

Cistoadenoma mucinoso de ovario, reporte de un caso y revisión de la literatura
Mucinous cystoadenoma of ovarium, a case report and literature review

Marco Fabricio Bombón Caizaluisa *; Liliana Elizabeth Carrión **

* CAT “BICENTENARIO” Municipio de Quito, Universidad Central del Ecuador. Universidad Internacional Iberoamericana, UNINI MEXICO. ORCID 0000-0002-5768-4234

**Clínica Santa Bárbara, Universidad Central del Ecuador.

fabri.bombonpm@gmail.com

Resumen.

Introducción: El cistoadenoma mucinoso de ovario, es un tumor frecuente de aquellos; que provienen del epitelio celómico superficial, el 85% son benignos, el 6% son de bajo potencial maligno, y un 9% son tumores invasivos. Macroscópicamente pueden alcanzar dimensiones gigantes, el diámetro promedio varía de 15–30cm. Habitualmente el cuadro clínico puede ser inespecífico ya que producen pocos síntomas, los más frecuentes consisten en distensión abdominal, dolor de tipo opresivo en hipogastrio, así como síntomas urinarios y gastrointestinales. La cirugía laparoscopia o laparotomía exploradora permite realizar el diagnóstico y al mismo tiempo ser el tratamiento definitivo, logrando extirpar la tumoración completa sin complicaciones.

Objetivo: Describir un caso clínico de un paciente joven, que presenta un tumor de ovario (cistoadenoma mucinoso), realizando una revisión adecuada y actualizada de la literatura.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico.

Resultados: Caso clínico de un paciente joven de 18 años, sexo femenino, que presenta una masa abdominal de 7 meses de evolución con aumento progresivo de tamaño acompañándose de dolor abdominal difuso ocasional de moderada intensidad, EVA 7/10, sin causa probable; por lo cual requirió evaluación médica con exámenes complementarios y procedimiento quirúrgico inmediato. Se realizó una laparotomía exploratoria urgente, con exéresis de masa y anexectomía derecha, encontrándose: masa tumoral gigante que ocupa casi totalidad de cavidad abdominal, de aproximadamente 40cm x30cm diámetro, con un peso de 8455 gr, que compromete trompa uterina derecha.

Conclusiones: El cistoadenoma mucinoso, es un tumor de ovario, en su mayor parte benigno, que debe ser diagnosticado adecuada y oportunamente; para brindar un tratamiento, mediante una resolución quirúrgica, encaminado a evitar múltiples complicaciones y disminuir así significativamente la morbimortalidad de las pacientes.

Palabras clave: tumor ovárico, cistoadenoma mucinoso, laparotomía exploratoria en patología ovárica, exéresis de masa tumoral..

Abstract.

Introduction: Ovarian mucinous cystadenoma is the most frequent type of tumor; originated from the superficial coelomic epithelium, 85% of these tumors are benign, 6% have low malignant potential, and 9% are invasive. Macroscopically they could reach gigantic dimensions, with an average diameter of 15–30cm. The clinical picture is nonspecific due to the few symptoms generated, the most frequent are abdominal distention, hypogastrium oppressive pain, and urinary and gastrointestinal symptoms. Laparoscopic surgery or exploratory laparotomy facilitated the diagnosis and the treatment, enabling the removal of the entire tumor without complications.

Objective: Describe a clinical case of a young patient with an ovarian tumor (mucinous cystadenoma).

Material and methods: Retrospective descriptive study, presentation of a clinical case.

Results: Clinical cases of an 18 years old female patient, presenting an abdominal mass of 7 months of evolution. With a progressive increase in size, accompanied by occasional diffuse abdominal pain of moderate-intensity, VAS 7/10, without probable cause. Requiring medical evaluation, with complementary tests and immediate surgical procedure. An emergency exploratory laparotomy was performed, with exeresis

of the mass and right adnexectomy. Finding a giant tumor mass that occupies almost the entire abdominal cavity, with an approximate diameter of 40cm x30cm and weight of 8455 grams, compromising the right uterine tube.

Conclusions: Mucinous cystadenoma is an ovarian tumor mostly benign, which requires a correct and early diagnosis to provide a proper treatment through surgical resolution. Avoiding multiple complications and a significant decrease in patients morbidity and mortality.

Keywords: ovarian tumor, mucinous cystadenoma, exploratory laparotomy in ovarian pathology, excision of tumor mass.

