

Quiste de ovario gigante y embarazo

Giant Ovarian Cyst and Pregnancy

Pedro Pablo Quintero Paredes^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-8584-5587>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Policlínico Universitario “Pedro Borrás Astorga”. Pinar del Río, Cuba.

*Autor para la correspondencia: quinte@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los quistes en los ovarios son una afección frecuente en las mujeres en edad fértil.

Objetivo: Presentar el caso de una mujer con embarazo a la que se le diagnostica un quiste gigante de ovario, de interés para los especialistas debido al tamaño y la favorable evolución.

Presentación de caso: Paciente femenina de 28 años de edad, procedencia rural, con embarazo único. Se realizó captación del embarazo a las 11,4 semanas y se detectó al examen ginecológico una tumoración anexial que se corrobora por ultrasonido, donde se reporta una imagen quística que llega a la región umbilical que mide 18 centímetros, de paredes finas, multitabicada con un grosor de los tabiques de 2,3 milímetros, con vascularización a este nivel. Se decidió su ingreso para tratamiento quirúrgico a las 17,5 semanas de gestación, se realizó de forma electiva laparotomía exploradora. Los hallazgos operatorios fueron: quiste gigante de ovario de aproximadamente 20 centímetros. Fue dada de alta al tercer día con una evolución satisfactoria. Continúa su atención prenatal en el consultorio del médico y la enfermera de la familia. Los resultados anatomopatológicos fue: cistodenoma seroso papilar de ovario de 20 por 20 centímetros, no se observan estigmas de malignidad. Se realiza parto eutócico a las 39,1 semanas de gestación, con un peso de 3800 gramos.

Conclusiones: Se hace descripción clínico y quirúrgica del diagnóstico, la

evolución, la intervención y el seguimiento de una mujer en quien coexistieron un embarazo y un cistodeno seroso papilar de ovario, con resultados favorables.

Palabras clave: embarazo; quiste gigante de ovario; cistoadenoma seroso.

ABSTRACT

Introduction: Ovarian cysts are a frequent condition in women at fertile age.

Objective: To present the case of a pregnant woman diagnosed with a giant ovarian cyst, of interest to specialists due to its size and favorable evolution.

Case presentation: 28-year-old female patient, of rural origin, with a single pregnancy. During the first pregnancy consultation, at 11.4 weeks, the gynecological examination permitted to identify an adnexal tumor, a diagnosis corroborated by ultrasound imaging, reporting an 18-cm multi-septated cystic image that reaches the umbilical region, with thin walls, septa thickness of 2.3 millimeters and vascularization at this level. The patient was decided to be hospitalized for surgical treatment at 17.5 weeks of gestation; exploratory laparotomy was performed electively. The operative findings were a giant ovarian cyst of approximately twenty centimeters. She was discharged on the third day, with a satisfactory evolution. She continues to receive prenatal care in the family doctor and nurse's office. The anatomopathological results were an ovarian papillary serous cystadenoma measuring 20 per 20 cm; no stigmata of malignancy were observed. Eutocic delivery was performed at 39.1 weeks of gestation, the offspring weighing 3800 grams.

Conclusions: A clinical and surgical description is made of the diagnosis, evolution, intervention and follow-up of a pregnant woman with an ovarian papillary serous cystadenoma, reporting favorable outcomes.

Keywords: pregnancy; giant ovarian cyst; serous cystadenoma.

Recibido: 13/06/2020

Aceptado: 12/08/2020

Introducción

Los quistes en los ovarios constituyen una afección frecuente, pueden aparecer en las mujeres en edad fértil y son motivo de consulta de un grupo elevado de féminas. Existen autores que denominan los quistes gigantes de ovario al crecimiento quístico del ovario de más de 2 centímetros de diámetro. Existen otras opiniones acerca de la definición del tamaño de los grandes tumores ováricos, todas conceptualizadas, pero poco argumentadas. Según los médicos que practican laparoscopia, se definen como tales aquellos tumores de 10 cm de diámetro o más, mientras que los quistes identificados durante la etapa neonatal se clasifican como grandes si sobrepasan los 3 centímetros.⁽¹⁾

