

# 6

## EDEMA MASIVO DEL OVARIO EN LA ADOLESCENCIA

### *Informe de un caso y revisión de la literatura*

Carlos Alberto Gómez Fajardo<sup>1</sup>  
Carolina Echeverri Jaramillo<sup>2</sup>

#### RESUMEN

---

Se presenta el caso de una paciente de 15 años de edad, remitida al Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, Colombia. Su cuadro clínico consistió en dolor y masa pélvica palpable, unilateral, con características preoperatorias propias de tumor ovárico (Teratoma). Se practicó salpingo-ooforectomía del lado comprometido. El informe definitivo de anatomía patológica fue edema masivo del ovario. La evolución postoperatoria de la paciente transcurrió sin complicaciones. Se hacen consideraciones sobre esta condición, de baja frecuencia de presentación.

**Palabras Clave:** Ovario; Patología; Teratoma

---

1. *Ginecólogo del Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín. Colombia.S.A.*

2. *Patóloga del Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín. Colombia.S.A.*

*Separatas: A. A. 56006 Medellín. Colombia.S.A.*

## ABSTRACT

---

---

We report the case of a 15 year-old girl seen at Hospital Pablo Tobón Uribe (Medellín-Colombia). She presented with an unilateral ovarian mass. It was thought to be a teratoma based on clinical and laboratory information. She underwent unilateral salpingo-oophorectomy. The final pathological diagnosis was massive ovarian edema. We make some considerations on this rare entity.

**Key Words:** Ovary; Pathology; Teratoma

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 15 años de edad, estudiante de bachillerato, domiciliada en la ciudad de Bello, quien fue remitida al Hospital Pablo Tobón Uribe el 9 de enero de 2002. Su cuadro clínico consistía en sensación de crecimiento y de peso en el abdomen de aproximadamente 3 meses de evolución. Ella misma se palpó con facilidad una gran masa, moderadamente dolorosa, que ocupaba la región hipogástrica. Antecedentes Ginecológicos: Menarca a los 13 años, no ha tenido relaciones sexuales. Fecha de la última menstruación: 2 de enero de 2002. Sus ciclos menstruales anteriores han sido polimenorréicos. Otros antecedentes personales, patológicos y familiares, negativos.

En el momento de su ingreso se encontró una paciente adolescente, de 69 kilos de peso, pálida, normotensa, con examen clínico cardiopulmonar normal. Se observaba y palpaba una masa en el hemiabdomen inferior, móvil, poco dolorosa, de aproximadamente 15 centímetros de diámetro. El tacto rectal confirmó iguales hallazgos. Los bordes de la masa eran lisos, regulares. Clínicamente no se detectó ascitis.

**Exámenes paraclínicos:** a Fetoproteína: 1.45mg/ml, CA 125: 83.42 UI/ml (normal menos de 35), b hCG: negativa, Proteína C Reactiva: 7.2, Grupo sanguíneo: A Positivo, Hemoglobina: 11.6 g/dl,

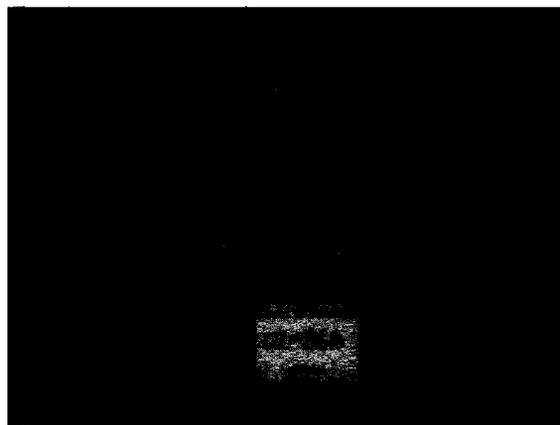
Hematocrito: 36%, Plaquetas: 316.000/ml, Recuento diferencial de glóbulos blancos: Neutrófilos 79%, Eosinófilos 1%, Monocitos 7%, sedimentación: 25 mm. Morfología de glóbulos rojos: anisocitosis, microcitosis y policromatofilia.

De las evaluaciones radiológicas preoperatorias se destacaban los siguientes datos: Estudio ecográfico del 24 de noviembre de 2001: "masa ecomixta, tumor de ovario, dilatación de cavidades renales derechas." Del estudio de tomografía abdominal con contraste del 8 de enero de 2002, se obtuvo la siguiente información positiva: "Masa heterogénea, pélvica, que se extendía hasta mesogastrio, con márgenes y septos. Centro hipodenso. Posibilidad: cistadenocarcinoma ovárico. Hay dilatación del sistema pieloureteral derecho". Los otros órganos abdominales y retroperitoneales fueron reportados como normales en la TAC.

