

Artículo de presentación de casos clínicos

**Correlación clínico, quirúrgica, imagenológica y patológica de los cistoadenomas gigantes de ovario, presentación de 2 casos clínicos**

**Clinical, surgical, imaging and pathological correlation of giant ovarian cystadenomas, presentation of 2 clinical cases.**

Asquel Cadena Víctor Hugo \*, Tapia Avila Marco Vinicio \*\*, Jara Santamaria Juan Carlos \*\*\*, Remache Otañez Verónica Piedad \*\*\*\*

\* Hospital Básico Neuro-Salud, ORCID:<https://orcid.org/0000-0001-5929-5286>

\*\* Hospital en Gyneta, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8813-928X>

\*\*\* Metro Imagen, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9708-5407>

\*\*\*\* Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7883-4580>

victorasquel@gmail.com

Recibido: 13 de enero del 2023

Revisado: 10 de marzo del 2023

Aceptado: 15 de mayo del 2023

**Resumen.**

**Introducción:** Los tumores del ovario no son tan frecuentes como los del útero y de mama, pero constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer, con una incidencia de 1,5/100.000 mujeres en países occidentales como España y Estados Unidos y de 38/100.000 en Japón.

**Objetivo:** Realizar la presentación de dos casos clínicos sobre los Cistoadenomas Serosos de Ovario y su correlación clínico quirúrgica, imagenológica e histopatológica.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de caso clínico en el “Hospital Básico Neuro-Salud”, casos que fueron manejados por todo el equipo multidisciplinario.

**Resultados:** Descripción de dos pacientes con diagnóstico de Cistoadenomas de ovario que, tras la intervención quirúrgica, el primer caso fue un cistoadenoma seroso, mientras que el segundo caso fue un cistoadenoma mucinoso.

**Conclusión:** Los cistoadenomas gigantes de ovario tienen una correlación clínica, quirúrgica, imagenológica y patológica; este tipo de tumores no son tan frecuentes como los del útero y los de la mama, pero constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. Se presentó los casos por lo infrecuente que resultan, la escasa frecuencia de reporte de estos casos lo cual aporta conocimiento a la comunidad médica sobre el tema. **Palabras clave:** quiste gigante de ovario, cistoadenoma de ovario.

**Abstract**

**Introduction:** Ovarian tumors are not as frequent as those of the uterus and breast, but they constitute the third group of benign and malignant tumors in women, with an incidence of 1.5/100,000 women in Western countries such as Spain and the United States. and 38/100,000 in Japan.

**Objective:** To present two clinical cases on Ovarian Serous Cystadenomas and their clinical-surgical, imaging and histopathological correlation.

**Materials and methods:** Descriptive, retrospective study, clinical case presentation at the “Hospital Básico Neuro - Salud”, cases that were managed by the entire multidisciplinary team.

**Results:** Description of two patients diagnosed with ovarian cystadenomas that, after surgery, the first case was a serous cystadenoma, while the second case was a mucinous cytoadenoma.

**Conclusion:** Giant ovarian cystadenomas have a clinical, surgical, imaging and pathological correlation, they are not as frequent as those of the uterus and those of the breast, but they constitute the third group of benign and malignant tumors in women. The cases were presented due to how infrequent they are, the low frequency of reporting these cases, which provides knowledge to the medical community on the subject.

Key words: giant ovarian cyst, ovarian cystadenoma.

### **Introducción.**

Dentro de los tumores de ovario, las neoplasias epiteliales, que representan el 60% de todos los tumores de ovario y según su clasificación pueden ser: benignos, borderline o malignos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica a los tumores de ovario en 13 categorías, siendo los tumores epiteliales el tipo más frecuente y contienen a los subtipos: serosos, mucinosos, endometrioides, de células claras, de Brenner, seromucinosos y carcinoma indiferenciado.

Los tumores del ovario no son tan frecuentes como los del útero y de mama, pero constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer, con una incidencia de 1,5/100.000 mujeres en países occidentales como España y Estados Unidos y de 38/100 000 en Japón.

