

Neoplasia Abdominal Gigante como hallazgo en una paciente con Tromboembolia Pulmonar

Giant abdominal neoplasm as a finding in a patient with Pulmonary Thromboembolism

Marco Antonio Rodríguez-Sánchez^{1*}, Carlos Andrés Olguín-Guizado¹, Airam Acilegna López-Mercado¹, José Manuel Aguilar-Rubio¹, Luis David Beltrán-Ontiveros¹, Carlos Alberto Kawano-Soto²

1. Residente del servicio de Medicina Interna. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa. Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, Sinaloa, México.
2. Jefe de servicio de Medicina Interna del Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, Sinaloa, México. Jefe de enseñanza del Hospital Civil de Culiacán.

***Autor de correspondencia:** Marco Antonio Rodríguez Sánchez.
Paseo Venecia #440, Fraccionamiento Alameda, 80019, Culiacán, Sinaloa, México.
Correo electrónico: marcorguez16@gmail.com Teléfono: 6673246135

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.3122-4342.v16.n1.007>

Recibido 28 de julio 2025, aceptado 11 de octubre 2025

RESUMEN

Introducción: Los cistoadenomas ováricos son neoplasias epiteliales benignas frecuentes con excelente pronóstico. Aunque suelen descubrirse de manera incidental, algunos pueden alcanzar gran tamaño y ocasionar complicaciones compresivas. La asociación entre tumores ováricos gigantes y tromboembolismo pulmonar (TEP) es clínicamente relevante, debido al riesgo protrombótico derivado de la estasis venosa y la hipercoagulabilidad paraneoplásica. **Resumen del caso:** Paciente femenina de 61 años, con obesidad mórbida e hipertensión arterial, que acudió por dolor abdominal y disnea. La tomografía reveló una masa anexial de gran tamaño con compresión de asas intestinales y oclusión de la arteria pulmonar izquierda. Se realizó tratamiento quirúrgico, confirmando cistoadenoma seroso benigno. **Conclusiones:** Este caso ejemplifica la relación entre neoplasias ováricas voluminosas y eventos tromboembólicos. Resalta la necesidad de considerar causas neoplásicas subyacentes en pacientes con TEP de origen no aparente, dado que su detección temprana orienta el diagnóstico, el tratamiento y mejora el pronóstico.

Palabras clave: Cistoadenoma, Tromboembolia, Diagnóstico, Ovario, Dolor Abdominal

ABSTRACT

Introduction: Ovarian cystadenomas are common benign epithelial neoplasms with an excellent prognosis. Although often discovered incidentally, some may reach considerable size and cause compressive complications. The association between giant ovarian tumors and pulmonary embolism (PE) is clinically relevant due to the prothrombotic risk resulting from venous stasis and paraneoplastic hypercoagulability. **Case Summary:** A 61-year-old female with morbid obesity and hypertension presented with abdominal pain and dyspnea. Computed tomography revealed a large adnexal mass compressing intestinal loops and an occlusion of the left main pulmonary artery. Surgical treatment was performed, and histopathological analysis confirmed a benign serous cystadenoma. **Conclusions:** This case illustrates the relationship between large ovarian neoplasms and thromboembolic events. It highlights the importance of considering underlying neoplastic causes in patients with PE of unclear origin, as early recognition of an associated tumor can guide diagnosis, therapeutic decisions, and improve clinical outcomes.

Keywords: Cystadenoma, Thromboembolism, Diagnosis, Ovary, Abdominal Pain

Introducción

La aparición de neoplasias en la región ovárica, especialmente de tipo epitelial, representa aproximadamente el 60% de todas las tumoraciones ováricas, de las cuales un 40% son benignas. Los cistoadenomas ováricos son neoplasias

epiteliales benignas comunes con un pronóstico generalmente favorable. Estos tumores suelen ser bilaterales y, a menudo, su diagnóstico es incidental. Se presentan en forma de quistes uniloculares o multiloculares, que no siempre

son voluminosos, aunque en algunos casos pueden alcanzar tamaños de hasta 30 cm.¹

