

Presentación de caso

Tumor gigante de ovario torcido en adulta mayor de 66 años

Autores: [Oscar Díaz Pi](#),* Miguel Enrique Rodríguez Rodríguez,* Luis Emilio Jurit,** Gandy Guasch Figueras,*** Isabela Bezerra Ferreira da Silva****

* Especialista de I Grado en Cirugía General

** Especialista de II Grado de Cirugía General

***Residente de Cirugía General Universidad de Ciencias Médicas. Hospital "Dr. Miguel Enríquez"

****Doctora en Ciencias Médicas.

Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.

CP 10400.

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud".

ABSTRACT

We present a case female patient aged 66 presenting with a giant tumor of ovary twisted, seem in the Emergency Room due to acute abdominal pain. At physical examination it was noted an increase of the abdomen volume and prolapsed uterine. The ultrasound being a very defined heterogeneous image of regular borders that 12 x 19 cm measures, occupying hypogastrium, left flank, mesogastrium, left flank, flow is not captured the US Doppler, with I liquidate free in bottom of the sack but less 200 ml, with scarce cellularity. It was suspected that it was a tumor of twisted ovary, leading to the immediate surgical treatment verifying the proposed diagnostic possibility. The postoperative course was favorable.

Keywords: ovary giant fibrotecoma, ovary tumor, twisted ovary.

RESUMEN

Se presenta una paciente de 66 años de edad con un tumor ovárico gigante torcido, quien acude a consulta por dolor abdominal agudo. Al examen físico se comprobó aumento de volumen en fosa iliaca izquierda, hipocondrio y flanco izquierdo y prolapso uterino. Se realizó ultrasonido encontrándose una imagen heterogénea de bordes regulares bien definido, que medía 12 x 19 cm, ocupando hipogastrio, flanco izquierdo, mesogastrio, flanco izquierdo, no se capta flujo al ultrasonido (US) doppler, con líquido libre en fondo del saco más menos 200 ml, con celularidad escasa. Se sospechó que fuera un tumor de ovario torcido, lo que motivó el tratamiento quirúrgico inmediato y se comprobó la posibilidad diagnóstica planteada. La evolución posoperatoria resultó favorable.

Palabras clave: fibrotecoma gigante de ovario, tumor de ovario, torsión ovárica.

INTRODUCCIÓN

El ovario es un órgano de caracteres polimorfos que se encuentran interrelacionados. La interacción entre factores genéticos, embriológicos, ontogenéticos, estructurales y funcionales que puede generar proliferación neoplásica, benigna o maligna. El ovario es un órgano de caracteres polimorfos que se encuentran interrelacionados. La interacción entre factores genéticos, embriológicos, ontogenéticos, estructurales y funcionales que puede generar proliferación neoplásica, benigna o maligna.¹

Los tumores de ovario representan aproximadamente el 30 % de los tumores genitales; los más frecuentes son los epiteliales y germinales.²

Por otra parte la torsión anexial es una urgencia ginecológica causada por la torsión del ovario sobre su pedículo, lo que produce estasis linfática y venosa, más tarde en la evolución isquemia y, si no se trata, necrosis.³

Es la quinta urgencia ginecológica quirúrgica más frecuente en Estados Unidos. Su incidencia se estima en 3 a 7 % de los casos de consulta de urgencia ginecológica.⁴

Se presenta una paciente de 66 años que acude a nuestro centro con el antecedentes de una masa ginecológica en estudio, que acude con palpitations, dolor abdominal y masa abdominal palpable, cuadro que se interpreta como tumor de ovario torcido.

Presentación de caso

Paciente: MMV

HC: 523175

Ingreso: 11/04/2015

Egreso: 16/04/2015

Motivo de Consulta: "dolor abdominal"

Historia de la enfermedad actual: Paciente femenina de 66 años, con antecedentes de trastornos ginecológicos, los cuales desconoce. Acude a nuestro centro con dolor abdominal

constante, en todo bajo vientre, con aumento de volumen del mismo, náuseas, no vómitos, ni fiebre. Se ingresa para estudio y tratamiento.

Examen físico: hallazgos positivos.

Piel y mucosas: hipocoloreadas – hipohidratadas.

ACV: FC: 113 latidos por minutos, TA: 100/60 mmhg, ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: distendido a predominio del fosa iliaca izquierda, hipocondrio y flanco izquierdo, con cicatriz quirúrgica de cesárea previa. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Se palpa aumento de volumen en fosa iliaca izquierda, hipocondrio y flanco izquierdo, de más menos 20 cm, dolorosa, no movable, con reacción peritoneal.

Examen ginecológico: a la inspección se observa prolapso uterino grado III (figura 1), al tacto vaginal encontramos tumor palpable de bordes regulares, en el cual no participa el útero.



Figura 1. Se observa prolapso del útero.

Complementarios

Hto: 0,44 %

Leucograma: 16,8 x 10⁹/L ;P: 0,89

U/S abdominal: imagen heterogénea de bordes regulares bien definido, que mide 12 x 19 cm, ocupando hipogastrio, flanco izquierdo, mesogastrio, flanco izquierdo, no se capta flujo al US doppler, con líquido libre en fondo del saco más menos 200 ml, con celularidad escasa.