Recibido: 22-04-2021

Revisado: 02-06-2021

Aceptado: 07-06-2021

Introducción.

En los ovarios pueden desarrollarse tumores benignos o malignos, quísticos o sólidos, de tipo epitelial, conjuntivo, funcionantes o teratomatosos. Los tumores más frecuentes no son neoplásicos, sino que derivan del desarrollo folicular; son formaciones quísticas originadas por un estímulo anormal del folículo. (2,3)

El cistoadenoma mucinoso de ovario es un tumor frecuente de aquellos que provienen del epitelio celómico superficial, hay tumores macroscópicamente pequeños y tumores masivos que ocupan toda la pelvis e incluso la cavidad abdominal. (2) Comprenden entre el 15 - 25 % de todos los tumores ováricos, de ellos; los cistoadenomas mucinosos, 85% son benignos, el 6% son de bajo potencial maligno, y un 9% son tumores invasivos. (1) En efecto, los tumores epiteliales benignos, casi siempre son serosos o mucinosos y se diagnostican por lo general entre los 20 y 60 años; de tal manera que son poco frecuentes en la edad pediátrica y en la adolescencia. (1, 2) Proviene de la metaplasia del epitelio germinal de revestimiento del mesotelio ovárico, se caracterizan por la presencia de glándulas y quistes cubiertos por células epiteliales, por lo tanto, tienen un aspecto de tumores multiloculados rellenos de un líquido gelatinoso y pegajoso rico en glucoproteínas. (2) Macroscópicamente pueden alcanzar dimensiones gigantes, el diámetro promedio varía de 15–30cm y pesan de 2–4Kg, según lo reportado en la literatura mundial (1,4,15).

Habitualmente el cuadro clínico puede ser inespecífico, ya que producen pocos síntomas, los más frecuentes consisten en distensión abdominal, dolor de tipo opresivo en hipogastrio, así como síntomas urinarios y gastrointestinales debido a compresión extrínseca, también puede cursar con

dolor debido a una torsión, ruptura o hemorragia del quiste. (1,7,8)

La imagenología puede ayudar a considerar su diagnóstico, se recomienda primero la realización de ultrasonido abdomino-pélvico y luego la tomografía abdomino pélvica. Además, son fundamentales para esclarecer el tipo de tumor en cuanto a densidad, que pudiera ser quística, sólida o con características multinodulares (1,2)

El estudio anatomopatológico es el único que permite el diagnóstico definitivo. (2) La intervención quirúrgica debe ser lo más conservadora posible para preservar la fertilidad futura de las pacientes. La cirugía laparoscopia o laparotomía exploradora permite realizar el diagnóstico y al mismo tiempo ser el tratamiento definitivo, logrando extirpar la tumoración completa sin complicaciones. (1). En pacientes jóvenes que no han visto cumplidos sus deseos genésicos, se suele realizar anexectomía unilateral, explorando siempre el ovario contralateral en busca de lesiones asociadas. (8,14)

El pronóstico del cistoadenoma benigno es excelente. Sin embargo, es fundamental su adecuado seguimiento por el riesgo, que representa. (2,4)

Objetivo

Realizar una revisión y actualización adecuada sobre las principales características de la patología antes mencionada (cistoadenoma mucinoso), mediante la descripción de un caso clínico de un paciente joven.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico. Reporte de un tumor de ovario (cistoadenoma mucinoso) en una paciente joven, sin antecedentes patológicos, gineco-obstetricos,

ni quirúrgicos de importancia; valorada, diagnosticada y tratada oportunamente, en una prestigiosa Casa de Salud de la ciudad de Quito-Ecuador.

El presente trabajo cuenta con el consentimiento informado de la paciente y el manejo de confidencialidad de los datos.