En cuanto a las complicaciones asociadas a los tumores ováricos, estas no están directamente relacionadas con el potencial maligno del tumor, pero pueden ser indicativas de la necesidad de tratamiento quirúrgico urgente. Entre las complicaciones más frecuentes se incluyen la trombosis venosa profunda (TVP) en las venas pélvicas y femorales, trombosis arterial y tromboembolia pulmonar (TEP). Factores de riesgo para el desarrollo de trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar en pacientes con tumores ováricos benignos incluyen el tamaño del tumor, edad de la paciente y obesidad.^{2,3}

La tromboembolia pulmonar es una complicación grave que puede llevar a un shock o a la muerte súbita. En pacientes con TVP no diagnosticada, la TEP puede ocurrir incluso en el primer intento de deambulación postoperatoria, debido a la diseminación del trombo a los pulmones.⁴ Los hallazgos clínicos comúnmente asociados con la oclusión arterial aguda incluyen dolor, ausencia de pulso, parestesia, palidez y parálisis. Estos síntomas pueden pasar desapercibidos en el posoperatorio de pacientes sometidas a cirugía pélvica radical, ya que el dolor puede estar localizado en las incisiones abdominales y no siempre se diferencia del dolor en las extremidades.^{3,4}

Descripción del Caso

Paciente femenina de 61 años, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y obesidad grado III (IMC 60 kg/m²), que acude al servicio de urgencias por palpitaciones y disnea. A la exploración física, se observa disociación toracoabdominal y el uso de músculos accesorios para la respiración. En el interrogatorio, la paciente refiere un dolor abdominal localizado en el epigastrio desde hace 15 días, de tipo sordo y moderado (según la escala análoga del dolor), irradiado a la pared abdominal. Además, presenta náuseas y vómito intermitente de contenido gastrobiliar, sin otros síntomas asociados.

Al ingreso, la paciente presenta taquicardia (FC: 120 lpm) y taquipnea, con una saturación de oxígeno periférica de 85%. Se realiza un electrocardiograma de 12 derivaciones, que muestra taquicardia sinusal. Debido a la hipoxia, se decide iniciar oxígeno suplementario con mascarilla reservorio.

Dado el patrón respiratorio alterado y el alto riesgo de tromboembolia pulmonar según las escalas de riesgo, se realiza una angiogramografía de venas pulmonares (**Figura 1**), que revela trombosis bilateral de las arterias pulmonares principales, con extensión a ramas segmentarias y neumonía basal derecha. Se solicitan troponinas ultrasensibles, las cuales resultan negativas. Además, el ecocardiograma transtorácico muestra disfunción ventricular derecha, por lo que se inicia tratamiento con enoxaparina

(0.7 mg/kg cada 12 horas, por vía subcutánea), clasificando a la paciente en riesgo intermedio bajo.

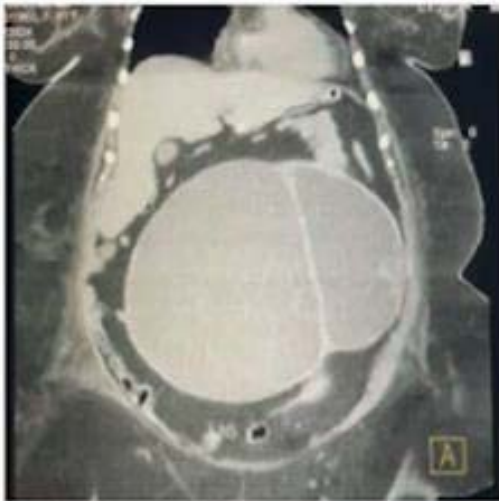
Angiotomografía pulmonar contrastada, vista axial



Figura 1. Trombosis de arteria pulmonar principal izquierda y derecha con extensión a ramas segmentarias (Indicado en flechas rojas)

Debido al dolor abdominal persistente, se realiza una tomografía abdominal con contraste (**Figura 2**), que revela una lesión quística con septos en su interior, localizada en el anexo izquierdo. Esta lesión provoca desplazamiento de las estructuras adyacentes y colapso de las asas del intestino delgado y grueso. Se plantea como diagnóstico diferencial un cistoadenoma seroso o mucinoso. Los marcadores tumorales muestran una elevación significativa de CA-125 (332). Se coloca una sonda nasogástrica para descompresión, evacuándose un importante volumen de contenido gastrobiliar, lo que mejora la sintomatología abdominal.