Se lleva a laparotomía exploradora con un diagnóstico preoperatorio de tumor ovárico, posiblemente un teratoma. Se describieron los siguientes hallazgos en la intervención realizada el 24 de enero de 2002: "líquido peritoneal no hemorrágico, aproximadamente 300 cc. Masa sólida anexial izquierda, de aproximadamente 16 centímetros de diámetro, con superficie lisa, sin excrecencias o irregularidades, la trompa está adherida a la masa. Las otras superficies peritoneales pélvicas e intraabdominales son lisas, sin signos macroscópicos de infiltración tumoral. Útero, ovario y trompa derechos: sanos". Se practicó salpingo-ooforectomía izquierda. El reporte intraoperatorio de la biopsia por congelación fue edema masivo del ovario, negativo para malignidad. La evolución fue satisfactoria en el período postoperatorio inmediato. Se revisó en el séptimo día postoperatorio, encontrándola en buenas condiciones generales y con buena cicatrización. Tres semanas más tarde, en la consulta externa, se encontraba asintomática. Se confirmó su buena

evolución y se le solicitó un control ecográfico renal; el 17 de abril de 2002 (3 meses post-operatorio), el informe ecográfico fue normal: el sistema uroexcretor en ambos lados fue reportado sin dilataciones patológicas.

Del informe de anatomía patológica se extractaron los siguientes datos positivos: "Al examen macroscópico: masa ovárica que pesa 400 gramos y mide 15x11x4 centímetros. La superficie externa es lisa y sin lesiones. Al cortarla se observa abundante líquido edematoso (Ver Figura 1). Examen microscópico: tejido ovárico con marcado edema en el intersticio del estroma. Focalmente se encuentra proliferación de las células estromales. No se observan características de ningún tumor. Se identifican pocos folículos primarios en la periferia del ovario. Se observan también vasos dilatados y congestionados con sangre (Ver Figura 2). Diagnóstico: Edema

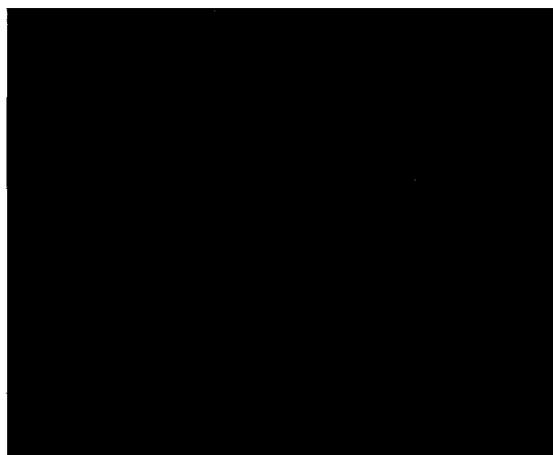


**Figura 1.** Masa ovárica que pesa 400 gramos y mide 15x11x4 centímetros. La superficie externa es lisa y sin lesiones. Al cortarla se observa abundante líquido edematoso

Masivo del Ovario". El reporte histo-patológico, además, señaló que el líquido ascítico obtenido en cirugía era negativo para malignidad y que contenía células mesoteliales reactivas en un fondo de células inflamatorias.

## DISCUSIÓN

El Edema Masivo del Ovario es una entidad de presentación poco frecuente en la práctica quirúrgica ginecológica. Por tal motivo, es importante tenerla en cuenta, con sus características clínicas y radiológicas, en el proceso de la elaboración del diagnóstico diferencial, de modo previo al planteamiento de un procedimiento quirúrgico.



**Figura 2.** Aumento 40X. Tejido ovárico con marcado edema en el intersticio del estroma. Focalmente se encuentra proliferación de las células estromales. No se observan características de ningún tumor. Se identifican pocos folículos primarios en la periferia del ovario. Se observan también vasos dilatados y congestionados con sangre

gico, en especial cuando el diagnóstico y su semiología están orientados hacia una cirugía oncológica en una adolescente.

