



## Cistoadenoma mucinoso gigante de ovario

 Juan Daniel González Machado<sup>1</sup>,  Fernando Karel Fonseca Sosa<sup>2</sup>.

### RESUMEN

*Aunque el cistoadenoma mucinoso de ovario tiene un crecimiento benigno, puede crecer hasta tener grandes dimensiones. Se presenta el caso de una paciente de 70 años que acudió a consulta por presentar dolor abdominal recurrente y difuso. A la exploración física se palpó una gran masa que ocupaba toda la cavidad abdominal, hasta la apófisis xifoides, redondeada, renitente, de bordes definidos, no dolorosa, no movable. Presencia de edema en miembros inferiores. Durante el acto operatorio se identificó útero miomatoso y quiste gigante de ovario izquierdo, aproximadamente de 40 x 30 cm y 13,6 kg de peso. Se realizó histerectomía total abdominal y salpingooforectomía bilateral. La biopsia confirmó el diagnóstico de cistoadenoma mucinoso benigno de ovario y leiomiomatosis uterina. El posoperatorio transcurrió favorablemente. La incidencia de cistoadenoma gigante de ovario es desconocida, debido a la falta de un concepto estandarizado y las modalidades de imagen avanzadas disponibles en la actualidad.*

**Palabras clave:** Ovario, Quistes ováricos, Cistoadenoma mucinoso, Neoplasias ováricas.

### Giant ovarian mucinous cystadenoma

#### SUMMARY

*Although ovarian mucinous cystadenoma has a benign growth, it can grow to be very large. We present the case of a 70-year-old patient who came to the clinic for recurrent and diffuse abdominal pain. On physical examination, a large mass was palpated that occupied the entire abdominal cavity, up to the xiphoid appendix, rounded, retentive, with defined edges, non-painful, non-movable. Presence of edema in lower limbs. During the surgical act, a myomatous uterus and a giant left ovarian cyst measuring approximately 40 x 30 cm and weighing 13.6 kg were identified. Total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy were performed. The biopsy confirmed the diagnosis of benign ovarian mucinous cystadenoma and uterine leiomyomatosis. The postoperative period progressed favorably. The incidence of giant ovarian cystadenoma is relatively unknown due to the lack of a standardized concept and currently available advanced imaging modalities.*

**Keywords:** Ovary, Ovarian cysts, Mucinous cystadenoma, Ovarian neoplasms.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores de ovario son las neoplasias ginecológicas más comunes, con una prevalencia de 2,5 % a 6,6 %, y la octava causa principal de mortalidad por cáncer entre las mujeres en todo el mundo. Las neoplasias ováricas se presentan en una variedad de subtipos y se originan

en un 65 % a 70 % de los casos, de células estromales epiteliales superficiales. Entre ellas, el cistoadenoma mucinoso es un tumor ovárico quístico que se origina en el epitelio superficial del ovario, caracterizado por ser productor de mucina (1).

Aunque el cistoadenoma mucinoso tiene un crecimiento benigno, puede crecer hasta tener grandes dimensiones. Generalmente, se detectan de manera incidental en estudios de imagen o durante el examen ginecológico de rutina; por lo tanto, la incidencia de cistoadenoma gigante de ovario es baja o relativamente desconocida debido a las modalidades de imagen avanzadas disponibles en la actualidad (1).

<sup>1</sup>Especialista en Cirugía General. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo. Granma. Cuba. <sup>2</sup>Especialista en Cirugía General. Profesor Asistente en Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo. Granma. Cuba. Correo de correspondencia: ffonsecasosa@gmail.com

**Forma de citar este artículo:** González JD, Fonseca FK. Cistoadenoma mucinoso gigante de ovario. Rev Obstet Ginecol Venez. 84(1):78-83. DOI 10.51288/00840112

Para definir un quiste gigante de ovario existen criterios (divergentes y pocos argumentados) según el peso, tamaño y exploración clínica. Según González y cols. (2), 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 (2). Desde el punto de vista clínico, son aquellos que alcanzan una altura superior al nivel del ombligo (3).

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. Históricamente, un quiste de ovario que pesó 148,6 kg (328 lb) quedó registrado en la literatura médica (4).

El objetivo de este reporte fue presentar una paciente intervenida quirúrgicamente por un cistoadenoma mucinoso gigante de ovario, porque es una afección relativamente rara en la actualidad, debido al desarrollo de la cirugía y a los medios diagnósticos con que se cuenta.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 70 años de edad, procedencia rural, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, quirúrgicos de colecistectomía y ginecoobstétricos: menarquia 12 años, primeras relaciones sexuales a los 16 años, cuatro gestaciones, tres partos eutócicos, un aborto; menopausia a los 48 años. Acudió a consulta por presentar dolor abdominal que comenzó un año antes, difuso, intermitente, de leve intensidad, sin irradiación, se aliviaba de manera espontánea, sin otros síntomas acompañantes.

