



CASO CLÍNICO

Dos tipos histológicos diferentes en un tumor de ovario. A propósito de un caso



I. Milián Espinosa^a, L.A. Chávez Betancourt^a y S. Jiménez Puñales^{b,*}

^a Medicina General Integral y Ginecobstetricia, Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

^b Medicina General Integral, Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

Recibido el 28 de marzo de 2013; aceptado el 31 de julio de 2013

Disponible en Internet el 24 de enero de 2014

PALABRAS CLAVE

Cistoadenoma mucinoso;
Tumor de Brenner;
Epitelio celómico;
Quiste gigante de ovario

KEYWORDS

Mucinous cystadenoma;
Benign Brenner tumor;
Celomic epithelium;
Giant ovarian cyst

Resumen El cistoadenoma mucinoso y el tumor de Brenner benigno se originan ambos del epitelio celómico que recubre el ovario, por eso es poco frecuente encontrar estas 2 entidades en un mismo tumor.

Se presenta el caso de una paciente de 43 años de edad que se valora en el servicio de ginecología con tumoración abdominal. Se realizaron exámenes clínicos y complementarios con los cuales se llegó al diagnóstico de quiste gigante de ovario. Se dio solución quirúrgica y se observaron en la anatomía patológica 2 tipos histológicos en un mismo tumor de ovario.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Two histological types in the same ovarian cyst. A case report

Abstract Mucinous cystadenoma and benign Brenner tumor both arise from the celomic epithelium, which covers the ovary. However, it is very rare to find both entities in the same tumor.

We report the case of a 43-year-old woman with an abdominal tumor who was evaluated in the gynecology service. Clinical examination and routine examinations were performed, leading to a diagnosis of giant ovarian cyst. Surgical treatment was carried out and histological analysis revealed 2 histologic types in the same ovarian tumor.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los ovarios son órganos especialmente propensos al desarrollo de una neoplasia, que constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer^{1,2}.

El ovario es un órgano de caracteres polimorfos, los cuales se encuentran interrelacionados. Factores genéticos,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sandijp@hmmg.vcl.sld.cu
(S. Jiménez Puñales).

embriológicos, ontogenéticos, así como estructurales y funcionales, experimentan una interacción de la cual puede emanar una enorme capacidad tumoral: benigna o maligna. Tanto es así, que es universalmente aceptado este órgano como el asiento de las enfermedades más diversas².

Los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido, pues si bien muchos de ellos son claramente benignos, otros en su evolución pueden malignizarse. Alrededor del 75-85% de los tumores de ovario son, en principio, benignos^{3,4}.

El diagnóstico precoz es casi imposible, incluso los tumores grandes son asintomáticos y se descubren como hallazgos casuales en una exploración o ecografía. En ocasiones exhiben datos clínicos que lo hacen sospechar, como síntomas compresivos, crecimiento lento del abdomen, dolor abdominal subagudo. Rara vez exhiben datos indirectos de actividad endocrina o metabólica⁴.

El cistoadenoma mucinoso y el tumor de Brenner benigno se originan ambos del epitelio celómico que recubre el ovario, por eso es poco frecuente encontrar estas 2 entidades en un mismo tumor. El primero comprende el 20% de las neoplasias benignas, es quístico, frecuentemente multiloculado y puede alcanzar dimensiones de hasta 50 cm. El tumor de Brenner es poco frecuente por sí solo (2% de los tumores de ovario), es sólido, de color blanco grisáceo al corte y alcanza tamaños de hasta 8 cm⁵.

Caso clínico

Se trata de paciente H.R.R. de 43 años de edad, femenina, negra, con antecedentes de hipertensión arterial crónica, cardiopatía isquémica con tratamiento permanente para sus enfermedades, historia obstétrica de embarazos 2, partos 2 y sin abortos. En esta ocasión es remitida a nuestro centro por presentar una citología patológica, y es atendida en consulta de dolencia de cuello.

Al examen físico se encontró un aumento de volumen que ocupaba todo el abdomen.

Tacto vaginal: útero de tamaño normal de difícil palpación. Se palpa una gran tumoración de consistencia blanda de gran volumen, que no hace cuerpo con el útero ya que al tirar del cuello aquella se mantiene inmóvil.

Tacto rectal: no se encuentran alteraciones, parametrios libres.

Estudio colposcópico: se observan imágenes sugestivas de lesión de alto grado. Se realizó en este momento citología con cepillado de canal y biopsia dirigida de cuello.

Estudios complementarios

Hemoglobina: 126 g/l; hematocrito: 0,42; eritrosedimentación: 12 mm/h; coagulograma: tiempo de coagulación: 1 min; tiempo de sangramiento: 8 min; recuento de plaquetas: $190 \times 10^9/l$; coágulo: retráctil.

Serología: no reactiva; glucemia: 5,2 mmol/l.

Radiografía de tórax: se observa sin alteraciones.

Ultrasonografía ginecológica: útero que mide 7×3 cm. Se observa gran imagen ecolúcida, de aspecto quístico multiloculado, que ocupa todo el hipogastrio y se proyecta hasta el epigastrio. No es posible la medición ultrasonográficamente por su tamaño.



Figura 1 Histerectomía total abdominal.

Biopsia de cuello: resultado anatomopatológico de neoplasia intraepitelial severa NIC III.

Posteriormente la paciente es admitida en el hospital para solución quirúrgica de su enfermedad.

Se realiza laparotomía exploradora mediante incisión media infraumbilical que es necesario ampliar alrededor del ombligo por la imposibilidad de extraer la pieza (fig. 1), con histerectomía total abdominal, doble anexectomía y resección del manguito vaginal.

