



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 2003; 49 (1) : 63-66

CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE

Víctor Fernández, Félix Acuña*, Patricia Recuay, Katia Arce, Noé García,
Marco Martina*

RESUMEN

El cistoadenoma seroso de ovario (CSO) es un tipo de tumor derivado del epitelio superficial (celómico), formado por áreas quísticas. La razón del predominio de estos tumores en el ovario es un misterio. Informamos el caso de una paciente con CSO; que fue referida a nuestro centro por presentar un agran aumento del volumen abdominal, de 2 meses de evolución, cuyo diagnóstico fue sospechado por hallazgo de ultrasonografía pélvica, encontrándose en sala de operaciones una tumoración gigante de 22 kg de peso, siendo confirmado por anatomopatología.

SUMMARY

Ovarian serous cystadenoma is a type of tumor derived from superficial (celomic) epithelium constituted by cystic areas. Reason for these ovarian tumors predominance is a mystery. We report one case presenting in a patient transferred to our medical center because of a two months evolution large increase in abdominal size. Diagnosis was suspected by pelvic ultrasound, a giant 22 kg tumor was found during surgery and diagnosis was confirmed by pathology.

INTRODUCCIÓN

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. Estas frecuentes neoplasias quísticas uniloculares están tapizadas por células epiteliales altas, cilíndricas y ciliadas, llenas de un líquido seroso claro y de superficie lisa con abundantes vasos.

Las variedades benigna, limítrofe y maligna representan, en conjunto, 30% aproximadamente de todos los tumores del ovario. Alrededor de 75% son benignos o de malignidad limítrofe y 25%, malignos. Los primeros predominan entre los 20 y 50 años y los malignos, más adelante, aunque algunos lo hacen precozmente. El riesgo de presentar tumores epiteliales se incrementa con el paso de la edad, ya que pese a que la declinación de la función ovárica marca el envejecimiento gonadal



progresivo, el ovario humano nunca pierde su capacidad para generar tumores. Por lo general, cuando es detectado, su tamaño es grande, en donde la imagenología puede ayudarnos a considerar su diagnóstico.

En el presente informe describimos la experiencia obtenida con una paciente atendida en el Servicio de Ginecología y discutimos los aspectos fisiopatológicos, diagnóstico y terapéutica.

INFORME DEL CASO

Se trata de una mujer de 56 años de edad, natural de Cerro de Pasco, procedente de Huancayo, ama de casa, con un tiempo de enfermedad de 2 meses, insidioso y de curso progresivo, caracterizado por aumento de volumen a nivel abdominal, a predominio de hemiabdomen inferior, que generaba dificultad respiratoria durante la última semana. Asimismo, edema de miembros inferiores. Destacaron entre sus antecedentes ginecoobstétricos, menarquía a los 15 años, régimen catamenial 5-6/irregular, inicio de relaciones sexuales a los 21 años, menopausia a los 50 años, G4P4004. Tuvo dos hospitalizaciones anteriores, por neurosis y fractura de húmero, hace 2 años.

Al examen: Paciente despierta, activa, con facies no característica, piel algo pálida, con ortopnea. En aparato respiratorio, no se auscultó crepitantes en el tercio inferior de los campos pulmonares. Aparato cardiovascular normal. Abdomen batraciano, cordón umbilical protruido, circulación colateral portocava, piel lustrosa, signos de oleada positivos. Presencia de edema en ambos miembros inferiores, hasta la región sacra, fovea (+/++)

Funciones vitales: PA 100/70 mmHg; frecuencia de pulso 78 x'; frecuencia respiratoria 22 por minuto, temperatura 36,8° C, peso 63,5 kg, funciones biológicas sin alteraciones. En la analítica sobresale hemoglobina 12,9 g/dL, hematócrito 36,8%; leucocitos 5 900/mL, eosinófilos 3%; examen completo de orina muestra hematías de 1 a 2/campo, leucocitos de 8 a 10/campo, células de 0 a 1/campo, filamentos mucoides en regular cantidad; arco quinto negativo; CA 125 25,43 U/mL (normal: 0,35 U/mL); electrocardiograma sin alteraciones, riesgo quirúrgico II/IV. Imagen sonográfica mostró gran imagen quística de aparente origen pélvico, probable cistoadenoma. Perfiles hepático y de coagulación sin alteraciones.

Intervenida quirúrgicamente, los hallazgos operatorios fueron: líquido peritoneal 50 mL, tumoración quística gigante de anexo derecho que ocupa toda la cavidad abdominal, adherida en cara posterior y base a las asas intestinales y el peritoneo. Ovario izquierdo normal. Útero de 9 cm, trompa derecha adherida a superficie de tumor. Se realizó exéresis del tumor gigante, histerectomía abdominal total, salpingooforectomía bilateral total, apendicectomía y omentectomía parcial. Examinado posteriormente, el tumor pesó 22 kg y midió 51 x 39 x 20 cm. La paciente fue dada de alta a los 5 días de operada en óptimas condiciones. Sus controles posteriores resultaron dentro de límites normales.

