

PRESENTACIÓN DE CASO

Quiste gigante de ovario

Giant ovarian cyst

Dr. Dagoberto Calderón Rodríguez*, Lic. Carlos Manuel Jiménez Martínez**, Lic. Idania Bagó Fonseca***

*Especialista de Primer Grado en Cirugía. Profesor Instructor. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas, Cuba. **Licenciado en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Asistente. Filial Mario Muñoz Monroy, Las Tunas, Cuba. ***Licenciada en Podología. Profesora Asistente. Filial Mario Muñoz Monroy, Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dr. Dagoberto Calderón Rodríguez, correos electrónicos: dcr1977@ltu.sld.cu, luzcarlitos@ltu.sld.cu.

RESUMEN

Un crecimiento quístico del ovario debe medir por lo menos 2,5 cm de diámetro para denominarse *quiste*. Se presenta el caso de una paciente de 36 años, femenina, perteneciente a la etnia Wayú, con un quiste gigante en ovario derecho, de aproximadamente 10 cm de diámetro, un peso de 3,6 Kg y torcido sobre su pedículo, que le provoca dolor intenso de más de un mes de evolución. Se practicó intervención quirúrgica y se comprobaron signos macroscópicos de necrobiosis de ovario, siendo el resultado de la biopsia un teratoma maduro. Su resultado final fue satisfactorio.

Palabras clave: OVARIO; QUISTE GIGANTE; TERATOMA.

Descriptores: NEOPLASIAS OVÁRICAS; TERATOMA.

SUMMARY

By definition, a cystic growth of the ovary should measure at least 2,5 cm of diameter to be defined as a cyst. A 36 years old female patient belonging to the Wayú ethnic group is treated due to a giant ovarian cyst in the right ovary. The cyst measures approximately 10 cm of diameter, weights 3,6 Kg and is bent on its pedicle, causing intense pain for about a month. A surgical intervention was performed and there were proven macroscopic signs of ovarian necrobiosis, a mature teratoma being the result of the biopsy. The final result was satisfactory.

Key words: OVARY; GIANT CYST; TERATOMA.

Descriptors: OVARIAN NEOPLASMS; TERATOMA.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de ovario representan aproximadamente el 30% de los tumores genitales, los más frecuentes son los epiteliales y germinales. Los quistes gigantes tienen una frecuencia menor de 1%. (1, 2)

Se cree que los teratomas maduros son tumoraciones de células germinales que se originan de las células germinales totipotenciales del ovario. A menudo contienen masas calcificadas y a veces dientes y fragmentos de huesos que pueden verse en la radiografía abdominal. Ocurren a cualquier edad, pero es más frecuente su detección en personas de 20 a 40 años. Son quistes dermoides

benignos. Sin embargo, el teratoma sólido ocasional casi siempre es maligno (teratoma inmaduro). (3)

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. (4) En la literatura se ha reportado la asociación entre cáncer de ovario y endometrio, (5) pero muy pocos han descrito la asociación de estos con el cáncer de trompa de Falopio.

Se presenta una paciente estudiada y tratada en el Servicio de Cirugía del Hospital Santa Cruz de Mara, con un significativo e inusual diagnóstico de quiste gigante de ovario, torcido, con más de un mes de dolor abdominal.



PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, de 36 años de edad, perteneciente a la etnia Wayú, que acude a la consulta de cirugía general del Centro Médico de Diagnóstico Integral (CDI) Santa Cruz de Mara, del municipio Mara, Venezuela; aquejando dolor abdominal de más de un mes de evolución y aumento de volumen notable en el abdomen. No presentó fiebre, fluidos vaginales u otra

sintomatología. Al examen físico se constató: aumento de volumen que ocupaba todo el hemiabdomen inferior y hasta por encima del ombligo, tumor duro de más de 10 cm de diámetro, adherido a planos profundos, que ocupaba todo el flanco y la fosa iliaca derechos, irradiado hacia el meso e hipogastrio (**figura 1**), muy doloroso a la palpación, pero sin signos de peritonismo.

FIGURA 1. Localización del tumor, torcido sobre su pedículo con más de 10 cm de diámetro



Exámenes complementarios

Hemograma completo: Hb: 130 g/L; leucos: $9,4 \times 10^9/L$.
 Eritrosedimentación: 18 mm/h.
 Triglicéridos: 0,80 m/L.

Coulograma: tiempo de sangrado: 15" control: 13.
 Plaquetas: 250.000×10^{-6}
 Exudado vaginal: negativo.
 Serología: no reactiva.
 Glucemia: 4,6 mmol/L.