A. Tomografía abdominopélvica simple y contrastada, vista coronal



B. Tomografía abdominopélvica simple y contrastada, vista axial



Figura 2. A y B; Lesión de morfología oval, de bordes lobulados, con septos en su interior. Medidas de 27.4 x 16.7 x 22.7 cm con un volumen de 5,432 cc con aparente dependencia de anexo izquierdo, que condiciona desplazamiento de estructuras adyacentes

La paciente fue valorada por el servicio de Ginecología y Obstetricia, quienes realizaron una intervención quirúrgica de emergencia. Se llevó a cabo una laparotomía exploradora con histerectomía total abdominal más salpingooforectomía bilateral. Entre los hallazgos transoperatorios destacó un tumor de ovario izquierdo de aproximadamente $30 \times 30 \times 27$ cm, con contenido líquido de aspecto citrino (**Figura 3**). El anexo contralateral no mostró alteraciones y no se observaron implantes peritoneales. El sangrado transoperatorio estimado fue de 100 mL, sin incidentes quirúrgicos relevantes. La paciente permaneció hemodinámicamente estable en el postoperatorio inmediato. Se solicitó estudio transoperatorio al servicio de Anatomía Patológica, cuyo reporte informó un cistoadenoma seroso en ovario izquierdo, asociado a endometriosis extensa, adenomiosis y salpínges con congestión e inflamación crónica.

La paciente presentó una respuesta favorable al tratamiento anticoagulante, con mejoría progresiva de la oxigenación y destete paulatino de oxígeno suplementario, hasta alcanzar saturaciones mayores al 94% al aire ambiente. La estancia hospitalaria fue de 14 días, durante los cuales se realizó el traslape a anticoagulación oral directa con apixabán. Se egresó en condiciones clínicas basales, sin requerimiento de oxígeno suplementario, deambulando sin dis-

nea y con adecuado control del dolor abdominal, limitado únicamente a la herida quirúrgica. La tromboembolia pulmonar se resolvió con anticoagulación y la neoplasia ovárica mediante intervención quirúrgica, lográndose así el control de ambas patologías. Al alta, se indicó apixabán 10 mg cada 12 horas durante siete días, seguido de reducción de dosis según esquema, y seguimiento en consulta externa por los servicios de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Neumología.

Aspecto transquirúrgico de cistoadenoma ovárico



Figura 3. Tumor de ovario izquierdo de aproximadamente $30 \times 30 \times 27$ cm, con morfología ovalada, bordes lobulados y contenido líquido de aspecto citrino.

Discusión

La aparición de este tipo de tumores se observa principalmente en mujeres entre la segunda y cuarta década de la vida. Una característica notable es su capacidad de alcanzar grandes dimensiones; además, mientras mayor sea el tamaño tumoral, mayor es el riesgo de malignidad.⁵ En relación con las complicaciones sistémicas y el pronóstico, estas no siempre guardan relación directa con la estirpe histológica ni con

la presencia de malignidad. No obstante, al abordar a estos pacientes deben considerarse diversos factores, como la edad, la presencia de enfermedades crónico-degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial), el uso de terapia hormonal, el hipotiroidismo y, de manera relevante, el tamaño del tumor, que constituye un condicionante importante para la aparición de complicaciones sistémicas.⁶ Entre estas complicaciones se incluyen alteraciones gastrointestinales (náusea, vómito), ascitis, hemorragia y estados protrombóticos; dentro de estos últimos, la tromboembolia pulmonar representa una de las manifestaciones más frecuentes y graves, con desenlaces potencialmente fatales si no se identifica y trata oportunamente. El tromboembolismo pulmonar (TEP) constituye una de las complicaciones más relevantes en pacientes oncológicos, con una incidencia estimada de 4 a 7 veces mayor en comparación con la población no oncológica. En el caso de los tumores ováricos, particularmente aquellos de gran tamaño, el efecto de masa puede comprometer el retorno venoso al ejercer presión sobre los vasos pélvicos, lo que incrementa el riesgo de trombosis.⁷ Se ha documentado que los tumores ováricos gigantes pueden desencadenar trombosis pélvica con desenlace fatal en forma de TEP.⁸ Dichos autores reportaron el caso de una mujer de 74 años que presentó muerte súbita secundaria a un tromboembolismo pulmonar masivo, asociado a un tumor ovárico de

aproximadamente 15 kg que ocupaba las cavidades abdominal y pélvica. El mecanismo fisiopatológico se relacionó con el efecto compresivo del tumor sobre las venas pudendas y periuterinas, lo que favoreció la trombosis local. Este caso resalta la estrecha asociación entre tumores ováricos de gran volumen y la aparición de complicaciones tromboembólicas potencialmente fatales.⁸

