

Cistoadenocarcinoma seroso papilar de alto grado: un caso clínico detallado

 Erika Lorena Giraldo Castañeda,¹  Janeth Cecilia Alvarado Luna,¹
 Eliana Soley Gutiérrez Calderón,¹  Liana Mayerly Jaramillo Sanabria,¹  German Oved Acevedo Osorio.¹

RESUMEN

El cistoadenocarcinoma seroso papilar de alto grado con metástasis en el epiplón es un tipo raro y agresivo de carcinoma. Este informe describe el caso de una mujer de 43 años con antecedentes familiares de cáncer y una historia de infertilidad, que presentó dolor pélvico constante. La ultrasonografía pélvica transvaginal reveló una lesión multiloculada en el ovario derecho, clasificada como O-RADS 5, sugiriendo malignidad. La tomografía computarizada confirmó una masa anexial derecha sólida con ascitis moderada. Durante la cirugía, se realizó la excéresis del tumor ovárico y del útero, confirmando cistoadenocarcinoma seroso papilar de alto grado con metástasis focales en el epiplón. El manejo óptimo de este cáncer requiere un enfoque multidisciplinario y una vigilancia clínica rigurosa.

Palabras clave: Cistoadenocarcinoma, O-RADS 5, Morbilidad, Metástasis.

High-grade serous papillary cystadenocarcinoma: a detailed clinical case

SUMMARY

High-grade serous papillary cystadenocarcinoma with omental metastasis is a rare and aggressive type of carcinoma. This report describes the case of a 43-year-old woman with a family history of cancer and a history of infertility, who presented with persistent pelvic pain. Transvaginal pelvic ultrasonography revealed a multiloculated lesion in the right ovary, classified as O-RADS 5, suggesting malignancy. Computed tomography confirmed a solid right adnexal mass with moderate ascites. During surgery, excision of the ovarian tumor and the uterus was performed, confirming high-grade serous papillary cystadenocarcinoma with focal metastases in the omentum. Optimal management of this cancer requires a multidisciplinary approach and rigorous clinical surveillance.

Keywords: Cystadenocarcinoma, O-RADS 5, Morbidity, Metastasis.

INTRODUCCIÓN

El cistoadenocarcinoma seroso papilar de alto grado con metástasis en el epiplón es una forma inusual de carcinoma que se desarrolla a partir del tejido glandular, caracterizándose por la producción de material mucoide por parte de las células malignas. Aunque su aparición es rara, puede manifestarse en diversas regiones del cuerpo, como el epidídimo, los ovarios y el epiplón. Cuando se produce metástasis en

el epiplón, implica la propagación del cáncer desde su sitio primario hasta esta zona del abdomen. El manejo de este cáncer generalmente involucra la resección quirúrgica y un monitoreo riguroso del paciente (1, 2).

Esta patología predomina en mujeres posmenopáusicas, aunque también se documentan casos en mujeres más jóvenes. Se ha podido evidenciar que, a nivel mundial, ocupa el séptimo lugar entre los carcinomas más comunes en las mujeres y de la misma manera, el séptimo como causante de mortalidad. Es importante recalcar que, a nivel mundial, este carcinoma tiene una incidencia anual de 238 719 nuevos casos y se puede encontrar una mortalidad de 151 905. En Colombia, se evidencia que el cáncer epitelial de ovario es la

¹Magister en Salud Pública y Desarrollo Social, Programa de Instrumentación Quirúrgica, Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira, Colombia. Correo para correspondencia: egiraldo@areandina.edu.co

Forma de citar este artículo: Giraldo EL, Alvarado JC, Gutiérrez ES, Jaramillo LM, Acevedo GO. Cistoadenocarcinoma seroso papilar de alto grado: un caso clínico detallado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2024;84(4):498 – 502- DOI: 10.51288/00840418

segunda causa de morbilidad generada por tumores ginecológicos, después del carcinoma de cuello uterino, con una estimación para 2017 de 1438 casos nuevos y una mortalidad de 883. Teniendo en cuenta lo anterior, en estudios clinicopatológicos, se han demostrado nuevas teorías sobre la carcinogénesis, clasificándolos en tipo I y II, los primeros serosos de bajo grado y el II serosos de alto grado, el último con un comportamiento agresivo e inestable (3, 4).

Gracias a los avances en los tratamientos, la incidencia y mortalidad por cáncer de ovario han disminuido en un 30 % en las últimas décadas. No obstante, menos del 50 % de las mujeres sobreviven más de cinco años tras el diagnóstico, debido a la prevalencia de carcinomas serosos agresivos de alto grado y la falta de síntomas específicos tempranos y estrategias efectivas de detección temprana. Los factores de riesgo asociados con el carcinoma seroso de alto grado siguen siendo un misterio, lo que complica los intentos de prevención. Las tasas de supervivencia han experimentado solo una leve mejora en los últimos treinta años (5, 6).

