

Presentación de un caso

Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin Holguín

Presentación de un caso con quiste gigante de ovario

Presentation of a Patient with a Giant Ovarian Cyst

*Cástulo Coello de la Cruz*¹ *Eloy Verdecia Silva*² *Martha Cristina Labrada Gelpi*³

- 1 Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin
- 2 Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Vladimir Ilich Lenin
- 3 Licenciada en Ciencias Biológicas. Máster en Ciencias de la Educación y Profesora Auxiliar de la Universidad de Ciencias Pedagógicas José de la Luz y Caballero. Holguín

RESUMEN

Se aborda el caso de una paciente postmenopáusica de 59 años de edad, raza blanca y con un quiste gigante de ovario, con antecedentes de salud y obstétricos de tres embarazos y tres partos, ningún aborto, procedente de área urbana, remitida de su institución de salud por presentar aumento de volumen abdominal y diagnóstico de fibroma gigante, pérdida de 22 libras de peso, menopausia desde los 50 años y menarquía a los 11. Además dificultades para la defecación y la micción, así como no mantener vida sexual activa.

Palabras clave: quiste gigante de ovario, postmenopausia

ABSTRACT

A study was done to present a case of 59-year-old woman, white race with a giant ovarian cyst. The patient had the antecedents of three true labors and no abortion, who was referred to this Service due to abdominal volume and 22 pounds loss and menopause since she was 50 years of age and menarche since 11 years old. The patient also had difficulties for defecation and urination, as well as no sexual intercourse..

Key words: giant ovarian cyst, postmenopause

INTRODUCCIÓN

Los tumores benignos de ovario no constituyen un grupo bien definido, pues si bien muchos de ellos son claramente benignos, otros en su evolución tienen un comportamiento incierto o pueden malignizarse con el tiempo. Alrededor del 75-85% de los tumores de ovario son en principio benignos ⁽¹⁾.

El tumor ovárico es una de los trastornos ginecológicos más frecuentes y en la cual todavía no existe consenso sobre su manejo óptimo en situaciones específicas. Tal es el caso de aquellos tumores que se presentan cerca a la menopausia o después de ella ⁽¹⁻³⁾.

El advenimiento de la ultrasonografía y su uso rutinario han hecho del diagnóstico de tumor ovárico aún más frecuente ⁽¹⁾.

Aproximadamente 1 de cada 10 mujeres tendrá un tumor anexial a lo largo de la vida, la mayoría de las cuales requerirá de una evaluación quirúrgica ^(1, 4). Se sabe que el riesgo de cáncer aumenta con la edad y tradicionalmente el tumor ovárico que se presenta durante la menopausia es considerado como de alto riesgo para cáncer. Así, el riesgo global de malignidad para un tumor primario del ovario aumenta desde el 13% en mujeres premenopáusicas al 45% en postmenopáusicas ⁽¹⁾.

Muchos de los tumores del ovario son los denominados quistes fisiológicos del ovario: foliculares, luteínicos, tecaluteínicos, endometriósicos o poliquísticos ⁽³⁾.

Los trastornos benignos de los ovarios casi siempre son exclusivos de la pubertad y el climaterio, y pueden producir molestias en bajo vientre, trastornos menstruales de

la fertilidad, que lleva a las mujeres a consultar al facultativo; con excepción de esto puede ser la pubertad precoz ⁽¹⁻⁵⁾.

Los quistes de ovarios gigantes, invaden toda la cavidad abdominal. Los síntomas clínicos de estos grandes quistes son distintos a los de pequeño tamaño, por lo que el diagnóstico se hace simplemente con la inspección ⁽²⁻⁴⁾.

Estos tumores gigantes del ovario afectan el estado general de las mujeres de manera importante y grave, y finalmente plantean problemas terapéuticos también más complicados ⁽²⁻⁴⁾.

En la sintomatología, lo primero es un considerable abultamiento del abdomen. Se produce enorme deformación del vientre, que lleva aparejados trastornos en la estática abdominal, con alteraciones digestivas y viscerales muy importantes; trastornos renales, elevación de la cúpula diafragmática, con trastornos en la respiración, del aparato circulatorio, y también producen trastornos en la estática y en la marcha ⁽⁵⁻⁷⁾.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente N. S. G de 59 años femenina, de raza blanca, remitida de su área de salud para descartar quiste gigante de ovario, ingresada en el Hospital Vladimir Ilich Lenin con el diagnóstico de un fibroma gigante.

