



CARTA CLÍNICA

Mujer con distensión abdominal de 2 meses de evolución



Woman with abdominal distention of 2 months duration

El caso que presentamos es acerca de una mujer de 51 años, sin antecedentes de interés ni tratamiento domiciliario, que consulta a su matrona de referencia por molestias abdominales, distensión y sofocos, de entre uno y 2 meses de evolución. La historia clínica recogida por su matrona revela nuliparidad, irregularidades menstruales tipo perimenopausia desde hace un año y controles ginecológicos previos normales. Ante las quejas de distensión y molestias abdominales, la remite a su médico de cabecera.

Se valora a la paciente por distensión abdominal, sin alteraciones del hábito intestinal ni síndrome miccional asociado, y en la exploración se evidencia abdomen globuloso, duro, con efecto masa en la pelvis y distendido hasta 4 traveses sobre el nivel infraumbilical, de tamaño similar a gestación de aproximadamente 28 semanas. El resto de la exploración física es normal. Se realiza ecografía abdominal en la consulta, que muestra las imágenes de las [figuras 1 y 2](#)).

Con los hallazgos de la ecografía abdominal realizada en consulta de Primaria se derivó a Urgencias ginecológicas, donde se realizó nueva ecografía abdominal, transvaginal y TC abdominal, obteniendo imágenes indicativas de cistoadenoma, como primera posibilidad. Se realizó estudio analítico con marcadores, que evidenciaron una elevación hasta 10 veces superior sobre el límite normal de CA 19.9 (322, valores normales: 0,0-37,0). Posteriormente se realizó cirugía reglada, extirpando una tumoración de aproximadamente 30cm de diámetro, cuyo estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de cistoadenoma mucinoso de ovario (dependiente del ovario izquierdo).

El hallazgo de una tumoración ovárica es frecuente en la práctica médica, por lo que debemos averiguar si estamos ante una tumoración con comportamiento benigno o maligno. Hasta un 80% de los casos de tumores ováricos son benignos, siendo la cuarta causa de ingreso ginecológico¹. Suelen cursar con síntomas abdominales inespecíficos, que a menudo son motivo de consulta en Atención Primaria, de

ahí la importancia de no olvidar el origen ginecológico como causa de estos síntomas.

Los cistoadenomas mucinosos representan el 16-30% de los tumores benignos de ovario y el 80% de los tumores mucinosos de ovario². La máxima incidencia suele darse en 2 picos de edad: a los 30 y a los 50 años. Pueden ser de gran tamaño, y frecuentemente son unilaterales (la bilateralidad está representada en un 2-7%)³. El tipo histológico es variable, hasta el 76% son multiloculares y el contenido suele ser viscoso⁴. La malignización no es habitual, ocurre en el 5-15% de los casos³.

Clínicamente suelen ser asintomáticos, o cursan con una clínica inespecífica de malestar y aumento del perímetro abdominal (por el propio tumor o ascitis)⁵. La intensidad de la clínica va a depender del tamaño tumoral, el tipo histológico, la aparición de complicaciones (torsión del tumor, rotura, hemorragia, infección³) o de si se trata de tumores funcionantes con actividad endocrina.

Para el diagnóstico de sospecha es fundamental la historia clínica y la exploración física general y ginecológica.

La analítica suele ser útil, especialmente para descartar complicaciones abdominales y tumores funcionantes, y los marcadores tumorales (CA 125, AFP, HCG, CA 19.9) ayudan en la orientación terapéutica y de seguimiento posterior. Los niveles de CA 19.9 están elevados en un alto porcentaje de tumores ováricos mucinosos, pero no hay asociación entre el grado de elevación y el subtipo histológico, y parece que existe una asociación débil entre el tamaño tumoral y los niveles séricos⁶.

Entre los estudios de imagen el más eficiente, seguro y económico es la ecografía⁷, que suele mostrar imágenes quísticas multilobuladas de tabiques finos y ecogenicidad variable, según el espesor del contenido². La ecografía vía transvaginal, complementada con la vía abdominal e incluso el doppler⁸, aporta información sobre los aspectos morfológicos de la tumoración en el diagnóstico prequirúrgico, ya que el diagnóstico de confirmación vendrá dado con el análisis anatomopatológico de la tumoración.

Al evaluar una masa pélvica, debe realizarse el diagnóstico diferencial entre aquellas situaciones que se manifiesten como masa pélvica o «líquido» intraperitoneal, tanto de origen ginecológico como no ginecológico (enfermedad de ciego y/o sigma, vejiga distendida, fecaloma, riñón pélvico, procesos inflamatorios abdominales, entre otros)³.

