

Presentación de caso

HOSPITAL PROVINCIAL PEDIÁTRICO "PEPE PORTILLA" PINAR DEL RÍO

Presentación de quiste gigante de ovario en paciente adolescente

Presentation of giant ovarian cyst in an adolescent patient

**Luis Alberto Lazo Herrera¹, Lianett Benitez Garcia², Alianis Hernández Castillo³,
Noemi Herrera Capote⁴**

¹Estudiante de segundo año de Medicina. Alumno ayudante de Medicina Interna.

²Estudiante de segundo año de Medicina. Alumna ayudante de Gastroenterología.

³Estudiante de segundo año de Medicina. Alumna ayudante de Ginecología y Obstetricia.

⁴Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Asistente.

RESUMEN

Introducción: los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer; la experiencia clínica revela alta incidencia durante la etapa climatérica, siendo infrecuente en las primeras décadas de la vida.

Presentación del caso: se trata de paciente femenina de 13 años de edad y color de piel blanca, que acude a consulta de ginecología del Hospital Provincial Pediátrico "Pepe Portilla" provincia Pinar del Río refiriendo aumento de volumen en la región abdominal. Al examen físico se constató abdomen globuloso, con masa tumoral en todo hemiabdomen inferior, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio, tumor central redondeado desde el hipogastrio hasta aproximadamente 5 cm por encima del ombligo, móvil, renitente, de bordes bien definidos y lisos, se realizan exámenes complementarios y se decide cirugía, encontrándose quiste ovárico gigante.

Conclusiones: los quistes ováricos son diagnosticados de modo fortuito pues la mayoría son asintomáticos, la simple exploración clínica permite arribar al diagnóstico presuntivo; es la ultrasonografía el examen de elección para su estudio, permitiendo manejo oportuno y confort en los pacientes afectados, también puede presentarse en las primeras décadas de la vida.

Palabras clave: quistes ováricos/diagnóstico; adolescente.

ABSTRACT

Introduction: ovarian tumors are the third group of tumors in women; clinical experience reveals a high incidence during the climacteric, being uncommon in the first decades of life.

Case report: a 13-year-old white female patient who comes to the gynecology service at Pepe Portilla Provincial Pediatric Hospital, Pinar del Rio province, referring increase in volume in the abdominal region. On physical examination a globular abdomen was found with a tumor mass in all the lower part of the abdomen, it was superficially painful as in deep palpation in the lower abdomen, a rounded central tumor from the lower abdomen about 5 cm above the navel, mobile, renitent, with well-defined and smooth edges. Additional tests are performed and the surgery is decided, finding a giant ovarian cyst.

Conclusions: ovarian cysts are diagnosed fortuitously, since most are asymptomatic, simple clinical examination allows a presumptive diagnosis. Ultrasonography is the alternative examination to its diagnosis, allowing a timely management and comfort in affected patients; it may be also present in the first decades of life.

DeCS: Ovarian cysts/diagnosis; Adolescent.

INTRODUCCIÓN

Las masas tumorales en hemiabdomen inferior son motivo frecuente de consulta ginecológica,¹⁻² los quistes de ovarios son los que se diagnostican con mayor frecuencia; la posibilidad diagnóstica de un tumor de ovario es de aproximadamente un 50%.³ Alrededor del 80% son benignos y la mayoría de ellos aparecen en mujeres cuyas edades están comprendidas entre los 20 y los 48 años de edad.^{1; 4-6}

El ovario es un órgano de caracteres polimorfos, los cuales se encuentran muy interrelacionados. Diversos factores genéticos embriológicos, entogenéticos, estructurales y funcionales experimentan una interacción de la que puede emanar una enorme capacidad tumoral: benigna o maligna; tanto es así, que es universalmente aceptado este órgano como asiento de enfermedades diversas.⁵

Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer; aproximadamente 1 de cada 10 féminas lo tendrá a lo largo de la vida, la experiencia clínica revela la alta incidencia en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, pero su evolución silente entorpece el diagnóstico temprano, lo que hace que en más de 60 % de los casos se diagnostique en etapa avanzada. Es más frecuente en países desarrollados que en vías de desarrollo.⁷ La incidencia de cáncer de ovario en el año 2011 fue de 497 casos para una tasa bruta de 8.9 por 100 000 habitantes.⁸