Los tumores de ovario serosos, malignos y benignos representan el 30% de todos los tumores. De estos quistes serosos el 10,5% son benignos, el 30,5% son Borderline, y el 60,5% son malignos. La relación de quistes serosos malignos y benignos es de 1:9.

El riesgo de presentar tumores epiteliales se incrementa con la edad, ya que a pesar que la disminución de la función ovárica, el ovario humano nunca pierde su capacidad para generar tumores.

Dentro de la clasificación de los tumores de ovario, el cistadenoma seroso es el más frecuente de aquellos que provienen del epitelio celómico superficial. El cistadenoma seroso tiene potencial de malignizarse, fenómeno que ocurre con una frecuencia cercana al 30%. Por lo general el tamaño varía entre 5 a 20 cm, y el 20% son bilaterales. Macroscópicamente la característica típica son las prolongaciones papilares de su superficie que a veces son tan numerosas que adquieren aspecto de coliflor. En general no alcanzan el gran tamaño de los mucinosos.

La mejor forma de confirmar el diagnóstico de estas grandes masas es por ultrasonido. Así mismo el diagnóstico se puede corroborar por TAC y el estudio histopatológico transoperatorio. La determinación de marcadores tumorales como el antígeno Ca – 125 específico de tumores epiteliales no mucinosos de ovario es de utilidad. Además, predice enfermedad recidivante cuando es mayor de 35 U/mL, y permite monitorear el tratamiento de

las pacientes con cáncer de ovario. Rara vez se eleva en tumores benignos. Su sensibilidad se eleva en pacientes posmenopáusicas, ya que en premenopáusicas puede estar elevado en múltiples padecimientos de origen benigno como salpingitis, embarazo y otros.

En relación al tratamiento quirúrgico, no es confiable la inspección macroscópica simple para determinar si un quiste ovárico es benigno o maligno. Es necesario realizar la escisión completa del ovario, aun cuando no haya evidencia definitiva de malignidad. Algunos autores recomiendan la descompresión preoperatoria con extracción posterior de la cápsula si hay compromiso cardiovascular; sin embargo, en cáncer de ovario existe el riesgo de diseminación. La extracción intacta del tumor evita la diseminación.

El manejo laparoscópico de los quistes ováricos se ha convertido en el estándar de oro para su resolución quirúrgica. Aunque tradicionalmente se ha considerado el tamaño de los quistes como limitante para el manejo laparoscópico a quistes menores de 10 cm, actualmente el tamaño de un quiste no necesariamente constituye una contraindicación para la cirugía laparoscópica.

Objetivo:

Realizar la presentación de dos casos clínicos sobre los Cistoadenomas Serosos de Ovario y su correlación clínico quirúrgica, imagenológica e histopatológica.

Materiales y método:

Estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de caso clínico en el “Hospital Básico Neuro-Salud”, casos que fueron manejados por todo el equipo multidisciplinario.

Resultados:

Descripción del Caso Clínico N°1: paciente femenina de 47 años, nacida y residente en Latacunga, casada, ocupación QQDD. Como Antecedentes patológicos Personales: hipotiroidismo diagnosticado hace 10 años en tratamiento con levotiroxina 50 ug vía oral QD. El Motivo de Consulta fue dolor abdominal más sensación de masa. La Enfermedad Actual: Paciente refiere que hace aproximadamente 1 semana como fecha real y fecha aparente presenta dolor abdominal en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, tipo continuo, de moderada intensidad EVA: 5/10, con irradiación lumbar, teniendo como

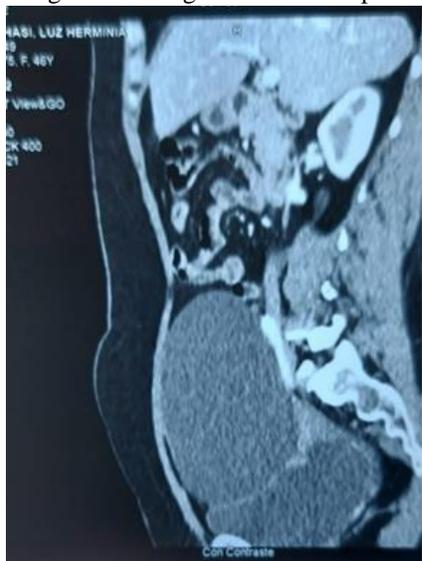
causa aparente haber realizado esfuerzo físico, el cuadro no tiene sintomatología asociada, ni tampoco relación con los hábitos, decúbitos, ni alimentos; para lo cual se automedica 1 tableta de paracetamol 1 gramo con lo cual no hay mejoría, por lo cual acude a médico particular quien le indica exámenes complementarios de imagen (ECO Pélvico).

