

# **CASO CLÍNICO**

## **16-12-20**

**DR. MANUEL MARTÍN REGIDOR**  
**RESUELVE: DR. LUIS ARTO MILLÁN**

# ANTECEDENTES PERSONALES

- Mujer de 57 años.
- NAMC.
- Ama de casa.
- No hábitos tóxicos.
- HTA (actualmente sin tratamiento).
- Colelitiasis, coledocolitiasis, colecistectomía laparoscópica en 2009. Miomas uterinos. Hiperplasia endometrial. Pólipo endometrial en 2017 con polipectomía.
- AF: **madre posible tumor ovárico maligno a los 40 años. Tía materna ca. de mama. Tía paterna ca. diseminado de probable origen ginecológico. Un tío paterno ca. de colon.**
- Tratamiento actual: Diclofenaco 75 I-0-I.

# HISTORIA ACTUAL

- Un mes y medio antes del ingreso comienza con **diarrea sin productos patológicos, con molestias en hipogastrio, intensa astenia y fatigabilidad fácil**; su medico le pauta probioticos (prodefen), con **desaparición de la diarrea**, aunque desde entonces refiere aumento de frecuencia deposicional. Persiste la **astenia y desde entonces ha empezado a notar un bulto en cuadrante inferior derecho abdominal**, que ha ido aumentando de tamaño. Niega fiebre ni otra sintomatología. No pérdida de apetito ni de peso.

# EXPLORACIÓN FÍSICA

- TA 125/78. Afebril. Buen estado general. Obesa, hidratada, normocoloreada, eupneica. No adenopatías periféricas.
- AC: rítmica a 80 lpm. sin soplos.
- AP: normal. Abdomen: blando, dolor a la palpación profunda en hipogastrio, **donde se palpa masa que llega hasta fosa iliaca izquierda.** No signos de peritonismo. RHA +.
- Extremidades: varices, no edemas ni signos de TVP.

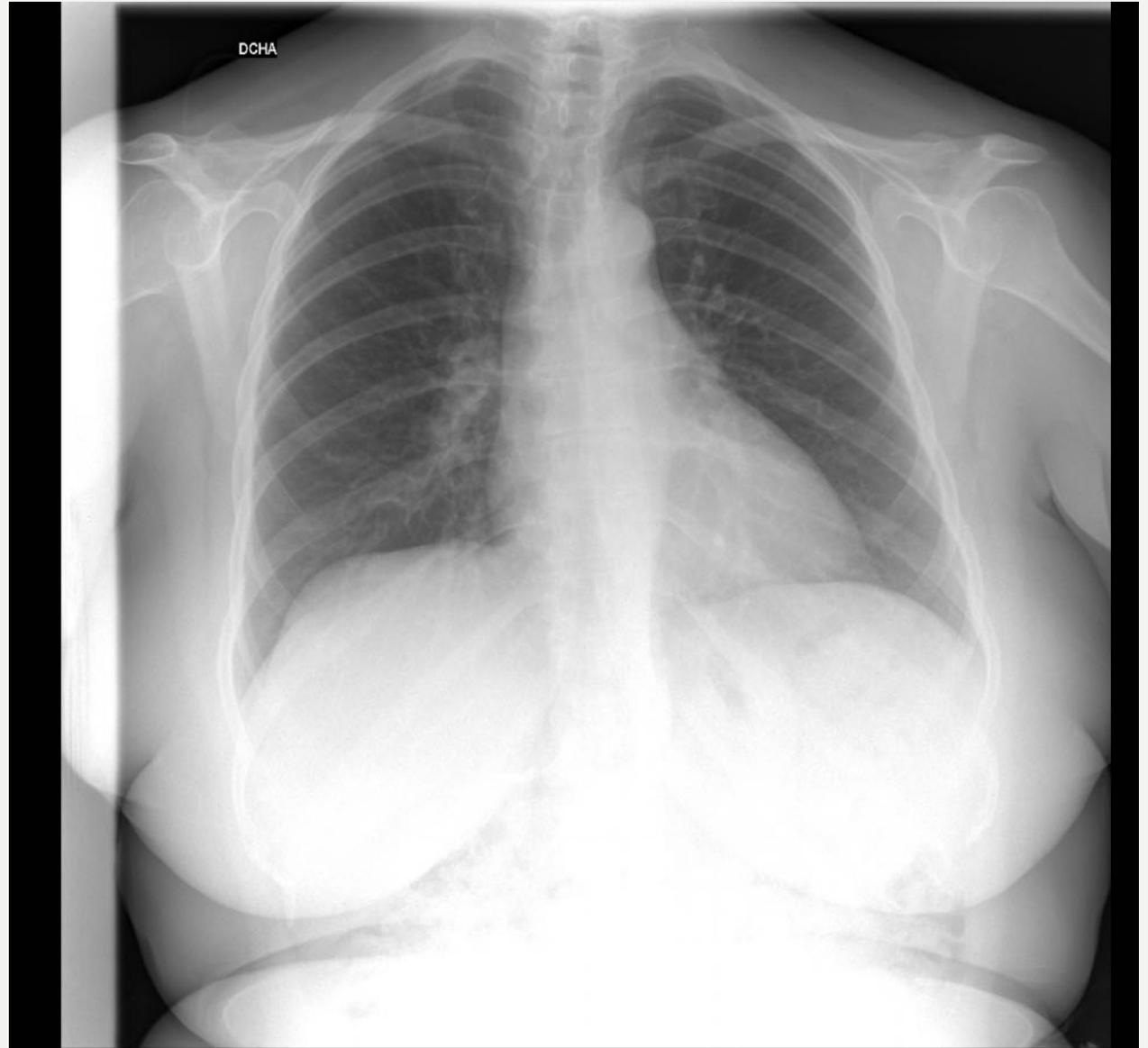
# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

## PRUEBAS DE LABORATORIO

- **Hemograma:** leucocitos 5.700 (FN), plaquetas 211000, Hb 12, VSG 83. Coagulación: TP 81%, INR 1.14.
- **Bioquímica:** glucosa 86, urea 29, Cr 0.64, FG 99, PFH normales, LDH 113, Calcio, fósforo y iones normales. PCR 49. BHCG, CEA, Ca 12.5, Ca 19.9, AFP, Ca 72.4, Ca 15.3: normales. Beta2 microglobulina 3.4.

