

## CASOS CLÍNICOS

Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo"

### Oclusión colónica por tumor ovárico

Dr. Ramiro Julio Bejerano García <sup>1</sup> y Dr. Rafael Escalona Veloz <sup>2</sup>

La obstrucción de los intestinos delgado y grueso continúa siendo un problema de salud en los Estados Unidos de Norteamérica y otros países desarrollados, así como la principal causa de muerte en cirugía general. Existe oclusión intestinal cuando se dificulta el recorrido normal del contenido del tubo digestivo desde la boca hasta el ano, lo cual genera diversas alteraciones metabólicas, humorales y tóxicas en el/la paciente, que resultarían mortales de no realizarse rápidamente la intervención quirúrgica.<sup>1</sup>

Durante la primera mitad del siglo XX, la hernia externa era la que más comúnmente producía la obstrucción intestinal, por lo que fue una de las primeras enfermedades que el cirujano tuvo que tratar con más urgencia; sin embargo, actualmente las adherencias posoperatorias constituyen entre 64 - 79 % de las obstrucciones intestinales en EE.UU. y en nuestro país deviene la primera causa, seguida en orden de frecuencia por las neoplasias del intestino y los vólvulos, entre otras. Ahora bien, la génesis de la oclusión está ligada a la edad: en los niños, el primer lugar corresponde a las hernias y en los adultos a las bridas posquirúrgicas, mientras que en segundo se ubican las neoplasias colorrectales y en tercero las hernias externas.<sup>1</sup>

Las oclusiones mecánicas del colon representan entre 10 -15 % de todas las causas y a menudo aparecen como respuesta a carcinomas, diverticulitis o vólvulos, por citar algunas; sin embargo, otros autores <sup>2</sup> atribuyen a la compresión extrínseca la ocurrencia inusual de obstrucción, por lo cual mencionan el páncreas anular, las ectopias de órganos intraabdominales, los abscesos y los hematomas como las más frecuentes en este grupo.

Hoy día, con el uso de los medios de diagnósticos de alta resolución (ultrasonido, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear y otros) se ha podido confirmar la ocurrencia de más de 85 % de las oclusiones colónicas, pues estos proporcionan una mayor y acertada información sobre la localización, naturaleza y gravedad de la obstrucción, que permiten adoptar una adecuada y rápida conducta terapéutica.<sup>3,4</sup>

No obstante, es bastante raro que un tumor ovárico produzca obstrucción intestinal. Los tumores de ovario ocupan el tercer lugar entre los benignos y malignos en la mujer, precedidos por los del útero y de las mamas; sin embargo, aunque son muchas las causas de estos, desde el punto de vista clínico se clasifican en pequeños y grandes, porque sus manifestaciones clínicas varían mucho de un tamaño a otro.<sup>5</sup>

#### Caso clínico

Paciente de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial, que ingresó por presentar desviación de la comisura labial y dificultad para movilizar el hemicuerpo derecho. Durante su hospitalización comenzó a experimentar distensión abdominal simétrica, así como agudo dolor de tipo cólico en todo el abdomen, de gran intensidad, que lejos de aliviarse, se acompañaba de no expulsión de heces fecales ni gases por el ano. No había vomitado.

En el examen físico se encontró un abdomen distendido simétricamente, tenso, que seguía poco los movimientos respiratorios, doloroso a la palpación superficial y profunda (difusamente), sin tumor palpable ni contractura, así como tampoco reacción peritoneal, pero sí la presencia de hipertimpanismo generalizado. Los ruidos hidroaéreos estaban aumentados en intensidad y frecuencia.

El reconocimiento ginecológico reveló un tumor movable en el anejo derecho, no doloroso, de consistencia dura y superficie lisa. El tacto rectal confirmó la existencia de un voluminoso tumor al alcance del dedo, que crecía hacia la luz, redondeado, en dirección a la pared posterolateral derecha e inmóvil, que ocluía toda la luz.

