REVISTA ECUATORIANA DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD PÚBLICA
CÓDIGO ISSN 2588-0551
DOI: https://doi.org/10.31790/inspilip.v9i27.715

Reporte de caso:

Cistoadenoma Gigante de Ovario Asociado a Adenomiosis. Presentación de Caso Clínico

Giant Cystadenoma Associated with Adenomyosis. Presentation of a Clinical Case

Acceso abierto

Citación

Calderón M., Ordóñez W., Mosquera K., Usca D., Tapia C., Carlosama S., Vargas J., Gonzáles M., Loor L., Cortez K. Cistoadenoma Gigante de Ovario Asociado a Adenomiosis. Presentación de Caso Clínico. **INSPILIP 2025, Número 28. URL:** https://www.inspilip.gob.ec/index.php/inspi/article/view/715

María Fernanda Calderón León [a*], dracalderonleon@hotmail.es
Washington Rodrigo Ordóñez Méndez [b], wrordonez10@gmail.com
Ketty Yajaira Mosquera Quiñonez [c], kettyyajaira22@gmail.com
Doménica Carolina Usca Valle [d], domenicausca@hotmail.com
Carmen del Rocío Tapia Silvers [e], c.ts12@hotmail.com
Silvio Paul Carlosama Ruiz [f,g], spaul1502@hotmail.com
Joel Paul Vargas Caicedo [e], joelvargasp01@gmail.com.
Maryoli González Sánchez [h], limagosa@hotmail.com
Lorena Katiusca Loor Cusme [i], jloreloorcdoctor10@gmail.com.
Karen Xiomara Cortez Salvatierra [j], cxiomy_1991@hotmail.es

a. Hospital Universitario de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
b. Hospital Alfredo Paulson, Guayaquil, Ecuador.
c. Hospital Universitario, Guayaquil, Ecuador.
d. Hospital del Norte Los Ceibos, Guayaquil, Ecuador.
e. Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
f. Escuela Latinoamericana de Medicina, La Habana, Cuba
g. Centro de salud tipo C materno infantil, Posorja, Ecuador.
h. Hospital Materno infantil Matilde Hidalgo de Procel, Guayaquil, Ecuador.
i. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador
j. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador

***Correspondencia:** María Fernanda Calderón León; **Email:** dracalderonleon@hotmail.es

Revista científica INSPILIP. Volumen 9, Número 28.

El autor declara estar libre de cualquier asociación personal o comercial que pueda suponer un conflicto de intereses en conexión con el artículo, así como el haber respetado los principios éticos de investigación, como por ejemplo haber solicitado las autorizaciones de la institución donde se realizó el estudio, permiso para utilizar los datos, consentimientos informados y en caso de tratarse de estudio observacionales y ensayos clínicos, autorización de un CEISH, ARCSA, Medio Ambiente, entre otros, de acuerdo a la categoría. Además, la licencia para publicar imágenes de la o las personas que aparecen en el manuscrito. Por ello INSPILIP no se responsabiliza por cualquier afectación a terceros, tampoco el INSPI como entidad editora, ni el Editor, la responsabilidad de la publicación es de absoluta responsabilidad de los autores.

Patricio Vega Luzuriaga
EDITOR EN JEFE

Identificación de la responsabilidad y contribución de los autores: Los autores declaran haber contribuido en la idea original y planificación del estudio (MC,WO,KM,DU,CT), ejecución del estudio (MC,SC,JV,MG), análisis e interpretación de los resultados, (MC,LL,KC), redacción del artículo (MC,WO,KM,DU,CT,SC,MG).

Fecha de ingreso: 20/07/2024
Fecha de aprobación: 13/12/2024
Fecha de publicación: 05/01/2025

