

Caso clínico 27 octubre 2010

- ❑ Mujer nacida en enero de 1971 con antecedentes de apendicectomía a los 14 años.
 - ❑ Intervenida en noviembre del 94 de masa anexial dcha. (struma ovarii).
 - ❑ En febrero del 99 consulta por esterilidad primaria de 2 años de evolución:
 - Exploración ginecológica, analítica general y hormonal normal, ecografía, histerosalpingografía y biopsia uterina concluyen: Esterilidad de causa ovárica, tubárica parcial y masculina.
 - Pautan 6 ciclos de inducción y como no se consigue gestación se envía en diciembre del 2000 para fecundación in vitro y transferencia embrionaria.
-

Struma ovarii

- ❑ Es un tumor raro, 1% de todos los tumores de ovario, ó el 2,7% de los tumores dermoides de ovario en el que el tejido tiroideo es el constituyente de más del 50%.
 - ❑ Clínica: Normalmente asintomático y descubierto por ecografía casual, pero puede producir dolor abdominal bajo, masa palpable, sangrado vaginal anormal, ascitis, derrame pleural y muy raro hipertiroidismo.
 - ❑ El diagnóstico es difícil por clínica y radiología, por criterios histológicos y puede haber malignos y hasta tener metástasis en epiplón, mesenterio y ganglios intraabdominales, o sistémicas.
 - ❑ El tmtto es quirúrgico y la ascitis o derrame pleural regresan.
-

Ingreso en Ginecología

- ❑ **Desde marzo hasta junio 2001** por un síndrome de hiperestimulación ovárica con ascitis y derrames pleurales bilaterales que precisó ingreso en UCI, tora y paracentesis, albúmina y diuréticos, antibióticos por sepsis intrahospitalaria.
 - ❑ Nos pidieron hoja de consulta en mayo por fiebre y afectación del estado general.
 - ❑ Finalizó en legrado.
 - ❑ Biopsia pleural: tejido fibroconectivo con mínimo componente inflamatorio de tipo linfoide y neutrofílico. No se identifican en el material biopsiado granulomas, ni lesiones con especificidad diagnóstica.
 - ❑ Revisada en consulta de MI, la paciente nota hinchazón abdominal sin edemas, disnea ni fiebre. Remitida a ginecología donde nos descartan causa ginecológica.
-

Síndrome de hiperestimulación ovárica:

- ❑ Respuesta supra fisiológica del ovario tras la administración exógena de gonadotrofina coriónica humana en un ciclo de estimulación ovárica.
 - ❑ Incidencia 0,6 – 14% de los ciclos de fecundación in vitro o transferencia embrionaria.
 - ❑ Alguna vez se ha visto en embarazos múltiples o molares. La GCH aumenta hasta la 9ª semana de gestación y disminuye después.
 - ❑ Los ovarios aumentan de tamaño, segregan sustancias vasoactivas que **incrementan la permeabilidad capilar** de la superficie mesotelial y fluido rico en proteínas deja el espacio intravascular.
 - ❑ Los mediadores: Factor de crecimiento vascular endotelial, citoquinas, histamina, componentes del sistema renina angiotensina.
 - ❑ VEPG, que estimula la proliferación de células endoteliales y la angiogénesis y es un potente estimulador de la permeabilidad vascular. Punto de corte 200 pg/ml sensibilidad 90%, especificidad 80%, VPP 75 % y VPN 92%
-

SHO. Clínica

- ❑ Hay diversos grados: Leve que son los síntomas, moderado que tiene ascitis y severo todo lo demás.
 - ❑ Aparece a los dos días de la administración de HCG, aumenta entre los 7 - 10 días, mejora con rápida diuresis al inicio de la menstruación si no se produce embarazo.
 - ❑ Síntomas: Sensación de hinchazón abdominal, náuseas, vómitos y diarrea
 - ❑ Signos: Ganancia rápida de peso, oliguria, hipovolemia, hemoconcentración, desequilibrio electrolítico: hiponatremia e hiperpotasemia, insuficiencia renal aguda, shock y acidosis.
 - ❑ Ascitis, derrame pleural y pericardico, distres respiratorio del adulto, hipercoagulabilidad con descenso de antitrombina III y fenómenos tromboembólicos y fallo multiorgánico
-