Resultados

Descripción del caso

Paciente femenina, de 18 años de edad, nacida y residente en Quito Ecuador, soltera, bachiller. No refiere antecedentes patológicos personales, ni tampoco antecedentes familiares de importancia, niega alergias, no intervenciones quirúrgicas previas. Como antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 15 años de edad, ciclos menstruales regulares sin dismenorrea o mastodinia presente y niega actividad sexual. Gestas 0, abortos 0

Enfermedad actual: Paciente acude al servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Santa Bárbara, por presentar masa abdominal de 7 meses de evolución con aumento progresivo de tamaño acompañándose de dolor abdominal difuso ocasional de moderada intensidad, EVA 7/10, sin causa probable. La sintomatología se exacerba con el transcurso de las semanas con estreñimiento y disnea, por lo que acude a facultativo, el cual realiza exámenes complementarios y decide ingresar para resolución quirúrgica. Exploración física al ingreso: Presión arterial 110/76 mmHg, frecuencia cardiaca: 90 lpm, Frecuencia respiratoria 20 rpm, temperatura axilar 36.7 °C, saturación de oxígeno 92% (aire ambiente). Al examen físico: Paciente consiente, orientado en tiempo, espacio y persona, afebril, hidratada, álgica, ansiosa. CARDIOPULMONAR sin patología aparente. ABDOMEN: globoso, tenso, levemente doloroso a la palpación en mesogastrio e hipogastrio, ocupado casi en su totalidad por masa abdominal de aproximadamente 30cm de diámetro, bordes regulares, movilidad limitada, a la percusión matidez (Figura 1).



Figura 1: Hallazgos al examen físico, abdomen globoso, tenso, aumentado de tamaño, ocupado casi en su totalidad por masa abdominal.

Fuente: Clínica Santa Bárbara

En los exámenes complementarios, se encuentra:
BIOMETRIA HEMÁTICA: Leucocitos: 7,80. Neutrófilos: 68.9%. Hemoglobina: 15.19 g/Dl. Hematocrito: 47,10%. Plaquetas: 246.000. Creatinina: 1,05. Urea: 32.2 mg/dl. Glucosa: 95 mg/Dl. TP: 15 seg. TTP: 25 seg. INR: 1.25. EMO: NO INFECCIOSO. MARCADORES TUMORALES: CA-125: 99 UI/ml. CA19-9: 253 UI/ml. Alfafetoproteína: 1.7

TOMOGRFIA AXIAL DE ABDOMEN: Masa quística multinodular intraabdominal con quistes de múltiples densidades de septos delgados de aprox 29.9cm x23.3cmx16cm, con volumen aproximado de 6000ml, que desplaza estructuras abdominales adyacentes, útero con lateralización hacia la derecha de morfología y tamaño normal, Ovario izquierdo con múltiples quistes en su interior de características normales, ovario derecho no se logra visualizar, ascitis en espacio pélvico con volumen aproximado de 300ml. No se observa liquido libre ni adenomegalias retroperitoneales. Hígado, vesícula biliar, vejiga y riñones bilaterales sin patologías evidentes. (Figura 2)



Figura 2. Tomografía axial de abdomen. Masa quística multinodular de aproximadamente 29.9cm x 23.3cm x 1<6cm, Vol. 6000ml.
Fuente: Hospital IESS SUR

Se decide realizar laparotomía exploratoria urgente, encontrándose líquido peritoneal de aspecto seroso con excrecencias mucoides de aproximadamente 200cc, y masa tumoral gigante que ocupa casi totalidad de cavidad abdominal, llegando hasta epigastrio y reborde subxifoideo, de bordes lisos, regulares, vascularizada en su superficie, con líquido en su interior, dependiente de ovario derecho de aproximadamente 40cm x30cm diámetro con un peso de 8455 gr que compromete trompa uterina derecha. Se realiza exéresis de masa tumoral y anexectomía derecha (Figura 3).



Figura 3.- Hallazgos en procedimiento quirúrgico. Tumor de ovario derecho, 40cm x30cm diámetro, con un peso de 8455 gr
Fuente: Centro quirúrgico. Clínica Santa Bárbara

Paciente sin complicaciones durante cirugía, con evolución posquirúrgica favorable a cargo de Unidad de Cuidados intensivos para manejo de dolor, no necesidad de vasopresores, cumpliendo antibioticoterapia profiláctica por 3 días y posterior a aquello, alta a domicilio, sin complicaciones aparentes. Seguimiento a los 8 días de herida quirúrgica sin signos de infección, ni inflamación. Se obtiene resultados de citología de líquido peritoneal negativo para malignidad. Se recibe resultado de histopatológico que reporta: formación quística revestida por células cilíndricas altas con núcleos basales, alineamiento nuclear, vacuolización apical de citoplasma, sin atipias constituida por tejido fibroconectivo, bien vascularizado con edema, congestión y fibrosis, áreas con estroma ovárico, no malignidad en la muestra.