Resumen

Introducción: Los tumores de ovario son la tercera causa de tumor ginecológicos en mujeres, El 80 % son benignos y la mayoría de ellos aparece entre los 20 y los 48 años de edad, pudiendo transformarse en malignas en un 15 %. Se pueden presentar distintos tipos histológicos de cánceres de ovario primarios o secundarios o tumores benignos. **Objetivos:** Describir un caso de cistoadenoma gigante de ovario asociado a adenomiosis. **Materiales y métodos:** Se describen aspectos relevantes de esta patología y la importancia de su diagnóstico y manejo quirúrgico. Se obtuvo autorización del departamento de docencia e investigación del Hospital Alfredo Paulson, permitiendo la revisión de historia clínica e imágenes, para la publicación del presente caso. **Caso Clínico:** Paciente femenino de 52 años que acude al area de emergencia, por presentar dolor abdominal de una semana de evolución que se exacerba hace 24 horas, localizado a nivel de mesogastrio que se irradia a flanco izquierdo y región lumbar, refiere que hace 1 año presenta una masa a nivel pélvico que ha aumentado de tamaño progresivamente ocasionando estreñimiento. Se realiza exámenes de laboratorio e imagenológicos identificándose una gran masa proveniente de ovario izquierdo por lo que se decide realizar laparotomía exploratoria en la que se evidencia tumor gigante de ovario de 27 x 25 cm de diámetro, además se evidencia útero fibromiomatoso. El diagnóstico histopatológico reporta cistoadenoma de ovario de tipo seroso benigno miomatosis uterina y adenomiosis. **Conclusiones:** Los cistoadenomas son tumoraciones del ovario generalmente benignos, cuyo crecimiento es lento y generalmente asintomático, por lo que, muchas veces es diagnosticado en etapas avanzadas, cuando han alcanzado gran tamaño y empiezan a generar signos y síntomas por compresión de estructuras vecinas, manifestando clínica urinaria, digestivo, nefrológica y principalmente la manifestación de dolor abdominopélvico con presencia de masa en abdomen que crece progresivamente con el pasar de los meses y son motivos de consulta. La importancia radica en el diagnóstico y tratamiento oportuno para descartar o confirmar malignidad debido a que un pequeño porcentaje de estos tumores puede convertirse en malignos.

Palabras claves: Cistoadenoma. Tumor gigante de ovario. Adenomiosis. Neoplasia de ovario.

Abstract

Introduction: *Ovarian tumors are the third cause of gynecological tumors in women, 80 % are benign and most of them appear between 20 and 48 years of age, and can become malignant in 15 years. Different histologic types of primary or secondary ovarian cancers or benign tumors may occur.* ***Objectives:*** *To describe a case of giant ovarian cystadenoma associated with adenomyosis.* ***Materials and methods:*** *Relevant aspects of this pathology and the importance of its diagnosis and surgical management are described. Authorization was obtained from the teaching and research department of the Alfredo Paulson Hospital, allowing the review of clinical history and images, for the publication of the present case.* ***Clinical Case:*** *A 52-year-old female patient who came to the emergency, due to abdominal pain of a week of evolution that was exacerbated 24 hours ago, located at the level of the mesogastrium that radiates to the left flank and lumbar region, reports that 1 year ago she presented a mass at the pelvic level that has progressively increased in size causing constipation. Laboratory and imaging tests were carried out, identifying a large mass from the left ovary, so it was decided to perform an exploratory laparotomy in which a giant ovarian tumor of 27 x 25 cm in diameter was evidenced, in addition to a fibromyomatous uterus. Histopathological diagnosis reports benign serous ovarian cystadenoma, uterine myomatosis and adenomyosis.* ***Conclusions:*** *Cystadenomas are generally benign tumors of the ovary, whose growth is slow and generally asymptomatic, so it is often diagnosed in advanced stages, when they have reached large size and begin to generate signs and symptoms due to compression of neighboring structures, manifesting urinary, digestive, nephrological symptoms and mainly the manifestation of abdominopelvic pain with the presence of a mass in the abdomen that grows progressively over the months and are reasons for consultation. The importance lies in the timely diagnosis and treatment to rule out or confirm malignancy because a small percentage of these tumors can become malignant.*

Key words: *Cystadenoma. Giant ovarian tumor. Adenomyosis. Ovarian neoplasia.*

Introducción

Los tumores de ovario son la tercera causa de tumor ginecológicos en mujeres, El 80 % son benignos y la mayoría de ellos aparece entre los 20 y los 48 años de edad, pudiendo transformarse en malignas en un 15 %. Se pueden presentar distintos tipos histológicos de canceres de ovario primarios o secundarios o tumores benignos (1-3).

De acuerdo a su origen los tumores de ovario se dividen en 6 tipos: correspondientes al epitelio germinativo: cistoadenomas seroso, mucinosos y endometroides,asícomoloscistoadenocarcinomas. Del tejido conectivo: fibromas, sarcomas, tumor de Brenner. De las células germinales: disgerminoma, teratoma y carcinoma, De los estromas gonadales: las neoplasias de células de la granulosa-teca. Tumores de restos vestigiales: mesonefroma, tumores metastásicos (2).

Se define un tumor de ovario como grande cuando mide más de 10 cm y gigante cuando mide más de 20 cm (4). El tumor más frecuente proveniente del epitelio celómico superficial es el cistoadenoma seroso, un tumor generalmente benigno, tapizado por una cubierta azulada relativamente fina, con contenido de líquido seroso claro, constituyendo el 16 % de todas las neoplasias epiteliales ováricas, conformado por quistes y papilas que están revestidos por células cuboidales o columnares estratificadas o no, pudiendo ser bilaterales en el 10-20 % de los casos (1)(2).

