

Tumor mucinoso gigante de ovario de bajo grado de malignidad

Giant Mucinous Ovarian Tumor of Low Malignant Potential

MSc. Dr. Osvaldo Barrios Viera, Lic. Judith Cabrera González

Hospital General Docente "Leopoldito Martínez". San José de las Lajas. Mayabeque.

RESUMEN

Los tumores de ovario de bajo grado de malignidad o "*borderline*", se originan del epitelio de este órgano y tienen un comportamiento biológico intermedio entre las lesiones malignas y benignas del ovario. El estudio se realizó con el objetivo de profundizar en el diagnóstico y la conducta terapéutica de esta infrecuente afección nosológica. Se presenta un caso clínico atendido en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Leopoldito Martínez", en San José de las Lajas, provincia Mayabeque. No se identificaron signos patológicos. Se identificó vulva y vagina sin alteraciones. El diagnóstico se estableció por el examen histopatológico y el tratamiento quirúrgico fue radical.

Palabras clave: tumor de ovario, tumor mucinoso de bajo grado de malignidad.

ABSTRACT

Ovarian tumors of low malignant potential or "*borderline*" originate from the epithelium of this body and they have an intermediate biological behavior between malignant and benign ovarian lesions. This study aims to deepen the diagnosis and therapeutic management of this uncommon nosological condition. A clinical case is presented here. This patient was treated at the Department of General Surgery, at Leopoldito Martinez General Teaching Hospital in San José de las Lajas, Mayabeque province. No pathological signs were identified. Vulva and vagina had no alterations. The diagnosis was established by histopathological examination and surgical treatment was radical.

Keywords: Ovarian tumor, mucinous tumors of low malignant potential.

INTRODUCCIÓN

Los tumores "borderline" fueron descritos por vez primera en 1929 por Taylor e incluidos en la clasificación de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) en 1971, fue el que introdujo el término de "semimalignos", que en la actualidad no se acepta. En 1970, Russel usó la terminología de "tumor proliferativo atípico". En 1973, la Organización Mundial de la Salud (OMS) los denominó por primera vez como tumores de bajo potencial maligno y fue en el año 2003 que la OMS les dio el nombre de tumores "borderline" o de bajo grado de malignidad, terminología utilizada actualmente para designar a estos tumores.¹

Los tumores de ovario de bajo grado de malignidad se originan del epitelio de este órgano y tienen un comportamiento biológico intermedio entre las lesiones malignas y benignas del ovario. Generalmente se diagnostica en estadios precoces, y representa el 15 % de los tumores que asientan en el ovario, con una sobrevida del 95 % a los diez años. El diagnóstico histopatológico se basa en las características de la lesión primaria por la presencia de proliferación epitelial, con formación de papilas, atipias nucleares, actividad mitótica de grado variable y por la ausencia de invasión estromal, hecho que caracteriza a los carcinomas.²

Los implantes peritoneales y probablemente la arquitectura micropapilar, son los factores de mayor valor pronósticos, solo representan un pronóstico adverso, en términos de recurrencia y sobrevida. El compromiso ganglionar linfático pélvico y lumboaórtico, presente en el 7 a 18 % de los casos, no cambia el pronóstico.³

El tratamiento de elección es el quirúrgico y este puede ser:¹

- Ultraconservador: quistectomía con márgenes quirúrgicos negativos. Existe mayor riesgo de recidiva (15 %).
- Conservador: ooforectomía unilateral, si desea conservar fertilidad.
- Radical: ooforectomía bilateral con histerectomía total, linfadenectomía y citorreducción en los casos con diseminación tumoral macroscópica.

El estudio se realizó con el objetivo de profundizar en el diagnóstico y la conducta terapéutica de esta infrecuente afección nosológica.

CASO CLÍNICO

Se informa el caso de una paciente de 45 años de edad, de raza negra, procedencia urbana, con antecedentes de salud anterior, que acude a consulta el día 17 de mayo de 2013, por presentar aumento de volumen en el abdomen, de curso progresivo, de un año de evolución, acompañado de disuria y constipación.

