Acudió al servicio de urgencias el 17 de octubre de 2009 debido a: vómito, dolor y distensión abdominal. Durante la exploración clínica se encontró: abdomen voluminoso a expensas del útero gestante con un fondo uterino a 3 cm por debajo de la cicatriz umbilical y con un tumor móvil, blando, no doloroso, aproximadamente de 25 cm. Se diagnosticó embarazo de 15 semanas y un quiste gigante de ovario. Se hospitalizó para tratamiento

médico con analgésicos y para efectuarle una serie de estudios paraclínicos, que reportaron: hemoglobina: 13.1 g; leucocitos 7,940; grupo y Rh: AB +; tiempos de coagulación, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático y electrolitos séricos normales; marcadores tumorales negativos: CA 125: 10.5 u/mL y antígeno carcinoembrionario: 0.328 ng/mL.

El ultrasonido reportó: imagen quística de gran volumen (compatible con quiste gigante de ovario y probable cistadenoma), con diámetro aproximado de 30 x 26 x 20 cm y con un volumen de 4,345 cc, con un septo en su interior que ocupaba casi la totalidad de la cavidad abdominal. Por fotometría se determinó que el útero gestante albergaba un embarazo de 15.3 semanas.

Mediante laparotomía exploradora se confirmó la existencia de un quiste de 30 x 20 x 20 cm, y peso de 6.7 kg. El reporte histopatológico fue de: cistadenoma mucinoso, con red venosa aparente, de consistencia blanda, unilocular, de pared lisa y contenido seromucoso.

Durante el postoperatorio se le indicaron útero-inhibidores y se dio de alta del hospital al tercer día con prescripción de analgésicos, útero-inhibidores y reposo en su casa.

La paciente acudió a control prenatal en ocho ocasiones. Se le diagnosticó oligohidramnios con sufrimiento fetal en la semana 36, motivo por el que se decidió realizarle operación cesárea. Ésta evolucionó sin complicaciones y se obtuvo una recién nacida de sexo femenino y peso de 2,500 g.

DISCUSIÓN

Los tumores de ovario no son menos frecuentes que los de útero; sin embargo, en la actualidad se diagnostican cada vez con mayor frecuencia debido al uso rutinario del ultrasonido durante la gestación temprana; aun así, la incidencia sigue siendo baja en relación con otros tumores genitales.

Los tumores del ovario no integran un grupo bien definido porque muchos de ellos son por completo benignos y otros pueden malignizarse con relativa frecuencia.

El ovario es un órgano de caracteres polimorfos muy interrelacionados. Diversos factores estructurales y funcionales tienen alguna interacción de la que puede emanar una enorme capacidad tumoral benigna o maligna por lo que el ovario se acepta universalmente como el órgano de la patología más diversa.²

Por fortuna, el cáncer de ovario durante el embarazo es excepcional y la incidencia de tumores benignos es más común, aunque depende de lo que se considere un quiste funcional o un tumor que requiera de una laparotomía; puede variar de 1 por cada 50 nacidos vivos a 1 por cada 1,500 nacidos vivos.³

Los cistadenomas mucinosos tienen la característica común de alcanzar grandes tamaños; de hecho, los tumores más grandes reportados en la bibliografía pertenecen a este grupo. Proviene de una simple metaplasia del epitelio germinal de revestimiento que se caracteriza por la existencia de glándulas y quistes cubiertos por células epiteliales con abundante mucina que crecen libres dentro de la cavidad abdominal en donde alcanzan gran tamaño.²

El diagnóstico temprano fuera de la gestación es muy complejo, incluso los grandes tumores suelen pasar inadvertidos por la paciente y son hallazgos durante las exploraciones ginecológicas indicadas por otro motivo o en exploraciones con ultrasonido, sobre todo cuando se utiliza un transductor vaginal.

El ultrasonido, por su alta frecuencia de uso como prueba confirmatoria de embarazo, es el patrón de referencia para el diagnóstico de tumores ováricos, por su alta sensibilidad y especificidad,^{4,5,6} mientras que las demás pruebas de apoyo, como los marcadores tumorales, suelen tener menos confiabilidad debido a sus resultados falsos positivos durante la gestación.^{7,8}

En cuanto a la definición del tamaño de estos “grandes tumores” existen muchas versiones, todas ellas definidas pero con pocos argumentos. Los médicos entusiastas de la laparoscopia los catalogan como tales a partir de los 10 cm de diámetro,⁹ mientras que a los quistes que se identifican durante la etapa neonatal los clasifican como grandes a partir de los 3 cm;¹⁰ otros especialistas los clasifican según el peso y fijan como límite 11.3 kg. Otro grupo de estudiosos de este ámbito los incluye a partir de más de 12 kg^{11,12,13} y algunos otros con un peso mayor de 20 kg.¹⁴ En México, aunque no asociados al embarazo, Cano y colaboradores reportaron un quiste de 52 x 40 cm y peso de 22 kg.¹⁵ Bernal reportó otro de 70 x 60 x 50 cm y peso de 30 kilos.¹⁶

Cualquiera sean sus dimensiones, lo avanzado de la enfermedad en ésta y en cualquier otra paciente deja al descubierto nuestra pobre cobertura de salud, aun cuando cada vez se utilice más el ultrasonido, evidenciando, en ocasiones, la deficiente preparación por parte de quien



Figura 1. Quiste de ovario extirpado

lo realiza. También es evidente el bajo nivel de cultura médica de las mujeres que no acuden oportunamente a recibir atención cuando sospechan y aun comprueban que están embarazadas.