Este cáncer presenta un desafío significativo para los equipos médicos debido a su capacidad de mimetizar otras condiciones benignas en la cavidad pélvica, lo que frecuentemente retrasa el diagnóstico definitivo y complica la estrategia de tratamiento óptima, la detección precoz y el manejo multidisciplinario son cruciales para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de las pacientes afectadas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años con antecedentes familiares significativos de cáncer, incluyendo cáncer de estómago en un hombre de 60 años y carcinoma de cérvix en una mujer de 50 años. La paciente tiene una historia de

infertilidad y presenta hipotiroidismo bajo tratamiento médico. Ha tenido múltiples laparoscopias debido a endometriosis diagnosticada hace más de 10 años y utiliza un dispositivo intrauterino anticonceptivo. Su historia obstétrica incluye un embarazo con aborto (G1A1) y amenorrea.

La paciente acudió con un cuadro de cuatro semanas de dolor pélvico constante, exacerbado con la bipedestación, sin flujo ni sangrado, y con sensación de inflamación pélvica. Al final de la cuarta semana, el dolor se intensificó irradiándose a la región umbilical. Durante la ultrasonografía pélvica ginecológica transvaginal (Figura 1), el ovario derecho mostró una apariencia anormal, reemplazado por una lesión multiloculada con más de 10 lóculos. La estructura sólido-quística de la lesión tenía un componente sólido que representaba aproximadamente el 70 % del tumor. Las proyecciones de la masa y el contorno de la lesión eran irregulares. El *doppler* color identificó una puntuación IOTA (*International Ovarian Tumor Analysis*) nivel III-IV, indicando una alta vascularización de la lesión. Las medidas del tumor fueron 133,1 x 117,9 x 139,2 mm, con un volumen de 1143,41 cm³. La clasificación O-RADS 5 (*Ovarian-Adnexal Imaging-Reporting-Data System*) sugirió un alto riesgo de malignidad. Adicionalmente, se detectó líquido libre en el fondo de saco posterior, superior al útero y la lesión, consistente con ascitis.

La tomografía computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste reveló una masa anexial derecha sólida, de bordes bien definidos, con captación moderada y heterogénea del contraste, de aproximadamente 11 x 12 cm, en vecindad con el cuerno derecho del útero, que se apreciaba normal. Se observó ascitis en cantidad moderada sin evidencia de loculación. No se identificaron lesiones focales en el hígado, ni compromiso peritoneal o lesiones sospechosas en el retroperitoneo. El epiplón presentó características normales.

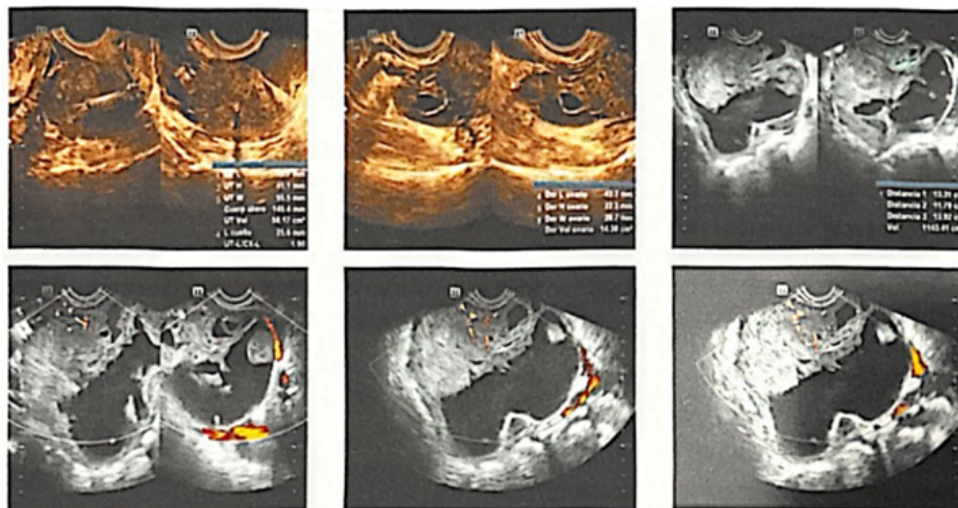


Figura 1. Ultrasonografía pélvica ginecológica transvaginal.

