

# EDEMA MASIVO DE OVARIO

Dr. MASCOTTI, Gustavo  
Dr. AMUCHASTEGUI (h), Rafael  
Dr. RUIZ ÓRRICO, Guillermo

*Servicios de Ginecología y Cirugía Pediátrica  
Hospital Privado - Córdoba*

## SUMARIO

Un caso adicional de E.M.O. es presentado y comparado a otros previamente publicados.

Nuestra paciente tuvo asociada diabetes juvenil.

Se realizó la laparotomía y la oofarectomía y el diag. de E.M.O. fue hecho.

La paciente no mostró anormalidades luego de la cirugía. En su última visita ella permanecía bien excepto su diabetes.

Se presenta un caso de edema masivo de ovario en adhesión a otros casos publicados.

Kalstone (1), en 1969 fue el primero en reportar esta entidad en 4 pacientes.

Esta lesión soporta la hipótesis de que el mecanismo es un impedimento al drenaje venoso y linfático del ovario, y acumulación del fluido edematoso en el estroma.

La etiología es oscura, pero la torsión parcial o intermitente del mesovarium fue observada: de hecho este edema de ovario ocurre en la población joven, cuando la torsión del mesovarium ocurre más frecuentemente.

Este reporte describe un caso más de E.M.O. estudiado en el Hospital Centro Médico de Córdoba; Argentina.

## CASO

A.P.M.: HC: 209485. Mujer de raza blanca de 17 años, diabética juvenil con glucemias en ayunas de hasta 3.5 gr%, (medicada con Insulina corriente 10 UI/6 hs.) postmenárquica, virgen, de ciclos de 25/5.

F.U.M.: 8-8-82. Concorre a la consulta el 26-8-82 por dolor abdominal de 1 semana de evolución, localizado en F.I.D. y distensión abdominal.

En la guardia, al examen se destaca la distensión abdominal, con masa palpable dolorosa en F.I.D. de unos 15 cm de Ø. La paciente estaba menstruando y el resto del examen fue normal, excepto acné.

Exámenes complementarios: GR: 4.900.000; Hb: 15.1; Eritro: 14; GB: 5.600 (0-0-67-1-0-30-2); Htco: 37%; Urea 0.18 gr%. Glucemia en ayunas: 3.5 Glucemias tratadas con insulina de 1.08 gr%. Orina: Densidad: 1035; Hb: (+) (menstruando); Acetona: (+); glucosa: (+); 1 leucocito por campo (20) (por 20) de 10.000-100.000 gérmenes por ml. (cocos G+) Estafilo (hemolítico y no hemolítico) Enterococos).

Ecografía: Masa sólida con escasas áreas quísticas que mide 18 cm de Ø. Laparotomía exploradora: (26-8-83) Anexo derecho con pedículo torcido. Masa anexial derecha. Ooforectomía derecha. Ovario contralateral normal.

Anatomía patológica: Macroscopia: trompa bien, ovario de 13 cm de Ø con la pared externa hemorrágica, y al corte tejido hemorrágico con quistes pequeños en la periferia. Microscopia: Edema Masivo de Ovario.

**Edema intenso y congestión hemorrágica.**

**Buena tolerancia operatoria.**

**Postoperatorio de 5 días libre de complicaciones. Buena evolución.**

Ultimo control del 18-4-83: Todo bien salvo su diabetes controlada 36 UI de NPH al día.

## MATERIAL Y METODO

Se revisó la bibliografía sobre el tema desde 1969 a 1982, al alcance de nuestro medio. Se logró coleccionar 24 publicaciones de donde se extrajeron 31 casos. TABLA I.

Se colectaron datos de los 31 casos y se compararon con el presentado (HC: 209485). TABLA II.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Kalstone y colaboradores describieron los primeros 4 casos de E.M.O. en pacientes con sintomatología de dolor abdominal, hirsutismo, infertilidad y ascitis.

