



XXX REUNIÓN SOCIEDAD GINECOLÓGICA MURCIANA CARTAGENA



TUMORACIÓN ANEXIAL IZQUIERDA GIGANTE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

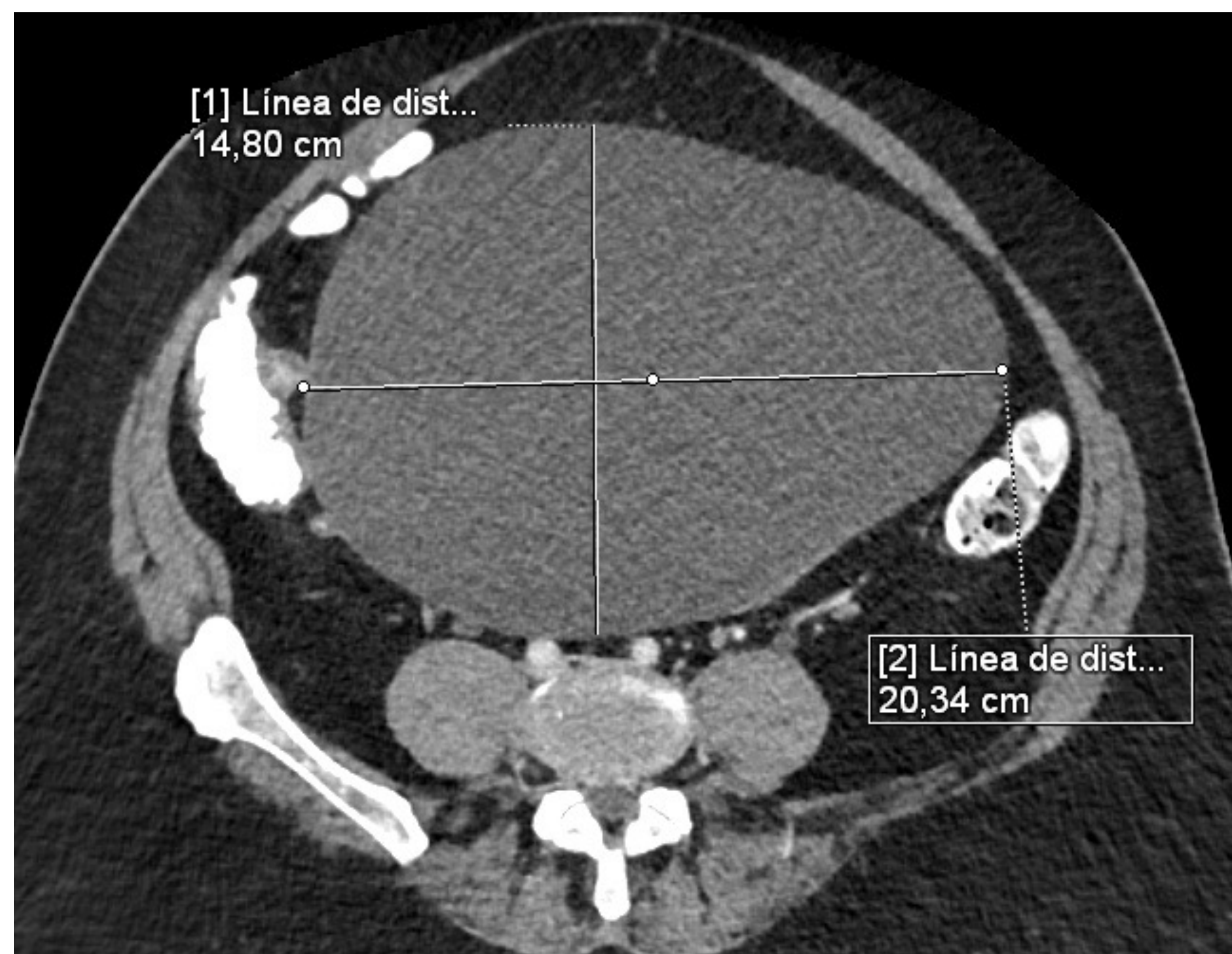
Diago Muñoz.DM, Garvía Morcillo. J, Talens Orts. P, Beltrán Sánchez. A, Sánchez-Tembleque Sánchez. P, Cervantes García AM, Martínez Rivero. I, Ortega Quiñonero. P