El cuadro clínico por la presencia de este tumor, se manifiesta con dolor abdominal o pélvico, distensión abdominal, náuseas y vómitos, que se ocasionan cuando el quiste alcanza un tamaño considerable para provocar síntomas, no obstante la gran mayoría son asintomáticos, por lo que, su descubrimiento suele ser fortuito, pueden llegar a medir hasta 30 cm, denominándose quistes de ovario gigante, los cuales se caracterizan por presentar clínicamente una masa de crecimiento progresivo palpable por encima del abdomen de aspecto quístico que supera la región umbilical, con aumento de la circunferencia abdominal, el diagnóstico ecográfico se presenta como una masa quística con líquidos sin tabiques (5)(6). En casos graves se puede presentar como una torción anexial y presentarse como una masa dolorosa con un abdomen agudo generando la necesidad de cirugía de urgencia (7).

El tratamiento depende del tipo de masa y de los síntomas; siendo muy importante determinar si se trata de un tumor maligno o benigno, valorando

varios factores desde la apariencia ecográfica de la masa, estado menopáusico, marcadores tumorales elevados, síntomas y factores de riesgo (5).

Un útero aumentado de tamaño por hipertrofia o por la presencia de un leiomioma uterino, puede causar impedancia al flujo sanguíneo en las venas pélvicas que predispone a la formación de trombos, por cuanto los tumores de ovario pueden producir trombosis venosa profunda de las venas pélvicas y femorales o trombosis arteriales, así como tromboembolia pulmonar (5).

Para el diagnostico, la ecografía transabdominal o transvaginal es el primer paso, posteriormente se utilizan la tomografía computarizada y la resonancia magnética, para visualizar mejor la masa ovárica específica. Es de vital importancia la historia clínica para conocer los antecedentes patológicos, personales, familiares, los hábitos etc (1).

La adenomiosis, es una enfermedad cuya causa exacta se desconoce, se caracteriza por mutaciones genéticas que producen alteración de las vías de señalización celular KRAS involucrada en el crecimiento de tumores, produciendo migración de glándulas y estroma desde la capa basal del endometrio hacia el miometrio con tejido endometrial rodeado de células musculares lisas hipertróficas en el miometrio, produciendo un agrandamiento del útero, con formación de tumores adenomióticos, sangrado menstrual e intermenstrual profuso y dismenorrea . Al microscopio se observan glándulas endometriales ectópicas no neoplásicas y estroma rodeado por el miometrio hipertrófico e hiperplásico. La prevalencia fluctúa entre el 5 y el 70 % y se va incrementando con el pasar de los años, es decir, antes de los 40 años, la enfermedad afecta a 2 de cada 10 mujeres, mientras que, entre los 40 y 50 años, la incidencia aumenta a 8 de cada 10 mujeres. Anteriormente se diagnosticaba mediante examen patológico, después de la histerectomía, actualmente el diagnóstico de adenomiosis, se basa en técnicas de imagen como la ecografía transvaginal y la resonancia magnética. Puede estar acompañada de endometriosis (70 %), fibromas uterinos (50 %) e hiperplasia endometrial (35 %) (8)(9).

La adenomiosis es difusa cuando el útero se encuentra agrandado globalmente, tiene un grosor asimétrico en la pared anterior y posterior. A nivel de miometrio se encuentran espacios anecoicos quísticos, zona de unión no claramente visible, engrosamiento de la YZ, ecogenicidad heterogenia del miometrio. La adenomiosis es focal, cuando existen alteraciones focales en la capa del miometrio, a veces se diagnostica una forma focal como mioma intramural, quistes anecoicos (9).

La adenomiosis está asociado a cáncer de endometrio en gran porcentaje por este motivo coexisten (10). La prevalencia de la adenomiosis es alrededor del 11 % al 22,6 % en el cáncer de endometrio, también puede estar presente asociada tumores benignos como miomas o pólipos endometriales (11)(12).

Objetivos

Describir un caso de cistoadenoma gigante de ovario asociado a adenomiosis.

Materiales y métodos

Se describen aspectos relevantes de esta patología y la importancia de su diagnóstico y manejo quirúrgico. Se obtuvo autorización del departamento de docencia e investigación del Hospital Alfredo Paulson, permitiendo la revisión de historia clínica e imágenes, para la publicación del presente caso.

