

Quiste gigante de ovario en una adolescente: presentación de un caso

Giant ovarian cyst in an adolescent: a case report

Olimpia Contreras Leal¹, Alejandro Rodríguez Tabares², Rolando Cué Hernández³, Emilia Coniel Linares⁴.

Dra. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructora. Hospital General "27 De Noviembre" Consolación del Sur. Pinar del Río.

Dr. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. Hospital General "27 De Noviembre" Consolación del Sur. Pinar del Río.

Dr. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Instructor. Hospital General "27 De Noviembre" Consolación del Sur. Pinar del Río.

Licenciada en Biología. Asistente. Hospital General "27 De Noviembre" Consolación del Sur. Pinar del Río.

RESUMEN

Se trata de una adolescente de 13 años de edad con antecedentes de salud con menarquía a los 11 años y metrorragias frecuentes que acudió a consulta de Pediatría del Hospital Regional de Bata Litoral en la República de Guinea Ecuatorial por aumento de volumen del abdomen, específicamente del hemiabdomen derecho, es ínter consultada con Ginecología por sospecha de tumor de ovario, lo cual se corroboró por ultrasonografía. Se realiza intervención quirúrgica encontrándose quiste gigante de ovario derecho que pesó 6 kg del cual no tuvimos el diagnóstico histológico por no disponer de laboratorio de Anatomía Patológica, pero por las características macroscópicas se trató como un Quiste Seroso Simple, La paciente tuvo una evolución favorable.

Palabras clave: Quiste de ovario

ABSTRACT

A 13- year-old girl is presented, having undergone a good health and menarche at 11 years old, she has had vaginal bleeding frequently, and came to Pediatrics Clinics at Bata Littoral Provincial Hospital in Equatorial Guinea with the Pediatrician. The main symptoms were abdominal volume increase, more specifically at right hemiabdomen and pain to deep palpation. This case was sent to the Gynecologist and an ovarian tumor was suspected, afterwards verified by the ultrasonographic study. The patients was referred to surgery, the final clinical diagnosis was Right Ovary Giant Cyst, weighing 6 kg. The histological diagnosis was not assessed because the lack of pathology lab in this country. Following the macroscopic features the tumor was treated as a Simple Serous Cyst. The patient had a favorable evolution.

Key Words: Ovarian cyst.

INTRODUCCIÓN

La foliculogénesis es un proceso que ocurre desde la edad fetal hasta la menopausia. Los tumores anexiales aparecen a cualquier edad pero en la infancia y la adolescencia son poco frecuentes. La incidencia de esiones ováricas en la edad pediátrica es desconocida, se estima 2,6 casos por cada 100,000 niñas por año.¹

Los tipos más frecuentes de tumores de ovarios son los foliculares. Un quiste es un folículo con una cantidad excesiva de líquido folicular que rebasa los 2 cm, no requiere ningún tratamiento excepto vigilar su evolución.²⁻⁴

La mayoría de los tumores de ovario a esta edad son quistes, generalmente foliculares y no son quirúrgicos a menos que se produzca crecimiento acelerado, torsión o hemorragia.⁴ El 35 % son malignos y se acompañan de tumor palpable y alteraciones endocrinas (pubertad precoz).⁵

En este trabajo presentamos un caso de quiste de ovario, infrecuente e interesante en edad pediátrica del cual no tuvimos el diagnóstico histológico, pero por la sintomatología clínica y las características acroscópicas se trató como un tumor benigno de ovario.

Reporte de Caso Adolescente de 13 años con antecedentes de salud que acudió a cuerpo de guardia de Pediatría del Hospital Regional de Bata Litoral en Guinea Ecuatorial por aumento de volumen del abdomen a predominio del hemiabdomen

derecho; al interrogatorio se encontró que padecía de metrorragias frecuentes y disnea en el decúbito supino. Al examen físico se constata una tumoración en abdomen desde el flanco derecho hasta el hipogastrio, dolorosa a la palpación profunda y matidez a la percusión. Se le indicó ultrasonido de abdomen arrojando una tumoración que impresionaba a expensas del ovario derecho por lo que se interconsulta con Ginecología y se ingresa a la paciente; se le realizan exámenes complementarios de rutina y en conjunto con cirugía se realiza Laparotomía Exploratoria, encontrándose un gran quiste del ovario derecho de aproximadamente 30 cm x 20 cm que pesó 6 kg; a la paciente se le realizó salpingo -ooforectomía derecha, el resto del aparato genital estaba normal; se siguió en la sala durante 7 días y egresó con buen estado general. Se le dio seguimiento en consulta externa durante el primero y el sexto mes post-operatorio, con evolución favorable.