Los resultados anatomopatológicos fueron: formación de tejido pardo claro, que pesa 22 kg, de superficie lisa, vascularizada, obteniéndose al corte abundante líquido citrino, achocolatado, superficie interna lisa, pared adelgazada pardo-claro. Diagnóstico: cistoadenoma seroso gigante de ovario derecho, con degeneración hialina; cervicitis crónica quística, hiperplasia endometrial adenoquística, apéndice cecal sin alteraciones, epiplón con congestión vascular.



DISCUSIÓN

Con la edad, el ovario humano envejece en sus funciones; sin embargo, nunca pierde su capacidad para generar tumores. El potencial neoplásico de la gónada femenina es ampliamente conocido; se observa neoformaciones ováricas en todas las etapas de la vida de la mujer. La diversidad de los tumores ováricos es comprensible por la compleja histogénesis; todos los componentes histológicos tienen la capacidad de originar neoplasias de variado comportamiento biológico. Durante el climaterio predominan los carcinomas epiteliales, siguiendo en incidencia los del estroma gonadal, productores de esteroides; los metastásicos revelan que el ovario es asiento de tumores que proceden de diferentes órganos y los cánceres germinales son excepcionales.

El ovario puede dar origen a numerosos tipos de neoplasias: hasta 37 tipos de tumores distintos. Los tumores del ovario representan una de las neoplasias habituales de la mujer. Además, como muchas de estas neoplasias ováricas, no puede descubrirse cuándo empiezan a desarrollarse; producen un número desproporcionado de cánceres mortales en la mujer, siendo responsables de casi la mitad de las muertes por cáncer del aparato genital femenino.

Hay muchas clases de tumores del ovario, tanto benignos como malignos. Alrededor de 80% son benignos y la mayoría de ellos aparece en mujeres jóvenes, de edades comprendidas entre los 20 y los 48 años. La experiencia de la clínica revela la alta incidencia de tumores de ovario en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad, involucrando tres décadas en las que se expresan acontecimientos biológicos consecuencia de la pérdida de la función reproductiva y el proceso natural de envejecimiento, pasando por eventos clínicos bien definidos: climateriotemprano, perimenopausia y climaterio tardío; en el centro, cese de la menstruación. La versión simplificada de la clasificación histológica de los tumores del ovario de la OMS divide a las neoplasias según el tejido de origen más probable. Actualmente, se cree que los tumores del ovario provienen de uno de los tres elementos siguientes del ovario: 1) del epitelio celómico superficial, que embriológicamente origina el epitelio de los conductos de Müller, o sea, las trompas de Falopio (células (serosas) cilíndricas ciliadas), del revestimiento endometrial (células cilíndricas, no ciliadas) o de las glándulas endocervicales (células mucinosas, no ciliadas); 2) de las células germinales; y 3) del estroma ovárico.

Como suele ocurrir, hay un grupo de tumores que no encajan en esta clasificación. Y, finalmente, están los tumores secundarios o metastásicos, siendo el ovario un lugar donde metastatizan con frecuencia otros tumores.

Aunque algunos tumores tienen caracteres distintivos y son hormonalmente activos, la inmensa mayoría son tumores no funcionantes y tienen tendencia a producir síntomas más leves, hasta que alcanzan gran tamaño. Las formas benignas pueden ser totalmente asintomáticas y, en ocasiones, son hallazgos inesperados en una exploración abdominal o pelviana o durante una intervención quirúrgica.

Los tumores derivados del epitelio superficial son de origen celómico y son los más frecuentes; constituyen dos tercios de los tumores ováricos en general y 90% de los malignos. Dentro de este grupo destacan los tumores serosos y mucinosos, además de encontrarse el carcinoma endometriode, tumores de células claras, tumores de Brenner, tumores mülerianos. Nos interesan los primeros, que pueden ser benignos, de grado histológico de malignidad bajo o malignos.



Los benignos constituyen 20% de los tumores no malignos del ovario y en 10% de los casos es bilateral. Pueden alcanzar un gran tamaño, más de 20 cm de diámetro, y tener múltiples cavidades a modo de compartimientos, cistoadenoma multilocular (los de gran tamaño rara vez son uniloculares). La cavidad contiene líquido incoloro transparente (seroso)

Los tumores serosos malignos corresponden al carcinoma (adenocarcinoma) seroso, papilar, a veces quístico (cistoadenocarcinoma). Los tumores limítrofes tienen un epitelio tumoral con heterotipias; algunos de éstos pueden tener focos de invasión y dar metástasis. Se observa un franco predominio de la estirpe epitelial, revelando el alto potencial del epitelio germinal superficial para generar tumores. Sobre la patogenia, se plantea la ovulación incesante, con ruptura consecuente de dicho epitelio, proliferación celular repetitiva e invaginación del mismo epitelio y neoformación de quiste de inclusión; como transformación primaria de neoplasias benignas, así como proliferaciones celulares atípicas primigenias en esos quistes de inclusión, sitio además donde se está buscando indicios de neoplasias intraepiteliales.

