

Cistoadenoma mucinoso fronterizo gigante del ovario en una paciente posmenopáusica

Giant ovarian mucinous borderline cystadenoma, in a posmenopausal patient

Orlando Martínez-Rosales ^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7869-7034>

Joaquín Alejandro Solarana-Ortiz ¹ <https://orcid.org/0000-0001-9633-7086>

Aniusky de los Ángeles-Ritchie ² <https://orcid.org/0000-0003-4537-0868>

¹ Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez Landín. Servicio de Cirugía General. Holguín, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez Landín. Servicio de Urología. Holguín, Cuba.

* Autor para la correspondencia (email): joaquinhlq@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los tumores del ovario no son tan frecuentes como los del útero y los de la mama. Constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. El cistoadenoma fronterizo tiene características clinicopatológicas intermedias entre las de los tumores benignos y malignos.

Objetivo: Describir el manejo terapéutico exitoso de un caso de una mujer posmenopáusica con cistoadenoma mucinoso fronterizo de ovario.

Caso clínico: Paciente hipertensa y diabética, operada en el Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez Landín de la provincia Holguín, posmenopáusica de 54 años, con tumor gigante de ovario izquierdo y evolución clínico-quirúrgica satisfactoria.

Conclusiones: El cistoadenoma mucinoso fronterizo suele estar limitado al ovario en el momento del diagnóstico, sin invasión capsular ni peritoneal. El riesgo de degeneración maligna es muy variable y está relacionado con la edad. Para su tratamiento se recomienda la ooforectomía,

omentectomía y biopsia del ovario contralateral, de ganglios retroperitoneales, nódulos peritoneales visibles y la citología del líquido peritoneal.

DeCS: CISTOADENOMA MUCINOSO/terapia; OVARIO; POSMENOPAUSIA; NEOPLASIAS/cirugía; INFORMES DE CASOS.

ABSTRACT

Introduction: Ovarian tumors are not as frequent as those of the uterus and breast. They constitute the third group of benign and malignant tumors in women. Border cystadenoma has clinicopathologic intermediate features between those of benign and malignant tumors.

Objective: To describe the successful therapeutic management of a case of a postmenopausal woman with borderline mucus cystadenoma of ovary.

Case report: A hypertensive and diabetic patient, operated in the Lucia Iñiguez Landín Clinical Surgical Hospital in Holguin province, 54-year-old postmenopausal, with a giant tumor of the left ovary and satisfactory clinical-surgical evolution.

Conclusions: Border mucinous cystadenoma is usually limited to the ovary at the time of diagnosis, without capsular or peritoneal invasion. The risk of malignant degeneration is highly variable and is related to age. For its treatment, oophorectomy, omentectomy and biopsy of the contralateral ovary, retroperitoneal nodes, visible peritoneal nodules and cytology of peritoneal fluid are recommended.

DeCS: CYSTADENOMA, MUCINOUS/therapy; OVARY; POSTMENOPAUSE; NEOPLASMS/surgery; CASE REPORTS.

Recibido: 29/01/2021

Aprobado: 17/04/2021

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

Los tumores del ovario no son tan frecuentes como los del útero y los 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. ⁽¹⁾

Son una enfermedad frecuente dentro del contexto de las afecciones femeninas que motivan la asistencia a consultas, tanto de las especialidades de Ginecología como de Cirugía, de un grupo elevado de mujeres, cuyas edades oscilan desde las tempranas hasta las ya avanzadas. ⁽¹⁾

Alrededor del 75 % de los tumores de ovario son benignos o de malignidad limítrofe y 25 % son malignos. El riesgo de presentar tumores epiteliales se incrementa con el paso de la edad, 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, por lo que los estudios imagenológicos pueden ayudar en el diagnóstico. ^(2,3,4)

El riesgo de degeneración maligna es muy variable y está relacionado con la edad. 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. ^(1,2,3)

