

Presentación de Caso Tumor gigante de ovario en adulta mayor de 80 años .

Autores: Oscar Díaz Pi*, Iván Gil Jiménez**, Adan Bode**, Claudia Dávila Puentes***, Thalita Paiva de Arruda***, Sergio Camara Fonseca***.

* Residente de 2do año de Cirugía General

** Especialista de 1er Grado de Cirugía General

***Estudiante de 4to año de Medicina. Alumno ayudante de cirugía.

Hospital General Universitario "Dr. Miguel Enríquez". Habana. Cuba

Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud".

Summary

The ovary tumors represent 30% of the genital tumors approximately; the most frequent are the epithelial and germinal. It is not introduced to a 86 year-old patient that goes to our center referring abdominal pain to colic type, expulsion of grounds neither gases he/she makes 2 days, urinary dysfunction and increase of volume of the abdomen of years of evolution. After verifying the great increase of volume of the abdomen and of feeling a tumor that occupies the hypochondrium until epigastric, they were carried out imageneology study that defined the presence of a tumor that occupies the whole abdomen with liquid in their interior. He/she decided to intervene surgically, since the symptoms compressive intraabdominal increased progressively. At once operative he/she was a giant tumor in the left ovary that measured less 60 cm. he/she was carried out the exéresis of the tumor cistadenoma.

Key Words: cystadenoma of the ovary

Resumen

Los tumores de ovario representan aproximadamente el 30% de los tumores genitales; los más frecuentes son los epiteliales y germinales. Se presenta a una paciente de 86 años de edad, que acude a nuestro centro refiriendo dolor abdominal a tipo cólico, no expulsión de heces ni gases hace dos días, trastornos miccionales y aumento de volumen del abdomen de años de evolución. Después de constatar el gran aumento de volumen del abdomen y de palpar un tumor que ocupa el hipocondrio hasta epigastrio, se le realizaron estudios imagenológicos que definieron la presencia de un tumor que ocupa todo el abdomen con líquido en su interior. Se decidió intervenir quirúrgicamente, ya que los síntomas compresivos intraabdominales aumentaban progresivamente. En el acto operatorio se encontró un tumor gigante en el ovario izquierdo, que midió más menos 60 cm. Se realizó la exéresis del tumor. El estudio anatomopatológico ulterior reportó un cistoadenoma de ovario.

Palabras claves: Quiste de ovario, Cistoadenoma de ovario.

Introducción

Los tumores del ovario no son tan frecuentes como los del útero y los de la mama, pero constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer (1).

En el ovario pueden presentarse una gran cantidad de tumores histológicamente diferentes. Hasta el momento se han identificado más de 100 tipos de tumores. Por ser las masas ováricas con frecuencia asintomáticas, puede haber diseminación significativa de los tumores de ovario antes de elaborar el diagnóstico (2).

Las masas tumorales en hemiabdomen inferior son causas frecuentes de consulta ginecológica. Dentro de estas, los quistes de ovario son las más frecuentes diagnosticadas. Hay muchas clases de tumores del ovario, tanto benignos como malignos. Alrededor de 80% son benignos y la mayoría de ellos aparecen en mujeres jóvenes, de edades comprendidas entre los 20 y los 48 años (3).

Los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido, pues si bien muchos de ellos son claramente benignos, otros en su evolución pueden malignizarse. Alrededor del 75-85% de los tumores de ovario son en principio benignos (4).

El cistoadenoma seroso de ovario es el tumor más frecuente de aquellos que provienen del epitelio celómico superficial. Hay tumores pequeños macroscópicamente y tumores masivos que ocupan toda la pelvis e incluso la cavidad abdominal. Este tipo de tumor está tapizado por una cubierta azulada relativamente fina con un contenido de un líquido seroso claro.

Por lo general, cuando es detectado, su tamaño es grande, en donde los estudios imageneológicos puede ayudarnos a plantear el diagnóstico (5).

Presentación del caso:

Motivo de Consulta: "Dolor en el abdomen"

Paciente: R.S.C

Ingreso: 31/05/11

Edad: 86 años

HC: 251492

Egreso: 7/06/11

Historia de la Enfermedad Actual:

Paciente con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica que acude a nuestro centro refiriendo dolor abdominal a tipo cólico, no expulsión de heces ni gases hace 2 días y aumento de volumen del abdomen de años de evolución, además se aquejaba de trastornos miccionales a tipo incontinencia de esfuerzo.

Examen Físico: Hallazgos positivos.