Se reportan tumores pequeños macroscópicamente y tumores masivos que pueden ocupar toda la pelvis e incluso la cavidad abdominal. Suelen ser generalmente asintomáticos y el diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos durante la vigilancia prenatal, por ecografía y como hallazgo de una laparotomía. Las tumoraciones benignas de ovario tienen como características tener una máxima incidencia entre los 20 y 44 años, no son comunes y su frecuencia es entre 1,4 y 9,9 %.⁽²⁾

La incidencia de masas anexiales es aproximadamente 1 de cada 600 embarazos, mientras que la de los tumores ováricos es 1 de cada 1000 y la mayoría son asintomáticos. En grandes series, la edad gestacional promedio, al diagnóstico y tratamiento quirúrgico fue a las 12 y 20 semanas de gestación respectivamente.^(1,2)

Casi todos los tumores de ovario en mujeres embarazadas son lesiones quísticas funcionales benignas que por lo general tienen un tamaño menor de 6 centímetros. Más del 90 % desaparecen durante el embarazo. Las variedades benigna y limítrofe representan el 75 % y el 25 % son malignas.^(2,3) El riesgo de degeneración maligna es muy variable y está relacionado con la edad. Los tumores más frecuentes son los quistes dermoides y los citoadenomas serosos o pseudomucinosos.

El citoadenoma seroso de ovario es benigno, es el más frecuente y proviene del epitelio celómico superficial. Estas neoplasias quísticas uniloculares están tapizadas por células epiteliales altas, cilíndricas y ciliadas, llenas de un líquido

seroso claro y de superficie lisa con abundantes vasos. Comprenden entre el 15 y el 25 % de todos los tumores ováricos.

La literatura mundial reporta que se caracterizan por alcanzar un gran tamaño, ser unilaterales, quísticas, móviles y lisas. No hay incidencia importante de bilateralidad en los cistoadenomas mucinosos.^(4,5)

A simple vista son translúcidos o de color blanquecino o azulado, se pueden observar como tumores de forma circular u ovoideas, con cápsula lisa que generalmente tienen tabiques o locus independientes que contienen un líquido transparente, viscoso, que con frecuencia se unen al ligamento ancho por medio de un pedículo con riego sanguíneo.

El objetivo de este trabajo es presentar una mujer embarazada a quien se le diagnosticó y recibió tratamiento por presentar un cuadro clínico compatible con un embarazo y un cistoadenoma seroso papilar.

Caso clínico

Mujer de 28 años de edad, de procedencia rural, con embarazo único, antecedentes patológicos personales y familiares de salud, un índice de masa corporal 29,76 (Obesa clase I) y antecedentes de gestaciones 1, partos 0 y abortos 0. Se le realiza una captación precoz a las 11,4 semanas, como positivo al examen ginecológico, se encuentra una tumoración palpable en anejo derecho y presencia de microvárices en miembros inferiores, por lo que fue valorada por angiología. Se le indicaron los complementarios de la captación y ultrasonido para ser evaluada en consulta multidisciplinaria.

Fue valorada por las diferentes especialidades, se detectó como positivo a la exploración abdominal: una tumoración de aproximadamente 18 centímetros. En los complementarios la glicemia en 5.3 mmol/l, por lo que se realiza prueba de tolerancia a la glucosa que es normal en los tres trimestres. En el estudio ultrasonográfico se reporta una tumoración a nivel de anejo derecho ecolúcida y tabicada que mide aproximadamente 17 por 11 centímetros de aspecto quístico. Es enviada a valorar al Hospital “Abel Santamaría Cuadrado” de Pinar del Río al servicio de obstetricia, donde se repite ultrasonido e informan imagen quística que llega a la región umbilical que mide 18 centímetros de diámetro mayor, de

paredes finas, multitabacada con un grosor de los tabiques de 2,3 milímetros, con vascularización a este nivel, que pudiera corresponder con un cistoadenoma de ovario. Como la gestante se mantenía asintomática se decide intervenir quirúrgicamente a las 17 semanas (Fig. 1).