Entre los resultados de los estudios complementarios figuraron:

Hemograma completo (hemoglobina): 110g/c

Leucocitos:  $10,0 \times 10^9$  /l

Ionograma: RA: 20  $\mu$  mol/L

Sodio: 135  $\mu$  mol/L

Glucemia: 6,0  $\mu$  mol/L

Creatinina: 105  $\mu$  mol/L

Cloro: 103  $\mu$  mol/L

Potasio: 4,5  $\mu$  mol/L

#### **Radiografía simple de abdomen en 3 vistas:**

Anteroposterior: Gran dilatación de asas intestinales delgadas y gruesas, con niveles hidroaéreos aislados y edema de las paredes

Acostada: Gran dilatación de asas delgadas y gruesas, con edema de las paredes

Lateral: Ausencia de gas en el recto

**Radiografía de tórax:** Elevación de los hemidiafragmas y reforzamiento de la trama broncovascular

Se tuvo la impresión diagnóstica de una obstrucción del colon por neoplasia de recto. Se llevó al quirófano y para sorpresa nuestra, se encontró tumor de ovario en el lado derecho, que comprimía el recto, de consistencia sólida y quística, 15 cm de tamaño, movable, no adherido a tejidos vecinos, enclavado en el fondo de saco de Douglas. Se le realizó anexectomía derecha e inmediatamente el recto quedó permeable. El resto de la cavidad estaba normal (**figura 1**).



Figura 1. Tumor ovárico derecho, que comprimía totalmente al recto.

La paciente evolucionó bien. Al cuarto día comenzó a utilizar la vía oral sin problemas; y aunque sufrió manifestaciones respiratorias bajas durante 7 días, estas cedieron con la terapéutica antibiótica y a los 11 días se presentó una infección en el sitio de la operación, que al drenar, se curó. El cultivo fue positivo de *Klebsiella* y en el informe anatomopatológico se especificó que era un cistoadenofibroma de ovario.

#### **Comentarios**

El ovario deriva de 3 elementos: el epitelio celómico (epitelio superficial), el mesénquima y las células germinales primordiales. El ovario es de origen mesodérmico, a excepción de las células germinales, las cuales provienen del endodermo. Los tumores ováricos constituyen un verdadero reto para el médico. Los puntos claves son: la precisión del diagnóstico clínico e histológico y la decisión terapéutica, que generalmente es quirúrgica. Se sabe que el riesgo de cáncer aumenta con la edad y tradicionalmente el tumor ovárico que se presenta durante la menopausia, es considerado como de alto riesgo para cáncer. Así, el riesgo global de malignidad para un tumor primario del ovario se incrementa desde 13 % en mujeres premenopáusicas hasta 45 % en posmenopáusicas.<sup>5,6</sup>

Los 4 principales tumores que se presentan en las primeras décadas de la vida son: teratomas, cistadenomas serosos, quistes lúteos y cistadenomas mucinosos. Los quistes funcionales y endometriomas resultan raros en la menopausia. Los tumores benignos del ovario se clasifican en: no neoplásicos y derivados del epitelio celómico, de las células germinales y del estroma gonadal.

El cistoadenofibroma (**figura 2**) figura entre los tumores derivados del epitelio celómico y es una

combinación de tumor quístico con sólido (II. a-b), que puede aparecer a cualquier edad, aunque suele hacerlo en las mujeres de 20 a 50 años. La variedad de los tumores sólidos es realmente rara; los únicos encontrados han sido el fibroma y el tumor de Brenner. Pueden evolucionar con el síndrome de Meigs (ascitis e hidrotórax y fibroma ovárico).<sup>6</sup>



Figura 2. Cistoadenofibroma de ovario

Macroscópicamente se observa que a menor edad, se presentan como tumores quísticos con papilas pequeñas, mientras que a medida que avanzan los años devienen nódulos fibrosos duros de 10 -15 cm, que alguna vez alcanzan incluso los 40 cm (**figura 3**) e histológicamente el epitelio de revestimiento está constituido por un epitelio cilíndrico con abundantes cilios (se muestra el aspecto microscópico en la **figura 4**).<sup>5</sup> La inmunohistoquímica con vimentina y desmina muestra que la segunda es focalmente positiva en forma de finas fibras en la unión del epitelio con la porción fibrosa, que es intensamente positiva para la vimentina (AU).<sup>7</sup>

