



Caso clínico

Quiste de ovario de 38 kg. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Humberto Cano López,* Humberto Eugenio Cano Aguilar,** Fabio Dorian Cano Aguilar***

RESUMEN

Se comunica el caso clínico de una paciente con una tumoración gigante del ovario, que acudió a consulta por un cuadro de distensión abdominal progresivo, llenura posprandial y debilidad general. Luego del diagnóstico se decidió intervenirla. Se le encontró una tumoración de 38 kg que se reportó como cistoadenoma seroso gigante del ovario izquierdo. Luego de la extirpación del tumor la evolución de la paciente fue satisfactoria, con pronóstico favorable y reintegración a sus actividades habituales.

Palabras clave: quiste gigante del ovario de 38 kg, aumento del volumen abdominal, distensión abdominal.

ABSTRACT

A clinical case of a patient with a giant tumoration of the ovary appears, that went to the external consultation declaring progressive picture of abdominal distension, postprandial fullness and general weakness. The diagnosis was elaborated as much by clinical and paraclinical methods (USG and RX) as well as by pathological anatomy; and the handling consisted firstly of puncture-drainage and later by laparotomy with the extraction of the same one. The gross weight of the tumoration was of 38 kg and the histopathologic study was of cystoadenoma serous giant of the left ovary. Evolution of the patient was satisfactory having a favorable prognosis, returning normally to her habitual activities.

Key words: Giant tumoration of the ovary, abdominal volume increase, abdominal distension.

RÉSUMÉ

On communique le cas clinique d'une patiente avec une tuméfaction ovarienne géante, qui est allée en consultation à cause des signes cliniques de distension abdominale, plénitude postprandiale et faiblesse générale. Après le diagnostic on a décidé de l'intervenir. On lui a trouvé une tuméfaction de 38 kg qui s'est rapportée comme cystadénome séreux géant de l'ovaire gauche. Après l'extirpation de la tumeur l'évolution de la patiente a été satisfaisante, avec pronostic favorable et réintégration à ses activités habituelles.

Mots-clés: kyste ovarien géant de 38 kg, augmentation du volume abdominal, distension abdominale.

RESUMO

Comunica-se o caso clínico duma paciente com uma tumoração gigante do ovário, que foi a consulta por um quadro de distensão abdominal progressivo, enchimento pós-prandial e enfraquecimento geral. Após do diagnóstico se decidiu intervi-la. Encontrou-se uma tumoração de 38 kg que se reportou como cistoadenoma seroso gigante do ovário esquerdo. Depois da extirpação do tumor a evolução da paciente foi satisfatória, com prognóstico favorável e reintegração a suas atividades habituais.

Palavras chave: cisto gigante do ovário de 38 kg., aumento do volume abdominal, distensão abdominal.

* Miembro del Comité Científico del Colegio Irapuatense de Ginecología y Obstetricia.

** Residente de cuarto año de ginecología y obstetricia, Hospital Ramón González Coro, La Habana, Cuba.

*** Médico cirujano, medicina general, adjunto al servicio de ginecología y obstetricia. Centro de Especialidades Médicas Santa Teresa. Irapuato, Guanajuato.

Recibido: junio, 2007. Aceptado: julio, 2007.

Este artículo debe citarse como: 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):484-87.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Los variados padecimientos tumorales del ovario se conocen a través de la historia difundida en libros⁴⁻¹⁰ y artículos médicos,¹² particularmente de ginecología y obstetricia. Ahí se refieren muy diversos tipos de neoplasias en cuanto a su forma, volumen, peso, manifestaciones clínicas, estirpe histológica y benignidad o malignidad.¹² Llama la atención que la mayor parte de las tumoraciones clasificadas como gigantes^{3,6,8,16} (mayores de 5 kg) no rebasaban los 15 kg. Sólo se encontró un caso de 32 kg,⁸ que fue el más voluminoso.

El caso clínico que aquí se reporta es de gran interés porque se trata de una tumoración de 38 kg,¹⁸ cuyas características clínicas se describen enseguida. El quiste se encontró en una paciente que acudió a la consulta externa ginecológica por primera vez y cuyo cuadro clínico había sido motivo de confusiones diagnósticas y tratamientos erróneos por los facultativos previamente consultados en diferentes hospitales.

CASO CLÍNICO

Paciente de 40 años de edad, sin antecedentes heredo familiares de interés clínico. Procedente del medio rural del estado de Guanajuato.

