



Hemoperitoneo espontáneo y carcinoma ovárico de células claras

RESUMEN

El hemoperitoneo espontáneo es un motivo infrecuente de abdomen agudo, que suele obedecer a causas hepáticas, esplénicas, vasculares y hematológicas. En mujeres en edad fértil debe considerarse el origen ginecológico, que en la postmenopausia es excepcional.

Caso clínico: paciente postmenopáusica con hemoperitoneo de origen espontáneo como primera manifestación de un tumor en el ovario, de estirpe anatomiopatológica poco frecuente: carcinoma de células claras. El hemoperitoneo es un diagnóstico que se sospecha ante un cuadro clínico de choque hipovolémico y abdomen agudo, con descenso de las cifras de hemoglobina. Hasta el tratamiento de la causa desencadenante, que en este caso fue quirúrgico, es importante la sospecha clínica del cuadro y el adecuado soporte hemodinámico de la paciente. Pese a la resolución quirúrgica del proceso agudo, en este caso cobra especial importancia el seguimiento de la paciente, por su proceso oncológico.

Palabras clave: hemoperitoneo, carcinoma de células claras, cáncer de ovario.

María Antonia López-Rubio
María Teresa Gómez-García
María Ángeles Rubio-Moreno
Gaspar González-De Merlo

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario de Albacete, Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina de Albacete, Universidad de Castilla La Mancha, España.

Spontaneous hemoperitoneum and clear cell tumor of ovary

ABSTRACT

Hemoperitoneum is a rare cause of acute abdomen, which is usually due to liver, spleen, hematologic and vascular causes. We should consider gynecological origin in women in reproductive age, being a rare etiology in postmenopausal.

Clinical case: We report the case of a spontaneous hemoperitoneum in a postmenopausal woman as the first manifestation of an ovarian tumor, with exceptional pathological lineage: clear cell carcinoma. Hemoperitoneum is a suspected diagnosis before clinical symptoms of hypovolemic shock and acute abdomen, with decrease in hemoglobin. To treating underlying cause, which in this case was surgical, it's important the clinical suspect and the appropriate hemodynamic support of the patient. Despite the resolution of the acute, it is particularly important the subsequent clinical monitoring of the patient by the peculiarities of this type of tumors.

Key words: hemoperitoneum, clear cell tumor, ovarian cancer.

Recibido: junio 2015

Aceptado: julio 2015

Correspondencia

Dra. María Antonia López Rubio
doclopezrubiog@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

López-Rubio MA, Gómez-García MT, Rubio-Moreno MA, González-De Merlo G. Hemoperitoneo espontáneo y carcinoma ovárico de células claras. Ginecol Obstet Mex 2015;83:551-555.

ANTECEDENTES

El hemoperitoneo masivo es una causa infrecuente de asistencia urgente, lo más habitual son las pequeñas colecciones de sangre. En población general, el diagnóstico clínico de aproximación inicial ante un cuadro de abdomen agudo sugerente de hemoperitoneo suele ser un origen no ginecológico. De hecho, a grandes rasgos, las causas de hemoperitoneo pueden dividirse en: hepáticas, esplénicas, vasculares y relacionadas con coagulopatías.¹ Sin embargo, en mujeres en edad fértil el hemoperitoneo debe orientar hacia una causa ginecológica (rotura de embarazos ectópicos,² vasos uterinos,^{3,4} lesiones endometriósicas,⁵ cuerpo lúteo,⁶ gestaciones molares,⁷ etc.) que es poco habitual en mujeres postmenopáusicas.⁸ A pesar de ello, no hay que descartar totalmente ese origen en ese grupo de edad porque puede estar asociado con un proceso oncológico.

Se comunica el caso de una paciente de 66 años de edad, con hemoperitoneo masivo por la rotura de un tumor ovárico de células claras que, aunque pertenece a la estirpe más frecuente de tumores malignos de ovario, la epitelial constituye una variedad rara entre ellos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 66 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, síndrome de ovario poliquístico, mastectomía izquierda por adenocarcinoma 17 años antes, síndrome parkinsoniano y poliartrosis. Recibía tratamiento con metformina, omeprazol, enalapril y carbidopa-levodopa. Después de la visita inicial al servicio de Urgencias por dolor abdominal y vómitos se le diagnosticó: gastroenteritis aguda que se comprobó con exploración física. Los exámenes generales de orina y sangre se reportaron sin alteraciones. La radiografía de abdomen fue normal y la ecografía abdominal

mostró asas de intestino delgado dilatadas y mínima cantidad de líquido libre en la pelvis. Transcurridas 24 horas retornó a la consulta por persistencia de los síntomas a los que se agregaron dolor y distensión abdominal. En la exploración destacó la hipotensión arterial y el abdomen distendido, con defensa y signos de irritación peritoneal.

