

CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE DE OVARIO DERECHO: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL REGIONAL “DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA”, IMSS BIENESTAR

Díaz Moreno, Mario H.^{1*}

1 Médico radiólogo adscrito al servicio de Radiología e Imagen del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", IMSS Bienestar.

* Autor de correspondencia: radiologomariodiaz@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: El cistoadenoma seroso de ovario es un tipo de tumor derivado del epitelio celómico superficial, es una neoplasia benigna en gran parte de los casos de en 70 – 80%, 5 – 10% tiene cierto potencial maligno, y 20 – 25% son malignos¹⁻⁶. Solo el 10 – 20% de los casos son bilaterales. Las lesiones quísticas gigantes de ovario, que se definen con más de 10 centímetros en su diámetro mayor, son hallazgos raros en la práctica clínica actual. Debido a la rareza y la falta de un concepto estandarizado, no se puede determinar la tasa de incidencia o prevalencia de estos tumores, es relativamente poco frecuente, de crecimiento lento y causa desconocida^{4, 7-12}. Suele ocurrir en mujeres adultas de todas las edades, con un promedio de 40 a 60 años.

Descripción del caso clínico: Paciente femenina de 27 años, previamente sana, ingresó al Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", IMSS Bienestar, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, por dolor abdominal progresivo y aumento de volumen en fosa iliaca derecha con 4 días de evolución. No presentó náuseas, vómitos ni fiebre. El examen físico reveló una masa dura, móvil y dolorosa en dicha región. El ultrasonido abdominal mostró una lesión heterogénea de 16.9 x 10.2 x 13.8 cm (volumen de 1264 ml) que comprimía y desplazaba órganos vecinos. Durante laparotomía exploratoria se identificó una lesión de 10 x 8 cm dependiente del ovario derecho, acompañada de múltiples focos endometriósicos. El diagnóstico histopatológico confirmó un cistoadenoma seroso infartado con extensas áreas de hemorragia y trombosis organizada. La paciente evolucionó de manera favorable.

Conclusiones: El cistoadenoma seroso gigante es un tumor benigno poco común cuyo diagnóstico se basa en el examen físico y estudios imagenológicos, como la clasificación O-RADS. Suele manifestarse con síntomas compresivos que requieren extirpación quirúrgica. La detección temprana es crucial para prevenir complicaciones, especialmente en tumores de gran tamaño. Un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado dependen de la integración de datos clínicos, de laboratorio, imagenológicos y morfológicos, lo que mejora la precisión diagnóstica y guía los esfuerzos del equipo de salud.

Palabras Clave: Caso clínico; Cistoadenoma seroso; Patologías de ovario.

GIANT SEROUS CYSTADENOMA OF THE RIGHT OVARY: CASE REPORT FROM THE “DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA” REGIONAL HOSPITAL, IMSS BIENESTAR

Díaz Moreno, Mario H.^{1*}

1 Médico radiólogo adscrito al servicio de Radiología e Imagen del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", IMSS Bienestar.

* Corresponding author: radiologomariodiaz@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: Serous ovarian cystadenoma is a type of tumor derived from the superficial coelomic epithelium, classified as benign in 70 – 80% of cases, with 5 – 10% having malignant potential and 20 – 25% being malignant¹⁻⁶. Only 10 – 20% of cases are bilateral. Giant ovarian cystic lesions, defined as those exceeding 10 centimeters in their largest diameter, are rare findings in current clinical practice. Due to their rarity and the lack of a standardized concept, the incidence or prevalence rates of these tumors cannot be accurately determined. They are relatively uncommon, slow-growing, and of unknown cause^{4, 7-12}. They typically occur in adult women of all ages, with an average age of 40 to 60 years.