Los tumores anexiales son los más difíciles.⁷ En cuanto a la definición del tamaño de los "grandes tumores ováricos" existen muchas versiones, todas ellas conceptualizadas pero con pocos argumentos. Los médicos que practican la laparoscopia, los catalogan como tales a partir de los 10 cm de diámetro; mientras que a los quistes que se identifican durante la etapa neonatal los clasifican como grandes después de los 3 cm.²

Con la llegada del ultrasonido a nuestro país en el año 1979, un nuevo horizonte se abrió en el diagnóstico de los tumores de ovario, por ser un método efectivo, fácil de realizar, económico y no invasivo.⁵ La ultrasonografía transabdominal y transvaginal se aplican como primera línea de estudio para la evaluación de una masa pélvica aunque con limitaciones por lo que suele complementarse con tomografía computada y resonancia nuclear magnética.⁹

El manejo adecuado de los quistes ováricos le provee a la mujer una mejor calidad de vida. Los quistes gigantes de ovario son relativamente raros gracias al desarrollo de la cirugía y de los medios diagnósticos. Se presenta un caso de quiste de ovario gigante en una paciente adolescente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: aumento de volumen en el abdomen.

Historia de la enfermedad actual: se trata de paciente femenina de 13 años de edad, color de piel blanca que acude a consulta de adolescencia del Hospital Provincial Pediátrico "Pepe Portilla" municipio Pinar del Río, remitida de su área de salud pues desde hace dos meses comenzó a notarse un aumento de volumen de la región abdominal que fue creciendo paulatinamente hasta abarcar todo hemiabdomen inferior.

Examen físico:

Paciente normolínea, con peso corporal de 55 Kg y talla 1,58 cm.

Mucosas: normocoloreadas y normohídricas.

Tejido celular subcutáneo: no infiltrado.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular audible, no se precisan estertores, frecuencia respiratoria: 18 ventilaciones por minuto.

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos y bien golpeados, no soplos, frecuencia cardíaca: 88 latidos por minuto, tensión arterial: 100/60 mmHg.

Abdomen: globuloso, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio. Se encuentra tumoración central, redondeada, desde hipogastrio hasta aproximadamente 5 cm por encima del ombligo en mesogastrio, móvil, renitente, de bordes bien definidos y lisos. Ruidos hidroaéreos audibles. Se constata matidez en la zona de la tumoración.

Aparato genital: vulva y periné con características normales.

Tacto vaginal: se difiere pues la paciente refirió no haber tenido prácticas sexuales.

Impresión diagnóstica: tumor hipogástrico que impresiona de estructuras ginecológicas.

Exámenes complementarios:

- Hemoglobina: 122 g/L
- Hematocrito: 0,36 L/L
- Leucograma: $8,5 \times 10^9/L$ (seg: 0,65; mono: 0,02; linfo: 0,33)
- Eritrosedimentación: 8 mm/h
- Coagulograma: tiempo de coagulación: 6 min, tiempo de sangrado: 2 min
- Plaquetas: $250 \times 10^9/L$, coágulo: retráctil
- Orina: proteinuria no contiene, leucocituria 10 000 x ml, hematuria 0 x ml, cilindruria 0 x ml
- Serología: No reactiva
- HIV: negativo
- Grupo y factor: A+
- TGO: 5, 0 UI
- TGP: 9,0 UI
- Glicemia: 4,2 mmol/L
- Exudado vaginal: negativo

Ultrasonido abdominal: útero en anteversoflexión de 51x28 mm con endometrio de 8 mm. En proyección de anejo izquierdo se observa imagen ecolúcida, de bordes nítidos,

contornos bien definidos, sin ecos ni tabiques en su interior, con reforzamiento posterior del sonido, de aspecto quístico que se extiende hacia el hipogastrio rechazando el útero y que mide 21x11 cm. No se visualizan adenopatías intraabdominales, no se constata líquido ascítico.