Abdomen: distendido simétricamente desde el hipocondrio hasta epigastrio, no sigue los movimientos respiratorios ni los golpes de tos, no se observan cicatrices. Ruidos hidroaéreos no audibles. Doloroso a la palpación superficial y profunda, se encuentra masa tumoral que abarca desde hipocondrio hasta epigastrio. Matidez a la percusión globalmente (Figura 1).



Evaluación Geriátrica:

-Evaluación Funcional: Máximo de Puntos: 2. No apta para la realización de sus actividades instrumentadas de la vida diaria, afectada la micción en sus actividades básicas de la vida diaria.

-Evaluación Psicológica: 3. No signos de deterioro cognitivo, ni de depresión.

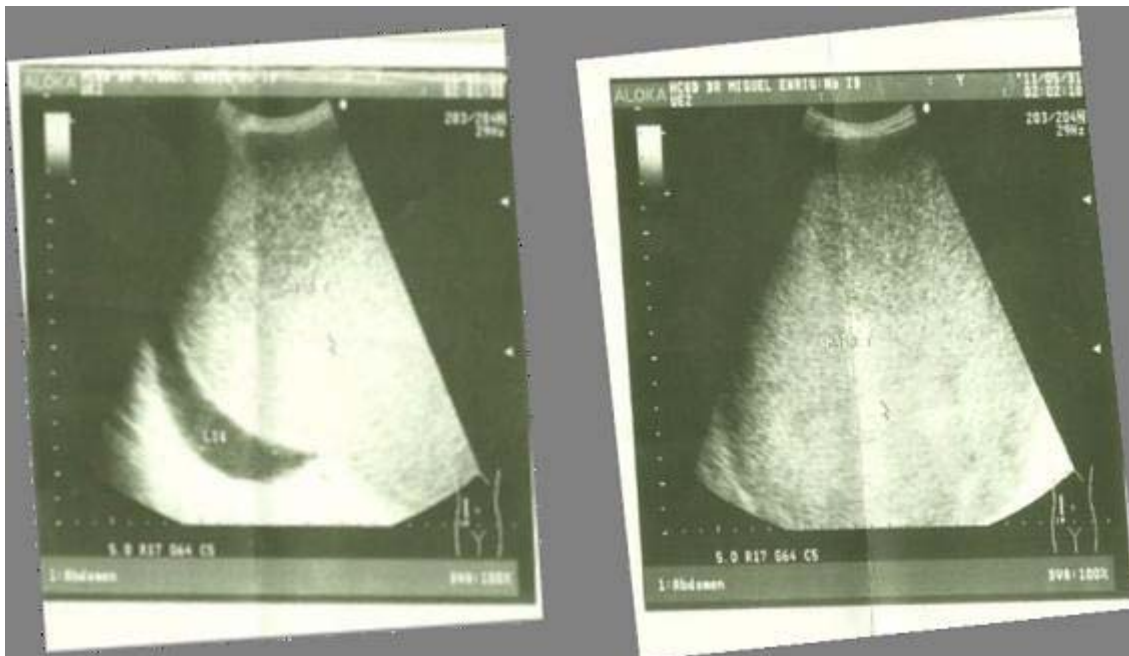
-Evaluación Social. Cuenta con redes de apoyo familiar/social

-Evaluación Biomédica: 2: de 3/ Por lo anteriormente ya expresado: Dolor abdominal para estudio.

Complementarios realizados y resultados:

- Hto: 0,34 %

- Ultrasonido Abdominal: presencia de líquido libre en cavidad abdominal, masa que ocupa todo el abdomen, con contenido líquido altamente celular. Compresión con dilatación de ambos riñones, siendo más marcado en el derecho. Compresión y elevación de los hemidiafragmas (Figura 2).



Impresión Diagnóstica: Quiste de ovario complicado

Intervención quirúrgica: Laparotomía exploradora (Figura 3 y 4) , se encuentra gran masa tumoral de bordes lisos, vascularizada en su superficie, con líquido en su interior, que proviene del ovario izquierdo de más menos 60 cm (Figura 5) y ovario derecho quístico de más menos 7 cm . Se le realiza ooforectomía , (Figura 6) bilateral y se explora toda la cavidad sin encontrar otra alteración. La pieza es enviada a anatomía patológica (Figura 7 y 8). Se traslada a terapia quirúrgica (UCIQ).

Figura 3:



Figura 4:



En esta figuras: (3 y 4), se observa la realización de una incisión sifo-pubiana y la presencia del quiste.

