

Cistoadenocarcinoma gigante de ovario

Giant ovarian cystadenocarcinoma

Karell Piñón-García^{1,2}  , Yudelky Almeida-Esquivel^{1,2} ¹Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech". ²Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba.

Recibido: 22 de julio de 2023

Aprobado: 18 de octubre de 2023



RESUMEN

Los tumores ováricos representan una de las neoplasias habituales de la mujer y son responsables de casi la mitad de las muertes por cáncer del aparato genital femenino. El cistoadenocarcinoma mucinoso, es definido como una neoplasia maligna que se origina en el tejido epitelial del ovario y que suele adquirir grandes dimensiones. Se presenta el caso de una mujer posmenopáusica de 79 años de edad, con antecedentes de hipertiroidismo e hipertensión arterial sistémica, controlados con tratamiento médico; acudió a la consulta de Cirugía General aquejando aumento de volumen notable en el abdomen. El examen físico reveló aumento de volumen de todo el abdomen por una tumoración que lo ocupaba en casi toda su totalidad. Se realizó laparotomía exploratoria encontrando tumoración de ovario derecho, el cual fue extirpado y medía 30 cm. El diagnóstico histológico informó cistoadenocarcinoma mucinoso ovárico. La evolución clínico-quirúrgica transcurrió sin complicaciones y fue derivada al servicio de Oncología para tratamiento y seguimiento, sin presentar ninguna alteración. El cistoadenocarcinoma mucinoso ovárico puede alcanzar tamaños grandes, por lo que se debe considerar en aquellas mujeres con historia de tumoraciones pélvicas o abdominales gigantes. Actualmente no representa un problema de salud en el territorio. El avance tecnológico en los medios diagnósticos permite una detección precoz. La resección quirúrgica y quimioterapia son las modalidades de elección para el tratamiento de esta entidad.

Palabras clave: OVARIO; TUMOR OVÁRICO; CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO GIGANTE; LAPAROTOMÍA; QUIMIOTERAPIA.

Descriptores: CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO; LAPAROTOMÍA; QUIMIOTERAPIA; TUMOR DE BRENNER.

INTRODUCCIÓN

La patología ovárica es frecuente, la mayoría de las veces funcional y aguda, pero en ocasiones suele ser maligna y asintomática y aunque las tumoraciones


SUMMARY

Ovarian tumors represent one of the usual neoplasms of women and are responsible for almost half of the deaths from cancer of the female genital tract. Mucinous cystadenocarcinoma is defined as a malignant neoplasm that originates in the ovarian epithelial tissue usually acquiring large dimensions. We present the case of a postmenopausal 79 years old woman with a history of hyperthyroidism and systemic hypertension controlled with medical treatment. The patient came to the General Surgery office suffering from significant increase in volume in the abdomen. The physical examination revealed the abdominal increase was due to a lump that occupied almost all of it. Exploratory laparotomy was performed finding a 30 cm right ovary tumor which was removed. Histological diagnosis reported mucinous ovarian cystadenoma. She passed the clinical-surgical evolution without complications and was referred to the Oncology service for treatment and follow-up without presenting any alteration. Mucinous ovarian cystadenoma can have large sizes, so it should be considered in women with history of giant pelvic or abdominal tumors. Currently, it does not represent a health problem in the territory. Technological advances in diagnostic devices foster an early detection. Surgical resection and chemotherapy are the choice for treating this entity.

Keywords: OVARY; OVARIAN TUMOR; GIANT MUCINOUS CYSTADENOMA; LAPAROTOMY; CHEMOTHERAPY.

Descriptors: CYSTADENOCARCINOMA, MUCINOUS; LAPAROTOMY; DRUG THERAPY; BRENNER TUMOR.

Translated into English by:

Julio César Salazar Ramírez 

del ovario constituyen el tercer grupo de tumoraciones tanto desde el punto de vista benigno como maligno no son tan frecuentes como los de mama y los uterinos. ⁽¹⁾



Citar como: Piñón-García K, Almeida-Esquivel Y. Cistoadenocarcinoma gigante de ovario. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2023; 48: e3508. Disponible en: <https://revzoiilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/3508>.

