



P-356 - METÁSTASIS OVÁRICA GIGANTE DE ADENOCARCINOMA COLORRECTAL SIMULANDO TUMOR PRIMARIO DE OVARIO

Ferrer Castro, María del Carmen¹; Aguilar Martínez, María del Mar¹; Espínola Cortés, Natalia¹; Morales Jiménez, Gonzalo María²; Ochoa Labarta, Luis Miguel¹

¹Hospital de Poniente, El Ejido; ²Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: El diagnóstico diferencial de las neoplasias ováricas gigantes es importante para definir la estrategia terapéutica, pero en ocasiones es bastante difícil llegar a un diagnóstico de certeza previo a la exéresis. Las neoplasias ováricas gigantes incluyen no solo los tumores primarios de ovario, sino que hasta en un 20-30% de los casos son lesiones metastásicas de tumores de otro origen, hasta en un 65% de origen colorrectal. Por este motivo, algunos autores recomiendan la realización de forma sistemática de colonoscopia en aquellas pacientes con tumores ováricos de gran tamaño, ya que en algunas ocasiones se asocian a neoplasias colónicas.

Caso clínico: Paciente de 58 años que inicia estudio en ginecología por dolor abdominal y metrorragia postmenopáusica. Una ecografía transvaginal pone de manifiesto endometrio engrosado y masa en FID de más de 10 cm. Se completa estudio con analítica con marcadores tumorales, destacando elevación importante de CEA (20,43 ng/ml) y con resonancia magnética pélvica en la que se describe una lesión solido-quística de unos 13 × 11 × 16 cm dependiente del ovario derecho, compatible con neoplasia ovárica. Se realiza estudio de extensión con TAC toraco-abdomino-pélvico en el que se describe una lesión estenótica en sigma compatible con tumor sincrónico. La biopsia por colonoscopia revela adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se realiza cirugía conjunta entre los servicios de ginecología y cirugía general para tratamiento de neoplasias sincrónicas de primarios de ovario y sigma. Se reseca en primer lugar la masa en ovario derecho (3.950 g, dimensiones 23 × 18 × 10 cm) y se envía como muestra intraoperatoria a Anatomía Patológica, que informa como adenocarcinoma de origen ovárico. Ante este resultado, se decide continuar con resección radical de neoplasia ovárica, realizándose histerectomía, doble anexectomía, apendicectomía, omentectomía y linfadenectomía pélvica bilateral y paraaórtica. Se realiza también sigmoidectomía con anastomosis termino terminal. Posoperatorio sin incidencias salvo pequeña colección posoperatoria en FID que se maneja de forma conservadora. La anatomía patológica definitiva revela en la pieza de sigmoidectomía adenocarcinoma invasivo moderadamente diferenciado. No evidencia de metástasis en los 39 ganglios aislados, incluyendo aquellos de la linfadenectomía realizada. Informe definitivo de la lesión ovárica como adenocarcinoma de origen colónico, por lo que se clasifica como metástasis ovárica de origen colorrectal: pT3N0M1c (estadio IVc).



Discusión: Un adecuado diagnóstico al inicio de la estrategia terapéutica es esencial para lograr los mejores resultados. En el caso que nos ocupa, una lesión ovárica metastásica no precisa completar exéresis con hysterectomía, omentectomía ni linfadenectomía. Según la bibliografía disponible, el diagnóstico diferencial preoperatorio entre tumor primario y metástasis ovárica de origen colorrectal es más difícil cuando el tumor ovárico es gigante. Algunos autores abogan por considerar como metástasis colorrectal cuando el tumor ovárico tiene características solido-quísticas en TAC, especialmente en pacientes con historia previa de cáncer de origen colónico. La dificultad para el diagnóstico de certeza radica también en que es preciso no solo un análisis anatomopatológico, sino también completar con técnicas inmunohistoquímicas para poder distinguir si el origen del adenocarcinoma es ovárico o colónico, por lo que las biopsias intraoperatorias pueden no ser suficientes para distinguir ambos casos.