Figura 5:



Figura 6:



En la figura 5 y 6: Se observa la masa tumoral y la realización de la ooforectomía

Figura 7:



Figura 8:



En la figura 7 y 8: Se observa la masa tumoral ya extirpada. Estancia en al UCIQ: Paciente que evoluciona favorablemente y es trasladada a la sala.

Estancia en sala:

Paciente con buen estado general y evolución satisfactoria, se decide alta hospitalaria.

Resultados de Anatomía Patológica: Cistoadenoma seroso.

Consulta externa: Paciente que evoluciona satisfactoriamente, se le indica acudir a consulta cada mes. La paciente retornó a su vida doméstica normal y con mejor calidad de vida (Figura 9).



Figura 9 Abdomen de la paciente 8 meses después.

Discusión:

Independientemente de envejecer en sus funciones, el ovario no pierde la capacidad de formar tumores de múltiples variedades histológicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que los tumores de ovario representan aproximadamente 30% de los tumores genitales. Los más frecuentes son los tumores del epitelio común del estroma (65%), los de células germinales (25-20%) y los tumores de los cordones sexuales del estroma (6%) (6, 7, 8, 9,10).

Entre los tumores epiteliales, los cistoadenomas serosos representan 70-50%, de estos 20% son bilaterales (11,12). Los cistoadenomas mucinosos tienen una frecuencia de 25%; sólo 3% son bilaterales y son más frecuentes en mujeres menores de 40 años (13, 14, 15, 16,17).

Los quistes gigantes tienen una frecuencia menor a 1% y, casi siempre, se trata de cistoadenomas y generalmente reportados como hechos a destacar podemos citar como ejemplo que Cano y colaboradores reportaron un quiste de 52 x 40 cm (18) y Bernal reportó otro de 70 x 60 x 50 cm (19).

Estos tumores suelen ser asintomáticos y la clínica estará determinada por el crecimiento desmesurado que conlleva a una masa abdominal palpable, dolor abdominal o síntomas derivados de la obstrucción del recto, como era el caso de nuestra paciente, coincidiendo con la literatura consultada (18, 19,20).

El diagnóstico es relativamente fácil cuando alcanzan este tamaño y nos podemos auxiliar del ultrasonido con un gran porcentaje de efectividad, el cual fue utilizado en la paciente y la literatura consultada coincide con este criterio (21,22).

Referencias bibliográficas:

- 1.A. Mayun, C. M. Chama, M. I. A. Khalil. Giant cell tumour of the ovary in a 70-year-old nulliparous woman: a case report and review of literature. Arch Gynecol Obstet Springer-Verlag 2011.
2. Luna Gozá M, Soberon Varela I, de la Concepción de la Peña A. Fibrosarcoma gigante de ovario: a propósito de un caso. Rev Cubana Cir vol.47 no.2 Ciudad de la Habana Apr.-June 2008.
3. G. Mann et al. (eds.), Imaging of Gynecological Disorders in Infants and Children, Medical Radiology. Diagnostic Imaging, DOI: 10.1007/174_2011_435, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012.
4. Rosales Aujang E. Quiste gigante de ovario y embarazo. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2011;79(4):235-238.
5. Aragón Palmero F J, Galbán González J A, Carvajal Ortiz J A. Cistoadenoma seroso gigante de ovario. Reporte de un caso. MEDICIEGO 2010; 16(Supl. 1)
6. Lee KR, et al. Tumours of the ovary and peritoneum. In: Tavassoli FA, Devilee P. World Health Organization Classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs. Lyon 2003;113-202.
7. Chen M, Wang WC, Zhou C, Zhou NN, Cai K, Yang ZH, et al. Differentiation between malignant and benign ovarian tumors by magnetic resonance imaging. Chin Med Sci J. 2006; 21(4):270-5.
8. Hutton RL, Dalton SR. Primary peritoneal serous border line tumors. Arch Pathol Lab Med. 2007; 131(1):138-44.
9. Raiga J, Djafer R, Benoit B, Treisser A. Management of ovarian cysts. J Chir. 2006; 143(5):278-84.
10. Kassab A, El-Bialy G, Clark J, Callen P, Powari M, Jones H. Unusual presentation of 22-kilogram retroperitoneal müllerian serous cystadenoma. Gynecol Oncol. 2007; 104(1):257-9.

11.Grases PJ. Ovario: trastornos benignos. En: Patología Ginecológica. Bases para el diagnóstico morfológico. Barcelona: Masson, 2003;132-135.