Se discute el caso por el grupo básico de trabajo fundamentándose en los elementos clínicos y complementarios, decidiendo tratamiento quirúrgico bajo el diagnóstico quiste gigante de ovario izquierdo. (Figura 1)



Fig 1. Abdomen previo al acto quirúrgico

Informe Operatorio: es llevado el caso al salón bajo el diagnóstico de quiste gigante de ovario izquierdo, paciente en posición, anestesia general endovenosa, asepsia y antisepsia de la región abdominal. Se realiza incisión media supra e infra umbilical, por planos hasta cavidad abdominal. Se visualiza quiste gigante de ovario izquierdo (figura 2; 3 y 4), se disecciona, se realiza resección del mismo y se completa una anexectomía izquierda, se encuentra apéndice expuesta durante el acto, se decide realizar apendicetomía profiláctica. Cierre por planos hasta piel. Se realiza hemostasia durante todo el proceder. Sale bien, sin complicaciones.

Se recupera de la anestesia, se traslada a sala de Cirugía General, se decide egreso hospitalario a los 10 días de operada, evolución favorable.

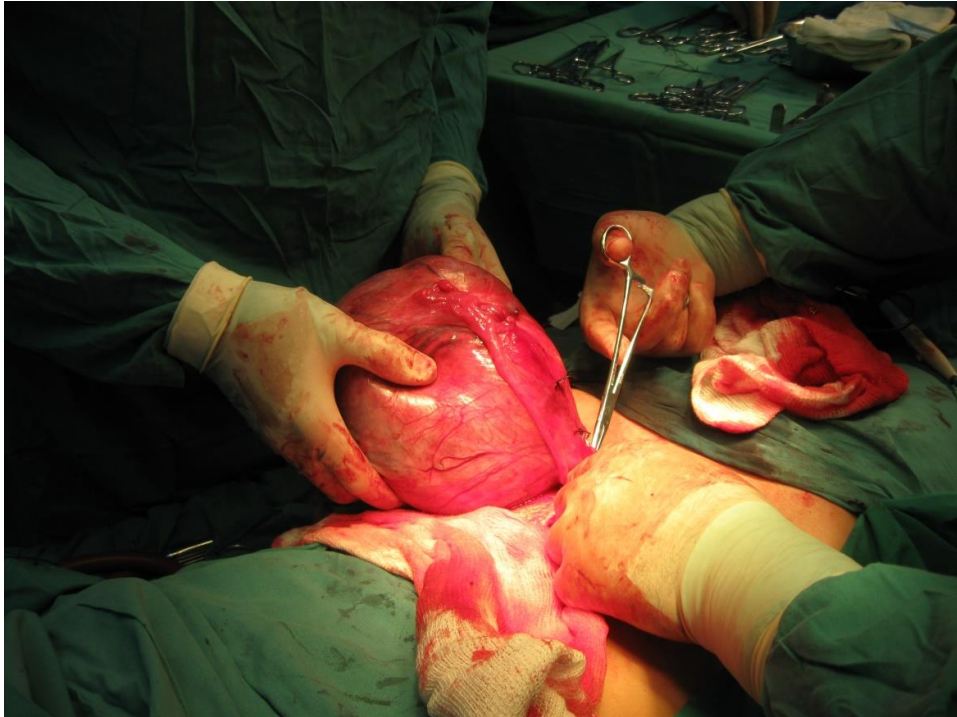


Fig 2. Quiste gigante de ovario izquierdo

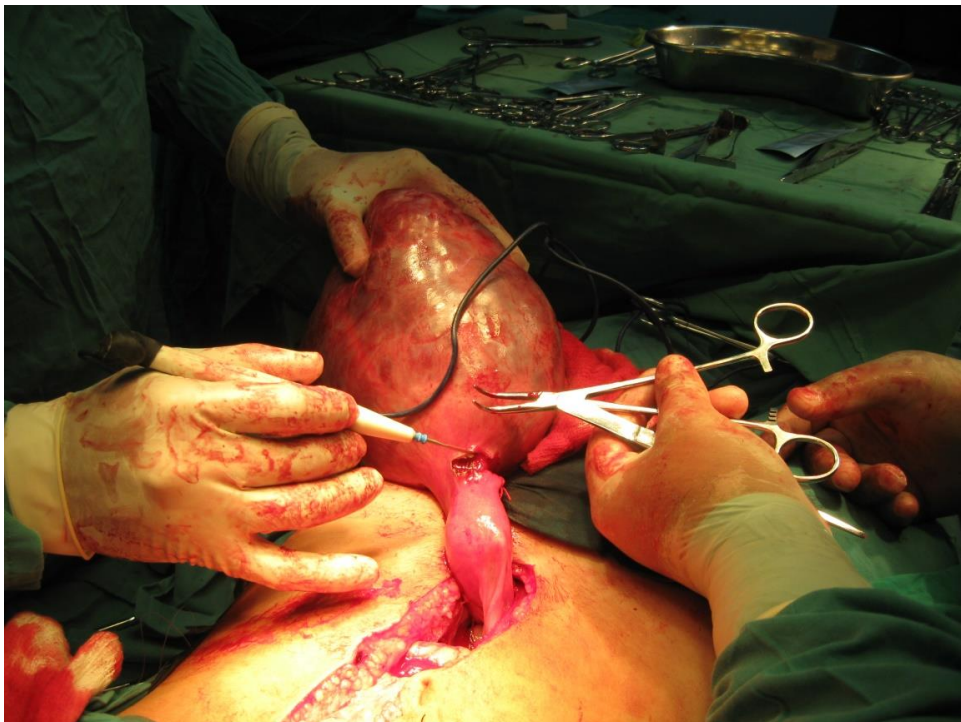


Fig 3. Quiste gigante de ovario izquierdo durante su resección



Fig 4. Pieza quirúrgica

Biopsia de la pieza quirúrgica: masa tumoral redondeada de color gris-rojizo, renitente al tacto, que mide 210x110 mm y pesa 5 Kg. Al abierto fluye líquido amarillo claro, paredes internas lisas que dejan ver sus vasos sanguíneos a trasluz.

Diagnóstico histológico definitivo: cistoadenoma seroso benigno de ovario.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de los tumores del ovario es de difícil determinación en etapas muy tempranas; gran número de ellos son asintomáticos y se descubren en una exploración o ecografía,⁵ esta última constituye el examen de elección para el estudio de las masas pélvicas.¹⁰

La ultrasonografía tiene valor en las mujeres aparentemente sanas, se pueden detectar lesiones en la fase asintomática, así como, predecir la probabilidad de malignidad o benignidad, por los hallazgos sonográficos.¹¹ En esta ocasión se trató de un quiste gigante de ovario izquierdo benigno.