En el examen físico general y por sistema no se identificaron signos patológicos. Durante el examen físico del abdomen se constató aumento de volumen simétrico, que ocupaba todos los cuadrantes de la pared abdominal, de superficie lisa, no doloroso, móvil, de consistencia firme, no fijo a la pared abdominal anterior. Matidez de convexidad superior a la percusión de la tumoración abdominal, que ascendía hasta hemiabdomen superior. Ruidos hidroaéreos conservados. Al realizar el examen ginecológico se identificó vulva y vagina sin alteraciones, cuello uterino de múltipara, con ausencia de leucorrea y de sangramiento, no doloroso a la movilización del cuello, de tamaño normal. Útero en anteversión Tumoración dependiente de anejo derecho, móvil, no dolorosa. Anejo izquierdo no palpable.

Los estudios complementarios de hematología y química sanguínea se encontraron dentro de límites fisiológicos. El resultado de la citología orgánica del cérvix y la citología endometrial, fue negativo de células malignas.

Se realizaron estudios de Imagenología tales como, ultrasonido y tomografía axial computadorizada abdominal; los cuales informaron imagen compleja que ocupa toda la cavidad abdominal, dependiente de ovario derecho, multitabizada, con áreas ecogénicas en su interior en relación con zonas sólidas de aspecto tumoral, cápsula fina, con áreas quísticas y sólidas. Útero de aspecto multinodular. Escasa cantidad de líquido libre en cavidad abdominal.

Se intervino quirúrgicamente y se identificó: tumoración gigante de ovario derecho que ocupaba toda la cavidad abdominal, (fig. 1 y 2), 40 ml de líquido peritoneal, apéndice cecal incluido en la masa tumoral. Se realizó exéresis del tumor, citología del líquido peritoneal, salpingooforectomía bilateral, histerectomía total, omentectomía y toma de tejido para biopsia de ambos espacios parietocólicos y de las cúpulas diafragmáticas.



Fig. 1. Características macroscópicas del tumor (vista superior).

El estudio histopatológico informó: masa tumoral que mide 28 x 25 x 20. De aspecto quístico con contenido predominantemente gelatinoso. Se observan múltiples cavidades quísticas, unas con epitelio cúbico y otras con células globulosas e hiper cromasia y polimorfismo. Se concluye el estudio como: tumor de ovario derecho mucinoso "borderline".

La paciente evolucionó de forma satisfactoria y egresó al quinto día del postoperatorio. Continuó con tratamiento coadyuvante y el seguimiento postoperatorio tuvo una periodicidad mensual, durante un año, sin detectarse recidiva tumoral.



Fig. 2. Características macroscópicas del tumor (vista lateral).

DISCUSIÓN

Los cistoadenomas mucinosos *"borderline"* tienen características histopatológicas definidas de bajo potencial de malignidad. Son infrecuentes y suelen ser de gran tamaño. En las edades pediátricas son extremadamente raros, existen muy pocos casos reportados. El diagnóstico preoperatorio está basado en las técnicas de Imagenología. No existe consenso en cuanto al tratamiento ideal, pero preservar la fertilidad es su objetivo principal.⁴

El dolor abdominal localizado en hemiabdomen inferior y los vómitos, constituyen la sintomatología predominante en estas pacientes. Lo cual no se constató en el caso que se presenta. Se presentan generalmente en el ovario izquierdo, alrededor de los 40 años de edad y menos del 15 % son bilaterales.⁵

El diagnóstico de los tumores de ovario de bajo grado de malignidad es exclusivamente a través del estudio histopatológico. Los principales criterios para diferenciar un tumor mucinoso de bajo grado de malignidad de un adenocarcinoma mucinoso, son los siguientes:⁶

- Encontrar brotes sólidos en la periferia del tumor.
- Aún en ausencia de invasión claramente identificable, los tumores mucinosos con atipias, y que presentan una estratificación superior a 4 capas celulares, deben ser clasificados como carcinomas mucinosos, pues tienen un comportamiento más agresivo.
- La presencia de mucina extraglandular no es criterio de invasión pues en el pseudomixoma y en tumores benignos también se observa.