Description of the clinical case: A 27-year-old female, previously healthy, presented to the "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" Regional Hospital, IMSS Bienestar, in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, with progressive abdominal pain and increased volume in the right iliac fossa over four days. She reported no nausea, vomiting, or fever. Physical examination revealed a hard, mobile, and tender mass in that region. Abdominal ultrasound identified a heterogeneous lesion measuring 16.9 x 10.2 x 13.8 cm (volume: 1264 ml), compressing and displacing adjacent organs. During exploratory laparotomy, a 10 x 8 cm lesion dependent on the right ovary was identified, accompanied by multiple endometriotic foci. Histopathological diagnosis confirmed an infarcted serous cystadenoma with extensive areas of hemorrhage and organized thrombosis. The patient had a favorable recovery.

Conclusions: Giant serous cystadenoma is an uncommon benign tumor, with diagnosis relying on physical examination and imaging studies such as the O-RADS classification. It often presents with compressive symptoms requiring surgical removal. Early detection is essential to prevent complications, especially in large tumors. Accurate diagnosis and appropriate treatment depend on integrating clinical, laboratory, imaging, and morphological data, improving diagnostic precision and guiding the efforts of the healthcare team.

Key Words: Case report; Serous cystadenoma; Ovarian pathologies.

INTRODUCCIÓN

Las masas anexiales en ginecología, representan la tercera causa de intervención quirúrgica, así como motivo de consulta y de estudios radiodiagnósticos^{1, 5, 6, 12}. Éstas pueden encontrarse en diferente grupo etario, por lo que su prevalencia varía ampliamente dependiendo de la población estudiada, los criterios empleados y la presentación clínica ultrasonográfica^{11, 13}. Se distinguen fundamentalmente tres grupos de tumores de ovario, considerando el origen de las células que lo componen: epiteliales, estromales y de células germinales. Además, se reconocen tres tipos histológicos principales basados en la diferenciación del epitelio neoplásico: tumores serosos, mucinosos y endometrioides.

Para definir un quiste gigante de ovario existen criterios (divergentes y pocos argumentados) según el peso, tamaño y exploración clínica radiológica^{11, 13}. Según González y cols.³, algunos autores fijan como límite 11.3 kg de peso; un grupo los incluye con más de 12 kg; y otros, con un peso mayor de 20 kg^{3, 10}. Desde el punto de vista clínico, son aquellos que alcanzan una altura superior al nivel del ombligo^{5, 13}. Los quistes gigantes de ovario, que se definen con más de 10 centímetros en su diámetro mayor, son hallazgos raros en la práctica clínica actual.

Debido a la rareza y la falta de un concepto estandarizado, no se puede determinar la tasa de incidencia o prevalencia de estos tumores^{9-11, 13}. La nuliparidad, los antecedentes familiares, las mutaciones, la disgenesia gonadal de las niñas, mujeres de 40 a 59 años que toman anticonceptivos orales, y el tabaquismo, constituyen factores de riesgo que predisponen a la aparición de los tumores de ovario¹³. Dentro de los tumores de ovario, alrededor del 30% corresponden a cistoadenomas serosos, los cuales se originan en el epitelio celómico superficial y son formados por áreas quísticas generalmente uniloculares^{10, 12, 14-16}. Esta variedad histológica es benigna en el 70 a 80% de los casos, limítrofes en el 5 al 10%, y malignos en el 20 al 25%^{1, 6, 16}. Muchas de estas lesiones ováricas son

detectadas incidentalmente, para lo cual las diferentes técnicas de imagen juegan un papel crucial a la hora del análisis morfológico y la caracterización precisa de las mismas que permitan evitar la intervención quirúrgica en el caso de lesiones benignas o la posibilidad de preservación de parénquima ovárico para favorecer la fertilidad^{5, 9-13, 16, 17}.