Es de gran importancia realizarle ultrasonido transvaginal a todas las pacientes con sospecha diagnóstica, su condición de ser inocuo e indoloro hace que sea aceptado por la mujer, la ventaja principal que posee es mejorar el detalle de las imágenes, o sea, aumentar la resolución en comparación con la vía abdominal.¹¹ En éste caso particular no se empleó este medio diagnóstico pues se trató de paciente sin antecedente de prácticas sexuales.

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

Sánchez Portela CA et al.¹ reportan un caso al que se le practicó histerectomía total con doble anexectomía por tratarse de un quiste gigante de ovario derecho y mioma uterino que pesaron 12,5 y 2,5 kg respectivamente, además de encontrarse absceso tuboovarico izquierdo. Arroyo Díaz MJ et al.¹² reportan un caso al que se le practicó histerectomía total abdominal con doble anexectomía y omentectomía por la presencia de un quiste gigante de ovario derecho que pesó 21 kg, en este caso se le practicó anexectomía

izquierda tratándose de un quiste gigante de ovario izquierdo que midió 21x11 cm y pesó 5 kg.

Independientemente de envejecer en sus funciones, el ovario no pierde la capacidad de formar tumores de múltiples variedades histológicas. Actualmente, se cree que los tumores del ovario provienen de uno de los tres elementos siguientes: del epitelio celómico superficial, de las células germinales, o del estroma ovárico.⁵

Los quistes gigantes de ovario son una entidad relativamente rara en la actualidad debido al desarrollo de la cirugía y a los medios diagnósticos con que contamos. En las décadas de los setenta y ochenta, sólo se informaron en la literatura mundial 20 casos de quistes. Sin embargo, en países donde aún la medicina no llega a todos de la misma manera se pueden encontrar estas curiosidades quirúrgicas.⁵

La clínica y el manejo de estos tumores estará determinado por el crecimiento desmesurado que conlleva a una masa abdominal palpable, dolor abdominal o síntomas derivados de la obstrucción o irritación del aparato urinario o del recto,¹² en este caso la paciente refería dolor en hipogastrio a la palpación superficial y profunda.

Martín Aguirre H et al.¹³ reportan un caso de cistoadenoma seroso benigno de ovario en el cual los síntomas predominantes en la paciente fueron falta de aire, dificultad para la marcha, imposibilidad para agacharse, dolor abdominal difuso, acompañado de náuseas, vómitos y edema en miembros inferiores. En este caso el resultado anatomopatológico del quiste coincidió con el caso reportado, sin embargo, la paciente cursó todo el tiempo de forma asintomática.