Durante la cirugía, se procedió a la toma de líquido hemorrágico (40 cc) para análisis citológico y revisión de cavidad. Se liberaron adherencias densas de la masa a la pared posterior uterina y se realizó la apertura del retroperitoneo derecho, identificando y liberando los uréteres hasta el cruce con la arteria uterina. Se efectuó la excéresis del tumor ovárico, enviándolo a patología para corte congelado. Además, se resecó una lesión tumoral en el peritoneo vesical del fondo de saco anterior. La disección incluyó la liberación de adherencias densas del recto al peritoneo y uréter izquierdo, así como la excéresis de útero mediante histerectomía retrógrada. Se llevó a cabo una linfadenectomía derecha con la disección del paquete ilio-obturador ipsilateral y una omentectomía infracólica. Se observó ascitis hemorrágica (2100 cc) y una lesión tumoral sólido-quística de 15 x 10 cm con ruptura de serosa. El útero, incluido en un intenso síndrome adherencial, se veía macroscópicamente sano. No se encontraron lesiones macroscópicas en el omento ni en la superficie hepática. El reporte de corte congelado confirmó cistoadenocarcinoma seroso papilar de alto grado con serosa libre y necrosis tumoral.

Los resultados de la biopsia por congelación mostraron una tumoración ovárica que pesaba 630 gramos y medía 16 x 15 x 5 cm. Al corte, se identificó una masa papilar y sólida con formaciones blandas, blanco-grisáceas y múltiples nodulaciones que infiltraban la pared, dejando libre la serosa. Además, se recibió el útero que medía 12 x 7 cm, con un cérvix de 4 cm de diámetro, un dispositivo intrauterino en el fondo del útero y áreas de adenomiosis. Los especímenes procesados incluían el peritoneo vesical, nódulos iliacos externos derechos y obturador derecho. Microscópicamente, se observó un cistoadenocarcinoma seroso papilar compuesto por múltiples papilas y estructuras glandulares con varias capas de células atípicas, con 3 a 4 mitosis por campo de alto poder, e infiltración focal de la serosa. El endometriometrio mostró adenomiosis superficial e inflamación mononuclear sin evidencia de neoplasia residual, y el epiplón presentó metástasis focales. Los ganglios linfáticos iliacos externos derechos y obturadores derechos fueron negativos para metástasis, con un estudio genético negativo mediante secuenciación NGS + CNV (secuenciación de nueva generación más variación del número de copias) para genes relacionados con cáncer hereditario (72 gémenes).

DISCUSIÓN

El cistoadenocarcinoma seroso papilar de alto grado es un tipo de cáncer poco común y muy agresivo que plantea desafíos significativos tanto en su diagnóstico como en su tratamiento clínico. Este caso es relevante por su presentación inusual y la complejidad del tratamiento quirúrgico, además de su impacto en la morbilidad y mortalidad en mujeres de mediana edad. Hay que destacar la importancia de este caso es que facilita una mejor comprensión de la naturaleza insidiosa de este carcinoma y resalta la necesidad de una vigilancia clínica rigurosa y de métodos de diagnóstico avanzados para su detección temprana (7).

En un estudio realizado por Cortés y cols. (7), se evidenciaron dos casos de mujeres de 18 años con este carcinoma, cuya agresividad en uno de los casos, tiene estrecha relación de esta patología con una historia de cáncer familiar presentando complicaciones clínicas, metástasis cercanas y equidistantes, mientras que el otro caso, en una paciente con la misma edad, no tiene historia familiar de cáncer y la evolución de la patología fue más conservadora pues no hubo metástasis cercanas, ni equidistantes. La paciente de 43 años de este caso clínico presenta antecedentes familiares de cáncer y se podría inferir una posible predisposición hereditaria a desarrollar patologías carcinogénicas.

Es importante recalcar que la historia de infertilidad en algunas mujeres juega un papel relevante para desarrollar cáncer de ovario, como lo cita Araya y Paizano (4), quienes señalan que, entre los factores de riesgo, se encuentra una disminución en los embarazos y periodo de lactancia, nuliparidad, menopausia tardía, menarca temprana y edad avanzada.

En la ultrasonografía pélvica ginecológica transvaginal se observó que el ovario derecho presentaba lesión multiloculada, de estructura sólido-quística, representando aproximadamente el 70 % del tumor. Al utilizar el *doppler* color, se identificó una alta vascularización de la lesión, junto con las medidas del

tumor y su volumen, lo que permitió clasificarla como O-RADS 5, lo que sugiere un alto riesgo de malignidad. Por otra parte, en la tomografía computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste se observó la presencia de ascitis en cantidad moderada sin evidencia de loculación, por lo anterior, la importancia de los métodos diagnósticos permitió establecer la necesidad de un abordaje quirúrgico y oncológico inmediato. Durante la cirugía se tomó líquido para análisis citológico, se liberaron adherencias, se hizo excéresis del útero y del tumor ovárico, enviándolo a patología para biopsia por congelación, arrojando un resultado positivo para cistoadenocarcinoma seroso papilar, el epiplón presentó metástasis focales por lo que se realizó linfadenectomía derecha y una omentectomía infracólica.