Factores de riesgo SHO

- ❑ *Edad joven* < 30 años, por mayor número de folículos reclutables y más alta densidad de receptores a las gonadotropinas.
 - ❑ *Síndrome del ovario poliquístico.*
 - ❑ Historia de alergia en 50%.
 - ❑ *Protocolo de estimulación*, la inyección de 5 – 10 mil UI de HCG (gonadotropina corionica humana) es el estímulo clave y previene administrar progesterona en lugar de HCG para el soporte de fase lútea.
 - ❑ *Nivel de estradiol*, > 5.000 pg/ml el día de la administración de la HCG
 - ❑ *Numero total de folículos y tamaño* >15mm, sobre todo con apariencia ecográfica de "*signo del collar*": multiples folículos que se sitúan como una cadena en la periferia del ovario, en el momento de la recuperación ovocitaria.
-

Ingreso diciembre 2001

- ❑ Exploración buen aspecto, microadenopatias supraclaviculares y axilares, matidez en base dcha con AP normal. Corazón rítmico sin soplos. T.A: 100/60. Abdomen: Distendido, con ascitis, parecen palpase masas peritoneales, sobre todo en epigastrio. No edemas.
 - ❑ RX de tórax: Derrame pleural dcho y pinzamiento del seno costofrénico izdo.
 - ❑ Eco abdominal: Ascitis en la que se observan dos masas quísticas y la existencia de masas abdominales compatibles con implantes peritoneales.
 - ❑ TAC abdomino pélvico: Gran cantidad de ascitis con implantes sólidos peritoneales. Aumento del tamaño en el ovario izdo, también derrame pleural bilateral. El parénquima hepático, bazo, riñones y páncreas, sin alteraciones.
-

Ingreso diciembre 2001

- ❑ Analítica: Hemograma y coagulación normales, VSG 23. Bioquímica normal salvo proteínas 5.7, con albúmina 3, serología de hepatitis B y C y VIH: negativas. Hormonas tiroideas normales.
 - ❑ Marcadores tumorales negativos.
 - ❑ Mantoux: positivo, 14 mm.
 - ❑ Líquido ascítico: proteínas 4.1, albúmina 2.4, glucosa 81, ADA 43, leucocitos 200 (50% polis, 50% monos), cultivos y BK negativos. Citología: inflamación crónica inespecífica, negativo para malignidad.
-

Ingreso diciembre 2001

- ❑ PAAF de masas peritoneales: presencia de escasos histiocitos.
 - ❑ LAPAROSCOPIA: Se aspira gran cantidad de ascitis de color amarillenta (unos 6 litros), asas intestinales deslustradas con múltiples adherencias entre ellas, múltiples adherencias a nivel de estómago a pared abdominal, superficie hepática lisa, peritoneo engrosado. Se toman muestras líquido ascítico y biopsias de pared, ovario, grasa intestinal, peritoneo y vejiga. En A.P. **Acumulos de histiocitos espumosos.**
 - ❑ Alta con el diagnóstico: Ascitis con implantes peritoneales que se descartó malignidad y tuberculosis.
-

diagnóstico diferencial: diciembre 01

- ❑ Cáncer de ovario, edad media 63 años. Produce síntomas abdominales inespecíficos- ascitis- masas peritoneales palpables, Ca 125 elevado.
 - ❑ Mesotelioma, relación con asbesto, más en varones, edad media 60 años. S. general, ascitis y masa abdominal. Normalmente las citologías son negativas y hay que realizar biopsia.
 - ❑ Metástasis peritoneales de ca de colon, estómago o páncreas o extraabdominales (mama, pulmón, sarcomas, linfomas): Las citologías suelen ser positivas, mucha ascitis sin demostración de primario.
 - ❑ Tuberculosis peritoneal, edad media 34 años, fiebre, dolor abdominal y perdida de peso, ascitis que es un exudado de predominio linfocitario con ADA > 43 y escasa presencia del BK en el liquido, Mantoux +, nódulos miliares peritoneales, con granulomas con necrosis caseosa y células gigantes tipo Langhans
-

