

CASOS CLÍNICOS

# Cistoadenoma seroso gigante y poliquistosis de ovario contralateral:

reporte de un caso

Giant serous cystadenoma and contralateral polycystic ovary:  
a case report

**Recibido:** 04-03-2023

**Aceptado:** 29-05-2023

**Publicado:** 30-06-2023

**DOI:** <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/2/2023/61-66>

Revista **MetroCiencia**

Volumen 31, Número 2, 2023

**ISSNp:** 1390-2989 **ISSNe:** 2737-6303

Editorial Hospital Metropolitano

# Cistoadenoma seroso gigante y poliquistosis de ovario contralateral: reporte de un caso

## Giant serous cystadenoma ant contralateral polycystic ovary: a case report

Yessica Patricia Daza Rueda<sup>1</sup>, Pablo Sebastián Basantes Suárez<sup>1</sup>, Catherine Alexandra Andino Urquizo<sup>1</sup>, Gabriela Soraya Calderón Pasquel<sup>1</sup>, Jhonny Stalyn Alvarado Álvarez<sup>1</sup>

### RESUMEN

El cistoadenoma seroso de ovario es un tipo de tumor derivado del epitelio celómico superficial. Se denominan quistes ováricos gigantes aquellas que miden más de 10 cm de diámetro. Los tumores serosos son comúnmente benignos en 70-80%, 5-10% tiene cierto potencial maligno, y 20-25% son malignos. Solo el 10-20% de los casos son bilaterales. Ocurren en adultas de todas las edades, con edades medias reportadas de 40 a 60 años<sup>1</sup>. Se reporta el caso de una mujer perimenopáusica de 43 años con un quiste ovárico izquierdo gigante que mide 15.5 x 12 x 3.5 cm y 527.8 gramos de peso con cápsula lisa con importante trama vascular conteniendo líquido seroso y ovario derecho de 72.6 gramos que mide 5 x 3.5 x 2.5 cm, con superficie externa lisa, blanquecina con áreas quísticas paraováricas de entre 4 y 0.8 cm de diámetro mayor. Que acude a consulta por presentar dolor abdominal irradiado a región pélvica desde hace 3 días previos a su ingreso hospitalario. Teniendo en cuenta la intensidad del dolor y la posibilidad de una torsión de ovario, se indicó una laparotomía operatoria en la que se realizó ooforectomía parcial izquierda más cistectomía más drenaje de quistes de ovario izquierdo más lisis de adherencias de trompa izquierda a quiste ovárico, además se realizó ooforectomía de ovario derecho. En el examen histopatológico, el quiste se confirmó como cistoadenoma seroso de ovario izquierdo + poliquistosis ovárica derecha. Tuvo evolución post-operatoria favorable.

**Palabras clave:** cistoadenoma seroso, neoplasias ováricas, ovario, dolor pélvico, laparotomía, perimenopausia.

### ABSTRACT

Ovarian serous cystadenoma is a type of tumor derived from the superficial coelomic epithelium. Giant ovarian cysts are those that measure more than 10 cm in diameter. Serous tumors are commonly 70-80% benign, 5-10% have some malignant potential, and 20-25% are malignant. Only 10-20% of cases are bilateral. They occur in adults of all ages, with reported mean ages of 40 to 60 years<sup>1</sup>. We report the case of a 43-year-old perimenopausal woman with a giant left ovarian cyst measuring 15.5 x 12 x 3.5 cm and weighing 527.8 grams with a smooth capsule with an important vascular network containing serous fluid and a 72.6-gram right ovary measuring 5 x 3.5 x 2.5 cm, with a smooth, whitish external surface with paraovarian cystic areas between 4 and 0.8 cm in greatest diameter. She says that she comes to the consultation for presenting abdominal pain radiating to the pelvic region for 3 days prior to her hospital admission. Taking into account the intensity of the pain and the possibility of ovarian torsion, an operative laparotomy was indicated in which left partial oophorectomy was performed plus cystectomy plus drainage of left ovarian cysts plus lysis of adhesions from the left tube to the ovarian cyst, an oophorectomy of the right ovary. In the histopathological examination, the cyst was confirmed as serous cystadenoma of the left ovary + right polycystic ovary. She had a favorable post-operative evolution.

