

Medicent Electrón. 2015 ene.-mar.;19(1)

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOBSTÉTICO
«MARIANA GRAJALES»
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

Quiste gigante de ovario: una complicación infrecuente

Giant ovarian cyst: an infrequent complication

MSc. Dra. Ada González Rivera¹, MSc. Dr. Sandi Jiménez Puñales², MSc. Dra. Marilín Caridad Luna Alonso³

1. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia y en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructora. Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructor. Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: sandijp@hmmg.vcl.sld.cu
3. Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Auxiliar. Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

DeCS: quistes ováricos/complicaciones, neoplasias ováricas.

DeCS: ovarian cysts/complications, ovarian neoplasms.

El ovario es un órgano de caracteres polimorfos que se encuentran interrelacionados. La interacción entre factores genéticos, embriológicos, ontogenéticos, estructurales y funcionales que puede generar proliferación neoplásica, benigna o maligna.¹

La presencia de una masa tumoral en el hemiabdomen inferior constituye un motivo frecuente de consulta en ginecología, y la posibilidad diagnóstica de un tumor de ovario es de alrededor del 50 %.²

Hasta un 80 % son benignos, y la mayoría aparece en mujeres jóvenes entre los 20 y los 48 años, pero siempre existe la posibilidad de otros diagnósticos que no ofrecen tan buen pronóstico.^{3,4}

Entre los tumores ováricos provenientes del epitelio celómico, uno de los más frecuentes es el cistadenoma ceroso; este tumor puede alcanzar grandes dimensiones, y suele estar tapizado por una cubierta azulada fina con contenido seroso claro.¹

Los tumores de ovario menores de 5 cm permanecen generalmente asintomáticos; a medida que crecen, aparecen diversos síntomas, como dolor pélvico, tumor palpable y complicaciones, que incluyen la hemorragia intraquística o peritoneal, rotura de la capsula, infección, necrosis, siembras peritoneales y torsión de aquellos de pedículo largo.⁵

Presentación de la paciente

Como parte del trabajo de la Brigada Médica Cubana en Haití, se recibió en consulta a una paciente de 31 años de edad, color de piel negra y ama de casa, con aumento de volumen del abdomen, quien refería que algo le salía por sus genitales, lo cual le preocupaba pues consideraba que estaba embarazada.

La paciente tenía antecedentes de dos embarazos y dos abortos; no recordaba la fecha de la última menstruación, pero refería que habitualmente eran regulares, con una fórmula de 4/28; la menarquía se produjo muy joven, sin precisar la fecha; la primera relación sexual la tuvo a los 12 años y no usaba métodos anticonceptivos.

El examen físico reveló, a la inspección, un abdomen globuloso (Figura 1) y palidez cutáneo-mucosa. El peso de la paciente era de 46 Kg y la talla 164 cm. A la palpación, se encontró un abdomen globuloso, renitente, no doloroso, no se consiguió palpar partes fetales ni se auscultaba frecuencia cardíaca fetal. Al realizar el examen ginecológico, se observó una tumoración de aproximadamente 7 cm que protruía por la vagina, relacionada con prolapso uterino de tercer grado, y región cervical erosionada (Figura 2).



Figura 1. Crecimiento exagerado abdominal en la paciente.



Figura 2. Tumoración que protruye por vagina, de aproximadamente 7 cm, en relación con prolapso uterino de tercer grado y región cervical erosionada.

Con este examen físico, se pensó en la posibilidad de una tumoración abdominal que provocaba prolapso genital por pérdida de espacio de los genitales internos en la cavidad abdominal; se procedió a la realización de complementarios, cuyos resultados fueron:

Hemoglobina: 77 g/L; velocidad de sedimentación globular: 15 mm/h; coagulograma: tiempo de sangrado: 1 minuto; tiempo de coagulación: 8 minutos; plaquetas: $215 \times 10^9/L$; glucemia: 5,2 mmol/L.

Se realizó ultrasonido ginecológico, en el que se informó: imagen ecolúcida de 208 x 107 mm, tabicada, de aspecto quístico; no se observan genitales internos.

Se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente: se realizó una laparotomía exploratoria, en la que se observó un quiste de ovario derecho gigante y uno izquierdo más pequeño con contenido líquido, con cápsula fina de color blanco azulado que llenaba la cavidad abdominal y provocaba prolapso uterino; se procedió a practicar la anexectomía total bilateral, previa evacuación del contenido del quiste, ya que fue imposible extraerlo por la incisión realizada, aún cuando fue ampliada sobre el ombligo. Se comprobó la hemostasis y se cerró la cavidad.