Valga insistir que el diagnóstico diferencial de este tumor no es el embarazo, sino otras neoplasias abdominales. Durante la evolución del embarazo es cada vez más frecuente encontrarlos como hallazgo debido al uso rutinario del ultrasonido en etapas tempranas de la gestación; sin embargo, es importante no tomar decisiones radicales porque pudiera tratarse de un quiste folicular luteinizado o un cuerpo lúteo quístico que al extirparse pudiera interferir con el curso del embarazo.

Cuando se sospecha la existencia de quistes no funcionales, casi siempre puede programarse su extirpación entre la décima sexta y vigésima semanas de gestación siempre y cuando el tamaño del tumor permita llegar a tal edad gestacional sin que provoque síntomas compresivos en los órganos abdominales o torácicos y sea posible manipular lo menos posible el útero gestante.^{3,7,17} Con estas medidas, en muy pocos de los casos revisados se reportaron pérdidas fetales,^{7,18,19} caso contrario a cuando la intervención quirúrgica se realiza con urgencia debido a alguna rotura o por torsión del quiste que causa inflamación de los tejidos adyacentes y, en consecuencia, se espera mayor morbilidad materno fetal.^{17,20}

CONCLUSIÓN

La posibilidad de poder encontrar quistes gigantes suscita la reflexión de la necesidad de impulsar aún más la edu-

cación en salud a la población y mover la conciencia de los profesionales de la salud para que cuando no tengan a la mano los recursos tecnológicos acudan a la simple exploración abdominal o pélvica que permita llegar a un diagnóstico oportuno y ofrecer mejor atención a las pacientes.

REFERENCIAS

1. Lee KR, et al. Tumours of the ovary and peritoneum. In: Tavassoli FA, Devilee P. World Health Organization Classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. Lyon 2003;113-202.
2. Grases PJ. Ovario: trastornos benignos. En: Patología Ginecológica. Bases para el diagnóstico morfológico. Barcelona: Masson, 2003;132-135.
3. Rutledge FN. Tumores ováricos durante el embarazo. En: Te Linde. Ginecología quirúrgica. 7ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1995;1181-1187.
4. Engelen M, et al. Distinguishing benign and malignant pelvic masses: The value of different diagnostic methods in everyday clinical practice. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2008;136:94-101.
5. Bernhard LM, et al. Predictors of persistence of adnexal masses in pregnancy. Obstet Gynecol 1999;93:585-589.
6. Rosales AE, Jaime CMJ. Valor real del ultrasonido en Ginecología. Ginec Obst Mex 1998;66:293-296.
7. Villagrán VG, et al. Experiencia de masas anexiales que complican el embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol 2002;67(4):296-299.
8. Cruishank DJ. The clinical significance of preoperative CA-125 in ovarian cancer. Br J Obstet Gynecol 1987;94:692.
9. Salem HA. Laparoscopic excision of largen ovarian cysts. J Obstet Gynaecol Res 2002;28:290-294.
10. Rodríguez GR, Lomelí RM, Rodríguez GL. Diagnóstico prenatal de quiste de ovario fetal, resolución espontánea postnatal. Ginecol Obstet Mex 2000;68:349-352.
11. Beacham W, Webster H, Lawson E, Roth L. Uterine and/or ovarian tumors weighing 25 pounds or more. Am J Obstet Gynecol 1971;109:1153-1161.
12. Bernal MS, et al. Quiste de ovario gigante. Informe de un caso. Ginecol Obstet Mex 2001;69:259-261.
13. Dotters DJ, Katz VL, Currie J. Masive ovarian cyst: A comprehensive surgical approach. Obstet Gynaecol 1988;43:191-196.
14. Ottesena M, Rosea M. Giant ovarian tumor masked by obesity. Acta Obstet Gynecol Scand 1994;73:349-351.
15. Cano LH, Cano AHE, Cano AFD. Quiste de ovario de 38 kg. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2007;75(8):484-487.
16. Bernal MS, et al. Quiste de ovario gigante. Informe de un caso. Ginecol Obstet Mex 2001;69(7):259-261.
17. Schmeler KM, et al. Adnexal masses in pregnancy: Surgery compared with observation. Obstet Gynecol 2005;105:1098-1103.
18. Tugrul S, et al. Giant benign mucinous cystadenoma growing during pregnancy: a case report. Clin Exp Obstet Gynecol 2007;34(2):126-127.
19. Torba A, et al. Giant benign ovarian tumor coexisting with late pregnancy; a case report. Ginekol Pol 2008;79(6):441-444.
20. Ashkenazy M, et al. Ovarian tumors in pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 1988;27:79-83.