En el grupo de edad fértil (25 – 40 años) la prevalencia de masas anexiales detectadas por ultrasonido es del 7.8%¹, pubertad 1 – 12%, postmenopausia 14 – 18%, embarazadas 0.2 – 5% . Al detectar una masa anexial, se debe descartar patologías no ginecológicas como apendicitis, diverticulitis^{6, 7, 18-20}; así como la presentación aguda o asintomática de éstas. Tales como embarazo ectópico, o torsión ovárica que requiera intervención quirúrgica inmediata³. La presentación asintomática, permite realizar un protocolo adecuado para excluir el riesgo de malignidad, por medio del marcador tumoral CA 125 con punto de corte 65 UI/ml⁷, índice de ROMA con punto de corte ≥ 1.31 en premenopáusicas y postmenopáusicas ≥ 2.77 ³, IRM de Jacobs con punto de corte > 200 para pre y postmenopáusicas; así como los criterios ecográficos simples sugestivos de malignidad como^{8, 12, 18-21}:

- Componente sólido.
- Ascitis.
- Tumor mayor a 10 cm.
- Papilas mayores a 4.
- Septos de 3 mm o más

Las principales pruebas de imagen usadas para el estudio de la patología ovárica-anexial son la ecografía y la resonancia magnética (RMN) en consenso con la Escala Internacional de Análisis de Tumores Ováricos (IOTA)^{20, 21}. El O-RADS es específico para cada técnica (el O-RADS US se utiliza para la valoración ecográfica y el O-RADS MRI para la valoración en RMN)^{8, 20}; estandariza el léxico usado para garantizar que los informes ecográficos y de RMN sean uniformes, asignando con precisión cada lesión a una categoría de riesgo de malignidad IOTA^{18 - 21}. Aunque el carcinoma

ovárico es raro en paciente premenopáusicas¹³. El manejo de las masas anexiales de etiología benigna puede ser expectante cuando son menores a 6 cm o presentan comorbilidades, con seguimiento ultrasonográfico durante 1 año sin componente sólido^{5, 8, 10, 11, 14, 16, 17}.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de 27 años, de piel morena, procedencia rural-urbana, con antecedentes de salud aparente y una historia obstétrica de dos embarazos, un parto y una cesárea. Inició su vida sexual activa a los 17 años y tuvo su última menstruación seis meses previos a la consulta. Acudió al Hospital Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, IMSS Bienestar, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, refiriendo dolor abdominal progresivo localizado en la fosa iliaca derecha, con 4 días de evolución, sin presentar náuseas, vómitos ni fiebre.

Al examen físico, las mucosas se observaron húmedas y normocoloreadas. Abdomen con presencia de distensión, dolor a la palpación profunda con mayor intensidad en la fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal. Se identificó una masa dura, móvil y ligeramente dolorosa en la fosa iliaca derecha, con matidez a la percusión y presencia de ruidos hidroaéreos a la auscultación. Los signos vitales mostraron una frecuencia cardiaca de 84 lpm y presión arterial de 132/80 mmHg. En el examen ginecológico, los genitales externos y el tacto vaginal no evidenciaron alteraciones.

Los estudios complementarios arrojaron los siguientes resultados:

- Hemoglobina 15.1 g/L
- Glucemia 3.8 mmol/L
- Creatinina 89 mmol/L
- Coagulograma con tiempo de sangrado de 3 minutos y coagulación de 5 minutos.
- Conteo de plaquetas de $309 \times 10^9/\text{mm}^3$.
- Electrocardiograma normal.

El ultrasonido abdominal reveló una lesión heterogénea de gran tamaño, con dimensiones de 16.9 x 10.2 x 13.8 cm (volumen: 1264 ml) (Figura 1).