Los tres aspectos principales para el tratamiento óptimo son: contar con un equipo multidisciplinario especializado, extirpar el tumor íntegro, una incisión especial y la técnica reconstructiva correspondiente.²

CONCLUSIONES

Los quistes ováricos frecuentemente son descubiertos de modo fortuito ya que mayoritariamente son asintomáticos. Para su diagnóstico se puede emplear la ultrasonografía transvaginal y abdominal, éste última constituye el examen de elección para el estudio de las masas pélvicas, la simple exploración abdominal o pélvica a través del método clínico permite llegar a un diagnóstico oportuno y ofrecer mejor atención a las pacientes afectas; el tratamiento oportuno deviene en calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Portela CA, García Valladares A, Sánchez Portela CJ. Quiste gigante de ovario y mioma uterino. Presentación de un caso. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2012 Out [citado 2016 Feb 18]; 16(5): 188-196. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500020&lng=pt.
2. González Pérez D, Hierresuelo Jiménez D, Misiara Álvarez N. Quiste gigante de ovario. Rev 16 de Abril [revista en la Internet]. 2014 Nov [citado 2016 Feb 19]; 53(256): 99-107. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/57
3. González Rivera A, Jiménez Puñales S, Luna Alonso MC. Quiste gigante de ovario: una complicación infrecuente. Medicent Electrón [revista en Internet]. 2015 [citado 2016 Mar 20]; 19(1): [aprox. 4p]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/1852/1452>

4. Rodríguez Oliver AJ, Aguilar Romero MT, Carrillo Badillo MP, Fernández Parra J, Montoya Ventoso F. Tratamiento laparoscópico del quiste dermoide de ovario. Factores asociados a la rotura intraoperatoria, trascendencia clínica y resultados. Prog. obstet. ginecol. [Internet]. 2011 [citado 2016 Ene 07]; 54(7): [aprox. 5p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3703033>
5. Corrales Hernández Y. Quiste de ovario gigante. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2012 Ago [citado 2016 Mar 20] ; 10(4): 304-309. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000400007&lng=pt.
6. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de ovario. Tumores del ovario de bajo potencial maligno (PDQ): Tratamiento Desde los Institutos Nacionales de la Salud. [Internet]. 2007 [actualizado 20 May 2007; citado 13 Feb 2016]; [Aprox. 10p.]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ovariancancer.html>
7. Pons Porrata LM, García Gómez O, Salmon Cruzata A, Macías Navarro MM, Guerrero Fernández CM. Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado 2016 Feb 18]; 16(6): 920. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vo_16_6_12/san13612.pdf
8. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario estadístico de salud 2014 [Monografía en Internet]. [citado: 20.02.2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas>
9. Mucientes H F, Mucientes B P, Heredia M F, Ojeda M S, Villanueva G J, Correa S L et al. Tumor de Krukenberg del ovario asociado a teratoma maduro. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2015 [citado 2016 Feb 18]; 80(1): 65-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100010&lng=pt
10. Solís Alfonso L, Álvarez Padrón JF, Piñeira Bárbara MP, Pérez Escribano J. Diagnóstico imagiológico de un teratoma gigante de ovario. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Feb 20]; 40(2): 182-188. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000200011&lng=es
11. Álvarez Sánchez AC. Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2016 Feb 20]; 36(1): 86-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100011&lng=es
12. Arroyo Díaz MJ, Díaz Gutiérrez M, García Tirada M, Gutiérrez Aleaga YL. Quiste gigante de ovario: presentación de un caso. Medisur [revista en Internet]. 2011 [citado 2016 Mar 20]; 9(5): [aprox. 6p]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1723/808>
13. Martín Aguirre H, Quiala La O A, Torres García G. Cistoadenoma seroso benigno de ovario. Rev Electrón [revista en Internet]. 2014 [citado 2016 Mar 20]; 39(10): [aprox. 4p]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/147/192>

Datos para correspondencia

Luis Alberto Lazo Herrera. Estudiante de segundo año de Medicina. Alumno Ayudante de Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna" Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río.

Correo electrónico: lazo96@fcm.pri.sld.cu