La razón del predominio de los tumores epiteliales en el ovario es un misterio, pero parece tener relación con la incorporación del epitelio celómico a la corteza del ovario para formar los quistes de inclusión mesoteliales. Esta incorporación se produce a través de la formación de adherencias superficiales, de atrofia acompañada de la aparición de pliegues epiteliales y de reparación de los sitios de la ovulación. La íntima asociación de los carcinomas del ovario con el mesotelio superficial del ovario o con los quistes de inclusión puede explicar la aparición de carcinomas extraováricos, de histología muy parecida, que se forman a partir de residuos similares del epitelio celómico (la llamada endosalpingiosis) situado en el mesenterio.

Macroscópicamente, el tumor seroso típico contiene uno o pocos quistes de paredes fibrosas de 10 a 15 cm, en promedio, de diámetro, que alguna vez llegan incluso a los 40 cm. Los tumores benignos contienen un quiste liso y brillante sin engrosamiento epitelial ni proyecciones papilares pequeñas. El comportamiento biológico de los tumores serosos depende tanto del grado de diferenciación como de la localización. En cuanto al pronóstico, es más probable que los tumores serosos encapsulados de la superficie del ovario se extiendan a la superficie del peritoneo y el pronóstico está íntimamente relacionado con la imagen histológica del tumor y con su modelo de crecimiento en el peritoneo.

La mayor parte de estos tumores produce pocos síntomas y, si los hay, son inespecíficos, y en todo caso leves. Los síntomas más frecuentes consisten en distensión abdominal, dolor o malestar abdominales, sensación de presión en la parte baja del abdomen y síntomas urinarios o gastrointestinales. Puede ocurrir dolor agudo en caso de torsión de un anexo, rotura de un quiste o hemorragia hacia el interior de un quiste. Los datos pélvicos en pacientes con tumores benignos y malignos difieren. Las tumoraciones que son unilaterales, quísticas, móviles y lisas son con más probabilidad benignas; en tanto que las bilaterales, sólidas, fijas, irregulares y acompañadas de ascitis, nódulos en el fondo de saco de Douglas o crecimiento rápido son más probablemente malignas.

Para llegar al diagnóstico debemos realizar las siguientes pruebas: historia clínica y exploración física, analítica general de la sangre (enzimas hepáticas, LDH, fosfatasa alcalina, proteínas, iones, entre otros), hemograma, estudio de la coagulación, ecografía ginecológica, marcadores tumorales como CA 125 (tumores de estirpe epitelial: niveles > 65 U/mL en la premenopausia; niveles > 35 U/mL en la posmenopausia); CA 19,9 (en tumores mucinosos); CEA (en tumores de células germinales); AFP (en tumores del seno endodérmico); la tomografía axial computarizada abdominopélvica nos ayuda a



confirmar el diagnóstico y completar el estudio de la extensión. La laparoscopia/laparotomía exploradora, en caso de duda, nos permite realizar el diagnóstico (visualización de la tumoración y sus características; práctica de una biopsia perioperatoria) y, al mismo tiempo, aplicar el tratamiento quirúrgico; como complemento del estudio de extensión podemos realizar ecografía abdominohepática, enema opaco, rectocolonoscopia, urografía de eliminación y radiografía simple de tórax.

Los tumores sintomáticos deben ser valorados con prontitud. La intervención quirúrgica se justifica en caso de dolor intenso o sospecha de malignidad. Si se sospecha un quiste maligno a cualquier edad, deberá efectuarse con prontitud laparotomía exploradora.

Correspondencia

Gualberto Segovia Meza. Hospital de Apoyo de Huamanga. Av. Independencia 355; Huamanga - Ayacucho

Telf. (064)812180

Email: gualbertosegovia@hotmail.com

* Médicos ginecoobstetras del Hospital IV EsSalud-Huancayo);





BIBLIOGRAFÍA

1. Seiciman JD, Ronnett BM, Kurman RJ. Pathology of borderline (low malignant potential) ovarian tumours. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002; 16(4): 499-512.
2. Yusuf L, Ergete W, Abebe K. An ovarian tumor larger than the patient's body weight. *Ethiop Med L* 2002; 40(2): 179-85.
3. Alcazar JL, Errasti T, Minguez JA, Galan MJ, García-Manaro M, Ceamanos C. Sonographic features of ovarian cystadenofibromas: spectrum of findings. *J Ultrasound Med* 2002; 20(8): 915-9.