

Cirugía y Cirujanos

Volumen 72
Volume

Número 4
Number

Julio-Agosto 2004
July-Augosto

Artículo:

Obstrucción intestinal aguda provocada por la secreción intraperitoneal de tumor ovárico. Caso clínico

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de este sitio:

-  Índice de este número
-  Más revistas
-  Búsqueda

Others sections in this web site:

-  *Contents of this number*
-  *More journals*
-  *Search*



Medigraphic.com

Obstrucción intestinal aguda provocada por la secreción intraperitoneal de tumor ovárico. Caso clínico

Acad. Dr. Gilberto Bernal-Sánchez,* Dr. Alfredo Trujillo-Valdés**

Resumen

Mujer de 53 años de edad que presentó obstrucción intestinal sin respuesta a tratamiento médico. Mediante laparotomía exploradora se encontró cantidad moderada de líquido citrino y aglutinamiento por un material semipastoso, melicérico, de todas las asas del intestino delgado y colon, que eran muy fáciles de separar con los dedos. En anexo izquierdo se encontró masa blanca grisácea de 10 x 15 cm con una perforación de la cual salía el líquido semipastoso. Se procedió a resección amplia con todo el anexo correspondiente. El examen anatomo-patológico mostró tecoma maligno con bordes de resección libres de cuando menos 2 cm, medianamente diferenciado. La biopsia endometrial resultó normal, por lo que se decidió no realizar histerectomía adicional. La paciente fue canalizada con un oncólogo, quien no recomendó quimioterapia. Un año después fue de nuevo revisada, encontrándose libre de tumor, en buenas condiciones aunque con evidencias de cuadros oclusivos. La literatura informa sólo cuatro casos semejantes en los cuales se presentó obstrucción intestinal por el mismo mecanismo, además de señalar que el hallazgo de tecoma maligno es inusitado.

Palabra clave: tecoma, tumor de ovario, bloqueo intestinal.

Summary

We report here of the case of a 53-year-old woman who presented with intestinal obstruction without response to medical treatment.

Exploratory laparotomy produced a moderate quantity of yellowish-green liquid and agglutination of semi-dough-like material. Separation of the flaps of intestine and colon was easily done by the fingers. A grayish white mass of 10 x 15 cm was seen in the left annex, with a perforation which released the semi-dough-like material. Wide resection of the corresponding annex was carried out. Anatomopathologic examination revealed malignant thecoma with resected free borders of at least 2 cm which was moderately differentiated. Because endometrial biopsy was normal, we decided against further hysterectomy. The patient was referred to an oncologist who did not recommend chemotherapy. The patient was reviewed one year later and was found to be free of tumor and in good condition although with some evidence of occlusive blocking. There have been only four similar cases in the literature in which intestinal obstruction by the same mechanism appeared, also indicating that the finding of malignant thecoma is rare.

Key words: Thecoma, Ovarian tumor, Intestinal blockage.

Introducción

La obstrucción intestinal constituye uno de los cuadros clínicos más frecuentes a que se enfrentan el cirujano general y el

gastroenterólogo; en 50% de los casos es causada por adherencias y bandas, que casi siempre tienen su origen en problemas postinflamatorios del peritoneo; sólo algunos casos aislados son de naturaleza congénita⁽¹⁾. La obstrucción se atribuye a fibra posterior a trauma de cualquier especie, la cual si bien la mayoría de las veces es reabsorbida, al parecer cuando hay lesión de la serosa del intestino, ésta puede organizarse, vascularizarse y quedar permanentemente como una brida⁽²⁾.

Al revisar minuciosamente varios tratados de gastroenterología, se encontró que en la clasificación de la obstrucción intestinal no se describe claramente el cuadro clínico provocado por la secreción de tumores intraperitoneales, como sucedió en la paciente que aquí se refiere^(3,4). Sólo se menciona la presencia de algún cuerpo extraño que puede relacionarse a líquido melicérico, o los raros pero bien conocidos pseudomixomas peritonei del ovario con múltiples implantes de sustancia mucinosa maligna en las asas de intestino, que ocasiona obstrucción crónica, caquexia y la muerte.