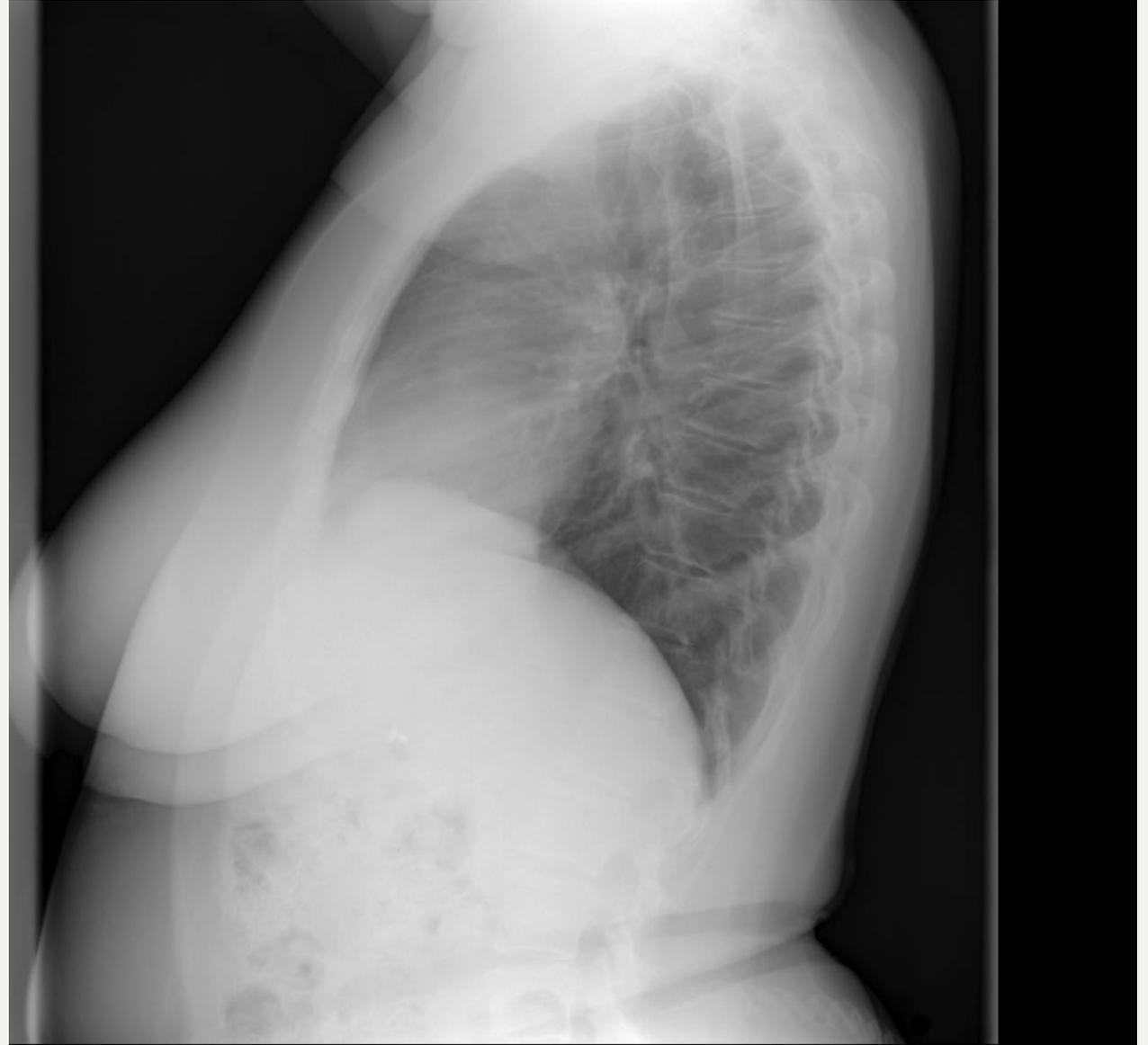
# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- PRUEBAS DE IMAGEN



# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

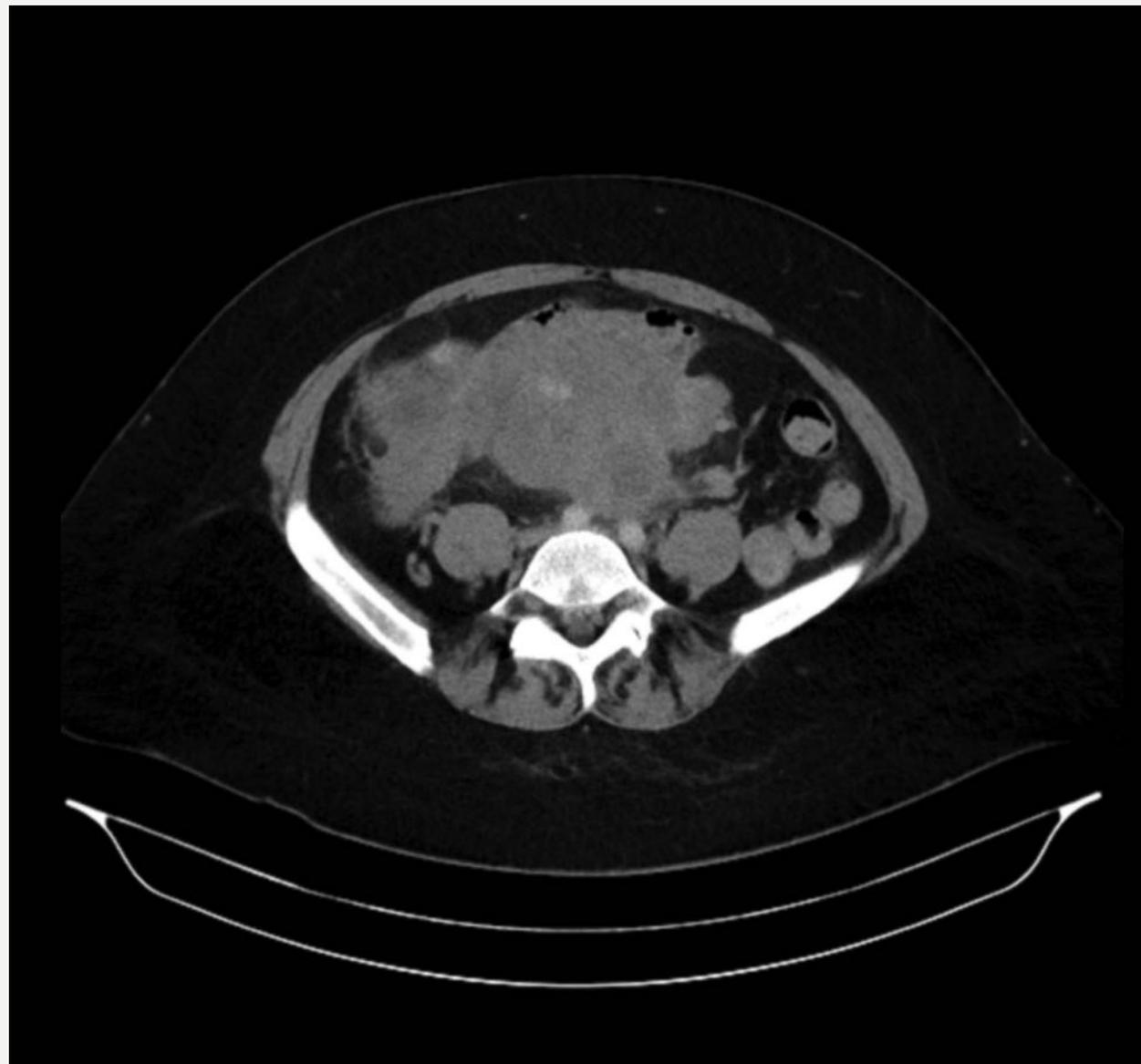
- PRUEBAS DE IMAGEN



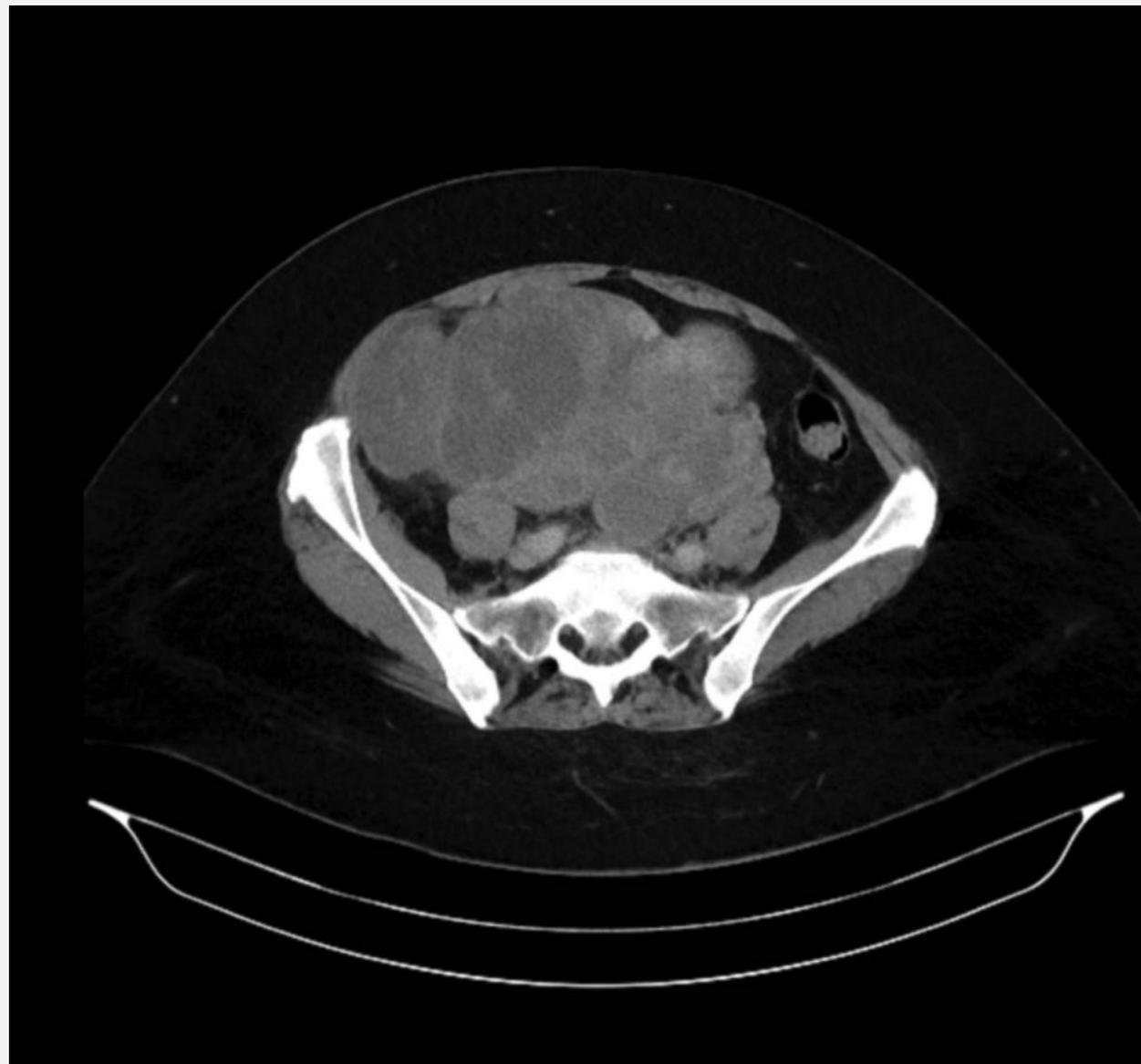
# TAC TORACO ABDOMINO- PÉLVICO

- No observa nódulos ni otra patología en el parénquima pulmonar. Adenopatías axilares izquierdas de un tamaño ligeramente superior al centímetro pero aparentemente con grasa central por lo que no parecen significativas. No observo adenopatías mediastínicas ni derrame pleural. Hígado homogéneo sin lesiones ocupantes de espacio. Colectomía. No se ve dilatación de la vía biliar. Páncreas, bazo, suprarrenales y riñones sin alteraciones.
- **Gran masa sólida en hipogastrio y fosa iliaca derecha de contornos lobulados y que tiene un diámetro mayor de 17 cm.** Es una masa de contornos lobulados con atenuación heterogénea que presenta zonas de mayor densidad, zonas de densidad grasa y zonas quísticas. En la parte alta de la masa también se aprecia una zona de alta densidad por hemorragia o lago vascular. El útero se identifica en plano más inferior, desplazado hacia la pared pélvica izquierda y con grasa interpuesta entre la masa y el útero. **No se observa líquido libre peritoneal.** CONCLUSION: gran masa en hipogastrio y fosa iliaca derecha compatible con una lesión tumoral de origen incierto