**Keywords:** serous cystadenoma, ovarian neoplasms, ovary, pelvic pain, laparotomy, perimenopause.

### Yessica Patricia Daza Rueda

 <https://orcid.org/0009-0007-8738-0702>

### Pablo Sebastián Basantes Suárez

 <https://orcid.org/0000-0003-4701-9166>

### Catherine Alexandra Andino Urquizo

 <https://orcid.org/0000-0003-4525-535X>

### Gabriela Soraya Calderón Pasquel

 <https://orcid.org/0000-0002-7292-9543>

### Jhonny Stalyn Alvarado Álvarez

 <https://orcid.org/0009-0000-4779-4344>

1. Hospital Metropolitano; Quito, Ecuador.



Usted es libre de:  
**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

**Adaptar** — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

\*Correspondencia: andino\_cathy25@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

La disfunción en mujeres con poliquistosis ovárica varía desde la amenorrea u oligomenorrea, hasta la menometrorragia episódica con anemia. La exposición crónica a los estrógenos sin la oposición de la progesterona post-ovulatoria provoca un estímulo mitógeno constante del endometrio. La inestabilidad del endometrio engrosado provoca un patrón hemorrágico impredecible<sup>2</sup>.

El cistoadenoma seroso de ovario es un tipo de tumor derivado del epitelio celómico superficial, formado por áreas quísticas, los tumores serosos son comúnmente benignos en el 70-80%; 5-10% tiene límite potencial maligno, y 20-25% son malignos. Solo el 10-20% de los casos de todos los tumores serosos son bilaterales

Las características más sugestivas de una neoplasia quística benigna incluyen: unilocularidad de quistes, septaciones mínimas, paredes delgadas y ausencia de proyección papilar<sup>3</sup>.

El cistoadenoma seroso varía en tamaño de 1 a más de 30 cm en su dimensión mayor, tienen una superficie externa lisa y contienen uno o más quistes de paredes delgadas llenos de un líquido acuoso claro. Los cistoadenomas serosos suelen ser uniloculares, pero pueden ser multiloculares.

El diagnóstico definitivo de los cistoadenomas ováricos se basa en el examen histopatológico de la pieza quirúrgica, se componen de quistes y papilas revestidos por células cúbicas a cilíndricas no estratificadas o estratificadas que se asemejan al epitelio de las trompas de Falopio, por lo general, no hay atipia o es mínima.

El perfil inmunohistoquímico del cistoadenoma seroso es similar al del epitelio de la superficie ovárica normal y al del epitelio tubárico. Además de la positividad con los

marcadores epiteliales más utilizados, p63 es positivo en la mayoría de los casos<sup>4</sup>.

## CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 43 años de edad, con antecedentes patológicos personales donde destaca un hipotiroidismo posquirúrgico por antecedente de cáncer de tiroides, entre sus gineco-obstétricos menarquia a los 13 años de edad, G1C1, fecha de última menstruación fue 01/08/2022; quien acude a emergencia por presentar dolor abdominal de gran intensidad en fosa iliaca derecha que se ha incrementado desde hace 1 hora previo a su ingreso, acompañado de irregularidades menstruales. Al examen físico; Presión arterial: 132/92mmHg, frecuencia cardiaca: 83/minuto, talla: 1,62m, peso: 76 kg, IMC: 28,9 Kg/m<sup>2</sup>, Abdomen suave depresible doloroso a la palpación profunda en región pélvica derecha. Se le realizaron exámenes de laboratorio preoperatorios: hemoglobina: 16.6 g, grupo sanguíneo "A" factor Rh positivo. Glucosa 88 mg/dl; urea 26.1 mg/dl; creatinina 0.73 mg/dl; TP y TTP dentro de parámetros normales, marcadores séricos tumorales: Ca-125: 6.3 U/ml, además con ecografía que reporta quiste complejo de ovario a descartar posible torsión de ovario derecho, además lesión quística de 11 centímetros de diámetro aproximadamente, que dificultan valoración de anexo izquierdo<sup>7</sup>.