La mayor parte de las referencias disponibles en la literatura consisten en informes de casos o en la presentación de series con un bajo número de ellos, situación que se explica por la relativa rareza de esta enfermedad; se ha informado (1, 2) que fue inicialmente descrita por Kallstone en 1969. El edema masivo del ovario es un proceso que ocasiona crecimiento de uno o ambos ovarios debido a la acumulación de líquido edematoso. Las pacientes tienen en promedio 21 años, pero la edad varía de 6 a 33 años. La mayoría de los casos se presentan con dolor y distensión abdominal; además un menor número de pacientes tienen desarreglos menstruales los cuales pueden o no estar asociados a exceso de andrógenos. Algunas presentan signos de masculinización (hirsutismo); estas manifestaciones androgénicas son secundarias a la presencia de células luteínicas; se han descrito niveles elevados de testosterona en algunas de ellas; las manifestaciones estrogénicas, como las de la pubertad precoz, son un hallazgo raro. En el 90% de los casos esta entidad es unilateral y en aproximadamente la mitad de ellos se observa torsión parcial o completa del pedículo ovárico. Se ha considerado que la causa es la torsión intermitente del ovario (3,8,9). Macroscópicamente, el ovario comprometido es grande, pero de consistencia blanda, varía de tamaño, de 5.5 a 35 cm. con un promedio de 11.5 cm. La superficie externa es brillante, lisa y por lo general blanca. Al cortarlo se observa exudación de abundante líquido claro, algunas veces un

poco gelatinoso. La trompa de Falopio adherida en algunos casos, es también edematosa. En los cortes histológicos, el hallazgo más llamativo es la presencia de edema estromal, el cual es severo y difuso. Al estudio microscópico con alto poder se observa que el líquido acumulado separa las células estromales. En las áreas no edematizadas, el estroma tiene una apariencia normal o puede estar hiperplásico. En aproximadamente la mitad de los casos se pueden encontrar focos de células luteinizadas; otros hallazgos incluyen la presencia de vasos venosos o linfáticos dilatados, depósito de hemosiderina y pequeños focos de necrosis.

Se piensa, como se ha mencionado, que esta rara entidad es causada por la torsión intermitente del pedículo ovárico, lo que ocasiona obstrucción del drenaje linfático y venoso. La luteinización del estroma se considera un fenómeno secundario y es quizás causada por la secreción, en el líquido edematoso, de una sustancia semejante a la hormona gonadotropina coriónica. Sin embargo, algunos casos de edema masivo, ocurren en ovarios que ya tienen una proliferación estromal de base, ya sea por fibromatosis o por hipertecosis.

El diagnóstico correcto de esta enfermedad es muy importante, puesto que generalmente ocurre en pacientes jóvenes, en quienes se podría realizar una cirugía conservadora. El diagnóstico diferencial incluye las neoplasias ováricas, principalmente aquellas que tienen una apariencia edematosa o mixoide, entre las que se pueden mencionar las siguientes: fibroma, tumor estromal esclerosante, tumor de Krukenberg y el mixoma ovárico.

A la mayoría de los pacientes se les realiza ooforectomía, sin embargo, si después de realizar biopsia por congelación se excluye la presencia de una neoplasia, se podría realizar suspensión ovárica, con fijación del ovario comprometido.

### COMENTARIOS

Es importante la consideración del Edema Masivo del Ovario en el diagnóstico diferencial preoperatorio, sobre todo cuando se enfrenta la situación de dolor abdominal y masa pélvica presentes en una joven. Es explicable que no se piense en esta condición, debido a la baja frecuencia de su presentación. Prueba de lo anterior, son datos como los siguientes: esta entidad no es tenida en cuenta en un estudio de revisión de 63 casos de tumores benignos y malignos de ovario en un gran centro hospitalario en Los Angeles, en un período de 21 años (4). Para esta extensa revisión, de 63 pacientes con la condición (masa ovárica en niñas y adolescentes), 56 tenían tumores de células germinales; 7 tumores epiteliales; 6 tumores bilaterales. 47 de las 63 tenían teratomas (41 benignos, 3 con tejido embrionario y 3 malignos), 6 germinomas, 1 tumor de seno endodérmico y 2 tumores mixtos de células germinales. La mayoría de estas pacientes tuvo dolor abdominal como síntoma principal y masa pélvica palpable como signo predominante.

En referencias más recientes (5) sobre el mismo problema clínico, la evaluación de la masa pélvica en la adolescente, se continúa haciendo mención de la presentación de los tumores ováricos, con las tres clásicas divisiones: 1. Células Germinales

(Teratomas benignos e inmaduros, disgerminoma, tumor del seno endodérmico, carcinoma embrionario, coriocarcinoma, gonadoblastoma, tumor mixto de células germinales), 2. Tumores de origen epitelial (Cistadenoma y cistadenocarcinoma seroso y mucinoso, y tumores de bajo potencial de malignidad) y finalmente, 3. "Sex cord stromal" (tumor de células de la teca-granulosa, fibroma, tumor de células de Sertoli-Leydig). Aún suele dejarse sin mención el edema masivo del ovario, aunque sí hay que señalar que se continúan teniendo en cuenta algunas causas menos infrecuentes (de enfermedades benignas) de masa pélvica en este particular grupo de pacientes, como: torsión anexial, endometriomas, hidrosálpinx, embarazo ectópico, anomalías mullerianas, y masas de origen infeccioso, derivadas de apendicitis o de abscesos tubo-ováricos.