Pseudomixoma peritoneal

- ❑ Es un tumor raro que consiste en colecciones de fluido gelatinoso con implantes mucinosos. Difícil el diagnóstico preoperatorio: apendicitis, masa en FID, suele ser post laparotomía.
 - ❑ El origen es un mucocele apendicular o un carcinoma mucinoso de ovario. No suele hacer invasión visceral ni metástasis a distancia.
 - ❑ En la ascitis se observa mucha mucina y pocas células de origen mesotelial.
 - ❑ En la ecografía se ven masas semisólidas rodeando y desplazando asas intestinales, quistes de paredes finas o múltiples septos en la cavidad peritoneal. En TAC: el material mucinoso tiene una densidad similar a la grasa y aparecen masas heterogéneas.
 - ❑ Su factor pronóstico más importante es el tamaño de la lesión inicial, la invasión del peritoneo. El tratamiento es quirúrgico, la cirugía más radical posible, los resultados de la quimioterapia son modestos. Suelen recurrir, la supervivencia a los 5 años varía 53 al 75%.
-

Evolución:

- ❑ A los 15 días recibimos informe de PCR positiva para Mycobacterium Tuberculosis en el líquido ascítico.
 - ❑ Comenzamos tratamiento específico y a los 10 días tenía unas transas superiores a 1000 por lo que se trató con etambutol y estreptomina, reintroduciéndose posteriormente la Rifampicina y la hidracida continuando con el Etambutol.
 - ❑ A los 2 meses precisó paracentesis de 2500cc.
 - ❑ En la Eco y TAC a los 4 meses continua con derrame pleural derecho, ascitis masiva y grandes masas peritoneales alguna de las cuales parece haber aumentado de tamaño.
-

Ingreso mayo 2002

- ❑ **ENFERMEDAD ACTUAL:** Dada la mala evolución de su ascitis y sus masas peritoneales se vuelve a ingresar.
 - ❑ **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Paciente joven con buen aspecto general, no adenomegalias, auscultación cardiopulmonar normal, ascitis palpándose DOS NÓDULOS EN EPIGASTRIO Y UNA MASA PARAUMBILICAL IZQUIERDA, no edemas.
 - ❑ **ANALÍTICA:** Hb 12,3 gr., leucocitos y fórmula normal, VSG 18, coagulación normal, bioquímica completa normal. CEA, CA 125, CA 19,9 normales. Líquido ascítico: 200 leucocitos (58% linfos), proteínas 4, LDH 192, ADA 34, cultivo y citología negativa, PCR - para M. tuberculosis
 - ❑ Paracentesis terapéutica de 3200 cc y luego DOS BIOPSIAS CON TRUCUT DE LA MASA PARAUMBILICAL IZQUIERDA observándose un **infiltrado de histiocitos espumosos** entre los cuales se observan también frecuentes linfocitos maduros en el seno de un tejido fibroconectivo activo de tipo cicatricial. No se encuentra tejido epitelial, signos de endometriosis, ni signos histológicos de malignidad.
-

Situación mayo 2002

- ❑ Dudas en el diagnóstico de TB peritoneal.
 - ❑ Se habla con AP, envían muestras a Houston donde sugieren ante tanto histiocito espumoso la sospecha de una enfermedad de depósito: afectación ocular y neurológica con retraso mental desde la infancia y hepatoesplenomegalia (lipidosis) ó afectación muscular, hipoglucemias y hepatopatía (glucogenosis).
 - ❑ Sesión con Digestivo, sugieren alguna enfermedad benigna cuyo tmtto serían esteroides y sugieren laparotomía.
 - ❑ En Medicina Interna insisten en el síndrome de hiperestimulación ovárica que fue el origen del cuadro.
 - ❑ Hablo con el Instituto de Infertilidad de Valencia. El síndrome de hiperestimulación ovarica: El estradiol > 6.000 y más de 20 óvulos. Todos los cuadros son autolimitados y desaparecen a las 6 semanas.
-

julio y agosto 2002

- ❑ Seguimos con rifampicina e hidracidas y en julio nueva paracentesis terapéutica de 2600 cc:
 - ❑ Líquido ascítico: Prots 5,3 glucosa 93, ADA 36, colesterol 80, triglicéridos 16, LDH 178
 - ❑ A. P.: Inflamación crónica inespecífica, negativo para malignidad. Presencia de células mesoteliales e histiocitos espumosos.
 - ❑ Tórax: Derrame pleural derecho de distribución atípica. Aumento de densidad en hemitorax izqdo de banda.
 - ❑ A los 8 meses nuevo TAC: Importante ascitis. Persisten las masas peritoneales. Disminución del derrame pleural derecho, el derrame pleural izqdo es mínimo.
-