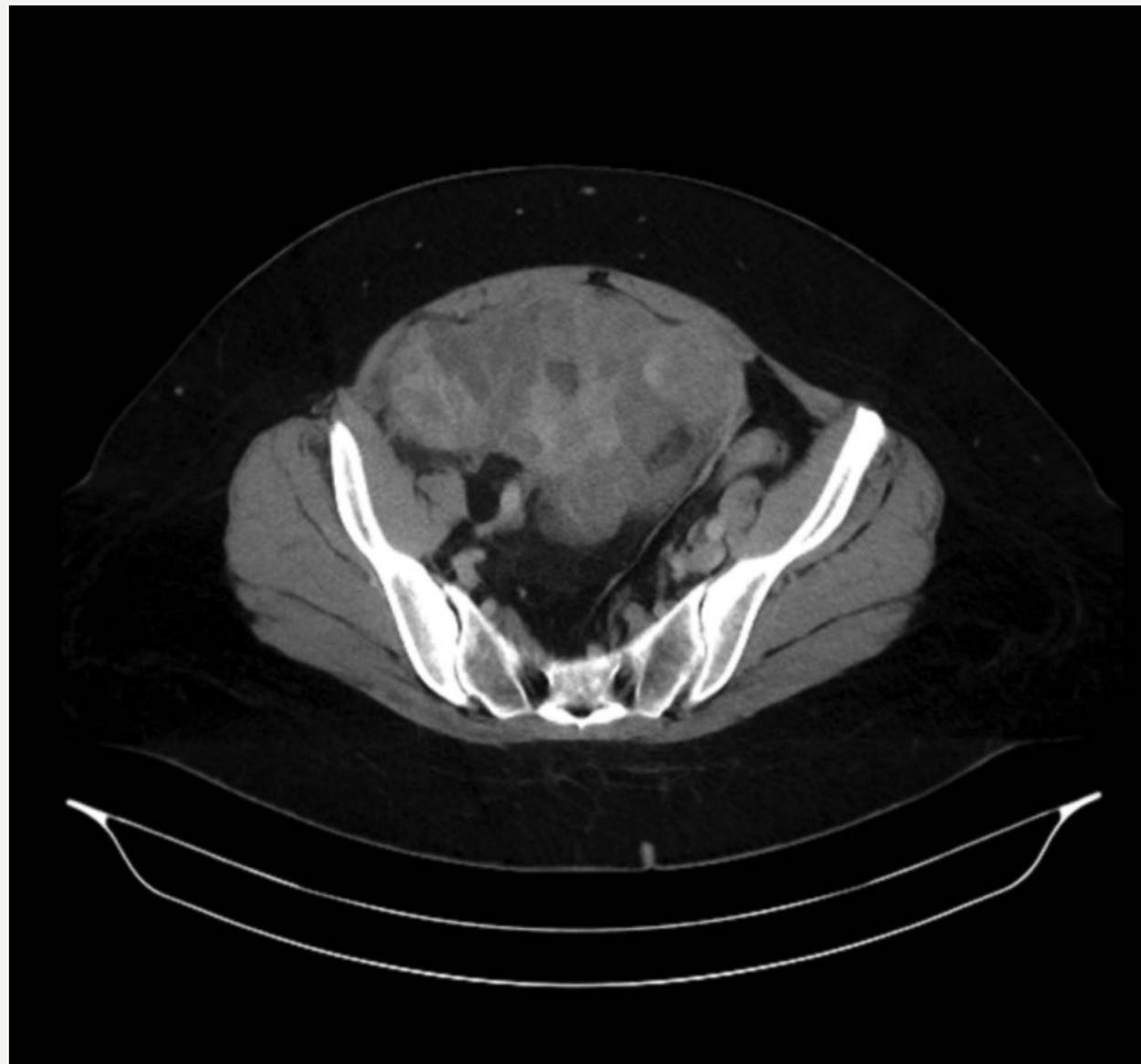
- TAC ABDOMINAL



- TAC ABDOMINAL



- TAC ABDOMINAL



# BAG MASA

- **ANATOMÍA PATOLÓGICA BAG MASA:** material necrótico, no observándose tejido viable en ninguna zona aunque dada las características podría corresponder a una neoplasia necrosada

# DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

NEOPLÁSICO

INFECCIOSO

# INFECCIOSO

## Poco probable

- No reactantes de fase aguda
- Formula leucocitaria normal ( sin eosinofilia, por si pudiéramos pensar en algún párasito)
- No fiebre
- Cuadro larvado

# NEOPLASICO

## LO MÁS PROBABLE

- Síndrome general
- Cuadro larvado
- Importante masa a nivel hipogastrio-pélvico
- Prueba de imagen compatible
- Antecedentes familiares

# DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Comesaña, E., 2020. Protocolo diagnóstico de las masas abdominales. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(10), pp.575-578.

## Diagnóstico diferencial de las masas abdominales

Localización	Etiología
<b>Intraperitoneales</b>	
<u>Intestino delgado</u>	Adenocarcinoma, carcinoides, GIST, linfomas, sarcomas
<u>Colon</u>	Adenocarcinoma
<u>Mesenterio</u>	Metástasis ganglionares, linfoma, sarcomas, linfangiomas
Estómago	Adenocarcinoma, GIST
Hígado y vesícula biliar	Quiste simple, hepatocarcinoma, metástasis, carcinoma vesicular
Bazo	Quistes, angiosarcoma
<b>Retroperitoneales</b>	
2ª-3ª porción duodenal	Adenocarcinoma
Páncreas	Pseudoquiste, tumor papilar sólido-quístico Adenocarcinoma
Riñón	Carcinoma, quistes
Suprarrenal	Mielolipoma, adenoma
Aorta	Aneurisma
Tejidos blandos	Liposarcoma, leiomiomasarcoma, tumor solitario fibroso
<b>Pélvicos</b>	
Ovario	Quistes, carcinoma, teratoma, cistoadenoma,
Útero	Endometrioma, miomas, carcinoma
Espacio retrorrectal	Tumores quísticos, teratoma
<b>Pared abdominal</b>	
	Hernias inguinales, hernias lumbares, hernias incisionales
	Lipomas, desmoides, sarcomas

# INTRAPERITONEALES

- INTESTINO DELGADO: adenocarcinoma , carcinoides, GIST , linfomas y sarcomas
- COLON: adenocarcinoma
- MESENTERIO : metastasis ganglionares , linfoma , sarcomas, linfagiomas

# INTESTINO DELGADO

## ADENOCARCINOMA

### A favor

- Síndrome general
- Masa abdominal importante

### En contra

- No anemia
- No productos patológicos en las heces

## CARCINOIDE

### A favor

- Síndrome general
- Masa abdominal importante
  - Diarrea

### En contra

- No anemia
- No flushing
- No otros síntomas de carcinoide

## GIST

### A favor

- Síndrome general
- Masa abdominal importante

### En contra

- No anemia
- No dolor abdominal

## Síntomas carcinoides y sus supuestos mediadores

Organo	Síntoma	Frecuencia (%)	Mediador putativo
Piel	Enrojecimiento	85	Kininas, histamina, calicreínas, otras
	Telangiectasia	25	
	Cianosis	18	
	Pelagra	7	
Tracto gastrointestinal	Diarrea y calambres	75 hasta 85	Serotonina
Corazón	Lesiones valvulares		Serotonina
	Corazón derecho	40	
	Corazón izquierdo	13	
Tracto respiratorio	Broncoconstricción	19	Desconocido

# COLON

- **A favor :**
  1. Síndrome general
  2. Masa abdominal
  3. Diarrea
- **En contra :**
  1. No anemia
  2. No productos patológicos en las heces .