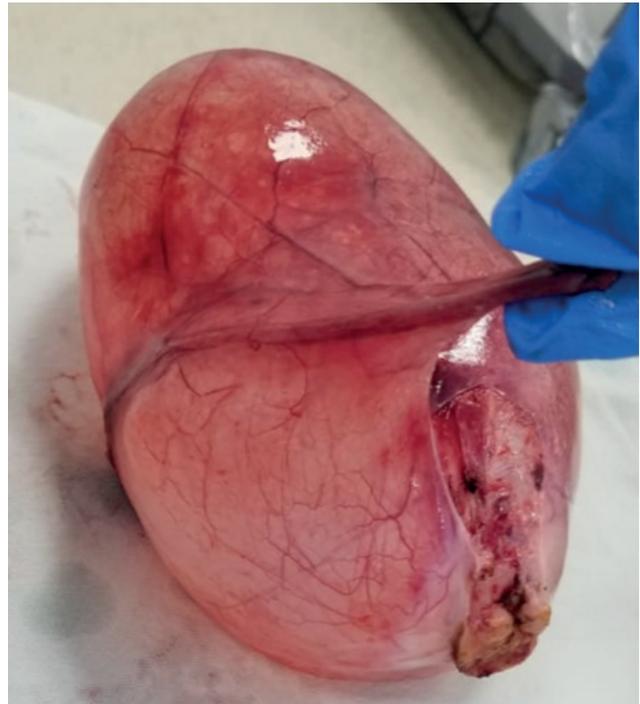
### Intervención terapéutica

Se realiza una laparotomía operatoria en la que se realizó ooforectomía parcial izquierda más cistectomía más drenaje de quistes de ovario izquierdo más lisis de adherencias de trompa izquierda a quiste ovárico, además en el tiempo transquirúrgico se realizó ooforectomía de ovario derecho por presencia de múltiples formaciones quísticas en toda la superficie del ovario. El estudio cuenta con la firma del consentimiento informado del paciente para la publicación de este artículo.

En el examen histopatológico, se confirmó el quiste como cistoadenoma seroso de ovario izquierdo y poliquistosis ovárica derecha ambos de características benignas sin presencia de atipias (*Figura 1 y 2*), además la paciente tuvo evolución post-operatoria favorable, la limitación de este estudio es el seguimiento a largo plazo de la paciente en consulta externa para valorar signos de insuficiencia ovárica temprana o evolución del dolor abdominopélvico posterior al procedimiento quirúrgico así como también del efecto de masa que ejercía el



**Figura 1.** Ovario derecho con áreas quísticas paraováricas de entre 4 y 0.8 cm de diámetro mayor.



**Figura 2.** Cistoadenoma seroso gigante de ovario izquierdo que mide 15.5 x 12 x 3.5 cm y 527.8 gramos de peso con cápsula lisa con importante trama vascular conteniendo líquido seroso con tejido ovárico en su polo inferior sostenido desde resto de trompa uterina.

## DISCUSIÓN

Según los datos de estos estudios (22 ECA (2278 pacientes analizadas)) de una revisión bibliográfica de cochrane 2017, No hubo evidencia clara de que la electropunción ovárica laparoscópica mejore la regularidad menstrual o los síntomas androgénicos del síndrome de ovario poliquístico, en comparación con la mayoría de los tratamientos médicos utilizados en los estudios incluidos. Aunque la electropunción ovárica se asoció con menos efectos secundarios gastrointestinales en comparación con la metformina y el clomifeno. Ahora bien aunque la paciente no tenía síndrome de ovario poliquístico, sí presentó como hallazgo transquirúrgico un ovario con múltiples formaciones quísticas que se resolvió mediante ooforectomía, que posterior al estudio histopatológico lo reportó como un tejido

de características benignas, en la literatura tampoco existe evidencia clara de una diferente efectividad entre los tipos de electropunción ovárica laparoscópica, excepto que la técnica con cuatro a cinco punciones por ovario puede ser más efectiva que dos punciones o menos. Hubo poca evidencia que comparara la electropunción ovárica con diferentes tipos de cirugía, aunque un estudio concluyó que la hidrolaparoscopia transvaginal tuvo un riesgo menor de adherencias que la electro punción ovárica<sup>5</sup>.

La laparotomía exploradora, permite realizar el diagnóstico (visualización de la tumoración y sus características) y al mismo tiempo, aplicar el tratamiento quirúrgico. Por lo que la ooforectomía unilateral realizada en esta paciente tampoco está contraindicada ya que es una opción terapéutica para una paciente sin deseo genésico y en edad próxima a su menopausia, que con la síntesis hormonal del ovario contralateral pueda mantener las funciones necesarias para los siguientes años post quirúrgicos.