El informe ecográfico reportó: hacia hipogastrio, flanco y fosa izquierda se evidencia gran masa quística unilocular con escasos ecos flotantes en su interior, avascular a la aplicación del Doppler, con dimensiones aproximadamente de 167 x 87 x 121 mm y un volumen de 930,15 cc, se sugiere complementar estudio con tomografía axial computarizada.

Motivo por el cual es referida a nuestra casa de salud donde se complementan exámenes de imagen y de laboratorio. Se solicita tomografía axial computarizada simple y contrastada.

El informe tomográfico reportó: útero de tamaño normal para la edad, cercano a este y ocupando hasta la altura de la vertebra L4, se evidencia lesión quística, aparentemente nace de la región anexial izquierda con bordes definidos, uniloculada hipocaptante la pared a la administración de contraste, la masa mide 160 x 83 x 170 mm con un volumen de aproximadamente 1173 cc. Esta conserva planos de clivaje con la vejiga y sus estructuras cercanas. Diagnóstico: imágenes sugerentes de cistoadenoma seroso ovárico. (Imagen 1).

Imagen 1. Tomografía axial Computarizada.



Fuente: Archivo del Hospital Básico Neuro-Salud

Laboratorio: marcadores tumorales: CAE-125:20 U/ml, HE-4: 100 pmol/L, Valor ROMA™ 7% (< 11,4% = Bajo riesgo de encontrar cáncer de ovario epitelial).

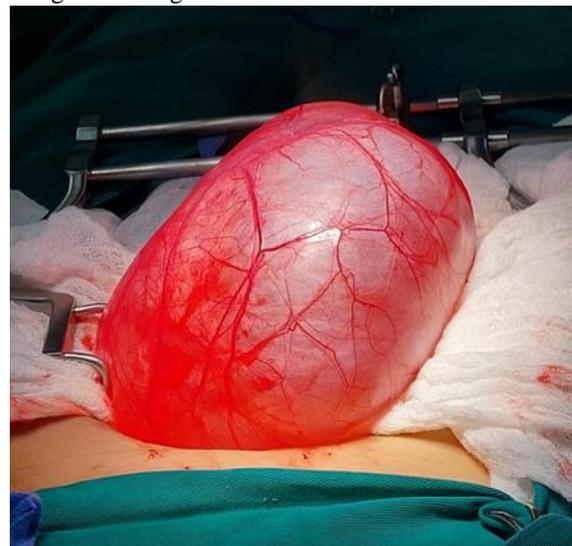
Ante el Diagnóstico de un Quiste Ovárico Gigante se decide planificar cirugía para su excisión. Se realiza una laparotomía formal con una incisión supra e infra media umbilical con los siguientes hallazgos: 1.-Masa Quística dependiente de Ovario Izquierdo, de color nacarado brillante, sin vasos de neoformación, de pared fina y lisa, libre sin infiltración a otros órganos aledaños, de aproximadamente 16 x 8 x 20 cm de diámetro, en la cual se incluye la trompa de Falopio Izquierda. 2.-Resto de estructuras intraabdominales y pélvicas sin patología aparente.

Imagen 2.



