

Cistoadenoma mucinoso coexistente con tumor de la granulosa de ovario contralateral

Mucinous cystadenoma coexisting with contralateral ovarian granulosa tumor

Juan Carlos Avilés-Leyva¹, Somalí Milagro Bodaño-Díaz², José Luis Cusidó-Carralero³

¹Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas. ²Dirección Municipal de Salud, Las Tunas. ³Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Facultad de Ciencias Médicas Dr. "Zoilo Enrique Marinello Vidaurreta". Las Tunas. Cuba.

Recibido: 9 de junio de 2023

Aprobado: 29 de agosto de 2023



RESUMEN

Los tumores gigantes de ovario son patologías poco frecuentes en las afecciones ginecológicas. Siendo excepcional el hallazgo de una tumoración gigante de ovario (*cystadenoma mucinosus*) coexistente con un tumor de la granulosa. Es una situación clínica quirúrgica de especial interés debido a la rareza de presentación. Se presenta el caso de una paciente de 63 años de edad, de piel blanca. Remitida al Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" refiriendo aumento progresivo y rápido del abdomen, de 7 meses de evolución y sin otro síntoma en sus comienzos, pero en los últimos 3 días con falta de aire al acostarse, dolor abdominal, vómitos, náuseas y anorexia. Se diagnostica un abdomen agudo quirúrgico, junto con los antecedentes de la paciente, examen físico y los hallazgos ecográficos, llevó a la conclusión de oclusión intestinal y tumor gigante de ovario. Se realizó histerectomía total abdominal con doble anexectomía, resecando tumor de ovario izquierdo de 35x30x15 cm torcido, ovario derecho de aspecto normal. El análisis histológico concluyó que la tumoración resecada era un cistoadenoma mucinoso izquierdo, pero también informó tumor quístico de células de la granulosa, variante adulto microfollicular, de ovario derecho. La paciente se recuperó rápidamente, fue dada de alta al octavo día y remitida a la consulta de oncoginecología.

Palabras clave: TUMOR DE OVARIO; TUMOR DE LA GRANULOSA; CISTOADENOMA MUCINOSO.

Descriptores: HISTERECTOMÍA; NEOPLASIAS OVÁRICAS; CISTOADENOMA MUCINOSO.

INTRODUCCIÓN

Los tumores del ovario no son tan frecuentes como los del útero y de la mama. Constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. Hay tumores pequeños macroscópicamente y tumores masivos que ocupan toda la pelvis e incluso la cavidad abdominal. Con la edad, el ovario humano envejece en sus funciones; sin embargo, nunca pierde su capacidad para generar tumores. ^(1,2)

SUMMARY

Giant ovarian tumors are rare pathologies in gynecological conditions. It is exceptional to find a giant tumor of the ovary (mucinous cystadenoma) coexisting with a granulosa tumor. It is a clinical surgical situation of special interest due to the rarity of presentation. The case of a 63-year-old patient with white skin is presented. Referred to the General Teaching Hospital "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" presenting progressive and rapid increase of the abdomen, 7 months of evolution and no other symptom in its beginnings, but in the last 3 days with lack of air at bedtime, abdominal pain, vomiting, nausea and anorexia. A surgical acute abdomen was diagnosed. Along with the patient's history, the physical examination and ultrasound findings led to the conclusion of intestinal occlusion and a giant ovarian tumor. Total abdominal hysterectomy was performed with double annexation, resecting a 35x30x15 cm normal-looking left ovary tumor. Histological analysis concluded that the resected tumor was a left mucinous cystadenoma, but also reported cystic granulosa cell tumor, adult microfollicular variant, of the right ovary. The patient recovered quickly, was discharged on the eighth day and referred to the oncogynecology clinic.

Keywords: MYXOID LIPOSARCOMA; LIPOSARCOMA; MALIGNANT NEOPLASM; SURGICAL TREATMENT.

Descriptors: HYSTERECTOMY; OVARIAN NEOPLASMS; CYSTADENOMA, MUCINOUS.