Impresión diagnóstica: tumor ovárico torcido

Operación: laparotomía exploradora, resecando cicatriz quirúrgica, se abre por planos y de encuentra tumor de ovario con áreas de necrosis, torcido, capsula perforada y adherido a intestino delgado (figura 1), se libera cuidadosamente el tumor (mide más menos 25 cm) de las

asas delgadas (figura 2), una vez libre se realiza ooforectomía izquierda, se aspira más menos 310 ml de líquido serohemático del fondo del saco. Se cierra por planos y se envía pieza a anatomía patológica (figura 3).

Figura 1



Figura 2



Figura 3



Anatomía patológica: tumor gigante de ovario, bien encapsulado, pero con pérdida de continuidad de la capsula en el segmento distal, compatible histológicamente con fibrotecoma gigante, con una pequeña áreas de carcinoma papilar, zonas de hemorragia, necrosis y áreas quísticas.

Seguimiento por oncología: se surgiere realizar, lavado peritoneal, hysterectomía total abdominal, más anexectomía derecha, apendicetomía biopsia de los parietocólicos y omentectomía. Lo cual se realizó sin dificultad. Se mantiene con seguimiento cada tres meses.

DISCUSIÓN

El fibrotecoma como tal se considera tumor del estroma ovárico con diferenciación hacia células de la teca o trofoblásticas. Su presentación clínica se da en personas posmenopáusicas aunque se presenta también con menor frecuencia en mujeres jóvenes, su tamaño varía desde tumores pequeños hasta tumores gigantes que incluso se pueden palpar a la exploración física. Son generalmente tumores sólidos, firmes al corte con contenido de lípidos variable de paciente a paciente, son unilaterales mayormente y pocos tienden a malignizarse.⁵ El caso presentado es una paciente posmenopáusica y era un tumor sólido y grande.

Debe tenerse presente que cuando hay dolor bajo vientre de instalación brusca, náuseas, vómitos, fiebre, tumor palpable, leucocitosis y evidencia sonográfica de una masa en hipogastrio, pero en ocasiones se necesita un alto índice de sospecha para diagnosticar una complicación (torsión) ya que mucho de estos signos y síntomas no aparecen.⁶

La ecografía constituye el examen de elección para el estudio de las masas pélvicas, por su inocuidad y rapidez es el medio diagnóstico de elección.⁷

La torsión de ovario puede ser parcial o completa y en ocasiones intermitente, es más frecuente asociado a torsión de la trompa, ocurre a cualquier edad pero su incidencia es mayor en edad reproductiva en un 70-75 % de los casos, cuando aparece en la menopausia es asociado a tumor.⁶

El tratamiento más frecuente de la torsión anexial es anexectomía. Este tratamiento radical en la actualidad se basa en los hallazgos del cirujano al observar las características macroscópicas del ovario.⁸

CONCLUSIONES

La torsión ovárica, es una urgencia ginecológica. Su diagnóstico es basado clínicamente y apoyado por métodos imagenológicos. Su tratamiento es eminentemente quirúrgico.

Dado el marco demográfico en nuestro país actualmente debemos tener en cuenta estas afecciones en mujeres mayores y no descartarlas ante la clínica dolorosa abdominal. Un método clínico adecuado nos permitirá enfrentaremos con éxito ante estas entidades quirúrgicas que de no tomarse las indicaciones pertinentes comprometen la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Rivera A, Jiménez Puñales S, MSc. Luna Alonso M C. Quiste gigante de ovario: una complicación infrecuente. *Medicent Electrón*. 2015;19(1).
2. Díaz Pi O, Gil Jiménez I, Bode Sabo A, Dávila Puentes C, Paiva de Arruda T, Camara Fonseca S. Tumor gigante de ovario en adulta mayor de 80 años. *Rev Gerontología y Geriatria*. 2012;7(1).
3. Marchant GR, Pedraza SD, Astudillo DJ. Utilidad de la ultrasonografía en el diagnóstico de la torsión anexial (TA): Revisión. *Rev Chil Ultrasonog* 2011;14:14-17.
4. Zamboni M, Palominos G, Núñez F, Durruty G y col. Manejo conservador de la torsión anexial: ¿una alternativa o una obligación frente a un posible error de apreciación por parte del cirujano? *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011;76:248-256.
5. Ramírez Cisnero FJ y cols. Fibrotecoma gigante de ovario, en una paciente con útero bicorne *Acta Médica Grupo Ángeles* 2010; 8(4):217-220.
6. Álvarez Sánchez A C. Torsión de ovario. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*; 30(1)117-124.
7. Andrade Neto F, Palma-Dias R, Costa FS. Ultrasonografia nas massas anexiais: aspectos de imagem. *Radiol Bras*. 2011 Jan/Fev;44(1):59-67.
8. Mateo-Sáñez HA, Taboada- Pérez GC, Hernández-Arroyo L, Mateo-Madrigal M, Mateo- Madrigal V. Torsión anexial: tres casos. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:272-278.