ANTECEDENTES

La paciente refirió haber tenido su primera menstruación a los 13 años de edad, con ritmo de 30 x 3, eumenorreica. Su vida sexual activa se inició a los 18 años, tuvo cuatro embarazos y cuatro partos, y ningún aborto o cesárea. Los embarazos fueron de evolución normal al igual que los partos. Los dos primeros los atendió una partera empírica y los dos últimos, médicos en un hospital del sector salud. Sus hijos fueron normosómicos y cursó el puerperio sin complicaciones. Amamantó a todos sus hijos durante un año, aproximadamente. No ha recurrido a algún método anticonceptivo y está separada de su marido desde hace ocho años. Como antecedente de importancia sólo refirió sensación de distensión abdominal de varios años de evolución.²

Por esta última razón acudió a la consulta externa, donde precisó que llevaba dos años con dolor abdominal localizado en la fosa iliaca y el flanco izquierdo.

Lo refirió como un dolor sordo, de intensidad leve a moderada, sin predominio de horario, desencadenado por el ejercicio y los movimientos posturales, que se atenuaba con el reposo, que irradiaba hacia la región lumbosacra, acompañado de sensación de distensión abdominal.^{2,4,13} El dolor se extendió a todo el abdomen y aumentó el volumen de éste. Experimentó plenitud posprandial, náusea ocasional y constipación intestinal, además de disnea de decúbito (ortopnea). Refirió que en las cuatro semanas previas a la consulta, los síntomas mencionados se exacerbaron hasta llegar a una sensación de plenitud abdominal muy importante que le impedía la ingestión adecuada de alimentos, le dificultaba la deambulaci3n y la posici3n en decúbito, lo que la obligó a permanecer semisentada para conciliar el sueño.⁹⁻¹²

En la exploraci3n física se encontró con presi3n arterial de 110/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, temperatura de 36.7°C, 27 respiraciones por minuto, 76 kg de peso, estatura de 1.55 m e índice de masa corporal de 31.6.

Su apariencia era de mayor edad a la cronológica, íntegra, mal conformada por el aumento del volumen abdominal, con marcha característica de pato,¹² con lenguaje normal y vestimenta acorde con su nivel socioeconómico y procedencia, sin movimientos anormales, consciente, estable, orientada en las tres esferas (espacio, tiempo y persona).

El resto de la exploraci3n física general y regional no reportó mayores datos de interés clínico, excepto la taquipnea de 27 por minuto y taquicardia de 90 por minuto. Sin fenómenos estetoacústicos agregados.

A la inspecci3n física del abdomen se encontró forma, volumen y estado de la superficie con gran distensi3n abdominal que abarcaba los nueve cuadrantes y que se delimitaba desde el epigastrio hasta la sínfisis del pubis, así como de la fosa iliaca y los flancos de ambos lados,⁹ sin cambios de coloraci3n de la piel, sin cicatrices aparentes y una leve red venosa colateral. A la palpaci3n, la temperatura era similar a la del resto de la superficie corporal, con tono abdominal aumentado, no depresible, leve resistencia muscular voluntaria, doloroso a la palpaci3n superficial y media, sin palparse irregularidades en toda la superficie abdominal y sin poderse precisar estructuras subyacentes. A la percusi3n se apreció franca matidez generalizada en

los nueve cuadrantes. En la auscultación se percibieron ruidos hidroaéreos disminuidos.^{4,7,12}

La exploración ginecológica reportó: vello pubiano escaso, de tipo ginecoide, genitales externos normales, vagina amplia y elástica, con escaso escurrimiento blanquecino no fétido, cuello uterino pequeño, posterior, formado, cerrado y sin lesiones aparentes. Al tacto vaginal los fondos de los sacos vaginales se percibieron tensos, sin poderse palpar otras estructuras, cuello con movilidad normal, no doloroso a la palpación. El tacto vagino-rectal manifestó, igualmente, distensión importante de la cavidad pélvica.¹²

Los miembros inferiores se encontraron con moderado grado de hipotrofia, con ingurgitaciones venosas típicas de la safena externa e interna, así como edema premaleolar y en la cara anterior de ambas piernas hasta su tercio inferior.