Son una enfermedad frecuente dentro del contexto de las afecciones femeninas que motivan la asistencia a consultas, tanto de las especialidades de Obstetricia y Ginecología como de Cirugía General, de un grupo elevado de mujeres, cuyas edades oscilan desde las tempranas hasta las ya avanzadas.⁽²⁾ La literatura reporta que existen alrededor de 37 tipos de tumores que se pueden originar en los ovarios.⁽³⁾

De acuerdo con su posible origen, según cita Brismat y Gutiérrez,⁽⁴⁾ los tumores se dividen en seis tipos. En el epitelio germinativo: cistadenomas seroso, mucinosos y endometrioides, así como los cistoadenocarcinomas. Del tejido conectivo: fibromas, sarcomas, tumor de Brenner. De las células germinales: disgerminoma, teratoma y carcinoma. De los estromas gonadales: las neoplasias de células de la granulosa-teca. Tumores de restos vestigiales: mesonefoma, tumores metastásicos.

Las neoplasias epiteliales son las más comunes, suelen aparecer alrededor de la menopausia y la incidencia de tumores malignos aumenta con la edad.⁽⁵⁾

El cistoadenocarcinoma mucinoso, es definido como una neoplasia maligna que se origina en el tejido epitelial del ovario y que suele adquirir grandes dimensiones.⁽⁶⁾ Los tumores ováricos se denominan "gigantes" si son mayores de 20 cm.⁽⁷⁾

Sin embargo, en la era moderna de la medicina, estos tumores de ovario mucinosos enormes se han vuelto raros en la práctica médica actual, ya que la mayoría de los casos se diagnostican temprano durante los exámenes ginecológicos de rutina o como hallazgos incidentales en el examen de ultrasonido (US) de la pelvis y el abdomen.⁽⁸⁾

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una mujer posmenopáusica a quien se le diagnosticó y recibió tratamiento por presentar un tumor gigante de ovario.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 79 años de edad, color de la piel blanca, posmenopáusica, con antecedentes de hipertiroidismo e hipertensión arterial sistémica,

controlados con tratamiento médico; acudió a la consulta de Cirugía General aquejando aumento de volumen notable en el abdomen, progresivo, insidioso, de dos años de evolución. Refirió al interrogatorio que en los últimos meses presenta dolor abdominal difuso, anorexia, disuria y disnea de esfuerzo.

El examen físico reveló, a la inspección, ligera palidez cutáneo-mucosa y un abdomen globuloso. A la palpación, se detectó aumento de volumen de todo el abdomen por una tumoración que lo ocupaba en casi toda su totalidad, redondeada, escasamente móvil, de bordes bien definidos, lisos y renitentes; doloroso a la palpación, pero sin signos de peritonismo y matidez a la percusión (**imagen 1**).

IMAGEN 1. Abdomen previo al acto quirúrgico



Se procedió a la realización de estudios analíticos, cuyos resultados fueron: hematocrito 0,30 %, glucemia 6,2 mmol/L, creatinina 68 mmol/L, leucograma con diferencial 7x10⁹/L (polimorfonucleares 0,64 %, linfocitos 0,36 %), velocidad sedimentación globular 11 mm/h, tiempo coagulación 7 segundos, tiempo sangramiento 1 segundo, conteo de plaquetas 210 x10⁹/L, serología y virus de inmunodeficiencia humana no reactivos.

Radiografía simple de tórax postero-anterior: elevación de ambos hemidiafragmas, no alteraciones pleuropulmonares agudas.

El US abdominal mostró: imagen ecolúcida, lobulada, con tabiques finos y gruesos, inmensurable, la cual se extiende desde hipogastrio hasta epigastrio, ambos flancos y fosas ilíacas.

IMAGEN 2. Tomografía computarizada contrastada de abdomen que muestra lesión tumoral



Tomografía computarizada contrastada de abdomen: proceso expansivo de contornos lobulados y tabiques e imagen central estrellada que capta contraste y que se extiende desde el hipogastrio contorneando al útero, más acentuada a la izquierda y ocupa todo el diámetro del abdomen, con una extensión de 35x32x20 cm, con desplazamiento del colon hacia arriba. No adenopatías periaórticas ni en la raíz del mesenterio. Posible cistoadenoma versus cistoadenocarcinoma de ovario (**imagen 2**).

Con la aplicación de anestesia combinada (general orotraqueal y epidural continua), se decidió realizar intervención quirúrgica, donde se encontró tumor gigante de ovario derecho de 30 cm, íntimamente adherido al mesenterio de intestino delgado, que se extirpó en su totalidad (histerectomía total abdominal con doble anexectomía y omentectomía mayor), escaso líquido ascítico en cavidad abdominal sin encontrar otras alteraciones en el acto operatorio (**imagen 3**).

IMAGEN 3. Tumor gigante de ovario derecho, exposición de campo quirúrgico y resección



IMAGEN 4. Microfotografía, compatible con cistoadenocarcinoma mucinoso



Se envió la pieza quirúrgica al departamento de Anatomía Patológica para hacer biopsia y la misma informó cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario derecho (**imagen 4**).