* Programa de Telemedicina de la Universidad Anáhuac.
** Médico Adscrito a la Clínica de Ginecoobstetricia del IMSS, Toluca, Estado de México.

Solicitud de sobretiros:
Acad. Dr. Gilberto Bernal-Sánchez
Fray Andrés de Castro 109
Col. San Bernardino
50080 Toluca, Estado de México
Tel: (01 722) 214 7568. Fax. (01 722) 215 7602.
E-mail: gbernal@anahuac.com

Recibido para publicación: 19-11-2003.
Aceptado para publicación: 29-03-2004.



Caso clínico

Mujer de 53 años de edad, originaria de Toluca, revisada por vez primera en la consulta privada en el mes de septiembre de 1998 debido a dolor, distensión abdominal, ausencia de evacuaciones, sin canalizar gases por el recto, sin náuseas ni vómito. Gestación 3, sin antecedentes gineco-obstétricos de importancia. Dos hermanas vivas habían padecido de quistes ováricos. No se le había realizado cirugía abdominal previa, sólo safenectomía. Aunque con fascies dolorosa, se encontraba en buenas condiciones generales, signos vitales normales, abdomen moderadamente distendido, timpánico, con dolor a la compresión profunda y moderado a la descompresión en forma generalizada; los ruidos hidroaéreos se percibieron de lucha con tono metálico. El tacto rectovaginal demostraba aumento de la densidad en fondo de saco y aumento de volumen mal definido en anexo izquierdo.

Los exámenes de laboratorio mostraron citología hemática, química sanguínea y examen general de orina normales. La telerradiografía de tórax fue normal y en la placa simple de abdomen se encontró aire en asas de intestino delgado, muy escaso en colon, distensión de delgado, edema moderado entre asas y no se identificó aire libre intraabdominal (Figura 1).

La paciente fue internada para realizarle drenaje gástrico con el que al principio se obtuvo respuesta satisfactoria, pero al tercer día nuevamente presentó distensión abdominal al intentar iniciar alimentación oral. Por diagnóstico de obstrucción intestinal se decidió laparotomía exploradora.

Al efectuar laparotomía a través de incisión media infraumbilical, se encontró moderada cantidad de líquido cistrino y aglutinamiento por un material semipastoso, melicérico, de todas las asas del intestino delgado y colon, muy fáciles de separar con los dedos. El líquido se extendía a toda el área intraabdominal, incluso al área perihepática.

En anexo izquierdo se encontró adherida al ovario correspondiente, una masa blanca grisácea con algunas áreas

de necrosis, por una de las cuales salía líquido semipastoso. La tumoración medía aproximadamente 10×15 cm (Figura 2). Posteriormente se procedió a resección amplia con todo el anexo correspondiente, lavado peritoneal enérgico y liberación de todas las adherencias.

La evolución postoperatoria fue tórpida, con signos de nueva obstrucción temprana que cedió con tratamiento médico. El examen anatomo-patológico indicó tecoma maligno con bordes de resección libres de cuando menos 2 cm, medianamente diferenciado (Figura 3).

La paciente fue canalizada con un oncólogo, quien no recomendó quimioterapia ni terapia adicional. Al año se encontraba en buenas condiciones, si bien persistían cuadros oclusivos periódicos transitorios que cedían espontáneamente.

Discusión

La razón por la cual publicamos el presente caso es la inusitada obstrucción intestinal por el mecanismo referido y el raro hallazgo de un tecoma maligno que, además, resultó no hormonofuncionante.