En virtud de las características del cuadro clínico se decidió su internamiento para efectuar los procedimientos diagnósticos y, posteriormente, dar las alternativas terapéuticas convenientes. Se le hicieron exámenes generales de rutina (biometría hemática, química sanguínea [6], examen general de orina), PFH y pruebas de coagulación; ultrasonografía abdominopélvica¹⁻⁹ y radiografías de tórax y abdomen, además de citología exfoliativa de líquido obtenido por paracentesis. Se reportaron los siguientes datos:

Anemia de primero a segundo grado, química sanguínea 6 y examen de orina normales, grupo sanguíneo O RH positivo, las PFH y de coagulación normales. La telerradiografía de tórax manifestó elevación de ambos hemidiafragmas,⁴ con moderada horizontalización de la silueta cardíaca,² campos pulmonares limpios, sólo con cambios bronquíticos crónicos leves. Las placas radiográficas del abdomen y el ultrasonido abdominopélvico reportaron cantidad abundante de líquido que ocupaba toda la cavidad abdominopélvica.¹ No se apreciaron otras imágenes. Se procedió a efectuarle una punción abdominal mediante un trocar a la altura de la fosa iliaca izquierda.^{2,4,12} Inmediatamente se obtuvo abundante cantidad de líquido de aspecto cetrino, mismo que se envió a estudio citoquímico y citológico. Primero se descartó la existencia de líquido de ascitis y, luego, de células de origen ovárico negativo para malignidad.^{2,9,11,14} Para evitar una descompensación,

el abdomen se drenó progresivamente a través del mismo trocar conectado a un equipo de venoclisis. En un lapso de 24 h se drenaron 16 litros de líquido con las características mencionadas. Con esta intervención se logró una descompresión significativa del abdomen, que permitió palpar una gran masa abdominal que prácticamente abarcaba todo el abdomen. Enseguida se programó para una laparotomía exploradora con anestesia general, misma que se efectuó con una incisión supra e infraumbilical. Se encontró una gran tumoración de coloración gris azulada, de consistencia blanda, con gran cantidad de relieves membranosos y vasculares en su superficie, que formaban entre sí múltiples surcos y que ocupaba prácticamente toda la cavidad abdominal.⁵⁻⁷

El diagnóstico diferencial descartó cirrosis hepática, cáncer hepático u ovárico, y síndrome de Meigs (tumor ovárico, ascitis e hidrotórax). La disección se inició por la parte más alta del epigastrio, hasta las fosas iliacas. Se encontraron múltiples adherencias laxas de la cápsula tumoral hacia el estómago, colon y la pared abdominal. Su disección se logró completa y se encontró un rechazo posterior de todo el intestino delgado, que se apreció disminuido en su calibre.^{19,20} Enseguida se identificó el pedículo de la tumoración, de aproximadamente 8 cm de diámetro y que se originaba en el anexo del lado izquierdo. Se procedió al pinzamiento, corte y ligadura del mismo. La tumoración se extrajo en su totalidad, completamente íntegra; midió 52 x 40 cm y pesó 22 kg^{3,5,6,8} (figuras 1 y 2). Se procedió a cerrar la cavidad abdominal en la forma acostumbrada. Se dejó un drenaje por contrabertura. La evolución trans y posoperatoria inmediata fue satisfactoria, sin complicaciones o fenómenos de descompensación hemodinámica, por lo que la paciente fue dada de alta del hospital 48 h después de haber sido operada.

El reporte histopatológico de la tumoración fue de cistoadenoma seroso gigante del ovario izquierdo,¹⁻⁸ negativo para malignidad.^{7,14,15,17}

El peso de la paciente al salir del hospital fue de 38 kg (cuando ingresó pesaba 76 kg).

La paciente fue citada a la consulta externa a los 30, 60, 90 y 120 días, lapso en que mostró una excelente evolución y ganancia de peso en su última consulta de 10 kg.

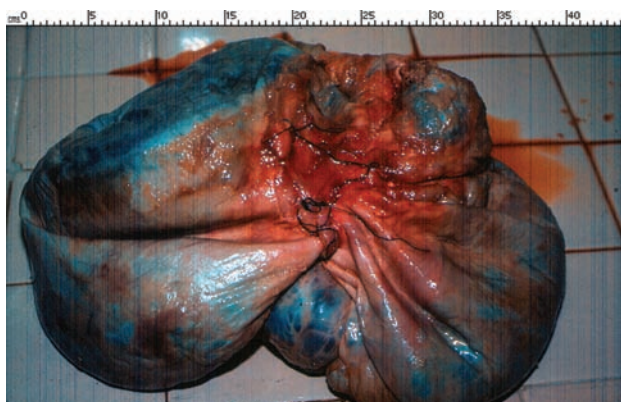


Figura 1. Quiste gigante del ovario izquierdo observando su cara inferior (pedículo).