Se realizó también citológico de líquido peritoneal resultando negativo para malignidad y compatible con proceso inflamatorio crónico. Por lo cual se da como un diagnóstico definitivo de: Cistoadenoma mucinoso de ovario derecho.

Discusión:

El cistoadenoma mucinoso de ovario es un tumor benigno que surge a partir del epitelio de la superficie ovárica. Normalmente este tumor aparece entre los 20 y 40 años de edad. Apenas el 10% llegan a ser malignos. mientras que en un 80% son benignos. (5) Tienden a ser unilaterales y contienen un líquido gelatinoso en su interior, se desarrollan como grandes masas multiloculares llenas de líquido mucinoso (7, 13).

Las tumoraciones que son unilaterales, quísticas, móviles y lisas son con más probabilidad benigna, las que se encuentran de formas bilaterales, sólidas, fijas, irregulares y acompañadas de ascitis o con crecimiento rápido sugieren un comportamiento maligno. No hay incidencia importante de bilateralidad en los cistoadenomas mucinosos. (1,7)

La causa es aún desconocida, sin embargo, este tumor proviene del epitelio celómico superficial. Existen tumores macroscópicamente pequeños y otros que ocupan toda la pelvis e incluso la cavidad abdominal; como en este caso (2, 8). La clasificación histopatológica del cistoadenoma mucinoso del ovario comprende tres tipos: cistoadenoma mucinoso que representa el 70% de los casos, cistoadenoma mucinoso limítrofe que representa el 10% de los casos y carcinoma

mucinoso maligno que representa el 20% de los casos. (13)

En cuanto a los casos reportados se han evidenciado en pacientes pre menopáusicas con una incidencia de cerca del 0,3% de los sujetos con tumores ováricos. (12) Estos tumores suelen ser asintomáticos y solo se diagnostican cuando han llegado a un gran tamaño llegando a provocar síntomas clínicos como constipación, disnea o poliuria por el efecto de masa intraabdominal. (7) Por la presencia de inflamación crónica intraabdominal hay casos reportados donde se ha evidenciado líquido libre en cavidad y síntomas asociados a ascitis (8). Las imágenes como ecografía o Tomografías de abdomen son fundamentales para esclarecer el tipo de tumor en cuanto a densidad, que pudiera ser quística, sólida o con características multinodulares. Esto quiere decir que para su diagnóstico inicial las imágenes radiológicas, son un pilar importante en el manejo de los tumores de ovario. (8, 11)

Los tumores de ovario según la FIGO se pueden clasificar según sus características quirúrgicas y según reporte de histopatología. Sin embargo, dentro de la clasificación histopatología existen los tumores mucinosos (6). El caso reportado es un tumor de crecimiento rápido de 7 meses de evolución. Los exámenes confirmatorios como TAC de abdomen fueron de gran ayuda para el diagnóstico inicial, puesto que este método de imagen tiene una sensibilidad del 83%, que demostró tumoración de gran tamaño con múltiples densidades en su interior. (8,9) Se realizaron marcadores tumorales, los cuales arrojaron valores de CA-125: 99 UI/ml y CA19-9: 253 UI/ml, alfa-feto proteína: 1.7. Los tumores epiteliales se acompañan muchas veces de elevación de los niveles de Ca 125 y Ca 19,9. El CA-125 es un marcador tumoral que se lo utiliza para diagnóstico y control en casos de cáncer de ovario, no obstante, es también muy sensible ante quistes, miomas y tumores benignos ováricos. (9) Por lo tanto, no es un marcador específico, también se ha utilizado en la monitorización de pacientes con tumores ováricos epiteliales tras la intervención quirúrgica (2,9).

El CA19-9 es un marcador tumoral para cáncer de páncreas, a pesar de ello, desde el 2014 se lo utiliza para casos de tumores de ovario, ya que se han encontrado valores elevados en carcinomas serosos /mucinosos de ovario. La valoración en

combinación de CA19-9 y CA125 en estudios, han demostrado que estos dos marcadores tumorales, pueden ser más precisos para diferenciar tumores de células epiteliales o de origen embrionario, permitiendo también evaluar malignidad (9, 10). Por el comportamiento del tumor y su gran tamaño se decidió realizar el procedimiento quirúrgico, por laparotomía longitudinal media, ya que el abordaje del tumor comprometía toda la cavidad abdominal.