El cistoadenoma fronterizo o *borderline* según su denominación en inglés (CA_{dB}), tiene características clinicopatológicas intermedias entre las de los tumores benignos y malignos. ^(2,3,4) Por lo que es importante para el cirujano conocer sus peculiaridades para poder realizar el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, se presentó el caso y manejo terapéutico exitoso de una paciente posmenopáusica con cistoadenoma fronterizo gigante del ovario izquierdo.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 54 años de edad, de piel blanca y procedencia urbana con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial para lo que lleva tratamiento regular, acudió al servicio de urgencias de Cirugía General del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Lucía Íñiguez Landín de la provincia Holguín, Cuba, manifestaba dolor abdominal en hipogastrio, aumento de volumen de su abdomen, de 14 años de evolución, acompañado de constipación y dificultad para orinar, motivos por los que se le indicaron estudios analíticos y se ingresó en el servicio de Cirugía General para un mejor estudio y tratamiento.

Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Antecedentes patológicos familiares: no refiere.

Datos positivos al examen físico:

Abdomen globuloso, doloroso a la palpación profunda de forma difusa, masa visible y palpable que ocupa todo el hipogastrio y alcanza el hipocondrio derecho, de 40 cm de diámetro aproximadamente, bordes regulares y superficie lisa.

Tacto rectal: ampolla rectal vacía.

Tacto vaginal: Se palpa tumor anexial izquierdo gigante, de alrededor 30 centímetros de diámetro, movable, consistencia dura, doloroso a la movilización.

Espéculo: cuello central de múltipara.

Estudios analíticos:

- Hemoglobina: 120 g/L.

- Grupo: O positivo.
- Leucograma: $9 \times 10^9/L$.
- Eritrosedimentación: 135 mm/h.
- Glicemia: 9 mmol/L.
- Coagulograma: tiempo de sangramiento: dos minutos; coagulación: cinco minutos, plaquetas: $200 \times 10^9/L$.
- Creatinina: 109 mmol/L.

Estudios imagenológicos:

- Radiografía de tórax posteroanterior: sin lesiones pleuropulmonares.
- Ecografía abdominal: útero aumentado de tamaño para su edad, en proyección hacia ovario izquierdo se observa imagen compleja a predominio líquido, de gran tamaño que no es posible medir con el transductor, de paredes finas con tabiques finos en su interior (Figura 1).



Figura 1 Cistoadenoma mucinoso de ovario izquierdo, de paredes finas, tabicado con predominio líquido. (Imagen de los autores).

Estudios anatomopatológicos:

- Estudio del líquido citológico: negativo de células neoplásicas.

Se realizó laparotomía exploradora y se encontró tumor de ovario izquierdo gigante con peso de 20 libras, líquido libre en fondo del saco de Douglas, se realizó revisión visual y manual de la cavidad sin encontrar metástasis (Figura 2).



Figura 2. Tumor gigante de ovario izquierdo, de 40 cm de diámetro, multilobulado, violáceo, de superficie lisa y paredes regulares. (Imagen de los autores).

Se tomó muestra del líquido para estudio citológico, citoquímico y muestras para biopsias de epiplón, cúpulas diafragmáticas, mesenterio, estómago, espacios parietocólicos y se realizó anexectomía izquierda con biopsia del ovario contra lateral, apendicetomía y se envió al Departamento de Anatomía Patológica para biopsia transoperatoria la cual informó esperar parafina.

- Biopsia postoperatoria (20-2394): Cistoadenoma mucinoso micro papilar *borderline* unilateral tipo intestinal. No infiltración capsular.

La paciente estuvo ingresada durante siete días, se mantuvo compensada de las enfermedades de base (diabetes mellitus e hipertensión arterial) y presentó evolución postoperatoria satisfactoria por lo que fue dada de alta sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Con la edad, el ovario humano envejece en sus funciones; sin embargo, nunca pierde su capacidad para generar tumores. 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. ^(1,2)

Los tumores ováricos representan una de las neoplasias habituales de la mujer. Además, como muchas de estas neoplasias ováricas no pueden descubrirse cuando empiezan a desarrollarse, se produce un número desproporcionado de cánceres mortales en la mujer. Son responsables de casi la mitad de las muertes por cáncer del aparato genital femenino. ^(1,2)

Existen muchas clases de tumores del ovario, tanto benignos como malignos. Alrededor de 80 % son benignos y la mayoría de ellos aparece en mujeres jóvenes. Según cita Kurman et al., ⁽³⁾ en la actualidad se estima que los tumores del ovario provienen de uno de los elementos siguientes del ovario: 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); de las células germinales y del estroma ovárico. Los tumores benignos contienen un quiste liso y brillante sin engrosamiento epitelial ni proyecciones papilares pequeñas.