Translated into English by:

Julio César Salazar Ramírez



Citar como: Avilés-Leyva JC, Bodaño-Díaz SM, Cusidó-Carralero JL. Cistoadenoma mucinoso coexistente con tumor de la granulosa de ovario contralateral. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2023; 48: e3435. Disponible en: <https://revzoiilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/3435>.



tumores de ovario constituyen un grupo de neoplasias diversas por su histogénesis, epidemiología e historia natural. Se clasifican en tres grupos: epiteliales, germinales y estromales. ^(2,3)

La mayoría de los cánceres de ovario afecta a mujeres posmenopáusicas y solo entre el 10 y 15 % a mujeres premenopáusicas. La edad media de las pacientes con cáncer epitelial de ovario se sitúa en torno a los 60 años. Menos del 1 % de las neoplasias epiteliales de ovario aparecen antes de los 30 años y la mayoría son tumores de células germinales. Alrededor del 20 al 30 % de las neoplasias ováricas encontradas en mujeres posmenopáusicas son malignas, mientras que solo el 7 % de las encontradas en mujeres premenopáusicas lo son. ⁽³⁾

Los tumores mucinosos de ovario que contienen epitelio intestinal son los más probables en la categoría de bajo potencial maligno o en los invasivos. Habitualmente producen pocos síntomas y suelen ser inespecíficos. Se vuelven clínicamente manifiestos debido al crecimiento, o en casos de torsión. ⁽⁴⁾

Los tumores mucinosos son neoplasias ováricas de origen epitelial relativamente frecuentes (8-23 %), mientras que los tumores de los cordones sexuales y del estroma gonadal, como el tumor de la granulosa de tipo adulto, suponen del 0,6 al 3 % de todos los tumores ováricos y un 95 % del total de tumores de la granulosa. De los cistoadenomas mucinosos, un 85 % son benignos, el 6 % son de bajo potencial maligno y un 9 % son tumores invasivos. Sin embargo, la coexistencia de ambos tumores es extremadamente rara. ^(5,6)

En la literatura médica se describen casos de cistoadenoma mucinoso y tumor de la granulosa en el mismo ovario, en la que se formulan tres posibles hipótesis: la primera por una metaplasia heteróloga de los elementos mucinosos benignos; la segunda una hiperplasia estromal reactiva en la pared de la neoplasia mucinosa y la tercera por simple casualidad. ⁽⁶⁾

Es poco común que una paciente presente en ambos ovarios la coexistencia de un cistoadenoma mucinoso izquierdo con un tumor de la granulosa en el ovario derecho. Debido a su rareza, se considera importante la presentación de este caso, con el objetivo de describir la evolución clínico-quirúrgica de la paciente con componentes histológicos diferentes en ambos ovarios.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de piel blanca, 63 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial crónica, para lo cual lleva tratamiento con captopril (25 mg) 1 tableta cada 8 horas, más hidroclorotiazida (25 mg) 1 tableta diaria; diabetes mellitus tipo II controlada con insulina lenta 25 U a 07:00 am y 07:00 pm; además, obesidad. Se recoge el antecedente de conización de cuello uterino, la paciente no recuerda el año ni el motivo de este proceder. Historia obstétrica anterior de gesta 4, partos, 3 eutócicos y uno distócico por cesárea,

abortos 0, menopáusica desde los 50 años. Diagnosticada de tumor de ovario mixto hace 3 años, dictamen ocultado a la paciente por sus familiares.

Remitida al Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" desde el Hospital General Docente "Guillermo Domínguez" del municipio de Puerto Padre, con antecedentes desde aproximadamente 7 meses comenzó con aumento de volumen progresivo y rápido del abdomen, sin otro síntoma en sus comienzos; en los últimos 3 días con falta de aire al acostarse, dolor en hemiabdomen inferior, síntomas digestivos como vómitos de contenido bilioso, náuseas y anorexia. Por lo anteriormente expuesto, se decide el ingreso.

Al examen físico la paciente se encontraba estable termodinámicamente (temperatura corporal de 36,5° C). La frecuencia cardíaca de 84 latidos por minuto y presión arterial de 130 /80 mmHg. El abdomen se observó globuloso, palpándose tumoración que ocupaba todo el abdomen, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio y en ambas fosas ilíacas, con matidez a la percusión y ruidos hidroaéreos ausentes. Al espéculo: cuello central, muy corto, entreabierto con presencia de pequeño coágulo en orificio cervical externo. Tacto vaginal: cuello permeable al pulpejo del dedo y tumor abdominal ya descrito.

Exámenes complementarios: hemoglobina 106 g/L, hematocrito 0,32 L/L, leucograma 13,8 x 10⁹/L, polimorfos neutrófilos 0,71 %, linfocitos 0,27 %, monocitos 0,02 %, eritrosedimentación 57 mm/h. Coagulograma: tiempo de coagulación 8 minutos, coágulo retráctil, conteo de plaquetas 285 x 10⁹/L. TGP 12,2 UI, TGO 14,4 UI, proteínas totales 68,6 G/L, albúmina 52,8 G/L, glucemia 14,4 mmol/L, creatinina 132 umol/L, urea 8,6 mmol/L, ácido úrico 262 umol/L, grupo y factor O positivo.

