

Cistoadenoma Mucinoso

Informe de un caso y revisión de literatura

Mucinous Cystoadenoma

Case report and review

Dr. José Luis Arita Erazo Dr. Leonel Pérez'*

RESUMEN. Informamos el caso de una paciente con una tumoración abdominal, remitida al Hospital de Área "Juan Manuel Gálvez" (Gracias, Lempira) con el diagnóstico de embarazo. En base a los estudios clínicos y laboratoriales se postuló el diagnóstico de "Tumor Gigante de Ovario (T.G.O.)". La laparotomía exploradora demostró un tumor gigante de ovario izquierdo que por estudios histopatológicos resultó ser un Cistoadenoma Mucinoso Benigno de Ovario. Lo avanzado de la enfermedad en ésta paciente deja al descubierto nuestra pobre cobertura de salud así como el bajo nivel sociocultural de la población. Se enfatiza que el diagnóstico diferencial de éste tumor no es el embarazo sino otras neoplasias intrabdominales y pélvicas.

Palabras clave: Tumor gigante ovario, cistoadenoma mucinoso benigno.

SUMMARY. We report a patient with an abdominal tumor, remitted to the "Juan Manuel Gálvez" Área Hospital (Gracias, Lempira) with diagnosis of pregnancy. Base upon the clinical and laboratory studies it postulated "Giant Ovary Tumor (G.O.T.)" as diagnosis. Exploratory laparotomy showed a giant left ovary tumor which by pathological analysis turned out to be Benign Mucinous Cystoadenoma of

the Ovary. The advanced disease in this patient unravel our poor health coverage as well as the low sociocultural level of the population. It emphasizes that the differential diagnosis of this tumor is not pregnancy but other intrabdominal and pelvic neoplasias.

Key words: Giant Ovary Tumor, Mucinous Cystoadenoma

INTRODUCCIÓN

Los cistoadenomas Mucinosos (C.M) son de estirpe benigna pero actualmente se tiene bien claro su comportamiento limítrofe y maligno.^[2-911_1518g]

Comprenden el 15-25% de todos los tumores ováricos, de los C.M. el 85% son benignos, el 6% son de bajo potencial maligno (limítrofes) y un 9% son tumores invasivos^[14].

Tienen la característica común de alcanzar grandes tamaños, de hecho los tumores más grandes reportados en la literatura pertenecen a este grupo^[15].

Proviene de una simple metaplasia del epitelio germinal de revestimiento (Mesotelio del ovario), se caracteriza por la presencia de glándulas y quistes cubiertos por células epiteliales con abundante mucina intracitoplasmática pareciéndose al epitelio de

Profesor Titular III U.N.A.H.
Jefe del Servicio de Obstetricia H.M.I.

endocervix, intestino o de ambos.^{a9)} Pueden contener células caliciformes o células de Paneth y argentafines, son biológicamente capaces de secretar activamente algunas hormonas peptídicas gastrointestinales.⁽⁵⁾

Los tumores mucinosos de ovario que contienen epitelio de tipo intestinal son los más probables en caer en el grupo o categoría de los de bajo potencial maligno o en los invasivos^(5,18). Esto último es preocupante ya que en U.S.A. en 1992 se diagnosticaron en forma general 21,000 mujeres con cáncer de ovario y cerca de 13,000 murieron por esta condición, de esto se deduce que 1 de cada 70 mujeres pueden desarrollar cáncer de ovario durante su vida⁽⁴⁾.

Se concluye que para este tipo de población (U.S.A.) el cáncer de ovario es la principal causa de muerte dentro de los cánceres ginecológicos⁽⁴⁾.

INFORME DEL CASO

Paciente femenina de 18 años de nombre M.V.P. con No. de expediente 8370, admitida en la emergencia del Hospital de Área "Juan Manuel Gálvez" (Gracias, Departamento de Lempira) con hoja de remisión extendida por partera y enfermera auxiliar de su comunidad, motivo "Embarazo con ausencia de movimientos fetales".

Subjetivamente: Se encontró lo siguiente: G;l p: 1, con amenorrea de 40 semanas, sin actividad uterina, sin movimientos fetales de 3 días de evolución, acompañado de náuseas, vómitos y dificultad respiratoria (disnea de pequeños y medianos esfuerzos).