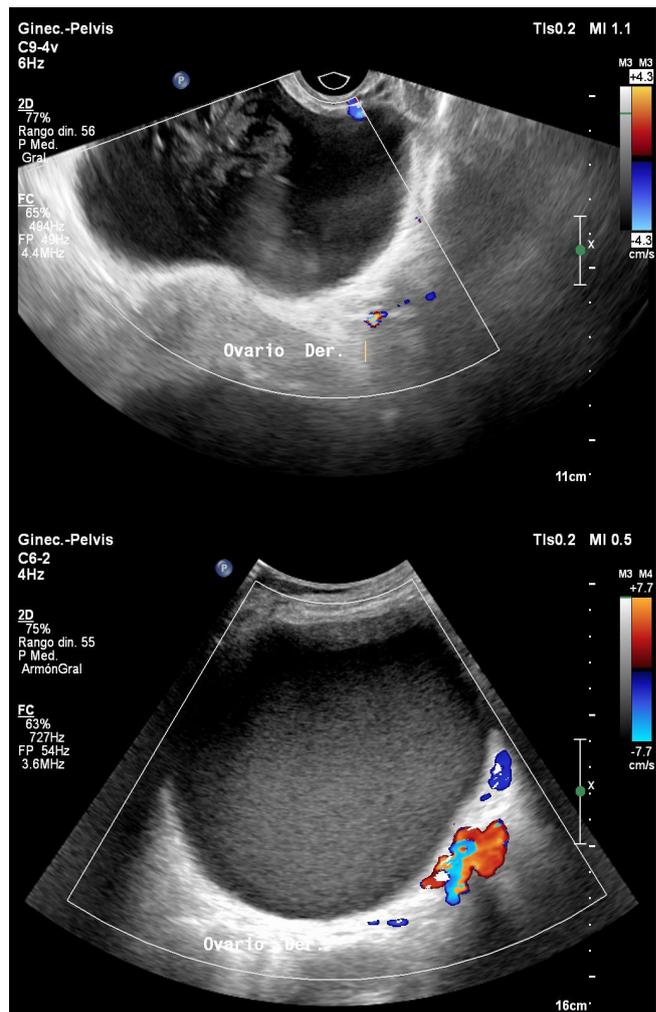
Figura 1. Lesión ovárica derecha.



Fuente: Elaboración propia (2024).

La lesión mostró un nivel líquido/líquido en su interior, con escaso material ecogénico reticulado y bordes cóncavos, además de refuerzo acústico posterior y escaso flujo vascular periférico (Figura 2).

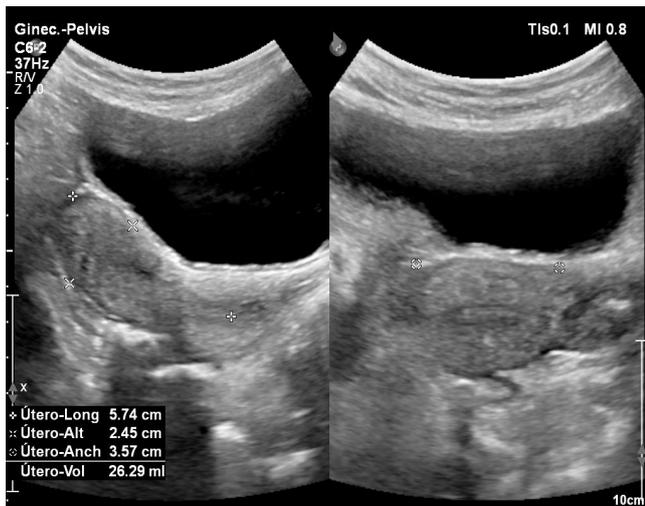
Figura 2. Características ecográficas de la lesión.



Fuente: Elaboración propia (2024).

La lesión comprimía y desplazaba órganos adyacentes (*Figura 3*).

Figura 3. Relación con órganos adyacentes.

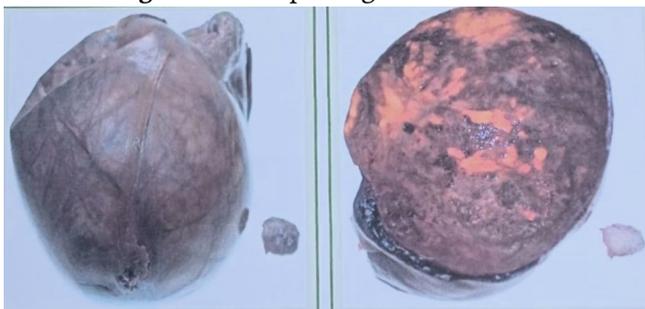


Fuente: Elaboración propia (2024).

Se realizó una laparotomía exploratoria, donde se identificó una lesión dependiente del ovario derecho, de 15 x 8 cm, acompañada de múltiples focos endometriósicos. El ovario izquierdo era normal.