En la literatura se informan únicamente siete casos semejantes de obstrucción intestinal, uno de ellos por tecoma luteinizante con peritonitis esclerosante⁽⁵⁾. Hay informes de tumores ováricos que contienen sustancias mucinosas asociados a elementos de células granulosas de la teca; la histogénesis no ha sido comprendida⁽⁶⁾. La presentación común es con ascitis sin hidrotórax⁽⁷⁾ y raramente con síndrome de Meigs clásico⁽⁸⁾; macroscópicamente recuerda los tumores cistocarcinomas mucinosos, aunque no es el caso. Este tumor se encuentra en Suecia en 0.72 por 100 mil habitantes⁽⁹⁾ y pertenece al grupo que se origina del estoma o del cordón sexual y que es capaz de diferenciarse en los individuos del sexo femenino e infrecuentemente en los del masculino y resultan ser hormonofuncionantes.

Existen varios tipos de neoplasias del estroma: tecoma, fibrotecoma, luteoma estromal y el de células de Leyding⁽¹⁰⁾, considerados de muy baja o nula malignidad, potencialmen-



Figura 1. Placas simples de abdomen donde se muestra distensión de asas de intestino delgado, moderado edema entre asas, no se encuentra aire libre intraabdominal ni gas en el colon.

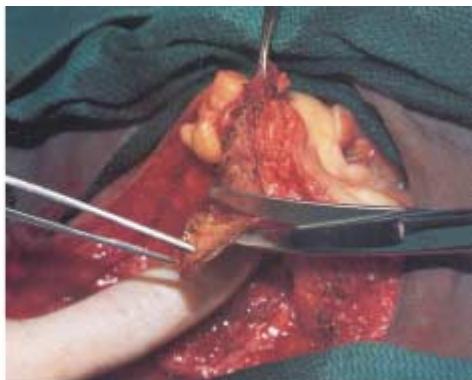
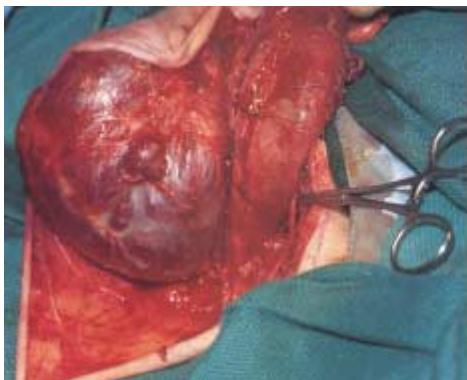


Figura 2. Tumoración de anexo izquierdo que hacía cuerpo con el ovario correspondiente, de superficie lobulada, lisa, brillante, de 26 x 22 cm. Al corte se encuentra tejido de neoformación, sólido, de aspecto multinodular, amarillo oscuro. Estos nódulos están rodeados de bandas de tejido de aspecto fibroso, blanco nacarado, así como de cápsula de color amarillo grisáceo de aspecto edematoso.

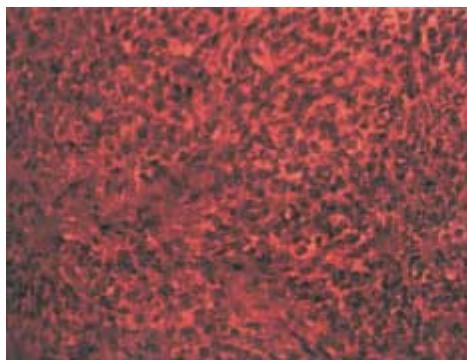


Figura 3. En los cortes histológicos observados se aprecia neoplasia maligna constituida por células fusiformes en patrón ventricular. Las células de estas fibras son de núcleo elongado y citoplasma bipolar, separadas por bandas de material hialino acelular, alternando con zonas de aspecto edematoso, en donde se identifican células ovoides de núcleos redondos y citoplasma claro abundante, así como proliferación de vasos dilatados y congestivos.

te hormonosecretores y representan 2 a 3% de todos los cánceres ováricos⁽¹¹⁾.

Los tumores de células de la granulosa o del tipo de células de Sertolli tienen mayor malignidad, tienden a la recurrencia tardía, ocasionan invasión peritoneal y rara vez producen metástasis distantes⁽¹²⁾.