FIGURA 2. Teratoma de ovario con necrobiosis



Exámenes imaginológicos

Ecografía abdominal: masa tumoral de posible contenido quístico en relación con ovario derecho. TAC (tomografía axial computarizada) abdominal que describía la masa, asociándola con proceso quístico del ovario derecho, tumor de aproximadamente 10 cm de diámetro. En la TAC simple y contrastada de abdomen e hipogastrio se observó: en el topograma aumento de la densidad de partes blandas, que desplazaban las asas intestinales. Se decidió practicar intervención quirúrgica, donde se encontró quiste gigante del ovario derecho, con un peso de 3,6 Kg y signos macroscópicos de necrobiosis, que se extirpó en su totalidad (anisectomía derecha), sin encontrar otras alteraciones en el acto operatorio (**figura 2**). Se envió la pieza para hacer biopsia y la misma informó teratoma de ovario y focos de necrosis. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta a los 5 días, siendo seguida en consulta por 3 meses posteriores, sin presentar ninguna alteración.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de los tumores del ovario es de difícil determinación en etapas tempranas. Gran número de ellos son asintomáticos y se descubren en una exploración ecográfica. Los quistes gigantes de ovario son una afección relativamente rara en la actualidad, debido al desarrollo de la cirugía y a los medios diagnósticos con que se cuenta. (6) El teratoma ovárico se caracteriza por ser relativamente pequeño en comparación con otras neoplasias ováricas; el 75% tienen menos de 10 cm

de diámetro. Más de la mitad de las mujeres son asintomáticas (60-85%), y el dolor abdominal (48-78%) constituye el síntoma más frecuente. Se pueden presentar en ocasiones con dolor agudo, por torsión o por ruptura espontánea. La torsión es infrecuente (3,5%), produciéndose cuando el tamaño es mayor de 10 cm. (7) Lo inusual de este caso estriba en el hecho de que esta paciente con un tumor gigante de ovario que sufrió una complicación, se torció sobre su pedículo varios días antes de acudir a consulta, solamente aquejaba dolor en hipogastrio y no mostró signos de peritonismo u otros, que indujeran a pensar en dicha complicación. Aunque la enfermedad no se piensa debido a su rareza, sin embargo debe tenerse presente cuando hay dolor bajo vientre de instalación brusca, náuseas, vómitos, fiebre, tumor palpable, leucocitosis y evidencia sonográfica de una masa en hipogastrio. (8) Es conocido que cuando un órgano intraabdominal se tuerce sobre su pedículo se produce una florida gama de signos y síntomas que incluyen dolor intenso, reacción peritoneal y hasta signos de shock, que esta paciente nunca mostró. Los resultados de esta intervención son comparables con estudios realizados por otros autores, (9) estos tumores suelen presentarse sin síntomas, su manejo estará determinado por el crecimiento desmesurado, que conlleva a una masa abdominal palpable, dolor abdominal, como era el caso de esta paciente, la cual presentaba ligera hidronefrosis izquierda por la dificultad en la evacuación normal de la orina. (10) El diagnóstico es relativamente fácil cuando alcanzan este tamaño y es posible auxiliarse del ultrasonido, con un gran porcentaje de efectividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Manual de procedimientos, diagnóstico y tratamiento en cirugía / MINSAP.- La Habana: Pueblo y educación, 2005.
2. Rosales Aujang E. Giant ovarian cyst and pregnancy. Case report and literature review. Ginecología y Obstetricia de México [revista en la Internet]. (2011, Apr), [citado June 30, 2014]; 79(4): 235-8. Disponible en: MEDLINE Complete.
3. Rubin SC, Sutton GP (eds): Ovarian Cancer. 2nd ed. New York: McGraw-Hill. 2002.
4. Cástulo Coello de la Cruz, Eloy Verdecia Silva, Martha Cristina Labrada Gelpi. Presentación de un caso con quiste gigante de ovario. Correo Científico Médico de Holguín [revista en la Internet] 2011 [citado 2014 Jun 10]; 15(3). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no153/no153presc03.htm>.
5. Alduaij A, Hansen K, Zhang C. Primary follicular lymphoma of the fallopian tube found incidentally in a patient treated for endometrial carcinoma: a case report. Diagnostic Pathology [revista en la Internet]. (2010, June 28), [citado June 30, 2014]; 544. Disponible en: MEDLINE Complete.
6. Corrales-Hernández Y. Quiste de ovario gigante. Presentación de un caso. Medisur [revista en la Internet]. 2012 [citado 2014 Jun 10]; 10(4): [aprox.5p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1664>.
7. Solís Alfonso Lesly, Álvarez Padrón Jesús Francisco, Piñeira Bárbara Mercedes Paula, Pérez Escribano Jesús. Diagnóstico imaginológico de un teratoma gigante de ovario. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2014 Jun 30]; 40(2): 182-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000200011&lng=es.

8. Álvarez Sánchez Aida de la Caridad. Torsión de ovario. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2014 Jun 10]; 37(1): 117-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100013&lng=es.
9. Arroyo Díaz MJ, Díaz Gutiérrez M, García Tirada M, Gutiérrez Aleaga YL. Quiste gigante de ovario: presentación de un caso. Medisur [revista en la Internet]. 2011 [citado 12 Feb 2012]; 9(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/issue/view/57>.