Ingreso en cirugía: octubre 2002

- ❑ LAPAROTOMÍA: escasa ascitis, tumoraciones en pared abdominal, sobre las asas, en raíz de mesenterio, sobre hígado, bazo, caras anterior y posterior de útero, fondo saco de Douglas. Se extirpó un tumor parietal realizándose una intraoperatoria de liposarcoma -seudotumor inflamatorio, cuña ovárica y nódulo pared colónica.
 - ❑ Dr. Fletcher de Harvard Medical School apoya el diagnóstico de proliferación histiocítica multifocal benigna de probable naturaleza reactiva. Histológicamente guarda relación con las entidades: paniculitis mesentérica, mesenteritis esclerosante o retráctil.
 - ❑ Visto por el Dr. Robin Young patólogo ginecológico y genitourinario del Massachussets General Hospital. La única explicación puede ser una respuesta idiosincrásica a un medio de contraste que contuviera lípidos, por ejemplo histerosalpingografía.
-

Más posibilidades diagnósticas:

- ❑ **Paniculitis mesentérica, lipodistrofia mesentérica y mesenteritis esclerosante**, son parte de un espectro de procesos inflamatorios y fibróticos del mesenterio.
 - ❑ Confusión terminológica, la etiopatogenia desconocida y la dificultad por correlacionarla con la clínica.
 - ❑ El diagnóstico es siempre histológico. Infiltración del mesenterio por macrófagos espumosos cargados de lípidos. En la paniculitis predomina la inflamación y en la mesenteritis la fibrosis, sin evidencia de pancreatitis, enfermedad inflamatoria intestinal o necrosis grasa extraabdominal.
 - ❑ Clínica: Más afectados varones entre 40 y 60 años, con antecedentes quirúrgicos. Desde hallazgo casual, masa abdominal palpable, dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso, alteración del ritmo intestinal y ascitis.
 - ❑ El TAC se puede observar engrosamiento o masas en mesenterio.
 - ❑ Puede precisar cirugía o únicamente observación y seguimiento, pequeñas dosis de corticoides o AINES.
-

Más posibilidades diagnósticas:

- ❑ **Serositis** pueden ser:
 - ❑ Autoinmunes (LES), y vasculitis como PAN y púrpura de Schönlein Henoch.
 - ❑ Genéticas (fiebre mediterránea familiar) produce episodios recurrentes de fiebre y dolor abdominal, puede producir pleuritis y artritis.
 - ❑ Alérgica (serositis eosinofílica) con infiltración de eosinófilos en aéreas gastrointestinales.
 - ❑ Granulomatosas: El talco y el almidón de los guantes del cirujano produce una reacción de hipersensibilidad y granulomas reactivos en el peritoneo y el epiplón. Son **granulomas de cuerpo extraño**, con células gigantes que engloban el material (cuerpo extraño, bario, talco, silicona, celulosa, almidón, algodón, hilos de sutura).
-

Más posibilidades diagnósticas:

- ❑ **Las peritonitis reactivas a cuerpo extraño:** Los contrastes oleosos instilados en la pelvis crean lesiones granulomatosas que semejan endometriosis. El lipiodol y los contrastes oleosos tiene numerosos estudios con inflamación peritoneal y formación de granulomas.
 - ❑ Contrastes de histerosalpingografía podía producir una reacción de cuerpo extraño, en la histerosalpingografía se utilizó como contraste omnigraf 300 (Iohexol) como excipiente ácido clorhídico 10%, edetato disódico cálcico, trometanol y agua destilada.
 - ❑ Se usa intravascular para urografías, arteriografías, cardioangiografía y TAC y subaracnoideo para mielografías.
 - ❑ Su único problema es que lleva yodo y la captación por el tejido tiroideo queda reducida durante 8 a 10 semanas.
-