Presentación de caso:

Paciente femenino de 52 años, que acude al área de emergencia por presentar dolor abdominal de una semana de evolución que se exacerba hace 24 horas, localizado a nivel de mesogastrio que se irradia a flanco izquierdo y región lumbar, refiere que hace 1 año presenta una masa a nivel pélvico que ha aumentado de tamaño progresivamente ocasionando estreñimiento.

Antecedentes Patológicos:

Personales: hipertensión arterial controlada con losartan 100 mg vía oral una diaria, escoliosis, tuberculosis hace 20 años.

Alergias: penicilina

Gineco obstétricos: cesáreas: 04, gestas 4, última menstruación hace 2 años.

Examen físico:

Signos vitales: Tensión Arterial (TA) 125/82 mmHg, Pulso (P) 82 l/m Peso 85.1 Kg. Talla 1.58 cm

Tórax: simétrico, campo pulmonares claros y ventilados, ruidos cardiacos rítmicos

Abdomen: distendido, con masa palpable que abarca mesogastrio y desplazado hacia fosa de lado derecho, ruidos hidroaéreos presentes, a la percusión

timpanismo.

Aparato Genito-Urinario: cérvix central cerrado puntiforme de aspecto sano y no perdidas transvaginales, tacto vaginal diferido por referir dolor a la palpación bimanual.

Extremidades: simétricas

Impresión diagnostica: tumoración quística de ovario.

Análisis: Se realiza ingreso al area de observación por presentar cuadro doloroso abdominal persistente.

Plan: hidratación, analgesia, solicitud de exámenes.

Exámenes complementarios:

Ecografía de abdomen superior: hígado homogéneo de tamaño normal, hiper ecogenicidad moderada, vías biliares intra y extrahepáticas normales vesículas distendidas de paredes finas y sin cálculos, mide: 5.1 x 1.7 cm ambos riñones con buena diferenciación cortico medular y sin patología en su interior. no cálculos, no ectasia, no masas solidas ni quísticas, riñón derecho: 9.8 x 4.5 cm, riñón izquierdo: 10.8 x 5.6 cm, bazo homogéneo: 9.2 x 4.6 cm páncreas de tamaño y aspecto normal. Se observa gases en moderada cantidad en todo el marco colónico. En abdomen se observa imagen quística tabicada que ocupar la pelvis y también el abdomen superior. mide aproximadamente 24.9 x 16.2 cm. Impresión diagnostica: gran quiste tabicado abdomino pélvico.

Ecografía Endo vaginal (útero y anexo): útero en ante versión homogéneo, endometrio ecogénico lineal, útero mide 8.3 x 4.2 x 4.7 cm, hacia anexo derecho se observa imagen quística tabicada que por vía abdominal mide aproximadamente 24.9 x 16.2 cm, tabique mide 4 mm, anexo izquierdo normal. Impresión diagnostica: útero normal, gran tumoración abdomino pélvica quística tabicada.

Exámenes de laboratorio:

BIOQUIMICOS: Glucosa: 90 mg/dL, Urea: 25 mg/dl, Creatinina: 0.71 mg/dl, Colesterol Total: 190 mg/dl, Ácido Urico: 3.8 mg/dl, TGO: 14 U/L, TGP: 11 U/L, Gamma G.T.: 21 U/l, Fosfatasa Alcalina: 78 U/L, Ldh: 222 U/L, Amilasa: 54 U/l, Bilirrubina Total * 0.66 mg/dl, Bilirrubina Directa: 0.21mg/dl, Bilirrubina Indirecta: 0.46 mg/dl, Proteínas Totales: 6.85 g/dL , Sero-albumina: 4.28 g/dl , Sero-globulina: 2.57 g/dL, Índice A/G: 1.67

HORMONALES: FSH 25 mUI/mL

BIOMETRIA HEMATICA: Glóbulos blancos: 8.21 x10³/ul, Neutrofilos: 5.70 x10³/ul, Linfocitos: 1.85 x10³/ul, Monocitos: 0.61 x10³/ul, Eosinofilos * 0.03 0.08 0.44 x10³/ul , Basofilos: 0.02 x10³/ul, Neutrolifos%: 69.5 %, Linfocitos%: 22.5 %, Monocitos%: 7.4 %, Eosinofilos%: 0.4 %, Basofilos%: 0.2 %, Recuento de G. Rojos: 4.28 M/uL, Hemoglobina: * 12.5 12.6 17.3 g/dl, Hematocrito: * 36.6 37.0 45.0 %, Volumen Corpuscular Medio: * 85.5 fl, HB Corpuscular Media: 29.2 pg, Concent. HB Corpuscular media: 34.2 g/dl, Ancho Distribución de G.R. S.D.: 39.3 fl, Ancho Distribución G.R. C.V.%..: 12.9 %, Plaquetas: 340 x10³/ul, Volumen medio plaquetario: 10.5 fl, Grupo Sanguíneo y Factor Rh: A positivo.