Hallazgos

Útero de aproximadamente 7 cm, de características macroscópicas normales, encontrándose una tumoración quística gigante de ovario izquierdo que midió 30×20 cm de ancho, algunas zonas sólidas de color blanco nacarado, con inclusión de la trompa izquierda y pedículo vascular. Fue necesaria la previa evacuación parcial del líquido intraquístico: 5.000 ml (fig. 2); se toma muestra para estudio citoquímico. Se realiza la cirugía sin complicaciones.

Informe de anatomía patológica

Descripción macroscópica

Pieza que se corresponde con histerectomía total con doble anexectomía, mide $8 \times 6 \times 2$ cm, corresponde a cuello 3×6 cm. Exocérvis blanquecino con área congestiva. Orificio de múltipara, canal permeable. A los cortes del cuerpo, miometrio de 2 cm, endometrio lineal.

Anejo derecho: trompa que mide $6 \times 0,2$ cm, serosa lisa y brillante pardo oscura; al corte, luz permeable. Ovario de



Figura 2 Pieza que se corresponde con histerectomía total.

2 × 1,5 × 1 cm, superficie de color blanco, forma redondeada irregular, atrófico; al corte, color blanquecino.

Anejo izquierdo: trompa que mide 6 × 1 cm, con serosa de color pardo claro, lisa y brillante; luz permeable acompañada de gran formación quística que mide 21 × 20 × 27 cm, con superficie lisa de color blanco con áreas congestivas, consistencia renitente, el corte corresponde con formación quística de la que escapa contenido seroso, multiloculado. Pared de 2 cm, superficie interna irregular; la lesión presenta un área sólida de color blanco amarillento.

Descripción microscópica

Endocervicitis crónica. Quistes de Naboth. Atrofia endometrial. Esclerosis calcificada de Monckeberg de vasos arteriales de la pared uterina. Tumor de Brenner del ovario asociado a cistoadenoma mucinoso. Ovario contralateral que exhibe cuerpos albicans. Trompas de Falopio sin alteraciones histológicas.

Discusión

El diagnóstico de los tumores del ovario es de difícil determinación en etapas muy tempranas. Gran número de ellos son asintomáticos y se descubren en una exploración o por ecografía⁶.

La presencia de quistes ováricos es relativamente frecuente en las adolescentes, ya que esta dolencia es más prevalente en mujeres en edad reproductiva, hasta un 78,9% en algunas series⁷.

Los cistoadenomas mucinosos son tumores de tamaño variable, crecen libremente en la cavidad abdominal de manera considerable, se pueden observar muy raramente acompañados de otros tumores como el de Brenner que es de consistencia sólido y de menor tamaño (es el más raro de los tumores epiteliales 2%^{5,8}).

El crecimiento desmesurado de estos tumores conlleva síntomas y signos como masa abdominal palpable, dolor abdominal, síntomas derivados de la compresión de órganos vecinos como vejiga y recto⁹.

Los tumores primarios múltiples son una rareza clínica observada con frecuencia creciente. Poco más del 37% de los tumores primarios múltiples pueden ser multicéntricos en el mismo órgano: principalmente en la mama, el colon, la vejiga, el pulmón, el estómago y el hígado¹⁰.

Varios autores reportan grandes tumores de ovario, pero poco se encuentra acerca de la asociación entre 2 o más tipos de tumores de ovario^{11,12}.

En el caso actual encontramos 2 tumores en el mismo ovario de diferente histología: un tumor de Brenner y un cistoadenoma mucinoso. No encontramos en la literatura reportes de casos similares a este.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Corrales C. Quiste gigante de ovario. Presentación de un caso. *Rev Electrón Cienc Méd Cienfuegos Medisur*. 2012;10.
2. Bom-Khair, Frontera DA, Eacobar ME. Estruma ovárico benigno: diagnóstico y tratamiento en adolescencia. *Arch Argent Pediatr*. 2005;103.
3. Oliva Rodríguez JA. Diagnóstico ultrasonográfico de afecciones ováricas. *Ultrasonografía diagnóstica fetal. Obstetricia ginecológica*. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 335–58.
4. Aggarwal A, Lucco KL, Lacy J, Kives S, Gerstle JT, Allen L. Ovarian epithelial tumors of low malignant potential. A case series of 5 adolescent patients. *J Pediatr Surg*. 2009;44:2023–7.
5. Echemendía M. En: Zulueta E, editor. *Ginecología oncológica pelviana*. 1.ª ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
6. Briceño C. Tumores uterinos y ováricos: ¿gigantes? o grandes. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007;67:3.
7. González-Bosquet E, Torrent A, Quesada E, Domínguez F, Calejo J, Laila JM. Quiste de ovario gigante en adolescente extirpado vía laparoscópica. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2002;29: 174–6.
8. Cuello F, Mauricio A, Pomés C. Tumor ovárico en la postmenopausia: consideraciones sobre su manejo actual. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2003;68.
9. Díaz MJ, Díaz M, García M. Quiste gigante de ovario: presentación de un caso. *MediSur*. 2011;9.
10. Zapata F, Meléndrez A, Carranco E. Tumor doble primario sincrónico de ovario in situ. *Ginecol Obstet Mex*. 2012;80: 480–6.
11. Álvarez AC. Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2010;36.
12. Coello C, Verdecia E, Labrada MC. Presentación de un caso con quiste gigante de ovario. *Correo Científico Médico Holguín*. 2011;15.