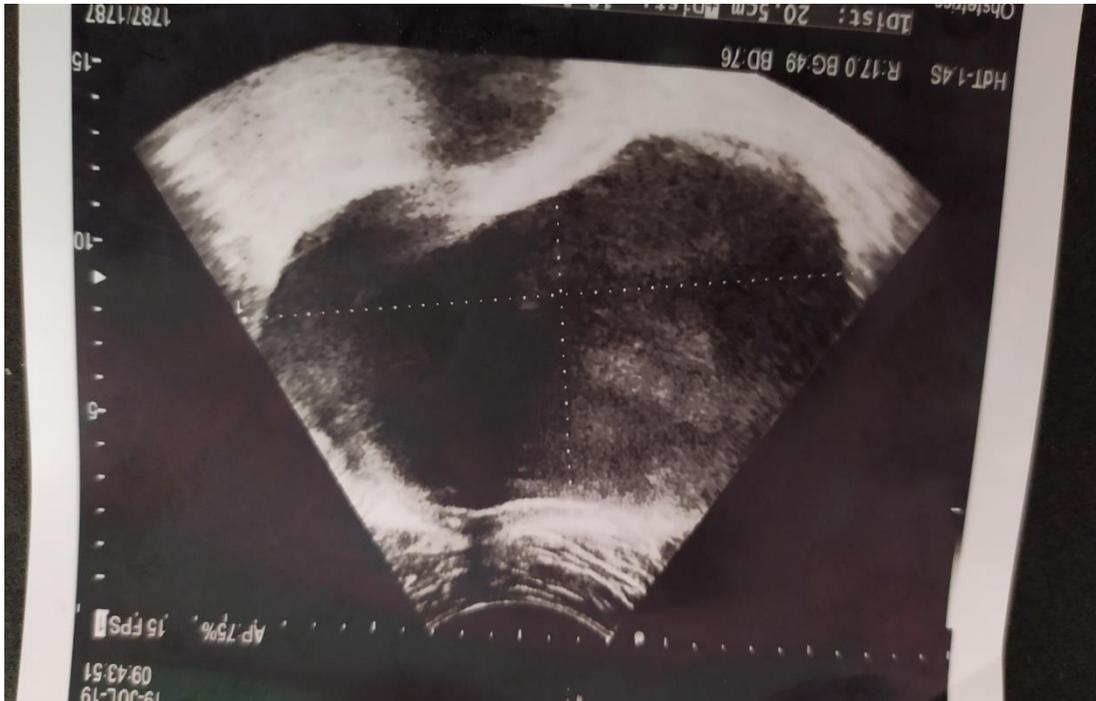


Fig. 1- Imagen ultrasonográfica del quiste gigante y embarazo.

Se decidió su ingreso para tratamiento a las 17,5 semanas de gestación, se realiza de forma electiva laparotomía exploradora. Los hallazgos operatorios fueron: quiste gigante de ovario de aproximadamente 20 centímetros, fue dada de alta al tercer día con una evolución satisfactoria y sin complicaciones. Continúa su atención prenatal en el consultorio del médico y la enfermera de la familia, con seguimiento por el especialista de ginecología y obstetricia del grupo básico de trabajo, sin complicaciones. El resultado anatomopatológico fue un cistadenoma seroso papilar de ovario de 20 por 20 centímetros, donde no se observaron estigmas de malignidad.

Mantiene una evolución favorable de su embarazo recibiendo los controles prenatales, los complementarios y los seguimientos por ultrasonido establecidos no reportándose alteraciones. Se realiza parto eutócico a las 39,1 semanas de

gestación, con un peso de 3800 gramos, con líquido claro. Durante el puerperio mantuvo una evolución satisfactoria.

Discusión

Los tumores de ovario son una neoplasia habitual en las mujeres. La literatura reporta que existen alrededor de 37 tipos de tumores que se pueden originar en los ovarios. Al revisar la clasificación histológica dada por la Organización Mundial de Salud (OMS) sobre los tumores del ovario, esta la divide teniendo en cuenta el tejido de origen más probable. En la actualidad se plantea que provienen: del epitelio celómico superficial, de las células germinales o del estroma ovárico.^(3,6)

La mayoría de las tumoraciones de ovario son no funcionales, mientras que las formas benignas pueden ser asintomáticas y con frecuencia son hallazgos inesperados en una exploración abdominal o pelviana o durante una intervención quirúrgica. Se refiere en la literatura que pueden alcanzar gran tamaño, más de 20 centímetros de diámetro y tener múltiples cavidades a modo de compartimientos. Estas cavidades contienen líquido incoloro transparente.⁽⁷⁾

Estos tumores de ovario también pueden producir sintomatologías leves dadas por dolor, malestar o distensión abdominal, sensación de presión en la parte baja del abdomen y síntomas urinarios o gastrointestinales. En otros casos ocurre dolor agudo si existe torsión, rotura de un quiste o hemorragia hacia el interior del quiste.⁽⁶⁾

