

Artículo Original

Masa abdomino pélvica gigante: Reporte de un caso

Dr. Rodolfo Andrino², Dra. Liseth Molina³, Dr. César Reyes¹, Dr. Rafael Godínez⁴, Dr. Pedro Hernández⁵

Introducción

Los tumores benignos de ovario son más comunes en pacientes jóvenes en edad reproductiva a diferencia de la mayor parte de las neoplasias malignas de ovario que se presentan en pacientes de más edad. Generalmente las masas anexiales benignas son unilaterales, pueden llegar a alcanzar grandes tamaños y generan poca sintomatología a las pacientes. Si su diagnóstico es temprano, pueden ser tratadas con una simple cirugía en la cual se reseca solo la masa sin afectar las estructuras adyacentes. Debido a su gran potencial de crecimiento, en ciertas ocasiones pueden llegar a desplazar y crear múltiples adherencias a estructuras vecinas.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente femenina de 36 años quien consulta por masa abdomino-pélvica de alrededor de 2 años de evolución. Refiere que desde hace aproximadamente 9 años inicia con dolor y sensación de masa en pelvis, pero desde aproximadamente 2 años la misma ha aumentado de tamaño principalmente posterior a su último parto hasta ser tan grande que le impide el reposo en decúbito dorsal, teniendo que dormir casi sentada; asociado hay pérdida de peso e irregularidades menstruales. Sin antecedentes médicos de importancia, ha tenido 4 gestas, 3 hijos vivos, 1 hijo muerto, no contracepción. Última menstruación fue hace aproximadamente 2 años.

Consultó con médico general quien le realiza TAC ABDOMINAL la cual reporta masa quística multiseptada de origen pélvico sin descartar origen mesentérico. Al examen físico la paciente luce en mal estado general, caquética, pálida, frecuencia cardíaca en 92 lpm, el resto de signos vitales normales. Se observa marcada lordosis. (Fig. 1) El abdomen se observa globoso que se extiende

Abstract

Benign ovarian tumors are more frequently found in young adult females during their reproductive age, very different from malignant masses that appear for the most part in older patients. Generally these masses are unilateral with a growth potential that allows them to achieve very large diameters, characteristically without much symptoms. If diagnosed at an earlier stage they can be treated surgically only by a simple resection of the mass without affecting structures in the vicinity of the tumor. Sometimes these tumors can adhere to multiple organs. A case of a giant ovarian tumor of long evolution is presented.

hasta el apéndice xifoides y a línea axilar externa, con “onda ascítica” positiva y marcada circulación colateral. (Fig. 2). Se palpa masa dura que mide 85 x 85 centímetros. No se auscultan ruidos gastrointestinales dentro de la masa. Al realizar examen ginecológico el tacto bimanual no se puede realizar por presencia de masa. En las extremidades se observan signos de insuficiencia venosa moderada.

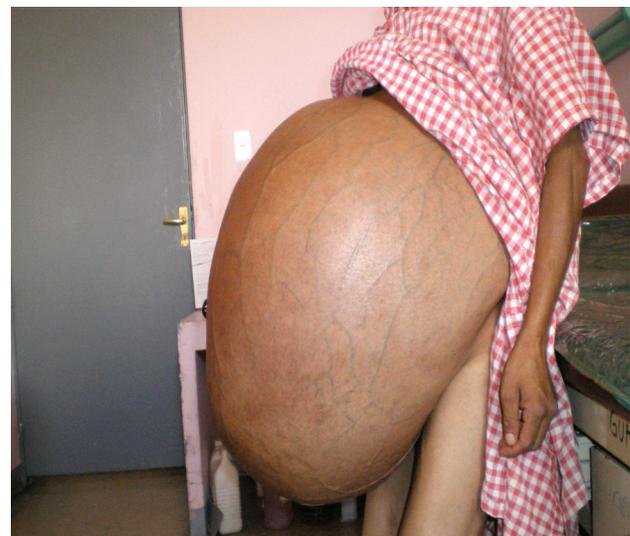


Figura 1. Cifosis compensatoria. Fuente: Sección de Ginecología, Hospital General San Juan de Dios, Guatemala.

¹Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, ²Jefe de la sección de Ginecología, ³Jefe de Servicio Ginecología y Obstetricia, ⁴Jefe de Residentes Ginecología y Obstetricia, ⁵Residente de segundo año de Ginecología y Obstetricia.