El diagnóstico de tromboembolia pulmonar se fundamenta en tres pilares: la evaluación clínica, los estudios paraclínicos y las técnicas de imagen, que permiten determinar el grado de afectación pulmonar. Asimismo, debe destacarse el papel fundamental de los anticoagulantes orales en el tratamiento, ya que han demostrado un impacto significativo en la evolución y pronóstico de estos pacientes.⁹

Conclusión

El diagnóstico temprano de tumores abdominales gigantes y la identificación de complicaciones sistémicas, como la tromboembolia pulmonar, son cruciales para un manejo adecuado. Las pruebas de tamizaje y las estadificaciones predictivas de mortalidad y complicaciones pueden mejorar el abordaje y la atención de los pacientes, permitiendo una intervención rápida y oportuna en caso de emergencia médica, como la trombosis venosa profunda o la tromboembolia pulmonar.

Aspectos éticos

Los autores declaran que se siguieron los protocolos éticos establecidos por el Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud (CIDOCS) del Hospital Civil de Culiacán, de la Universidad Autónoma de Sinaloa, para la publicación de este trabajo.

Financiación

Este reporte de caso no ha requerido costos económicos extraordinarios para los pacientes, más allá del manejo clínico, ni para los autores. No se ha recibido financiación para este estudio.

Conflictos de interés

Todos los autores han contribuido significativamente a este trabajo y declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Limaïem F, Mlika M. Ovarian Cystadenoma [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536950/>
2. Sinha S, Simran S, Agarwal M, Sinha U, Kumar T. Massive ovarian mucinous cystadenoma complicating term birth. *Cureus* 2024;16(7):e64054.
3. Aguilar-Torres C, Enríquez-Sánchez L, Ceballos-Arguijo J, Santoscoy-Ibarra J, Molina-Avilés G, Pérez-Molinar K, et al. Cistoadenofibroma gigante de ovario: reporte de caso. *Ginecol obstet Méx* 2022; 90:599–605.
4. Shiota M, Kotani Y, Umemoto M, Tobiume T, Tsuritani M, Shimaoka M, et al. Risk factors for deep-vein thrombosis and pulmonary thromboembolism in benign ovarian tumor. *Tohoku J Exp Med* 2011;225(1):1–3.
5. González Machado JD, Fonseca Sosa FK. Cistoadenoma mucinoso gigante de ovario. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* [Internet]. 2024 Feb 22 [cited 2025 Feb 24];84(01):78–83. Available from: <https://ve.scielo.org/pdf/og/v84n1/0048-7732-og-84-01-78.pdf>
6. Khadayat P, Kayastha B, Koirala P. Mucinous cystadenoma of ovary with vague symptoms: A case report. *JNMA J Nepal Med Assoc* 2022;60(252):747–9.
7. Satoh T, Oki A, Uno K, Sakurai M, Ochi H, Okada S, et al. High incidence of silent venous thromboembolism before treatment in ovarian cancer. *Br J Cancer* 2007;97(8):1053–7.
8. Amadasi A, Andreola S, Bianchi M, Boracchi M, Gentile G, Maciocco F, et al. Pulmonary thromboembolism secondary to pelvic thrombosis related to giant ovarian tumor. *Autops Case Rep* 2019;9(1):e2018061.
9. Arias-Rodríguez FD, Armijos-Quintero DA, Beltrán-Vinueza PA, Córdova-Macías DV, Guadamud-Loor JX, Osejos-Moreira WD, et al. Diagnóstico y tratamiento de tromboembolia pulmonar. Revisión bibliográfica. *Rev Mex Angiol* 2022;50(3).