INMUNOQUIMICA: Ag. Carcinoembrionario: 1.12 (0.20 3.00 ng/mL), Alfafetoproteína: 1.83 (0.00 5.10 ng/mL), C.A 19-9: 0.6 (0.0 35.0 U/mL)

AC. Anti HIV: no reactivo

ÍNDICE DE ROMA: 25.6 % (bajo riesgo)

VDRL.....: No reactivo.

Tiempo de Protombina.....: 10.4 seg, TTP: 27.6 seg

ELECTROLITOS:

Calcio 9.5 mg/dl, Sodio: 143.0 mEq/L, Potasio: 4.04 mEq/L, Cloro 103 mEq/L

Tomografía axial computarizada de Abdomen: hígado homogéneo iso atenuante de tamaño normal, vesícula, bazo y páncreas normales. grasa mesentérica hipo atenuante normal. Aorta abdominal y vena cava inferior de diámetros normales. presencia de imagen encapsulada hipodensa con septo interno tipo masa en hipogastrio homogénea uniforme sugestivo de mesotelioma, quiste de ovario o linfangioma, riñones de forma, tamaño, densidades y posiciones normales. espesores de parénquima renal normales. Pieloectasias bilaterales, asas intestinales parcialmente hipercaptantes de morfología normal, útero normal vejiga no valorable.

Al cuarto día de hospitalización posterior a la realización de exámenes complementarios se procedió a realizar laparotomía exploratoria.

Récord quirúrgico: previa asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles, se realiza incisión supra e inframediaumbilical, se procede a realizar diéresis por planos hasta cavidad abdominal, evidenciándose gran tumoración quística de ovario izquierdo con presencia de líquido en cavidad peritoneal, útero miomatoso adherido a la cara anterior del abdomen, ovario derecho multiquístico. Se procede a realizar pinzamiento corte y ligadura de ligamentos redondos toma corte y ligadura de ligamentos infundíbulos pélvicos se libera vejiga de cuerpo de útero, se realiza desperitonización posterior, pinzamiento corte y ligadura de vasos uterinos pinzamiento de ligamentos útero sacros y cardinales pinzamiento corte y ligadura de ángulos de vagina, se retira pieza quirúrgica ,se procede a realizar el cierre de vagina, fijación de uterosacros y cardinales, control de hemostasia, síntesis por planos hasta llegar a piel.

Diagnostico post operatorio: laparotomía exploratoria + histerectomía abdominal total + anexectomía bilateral con extracción de tumor gigante de ovario izquierdo.

Resultado de anatomía patológica: biopsia de útero, no neoplásica.

MACROSCOPIA:

Se recibe Útero más anexo derecho mide 9 x 4.5 x 3 cm. serosa lisa pardusca, cérvix cubierto por mucosa blanquecina. Al corte compacto homogéneo, gris blanquecino. Canal endocervical permeable. Cavidad endometrial cubierto por mucosa rojiza que mide 0.3 cm. Miometrio en cuyo espesor se identifica nódulo que mide 0.5 cm. blanquecino delimitado cauchoso arremolinado.

Anexo derecho: Trompa mide 3 cm, lisa tortuosa permeable. Ovario mide 3 x 2 x 1 cm, en el que, se identifican múltiples cavidades quísticas que eliminan contenido líquido claro y miden entre 0.5 y 0.8 cm.

Por separado se recibe tumor que mide 27 x 25 cm, ovoideo, liso pardusco, renitente. Al corte elimina contenido de color café, superficie interna lisa de color café correspondiente a ovario izquierdo.

Diagnóstico histopatológico: 1) cervicitis crónica, 2) endometrio secretor, 3) adenomiosis, 4) leiomioma intramural en cuerpo uterino, trompa de Falopio normal, 5) quiste simple; cuerpo blanco; en anexo derecho. 6) cistoadenoma seroso (ovario izquierdo).

IMÁGENES:

Descripción: en la imagen A: se observa paciente en decúbito dorsal donde se aprecia gran masa abdominal, protuberante que avanza hasta por encima de la cicatriz umbilical. En la imagen B : Se observa disección por planos de abdomen hasta llegar a cavidad abdominal donde se evidencia presencia de gran tumoración violácea que desplaza intestinos y que ocupa gran parte de la cavidad. Imagen C y D : se evidencia presencia de masa tumoral proveniente del ovario izquierdo , pediculado , de gran tamaño que mide 27 x25 cm aproximadamente.