A la exploración física se palpó una masa que ocupaba toda la cavidad abdominal, hasta llegar a la apófisis xifoides, redondeada, superficie lisa, renitente, de bordes definidos, no dolorosa, no movable (Figura 1). Se observó presencia de edema en miembros inferiores. La paciente pesó 80 kg, y la talla fue 162 cm, con un índice de masa corporal de 30,5 Kg/m<sup>2</sup>. En el examen ginecológico se evidenció: genitales externos normoconfigurados, vulva entreabierta, al espéculo cuello central de múltipara, sin leucorrea. Al tacto vaginal, paredes vaginales secas, no tumorales, cuello no doloroso, fondo de sacos vaginales normales.

Los exámenes de laboratorio al ingreso, incluidos los marcadores tumorales (CA-125 y antígeno carcinoembrionario), estuvieron dentro de límites normales. La ecografía abdominal informó imagen ecolúcida multiloculada que se extendía desde hipogastrio hasta epigastrio. Paredes regulares, finas, ecos internos refringentes en su interior. No se observaron vegetaciones ni tabiques internos.

La tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen informó imagen hipodensa, que correspondía con ovario izquierdo, redondeada, de contornos regulares,



Figura 1. Abdomen previo al acto quirúrgico.

bien definidos que medía 370 x 276 mm, con presencia de tabiques de 5 mm. Desplazaba el útero hacia la derecha. El útero era de tamaño normal, con una calcificación en su interior que medía 8 mm e impresionaba como mioma calcificado. No se vieron adenopatías en cavidad abdominal. Se concluyó como quiste gigante de ovario izquierdo.

Se evaluó en consulta multidisciplinaria y se decidió intervención quirúrgica electiva. Con la paciente en decúbito supino, bajo anestesia regional peridural se realizó asepsia y antisepsia e incisión media supra- e infraumbilical hasta cavidad abdominal. Se identificó el útero miomatoso y el quiste gigante de ovario izquierdo, de aproximadamente 40 x 30 cm. No se encontró ascitis, ni adenopatías. El resto de los órganos intraabdominales estaban normales. Se realizó histerectomía total abdominal y salpingooforectomía bilateral. El quiste pesó 13,6 kg (Figura 2). Se practicó cierre de la cavidad abdominal por planos. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue egresada al séptimo día de la intervención quirúrgica.

El estudio anatomopatológico informó: útero con leiomiomas subserosos e intramurales. Ovario izquierdo con quiste de pared delgada recubierta internamente por una capa de epitelio cilíndrico secretor de moco de tipo endocervical, con células



Figura 2. Quiste gigante de ovario izquierdo resecado.

caliciformes. No había atipia, estratificación ni actividad mitótica. El ovario derecho y ambas trompas estaban sin alteraciones. Se concluyó como un cistoadenoma mucinoso benigno de ovario izquierdo y leiomiomatosis uterina.

## DISCUSIÓN

Los cistoadenomas mucinosos de ovario constituyen aproximadamente entre el 10 % - 15 % de todas las neoplasias ováricas. Específicamente, los cistoadenomas mucinosos benignos comprenden el 80 % de los tumores mucinosos de ovario. Se encuentra que el 10 % de estos tumores son malignos y el 10 % restante son limítrofes. Una característica llamativa de estos tumores es que pueden crecer hasta tener grandes dimensiones y mientras mayores sean aumenta el riesgo de malignidad. Afectan generalmente a mujeres entre la segunda y cuarta década de la vida (5). En este caso, no coincide con la edad más frecuente de presentación.

Los hallazgos anatomopatológicos macroscópicos del cistoadenoma mucinoso benigno muestran un gran tumor quístico unilateral (en aproximadamente, el 95 % de los casos), con una superficie exterior lisa, que puede ser multilocular o unilocular. Microscópicamente, se componen de glándulas revestidas por epitelio mucinoso simple no estratificado. El epitelio se parece a la mucosa gástrica o al epitelio intestinal con células caliciformes. También pueden estar presentes células neuroendocrinas, de Paneth y papilas focales. El estroma ovárico adyacente al revestimiento epitelial del quiste puede contener regiones de luteinización estromal (5).