Permanece inexplicable si la torsión es primaria y produce el edema o si el edema lleva a la

TABLA I

## Literatura a disposición consultada

AUTOR	AÑO	NUMERO DE CASOS
Kalstone, Jaffe, Abel (1) (2).....	1969	4
Zourlas, Jones (2).....	1969	1
Roth (2).....	1971	1
Castelman, Mc Neely (2).....	1971	1
Lupovith, Shanoski (2).....	1974	1
Val Bernal (2).....	1974	2
Bezahler (2).....	1974	1
Occhionero, Bonk (2).....	1974	1
Nassar, Virgilio, Abdulkarim (2)....	1975	1
Kim, Rozanski (2).....	1976	1
Kindermann, Christ (2).....	1977	1
Sternberg, Dhurandhar (2).....	1977	1
Minor, li Volsi (2).....	1977	1
Morinshirley, Fouquette, Dube (2)	1977	1
Teglbajaerg, Vetner (2).....	1977	1
Kleiner, Solomon, Greston et al. (2).....	1978	1
Kambour, Salazar, Tobon (3).....	1979	2
Chervenak, Castadot, Wieserman, Sedlis (2).....	1980	2
Alberada, Wladimiroff, Wielenga, Verschoor (4).....	1981	1
Jerome, Salazar (5).....	1981	1
Le Tourneau, Audovin, Guinard, Petit, Poitout (6).....	1981	1
Slotky, Shrivastau, Bak (7).....	1982	2
Vasquez, Sotos, Moon (8).....	1982	1
Kapadia, Sternhill, Schwartz (9)...	1982	1

torsión, pero el compromiso vascular se considera la etiología que provoca retención del flujo venoso y linfático produciendo acumulación de líquido en el estroma ovárico.

Esta inusual entidad anatomoclínica fue objeto de publicaciones científicas, de las que nosotros estudiamos 31 casos y comparamos con el caso presentado en esta.

La disfunción ovárica se traduce por hirsutismo predominantemente facial y acné, cambios en la voz, hipertrofia clitoridea, y otras de lo que nuestro caso sólo presentó acné. La masculinización se observó en algunos casos. (8).

La mayoría de los pacientes consultaron por masa palpable antes que otros síntomas, generalmente acompañado de dolor. La masa simula una neoplasia y se debe hacer diagnóstico diferencial patológico con: a) fibroma o fibrotecoma de ovario. b) hipertecosis con varias formas (Ej.: ovario poliquístico). c) tumores escleróticos estromales. (10)

La masa midió 5 a 40 cm de diámetro en las publicaciones revisadas y con respecto al lado,

muestra predilección por el derecho, pero puede ser izquierdo o bilateral.

Predomina en mujeres de raza blanca.

Las edades van de los 6.5 a 33 años lo que la convierte en una enfermedad de la mujer joven, con un promedio de 19.7 años de edad.

Las pacientes son postmenárquicas en su mayoría pero es posible que aparezca en la premenarca.

La distensión abdominal, la infertilidad, y los vómitos no fueron signos importantes.

La laparotomía se efectuó en todos los casos, realizándose 27 ooforectomías, 9 biopsias y 1 histerectomía.

En el acto operatorio se visualizó la torsión del pedículo en 13 de 19 casos.

Las pacientes tratadas con biopsia y distorsión mostraron buena evolución postoperatoria, sin recidiva de la patología.

Teniendo en cuenta la edad, gravedad, y paridad creemos importante observar la necesidad de mantener la integridad de los ovarios y su funcionalismo, con intervenciones conservadoras.

Para nuestro caso la edad, raza, menarquia, gravedad, paridad, dolor abdominal, masa palpable, forma de presentación, lado afectado, medida del tumor, tratamiento, evidencia de torsión, y ovario contralateral, no difieren de los datos encontrados en la literatura coleccionada, como los más frecuentes.

Las anomalías menstruales no se presentaron en nuestra paciente. Como signo de masculinización y/o virilización sólo se encontró acné en nuestra paciente, lo que para nuestra sociedad, hábitos, raza y edad no es infrecuente.

La enfermedad asociada en nuestra paciente fue la diabetes.