INTRODUCCIÓN:

La prevalencia de las masas anexiales en las mujeres postmenopáusicas varía del 3 al 17%. En concreto del cistoadenoma seroso tiene una prevalencia del 16% si tenemos en cuenta las masas anexiales de etiología benigna, el segundo en prevalencia después del endometrioma (26%). La mayoría son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental pero al crecer pueden presentar clínica de distensión abdominal, sensación de presión o alteraciones gastrointestinales. El diagnóstico etiológico definitivo se realiza mediante anatomía patológica tras la cirugía, aunque con la ecografía podemos tener un diagnóstico de sospecha.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente de 52 años que acude por dolor abdominal desde hace meses de evolución a urgencias de ginecología. Antecedentes médicos y quirúrgicos de esteatosis hepática y dos cesáreas anteriores. Menopausia a los 51 años. A la exploración abdomen globuloso y distendido, Se palpa masa móvil que sobrepasa dos traveses de ombligo. Se realiza ecografía abdominal y se observa gran masa quística de 18 x 20 cm de contenido anecoico de bordes bien definidos y contorno regular, sin tabiques ni papilas localizada en pelvis, sin poder concretar a qué anejo corresponde. El TAC informa de lesión unilocular quística gigante ovárica (probablemente dependiente del ovario izquierdo) de 14,8 x 20,4 x 16,6 cm de características benignas, a valorar como primera posibilidad que se trate de un cistoadenoma seroso. Se realizan marcadores tumorales ováricos que resultan negativos. Se realiza laparotomía media con anexectomía bilateral con anatomía patológica intraoperatoria que informa de benignidad. Anatomía patológica definitiva: cistoadenoma seroso benigno de ovario izquierdo. Ovario derecho atrófico.



DISCUSIÓN:

Ecográficamente resulta imposible diferenciar un quiste simple del cistoadenoma seroso. Suelen tener una pared fina de contorno regular, uni o multiloculadas de tamaño inferior a 20 cm. En el caso de que la lesión sea mayor de 10 cm, debe ofrecerse cirugía (considerar la vía de abordaje laparotómica) dado el alto riesgo de malignidad. En el caso de pacientes menopáusicas como nuestro caso se aconseja realizar doble ooforectomía con salpinguectomía bilateral, dado que esta intervención reduce el riesgo de presentar cáncer de ovario en el futuro. El pronóstico es muy bueno dado que se trata de una tumoración benigna.

CONCLUSIÓN:

Los tumores de ovario siguen siendo una patología silenciosa que suele detectarse en estadios avanzados. Debemos sospecharlo ante clínica de dolor abdominal, como en el caso de nuestra paciente y programar una cirugía temprana para poder obtener el diagnóstico de forma precoz.

✓ Bibliografía:

1. Timmerman D, Van Calster B, Testa A et al. Predicting the risk of malignancy in adnexal masses based on the Simple Rules from the International Ovarian Tumor Analysis group. Am J Obstet Gynecol. 2016 Apr;214(4):424-37.
2. Givens V, Mitchell GE, Harraway-Smith C et al. Diagnosis and management of adnexal masses. Am Fam Physician. 2009 Oct;80(8):815-20.
3. Michael G Muto, MD. Approach to the patient with an adnexal mass. UpToDate Jan 2022.
4. Alcázar, Juan Luis, et al. Ecografía tridimensional en la evaluación de los tumores de ovario. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 2005, p. 23-27.