La mayoría (80 %) de los tumores de ovario son benignos y aparece en mujeres jóvenes. La experiencia clínica revela la alta incidencia de estos tumores en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad. Involucra tres décadas en las que se expresan acontecimientos biológicos a consecuencia de la pérdida de la función reproductiva y el proceso natural de envejecimiento, pasa por eventos clínicos bien definidos: climaterio temprano, perimenopausia y climaterio tardío, en cuyo centro está el cese de la menstruación.^(8,9)

El diagnóstico de las tumoraciones de ovario es difícil en sus etapas tempranas, por lo que en ginecología autores lo dan a conocer como el "asesino silencioso". Sin embargo, durante la gestación, se descubren todas las tumoraciones pélvicas mediante ecografía. Por tanto, se considera el examen de elección para el estudio

de las masas pélvicas.⁽²⁾ En este caso, al realizársele la ecografía a la gestante en su primer trimestre se realizó el diagnóstico de quiste gigante de ovario.

Cáceres y otros⁽²⁾ y *Sandoval y otros*⁽³⁾ reportan que el hallazgo de una tumoración quística, ya sea simple o compleja en el embarazo, no es un hecho infrecuente. Actualmente, se muestran cifras de hasta 4 %, mientras que en las revisiones de la literatura realizada se reporta una incidencia de uno en 2300 embarazos. El tratamiento de elección en casos similares a este consiste en la extracción del quiste después de las 16 semanas de gestación. En el caso que se presenta la conducta fue quirúrgica en la semana 17 de la gestación.

Se refiere, además, que los tumores quísticos gigantes suelen confundirse con un embarazo, con ascitis u otras neoplasias abdominales. La mejor forma de realizar el diagnóstico de estas grandes masas es por ultrasonido que se puede corroborar por tomografía axial computarizada y el estudio histopatológico transoperatorio.^(8,9)

La mayoría de las masas anexiales en el embarazo son benignas. Los quistes funcionales del ovario (foliculares o luteínicos) se presentan con frecuencia durante el primer trimestre y, como en los casos característicos, se resuelven en forma espontánea. El teratoma quístico benigno es la neoplasia más frecuente extirpada, seguido por los cistoadenomas mucinosos y los quistes paraováricos-fimbriales.⁽¹⁰⁾

Diversos autores refieren que los medicamentos para la fertilidad, con frecuencia causan el desarrollo de múltiples folículos (quistes) en los ovarios y desaparecen después del período de una mujer o después de un embarazo.⁽¹⁰⁾ La mayor parte de los especialistas los sitúan con una incidencia menor del 0,1% y ocupan el segundo lugar (precedido de la apendicitis) de todos los padecimientos abdomino-pélvicos que se presentan en la gestación.^(10,11)

Durante el embarazo debido al uso del ultrasonido en etapas tempranas es frecuente encontrarlos como hallazgo; sin embargo, es importante tener en cuenta que si es un quiste folicular luteinizado o un cuerpo lúteo quístico puede interferir en la evolución del embarazo si se extirpa. Este proceder se debe realizar entre la décimo sexta y vigésima semana de gestación siempre y cuando el tamaño del tumor permita llegar a tal edad gestacional sin que provoque

síntomas compresivos en los órganos abdominales o torácicos y sea factible manipular lo menos posible el útero gestante.^(11,12,13)

El cistoadenoma es un tumor benigno de ovario derivado del epitelio superficial y de crecimiento lento. Macroscópicamente, es un tumor de contenido líquido similar al suero, superficie lisa y vasos prominentes. El tamaño es variable, desde pocos centímetros hasta grandes masas con tabiques finos y a veces bilaterales.⁽⁹⁾

En otro estudio, se reporta el caso de una gestante con cistoadenoma seroso benigno de ovario que presentó falta de aire, dificultad para la marcha, imposibilidad para agacharse, dolor abdominal difuso acompañado de náuseas, vómitos y edema en miembros inferiores.⁽¹⁴⁾ En el caso que se presenta fue asintomática, por lo que no coincide con el caso descrito.

En otro reporte de caso se refiere a una gestante que presentó un quiste gigante de ovario que pesó 34 kg. Mediante el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica se diagnosticó un teratoma quístico benigno asociado a un cistoadenoma mucinoso.⁽²⁾ En esta ocasión, la gestante presentó un cistadenoma seroso papilar de ovario.