En los resultados de los análisis generales se comprobó el descenso de las cifras de hemoglobina con respecto al día anterior (de 14.2 a 10 mg/dL). Ante ese hallazgo se le realizó una TAC tóraco-abdomino-pélvica urgente que mostró una masa en la pelvis, parauterina derecha, de 12 x 15 x 6 cm, de probable origen anexial ipsilateral y líquido libre en la pelvis, goteras paracólicas, espacio perihepático y periesplénico (Figuras 1 y 2). Por lo anterior se envió a valoración ginecológica en donde en la exploración advirtieron que el abdomen estaba distendido, muy doloroso a la palpación y con claros signos de irritación peritoneal. Los genitales externos, la vagina y el cérvix se encontraron normales. En la ecografía ginecológica se visualizó un tumor anexial derecho de 110 x 149 x 60 mm, irregular, sólido-quístico, con tabiques gruesos y papilas, gran aumento de la vascularización y abundante cantidad de líquido libre pélvico y en goteras pariétocólicas. En la laparotomía exploradora se encontró hemoperitoneo de aproximadamente 2 litros y anejo derecho tumoral, aumentado de tamaño, de 12-14 cm, roto y con sangrado activo. Era un tumor duro e irregular que envolvía al ovario y a la trompa, con componentes sólidos y quísticos, muy vascularizado, roto en su superficie que ocasionó hemorragia importante. La trompa y el anejo contralateral no estaban afectados por la enfermedad, ni tampoco el resto de la cavidad pélvica y peritoneal (epiplón, hígado, diafragma, peritoneo parietal y visceral). La biopsia intraoperatoria reportó que se trataba de un adenocarcinoma por lo que se decidió la histerectomía, anexectomía



Figura 1. Masa en la pelvis, parauterina derecha, de probable origen anexial ipsilateral.



Figura 2. Líquido libre en la pelvis, goteras paracólicas, espacio perihepático y periesplénico.

doble, omentectomía, linfadenectomía pélvica bilateral y apendicectomía. El postoperatorio inmediato cursó con anemia, que requirió dos concentrados de hematíes. El estudio anatomo-patológico definitivo fue: carcinoma de células claras sobre quiste endometriósico ovárico unilateral, sin afectación del epiplón ni de los ganglios linfáticos (estadio IC2). La paciente requirió quimioterapia posterior coadyuvante con 4 ciclos de carbo-taxol; transcurridos doce meses permanecía libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

El hemoperitoneo espontáneo, además de ser excepcional y de difícil sospecha clínica, es de origen poco habitual porque las causas ginecológicas en pacientes postmenopáusicas constituyen una rareza.⁸ En la bibliografía revisada no se encontraron casos de hemoperitoneo relacionados con tumores de células claras de ovario.

La causa más frecuente de hemoperitoneo es traumática. Entre las causas no ginecológicas están las hepáticas, esplénicas, vasculares y las coagulopatías.¹ Esta afección se ha relacionado con rotura espontánea del bazo, leiomioma de colon, roturas hepáticas secundarias a procesos infecciosos, metástasis, angiomas, angiomiolipomas, etc. Ante el hallazgo de hemoperitoneo en una mujer en edad fértil debe considerarse el origen ginecológico, que es la causa más frecuente de rotura de un quiste ovárico.

En el contexto del embarazo se ha descrito el hemoperitoneo secundario a la rotura de gestaciones ectópicas, situación en la que algunos estudios han demostrado las ventajas del abordaje laparoscópico *versus* la laparotomía.² También se ha relacionado en la gestación con la rotura de vasos uterinos. Se trata de un padecimiento excepcional (1 caso por cada 10,000 embarazos) que suele ocurrir en el tercer

trimestre, cerca del ligamento ancho, y que se manifiesta con aumento de la presión venosa, aunque también puede tener origen arterial. Implica mortalidad materna de alrededor de 4% y perinatal de 31%. Al igual que otras causas se inicia con dolor abdominal, choque hipovolémico y descenso de las concentraciones de hemoglobina, que hacen necesaria la cirugía.^{3,4} Otra anomalía concomitante con el embarazo que puede iniciarse con la clínica referida son las gestaciones molares.⁵ Puede haber hemoperitoneo en el contexto de la rotura de un cuerpo lúteo y su probabilidad de aparición se incrementa cuando la rotura coexiste con una gestación. Puede confundirse con apendicitis porque con frecuencia ocurre en el ovario de recho. Requiere intervención quirúrgica si el hematocrito cae por debajo de 12%.⁶

