

## Tumor gigante de ovario y embarazo. A propósito de un caso

### Ovarian giant tumor. Case report

**Juan Antonio Suárez González<sup>I</sup>; María Elena Benavides Casal<sup>II</sup>; Hilda Elena Rodríguez Mantilla<sup>II</sup>; Mario Gutiérrez Machado<sup>III</sup>**

<sup>I</sup> Especialista de I Grado en MGI y de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Auxiliar. Máster en Atención integral a la mujer. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

<sup>II</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor instructor. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales" Santa Clara, Villa Clara.

<sup>III</sup> Especialista de I Grado en MGI y de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Instructor. Máster en Urgencias y Emergencias médicas en la APS.

---

#### RESUMEN

Se presenta un caso de una gestante con 35,5 semanas de gestación con un quiste gigante de ovario. Se produce un parto distócico por cesárea y se extrae un quiste gigante de ovario de 3400 gramos de peso así como un recién nacido de 1600 gramos, masculino con apgar 8/9. Ambos evolucionan de forma satisfactoria. Se concluye el diagnóstico histológico del tumor de ovario como un teratoma quístico benigno asociado a cistoadenoma mucinoso con quistes foliculares con luteinización de células tecales.

**Palabras clave:** Tumor de ovario, embarazo.

---

#### ABSTRACT

The case of a pregnant woman with 35.5 weeks of gestation with a ovarian giant cyst was presented. A distocic delivery by cesarean was produced and an ovarian giant cyst of 3 400 g was extracted, as well as a male newborn of 1 600 g with Apgar score 8/9. Both evolved successfully. The histological diagnosis of the

ovarian tumor was concluded as a benign cystic teratoma associated with a mucinous cystoadenoma with follicular cysts with luteinization of thecal cells.

**Key words:** Ovarian tumor, pregnancy.

---

## INTRODUCCIÓN

En el ovario pueden desarrollarse tumores histológicamente muy distintos entre sí. Probablemente no pueda existir otro órgano que pueda producir una variedad histológica semejante de neoplasias. Los tumores de ovario pueden aparecer a cualquier edad, pero en líneas generales, los tumores benignos tienen su máxima incidencia entre los 20 y 44 años.<sup>1</sup> Las tumoraciones de ovario no son comunes y su frecuencia oscila entre 1,4 y 9,9 %.<sup>2</sup>

La incidencia de masas anexiales durante la gestación es de 1/81 a 1/2 500 embarazos, de estas, del 4 al 17 % son malignas, al igual que en el mismo grupo de edad de mujeres no gestantes.<sup>3</sup>

En mujeres gestantes con tumor sólido la conducta será quirúrgica desde que se diagnostique, independientemente del tiempo de gestación. Si el tumor es quístico, unilateral y de cualquier tamaño, la conducta debe ser expectante; pero si fuera bilateral, de 10 cms o más y la gestación es mayor de 16 semanas, se debe realizar cirugía.<sup>4-7</sup>

## PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente AMBL, de 26 años, Historia Clínica 127238, con antecedentes de salud anterior, Gesta 1 Para 0 con FUM: 13-7-07 y FPP: 20-4-08, embarazo actual de 35,5 semanas con diagnóstico por ecografía de un tumor gigante de ovario derecho de 16 x 20 cms, imagen quística compleja, multitabuada, por encima del útero ocupando todo el abdomen.

En el seguimiento obstétrico se constata en USO feto único, DBP 79 mm, LC presente, LA normal, cefálico, DI, placenta fúndica y anterior, BV.

CA: 260

PA: 1 639 g

LI: 1 717 g

PP: 2 347 g

Dada estas condicionales se discute el caso en colectivo y se decide interrumpir la gestación por vía alta, Cesárea Segmentaria Acciforme; que se realizó el 19 de

marzo de 2008 de forma electiva, donde se obtuvo un recién nacido masculino, con 1 600 gramos de peso, Apgar 8/9. Se extrajo además un quiste gigante de ovario ([figura](#)) que pesa 3 400 gramos.

## **Anatomía Patológica**

O8/B- 1675/1676

### *Descripción macroscópica:*

1675. Cuña de ovario izquierdo: mide 2 x 1,2 cm; superficie color blanquecino, al corte cuerpo amarillo.

1676. Quiste de ovario: mide 28 x 22 x 14. Trompa de 10 x 0,8 cms. Marcadamente congestiva.

Pesa 3 400 gramos. Superficie lisa, al abrirlo se observa quiste multilobulado con un contenido constituido en el mayor de ellos por material cebáceo y escasos pelos con superficie interna de color grisáceo con áreas de hemorragia donde se observa mamila de 3,5 x 3 cm color blanquecino con numerosos pelos en su superficie, muestra al corte tejido blanquecino amarillento con áreas calcificadas.

El resto de los lóbulos son de menor tamaño, muestran abundante contenido líquido de aspecto mucinoso filante mostrando superficie interna lisa de color grisáceo.

### *Descripción microscópica:*

1675. Fragmento de tejido ovárico que exhibe cuerpo lúteo del embarazo y quiste folicular con hiperplasia de células tecales y reacción decidual en la corteza ovárica.

1676. En los cortes estudiados se observa pared de quiste recubierto por epitelio pavimentoso con glándulas sebáceas, otros cortes recubiertos por epitelio cilíndrico alto en algunas zonas con poliestratificación, quistes recubiertos por células granulosas con hiperplasia y luteinización de las células, se observa esa luteinización difusa en el estroma.

## **CONCLUSIONES**

Teratoma quístico benigno del ovario asociado a cistoadenoma mucinoso.

Quistes foliculares con luteinización de células tecales.

Tanto la madre como el recién nacido evolucionaron satisfactoriamente, el niño con muy bajo peso fue ingresado en el servicio de neonatología reportado de grave por el peso, sin otras alteraciones asociadas.

Se concluye el caso como un embarazo con quiste de ovario gigante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González-Merlo J, González Bosquet J, González Bosquet E. Ginecología. Tumores de ovario. 6<sup>ta</sup> ed. Madrid: Editorial Salvat. 2003.
2. Santisteban S. Tumores de ovario. Capítulo 30. En: Rigol Ricardo O, editor. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2006; 313-7.
3. Pederson DR, Bento S, Chance GW, Evans B, Fox AM. Maternal emotional responses to preterm birth. Am J Orthopsychiatr. 2007;57: 15-21.
4. Caplan G. Patterns of parental response to the crisis of premature birth. Psychiatry. 2006;23: 365-74.
5. Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. Med J Aust. 2007;157: 172-4.
6. Meyer EC, Coll CTG, Lester BM, Boukydis CFZ, McDonough SM, Oh W. Family-based intervention improves maternal psychological well-being and feeding interaction of preterm infants. Pediatrics. 2007;93: 241-6.
7. Preyde M, Frida A. Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. CMAJ. 2007;168: 969-73.

Recibido: 8 de agosto de 2008.

Aprobado: 20 de septiembre de 2008.

Dr. *Juan Antonio Suárez González*. E-mail: [jasuarez@capiro.vcl.sld.cu](mailto:jasuarez@capiro.vcl.sld.cu)



**Fig. 1.** Recién nacido masculino con 1 600 gramos de peso, Apgar 8/9 y quiste gigante de ovario (3 400 gramos).