Las investigaciones realizadas reportan que teniendo en cuenta estas medidas, en muy pocos de los casos revisados se reportaron pérdidas fetales, caso contrario a cuando la intervención quirúrgica se realiza con urgencia debido a alguna rotura o por torsión del quiste que causa inflamación de los tejidos adyacentes y, en consecuencia, se espera mayor morbilidad materno fetal.^(2,11)

Conclusiones

La descripción clínico y quirúrgica del diagnóstico, la evolución, la intervención y el seguimiento de una mujer donde coexistieron un embarazo y un cistadenoma seroso papilar de ovario. Se obtuvieron resultados favorables en la evolución prenatal, perioperatoria y posnatal de la madre y el neonato. Resulta de gran interés científico, específicamente para los profesionales relacionados con la atención prenatal.

Referencias bibliográficas

1. Mauricio M, Orellana R, Cisterna P, Gazitúa R, Sepúlveda A. Tumores anexiales. Rev. Chil Obstet Ginecol. 2005 [acceso: 11/01/2020];70(6). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v70n6/art07.pdf>
2. Cáceres O, Hernández A, Lazo L. Embarazo gemelar y teratomas quísticos gigantes bilaterales de los ovarios. MEDICIEGO. 2018 [acceso: 11/01/2020];24(2). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/678/1248>
3. Sandoval I, Hernández R, Torres E. Manejo laparoscópico de masas anexiales gigantes en el embarazo, con abocamiento externo umbilical. Reporte de casos. Rev. Obstet Ginecol Perú. 2015 [acceso: 11/01/2020];61(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000200008://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/678/1248
4. Vasconcelos I, de Sousa M. Conservative surgery in ovarian borderline tumours: a meta-analysis with emphasis on recurrence risk. Eur J Cáncer. 2015 [acceso: 11/01/2020];51(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25661104>
5. Sánchez C, García A, Sánchez C. Quiste gigante de ovario y mioma uterino. Presentación de un caso. Rev Ciencias Médicas. 2012 [acceso: 11/01/2020];16(5). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v16n5/rpr20512.pdf>
6. González A, Jiménez S, Luna M. Quiste gigante de ovario: una complicación infrecuente. Medicentro. 2015 [acceso: 11/01/2020];19(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v19n1/mdc12115.pdf>
7. Defaz P, Bedoya P. Análisis de caso sobre quiste complejo pélvico de origen anexial en paciente asintomática en Atención Primaria de Salud. 2017 [acceso: 11/01/2020]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25461/2/QUISTE%20COMPLEJO%20P%20C%20LVICO%20DE%20ORIGEN%20ANEXIAL%20EN%20PACIENTE%20ASINTO.pdf>
8. Lazo L, Benítez L, Hernández A, Herrera N. Presentación de quiste gigante de ovario en paciente adolescente. Rev Univer Méd Pinar. 2015 [acceso: 23/03/2020];11(2). Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/viewFile/305/pdf>

9. Fregoso M, Campomanes R, Rodríguez J, Madrigal V, Bañuelos A. Cistoadenoma seroso en ovario supernumerario. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Rev. Ginecol Obstet Mex. 2015 [acceso: 11/01/2020];83. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom1511h.pdf>
10. Vasconcelos I, Darb S, Sehoul J. Serous and mucinous borderline ovarian tumours: differences in clinical presentation, high-risk histopathological features, and lethal recurrence rates. BJOG. 2016 [acceso: 11/01/2020];123(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26705090>
11. Rivera M, Romo S. Cistoadenoma seroso gigante de ovario y embarazo a término. Reporte de un caso. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2015 [acceso: 11/01/2020];42(4). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X14000343>
12. Coto C, Jiménez M, Naranjo S. Teratoma: masa anexial en mujeres jóvenes. Revista Médica Sinergia. 2019 [acceso: 11/01/2020];4(6). Disponible en: <https://revistasmedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/243/589>
13. González A, Jiménez S, Luna M. Quiste gigante de ovario: una complicación infrecuente. Medicentro. 2015 [acceso: 24/12/2019];19(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v19n1/mdc12115.pdf>
14. Martín H, Quial A, Torres G. Cistoadenoma seroso benigno de ovario. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2014 [acceso: 24/12/2019];39(10). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/viewFile/150/266>

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.