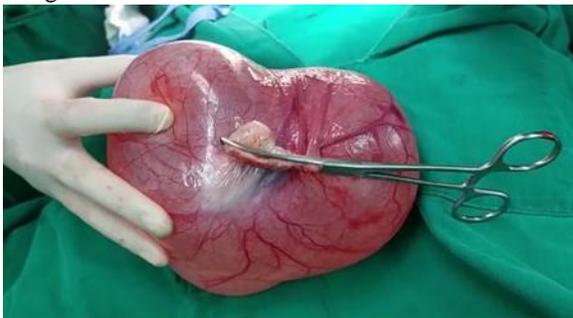
Fuente: Archivo del Hospital Básico Neuro-Salud

Imagen 3. Cirugía



Fuente: Archivo del Hospital Básico Neuro-Salud

Imagen 4. Cistoadenoma extraído



Fuente: Archivo del Hospital Básico Neuro-Salud

Se envía la muestra al departamento de patología para su análisis. El informe de histopatología reportó: **MACROSCOPICO:** Con identificación del paciente se recibe muestra en formol bufferado al 10% y rotulado como quiste ovárico: Se recibe una masa de aspecto quístico, unido por meso ovario a ovario y por mesosalpinx a segmento de trompa uterina, pesan en conjunto 1158g, la masa quística mide 16x14x8cm, la superficie externa es lisa, íntegra, parduzca, con fina vasculatura, al corte fluye líquido claro, homogéneo, espesor parietal de 0.1cm, cavidad unilocular, lisa; el ovario mide 2x1.5x0.8cm, la superficie externa es lisa, parduzca, la trompa uterina es alargada de 17x0.5cm, serosa lisa, parda-violácea; al corte luz virtual. Sppr Se rotula: a) Cortes de pared de quiste 1C b) Cortes de ovario + trompa uterina + pared de quiste 1C.

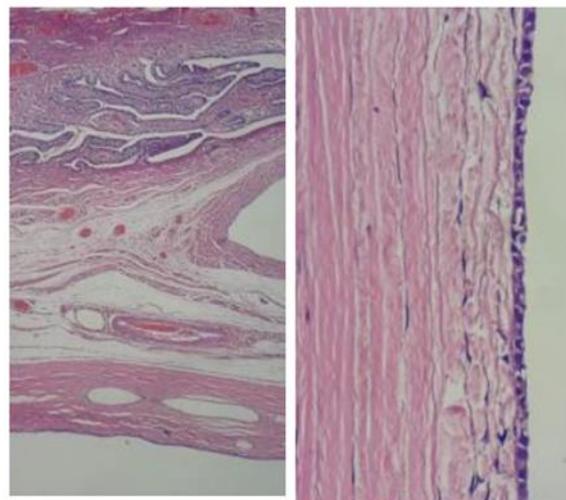
**MICROSCOPICO:** Pared delgada de quiste tapizada por epitelio cubico simple, estroma fibroconectivo denso con vasculatura congestiva y dilatada en la superficie (Imagen 5). No se observa papilas En la superficie externa se observa pared de trompa uterina con luz virtual, pliegues mucosos y epitelio conservado, fimbrias sin alteración.

**Diagnóstico:**

-Rotulado "quistite de ovario":

- negativo para malignidad
- cistadenoma seroso (16 x 14 x 8 cm)
- trompa uterina con características histológicas usuales.

Imagen 5. Histopatológico



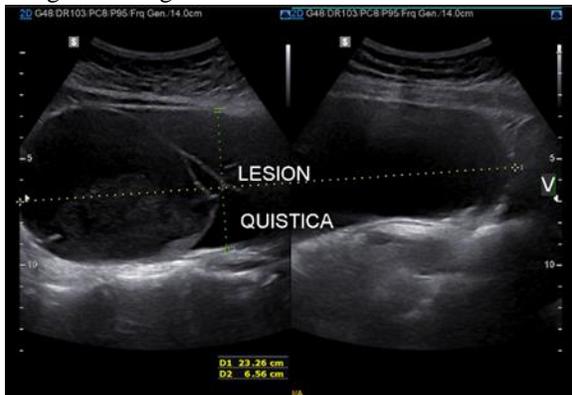
Fuente: Archivo del Hospital Básico Neuro-Salud

**Descripción del Caso Clínico N°2:** paciente femenina de 20 años, nacida y residente en Latacunga, soltera, ocupación estudiante. Como **Antecedentes patológicos Personales:** hipertiroidismo diagnosticado hace 2 meses en tratamiento con metimazol y propranolol vía oral QD. El Motivo de Consulta fue dolor abdominal más sensación de masa más estreñimiento.