A continuación, se realizó la histerectomía vaginal, sin complicaciones. La paciente evolucionó satisfactoriamente en el postoperatorio, se mantuvo con cifras bajas de hemoglobina, a pesar de haber sangrado poco durante el transoperatorio; ante las dificultades para transfundirla, se inició tratamiento con antianémicos orales.

El resultado del estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informó un cistoadenoma seroso del ovario, sin más aclaraciones.

Comentario

El diagnóstico de los tumores de ovario, sobre todo los de pequeño tamaño, es realmente difícil, ya que gran número de ellos son asintomáticos y se diagnostican por un examen ecográfico habitual.^(1, 2)

Los tumores de ovario malignos constituyen el cuarto tipo de cáncer en el aparato ginecológico, después de los de mama, endometrio y cérvix. Por ello, es importante el diagnóstico precoz, para evitar que lleguen a etapas avanzadas.⁶

El cistadenoma seroso del ovario es un tumor de tamaño variable, que puede ser pequeño y confundirse con un quiste funcional o tener varias gradaciones de tamaño, crecer libremente hacia la cavidad abdominal y pediculizarse; pueden estar formados por elementos del ovario, y en su crecimiento, incluir la trompa.⁷

Mediante el ultrasonido, el diagnóstico de estas afecciones del ovario se hace más fácil, y generalmente se diagnostica antes de alcanzar las dimensiones que presentaba en la paciente que se describe, aunque en la literatura consultada se encontró el informe de un tumor gigante de ovario similar a este.^{7,8}

El 70 % de los cistadenomas serosos son benignos y, por regla general, alcanzan gran tamaño; son los tumores epiteliales más frecuentes; puede ser un quiste unilocular o multilocular, de paredes delgadas, superficie lisa y contenido líquido, aunque en ocasiones presentan excrescencias papilares.⁹

Los quistes gigantes de ovario son relativamente raros gracias al desarrollo de la cirugía y de los medios diagnósticos. Sin embargo, en países donde la medicina no llega a todos por igual, se pueden encontrar aun estas curiosidades quirúrgicas.

El crecimiento desmesurado de estos tumores conduce a que aparezcan síntomas y signos característicos, como: masa abdominal palpable, dolor abdominal, síntomas derivados de la compresión de órganos vecinos, como vejiga y recto; en esta paciente, se presentó una complicación poco frecuente: la pérdida del espacio de los órganos genitales internos en la cavidad abdominal.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corrales Hernández Y. Quiste de ovario gigante. Presentación de un caso. Medisur [internet]. 2012 [citado 12 oct. 2013];10(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1664/992>
2. Sánchez Portela CA, García Valladares A, Sánchez Portela CJ. Quiste gigante de ovario y mioma uterino. Presentación de un caso. Rev Cienc Médicas Pinar del Río [internet]. 2012 sep.-oct. [citado 12 oct. 2013];16(5):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Oliva Rodríguez JA. Diagnóstico ultrasonográfico de afecciones ováricas. En: Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstetricia y ginecología. Ciudad Habana: Ciencias Médicas; 2010. p. 335-58.
4. Solís Alfonso L, Álvarez Padrón JF, Paula Piñeira BM, Pérez Escribano J. Diagnóstico imaginológico de un teratoma gigante de ovario. Rev Cubana Med Mil [internet]. 2011 abr.-jun. [citado 12 oct. 2013];40(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Arroyo Díaz MJ, Díaz Gutiérrez M, García Tirada M, Gutiérrez Aleaga YL. Quiste gigante de ovario: presentación de un caso. Medisur [internet]. 2011 [citado 8 nov. 2013];9(5):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1723/808>
6. Santana Rodríguez S, Estévez Coba LA, Gómez Delgado I. Tumor de células germinales de ovario. Teratoma inmaduro. Medicent Electrón [internet]. 2008 [citado 21 nov. 2013];12(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/487/532>
7. López Milhet AB, Roque González R, Quintana Pajón I, Pereira Fraga JG, Olazábal García E, Pernia González L. Quiste de ovario errante. Rev Cubana Cir [internet]. 2010 oct.-dic. [citado 21 nov. 2013];49(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Alvarez Sánchez AC. Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario. Rev Cubana Obstet Ginecol [internet]. 2010 ene.-mar. [citado 21 nov. 2013];36(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Millán Cantero H, Franco Márquez M, de Justo Moscardó J. Tumor de la granulosa coexistente con cistoadenoma mucinoso contralateral. Prog Obstet Ginecol. 2009;52(9):533-6.
10. Rosales Aujang E. Quiste gigante de ovario y embarazo. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex. 2011;79(4):235-8.

Recibido: 17 de diciembre de 2013

Aprobado: 14 de mayo de 2014

MSc. Dra. Ada González Rivera. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructora. Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.