Los tumores malignos y hormonosecretores se presentan por lo general en personas jóvenes, con dolor y distensión abdominal, de corta duración, bilaterales, de gran tamaño, con ascitis, especialmente hemorrágica⁽¹³⁾. Es fácil confundirlos con tumores del estroma de células de Leyding.

Como sólo 5% de los tumores benignos es bilateral, el patólogo debe ser extraordinariamente cuidadoso en el diagnóstico, puesto que puede confundirlos con sarcomas de ovario o tumores de células granulosas⁽¹⁴⁾.

Aunque hay controversia al respecto, hay evidencias claras de tumores malignos de la teca y fibroteomas⁽¹⁵⁾, incluso con metástasis intestinales^(16,17); cuando hay tumores mixtos son sumamente malignos⁽¹⁸⁾.

Se ha encontrado una gran proporción de casos de trisomía 12 en los tumores del estroma, incluyendo tecomas y fibroteomas, pero sin valor pronóstico⁽¹⁹⁾ e incluso tetraso-

mía 12⁽²⁰⁾. Su evolución ha sido estudiada ampliamente y se ha identificado un promedio de edad de 59.5 años, así como carcinoma endometrial en 20%.

Aunque ninguna paciente muere por tecoma benigno, en el maligno hay mortalidad de 10%⁽²¹⁾. Sin embargo hay aumento de riesgo para carcinoma endometrial, linfoma maligno y posiblemente cáncer mamario, de colon y tiroides⁽²²⁾. El tratamiento es el de estadio I, con resección confinada al ovario^(23,24). Por su común histología favorable, el cáncer epitelial de *borderline*, el disgerminoma, el tumor de células granulosas y el de células de Sertolli-Leyding, deben ser tratados sólo con cirugía^(25,26). Si bien se ha considerado la radioterapia o la quimioterapia como coadyuvantes^(27,28) en tumores malignos⁽²⁹⁾, con la cirugía se ha obtenido un excelente pronóstico⁽³⁰⁾. Pueden recurrir localmente después de muchos años⁽³¹⁾.

En cuanto a la evolución hacia períodos obstructivos transitorios, posiblemente en un futuro la paciente podrá presentar bloqueo completo; será recomendable efectuar adhesiotomía con plicatura transmesentérica, con lo que esperamos resolver definitivamente el problema intestinal⁽³²⁾.