En cuanto al pronóstico, de la patología principal de esta paciente es posible afirmar que los tumores serosos encapsulados de la superficie del ovario se extiendan a la superficie del peritoneo y el pronóstico de estos está íntimamente relacionado con la imagen histológica del tumor y con su modelo de crecimiento en el peritoneo.

La mayor parte de estos tumores producen síntomas inespecíficos y en la mayoría de los casos son leves. Los síntomas más frecuentes consisten en distensión abdominal, dolor o malestar abdominal, sensación de presión en la parte baja del abdomen y síntomas urinarios o gastrointestinales. Puede ocurrir dolor agudo en caso de torsión de un anexo, rotura de un quiste o hemorragia hacia el interior de un quiste.

Las tumoraciones que son unilaterales, quísticas, móviles y lisas son con más probabilidad benignas; en tanto que las bilate-

rales, sólidas, fijas, irregulares y acompañadas de ascitis, nódulos en el fondo de saco de Douglas o crecimiento rápido son más probablemente malignas<sup>6</sup>.

### **Contribución de los autores**

Daza Rueda Patricia: Valoración de la paciente en su estado pre y post quirúrgico, además de proveer los datos técnicos necesarios para la presentación del caso

Pablo Sebastián Basantes Suárez: Revisión bibliográfica de técnicas quirúrgicas utilizadas durante el acto quirúrgico del caso

Catherine Alexandra Andino Urquiza: Concepción y diseño del trabajo, redacción del manuscrito

Stalyn Alvarado Álvarez: Concepción y diseño del trabajo, redacción del manuscrito.

Gabriela Soraya Calderon Pasquel: Concepción y diseño del trabajo, redacción del manuscrito

### **Conflictos de interés**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. No existen compromisos ni obligaciones financieras con organismo estatal o privado de ningún tipo que puedan afectar el contenido, los resultados y las conclusiones de la presente publicación.

### **Agradecimientos**

Este artículo científico es fruto del apoyo vital de nuestras familias sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima al crecimiento científico en el campo de la ginecología.

### **Financiamiento**

La realización del presente artículo fue financiada por los autores.

## Bibliografía

1. **Estepa J, Santana T, Olivera D.** Cistoadenoma seroso gigante de ovario. Presentación de un caso, [Internet]. Medisur vol 9 no 2 Cienfuegos, 2011. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2011000200014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000200014)
2. **Hernández R.** Síndrome de ovario poliquístico, [Internet]. Revista Médica Sinergia, Vol.2 Num:11, Noviembre 2017, pp:17 – 20. Disponible en <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/95>
3. **Ayala-Peralta FD, Quiñones L, Sandoval L, Garrido D.** Cistoadenoma seroso ovárico gigante en la posmenopausia. Reporte de un caso. [Internet]. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal 2020; 9(1): 53-8. DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2020190>. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/190/191>
4. **Limaïem F, Lekkala MR, Mlika M.** Ovarian Cystadenoma. 2022 Oct 24. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 30725635. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536950/>
5. **Lepine S, Jo J, Metwally M, Cheong YC.** Ovarian surgery for symptom relief in women with polycystic ovary syndrome. [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 11. Art. No.: CD009526. DOI: 10.1002/14651858.CD009526.pub2
6. **American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology.** Practice Bulletin No. 174: Evaluation and Management of Adnexal Masses. Obstet Gynecol. [Internet]. 2016 Nov;128(5):e210-e226. doi: 10.1097/AOG.0000000000001768. PMID: 27776072.
7. **Vintimilla M., Vintimilla J., Reina A., Martínez C, Martínez M, Campoverde J.** Cistoadenoma seroso con células endocervicales en una paciente pediátrica caso clínico, Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet], vol. 39, núm. 2, pp. 195-197, 2020. Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/559/55969799009/html/>

**Cómo citar:** Daza Rueda YP, Basantes Suárez PS, Andino Urquizo CA, Calderón Pasquel GS, Alvarado Álvarez JS. Cistoadenoma seroso gigante más poliquistosis de ovario contralateral: reporte de un caso. MetroCiencia [Internet]. 30 de junio de 2023; 31(2):61-66. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/2/2023/61-66>