La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta a los siete días, siendo seguida en consulta externa por cuatro meses posteriores y remitida al servicio de Oncología para tratamiento y seguimiento, sin presentar ninguna alteración.

DISCUSIÓN

Los tumores ováricos representan una de las neoplasias habituales de la mujer y son responsables de casi la mitad de las muertes por cáncer del aparato genital femenino.⁽²⁾

Las masas ováricas, según cita Molina et al.⁽⁹⁾ se consideran grandes si tienen un diámetro entre 5 y 15 cm, cuando son mayores de 20 cm se les suele denominar gigantes. La paciente que se expone en

este artículo presentó un tumor de ovario gigante con un diámetro de 30 cm.

Los quistes extragrandes benignos y malignos del ovario son poco comunes y conllevan desafíos de diagnóstico, tratamiento y la determinación del antígeno del cáncer (CA)-125 puede ayudar a identificar los tumores epiteliales del ovario. Los cistoadenocarcinomas mucinosos gigantes son muy raros con un agrandamiento abdominal enorme.⁽⁸⁾

Pérez et al.⁽¹⁰⁾ han publicado que aparece más frecuente en el grupo etario de 45-65 años y por lo general son masas quísticas multiloculares, unilaterales o de gran tamaño que contienen secreciones acuosas o viscosas con cápsulas blancas lisas de 18 a 22 centímetros de diámetro. En el caso expuesto por los autores, el cistoadenocarcinoma gigante de ovario se presentó en una mujer de 79 años.

Desde el punto de vista clínico, según cita Molina et al. ⁽⁹⁾ los pacientes pueden estar completamente asintomáticos en etapas tempranas, sin embargo, la plenitud abdominal, dispepsia, saciedad temprana, distensión abdominal, ascitis o masas abdominales pueden aparecer a medida que avanza la enfermedad.

Pueden surgir de novo o transformarse a partir de un cistoadenoma mucinoso benigno, que se ha descrito ocurre en aproximadamente el 12 % de los casos. Sin embargo, pueden surgir en muchos tipos diferentes de tejido, incluidos ovario, apéndice, páncreas, vía biliar, mama y riñones a partir de vestigios de elementos intestinales dentro de la lesión. ⁽¹⁰⁾ En este caso, el tejido ovárico fue el sitio de origen del tumor.

Navarro et al. ⁽¹¹⁾ plantean que, a pesar de los avances en el tratamiento, la supervivencia global de las pacientes con cáncer de ovario no ha cambiado significativamente durante los últimos 20 años. Es denominado "el asesino silencioso" por los sistemas de salud mundiales, por ser una enfermedad de difícil diagnóstico.

Para llegar al diagnóstico, según cita Uhde et al. ⁽⁶⁾ se deben realizar las siguientes pruebas: examen físico, marcadores tumorales y las pruebas de imagen, como la ecografía transabdominal (USTA) y transvaginal (TVUS) con Doppler color y Power Doppler, la tomografía computarizada (TC) y la imagen resonancia magnética (IRM). En este caso, al efectuarle el US abdominal y la TC a la paciente, se realizó el diagnóstico de tumor gigante de ovario.

Según la literatura consultada tiene una apariencia multiloculada, septos engrosados y un componente

sólido o nodular con vascularización interna que constituye el mayor predictor de malignidad. ⁽¹²⁾

El diagnóstico histológico de los cistoadenocarcinomas mucinosos ováricos se basa en la presencia de focos invasivos, invasión angiolinfática o invasión perineural. El epitelio de los quistes es generalmente cilíndrico y mono o multiestratificado y el epitelio cuboidal se debe a la presión dentro del quiste. Las células clásicas muestran un citoplasma claro y un núcleo hipercromático en la base de la célula. ⁽¹⁰⁾

El tratamiento de los tumores de ovario depende del estadio, pudiendo ser solo quirúrgico o asociado a quimioterapia. El tratamiento quirúrgico va desde la extirpación del ovario hasta la histerectomía abdominal total con anexectomía bilateral y omentectomía, dependiendo de cada caso. En estadios avanzados, cuando no hay posibilidad de cirugía, en caso de recurrencia o metástasis, está indicada la quimioterapia. ⁽¹²⁾

Por los antecedentes de la paciente y el tamaño de la masa, se decidió laparotomía con resección completa de la tumoración y se indicó quimioterapia, sin complicaciones.