Para presentar este caso solo hemos considerado el aspecto clínico pues el examen histológico fue imposible de realizar.

Complementarios

Hematológicos

Hb: 117g/l

Hto: 0.39l/l

Ltos: 10.2×10^6 /l

Eritro: 12 mm/h

Coagulograma: Normal

Conteo de plaquetas: 250×10^6 /L

Glicemia: 3.2 mmol/l

Orina: negativa

Heces fecales: negativo

Antígeno de Superficie: Negativo

VDRL: negativo

Grupo y factor: O+

Imagenología

Rx de Tórax: no existen alteraciones pleuro-pulmonares.

USG abdominal: Tumoración a nivel de ovario derecho. [\(Fig. 1\)](#) y [\(Fig. 2\)](#)

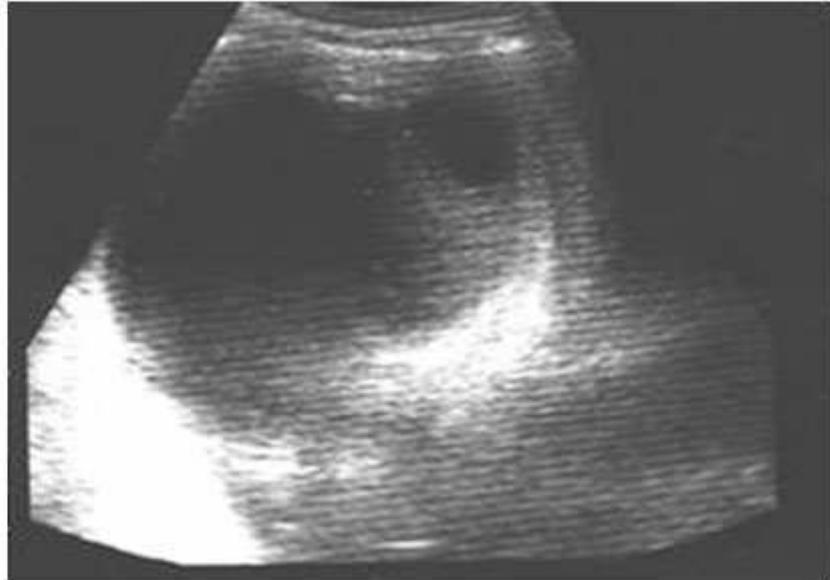


Fig. 1 Ultrasonido abdominal que muestra una imagen ecogénica que corresponde con el quiste gigante ovario derecho.



Fig. 2 Imágenes del Quiste de Ovario Derecho

DISCUSIÓN

La clasificación histológica de los Tumores de Ovario los agrupa en tres divisiones: ⁷

1- Tumor de células germinales (Teratomas benignos e inmaduros, Disgerminomas, Tumor del seno endodérmico, Carcinoma embrionario, Coricarcinoma, Gonadoblastoma, Tumor Mixto de Células Germinales).

2- Tumores de origen epitelial (Cistoadenoma, Cistoadenocarcinoma Seroso o Mucinoso, Tumores de bajo potencial de malignidad)

3- Tumores del Estroma (Tumores de la Teca granulosa, Fibromas, Tumor de Sertoli-Leidy).^{6,7}

La edad de la paciente orienta la naturaleza de los tumores de ovario. En la infancia son más frecuentes los benignos, los funcionales se presentan después de la pubertad, los cistoadenomas son poco frecuentes antes de los 25 años. Los más frecuentes en la primera década son los Teratomas, Cistoadenomas Serosos o Mucinosos y Quistes Lúteos. Los Funcionantes y Endometriomas son raros en la menopausia. Los de la Teca aparecen a cualquier edad.⁶

La sintomatología clínica varía en dependencia de la clasificación. La mayoría suele ser asintomáticos y se diagnostican por examen de imagenología indicados por cualquier otra causa; en ocasiones producen molestias abdominales bajas, dolor pélvico y dispareunia, otros debutan con torsión, infarto o ruptura que conllevan a un abdomen agudo, la totalidad de estos tumores producen aumento de volumen del abdomen.^{7,8}

Con las manifestaciones clínicas y el examen ultrasonográfico que nos mostraba la presencia de un tumor a nivel del flanco derecho, se decidió realizar Laparotomía Exploratoria, visualizando aumento de volumen del ovario derecho de consistencia blanda, superficie lisa y blanca con zonas de infiltración hemorrágicas, en el interior presencia de líquido claro con sustancia gelatinosa en suspensión.