Objetivamente. Regular estado nutricional. Con signos vitales dentro de límites normales. Tórax. Mamas hipotróficas con ligero tiraje intercostal. Pulmones y corazón . Normales. **Abdomen.** Que mide desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta la apófisis xifoides 44 cms, no se auscultó con Doppler F.C.F., y por maniobras de Leopold no se identificaron partes fetales (Fig. 1). Al examen vaginal se encontró un cervix pequeño, cerrado, formado, duro y posterior no se palpó útero ni anexos. Una radiografía simple de abdomen reveló ausencia de partes fetales osas, y un colon por enema realizado horas después mostró compresión de colon sigmoide en su extremo proximal (Fig. 2). Con los datos precedentes se consideró la

posibilidad de un Tumor Gigante Ovárico (T.G.O) ante lo cual se programó para una laparotomía exploradora, esta nos mostró lo siguiente:

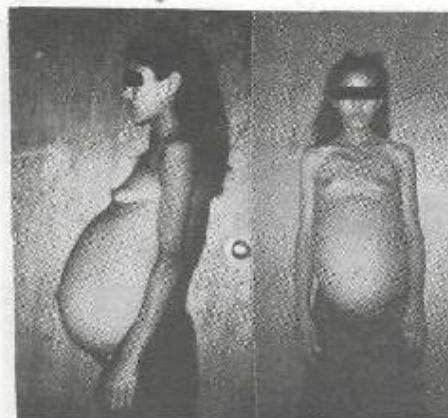


Fig. 1. Foto de pte. al ingreso al Hospital, ver las dimensiones del abdomen y su estado nutricional comprometido.

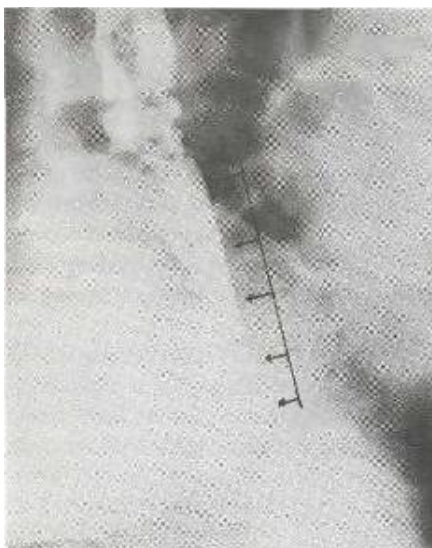


Fig. 2. Ver la compresión del Sigmoides por el tumor y que es señalada por las flechas en negro.

1. T.G.O. Izquierdo (Fig. 3) con dimensiones de 42 cms de largo y 36 cms. de ancho y con un peso de 26 lbs. 8 onzas.
2. Adherencias múltiples en su base de aspecto inflamatorio hacia útero y sigmoides.
- 3- Divertículo de Meckel (Fig. 4) en tercio distal de yeyuno que midió 6 cms. de longitud.
4. Útero ligeramente aumentado de aspecto normal, ovario y trompa contralateral normal.

5. Hígado, estómago, bazo y resto de intestino de aspecto normal.
6. No se encontró ascitis y peritoneo era normal.



Fig. 3. Foto que muestra las dimensiones del tumor al momento de haber sido ya resecado.



Fig. 4.
Divertículo
de Meckel
señalado
por la pinza.

Transoperatoriamente paciente presentó shock hipovolémico, por secuestro de sangre y líquido en el tumor, se transfundieron 3 U. de sangre completas. El procedimiento quirúrgico realizado fue: A) Salpingooforectomía izquierda B) Biopsia en cuña de ovario contralateral C) Diverticulectomía a nivel de yeyuno y D) liberación de adherencia.

Fue dada de alta el 5to. día del postoperatorio, en buenas condiciones generales. Con el plan de seguimiento por consulta externa del mismo hospital.

Los resultados de anatomía patológica fueron:

Cistoadenoma Mucinoso Benigno de ovario izquierdo, macroscópicamente con epitelio superficial liso, de coloración azul aperlada, con múltiples loculos en su interior que contenían material gelatinoso, viscoso azul oscuro. Microscópicamente se encontró una capa única de epitelio secretor alto con núcleos grandes en la parte basal de la célula (Fig. 5). El epitelio de la resección en cuña del ovario contralateral era normal lo mismo el divertículo de Meckel.



Fig. 5.- Foto que nos muestra la estructura microscópica de las células de Paneth y argentafines característicos de esta patología.

DISCUSIÓN

El diagnóstico se basó en los hallazgos clínicos (Maniobras de Leopold y ausencia de F.C.F) y el no encontrar partes oseas fetales en la radiografía simple de abdomen, la literatura más actualizada sobre este tema nos muestra que incluso podemos realizar un diagnóstico más preciso y poder mediante la tomografía y la resonancia magnética, determinar el peso, su estructura corporal (vegetaciones, septaciones, lóculos) su contenido fluido o sólido, y poder diferenciar de tumoraciones del aparato urinario, muscular o graso. Gossan y Col. en un estudio complejo de 50 casos aseguraron encontrar características de

malignidad y benignidad de hasta 86% con resonancia y un 92% con la tomografía ⁽¹⁰⁾. El ultrasonograma transabdominal en U.S.A. está siendo usado como rastreo para detección temprana de cáncer de ovario en la mujer ⁽⁸⁾.