El cistoadenocarcinoma mucinoso ovárico puede alcanzar tamaños grandes, por lo que se debe considerar en aquellas pacientes con historia de tumoraciones pélvicas o abdominales gigantes. Actualmente no representa un problema de salud en el territorio. El avance tecnológico en los medios diagnósticos permite una detección precoz. La resección quirúrgica y el tratamiento óptimo con quimioterapia son las modalidades de elección para el tratamiento de esta entidad.


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Mera-Rivas JD, Caicedo-Zambrano AS, Rodríguez-Montalván ÁL. Tumor de ovario y embarazo. A propósito de un caso. Rev. Metropolitana de Ciencias Aplicadas [revista en internet]. 2023 [citado 20 enero 2023]; 6(1): 233-239. Disponible en: <https://remca.umet.edu.ec/index.php/REMCA/article/download/619/625>.
2. Martínez-Rosales O, Solarana-Ortiz JA, De los Ángeles-Ritchie A. Cistoadenoma mucinoso fronterizo gigante del ovario en una paciente posmenopáusica. Rev. AMC [revista en internet]. 2022 [citado 20 de enero 2023]; 26. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8253>.
3. Quintero-Paredes PP. Quiste de ovario gigante y embarazo. Rev. Cubana de Medicina General Integral [revista en internet]. 2021 [citado 20 de enero 2023]; 37(3). Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1439>.
4. Brismat-Remedios I, Gutiérrez Rojas ÁR. Quiste gigante de ovario. Rev. Med. Electrón. [revista en internet]. 2020 [citado 20 enero 2023]; 42(4): 2111-2120. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180022344002>.
5. Briceño-Morales C, Guerrero-Macías S, González F, Puerto AP, Burgos-Sánchez R, Millán-Matta C, et al. Tumores anexiales incidentales en cirugía abdominal. Rev. Colomb. Cir. [revista en internet]. 2022 [citado 20 de enero 2023]; 37(1): 129-134. Disponible en: <https://doi.org/10.30944/20117582.1685>.
6. Uhde-SPR, Friedrich-JV, Fiori-CMCM. Ovarian tumor in children and adolescents: case analysis in a reference center in pediatric oncology. Rev. RSD [revista en internet]. 2022 [citado 20 de enero 2023]; 11(13). Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09513590.2016.1190819>.
7. Shrestha BM, Shrestha S, Kharel S, Aryal S, Rauniyar R, Kuikel S, et al. Giant ovarian mucinous cystadenocarcinoma: A case report. Rev. Clinical Case Reports [revista en internet]. 2022 [citado 20 de enero 2023]; 10(7). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ccr3.6067>.

8. Katke RD. Giant mucinous cystadenocarcinoma of ovary: A case report and review of literature. *Rev. J. Midlife Health* [revista en internet]. 2016 [citado 20 de enero 2023]; 7(1): 41-44. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/0976-7800.179167>.
9. Molina GA, Izurieta AN, Moyon MA, Aguayo WG, Moyon FX, Tufiño JF, et al. Giant ovarian cystadenocarcinoma in an adult patient, a rare finding in modern times. *Rev. Journal of Surgical Case Reports* [revista en internet]. 2019 [citado 20 de enero 2023]; 2019(7): 1-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1093%2Fjscr%2Frjz207>.
10. Pérez-Ortiz V, Reyna-Villasmil E. Cistoadenocarcinoma mucinoso ovárico primario gigante. A propósito de un caso. *Rev. Avances en Biomedicina* [revista en internet]. 2019 [citado 20 de enero 2023]; 8(1): 30-34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3313/331365744004/html/>.
11. Navarro-Perdomo B, Carvajal-Otaño NM, Ruiz-Reyes D, Fleites-León A. Cistoadenofibroma gigante de ovario. *Rev. EsTuSalud* [revista en internet]. 2021 [citado 20 de enero 2023]; 3(3). Disponible en: <http://www.revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/125>.
12. Reddy R. Giant mucinous cystadenocarcinoma of the ovary with cavitory metastases to lungs in a postmenopausal woman: A rare presentation. *Rev. Gynecol. Minim. Invasive Ther.* [revista en internet]. 2022 [citado 20 de enero 2023]; 11(2): 134-136. Disponible en: https://doi.org/10.4103/gmit.gmit_73_21.

Contribución de los autores

Karell Piñón-García |  <https://orcid.org/0000-0002-1336-1396>. Participó en: conceptualización e ideas; investigación; validación; metodología; visualización; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Yudelky Almeida-Esquivel |  <https://orcid.org/0000-0002-5413-0383>. Participó en: conceptualización e ideas; redacción del borrador original; 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.