

CISTOADENOMA MUCINOSO DE OVARIO

Rodrigo Vela Elizalde^{1,2,3,a,b} Andrés Vela Intriago^{2,a,c} Rodrigo Vela Intriago^{2,a,c}



El 80% son benignos o limítrofes (como se presenta en nuestro caso), y aproximadamente el 15% malignos. Los cistoadenocarcinomas mucinosos son relativamente infrecuentes y representan solo el 10% de todos los cánceres ováricos¹.

Morfológicamente los tumores mucinosos se caracterizan por quistes de tamaño variable y lo infrecuente de la afectación superficial.

Son menos frecuentemente bilaterales. Aproximadamente el 5% de los cistoadenomas mucinosos son bilaterales.

Los tumores mucinosos tienden a producir masas quísticas de gran tamaño y ha habido algunas que han tenido un peso mayor a 25kg. Macroscópicamente tienen un aspecto de tumores multiloculados rellenos de un líquido gelatinoso y pegajoso rico en glucoproteínas¹.

RESUMEN

Se presenta una mujer de 21 años de edad con diagnóstico anatomopatológico de CISTOADENOMA MUCINOSO (CAM), con cuadro clínico de distensión y discomfort abdominal.

Hacemos una revisión de esta particular patología y su cuadro clínico, la importante correlación diagnóstica por imágenes, además del tratamiento quirúrgico de la misma.

Palabras clave: Cistoadenoma mucinoso, quiste complejo de ovario, cistectomía ovárica.

SUMMARY

A woman of 21 years old with diagnosis of Mucinous cystoadenoma (MCA) presents with clinical features of abdominal pain and distension.

We made a review of this particular pathology and its clinical presentation, and also the correlation and support of the ultrasound diagnosis, and also the surgical resolution of the pathology.

Key words: Mucinous cystoadenoma, complex ovarian cyst, ovarian cystectomy.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de ovario son formas comunes de neoplasia en las mujeres. Entre los cánceres del tracto genital femenino, la incidencia del cáncer de ovario se sitúa por debajo solo del carcinoma del cuello uterino y del endometrio.

El cáncer de ovario representa el 6% de todos los cánceres en la mujer y es la quinta forma más común de cáncer en mujeres en los Estados Unidos¹.

En cuanto a los tumores de origen mucinoso (Fig.1) representan el 25% de todas las neoplasias ováricas. Se dan principalmente en la mitad de la vida adulta y son infrecuentes antes de la pubertad y después de la menopausia.

1. Docente Universidad de Guayaquil
2. Miembro de la sociedad Ginecológica quirúrgica mínimamente invasiva AAGL
3. Miembro de la sociedad ecuatoriana de ultrasonido SEUS
- a. Doctor
- b. Cirujano General
- c. Médico General

* Recibido 07 de Enero y Aceptado el 18 de Enero del 2013

CORRESPONDENCIA:
Dr. Andrés Vela Intriago
Medico General
Email: Andres_vela16@hotmail.com
Cel: 0922607353
Guayaquil-Ecuador

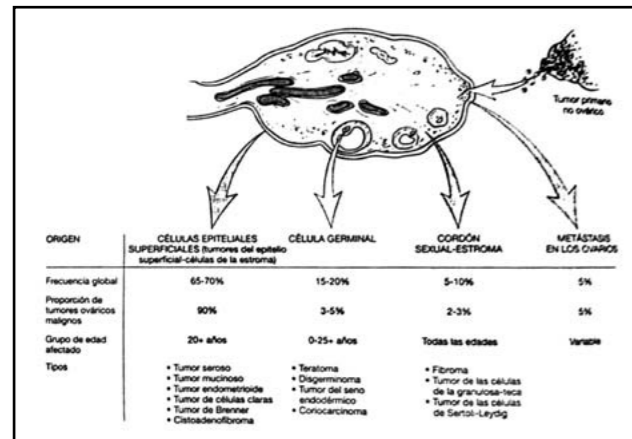


Fig.1 Origen de las diversas neoplasias de ovario, Frecuencia y distribución¹.

Fuente:

REPORTE DE CASO

Se trata de una mujer de 21 Años de edad sin APP de importancia, la cual presenta un cuadro clínico de meses de evolución con disconfort y distensión abdominal progresiva a través del tiempo. No presenta otros síntomas asociados en ningún otro aparato o sistema.

Al examen físico abdominal se visualiza un abdomen voluminoso en la zona del hipogastrio, a la palpación abdominal de dicha zona presenta una masa de gran tamaño, de bordes irregulares, lisos, que llega hasta la zona del mesogastrio. El abdomen además a la palpación se presenta blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal.