Referencias

1. Cohn I Jr. Obstrucción intestinal. En: Bockus Gastroenterología, tomo III. 4^a. ed. España: Salvat; 1997. pp. 2259-2283.
2. Ellis H. Acute intestinal obstruction: special forms in Maingot abdominal operations. 5th ed. New York: Appleton Century; 1999. pp. 1519-1550.
3. Chávez PF, Dib KA, Alberú GJ, Bordes AJ. Obstrucción intestinal. México: Instituto Nacional de la Nutrición-Francisco Méndez Oteo; 1978. pp. 329-343.
4. García CD. Gastroenterología. Mexico: Ed. Cuéllar; 1995.
5. Spiegel GW, Swinger FK. Luteinized thecoma with sclerosing peritonitis presenting as an acute abdomen. *Gynecol Oncol* 1996;61(2): 275-281.
6. Chandran R, Rahman H, Gebbie D. Composite mucinous and granulosa-theca-cell tumor of the ovary: an unusual neoplasm. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1993;33(4):437-439.
7. Williams LL, Fleischer AC, Jones HW 3rd. Transvaginal color Doppler sonography and CA-125 elevation in a patient with ovarian thecoma and ascites. *Gynecol Oncol* 1992 Jul;46(1):115-118.
8. Jones HW 3rd, Surwit EA. Meigs syndrome and elevated CA 125. *Obstet Gynecol* 1989;73(3 Pt 2):520-521.
9. Bjorkholm E, Silfversward C. Granulosa and theca-cell tumors. Incidence and occurrence of second primary tumors. *Acta Radiol Oncol* 1980;19(3):161-167.
10. Spencer HW, Mullings AM, Char G, Carpenter R. Granulose-theca cell tumor of the ovaries. A late metastasizing tumor. *West Indian Med J* 1999;48(1):33-35.
11. Sternberg WH, Dhurandhar HN. Functional ovarian tumors of stromal and sex cord origin. *Hum Pathol* 1977;8(5):565-582.
12. Smirnov EA. A malignant ovarian theca cell tumor. *Arkh Patol* 1975;37(1):91-93.
13. Kolstad P. Preserving ovarian function in the treatment of epithelial and special other malignant ovarian tumors. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1987;47(10):683-689.
14. Waxman M, Vuletin JC, Urcuyo R, Belling CG. Ovarian low-grade stromal sarcoma with thecomatous features: a critical reappraisal of the so-called "malignant thecoma". *Cancer* 1979;44(6):2206-2217.
15. Grynsztajn A, Wojdecki J. Case of malignant thecoma. *Patol Pol* 1965;16(3):343-348.
16. McCluggage WG, Sloan JM, Boyle DD, Toner PG. Malignant fibrothecomatous tumor of the ovary: diagnostic value of anti-inhibin immunostaining. *J Clin Pathol* 1998;51(11):868-867.
17. Robert HG, Dutranoy G, Vu J, Dupre-Froment J. Thecal tumors of the ovary. 14 cases. *Nouv Presse Med* 1976;6(17):1459-1462.
18. Mestwerdt W, Cardesa A. Unusual symptoms of a disgerminoma with special histologic and endocrine manifestations. *Malignant germi-nothecoma*. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1971;31(11):1035-1043.
19. Shashi V, Golden WL, von Kap-Herr C, Andersen WA, Gaffey MJ. Interphase fluorescence *in situ* hybridization for trisomy 12 on archival ovarian sex cord-stromal tumors. *Gynecol Oncol* 1994 Dec;55(3 Pt 1):349-354.
20. Schofield DE, Fletcher JA. Trisomy 12 in pediatric granulosa-stromal cell tumors. Demonstration by a modified method of fluorescence *in situ* hybridization on paraffin-embedded material. *Am J Pathol* 1992;141(6):1265-1269.
21. Bjorkholm E, Silfversward C. Theca-cell tumors. Clinical features and prognosis. *Acta Radiol Oncol* 1980;19(4):241-244.
22. Toker C. Concurrence of endometrial stromal malignancy with ovarian theca cell tumor. *Am J Obstet Gynecol* 1970;107(4):505-512.
23. Karch U, Komossa F, Henne K, Runge M, Pfleiderer A. Recurrent theca cell tumor. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1991;51(7):577-579.
24. Spinelli A, Morf P, Genton C. Granulosa cell and theca cell tumors in 25 cases. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1979;39(10):882-887.
25. Schwartz PE. Surgical management of ovarian cancer. *Arch Surg* 1981;116(1):99-106.
26. Stage AH, Grafton WD. Thecomas and granulosa-theca cell tumors of the ovary: an analysis of 51 tumors. *Obstet Gynecol* 1977;50(1):21-27.
27. Adamian RT. The prognostic factors in patients with malignant granulosa-theca cell tumors of the ovaries. *Vopr Onkol* 1991;37(9-10):985-988.
28. Dudzinski M, Cohen M, Ducatman B. Ovarian malignant luteinized thecoma-an unusual tumor in an adolescent. *Gynecol Oncol* 1989; 35(1):104-109.
29. Povzun SA. Malignant thecoma with extensive metastasis. *Vopr Onkol* 1985;31(3):99-101.
30. Kozachenko VP, Adamian RT, Pichugina MN, Filatova AM. Malignancy of hormonally active ovarian tumors. *Vopr Onkol* 1981; 27(10):40-44.
31. Evans AT 3rd, Gaffey TA, Malkasian GD Jr, Annegers JF. Clinicopathologic review of 118 of 51 tumors. *Obstet Gynecol* 1977;50(1):21-27.
32. López FR, Barrera MF. Plicatura transmesentérica y adhesiotomía simple en la oclusión intestinal. *Gac Med Dist Fed* 1984;1:57-59.