Los CADB tienen características histopatológicas definidas de bajo potencial de malignidad. Son infrecuentes, pero representan hasta el 50 % de las neoplasias epiteliales ováricas en jóvenes o niñas. Suelen ser de gran tamaño, pueden causar dolor abdominal, hidronefrosis secundaria o abdomen agudo por torsión. Son más frecuentes en el ovario izquierdo y menos del 15 % son bilaterales.

En los tumores epiteliales ováricos es aconsejable una laparotomía mediana o una incisión de Pfannenstiel. Según cita Momenimovahed et al., ⁽⁴⁾ el Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología contraindica la video-laparoscopia en masas anexiales sospechosas de malignidad, por

el riesgo de ruptura tumoral. No hay datos sobre la evolución de los pacientes con CAdB y diseminación tumoral intraoperatoria.

Según Kurman et al., ⁽³⁾ estas neoplasias epiteliales pueden estadificarse con los criterios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) utilizada en adultos y que requiere: omentectomía y biopsia del ovario contralateral, de ganglios retroperitoneales, nódulos peritoneales visibles y la citología del líquido peritoneal.

En los CAdB, el tumor suele estar limitado al ovario en el momento del diagnóstico, sin invasión capsular ni peritoneal. Según cita Taylor et al., ⁽⁵⁾ La Sociedad Canadiense de Ginecología y Obstetricia aconseja la apendicectomía en los tumores ováricos epiteliales mucinosos, por el riesgo de sincronía de neoplasias mucinosas apendiculares y de pseudomixoma peritoneal metastático. En los CAdB, la biopsia por congelación tiene menor sensibilidad diagnóstica que en tumores benignos o malignos.

En el caso reportado el examen histológico diferido demandó varios días de estudio antes de asegurar el diagnóstico de CAdB. El tamaño del tumor y la necesidad de un muestreo completo, hacen muy difícil que una biopsia por congelación intraoperatoria asegure el diagnóstico de CAdB.

En la serie más numerosa de CAdB, según Kurman et al., ⁽³⁾ sólo se tuvo el diagnóstico intraoperatorio en el 55 % de los casos. Existe consenso respecto de preservar la fertilidad siempre que sea posible y en especial en tumores bilaterales en estadio 1A. El Colegio Estadounidense de Ginecología y Obstetricia aconseja una salpingo-ooforectomía o tumorectomía, aunque ésta tiene entre 12 % y 56 % de recurrencia aún más de 20 años después, sin afectar la supervivencia.

En la tumorectomía debería asegurarse mediante biopsias intraoperatorias, que el límite de resección está libre de tumor y esto es difícil de asegurar en la cirugía laparoscópica. Es más seguro optar por una ooforectomía o una salpingo-ooforectomía unilateral. Los CAdB tienen mejor pronóstico que los carcinomas.

La mayor parte de estos tumores producen 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. 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 malignas; según cita Taylor et al. ⁽⁵⁾

Para llegar al diagnóstico según Forteza et al., ⁽⁶⁾ se deben realizar las siguientes pruebas: historia clínica y la exploración física no es suficiente para determinar la benignidad o malignidad del tumor, hemograma, estudio de la coagulación, ecografía abdominal; la tomografía axial computarizada

abdominopélvica ayuda a confirmar el diagnóstico y completar el estudio de la extensión. La laparotomía exploradora, permite realizar el diagnóstico (visualización de la tumoración y sus características) y al mismo tiempo, aplicar el tratamiento quirúrgico. ^(7,8,9)