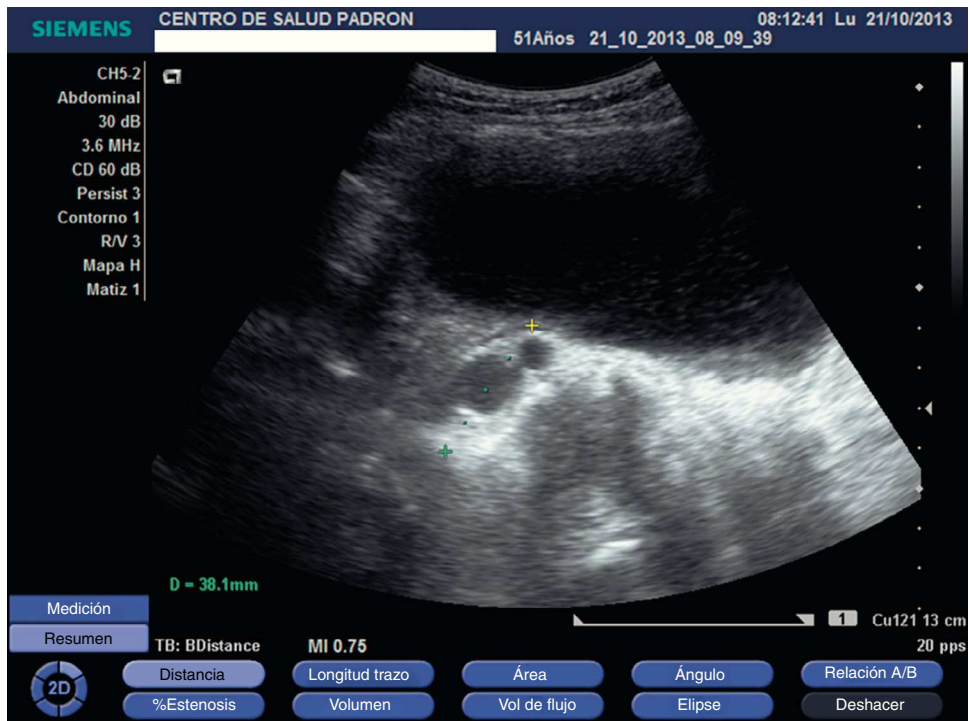


Figura 1 Imagen obtenida con sonda ecográfica a nivel pélvico: corte transversal que muestra vejiga bien replecionada y ovario derecho de 38 mm de diámetro, con 2 estructuras quísticas en su interior.



Figura 2 Imagen obtenida con sonda a nivel de hipogastrio: corte longitudinal que muestra masa anecoica multilobulada con tabiques finos que impide, por desplazamiento, la visualización del resto de las estructuras anatómicas abdominales a ese nivel.

El tratamiento será de seguimiento expectante o quirúrgico, y variará según criterios de benignidad/malignidad, la edad de la paciente y el tamaño tumoral.

La paciente de nuestro caso se benefició de la cirugía ginecológica y actualmente está en seguimiento, se mantiene asintomática y sin complicaciones derivadas de la enfermedad o del tratamiento.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido financiación alguna ni declaramos conflicto de interés alguno.

Bibliografía

1. Martínez Salmeán JM, Escribano Tórtola JJ, Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. Manual de salud

reproductiva en la adolescencia. Capítulo 11. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción; 2001. p. 359–93.

2. Perlman S, Hazan Y, Hagay Z, Appelman Z, Caspi B. "Onion skin" sign in an ovarian mucinous cyst. *J Clin Ultrasound*. 2013;41:63–4.
3. Martín-Francisco C, Lailla JM, Bajo JM. Patología tumoral del ovario. Clasificación y terminología de los tumores de ovario. Histogénesis y anatomía patológica. 2009 [consultado 15 Ene 2014]. Disponible en: http://www3.univadis.net/microsites/area_salud_mujer/pdfs.
4. Cevik M, Guldur ME. An extra-large ovarian mucinous cystadenoma in a premenarchal girl and a review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2013;26:22–6.
5. Hein DJ, Kellerman RD, Abbott G. Ovarian mucinous cystadenoma: Evaluating the pelvic mass. *Am Fam Phys*. 1993;48:818–24.
6. Kelly PJ, Archbold P, Price JH, Cardwell C, McCluggage WG. Serum CA19.9 levels are commonly elevated in primary ovarian mucinous tumours but cannot be used to predict the histological subtype. *J Clin Pathol*. 2010;63:169–73.
7. Mikos T, Tabakoudis GP, Pados G. Failure of ultrasound to diagnose a giant ovarian cyst: A case report. *Cases J*. 2009;2:6909.
8. Saunders BA, Podzielinski I, Ware RA. Risk of malignancy in sonographically confirmed septated cystic ovarian tumors. *Gynecol Oncol*. 2010;118:278–82.

M. Iglesias Otero^{a,*}, F.J. Formigo Couceiro^b, R. de la Fuente Mariño^a y M. Portela Romero^a

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Padrón, XAP Santiago, Padrón, A Coruña, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Concepción Arenal, XAP Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: maria.iglesias.otero2@sergas.es, mariaigleoter@gmail.com (M. Iglesias Otero).