Situación octubre 2002

- ❑ Después de año y medio de seguimiento, una laparoscopia, una laparotomía, biopsias y paracentesis sigue sin un diagnóstico claro y un pronóstico seguro.
 - ❑ No parece en relación con el síndrome de hiperestimulación ovárica puesto que es una enfermedad autolimitada, en clara relación con la gestación y los estrógenos circulantes que eran normales en esta paciente.
 - ❑ El hallazgo de la PCR + para tuberculosis fue un falso + del laboratorio pues nunca se demostraron granulomas, el ADA nunca excesivo alto, no presentó fiebre y con el tmto no mejoró, precisando paracentesis evacuadoras.
-

Situación octubre 2002

- ❑ Las sospechas de carcinomatosis peritoneal por tumor de ovario, pancreas, tubo digestivo, seudomixoma, mesotelioma al cabo de año y medio de evolución, las citologías del líquido ascítico, las sucesivas biopsias realizadas y el buen estado general.
 - ❑ Sobre la paniculitis mesentérica, mesenteritis esclerosante o lipodistrofia mesentérica demasiada ascitis y poca inflamación peritoneal.
 - ❑ Las peritonitis reactivas a cuerpo extraño, ejemplo el contraste oleoso provocan granulomas de cuerpo extraño. El contraste Omnigraf 300 que es medio de contraste no iónico que se utiliza intravenoso y en arteriografías.
-

Situación noviembre 2003

- Ha mejorado su estado general con más apetito, buen tránsito intestinal, reglas normales. Ha engordado unos 3-4 Kg.
- **EXPLORACION:** Buen aspecto general....Abdomen: cicatrices de laparotomía, no se palpan masas ni visceromegalias. No edemas.
- TAC ABDOMINAL (30.10.03): discreta cantidad de ascitis. Implantes peritoneales en raíz de mesenterio y ambas gotieras paracólicas con disminución de tamaño de los implantes en el epiplón mayor y en pelvis menor. La masa anexial izqda tiene un componente mixto sólida quístico, mide unos 5 cm. En conclusión discreta disminución del tamaño de implantes peritoneales respecto a febrero 03, en el cual también habían disminuido con respecto a Agosto 02.
- ANALÍTICA: Hb 15,1 gr, leucocitos y fórmula normal. VSG 2. Bioquímica completa normal. Complemento, AC de autoinmunidad negativos. Analítica de función ovárica normal.

Situación noviembre 2003

- ❑ **EVOLUCION Y COMENTARIO:** El cuadro podía encajar con una paniculitis mesentérica descartándose una peritonitis granulomatosa, dado que no se observan auténticos granulomas.
 - ❑ Los anatomopatólogos opinaban de una reacción idiosincrásica al contraste de la histerosalpingografía que se realizó en el año 1999, si bien llama la atención el año y medio que estuvo asintomática.
 - ❑ Dado que todavía presenta implantes peritoneales y escasa ascitis propusimos tratamiento con corticoides que la enferma rechaza, pues se encuentra asintomática.
-

Seguimiento

- ❑ Vista anualmente por Cirugia y M. Interna. Asintomática, ha engordado y la exploración es normal.
 - ❑ Analítica anual normal.
 - ❑ TAC abdomen anual: Continua un aumento de densidad mal definido en la raiz mesentérica compatible con paniculitis. Sin cambios en la masa paravesical izqda probablemente ovario aumentado de tamaño, de unos 4 cms. No adenopatias ni liquido libre intraperitoneal. Hígado, riñones y pancreas normales, no esplenomegalia. Pequeña eventración anterior en la región umbilical.
 - ❑ Me habló de intentar fecundación in vitro de nuevo y le propuse la adopción.
-

Nuestros diagnósticos:

- Una forma de pancreatitis mesentérica.
 - Una reacción de cuerpo extraño, de la histerosalpingografía se utilizó como contraste omnigraf 300 (Iohexol).
 - Ambas estimuladas por el síndrome de hiperestimulación ovárica
-