Se ordena exámenes de laboratorio, además de ultrasonido abdominal y pélvico. La Biometría hemática se encuentra dentro de parámetros normales (leucocitos 9.700 mm³, conteo glóbulos rojos 4.560.000 mill/mm³, Hto 37.3%, Hb 11.6g%, plaquetas 267.000) Pruebas de coagulación (TP 15, TPT 36) Marcador CA 125 17.28 unidades/ml.

ESTUDIOS REALIZADOS

El estudio ultrasonográfico de la pelvis se ha mostrado como el procedimiento iconográfico más simple y eficaz de que se dispone en la actualidad. Actualmente, en base a la experiencia acumulada, sabemos que las formaciones ováricas benignas y/o disfuncionales presentan una morfología cercana a la eco estructura del folículo en sus distintas fases del desarrollo durante el ciclo ovárico⁴.

La existencia de tabiques finos (menores a 3mm), rectilíneos, sin excrecencias eco refringentes en sus

paredes, uniformes, y en escaso número, son signos de benignidad del proceso y en la casuística general aparecen el 87% de los cistoadenomas benignos sobre todo cuando la tumoración sobrepasa los 5cm de diámetro medio⁴.

En nuestro caso, a más del cuadro clínico se realizó una ecografía abdominopélvica, en la cual observamos una masa quística compleja, voluminosa, multitabcada, de 19x17 cm en su diámetro antero posterior y transversal respectivamente. Al utilizar el modo Doppler color el quiste no muestra vascularización. (Fig. 2) (Fig. 3)

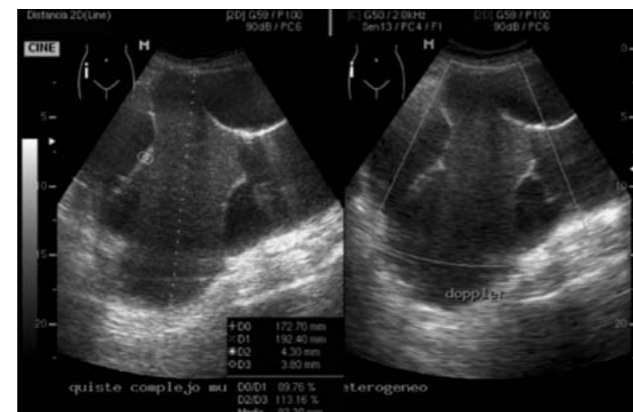


Fig. 2 Ultrasonido pélvico. Se observa un quiste complejo multitabcado heterogéneo

Fuente:



Fig. 3 Modo Doppler. No se observa vascularización dentro de la masa.

Fuente:

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La quistectomía permite extirpar selectivamente la estructura quística y preservar así el tejido ovárico residual². La clave en el tratamiento de los tumores ováricos es la cito reducción quirúrgica máxima o reducción de la masa. La cirugía de una masa pélvica indeterminada o un presunto cáncer de ovario comienza con una incisión mediana en la piel, este abordaje permite la extracción de la masa o del ovario

(sobre todo si es de gran tamaño) y, aun más importante, la exposición máxima de la cavidad abdominopélvica para una exploración exhaustiva³. La incisión comienza, en general, a nivel de la sínfisis púbica y se extiende en dirección cefálica. Se la puede ampliar hasta la apófisis xifoides si fuera necesario³.

En nuestro caso utilizamos una variante quirúrgica debido al gran tamaño del cistoadenoma, una vez realizada la incisión inframediaumbilical se diseco por planos hasta llegar a la cavidad abdominal, se realizó una sutura en jareta en la superficie del cistoadenoma para luego utilizar los trocares de Ochsner para el drenaje y reducción de tamaño de la masa. Debido a la naturaleza multicompartamental del cistoadenoma se procede a drenar directamente cada lóbulo con 1 sola punción (Fig. 2) (Fig. 3) (Fig. 4) Se drenan aproximadamente 1100cc de líquido de aspecto gelatinoso.

Una vez realizada la reducción de la masa tumoral, se procedió a colocar un pinza heaney en la base del cistoadenoma con la correspondiente sutura transflíctiva superior a la circular con vicryl 1, se comprobó hemostasia, y se procedió con el posterior cierre convencional por planos. Las características antes mencionadas en cuanto a la morfología macroscópica durante el transquirúrgico posteriormente fueron confirmadas por el diagnóstico anatomopatológico. (Fig. 5) (Fig. 6)



Fig. 4 Trocares de Ochsner utilizados en transquirúrgico

Fuente:



Fig. 5 Sutura en jareta para evitar fuga de líquido durante el drenaje

Fuente:



Fig. 6 Drenaje del contenido quístico mediante trocares de Ochsner

Fuente:



Fig. 7 Cistoadenoma mucinoso, nótese el aspecto multilobulado.