Ml: aumento de volumen del abdomen

App: no refiere

Apf: padre fallecido (hipertensión arterial) y hermana fallecida (diabetes mellitus)

Transfusiones: no

Operaciones: no

Hábitos tóxicos: fuma y bebe café

Alergia a medicamentos: no refiere

Hea: paciente de 59 años de edad con historia obstétrica de tres embarazos, tres partos y ningún aborto, remitida desde su área de salud por aumento de volumen de la región abdominal y pérdida de 22 libras de peso, con el diagnóstico de un fibroma

ULTRASONOGRAFÍA

Páncreas e hígado de tamaño y ecogenidad normales, vesícula de paredes finas y sin litiasis, bazo y ambos riñones con características ecográficas normales.

Se observó una gran imagen "T" ocupando la totalidad el abdomen, predominantemente quística, con tabiques en su interior y masa ecogénica hacia pared posterior. La vejiga estaba vacía que dificultó definir su origen, aunque impresionó ser de origen ovárico.

Existía escaso líquido en cavidad abdominal. Se observó aorta de calibre normal, sin adenomegalia.

RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO

Histerectomía total con doble anexectomía por tumor de ovario, donde se observó quiste notable. Fibromioma uterino subseroso e intramural, endometrio sin alteraciones, trompas dentro de límites histológicos normales, ovario izquierdo con histoadenoma severo y el otro con cuerpo de albican.

Se diagnosticó un quiste gigante de ovario con posterior intervención quirúrgica, la cual consistió en una exéresis del tumor y se complementó con histerectomía total abdominal.

DISCUSIÓN

El gran tamaño de algunos tumores ha sido descrito en detalles a través del tiempo. Entre ellos se incluyen los ginecológicos, de los que se describen casos de crecimiento descomunal, sobre todo antes de surgir el ultrasonido. La terminología de estos tumores de gran tamaño contiene calificativos muy variados y confusos, entre los cuales se incluyen inmensos, extensos, voluminosos, masivos, grandes, muy grandes, gigantes, gigantescos⁽⁸⁾.

En 1971 Hugh Barber y Edward Graber escriben una editorial titulada "El síndrome del ovario palpable en la postmenopausia". En dicho trabajo los autores recapitulan su experiencia con tumores ováricos en la postmenopausia y describen el hallazgo de cáncer de ovario en tres casos con la única característica de tener un ovario palpable menor de 5 cm. Ello los lleva a recomendar que cualquier mujer en la

postmenopausia con un ovario palpable debía sufrir una laparotomía con histerectomía total y salpingooforectomía bilateral. Así se transformó en premisa la necesidad de exploración quirúrgica en toda paciente con diagnóstico de tumor anexial en la postmenopausia ⁽¹⁾.

Pocas publicaciones han abordado el tema del tumor ovárico en la postmenopausia. Así, también no existen suficientes estadísticas o reportes que caractericen la histología de los tumores que afectan a la población de mujeres posmenopáusicas.

La aparición de las técnicas de mínimo acceso ha planteado nuevas opciones terapéuticas, sin embargo, se continúa prefiriendo la cirugía alta por la capacidad de malignización de estos tumores en la etapa posmenopáusica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Cuello F, Mauricio A, Pomés C, Brañes Y, Barrera G, Mayerson B, cols. Tumor ovárico en la postmenopausia: consideraciones sobre su manejo actual. Rev chil obstet ginecol [Internet]. 2003 [citado 2011 Mayo 20]; 68(2): [Aprox 15p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000200003&lng=es.
- 2 Novo Domínguez A. Manual de Consulta. Hospital General de Galicia. Santiago de Compostela. España; 2003.
- 3 Santiesteban Alba S. Tumores de Ovario. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. Ed. Ciencias Médicas La Habana; 2006. p.314-8.
- 4 Cabezas Cruz E, Cutié León E, Santiesteban Alba S. Manual de procedimientos en Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
- 5 Echemendía Pérez, M. Ginecología Oncológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
- 6 Álvarez Sánchez Aida de la Caridad. Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Mar [citado 2011 Mayo 20]; 36(1): [Aprox 11p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100011&lng=es.

- 7 Arriagada M. Marina, Arteaga U. Eugenio, Bianchi P. Marcelo, Brantes G. Sergio, Montaña V, Osorio RF, Eduardo E. Recomendaciones de Tratamiento en la Menopausia. Rev Chil Obstet. Ginecol [Internet].2005 [citado 2011 Mayo 20]; 70(5): [Aprox 6p.].Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262005000500011&lng=es
- 8 Briceño Pérez C. Tumores uterinos y ováricos: ¿Gigantes? o Grandes. Carta al Editor. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007; 67(1): 3.

Correspondencia: Cástulo Coello de la Cruz. Dirección: Edificio 46 Apto 30 Reparto Pedro Díaz Coello. Teléfono: 481511