# MASAS PÉLVICAS

- OVARIO
- UTERO
- ESPACIO RETRORRECTAL : tumores quísticos y teratoma

# OVARIO

- ✓ Antecedentes familiares : **madre posible tumor ovárico maligno a los 40 años. Tía materna ca. de mama. Tía paterna ca. diseminado de probable origen ginecológico. Un tío paterno ca. de colon.**
- ✓ Radiológicamente cuadra , las neoplasias de ovarios suelen ser masas grandes pélvicas
- ✓ Síndrome general

## En contra:

- ❖ BHCG, CEA, Ca 12.5: normales
- ❖ La diarrea en principio no se explicaría , pero se acaba resolviendo
- ❖ La BAG no es concluyente

	Benigna	Maligna
<b><u>Criterio Principales</u></b>		
<b>Tamaño</b>	<4 cm	>4cm
<b>Componentes Solidos</b>	No	Parte solida con patrón de realce heterogéneo.
<b>Masa quística</b>	Simple y/o bordes lisos.	Multiloculada, Solido quística. Con vegetaciones y septos.
<b>Grosor de los septos y la pared .</b>	<3 mm.	>3mm.
<b>Masa lobulada</b>	No	Si
<b>Calcificaciones</b>	Pared del quiste densa	Pequeñas amorfas.
<b>Necrosis</b>	No	Si
<b>Proyecciones papilares</b>	No	Si, con patrón heterogéneo de realce.
<b>Vasos tumorales</b>	No	Si, con patrón heterogéneo de realce.
<b><u>Criterios Adicionales</u></b>		
<b>Implantes peritoneales.</b>	Normal ( diámetro corto < 1 cm)	Aumentados ( diámetro corto > 1cm).
<b>Ascitis</b>	No.	Si
<b>Nódulos linfáticos</b>	No.	Peritoneal, anterior al útero.

Patología ovárica , caracterización por RM. L. Camacho Alcazar, G. Montoliu Fornas, A. Montoya Filardi, V. Navarro Aguilar, M. Á. Sánchez Fuster, R. M. Viguier Benavent; Valencia/ES. 10.1594/seram2014/S-1107

## Factores de riesgo del cáncer de ovario

	Riesgo relativo	Probabilidad de por vida (%) <sup>[1]</sup>
Población general	1.0	1.3 <sup>[1]</sup>
Mutación del gen <i>BRCA1</i>		35 a 46 <sup>[2,3]</sup>
Mutación del gen <i>BRCA2</i>		13 a 23 <sup>[2,3]</sup>
Síndrome de Lynch (cáncer de colon hereditario sin poliposis)		3 a 14 <sup>[4,5]</sup>
<b>Otras mutaciones genéticas</b>		
<i>BRIP1</i>		5.8 <sup>[6]</sup>
<i>RAD51C</i>		5.2 <sup>[7]</sup>
<i>RAD51D</i>		12 <sup>[7]</sup>
Antecedentes familiares de cáncer de ovario (con pruebas negativas para un síndrome de cáncer de ovario familiar)	Incierto <sup>[8]</sup>	
Esterilidad	2,67 <sup>[9]</sup>	
Endometriosis (aumento del riesgo de carcinomas serosos de células claras, endometrioides o de bajo grado)	2,04 a 3,05 <sup>[10]</sup>	
Fumar cigarrillos (aumento del riesgo de carcinoma mucinoso)	2.1 <sup>[11]</sup>	
Dispositivo intrauterino	1,76 <sup>[12]</sup>	
Uso anterior de anticonceptivos orales	0,73 <sup>[13]</sup>	
Lactancia materna anterior (durante > 12 meses)	0,72 <sup>[14]</sup>	
Ligadura de trompas	0,69 <sup>[15]</sup>	
Embarazo anterior	0,71 <sup>[16]</sup>	

uptodate

# ÚTERO

- ✓ Antecedentes familiares : **madre posible tumor ovárico maligno a los 40 años. Tía materna ca. de mama. Tía paterna ca. diseminado de probable origen ginecológico. Un tío paterno ca. de colon.**
- ✓ Radiológicamente no expone en el TC claramente que dependa del útero: “El útero se identifica un en plano más inferior, desplazado hacia la pared pélvica izquierda y con grasa interpuesta entre la masa y el útero”
- ✓ Síndrome general

## *En contra*

- ❖ Las pruebas de imagen , no nos dicen que la masa dependa del útero
- ❖ La BAG no es concluyente
- ❖ No sangrado vaginal

# ¿COMPONENTE GENÉTICO?

*ANTECEDENTES FAMILIARES... PARECE QUE PRESENTA BASTANTE CARGA GENÉTICA*

1. BRCA1 y BRCA2
2. SINDROME LYNCH

# BRCA1 Y BRCA2

- Cáncer de mama y de ovario
- Patrón de herencia autosómico dominante
- Susceptibilidad notablemente aumentada al cáncer de **mama y de ovario**, con una aparición especialmente temprana del cáncer de mama, y una mayor incidencia de tumores de otros órganos, como las trompas de Falopio, la próstata, el pecho masculino y el páncreas