Las lesiones endometrióticas también se han relacionado con aumento de la probabilidad de aparición de hemoperitoneo.⁷

El caso aquí reportado es el hallazgo de hemoperitoneo causado por un tumor subyacente roto.^{8,10-20} A veces, el proceso oncológico subyacente no es conocido y constituye la forma de inicio de la enfermedad; incluso, puede ocurrir sangrado iatrogénico secundario a la realización de una prueba complementaria que desenmascara ese proceso.¹⁰

El cáncer de ovario es un tumor que suele cursar con una clínica poco específica e insidiosa y lo común no es el inicio como cuadro de abdomen agudo asociado con hemoperitoneo no traumático.¹⁰

Entre los distintos tumores ginecológicos descritos que pueden iniciar con hemoperitoneo están los de origen ovárico, como los carcinomas,¹¹ tumores de la granulosa,¹² adenocarcinomas,¹³ angiosarcomas,¹⁴ teratomas¹⁵ y tumores de células claras.¹⁶ En conjunto, los tumores germinales

y los estromales son los que con más frecuencia se asocian con hemoperitoneo, sin que en la bibliografía revisada se haya encontrado la asociación con tumor ovárico de células claras. La mayoría de los casos descritos relacionados con tumores ováricos se han dado en pacientes menopáusicas o perimenopáusicas,^{8,10-14} aunque también se ha encontrado algún caso en la infancia asociado con teratomas.¹⁵ También se ha relacionado el hemoperitoneo con otros orígenes ginecológicos, como los carcinosarcomas de trompa¹⁷ o leiomiosarcomas.¹⁸

El diagnóstico de aproximación de un hemoperitoneo lo aporta la exploración física, no siempre típica, y debe sospecharse ante un cuadro de choque hipovolémico, dolor abdominal intenso y distensión abdominal. En cuanto a las pruebas complementarias a realizar, son de utilidad los análisis generales, con hemograma que demuestre el descenso de las cifras de hemoglobina. Diversos estudios (paracentesis abdominal, ecografía, etc.) pueden ser de utilidad, pero si se dispone de TAC siempre debe ser la primera prueba diagnóstica a solicitar.¹⁹

Aunque los tumores de células epiteliales de ovario representan, en conjunto, la mayor parte de los tumores malignos de ovario (85-90%), el caso aquí reportado es poco frecuente, puesto que el carcinoma de células claras supone sólo 10% de todos los cánceres de ovario.⁹ Se trata de un tumor particular porque existe controversia en su clasificación, su pronóstico es pobre y sus características clínicas particulares, con frecuente asociación con endometriosis. Su aspecto histológico es idéntico al de los adenocarcinomas de células claras de cérvix y endometrio. Se trata de carcinomas de alto grado de malignidad citológica, con temprano diagnóstico en un alto número de casos (estadio I en el 60-70%) por su frecuente presentación como masas pélvicas de gran tamaño, frente al diagnóstico en estadios avanzados de los tumores serosos. Sin embargo,



las recurrencias son más frecuentes porque a pesar de tratarse de estadios tempranos, son resistentes al tratamiento quimioterápico y tienen peor pronóstico que los serosos en caso de igual edad, estadio, tratamiento y cantidad de citorreducción, carecen de un régimen óptimo de tratamiento quimioterápico.²⁰

CONCLUSIÓN

El hemoperitoneo debe sospecharse ante un cuadro de choque hipovolémico, abdomen agudo y descenso de cifras de hemoglobina. En pacientes menopáusicas, luego de descartar otras causas más frecuentes, hay que tener en cuenta las ginecológicas. La tomografía axial computada es una herramienta diagnóstica de primera elección para determinar el origen del sangrado. En el caso aquí comunicado la enfermedad se inició en un estadio relativamente temprano de la enfermedad (IC2), sin que en la bibliografía revisada se hubiera encontrado algún caso de asociación de hemoperitoneo con tumor de células claras de ovario. Las peculiaridades de los tumores de ovario de células claras (alto grado de malignidad citológica, resistencia a quimioterapia y tendencia a la recurrencia) hacen que sea de suma importancia el seguimiento en controles posteriores.