El ultrasonido informa: aumento del patrón gaseoso, masa compleja predominantemente quística, con tabiques en su interior y contenido denso que ocupa hemiabdomen inferior y flanco izquierdo, que no permite visualizar otras estructuras.

Se diagnostica un abdomen agudo quirúrgico, junto con los antecedentes de la paciente, examen físico y los hallazgos ecográficos, llevó a la conclusión de oclusión intestinal y tumor gigante de ovario.

IMAGEN 1. Histerectomía total abdominal con doble anexectomía



La paciente fue sometida a laparotomía para diagnóstico. Durante el procedimiento se observó tumor de ovario izquierdo de 35x30x15 cm torcido, que comprimía extrínsecamente el intestino delgado y el colon, resto de genitales internos y cavidad abdominal sin alteraciones macroscópicas. No se evidenció ascitis. Se procedió a realizar histerectomía total abdominal con doble anexectomía. (**imagen 1**)

El análisis histológico demostró que la tumoración reseca (ovario izquierdo) era un cistoadenoma mucinoso con quistes simples y adicionalmente se informa tumor quístico de células de la granulosa variante adulto microfolicular de ovario derecho. Se observaron además: hiperplasia simple sin atipia del endometrio, adenomiosis, leiomiomas submucoso e intramural, cervicitis crónica, fibrosis tubárica y arterosclerosis por calcificación de la túnica media de Monkchiberg uterina. (**imagen 2**)

IMAGEN 2. Pieza en el departamento de anatomía patológica



La paciente se recuperó rápidamente, solo presentó seroma de la herida quirúrgica al séptimo día y fue dada de alta sin otras complicaciones al octavo día. Ante este diagnóstico postoperatorio no sospechado con anterioridad, derivamos a la paciente a la consulta de oncoginecología de nuestro hospital, para valorar tratamiento coadyuvante.

DISCUSIÓN

Los tumores mucinosos presentan una característica especial y es que diferentes regiones del tumor difieren del resto de la estructura. Pueden crecer hasta alcanzar gran parte de la cavidad abdominal, llegar a pesar hasta 40 lb y alcanzar un diámetro de 30 cm. Los tumores que son benignos, raras veces son bilaterales. Los tumores malignos, especialmente aquellos en etapas avanzadas, son bilaterales en 46 %. Tanto los tumores benignos, boderline, o francamente malignos, son multiloculares con quistes en distintas áreas del tumor. ⁽²⁾

La exploración física no es suficiente para determinar la benignidad o malignidad del tumor. El diagnóstico se basa en las pruebas de imagen por ecografía y tomografía axial computarizada (TAC) abdominales, en la determinación de los marcadores tumorales y en el estudio anatomopatológico. Este último es el único que permite el diagnóstico definitivo. Es frecuente la coexistencia de varios tipos histológicos de células en una misma masa tumoral, por lo que el examen debe ser lo más minucioso posible para un correcto diagnóstico. ⁽⁶⁾

En el ovario pueden desarrollarse tumores histológicamente muy distintos entre sí, los tumores de ovario pueden aparecer a cualquier edad. La máxima incidencia de los tumores de células de la granulosa del adulto se encuentra entre los 45 a 55 años. Un tercio de las pacientes son premenopáusicas y el resto posmenopáusica. Aproximadamente tres cuartas partes de estos tumores evolucionan con hiperestronismo y el tumor funcional ovárico es el más frecuente. En el 20 % de los casos hay afectación del endometrio, generalmente hiperplasia simple, aunque también se conoce un incremento de la frecuencia del adenocarcinoma bien diferenciado. ^(2,7)

Estos tumores varían en su tamaño, desde pequeños tumores inapreciables hasta grandes masas pélvicas que distienden el abdomen. El diámetro medio puede estimarse de 12 cm. Se tratan de tumores predominantemente sólidos o quísticos, generalmente unilaterales (en 95 % de los casos). Su superficie externa es lisa, de corte amarillenta o gris-blancuecina, dependiendo de su contenido en lípidos; son uni o multiloculados, con una consistencia blanda o firme según sea el componente estromal fibrotecomatoso mayor o menor. ⁽²⁾

Entre las complicaciones más comunes de los quistes ováricos benignos destaca la torsión, la hemorragia o la rotura. La cirugía constituye la primera línea de tratamiento. La quimioterapia reporta beneficios a partir del estadio IC, asociándose al aumento de periodos libre de enfermedad en virtud de la tendencia del tumor a la recidiva; ahí radica la importancia del seguimiento de la paciente. En general, se asocia con un buen pronóstico, a pesar de su asociación con las recidivas. Su baja agresividad y su estadio temprano al diagnóstico. ^(8,9)

Lo inusual en esta paciente fue, primero, la presencia de un tumor gigante de ovario torcido el cual resultó histológicamente un cistoadenoma mucinoso izquierdo, coexistente con un tumor de la granulosa en el ovario contralateral. No se encontraron referencias bibliográficas de otro caso de aparición simultánea de estas dos neoplasias en ovarios distintos.