Los tumores mucinosos limítrofes y malignos son una categoría muy poco definida {Ver Tab. No. 1} son a simple vista indistinguibles con los benignos, especialmente cuando no hay extensión extracapsular ^m. Esto se debe en parte a su origen fitogenético ya que provienen del mesotelio del ovario, y este epitelio germinal tiene una potencialidad múltiple de metaplasia ^{aw}.

TABLA No. 1
CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DE
LOS TUMORES MUCINOSOS

BENIGNOS	MALIGNIDAD LIMÍTROFE	MALIGNOS
CBtoídenctju Mudnoso	AdoiofibromayCistoade- nofibrana Maligno	Adenoardnoma
Adenofitrcma üstoídaiofibremi		Cistoadenocaranom» Mudnoso
RokrtEScutiy Tumors of the ovary and Maideveloped gonads 1982		

La característica de alcanzar grandes tamaños es común en este grupo, Symmond y Col. documentaron un tumor que pesó 87.7 kilos, el más grande extirpado en los últimos 50 años ⁽¹⁵⁾ que representa un tamaño de 7 veces más grande que el resecado por nosotros. Encontramos que en nuestros hospitales se han extirpado tumoraciones de igual o mayor tamaño, lo importante en relación a esto es que las dimensiones alcanzadas no dejan de estar asociadas a nuestra pobre cobertura en salud, lo mismo que al bajo nivel Sociocultural de nuestra población.

Estos tumores pueden asociarse a otras patologías que pueden ser independientes o relacionadas entre sí, como ser el caso reportado de sarcoidosis ⁽¹⁷⁾ y C.M., la presencia del Síndrome de Zollinger-Elison ^{CS611}, la asociación con un pseudomixoma peritoneal ^{<19)}, nosotros creemos que nuestros hallazgos en relación al divertículo de Meckel fué casual (no encontramos otro caso informado) ya que su origen se debe a una anomalía congénita y generalmente sus hallazgos son producto de resultados de necropsia o de series

radiográficas gastrointestinales ⁽²⁰⁾. Lo importante de su hallazgo es que pueden ser reservorio de tejido ectópico gástrico y puede en el futuro asociarse a lo que en algunos artículos se menciona como Síndrome Z-E que se caracteriza por hipersecreción ácida gástrica, úlceras duodenales y yeyunales, el origen del síndrome en este caso es por tumores productores de gastrina, se ha comprobado que muchos C.M. de invasión limítrofe se asocian a procesos significativos de liberación de hormonas peptídicas gastrointestinales ^{6.6.">}.

El diagnóstico diferencial en caso de C.M. benigno en la literatura mundial cuando el abdomen tiene estas dimensiones no es diagnóstico diferencial de un embarazo normal (mal interpretado por personal auxiliar en salud), la preocupación es cuando hay que diferenciarlo de un carcinoma endometroide o con metástasis de un adenocarcinoma de origen intestinal ^(12,18)

Finoglio y Col. demostraron que el epitelio germinal del ovario al envagarse rodea los conductos de muller de la porción superior del aparato genital, por ello éstas células de revestimiento pudieron simular ciertos tumores mucinosos del endocervix, también encontraron que al sufrir éste epitelio cambios metaplásicos pueden originar epitelio mucinoso similar al que se encuentra en el tubo digestivo ⁽⁹⁾.

El curso clínico del C.M. puede ser favorable, en raras ocasiones se complica, como ser en el Pseudomixoma peritoneal cuando se asocia a un tumor limítrofe, que se caracteriza por proliferación de epitelio mucinoso a nivel del peritoneo, lo que genera mucha secreción y la formación de tejido fibrótico, denso y hialino ^{au)}.

Las complicaciones más frecuentes encontradas son la inanición, sepsis, obstrucción intestinal, atelectacia pulmonar y hasta embolismos ⁽¹⁴⁾. Cuando son limítrofes malignas la metástasis puede ser hematogena, linfática especialmente en estadios tardíos de la enfermedad ^(H18).