REFERENCIAS

1. Lucey BC, Vaghese JC, Soto JA. Spontaneous hemoperitoneum: causes and significance. *Curr Prob Diagn Radiol* 2005;34:182-95.
2. Rizzuto MI, Oliver R, Odejinmi F. Laparoscopic management of ectopic pregnancy in the presence of a significant haemoperitoneum. *Arch Gynecol Obstet* 2008;277:433-6.
3. Andrés-Orós MP, Server-de Castro L, Roy-Ramos V, Vela-Lete A. Spontaneous uterine venous rupture during pregnancy. Description of two cases and bibliographical review. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78:128-31.
4. González-Rosales R, Cerón-Saldaña MA, Ayala-Leal I, Cerdá-López JA. Rotura espontánea de vasos uterinos durante el embarazo: reporte de caso y revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76:221-3.
5. Mackenzie F, Mathers A, Kennedy J. Invasive hydatidiform mole presenting as an acute primary haemoperitoneum. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:953-4.
6. Hallatt JG, Steele CH, Snyder M. Ruptured corpus luteum with hemoperitoneum: a study of 173 surgical cases. *Am J Obstet Gynecol* 1984;149:5-9.
7. Brosens IA, Fusi L, Brosens JJ. Endometriosis is a risk factor for spontaneous hemoperitoneum during pregnancy. *Fertil Steril* 2009;92:1243-5.
8. Merchán-Rodríguez R, Moralejo-Alonso ML, Martín-Sánchez MJ, Fuertes-Martín A. Hypovolemic shock as a presentation of an ovarian tumor. *An Med Interna* 2005;22:304-5.
9. Prat J. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int J Gynaecol Obstet* 2014;124:1-5.
10. Fusaroli P, Maltoni S, Eusebi V, Liguori L, Giovannini E, Caletti G. Ovarian tumor rupture causing massive hemoperitoneum: an unusual complication of colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2008;7:1177-8.
11. Geisler JP, Denman BJ, Cudahy TJ, Lee TH, Geisler HE. Ovarian carcinoma presenting as intra-abdominal hemorrhage. *Gynecol Oncol* 1994;53:380-1.
12. Bastu E, Akhan SE, Karamustafaoglu B, Gungor-Ugurlucan F, Sozen H, Ilyibozkurt AC. Hemoperitoneum and acute abdomen caused by the rupture of ovarian granulosa cell tumor: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol* 2013;34:263-64.
13. Casal-Rodríguez AX, Sánchez-Trigo S, Ferreira-González L, Brage-Gómez S. Hemoperitoneum due to spontaneous rupture of ovarian adenocarcinoma. *Emerg Radiol* 2011;18:267-69.
14. Bradford L, Swartz K, Rose S. Primary angiosarcoma of the ovary complicated by hemoperitoneum: a case report and review of the literature. *Arch Gynecol Obstet* 2010;281:145-150.
15. Candela G, Di Libero L, Varriale S, Manetta F, Napolitano S, Scetta G, Esposito D, Sciascia V, Santini L. Hemoperitoneum caused by the rupture of a giant ovarian teratoma in a 9-year-old female. Case report and literature review. *Ann Ital Chir* 2009;80:141-4.
16. Giblin J, Fanucchi M, McGuire W. Clear Cell Carcinoma of the ovary. *Am J Obstet Gynecol* 2001;24:99-100.
17. Gupta R, Jenison EL. A rare case of carcinosarcoma of the fallopian tube presenting with torsion, rupture and hemoperitoneum. *Gynecol Oncol Case Rep* 2011;2:4-5.
18. Farhi J, Dicker D, Ben-Rafael Z. Leiomyosarcoma presenting as spontaneous hemoperitoneum. *Int J Gynaecol Obstet* 1993;40:249-50.
19. Lucey BC, Vaghese JC, Anderson SW, Soto JA. Spontaneous hemoperitoneum: a bloody mess. *Emerg Radiol* 2007;14:65-75.
20. Itamochi H, Kigawa J, Sultana H, Iba T, Akeshima R, Kamazawa S, Kanamori Y, Terakawa N. Sensitivity to anticancer agents and resistance mechanism in clear cell carcinoma of the ovary. *Jpn J Cancer Res* 2002; 93:723-8.