En este caso, el tumor de la granulosa fue un diagnóstico casual postoperatorio, en un ovario que, macroscópicamente no presentaba alteraciones. La razón de la histerectomía total con doble anexectomía se justifica por la edad de la paciente y

el examen físico asociado a los antecedentes ginecológicos.

Los tumores de la granulosa son los tumores ováricos que más frecuentemente producen estrógenos, aunque el porcentaje es difícil de establecer. La manifestación clínica más frecuente en la posmenopausia es la hemorragia vaginal, generalmente secundaria a hiperplasia endometrial y que hasta en un 5 % de los casos puede derivar en un adenocarcinoma.⁽⁵⁾

La paciente no refirió metrorragia posmenopáusica, pero al examen ginecológico con espéculo se encontró un pequeño coágulo en el orificio cervical

externo. Por lo que es posible que el tumor de la granulosa fuera de recién comienzo y productor de estrógenos. Lo que justifica la asociación con otras patologías que tienen factor común el hiperestronismo.

El examen físico y los estudios imageneológicos constituyen la base en el diagnóstico de los tumores de ovario. El tratamiento quirúrgico es decisivo en la recuperación y evolución favorable de las pacientes, lo que permite llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno. Siempre teniendo como prioridad el bienestar de la paciente, logrando mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Martínez Rosales O, Solorana Ortiz JA, de los Ángeles Ritchie A. Cistoadenoma mucinoso fronterizo gigante del ovario en una paciente posmenopáusica. *Revista Archivo Médico de Camagüey* [revista en internet]. 2022 [citado 11 de abril 2023]; 26(8253). Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8253>.
2. Echemendía Pérez M. *Ginecología oncológica pelviana* [en línea]. Segunda edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012 [citado 11 de abril 2023]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/ginecol_oncol_pel_nuevo/ginecol_oncol_completo.pdf.
3. Rigol Ricardo O, Santiesteban Alba SR. *Obstetricia y Ginecología* [en línea]. Cuarta edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023 [citado 11 de abril 2023]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/obstetricia_ginecologia_4ta_ed/obstetricia_ginecologia_4ta_ed.pdf.
4. Carrión LE. Cistoadenoma mucinoso de ovario, reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social* [revista en internet]. 2021 [citado 11 de abril 2023]; 5(3). Disponible en: <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v5i3.1186.2021>.
5. Millán Cantero H, Franco Márquez M, Moscardó MJ, Toro Salas A, Escudero Severín C, García Carrasco CE. Tumor de la granulosa coexistente con cistoadenoma mucinoso en el ovario contralateral. *Revista Progresos de Obstetricia y Ginecología* [revista en internet]. 2009 [citado 11 de abril 2023]; 52(9). Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(09\)72335-0](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(09)72335-0).
6. Forteza Sáez M, Pérez Trejo M, García Socarras D, Almeida Arias DA. Cistoadenoma mucinoso Gigante de ovario de bajo grado de malignidad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [revista en internet]. 2017 [citado 11 de abril 2023]; 43(3). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/240>.
7. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M. Tumor de colisión del ovario y embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [revista en internet]. 2019 [citado 11 de abril 2023]; 45(2). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/359>.
8. Expósito Fernández R, Navarro Rodríguez M. Tumor mucinoso gigante ovárico. Caso clínico. *Revista clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia* [revista en internet]. 2021 [citado 11 de abril 2023]; 48(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2020.10.003>.
9. López González E, Sillero Castillo A, Escribano Cobalea M. Tumor de las células de la granulosa del adulto. *Revista Ginecología y Obstetricia de México* [revista en internet]. 2021 [citado 11 de abril 2023]; 89(12). Disponible en <https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.5510>.

Contribución de los autores

Juan Carlos Avilés-Leyva |  <https://orcid.org/0009-0008-1221-5611>. Participó en: conceptualización e ideas; investigación; metodología; visualización; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Somalí Milagro Bodaño-Díaz |  <https://orcid.org/0009-0001-7897-6404>. Participó en: conceptualización e ideas; investigación; visualización; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

José Luis Cusidó-Carralero |  <https://orcid.org/0000-0002-6241-1409>. Participó en: redacción, revisión y edición final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.