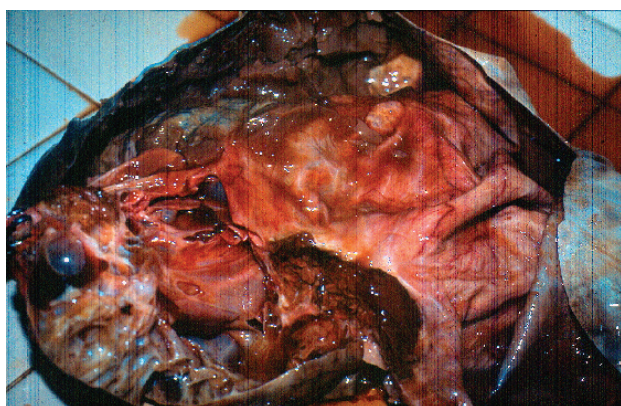


Figura 2. Quiste gigante del ovario izquierdo, observando su cara superior.

REFERENCIAS

- Alcazar JL, Erraste T, Minguez JA, Galan MJ, et al. Sonographic features of ovarian cystadenofibromas: spectrum of findings. *J Ultrasound Med* 2001;20(8):915-19.
- Attanuci CA, Ball HG, Zweizig SL, Chen AH. Differences in symptoms between patients with benign and malignant ovarian neoplasms. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(5):1435-37.
- Martínez BS, Luna BI, Villa VF. Quiste de ovario gigante, informe de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2001;69(7):259-61.
- Crum C. Aparato genital femenino. En: Robbins S, editor. *Patología estructural y funcional*. 5ª edición, Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1995;pp:1181-84.
- Núñez-Troconis J, Gómez R, Perche FS, Delgado de Fox M. Quiste gigante del paraovario: reporte de dos casos. 2003;63(3):161-63.
- Diago CD, Enríquez DB, Fuentes GL. Quiste de ovario gigante: presentación de un caso. <<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEkpyZpEyAnEQUTEHB.php>>
- Friedman GD, Skilling JS, Udaltsova NV, Smith LH. Early symptoms of ovarian cancer: a case-control study without recall bias. *Fam Pract* 2005;22(5):548-53.
- Fernández V, Acuña F, Recuay P, Arce K, García N. Cistoadenoma seroso gigante, *Ginecol. Obstet. (Perú)* 2003;49(1):63-66.
- Goff BA, Mandel L, Muntz HG, Melancon CH. Ovarian carcinoma diagnosis. *Cancer* 2000;89(10):2068-75.
- Goff BA, Mandel L, Melancon CH, Muntz HG. Frequency of symptoms of ovarian cancer in women presenting to primary care clinics. *JAMA* 2004;291(22):2705-12.
- González MJ, González BJ. *Ginecología oncológica*. 2ª ed. Barcelona: Masson, 2000:383-6.
- González-Merlo J. Tumores del ovario. En: González Merlo, editor. *Oncología Ginecológica*. Barcelona: Salvat Editores, 1995;pp: 206.
- Hill LM, Connors-Beatty DJ, Nowak A, Tush B. The role of ultrasonography in the detection and management of adnexal masses during the second and third trimesters of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1998;179(3 Pt 1):703-7.
- De Brux J. Ovarios. *Histopatología ginecológica*. La Habana: Editorial Científico Técnica. 1983;pp:301-407.
- McGowan L, Leshner LP, Norris HJ, Barnett M. Misstaging of ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1985;65(4):150-1.
- Ottesen M, Rose M. Giant ovarian cyst masked by obesity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73(4):349-51.
- Portales PR, Pérez AA, Grillo BE, Toledo FS, Rivera VA. Teratocarcinoma gigante del ovario; reporte de un caso y revisión de la literatura. <<http://conganat.uninet.edu/autores/trabajos/T052/>>
- Piver MS, Baker TR, Piedmonte M, Sandeck AM. Epidemiology and etiology of ovarian cancer. *Semin Oncol*, 1991;18(3):177-85.
- Soper JT, Johnson P, Johnson V, Berchuck A, Calrke-Pearson DL. Comprehensive restaging laparotomy in women with apparent early ovarian carcinoma. *Obstet Gynecol* 1992;80(6):949-53.
- Dotters DJ, Katz VL, Currie J. Massive ovarian cyst: a comprehensive surgical approach. *Obstet Gynecol Surv* 1998;43(4):191-6.