El estudio histopatológico confirmó un cistoadenoma seroso infartado con extensas áreas de hemorragia y trombosis organizada, así como una trompa uterina infartada (*Figura 4*). No se encontró evidencia de neoplasia maligna.

Figura 4. Histopatología de la lesión.



Fuente: Elaboración propia (2024).

La paciente evolucionó de manera satisfactoria tras la intervención.

CONCLUSIONES

El cistoadenoma seroso gigante es un tumor benigno poco frecuente, debido a ello, el examen físico y los estudios imageneológicos basados en la clasificación O-RADS constituyen la pieza fundamental en el diagnóstico de los tumores de ovario, la

mayoría de las veces comienza con clínica compresiva que obliga a su extirpación laparotómica, como lo fue en nuestro caso. Los tumores ováricos necesitan ser diagnosticados tempranamente para prevenir complicaciones durante la cirugía, especialmente cuando alcanzan un gran tamaño en la cavidad abdominal y pélvica.

El seguimiento de estas afecciones debe ser una prioridad, para evitar recaídas y problemas posteriores. De ahí la importancia de contar con los datos clínicos, de laboratorio e imagenológicos para el diagnóstico oportuno y tratamiento quirúrgico del tumor, que sumados al análisis morfológico de la citología, aumentan la eficacia diagnóstica, ya que la búsqueda de mejores resultados constituye un desafío y un objetivo que debe guiar los esfuerzos de todo el equipo de salud involucrado.

REFERENCIAS

1. Ayala Peralta FD, Quiñones Vasquez L, Sandoval Valiente L, Garrido Rivadeneira D. Cistoadenoma seroso ovárico gigante en la posmenopausia. Reporte de un caso. Investigación Materno Perinatal [Internet]. 2020;9(1):53–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33421/inmp.2020190>
2. Magaña ÁL. Cistoadenoma mixto gigante de ovario derecho. Archivos del Hospital Universitario “General Calixto García” [Internet]. 2022;10(3). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e984/831>
3. González Machado JD, Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente “Celia Sánchez Manduley”. Manzanillo. Granma. Cuba, Fonseca Sosa FK. Cistoadenoma mucinoso gigante de ovario. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2024;84(01):78–83. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/og/v84n1/0048-7732-og-84-01-78.pdf>
4. Delgado-Alcívar K, Constante-Guanochanga V, Delgado-Alcívar S, Álvarez-Zevallos C, García-Guagua K. Cistadenoma seroso gigante de ovario: reporte de un caso en Ecuador. Braz J Hea Rev [Internet]. 2023;6(5):24884–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv6n5-529>
5. Remedios IB, Rojas ARG. Quiste gigante de ovario. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2020;49(3):e0200457–e0200457. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/457>
6. Berroterán Y, Castro M, Rivero J, Bosque V. Tumores de ovario: correlación clinicopatológica. Experiencia de 8 años en un único centro hospitalario. Rev Cien CMDLT