Fuente: Dr. Washington Rodrigo Ordóñez Méndez

Discusión

Dentro de la investigación se encontró el caso de una paciente de sexo femenino, raza negra, 45 años de edad, nulígesta, africana, que acude a la emergencia refiriendo aumento de volumen del abdomen, progresivo, insidioso de 2 años de evolución, exacerbándose en los últimos meses con dolor abdominal difuso, disnea, disuria, anorexia y pérdida de peso. Al examen físico, llama la atención: disnea discreta, murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, no se ascultan estertores. 20 respiraciones por minuto. Ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, no soplos, frecuencia cardiaca: 96/

min, presión arterial: 130/80 mmHg. Abdomen: gran aumento de volumen de todo el abdomen. En laparotomía exploratoria encuentran presencia de gran tumoración redondeada, de bordes bien definidos y lisos no movible, no dolorosa, de aspecto quístico, vascularizada en su superficie con líquido en su interior, dependiente del ovario izquierdo sugestivo de cistoadenoma. La biopsia informó un cistoadenoma seroso de ovario izquierdo, útero normal y anexo derecho normal. Se realizó el seguimiento de la paciente por Consulta Externa durante un año y cuatro meses del post operatorio, con una evolución favorable y sin complicaciones postoperatorias. En comparación con el caso presentado nuestra paciente también presento un cistoadenoma seroso, pero además de aquello también tuvo cervicitis crónica, adenomiosis y miomatosis uterina, a diferencia de esta paciente, el caso presentado por nosotros tenía cuatro cesáreas previas (2).

Una mujer caucásica de 59 años, acude a una clínica en Alabama, por que pesaba 248 libras, con un Índice de Masa Corporal de 45, apnea obstructiva del sueño , hiperlipidemia, enfermedad por reflujo gastroesofágico, con hernia de hiato conocida, hiperparatiroidismo y síndrome metabólico. Tenía antecedentes pertinentes de dos embarazos a término y una histerectomía abdominal total en 2009. Como antecedentes familiares neoplasia maligna no especificada en su hermana. Hábitos: tabaquismo de 33 paquetes-año, pero dejó de fumar hace 10 años. Se programa y realiza una cirugía bariátrica electiva; donde se evidencia presencia de cistoadenoma seroso ovárico gigante. Proceden a realizar cirugía bariátrica e interconsulta al departamento de ginecología y oncología, quienes solicitan una TAC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso, donde visualizan una gran masa pélvica predominantemente quística con tabiques internos y componentes de tejido blando, sospechosa de neoplasia ovárica, por cuanto realizaron una laparotomía exploratoria con resección completa, ooforectomía derecha y cistectomía ovárica. Su informe patológico posoperatorio reportó cistoadenoma seroso benigno. Este caso sirve como ejemplo de cómo un tumor masivo puede pasar desapercibido durante muchos años y puede ser detectado involuntariamente en una paciente durante otro procedimiento (1).

Otro caso comparativo es el de una paciente de 65 años con dolor pélvico progresivo y sangrado vaginal posmenopáusico, fue evaluada mediante ecografía transvaginal, la cual reveló masas anexiales bilaterales de 5 cm de diámetro y un útero normal con un aumento del espesor endometrial de 7 mm. Inicialmente, el resultado de la toma de muestra endometrial se informó como benigno. La paciente se sometió a histerectomía abdominal y salpingooforectomía bilateral y el diagnóstico patológico fue nuevamente benigno, con cistoadenoma ovárico seroso en ambos ovarios, acompañado de tejido suprarrenal ectópico incidental en la pared del cistoadenoma ovárico izquierdo. En este caso el tumor no alcanzo un tamaño mayor a 10 cm porque fue detectado en estado inicial debido a que si se manifestaron síntomas por otras causas en la paciente (13).

Paciente posmenopáusica de alto riesgo de 72 años que presentó una gran distensión abdominal de 1 año de evolución. La ecografía abdominopélvica mostró quiste abdominal multiloculado gigante izquierdo. Se extirpó un quiste ovárico intacto de 27 kg y se realizó una histerectomía abdominal total + salpingooforectomía bilateral, la biopsia reportó: cistoadenoma mucinoso ovárico benigno, catalogándolo como un caso raro debido a que los cistoadenomas aparecen entre la tercera hasta máximo la sexta década de vida y en este caso sucedió en una paciente de 72 años, donde la incidencia reportada es baja o desconocida (14).