La mayor parte de las referencias bibliográficas refieren que el Teratoma es el Tumor de Ovario más frecuente en la edad pediátrica,¹⁻⁴ generalmente benignos y en raras ocasiones llegan a malignizarse y el tratamiento quirúrgico está dado por las complicaciones que puedan presentar tales como torsión ovárica, roturas, infecciones y posible degeneración³ lo cual no observamos en nuestro caso.

Los Tumores Funcionantes cursan con trastornos menstruales asociados o no al exceso de andrógenos.⁹⁻¹⁰ El hirsutismo u otro signo de masculinización se debe a la presencia de células luteínicas y se acompaña de niveles elevados de testosterona.¹⁰

El edema masivo de ovario ocasiona crecimiento de uno o ambos ovarios debido a la acumulación de líquido edematoso,³ su aparición varía entre 3 y 33 años y se caracteriza por dolor y distensión abdominal. Coincidiendo con la literatura universal, el comportamiento clínico y el aspecto macroscópico pensamos que se trata de un tumor de ovario de origen epitelial del tipo seroso (Quiste seroso simple). A la paciente se le practicó ooforectomía derecha, procedimiento de elección en este caso; cualquier otro proceder quirúrgico exige el resultado de una biopsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Kocak M., Dilbaz B., Ozturk N., Dede S., Haberol A. Laparoscopic Management of ovarian dermoid cyst. A review of 47 cases. An Saudi Med 2004; 24:357-60.

2- De la Cruz S I, Llanos A, Narro T, Andrade A, Fernández R L. Bilateral ovary massive edema. Unusual gynecologic pathology. Report of 2 cases. Gynecologic and Obstetric.2001; 69:72-76.

- 3- Friedrich M, Ertan A K, Axt-Fliedner R, Hollan M, Schmidt W. Unilateral massive ovarian edema (MOE). A case Report. Clin Exp Obst Gynecol. 2002; 29(1):65-66.
- 4- Ehren I, Mahour GH, Isaacs H. Benign and Malignant ovarian Tumors in children and adolescents. (A review of 63 cases). Amer J Surg. 1984. Mar; 147(3):339-44
- 5- Scheel J, Morcate JJ, Wagner A, Becker C, Steinau G, Wellital GH. Laparoscopic staging in abdominal tumors in children: An alternative to staging laparotomy. Cir Pediatr 1998; 11:109-11.
- 6- Sandoval C, Strom K, Stringel G. Laparoscopy in the management of pediatric intrabdominal tumors. JSL 2004; 8:115-18.
- 7- González-Merlo J, González Bosquet J. Ginecología 8va Edición. Tumores del ovario. 2003; 29:581-87.
- 8- Templeman CL, Hertweck SP, Scheetz JP, Perlam SE, Fallot ME. The management of nature cyst. Teratomas in children and adolescents. A retrospective analysis. Hum reprod 2002; 15:2669-72.
- 9- Kurman RJ. Blaustein's Pathology of the female genital tract. 4th Ed. New York: Springer-Verlag, 1994. Pp 619-21.
- 10- Templeman CL, Fallot M, Blenchesky A, Hertweck P. Noninflammatory ovarian Masses in girls and young women. Obstet Gynecol. 2000; 96:229-33.
- 11- Pérez ME, García J, García J, Bello JA, Salgado M, Fírvida JL. Tumor de células de la granulosa ovárico (TCG) juvenil: a propósito de un caso. Oncología. 2006; 29(7):299-303.

Recibido: 30 de Mayo de 2008.

Aprobado: 22 de Julio de 2008.

Dra. Olimpia Contreras Leal. Hospital General "27 de Noviembre", Consolación del Sur. Pinar del Río. Cuba.