Los factores de riesgo para los quistes ováricos incluyen: embarazo, hipotiroidismo, tratamiento hormonal en la infertilidad y tabaquismo (6). Los

quistes ováricos suelen ser asintomáticos en las primeras etapas y solo se manifiestan los síntomas una vez que han alcanzado grandes dimensiones, lo que dificulta el diagnóstico temprano. Algunos de los síntomas que producen los quistes gigantes de ovario son: dolor abdominal difuso, constipación, saciedad precoz, vómitos, micción frecuente y sangrado vaginal (7).

Cuando los quistes comienzan a crecer y desplazar las estructuras adyacentes, aparecen síntomas variables de efecto de masa, desde dolor abdominal leve hasta complicaciones graves que amenazan la vida, como la torsión ovárica, ruptura quística y hemorragia (8).

El diagnóstico inicial de tumor anexial se obtiene mediante la ecografía abdominal y transvaginal. La TAC y la imagen por resonancia magnética pueden ayudar aún más a visualizar la especificidad de los quistes ováricos (8). El antígeno del cáncer 125 (CA-125) es el mejor biomarcador para las neoplasias malignas de ovario y, actualmente, el estándar clínico para el seguimiento de la enfermedad. Sin embargo, carece de especificidad como herramienta de detección, ya que puede estar elevado en otros tumores benignos (endometriosis y enfermedades pélvicas inflamatorias) y malignos (cáncer de mama, pulmón y gastrointestinal) (9).

Los métodos de biopsia convencionales y los biomarcadores como el CA-125 tienen aplicaciones clínicas limitadas. La biopsia líquida es un método de muestreo novedoso que analiza biomarcadores tumorales distintivos liberados en la circulación periférica, incluido el ADN tumoral y las células tumorales circulantes. La creciente evidencia sugiere que la biopsia líquida podría mejorar el diagnóstico precoz de las neoplasias malignas de ovario, predecir el pronóstico, detectar la recurrencia y monitorizar la respuesta al tratamiento (10).

La conducta ante los tumores de ovario comienza con una evaluación inicial mediante el índice de riesgo de malignidad, que depende del estado menopáusico, los hallazgos ultrasonográficos y los niveles de CA-125 antes del acto operatorio, a fin de formular un plan quirúrgico óptimo y otras necesidades de quimiorradiación (11).

Existen otros factores a tener en cuenta antes de la cirugía, como la edad de la paciente, el deseo de tener hijos, el estado nutricional, el acceso a las instalaciones médicas y la experiencia del cirujano. Será necesaria una planificación cuidadosa, para obtener resultados favorables, con un enfoque multidisciplinario para el manejo, tanto pre- como posoperatorio, por parte del equipo de ginecólogos, oncocirujanos, anestesistas, intensivistas y dietistas (11).

El estándar de oro del tratamiento de cualquier tumor ovárico sospechoso incluye la resección completa de los anexos afectados, mediante laparotomía, con evaluación patológica intraoperatoria. Los cistoadenomas mucinosos benignos están, por definición, confinados al ovario y no se requiere ningún procedimiento adicional (12).

El manejo quirúrgico de los tumores gigantes de ovario se asocia a complicaciones potencialmente mortales, que surgen después de la cirugía debido a cambios rápidos en la circulación corporal; e incluyen hipotensión grave, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, embolismo pulmonar y sepsis. Es necesaria, en algunos casos, la preparación pulmonar para mejorar su función después de la cirugía. En el posoperatorio, la reducción del íleo paralítico, el apoyo respiratorio y el control de los parámetros hemodinámicos son claves (12).

Moon y cols. (13) mencionan que el drenaje intraoperatorio controlado de los quistes gigantes puede ayudar a prevenir que los vasos esplácnicos y

la vena cava inferior se liberen repentinamente de la compresión como sucede en la resección completa de un quiste.

En el pasado, la laparotomía exploradora era el método quirúrgico más común, que tenía la ventaja de minimizar el riesgo de una implantación intraperitoneal causada por el derrame celular en caso de una transformación maligna del tumor. Sin embargo, algunos quistes ováricos gigantes ocupan casi toda la cavidad abdominal hasta la apófisis xifoides. La incisión abdominal, que alcanzaba decenas de centímetros de largo, causaba grandes problemas a las pacientes, especialmente a las más jóvenes (14).