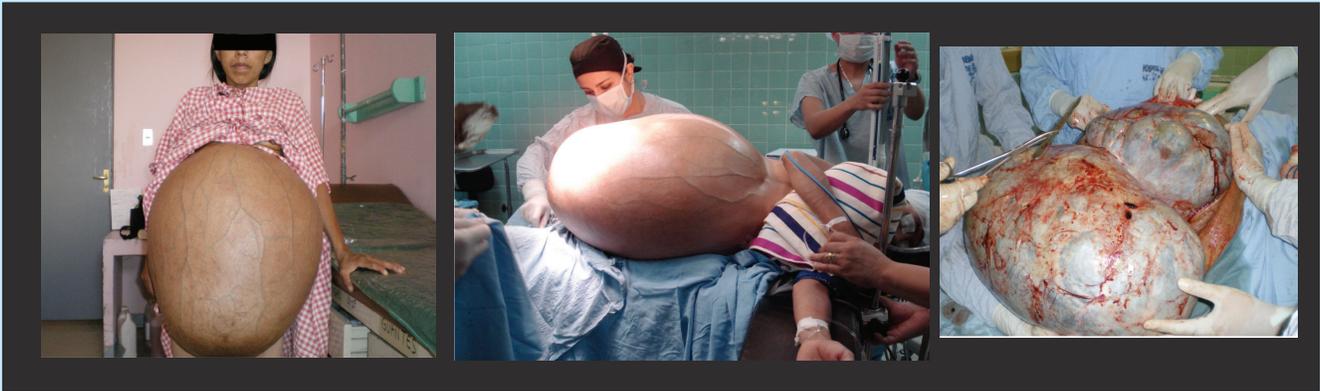


Figura 2. Circulación Colateral sobre masa Abdomino Pélvica. Fuente: Sección de Ginecología, HGSJD

Figura 3. Masa Abdomino Pélvica Preoperatorio. Fuente: Sección de Ginecología, HGSJD

Figura 4. Masa Anexial originada en Ovario Derecho. Fuente: Sección de Ginecología, HGSJD.

Se realizan laboratorios los cuales reportan hemoglobina en 12.16 gr/dl (nl:12-16 gr/dl) hematocrito 38.20 %, función hepática y renal normal. Se realizan marcadores tumorales encontrando gonadotropina coriónica negativa y un Ca 125 278.5 U/mL (0-21 U/mL) Se solicita pielograma intra-venoso y enema de bario los cuales son técnicamente imposible de realizar debido a tamaño de masa; Departamento de Nutrición, la encuentra con desnutrición severa y le dejan dieta hipercalórica, también evaluada por cardiología y anestesia.

Paciente es llevada a sala de operaciones donde se incide piel en línea infra, para y supraumbilical, (Fig. 3) Se encuentra masa anexial derecha bilobulada de 69 cms x 46 cms x 40 cms, de color gris blanquecino y cápsula lisa. (Fig. 4). Se recibe resultado de patología el cual reporta masa bilobulada de 35 kilogramos de peso con abundante líquido oscuro originandose en Ovario Derecho, que congelación transoperatoria reporta como un cistoadenoma mucinoso (Fig 5). Se reseca masa y se realiza salpingooforectomía derecha Se encontraron múltiples adherencias de polo superior a pared abdominal y a lóbulo hepático derecho en segmentos 4 y 5. Al resecar masa se observa trauma hepático grado 1 en mencionados segmentos siendo reparados mediante electrofulguración. Se revisa cavidad abdominal sin encontrar áreas con hemorragia activa, ni lesiones a otros órganos. Se reseca piel y fascia redundante de aproximadamente 30x50 cms. Se colocan 2 drenajes de presión negativa y se procede a cerrar piel. Posteriormente se coloca venda elástica a región abdominal. (Fig. 6). Transoperatoriamente paciente presenta hipotensión luego de remover masa por lo que se administra dopamina y es llevada a cuidado crítico donde permanece por 4 días. Durante su convalecencia desarrolla neumonía nosocomial la cual fue tratada con antibióticos intravenosos presentando

buena evolución. Fue necesario transfundir 6 unidades de plasma y 4 unidades de células empacadas. Posteriormente es trasladada a Servicio de Ginecología con adecuada evolución donde permanece para recuperación nutricional.

Actualmente con dieta hipercalórica sugerida por nutrición para ganancia de peso. Su peso actual es de 80 libras, y su peso inmediatamente post operatorio era de 74 libras.

DISCUSION:

CISTOADENOMA MUCINOSO

La mayoría de los tumores de ovario son de origen epitelial (85-90%) (1), siendo de estos el más común el cistoadenoma seroso en un 42%, seguido por el mucinoso en el 15%. La clasificación de las masas epiteliales de ovario se puede ver en la tabla 1.

La mayoría de las neoplasias epiteliales benignas del ovario son asintomáticas y unilaterales. La mayoría de ellos pueden ser tratados con una cistectomía simple. Los cistoadenomas mucinosos tienen gran potencial de crecimiento y pueden llegar a más de 30 a 90 centímetros de tamaño (2), sin embargo hay reportes que pueden alcanzar crecimientos exagerados como se comprueba en el presente caso (Fig 7 y 8) y llegar a pesar hasta 300 lbs⁽¹⁾.