Desafortunadamente en nuestro caso como en la mayoría de la bibliografía consultada el diagnóstico fue realizado después de la ooforectomía, pero pensamos que en el acto operatorio, teniendo estos antecedentes, sería buena conducta la biopsia y de hallarse esta rara afección, se debería preservar la gónada.

## RECONOCIMIENTO

Nosotros debemos agradecer a la Dra. Carmen Sánchez (Anat. Pat.) y al Dr. Jacobo Morozovsky (Gin-Obstet.) por su asistencia.

TABLA II

TABLA COMPARATIVA

HALLAZGOS	ND	+	-	NUESTRO CASO	
Anormalidad menstrual .....	4	14	6 (7 prem.)	No	
Infertilidad.....	13	5	13	-	
Masculinización.....	12	7	12	Acné	
Embarazo .....	5	4	23	No	
Paridad .....	5	3	24	No	
Distensión abdominal.....	19	9	3	Sí	
Dolor abdominal.....	8	21	2	Sí	
Masa palpable.....	5	22	3	Sí	
Vómitos .....	22	3	6	No	
Presentación aguda .....	4	8	19	No	
Evidencia de torsión.....	12	13	6	Sí	
		BLANCO	NEGRO		
Raza.....	14	15	2	Blanco	
		PRE	POST		
Menarca.....	4	7	20	Post.	
		DER.	IZQ.	AMBOS	
Lado afectado.....	1	17	9	4	Der.
		MANZANA	DE 5 A 40		
Medida .....	3	2	25	13 cm.	
		AUMENTADO	NORMAL		
Ovario Contralateral.....	7	10	14	Normal	
		OOFERC.	BIOP.	HISTER.	
Tratamiento.....	0	27	9	1	Ooferec.
Factor Común: EDEMA: 31 casos				Edema	

Asociaciones: incremento de testosterona, leucocitosis, derrame pleural, ingestión de anovulatorios, pubertad precoz, embarazo de 32 semanas, quiste paraovárico, hiperfecosis bilateral, Stein Leventhal, Apéndicectomía, L.B.T. Diabetes

ND: no determinado. (+): positivo. (-): negativo. (prem.): premenarca. (O): ausente. (OOFORC): Ooforectomía. (BIOP.): Biopsia. (HISTER): Histerectomía.

## REFERENCIAS

- 1) Kalstone C.E., Jaffe R.B., and Abel M.R.: Massive edema of the ovary simulating fibroma. *Obstet. Gynecol.* 34:564-571, 1969.
- 2) Chervenak F., Castadot M.J., Wiederman J., Sedlis A.: Massive ovarian edema: Review of world literature and report of two cases. *Obstet. Gynecol.* 35 N° 11:677-684, 1980.
- 3) Kambour A.I., Salazar H., Tobon H.: Massive ovarian edema a non neoplastic pelvic mass of young women. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 130:42-45, 1979.
- 4) Alberada A.T., Wladimiroff J.M., Wielenga G., Verschoor L.: Massive ovarian edema. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 88:569-573, 1981.
- 5) Jerome A., Salazar G.H., Massive ovarian edema. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 346-347, 1981.
- 6) Le Tourneau A., Audovin J., Guinard F., Petit C., Poitout P.: Ledeme massif de l'ovaire. Etude anatomoclinique d'un case et revue de la literature. *Sem. Hosp. Paris.* 57 N° 29-30-31-32-32: 1321-1324, 1981.
- 7) Slotky B., Shrivastav R., Bak M.L.: Massive edema of the ovary. *Obstet. Gynecol* 59 N° 6 (Sup): 925-945, 1982.
- 8) Vasquez S., Sotos J., Moon H.K.: Massive edema of the ovary and virilization. *Obstet. Gynecol.* 59 N° 6 (Sup.): 95-99, 1982.
- 9) Kapadia R., Sternhill V., Schwartz E.: Massive edema of the ovary. *JOU* 10: 469-471, 1982.
- 10) Test and Teach. *Pathology* 14:97 - N° 31 Part. 2, 1982.