Fuente:

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Posterior a la cirugía la muestra fue llevada para la confirmación diagnóstica anatomopatológica, en el informe macroscópico se detallo una tumoración quística de ovario que mide 15x14x11cm, ovalada de superficie lisa, la cual al corte se observa cavidades multiloculadas de tamaño variable (mayor mide 6cm) con contenido líquido mucoso amarillento.

A la microscopia las cavidades están revestidas por una sola capa de células epiteliales cilíndricas que contienen vacuolas mucosas en citoplasma, la pared está formada por tejido conectivo denso, en un segmento se identifica estroma ovárico. Confirmándose así el diagnóstico de cistoadenoma mucinoso ovárico. Además se realizó la citología del frotis de sedimento de líquido peritoneal la cual fue negativa.

DISCUSIÓN

En la presente revisión se ha descrito desde el cuadro clínico, el apoyo diagnóstico imagenológico, y la resolución quirúrgica no convencional con los trócares

de Ochsner, confirmándose el diagnóstico anatómico-patológico de cistoadenoma mucinoso de ovario en una paciente que cumple las mismas características en cuanto a presentación clínica acorde a la literatura (mujer en la mitad de la vida adulta, masa unilateral, voluminosa, multilobulada, limítrofe).

Es importante mencionar el gran apoyo del ultrasonido para la decisión del procedimiento quirúrgico a realizar, valorando tamaño, diferenciándolo de un quiste simple, y si tiene o no compromiso con otros anexos pélvicos.

La paciente fue dada de alta satisfactoriamente, sin ninguna complicación posterior.

CONCLUSIONES

Se imponen estudios epidemiológicos en Ecuador para determinar las tasas no solo de la patología mencionada en este caso (CAM) sino también de la amplia gama de tumores ováricos existentes debido a su elevada frecuencia.

Debemos tener en cuenta las diversas técnicas quirúrgicas que se pueden emplear para la cito reducción y excéresis de las masas tumorales adecuándolas al tipo de paciente y presentación clínica de cada patología, con el fin de respetar los demás anexos pélvicos, más aun en caso de pacientes jóvenes que tienen su vida fértil por delante.

Los autores de este trabajo participaron de forma activa en el diagnóstico y tratamiento de esta paciente, que se reporta como caso clínico interesante.

El Dr. Rodrigo Vela Elizalde y sus hijos Dr. Andrés Vela Intriago y Dr. Rodrigo Vela Intriago como autores principales en conjunto realizamos el diagnóstico oportuno, la evaluación clínica de la paciente, y participamos activamente en el procedimiento quirúrgico. (Fig.7)

BIBLIOGRAFÍA

1. Robbins S., Kumar V. Y Cotran. Patología Humana R. S. Editorial Harcourt S.A. 7ma ed. 2003. Capítulo 22 Tracto Genital Femenino. Página 1100 – 1101.
2. Michael Baggish. Mickey Karram Atlas de Anatomía de la Pelvis y Cirugía Ginecológica. 2009. Editorial: Editorial Médica Panamericana. Capítulo 17 Quistectomía y quistotomía ováricas. Página 245.
3. Michael Baggish. Mickey Karram Atlas de Anatomía de la Pelvis y Cirugía Ginecológica. 2009. Editorial: Editorial Médica Panamericana. Capítulo 23 Cirugía de reducción de masa en los tumores ováricos. Página 289.
4. Bajo Arenas. Ultrasonografía Ginecológica. Marban Libros. Capítulo 7 Estudio ultrasonográfico de las formaciones orgánicas del ovario. Score ecográfico. Valoración Doppler. Página 149.

ESPONDILITIS TUBERCULOSA “MAL DE POTT”: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Grace Navarrete Chávez^{1,a,b} Juan Tumbaco Gualé^{2,a,b}



RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 56 años, que refería dolor lumbar de intensidad moderada-severa y resistente al tratamiento conservador, junto con sintomatología general (pérdida de peso, hiporexia y astenia). La radiografía de columna lumbar y la resonancia magnética nuclear lumbar evidenciaron lesiones de espondilitis infecciosa y un absceso perivertebral, se trató con terapia antituberculosa con Esquema 1 durante 6 meses (100 dosis) siguiendo Estrategia DOTS y con tratamiento rehabilitador, con evolución clínica favorable.

Palabras clave: Espondilitis, Mal de Pott, columna lumbar, terapia antituberculosa, Estrategia DOTS.

1. Responsable del Programa de Control de Tuberculosis de la Dirección Provincial de Salud de Santa Elena
2. Centro Salud Hospitalario - Salinas
- a. Master
- b. Doctor(a)

* Recibido 07 de Enero y Aceptado el 18 de Enero del 2013

CORRESPONDENCIA:

Dra. Grace del Rocío Navarrete Chávez MSc.
Dirección Provincial de Salud de Santa Elena
Email: grace.navarrete@dpsse.gob.ec
Cel: 042180006 - 0992754509
Guayaquil-Ecuador