Lo planteado por Seidman y colaboradores se corresponde con el criterio diagnóstico utilizado en el caso clínico presentado.

El 15 % se asocia con pseudomixoma peritoneal y mucocèle apendicular. La apendicectomía durante el tratamiento quirúrgico está basada en el riesgo de un tumor primario sincrónico en ese órgano. Además, existe un 20 % de posibilidad que se trate de un cáncer invasor y no de un tumor de bajo grado de malignidad.⁷ En la paciente que se presenta no se identificó lesión tumoral en el apéndice vermiforme.

La etapificación es necesaria porque entre un 25 a 30 % de los casos aparentemente limitados al ovario, presentan diseminación extraovárica subclínica intraperitoneal y retroperitoneal.⁶ El estudio citológico del líquido peritoneal y del peritoneo extirpado, no evidenció células neoplásicas, en el presente caso clínico.

Los tumores "*borderline*" muestran un abundante crecimiento de aspecto glandular o papilar con atipias nucleares y estratificación. Son muy parecidos a los adenomas tubulares o adenomas vellosos del intestino. La supervivencia aproximada a los 10 años es superior al 95 %.^{8,9}

Se concluye que el cistoadenoma mucinoso *borderline*, se presenta con baja incidencia y en ocasiones suele confundirse con otros tipos de tumoraciones. El tratamiento de elección es el quirúrgico. El diagnóstico del presente caso clínico, se estableció por el examen histopatológico y el tratamiento quirúrgico fue radical.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cisterna CP, Orellana HR, Freire HA. Tumor ovárico de bajo potencial maligno (*borderline*): patrón seroso micropapilar. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007;72(4): 15-23.
2. Heinena FL, Pérez G. Cistoadenoma mucinoso fronterizo (*borderline*) del ovario, en una niña antes de la menarca. Arch Argent Pediatr. Buenos Aires ene./feb. 2012;110(1): 12-18.
3. Rivera ZR, Barrero PR, García MG, David Barrero V, Angélica Larraín H. Tumor *borderline* mucinoso ovárico gigante con microinvasión. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006;71(5): 336-40.
4. Höhne S, Milzsch M, Stiefel M, Kunze C, Hauptmann S, Finke R. Ovarian Borderline Tumors in Pre-Menarche Girls. Posted online on March 12, 2013.
5. Songl T, Choi CH, Lee YY, Kim TJ, Lee JW, Bae DS, Kim BG. Pediatric *borderline* ovarian tumors: a retrospective analysis. Journal of Pediatric Surgery. October 2010;45(10): 1955-60.
6. Seidman JD, Soslow RA, Vang R, *et al.* Borderline ovarian tumors: diverse contemporary viewpoints on terminology and diagnostic criteria with illustrative images. Hum Pathol. 2004;35(8): 918-33.
7. Bell DA, Longacre TA, Prat J, *et al.* Serous *borderline* (low malignant potential, atypical proliferative) ovarian tumors: workshop perspectives. Hum Pathol. 2004;35(8): 934-48.

8. Crum CP. Aparato genital femenino. En: Robbins. Patología estructural y funcional. 6^{ta} ed. México: Mc Graw-Hill; Interamericana. 2000. p. 1115.

9. González-Coto Bravo Y, García Someillán L, Berdeal García F, Maestri Pardo AF. Cistoadenoma seroso gigante de ovario. Revista de Ciencias Médicas La Habana. 2012; 18(2): 23-29.

Recibido: 15 junio de 2014.

Aprobado: 2 septiembre de 2014.

Oswaldo Barrios Viera: Edificio 40, apto 17, La Micro. San José de las Lajas. Mayabeque. Teléfono: (47) 86 3006. E-mail. barriosviera@infomed.sld.cu