## Riesgos estimados de cáncer con mutaciones BRCA

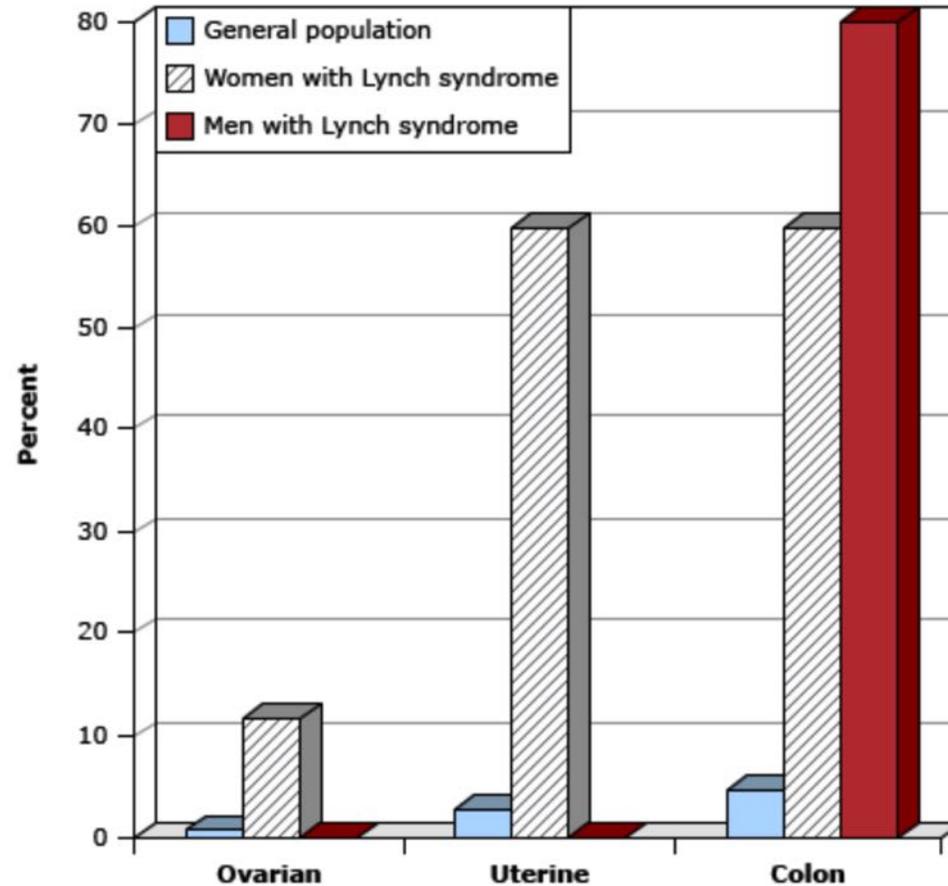
mos

Tipo de cáncer	Riesgo en portadores hasta los 70 años *	Riesgo de por vida en la población general ¶	Comentarios
Mama (mujeres)	<i>BRCA1</i> : 55 a 70% <i>BRCA2</i> : 45 a 70%	~ 12% [1]	En la mayoría de los estudios, el riesgo de por vida en los portadores de <i>BRCA1</i> es mayor que el observado en los portadores de <i>BRCA2</i> .  La incidencia de cáncer de mama diagnosticado antes de los 50 años es mayor en las portadoras de <i>BRCA1</i> en comparación con las portadoras de <i>BRCA2</i> , pero ambos grupos tienen un mayor riesgo de cáncer de mama premenopáusico.
Mama contralateral (opuesta) (mujeres)	Hasta un 63% a los 25 años después del diagnóstico, pero muy dependiente de la edad en el momento del diagnóstico del primer cáncer de mama	~ 7% a los 25 años después del diagnóstico [2]	El riesgo se ve afectado por otros factores, como el uso de tamoxifeno y la ooforectomía.  Los portadores de mutaciones que se han sometido a tumorectomía tienen mayores riesgos ipsilaterales durante períodos de seguimiento prolongados.
Ovárico	<i>BRCA1</i> : aproximadamente 40% <i>BRCA2</i> : Aproximadamente 15%	~ 1% [1]	La incidencia de cáncer de ovario diagnosticado antes de los 50 años es mayor en las portadoras de <i>BRCA1</i> y, en general, rara en todas las portadoras menores de 40 años.  El riesgo de cáncer de las trompas de Falopio también es sustancialmente elevado.
Próstata	<i>BRCA1</i> : aproximadamente del 15 al 20% <i>BRCA2</i> : Aproximadamente 30 a 40%	~ 14% Blancos [2] ~ 19% afroamericanos [2]	El riesgo parece ser mayor en los portadores de <i>BRCA2</i> y en los hombres menores de 65 años.
Mama (hombres)	<i>BRCA1</i> : 1% <i>BRCA2</i> : 8%	0,1% [3]	El riesgo antes de los 50 años es muy bajo.
Pancreático	<i>BRCA1</i> : 2 a 4% <i>BRCA2</i> : 5%	1,5% [1]	
Colon	No bien definido	~ 5% [1]	Los estudios no han sido consistentes sobre si el riesgo es elevado. Si es elevado, es probable que el riesgo sea pequeño.
Melanoma	No bien definido	~ 2.5% Blancos [4] ~ 0.1% afroamericanos [4]	Posibles aumentos de melanoma cutáneo y ocular, en particular para los portadores de <i>BRCA2</i> . [5-7]
Otros sitios	No bien definido	Variado	Estos sitios pueden incluir cáncer de estómago y carcinoma seroso uterino.

# SÍNDROME DE LYNCH

- El síndrome de Lynch es la causa más común de cáncer colorrectal hereditario (CCR). Se caracteriza por un riesgo significativamente mayor de CCR y cáncer de endometrio, así como un riesgo de otras neoplasias malignas

## Riesgo de cáncer del síndrome de Lynch



Riesgo de por vida de cáncer de colon, endometrio y ovario en individuos en comparación con la población general.

Datos de:

1. Koornstra JJ, Mourits MJ, Sijmons RH, et al. Manejo de tumores extracolónicos en pacientes con síndrome de Lynch. *Lancet Oncol* 2009; 10: 400.
2. Barrow E, Robinson L, Alduaij W y col. Incidencia acumulada de por vida de cánceres extracolónicos en el síndrome de Lynch: un informe de 121 familias con mutaciones comprobadas. *Clin Genet* 2009; 75: 141.