El tratamiento óptimo en mujeres de edad avanzada de todas las formas de tumores mucinosos son salpingooforectomía bilateral más hysterectomía. En mujeres jóvenes sin paridad cumplida como en nuestro caso, se prefiere mantener la fertilidad y está justificada la preservación del útero y anexo contralateral, cuando

el tumor es bilateral, la extirpación quirúrgica (H.A.T. + SOB) es el procedimiento más razonable⁽¹¹¹⁴⁾. Koettneir y Stanced Aure hacen énfasis en el manejo con radiación postcirugía, en tumores limítrofes y malignos, en sus series muestran una supervivencia hasta de 10 años de 87% en los limítrofes y de un 35% en los invasivos^{37,12_13,14}.

CONCLUSIONES

La revisión de la literatura de esta patología en particular pretende profundizar más sobre las características y comportamiento de algunos tumores de ovario, al mismo tiempo promover nuevos estudios sobre incidencia, frecuencia y compromiso invasivo de los mismos (T.G.O) a nivel nacional.

REFERENCIAS

1. Aguirre P. Scully R. Dogol. Mucinous Tumors of the ovary with argyrophil cells an immunohistochemical analysis. *AmJ.Surg.Pathol.* 1984; 8:345-56.
2. Aure J. C. Kolslad D. Clinical and Histologic Studies of Ovarion. (Mucinoma, Long. Term follow up 990 cases). *Obstet Gynecol.* 1971,37:1-9.
3. Benington et. al. Incidence of Tumors of Ovary. *Obstet Gynecol.* 1968, 32:627-32.
4. Bore R. J. S. Knopp RC, mALKASIAN d. CA 125 serum levéis correlated with second look operations among ovarian cancer patients. *Obstet. Gynecol.* 1986; 67:685-689.
5. Coceo A, Conways, Eint. P. Zollinger-Ellison, Síndrome Asociated with ovarian cystoadenocarcinoma. *N. Engl. J. Med.* 1975:273: 485-6
6. Cong TT, Barthan, TK. Conservation management of the Zollinger Ellison Syndrome, Ectopic gastrin production by an ovarian cystoadenoma. *JAMA* 1980:243:1837-9
7. Crestkank SH, Beckele S. Case of retroperitoneal mucinousCystoadenoma. *Am.J.* *Obstet Gynecol.* 1990,162(5): 1355.
8. Camphell S. Bhan V. Rayton P, Transabdominal Ultrasound Screening for early ovarian cancer. *B.M.J.* 1989,299:1363-1367.
9. Fenoglia Cm, Ferency A. Mucinous Tumors of the ovary, ultraestructural studies of mucinous Cystoadenomas with histogenetic consideration. *Cáncer* 1975, 36:1709-1722.
10. Ghossan M A, Buy J. Ligeros C. Epitelial Tumors of the Ovary comparison of MR an CT findings. *Radiology* 1991, 981 (3); 863-70.
11. García Villanueva M, Badis Figueroa, Zollinger-Ellison. Syndrome due to a borderline mucinous cystoadenoma of the ovary. *Obstet Gynecol.* 1990, 75:549-52.

-
12. Hart W. Norans H. et. al. Borderline and Malignant mucinous tumors of the ovary. Histologic criteria and clinical behavior. *Cáncer* 1973,31:1035-1045.
 13. Mosby Editors. *Clinical Gynecologic oncology* Disaia Creasman two editions.
 14. Robert E. Scully *Tumors of the Ovary and Maldeveloped Gonads*. Armed Forces Institute of Pathology Washington. 1982. Pag. 75-91.
 15. Symmond R., Spratz A. Large Tumors *Obstet. Gynecol.* 1963,22:423-425.
 16. Sherman et. al. Mucinous Tumors of the Ovary *Obstet Gynecol* 1960,16:699-712.
 17. Whithe A. Flaris N. Elmer D. Consistence of Mucinous Cystoadenoma of the Ovary an ovarian sarcoidosis. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1990,162 (5): 1284-5.
 18. Woodneff J. Perry H. Genedry R. Mucinous Cystoadenocarcinoma of the Ovary. *Obstet Gynecol.* 1978, 51:483-489.
 19. Vaguel M. et al. Pseudomixoma Peritoneal. *anot* 1969,2:846.
 20. Wstein EC, Cain JC, Rhemine WH, Meckel's diverticulum fourty five years of clinical and surgical experience. *Jama* 1962,182; 251.
-

*.Que mi pensamiento permanezca dueño de sí mismo ante (a cama def enfermo,
que ninguna fantasía venga a distraerlo, que no vea yo
sino (o que la experiencia u la reflexión puedan sugerirme
sin que mis meditaciones sean turbadas, pues grandes g
sagradas son las obras meditadas en la soledad...*

*La Plegaria def Médico
Maimonide, Córdoba,
Año 11SS.*