**La Enfermedad Actual:** Paciente refiere que hace aproximadamente 1 mes como fecha real y 6 meses fecha aparente presenta dolor abdominal en hipogastrio acompañado de distensión abdominal y estreñimiento, la sintomatología ha sido continua, de moderada intensidad EVA: 3/10, dicho cuadro se exacerba en el transcurso del día principalmente luego de la ingesta de alimentos para lo cual se auto médica enzimas digestivas con lo cual no hay mejoría, por lo cual acude a medico particular quien le indica exámenes complementarios de imagen (ECO Pélvico).

El informe ecográfico reporto: presencia de lesión quística de paredes regulares, delgadas con varios septos completos en su interior, finos, presenta además un componente solido isoecogénico en su interior que mide aproximadamente 5 cm, la lesión quística tiene un diámetro aproximado de 23,2 cmx19,8 cm en sus diámetros con un volumen aproximado de 1552cm dicha masa dependiente de anexo. (Imagen 6).

Imagen 6. Ecografía Pelvica



Fuente: Archivo del Hospital Básico Neuro-Salud

Motivo por el cual es referida a nuestra casa de salud donde se complementan exámenes de imagen y de laboratorio. Se solicita tomografía axial computarizada simple y contrastada.

El informe tomográfico reportó: Útero de tamaño normal para la edad, cercano a este y ocupando hasta la altura de la vértebra L2 se evidencia lesión quística grande, que nace de región anejal con septos finos y grueso en la confluencia de los mismos, además finas y escasas calcificaciones en la pared, la masa mide 180x73x156mm con un volumen aproximado de 1065 cc.

Laboratorio: marcadores tumorales: CAE-125: 15 U/ml, HE-4: 107 pmol/L, Valor ROMA™ 5% (< 11,4% = Bajo riesgo de encontrar cáncer de ovario epitelial).

Imagen 7. Cistoadenoma extraído



Fuente: Archivo del Hospital Básico Neuro-Salud

El informe de histopatología reportó: **MACROSCOPICO:** Con identificación de la paciente se recibe muestra en formol bufferado al 10% y rotulado como quiste de ovario: se recibe una masa de aspecto quístico, unido por mesosalpinx a segmento de trompa uterina que pesan en conjunto 1870g, la formación quística mide 18x16x9cm, la superficie externa es lisa, íntegra, parduzca, con fina vasculatura, al corte ocupado por material mucinoso y cetrino, espesor parietal de entre 0.1 y 0.2cm, cavidad multilocular, lisa; trompa uterina alargada de 9.5x0.6cm, serosa lisa, parda-violácea; al corte luz virtual. Sppr Se rotula: a) Cortes de pared de quiste 2C b) Cortes de trompa uterina + pared de quiste 1C

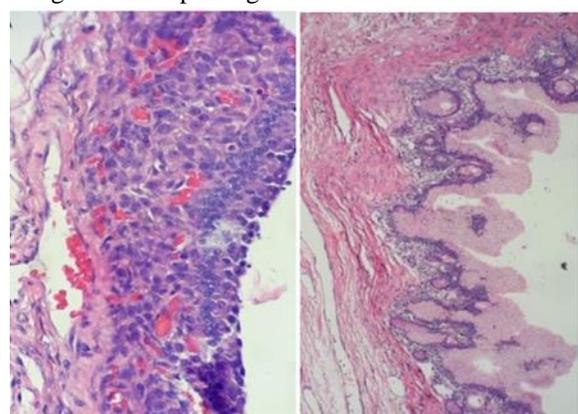
**MICROSCOPICO:** Pared delgada de quiste tapizada por epitelio cilíndrico simple no atípico con citoplasma amplio pálido muco secretor (imagen 8), el estroma fibroconectivo denso escasamente vascularizado, en su espesor se observa además pequeños quistes tapizados por epitelio folicular (imagen 7). En la superficie del quiste se observa trompa uterina, su pared con pliegues mucosos y epitelio conservado, luz virtual.