Se encontró el caso de una mujer de 68 años que dentro de sus antecedentes quirúrgicos reportaba salpingooforectomía bilateral, consulta por presentar dolor abdominal y a la tomografías computarizada evidenciaron la presencia de cinco masas abdominales y pélvicas de tamaño significativo, por lo que, realizan laparotomía exploratoria y escisión de las cinco masas. La patología final confirmó el diagnóstico de cistoadenomas serosos compatibles con el origen ovárico a pesar de que, la paciente se había sometido ya a una salpingooforectomía bilateral previa, presentando lo que se conoce como síndrome del remanente ovárico , el cual se cree, es causado por procedimientos de histerectomía difíciles y cirugías abdominales previas que pueden dejar restos ováricos sin saberlo, convirtiéndolo en un caso muy interesante y en una posibilidad diagnostica, frente a los casos de cistoadenoma ovárico (15).

En otra investigación, presentaron el caso de un cistoadenoma mucinoso de ovario benigno gigante

en una mujer posmenopáusica de 53 años, que debuto con cuadro clínico caracterizado por una gran distensión pélvica-abdominal que comenzó hace diez meses y que aumentó progresivamente de tamaño, acompañado de dolor abdominal intermitente, náuseas y retención urinaria. Identificaron que, el origen de la masa era el ovario derecho y se realizó salpingooforectomía derecha. La masa resecada midió 73 x 51 x 42 cm y pesó 108 kg. El ovario izquierdo tenía una masa multilocular de 15 cm de diámetro, por lo que, también realizaron salpingooforectomía izquierda. Diagnostico histopatológico de cistoadenoma mucinoso benigno bilateral. Hasta donde se sabe, se trató del quiste ovárico benigno más grande en Arabia Saudita, y uno de los más grandes (probablemente el tercero) en la literatura médica inglesa (16).

Importante reconocer que la historia clínica y el examen físico completos sirven como herramienta vital, especialmente en aquellas pacientes obesas, donde muchas veces no son detectados los tumores potencialmente malignos debido a los prejuicios inherentes por la obesidad de la paciente.

El manejo de una masa benigna de tamaño extremadamente grande, debe realizarse a través de un enfoque multidisciplinario, para lograr optimización de la atención perioperatoria.

El presente caso se trató de una paciente postmenopáusica con tumor gigante de ovario compatible con cistoadenoma seroso, de origen benigno según informe de histopatología, además de presentar cervicitis crónica y adenomiosis, que es una patología que genera cambios uterinos en cuanto a su morfología y puede influir negativamente en la fertilidad afectando el deseo genésico, en el caso presentado no aplicaba esta condición debido a que se trató de una paciente en etapa de postmenopausia, donde el tratamiento definitivo fue la histerectomía abdominal total más anexectomía bilateral con tumorectomía de ovario izquierdo. Paciente en el postoperatorio recibió tratamiento sintomático y fue dada de alta en condiciones clínicas estables al cuarto día de hospitalización con seguimiento por consulta externa.

Conclusiones

Los cistoadenomas son tumoraciones del ovario generalmente benignos, cuyo crecimiento es lento y generalmente asintomático, por lo que ,muchas veces es diagnosticado en etapas avanzadas, cuando han alcanzado gran tamaño y empiezan a generar signos y síntomas por compresión de estructuras vecinas, manifestando clínica urinaria, digestiva, nefrológica y principalmente la manifestación de dolor abdominopélvico con presencia de masa en abdomen que crece progresivamente con el pasar de los meses y son motivos de consulta. La importancia radica en el diagnóstico y tratamiento oportuno para descartar o confirmar malignidad debido a que un pequeño porcentaje de estos tumores puede convertirse en malignos.

Revisión por pares

El manuscrito fue revisado por pares ciegos y fue aproado oportunamente por el Equipo Editorial de la revista INSPILIP.

Disponibilidad de datos y materiales

Los datos que sustentan este manuscrito están disponibles bajo requisición al autor correspondiente.

Conflictos de intrés de cada autor

Ninguno de los autores tiene conflicto de interes.

Contribución de los autores

Las distintas fases de la investigación fueron realizadas por los autores, que contribuyeron de igual forma en todo el proceso.

Referencias Bibliográficas

1.-Kelly LP, Patel RB, Laan D. Incidentally Discovered Giant Benign Ovarian Serous Cystadenoma in Elective Bariatric Surgery. Cureus. 2024 May 21;16(5):e60807. doi: 10.7759/cureus.60807. PMID: 38910640; PMCID: PMC11190812.

2.-Corrales Hernández Yarisdey. Quiste de ovario gigante. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2012 Ago [citado 2024 Jul 17] ; 10(4): 304-309. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000400007&lng=es.