- [Internet]. 2022;16(Suplemento). Disponible en: <https://cmdltditorial.org/index.php/CMDLT/article/view/217>
7. Daza Rueda YP, Basantes Suárez PS, Andino Urquiza CA, Calderón Pasquel GS, Alvarado Álvarez JS. Cistoadenoma seroso gigante y poliquistosis de ovario contralateral: reporte de un caso. *Metro Ciencia*. 2023;31(2):61–6.
 8. Cadena A, Tapia Avila VH, Santamaría MV, Otañez JC. Correlación clínico, quirúrgica, imagenológica y patológica de los cistoadenomas gigantes de ovario, presentación de 2 casos clínicos. *Medicinas UTA*. 2023;7(3):86–91.
 9. Santoni CJ, Fajardo JF, Becerra A. Cistoadenoma seroso gigante de ovario complicado con torsión pedicular: reporte de caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2019;79(4):259–62. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/20397
 10. Barragán Manrique KDC, Rivadeneira Torres KE, Moran López JA, Rosas Borja CJ, Miranda Velázquez E, Ceballos Antequera ER. Cistoadenoma seroso vs mucinoso de ovario, una visión desde el punto de vista imagenológico. *Revista Ocronos* [Internet]. 2024;7(5):38. Disponible en: <https://revistamedica.com/doi-cistoadenoma-seroso-vs-mucinoso-ovario/>
 11. Jiménez García S, Izquierdo Alabau J, Monge Illanes A. Tumoración abdominopélvica gigante: a propósito de un caso clínico. *Atalaya Médica Turolense*. 2020;(19):74–5.
 12. León-Gil M del S, Morgan-Ortiz F, Peraza-Garay F. Recurrencia de masas anexiales benignas en un periodo de 5 años en un hospital de segundo nivel. *REVMEDUAS* [Internet]. 2007;10(3):112–7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinaloa/uas-2020/uas203b.pdf>
 13. De Moraes Delgado FG, Moreira de Mesquita FB, Teixeira Lessa R, Ribeiro Cesar M, Amaral Avidago E, Laizo A. Relato de caso de um cistadenoma seroso gigante de ovário em paciente com grande massa abdominal*. *Rev Med (São Paulo)* [Internet]. 2023;102(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v102i6e-204366>
 14. Expósito Fernández R, Navarro Rodríguez M. Tumor mucinoso gigante ovárico. Caso clínico. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2021;48(2):127–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2020.10.003>
 15. Gómez G, Palacios Y, Fiallos J, Pérez G. Análisis social sobre informe de un caso clínico quirúrgico: Cistoadenoma mucinoso de ovario. *Journal of business and entrepreneurial studies* [Internet]. 2020;4(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=573661266021>
 16. Pairola G, Montenegro S, Torres N, Nocito AL. Rol de la citología en el diagnóstico intraoperatorio de lesiones neoplásicas del ovario y correlación histológica. *Rev Med Rosario* [Internet]. 2021;87(2):51–5. Disponible en: <https://revistamedicaderosario.org/index.php/rm/article/view/137>
 17. Moya Sánchez E, Pérez Naranjo P, Díaz Rubia L, Gutiérrez Sainz J. Cistoadenofibroma seroso ovárico gigante. *Cir Andal*. 2020;31(4):534-35. DOI: 10.37351/2020314.15. *Cirugía Andaluza*. 2020;31(4):534–5.
 18. ISUOG. Entrenamiento Básico ISUOG. Examen de los Ovarios y los Anexos [Internet]. Disponible en: <https://www.isuog.org/static/3383863f-15a1-437f-93271156bc7e1c07/Lecture-28-Examining-the-ovaries-and-adnexae-Spanish-rev-CV-1019.pdf>
 19. ISUOG. Entrenamiento Básico ISUOG. Imágenes Ultrasonográficas Típicas De Patologías Comunes en los Anexos [Internet]. Disponible en: <https://www.isuog.org/static/32407e6b-683f-41c1-96a599ec63f9452f/Lecture-29-Imagenes-ultrasonograficas-tipicas-de-patologias-comunes-en-los-anexos-rev-CV-1019.pdf>
 20. Murphy LB, Tarraubella DXC, Lara DD, Araez DAC, Bordas PMT, Rodríguez DMU. O-RADS: revisión pictográfica del sistema de informe radiológico estandarizado de las lesiones ováricas-anexiales basado en casos de nuestro centro. *seram* [Internet]. 2022;1(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8919>
 21. Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, Collins WP, Verrelst H, Vergote I, et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group: Definitions for sonography of adnexal tumors. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2000;16(5):500–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1469-0705.2000.00287.x>
 22. Cañizares JCA, Lorenzo JAP, Aja LT. Cistoadenoma seroso de ovario. Presentación de un caso Serous cystadenoma of the ovary. A case report [Internet]. *Sld.cu*. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/45253/4633> 🌐

Citar como: Diaz Moreno MH, Cistoadenoma seroso gigante de ovario derecho: Reporte de un caso en el Hospital Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, IMSS Bienestar. *AMU*. 2025;3(3):116-121. Doi: [10.31644/AMU.V03.N03.2025.A14](https://doi.org/10.31644/AMU.V03.N03.2025.A14).