Son diferentes a los anteriores los hallazgos de una revisión de 486 casos de masas anexiales en mujeres menores de 20 años, en la clínica Mayo (6), en un intervalo de 37 años, desde 1955 hasta 1992. La mayor parte de las pacientes de esta serie, con dolor y masa pélvica palpable. El 92 % de ellas fueron benignas, incluyendo 335 lesiones no neoplásicas. La mayoría de estas fueron quistes simples o foliculares, incluidos 26 casos de torsión. Entre las causas no tumorales se relataron secuelas de endometriosis, síndrome de ovario poliquístico, embarazo ectópico y otros procesos inflamatorios, incluyendo dos casos de abscesos tubo-ováricos derechos relacionados con abscesos apendiculares. Es notable que en una serie tan amplia de mujeres jóvenes con masa pélvica, no se relaten casos de Edema Masivo del Ovario.

Para constatar la rareza de la entidad, es pertinente llamar la atención sobre el hecho de que el "Edema Masivo del Ovario" no se menciona tampoco en una reciente revisión retrospectiva, llevada a cabo en 140 casos de pacientes menores de 21 años, intervenidas en un período de 18 años, con diagnóstico de masas ováricas no inflamatorias (7). Los quistes ováricos fueron la entidad más comúnmente hallada (57.9 %), se discriminaron así: 37 quistes hemorrágicos del cuerpo lúteo; 24 quistes foliculares; 12 quistes para-tubáricos o para-ováricos, y 8 quistes neonatales. En 42 casos los hallazgos correspondieron a "Tumores Benignos", discriminados de este modo: 30 quistes dermoides (Teratoma Quístico Maduro), 6 Cistadenomas Serosos; 3 Cistadenomas Mucinosos; 1 Fibroma; 1 Adenofibroma y 1 Tecoma. Sólo 11 de las 134 masas ováricas fueron catalogadas como tumores malignos. El cuadro clínico de "torsión ovárica" (dolor, vómito, masa compleja) se presentó en 25 de las 140 pacientes. En dicha revisión retrospectiva no se considera la entidad que

nos ocupa. Existe la probabilidad de que algunos de los casos anteriormente clasificados y presentados como "torsión ovárica", correspondan en realidad a la entidad presentada en esta nota.

## CONCLUSIÓN

La posibilidad de "Edema Masivo del Ovario" puede ser una consideración importante para el diagnóstico diferencial cuando se planea una intervención quirúrgica ginecológica por masa pélvica unilateral, muy especialmente en niñas y adolescentes. A pesar de esto, el cuadro clínico y la valoración preoperatoria pueden ser indiferenciables de otras patologías ováricas y anexiales de una mayor frecuencia de presentación. La biopsia por congelación juega un papel importante en el diagnóstico de masas ováricas; si se descarta la presencia de una neoplasia y se sugiere el diagnóstico de edema masivo, se puede realizar una cirugía conservadora. ■

**REFERENCIAS**

- (1) Nogales FF, Martin-Sances L, Mendoza-García E, Salamanca A, González Núñez MA, Pardo Mindan FJ. *Histopathology* 1996; 28 (3):229-34
- (2) De la Cruz SI, Llanos A, Narro T, Andrade A, Fernández RL. *Ginecol Obstet Mex* 2001;69:72-6
- (3) Fridrich M, Ertan AK, Axt-Flidner R, Hollander M, Schmidt W. *Ginecol Obstet Invest* 2002;53(2):129-32
- (4) Benign and malignant ovarian tumors in children and adolescents (A review of 63 cases). Ehren, I; Hossein G; Isaacs H. *Am J Surg* 1984; 147: 339-344
- (5) Pfeifer S; Gosman G. Evaluation of adnexal masses in adolescents. *Ped Clin North Am* 1999; 46: 573-592
- (6) Van Winter J; Simmons P; Podratz K. Surgically treated adnexal masses in infancy, childhood, and adolescence. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:1780-9
- (7) Templeman C; Fallat M; Blinchevsky A; Hertweck P. *Noninflammatory Ovarian Masses in Girls and Young Women*. *Obstet Gynecol* 2000; 96:229-33
- (8) Kurman RJ. *Blausteinn's Pathology of the female genital tract*. 4<sup>th</sup> ed. New York: Springer-Verlag; 1994.
- (9) Skully R, Young R, Clement P. *Atlas of tumor pathology. Tumors of the ovary, maldeveloped gonads, fallopian tube, and broad ligament*. Third series. Washington DC; 1998.