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. ^(10,11,12)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Carpintero N, Salazar Arquero FJ, Ibáñez Santamaría A, Fuente Valero J de la, Aramendi Sánchez T, Hernández Aguado JJ. Tumor ovárico benigno proliferante mucinoso de tipo endocervical con hiperplasia microglandular. Ginecol obstet Méx [Internet]. 2018 [citado 08 Abr 2021];86(4):281-88. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000400281&lang=pt
2. Heller D, Nguyen L, Goldsmith LT. Association of cervical microglandular hyperplasia with exogenous progestin exposure. J Low Genit Tract Dis [Internet]. 2016 Abr [citado 20 Mar 2021];20(2):162-164. Disponible en: https://scholarship.libraries.rutgers.edu/discovery/fulldisplay/alma991031550137804646/01RUT_INST:ResearchRepository
3. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH. WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs [Internet]. Lyon: International Agency for Researchon Cancer;2014 [citado 20 Mar 2021]. Disponible en: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Tumours-Of-Female-Reproductive-Organs-2014>
4. Momenimovahed Z, Tiznobaik A, Taheri S, Salehiniya H. Ovarian cancer in the world: epidemiology and risk factors. International Journal of Women's Health [Internet]. 2019 Abr [citado 12 Ene 2021];11:287-299. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/332747210_Ovarian_cancer_in_the_world_Epidemiology_and_risk_factors
5. Taylor J, McCluggage WG. Ovarian seromucinous carcinoma: report of a series of a newly categorized and uncommon neoplasm. Am J Surg Pathol [Internet]. 2015 Jul [citado 12 Ene 2021];39(7):983-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25723110/>.
6. Forteza Sáez M, Pérez Trejo M, García Socarrás D, Almeida Arias DA. Cistoadenomamucinoso gigante de ovario de bajo grado de malignidad. Rev Cuba Obstetr Ginecol [Internet]. 2017 [citado 08 Abr 2021];43(3):119-124. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/240>
7. Cortés Morera A, Ibáñez Morera M, Hernández Lara A, García Carranza MA. Cáncer de Ovario. <http://revistaamc.sld.cu/>

Tamizaje y diagnóstico imagenológico. Rev Med leg Costa Rica [Internet]. Mar 2020 [citado 08 Abr 2021];37(1). Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000100054

8. Javadi S, Ganeshan D, Qayyum A, Iyer R, Bhosale P. Ovarian Cancer, the Revised FIGO Staging System, and the Role of Imaging. AJR Am J Roentgenol [Internet]. 2016 Jun [citado 04 Abr 2021];206(6):1351-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27042752/>.

9. Carlson KJ, Skates SJ, Singer DE. Screening for ovarian cancer. Ann Intern Med [Internet]. 1994 Jul [citado 03 Mar 2021];121(2):124-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8017726/>.

10. Meissnitzer M, Cunha T. Update on Imaging of Ovarian Cancer. Current Radiology Reports [Internet]. 2016 [citado 04 Abr 2021];4(6):1-11. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/300078957_Update_on_Imaging_of_Ovarian_Cancer

11. Nyangoh Timoh K, Bendifallah S, Dion L, Ouldamer L, Leveque J. Tumores de ovario límite: Directrices de la CNGOF para la práctica clínica-valor de los marcadores tumorales. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2020 Mar;48(3):277-86. Doi: 10.1016/j.gofs.2020.01.015.

12. Canlorbe G, Lecointre L, Chauvet P, Azais H, Fauvet R, Uzan C. Tumores ováricos limítrofes: Directrices de la CNGOF para la práctica clínica: Manejo terapéutico de las etapas iniciales. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2020 Mar;48(3):287-303. Doi: 10.1016/j.gofs.2020.01.016.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Orlando Martínez-Rosales (Conceptualización. Investigación. Supervisión. Redacción-borrador original. Redacción-revisión y edición).

Joaquín Alejandro-Solarana Ortiz (Conceptualización. Investigación. Redacción-borrador original. Redacción-revisión y edición).

Aniusky de los Ángeles-Ritchie (Investigación. Redacción-borrador original. Redacción-revisión y edición).