# ¿ COMO LLÉGAR AL DIAGNÓSTICO?

Comesaña, E., 2020. Protocolo diagnóstico de las masas abdominales. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(10), pp.575-578.

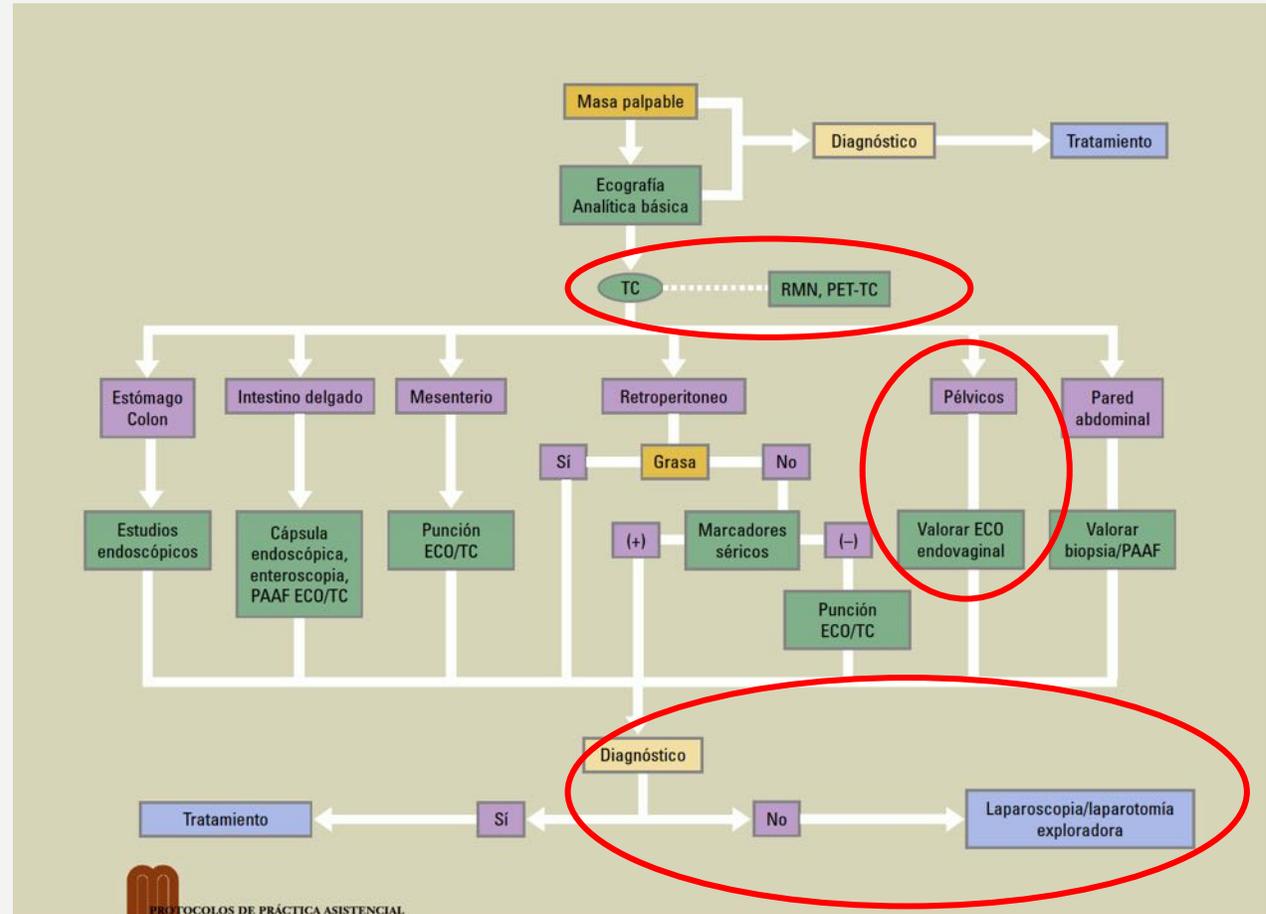


Fig. 1. Algoritmo de aproximación al diagnóstico de las masas abdominales.

ECO: ecografía; PAAF: punción-aspiración con aguja fina; PET: tomografía por emisión de positrones; RMN: resonancia magnética nuclear; TC: tomografía computarizada.

# ¿QUE NOS FALTARÍA POR HACER?

- DESDE EL PUNTO DE VISTA ANALÍTICO: ampliar el marcador HE4 ( marcador neoplasia de ovario)
- DESDE EL PUNTO DE VISTA DE IMAGEN: ecografía vaginal +- RMN pélvica .
- ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS: se podría valorar si no llegamos a un diagnostico con las pruebas anteriores
- SI NO SE LLEGAMOS A NINGÚN DIAGNOSTICO→ laparotomía exploradora ( coger muestra más amplia que que en BAG)

---- Valorar derivar a unidad de consejo genético : ver si es preciso estudio de genética ( BRCA1 y 2 / Síndrome de Lynch).

**IMPRESIÓN  
DIAGNÓSTICA**

**NEOPLASIA DE  
OVARIO**



Sierra de Béjar( Salamanca)  
28-11-20

# BIBLIOGRAFÍA

- Comesaña, E., 2020. Protocolo diagnóstico de las masas abdominales. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(10), pp.575-578.
- Up to date.
- Patología ovárica , caracterización por RM. L. Camacho Alcazar, G. Montoliu Fornas, A. Montoya Filardi, V. Navarro Aguilar, M. Á. Sánchez Fuster, R. M. Viquer Benavent; Valencia/ES.  
10.1594/seram2014/S-1107