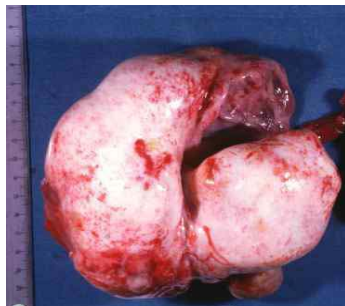


Figura 3. Aspecto macroscópico

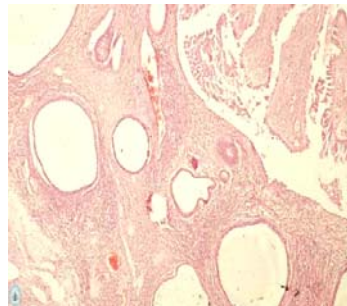


Figura 4. Aspecto microscópico

Cualquier masa anexial debe ser motivo de valoración diagnóstica cuidadosa y extensa, no solo para identificarla y clasificarla, sino para establecer el diagnóstico diferencial con otras entidades como leiomiomas uterinos e intraligamentarios; carcinoma de la trompa, de colon y apéndice, hidrosalpinx o piosalpinx, diverticulitis, absceso apendicular, quiste retroperitoneal o del paraovario, riñón pélvico, quiste del uraco, meningocele sacroanterior, vejiga llena, embarazo ectópico tubario o abdominal.<sup>8,9</sup>

La ecografía ha adquirido gran importancia en el diagnóstico de los tumores ováricos, pues a través de ella se visualizan las masas anexiales y sus características de benignidad o malignidad, con una fiabilidad de 70-90 %. Para alcanzar la máxima sensibilidad y especificidad se requiere de la utilización conjunta y simultánea de las sondas abdominal y vaginal. La tomografía axial computarizada abdominal y la resonancia magnética nuclear revelan la localización, el tamaño y las características de la masa, así como de todas las vísceras de la cavidad abdominal, incluido el hígado, pero también informan sobre el estado del retroperitoneo; estas últimas sus principales ventajas con respecto a la ecografía. Ambas pruebas han relegado a un segundo plano a otras como el enema opaco.<sup>9</sup>

El tratamiento de los tumores benignos del ovario es la salpingooforectomía, salvo que interese la función reproductiva, en cuyo caso se realizará una tumorectomía con reconstrucción del ovario.

Siempre se debe efectuar un estudio histopatológico peroperatorio. En pacientes premenopáusicas o posmenopáusicas está indicada la histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral.<sup>9</sup>

## Referencias bibliográficas

1. Scout WH, Fisichella PM. Intestinal obstruction. Surg Clin N Am 2004; 3: 1-18.
2. Norris P, Wood W. Oxford textbook of surgery. 2 ed. Oxford: Oxford University Press, 2001: 940-5.
3. Beall DP, Fortman BJ, Lawler BC. Imaging bowel obstruction: a comparison Between fast magnetic resonance imagining and helical computed tomography. Clin Radiol 2002; 57:719.
4. Grunshaw N, Renwick IG, Scarisbrick G. Prospective evaluation of ultrasound in distal ileal and colonic obstruction. Clin Radiol 2000; 55:356.
5. Robbins. Tumores del ovario. En: Patología estructural y funcional. 6 ed. México, DF:Mc Graw Hill, 2000: 1112-4.
6. Polo GL, Ortiz RS, Montalbán RS, García SJ, Sánchez SC, Acosta OJ. Cistoadenofibroma endometriode de ovario con neoplasia endometriode proliferativa atípica (*bordeline* o de bajo potencial maligno) y focos de transformación a carcinoma endometriode bien diferenciado. Pac MG 1; 2002; 2:36-8.
7. Suck T, Fuentes ML, López LM, Lara GJ, Fabián SM, Guadalupe M. Cistoadenofibroma de ovario. Experiencia de cinco años en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Informe de 10 años. Ginecol Obstet Méx 1997; 65(7):282-6.
8. Pantoja RC, González F, Mendoza CC, Salazar CG. Ovarian tumor pathology in adolescents. Ginecol Obstet 2000;46(3):258-61.
9. Cuello FM, Pomés CC, Brañes YJ, Barrena GN, Mayerson BD, Wild AR. Tumor ovárico en la postmenopausia. Consideraciones sobre su manejo actual. Rev Chil Obstet Ginecol 2003;68(2):97-111.

Dr. Ramiro Julio Bejerano García. Calle 13 No.10, entre Cuarta y Carretera de El Caney, reparto Vista Alegre. Código postal 90 400. Zona 4, Santiago de Cuba

<sup>1</sup> **Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor**  
**Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo"**  
<sup>2</sup> **Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente**  
**Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo"**

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Bejerano García RJ, Escalona Veloz R. Oclusión colónica por tumor ovárico [artículo en línea]. MEDISAN 2007;11(3). <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11\\_3\\_07/san11307.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san11307.htm)> [consulta: fecha de acceso].