**Diagnóstico:**

-Quiste de ovario:

- Negativo para malignidad.
- Cistadenoma mucinoso (18 x 16 cm).
- Pequeños quistes foliculares.
- Trompa uterina sin alteración histológica

Imagen 8. Histopatológico



Fuente: Archivo del Hospital Básico Neuro-Salud

**Consideraciones Éticas**

Los datos obtenidos para este estudio se los recopiló de las historias clínicas del Hospital

Básico Neuro Salud, previo a la firma del consentimiento informado, además se respetó la confidencialidad de las pacientes.

#### **Conclusión:**

Los tumores del ovario no son tan frecuentes como los del útero y los de la mama, pero constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. Se presentó los casos por lo infrecuente que resultan, la escasa frecuencia de reporte de estos casos lo cual aporta conocimiento a la comunidad médica sobre el tema.

Conflictos de Interés

Ninguno de los autores presenta conflictos de interés en este artículo

#### **Referencias**

1. WHO CLASSIFICATION OF FEMALE TUMOURS , 2020
2. Turashvili G. Mucinous cystadenoma and adenofibroma. PathologyOutlines.com website. <https://www.pathologyoutlines.com/topic/ovarytumormucinousbenign.html>. Accessed April 17th, 2023
3. Radiographics. July-August 2019; 39(4): 982–997. Published online 2019 Jul 8. doi: 10.1148/rg.2019180221 PMID: 31283462 Mucinous Neoplasms of the Ovary: Radiologic-Pathologic Correlation Jamie Marko, MD, Kathryn I. Marko, MD, Suvidya L. Pachigolla, BS, Barbara A. Crothers, DO, Rubina Mattu, MD, and Darcy J. Wolfman, MD
4. Calderón León, M. F. ., Arias Loyola, M. L. ., Sanches Haz, N. N. ., Guevara Ramon, R. . A. ., Mendoza Cobeña, J. E. ., Vélez Astudillo, . A. M. ., Guin Mosquera, R. A. ., Bejarano Macias, J. E. ., Mendoza Granda, . R. I. ., Coello Arias, . M. E., & Perero Pita, . M. E. . (2022). Cistoadenoma Mucinoso gigante de ovario asociado a adenomucinososis peritoneal diseminada. *Mediciencias UTA*, 6(4), 61–68. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v6i4.1822.2022>
5. Aragón Palmero FJ, Galbán González JA, Carvajal Ortiz JA. Cistoadenoma seroso gigante de ovario. Reporte de un caso. *MEDICIEGO*. 2010 [citado 24 mar 2017]; 16(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16\\_supl1\\_10/casos/t-13.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/casos/t-13.html)
6. Sagiv R, Golan A, Glezerman M. Laparoscopic management of extremely large

- ovarian cysts. *Obstetrics and Gynecology* 2005; 105(6): 1319-1322
7. Jones HW, Went AC, Bromet LS et al. Tumores del ovario en: *Tratado de Ginecología de Novak*. 1ª. Edición. Interamericana. 1998.
8. Disaia PJ, Creasman WT. *Oncología Ginecología Clínica*. 5a ed. Madrid, España Edit. Harcourt Brace. 1999: 255-83.
9. González MJ, González BJ. *Ginecología Oncológica*. 2da ed. Barcelona, España. Edit. Masson. 2000: 383-386.
10. Sutton GP, Rogers RE, Hurd WW. *Gynecology In: Principles of Surgery*, MvGraw-Hill 1999: 1833-1876.
11. Fox H, Langley FA. *Tumors of the ovary*. 1st edit. Great Britain 1976: 29-36.
12. Cruishank DJ. The clinical significance of preoperative CA-125 in ovarian cancer. *Br J Obstet Gynecol* 1987 94: 692.
13. Dotters DJ, Katz VL, Currie J. Masive ovarian cyst: A comprehensive surgical approach. *Obstet Gynaecol* 1988; 43: 191-196.
14. Gómez AE, Camacho MA, Álvarez VM et al. Tumores gigantes del ovario. *Ginec Obstet Mex* 1975; 37: 137-143.
15. Martínez J, Escribano J. *Manual de salud reproductiva en la adolescencia*. Patología orgánica del ovario. Pag 369- 391.