Macroscópicamente son masas redondas u ovoideas, con cápsulas lisas que generalmente son transparentes o color gris blanquecino. Al corte en el interior puede haber septos que dividen la masa en pequeños lóbulos, los cuales contienen un líquido claro viscoso. Al examen microscópico el epitelio es cilíndrico secretor con núcleos en los polos basales y células ricas en mucina. Se cree que estos tipos de quistes, generalmente provienen de metaplasia simple del epitelio germinal.

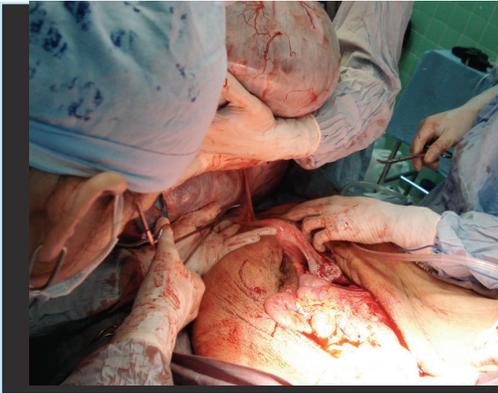


Figura 5 Resección de Masa Anexial Derecha. Fuente: Sección de Ginecología, HGSJD.



Figura 6. Vendaje Abdominal post resección de masa. Fuente: Sección de Ginecología, HGSJD.



Figuras 7 y 8: Aspecto macroscópico de masa anexial derecha. Fuente: Sección de Ginecología, HGSJD:

Tabla 1. Clasificación de Tumores Ováricos Epiteliales.

TUMORES EPITELIALES DE OVARIO	
I. Seroso	
A.	Benigno
B.	Limitrofe
C.	Maligno
II. Mucinoso	
A.	Benigno
B.	Limitrofe
C.	Maligno
III. Endometrioides	
A.	Benigno
B.	Limitrofe
C.	Maligno
IV. Mesonefroide de células claras	
A.	Benigno
B.	Limitrofe
C.	Maligno
V. De Brenner	
A.	Benigno
B.	Limitrofe
C.	Maligno
VI. Epitelial mixto	
A.	Benigno
B.	Limitrofe
C.	Maligno
VII. Indiferenciado	
VIII. Sin clasificar	

En ocasiones pueden surgir de un teratoma, o en casos más raros de un tumor de Brenner en el cual el epitelio sufre transformación mucinosa.

Hasta un 10% de los cistoadenomas serosos son bilaterales, en contraste, los cistoadenomas mucinosos generalmente son unilaterales⁽¹⁾

Este tipo de neoplasias son más comunes en pacientes en edad reproductiva, generalmente entre los 20 y 30 años. Pueden pasar mucho tiempo asintomáticas y solo

inician síntomas cuando el crecimiento de la masa causa desplazamiento, u opresión.

Una complicación que puede ocurrir es la ruptura del quiste al momento de la cirugía lo que causa transformación intraabdominal del mesotelio peritoneal a un epitelio secretor de mucina. Este epitelio continua secretando moco, con acumulación gradual de material gelatinoso en la cavidad peritoneal⁽³⁾. Esto puede causar la formación de un pseudomixoma peritoneal. En el caso que se presenta, la resección se logra de forma íntegra.

La evacuación de este material durante la cirugía generalmente resulta en reacumulación de este líquido, debido a la imposibilidad de alterar la secreción del mesotelio mucinoso. Estos depósitos pueden causar dolor cíclico y puede llegar a causar obstrucción intestinal debido a la formación de adherencias.

Referencias:

1. Disaia Philip, Cresman William. Clinical Gynecologic Oncology. Seventh Edition. 2007 Mosby Elsevier. Pp. 812.
2. Katz V, Gretchen M, Rogerio A, Gershenson D. Comprehensive Gynecology. 5th Edition. 2007. Mosby, a print of Elsevier. Pag. 850-864.
3. Berek Jonathan, Et al. Ginecología de Novak. Decimotercera edición. Mexico. 2003. Pp. 1156.
4. Duncan Timothy J. Management of a pelvis mass. Obstetric, Gynaecology and Reproductive Medicine. 17:8. 2007. Elsevier.
5. Davies AP, Jacobs I, Woolas R, Fish A, Oram D. The adnexal mass: benign or malignant? Evaluation of a risk of malignancy index. Br J Obstet Gynaecol 1993; 100: 927-31.
6. Twigg Jeremy. Management of a pelvic mass. Current Obstetrics & Gynaecology (2004) 14, 343-349.
7. Timmerman D, Et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) group. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16: 500±505.