El riesgo quirúrgico es muy alto y se han reportado casos de fallas cardiovascular, pulmonar, embolia pulmonar y sepsis (7,8). La antibioticoterapia profiláctica debe iniciarse pre quirúrgica y postquirúrgica; ya que aquello, ha permitido evitar complicaciones de infección y sepsis posterior. (7, 11) Tomando en cuenta que el tratamiento integral se deberá continuar, a partir del resultado del histopatológico, el mismo que arrojó el diagnóstico confirmatorio de: cistoadenoma mucinoso de ovario derecho, sin signos de malignidad.

La extracción intacta del tumor evita la diseminación y su recurrencia es por ello, que la exéresis del tumor se la realizó sin romper o destruir su estructura. (8,9, 11)

Conclusiones

El cistoadenoma mucinoso, es un tumor de ovario, en su mayor parte benigno, que debe ser diagnosticado adecuada y oportunamente; para brindar un tratamiento, mediante una resolución quirúrgica (laparoscopia o laparotomía exploratoria), encaminada a evitar complicaciones y así disminuir significativamente la morbimortalidad de las pacientes.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés en la presente investigación

Referencias bibliográficas

1. Gomez G, Palacios Y, Fiallos J, Pérez G. Análisis social sobre informe de caso clínico quirúrgico: Cistoadenoma mucinoso de ovario. *Journal of business and entrepreneurial studies*. 2020;4(1):3–8.
2. Forteza Sáez M, Pérez Trejo M, García Socarrás D, Almeida Arias DA. Cistoadenoma mucinoso gigante de ovario de bajo grado de

- malignidad. *Rev Cuba Obstetr Ginecol.* 2017; 43(3): 6-10.
3. Pons L, García O, Salmon A, Macias M, Guerrero C. Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnósticos ecográfico e histopatológico. *Medisan.* 2012;16(6):921-923.
 4. Cabello R, Alcoba G, Quicios D. Laparoscopic Approach for a Mucinous Mullerian Retroperitoneal Cystadenoma. *JOJ Urology & Nephrology.* 2017;(4):1-3.
 5. De A, Tripathi R. Successful conservative surgical management of ovarian mucinous cystadenoma with silent torsion in pregnancy: a case report. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and gynecology.* 2020;9(3): 1278-1281.
 6. Berek, J., Kehoe, S., Kumar, L. and Friedlander, M. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *International Journal of Gynecology & Obstetrics,* 2018;143(2), 59-78.
 7. Pilone, V, Tramontano, S, Picarelli P, Monda A, Romano M, Renzulli M. and Cutolo C, 2018. Giant mucinous ovarian borderline tumor. A good lesson from an asymptomatic case. *International Journal of Surgery Case Reports.* 50,25-27.
 8. Yeika E, Efié D, Tolefac P, Fomengia J. Giant ovarian cyst masquerading as a massive ascites: a case report. *BMC Research Notes.* 2017;10(1).
 9. Kim B, Park Y, Kim B, Ahn H, Lee K, Chung J et al. Diagnostic performance of CA 125, HE4, and risk of Ovarian Malignancy Algorithm for ovarian cancer. *Journal of Clinical Laboratory Analysis.* 2018;33(1):e22624.
 10. Zhang W, Wang L, Xin Z. Combination of serum CA19-9 and CA125 levels and contrast-enhanced ultrasound parametric data facilitates to differentiate ovarian serous carcinoma from ovarian malignant epithelial cancer. *Medicine.* 2018;97(16):e0358.
 11. Gwanzura C, Muyotcha A, Magwali T, Chirenje Z, Madziyire M. Giant mucinous cystadenoma: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* 2019;13(1).
 12. Cevik M, Guldur M. An Extra-large Ovarian Mucinous Cystadenoma in a Premenarchal Girl and a Review of the Literature. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology.* 2013;26(1):22-26.
 13. Rossato M. Giant Mucinous Cystadenoma of the Ovary Mimicking Ascites: A Case Report. *Clinical Medical Reviews and Case Reports.* 2016;3(4).
 14. Carro Alonso B, Castillo C, Fernández Gómez J, Ariño Galve I. Una lesión infrecuente en edad pediátrica: el cistoadenoma mucinoso de ovario. *An Pediatr (Barc)* 2005;62(4):381-92.
 15. Pesántez A, Orellana E, Montenegro W. Ovarian Tumor(Mucinous cystadenoma): screening in the postmenopausal woman. *Revista "Medicina".* 2001; 7(2), 168.