3.-Zhu, SiHong et al. “Giant mucinous

cystadenocarcinoma of ovary in a young woman: a case report and review of literature." Frontiers in oncology vol. 14 1377042. 28 May. 2024, doi:10.3389/fonc.2024.1377042.

4.- Tjokroprawiro, Brahmana Askandar, et al. "Clinicopathological analysis of giant ovarian tumors." European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X (2024): 100318.

5.-Aguilar-Torres César Ramón, Enríquez-Sánchez Luis Bernardo, Ceballos-Arguijo Jaqueline, Santoscoy-Ibarra Joaquín Miguel, Molina-Avilés Gisela, Pérez-Molinar Katia Fernanda et al . Cistoadenofibroma gigante de ovario: reporte de caso. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2022 [citado 2024 Jul 18] ; 90(7): 599-605. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000700007&lng=es. Epub 26-Sep 2022. https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.5457.

6.- Onuzo, Chibuikem N., et al. A giant 25 litre volume ovarian cystic mucinous borderline ovarian tumour with intraepithelial carcinoma in a 24-year-old nulliparous woman: Case report. International Journal of Surgery Case Reports 119 (2024): 109732.

7.- Hongju, He, doctor en medicina. Quiste ovárico gigante con torsión: reporte de caso. Medicina 103(15):p e33283, 12 de abril de 2024. | DOI: 10.1097/MD.0000000000033283

8.- Bulun SE, Yildiz S, Adli M, Wei JJ. Adenomyosis pathogenesis: insights from next-generation sequencing. Hum Reprod Update. 2021 Oct 18;27(6):1086-1097. doi: 10.1093/humupd/dmab017.

9.- Chu Z, Jia L, Dai J, Wu Q, Tian F, Bai S. Effects of different treatment methods on clinical efficacy and fertility outcomes of patients with adenomyosis. J Ovarian Res. 2024 Jan 12;17(1):16. doi: 10.1186/s13048-023-01320-0. PMID: 38216945; PMCID: PMC10785332.

10.- Casadio P, Raffone A, Maletta M, Travaglino A, Raimondo D, Raimondo I, Santoro A, Paradisi R, Zannoni GF, Mollo A, Seracchioli R. Clinical Characteristics of Patients with Endometrial Cancer and Adenomyosis. Cancers (Basel). 2021 Sep 30;13(19):4918. doi: 10.3390/cancers13194918

11.- Raffone A, Seracchioli R, Raimondo D, Maletta M, Travaglino A, Raimondo I, Giaquinto I, Orsini B, Insabato L, Pellicano M, Zullo F. Prevalence of adenomyosis in endometrial cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2021 Jan;303(1):47-53. doi: 10.1007/s00404-020-05840-8.

Mishra I, Melo P, Easter C, Sephton V, Dhillon-Smith R, Coomarasamy A. Prevalence of adenomyosis in women with subfertility: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2023 Jul;62(1):23-41. doi: 10.1002/uog.26159.

12.- Szubert M, Kozirog E, Wilczynski J. Adenomyosis as a Risk Factor for Myometrial or Endometrial Neoplasms-Review. Int J Environ Res Public Health. 2022 Feb 17;19(4):2294. doi: 10.3390/ijerph19042294.

13.- Şahin Ç, Taylan E, Akdemir A, Zekioglu O, Seyidova P, Ergenoglu AM. Ovarian serous cystadenoma with ectopic adrenal tissue in a 65-year-old patient: A case report. Int J Surg Case Rep. 2017;33:89-91. doi: 10.1016/j.ijscr.2017.02.045. Epub 2017 Feb 27. PMID: 28285211; PMCID: PMC5350495.

14.-Akhras LN, Akhras LN, Faroog S, AlSebay L. A 27-kg Giant Ovarian Mucinous Cystadenoma in a 72-Year-Old Postmenopausal Patient: A Case Report. Am J Case Rep. 2019 Nov 1;20:1601-1606. doi: 10.12659/AJCR.917490. PMID: 31672957; PMCID: PMC6849502.

15.- Wills E, Grenn EE, Orr WS 3rd. Multiple Intraabdominal and Pelvic Cystadenomas From Ovarian Remnant Syndrome. Am Surg. 2022 Sep;88(9):2218-2220. doi: 10.1177/00031348221091962. Epub 2022 Apr 29. PMID: 35487759.

16.- Alobaid A, Elamir H, Abuzaid M, Abu-Zaid A. An Extremely Giant Ovarian Mucinous Cystadenoma. Gulf J Oncolog. 2019 Jan;1(29):83-86. PMID: 30956200.