En los últimos años, la cirugía mínimamente invasiva se ha empleado en el campo de la ginecología, sobre la base de la selección adecuada de pacientes y profesionales expertos en cirugía laparoscópica. La laparoscopia es una opción para la mayoría de los quistes ováricos benignos, pero el tamaño de los quistes puede ser un factor limitante. Los quistes ováricos gigantes aumentan la complejidad y dificultad en esta vía de abordaje. Evitar la fuga del líquido del quiste se ha convertido en un desafío. La resección asistida por laparoscopia de estos quistes gigantes se ha desarrollado considerablemente (14).

En conclusión, a pesar de que el cistoadenoma mucinoso de ovario alcanza grandes dimensiones, es muy infrecuente el diagnóstico de estos quistes gigantes debido a las modalidades de imagen avanzadas disponibles en la actualidad. La definición de quiste gigante de ovario está sumida en cierta controversia y desacuerdo, sería prudente unificar criterios sobre un concepto único para determinar la tasa de incidencia o prevalencia de estos tumores.

**Sin conflictos de interés.**

## REFERENCIAS

1. 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.
2. González Pérez D, Hierresuelo Jiménez D, Misiara Álvarez N. Quiste gigante de ovario. *Rev 16 de abril [Internet].* 2014 [consultado 15 de junio de 2023]; 53(256): 99-107. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=57627>
3. Santoni CJ, Fajardo JF, Becerra A. Cistoadenoma seroso gigante de ovario complicado con torsión pedicular. Reporte de caso. *Rev Obstet Ginecol Venez [Internet].* 2019 [consultado 15 de junio de 2023]; 79(4):259-262. Disponible en: [https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2019\\_vol79\\_num4\\_10.pdf](https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2023/03/2019_vol79_num4_10.pdf)
4. Albers CE, Ranjit E, Sapra A, Bhandari P, Wasey W. Clinician Beware, Giant Ovarian Cysts are Elusive and Rare. *Cureus.* 2020;12(1):e6753. DOI: 10.7759/cureus.6753.
5. Marko J, Marko KI, Pachigolla SL, Crothers BA, Mattu R, Wolfman DJ. Mucinous Neoplasms of the Ovary: Radiologic-Pathologic Correlation. *Radiographics.* 2019;39(4):982-997. DOI: 10.1148/rg.2019180221.
6. Khadayat P, Kayastha B, Koirala P. Mucinous Cystadenoma of Ovary with Vague Symptoms: A Case Report. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2022;60(252):747-749. DOI: 10.31729/jnma.7513.
7. Halani D, Jaiswal A. Postmenopausal woman with 24 kilograms ovarian mucinous cystadenoma: a rare case report. *Pan Afr Med J.* 2023;44:42. DOI: 10.11604/pamj.2023.44.42.36942.
8. Somagutta MR, Luvsannyam E, Jain MS, Elliott-Theberge K, Grewal AS, Pendyala SK, *et al.* A Rare Case of Massive Ovarian Mucinous Cystadenoma With Postmenopausal Bleeding. *Cureus.* 2020;12(9):e10198. DOI: 10.7759/cureus.10198.
9. Asante DB, Calapre L, Ziman M, Meniawy TM, Gray ES. Liquid biopsy in ovarian cancer using circulating tumor DNA and cells: Ready for prime time? *Cancer Lett.* 2020;468:59-71. DOI: 10.1016/j.canlet.2019.10.014.
10. Zhu JW, Charkhchi P, Akbari MR. Potential clinical utility of liquid biopsies in ovarian cancer. *Mol Cancer.* 2022;21(1):114. DOI: 10.1186/s12943-022-01588-8.
11. Deo A, Shrivastava D, Shanoo A. Giant Borderline Mucinous Cystadenoma: A Distressing Scenario. *Cureus.* 2022;14(4):e23968. DOI: 10.7759/cureus.23968.
12. Gwanzura C, Muyotcha AF, Magwali T, Chirenje ZM, Madziyire MG. Giant mucinous cystadenoma: a case report. *J Med Case Rep.* 2019;13(1):181. DOI: 10.1186/s13256-019-2102-z.

13. Moon AS, DeAngelis AM, Fairbairn M, Kulikowski K, Goldenberg D, Chuang L, *et al.* Removal of 132-pound ovarian mucinous cystadenoma: A case report. *SAGE Open Med Case Rep.* 2020;8:2050313X20906738. DOI: 10.1177/2050313X20906738.
14. Jiang L, Zhao X, Han Y, Liu K, Meng X. Giant Ovarian Cysts Treated by Single-Port Laparoscopic Surgery: A Case Series. *Front Oncol.* 2021;11:796330. DOI: 10.3389/fonc.2021.796330.

Recibido 26 de agosto de 2023  
Aprobado 10 de diciembre de 2023