Las limitaciones del reporte de caso incluyen su naturaleza descriptiva y el enfoque en una sola paciente. La ausencia de un grupo de control y el seguimiento a largo plazo dificultan la generalización de los hallazgos y la evaluación de la efectividad del tratamiento a lo largo del tiempo. Otro factor relevante es la escasez de reportes de casos clínicos sobre el cistoadenocarcinoma en mujeres premenopáusicas, lo que limita la comparación y comprensión de esta patología en este grupo demográfico.

La endometriosis es una enfermedad crónica benigna que, según algunos estudios, puede estar asociada con ciertos tipos de cáncer de ovario, como los carcinomas endometrioides y de células claras. Sin embargo, esta relación no es definitiva, y la endometriosis en sí misma no es un factor de riesgo directo para el cáncer de ovario. Este caso clínico pone de relieve la importancia de la historia clínica y el seguimiento de las pacientes con endometriosis, ya que la coincidencia de esta condición con el cáncer de ovario puede complicar el diagnóstico y tratamiento (8, 9).

La detección temprana del cáncer de ovario sigue siendo un reto importante debido a la inespecificidad de sus síntomas y la falta de métodos efectivos de tamizaje, a diferencia de otros tipos de cáncer como el

de cuello uterino, próstata y mama. Este caso resalta el papel esencial de la ecografía transvaginal y la clasificación IOTA en la evaluación y diagnóstico de las masas ováricas. El uso de estos criterios permite un pronóstico más preciso para las pacientes e intervenciones quirúrgicas adecuadas y oportunas (10, 11).

CONCLUSIÓN

Los tumores malignos de ovario representan un desafío continuo debido a la inespecificidad de sus síntomas y la falta de un método de tamizaje estandarizado, lo que complica tanto la detección temprana como el tratamiento adecuado. En este contexto, la evaluación por imágenes, especialmente mediante ecografía transvaginal y la clasificación IOTA, es crucial para una valoración precisa de las masas ováricas, facilitando una mejor planificación quirúrgica y proporcionando un pronóstico más acertado para las pacientes. Además, el manejo óptimo requiere la intervención de un equipo multidisciplinario, liderado por un ginecólogo oncólogo, garantizando así un tratamiento integral y efectivo.

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Singh N, McCluggage WG, Gilks CB. High-grade serous carcinoma of tubo-ovarian origin: recent developments. *Histopathology*. 2017;71(3):339-356. DOI: 10.1111/his.13248.
2. Delair D, Soslow RA. Key features of extrauterine pelvic serous tumours (fallopian tube, ovary, and peritoneum). *Histopathology*. 2012;61(3):329-39. DOI: 10.1111/j.1365-2559.2011.04167.x.
3. Hernández D, González Y. Carcinomas epiteliales del ovario de alto y bajo grado: Estado de Arte. *Repert Med Cir*. 2015;24(2):105-12. DOI: 10.31260/RepertMedCir.v24.n2.2015.630
4. Araya A, Paizano G. Cáncer de ovario. *Rev Méd Sinergia*. 2021;6(7) DOI: 10.31434/rms.v6i7.690
5. Wentzensen N, Poole EM, Trabert B, White E, Arslan AA, Patel AV, *et al*. Ovarian Cancer Risk Factors by Histologic Subtype: An Analysis From the Ovarian Cancer Cohort Consortium. *J Clin Oncol*. 2016;34(24):2888-98. DOI: 10.1200/JCO.2016.66.8178..
6. Torre LA, Trabert B, DeSantis CE, Miller KD, Samimi G, Runowicz CD, *et al*. Ovarian cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(4):284-296. DOI: 10.3322/caac.21456.
7. Cortés-Esteban P, Gómez-Ávalos J, Millán-Aguilar H, Adame-González I, Jasso-Sosa V, Cortés-Esteban P, *et al*. Cáncer de ovario epitelial seroso de alto grado, BRCA negativo, en dos mujeres de 18 años. Reporte de casos. *Gac Mex Oncol*. 2023; 22:41-6. DOI: 10.24875/j.gamo.220000951
8. Gourley C. Link between endometriosis and ovarian-cancer subtypes. *Lancet Oncol*. 2012;13(4):326-8. DOI: 10.1016/S1470-2045(12)70029-3.
9. Pearce CL, Templeman C, Rossing MA, Lee A, Near AM, Webb PM, *et al*.; Ovarian Cancer Association Consortium. Association between endometriosis and risk of histological subtypes of ovarian cancer: a pooled analysis of case-control studies. *Lancet Oncol*. 2012;13(4):385-94. DOI: 10.1016/S1470-2045(11)70404-1.
10. Timmerman D, Testa AC, Bourne T, Ameye L, Jurkovic D, Van Holsbeke C, *et al*. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2008 Jun;31(6):681-90. DOI: 10.1002/uog.5365.
11. Chacon E, Arraiza M, Manzour N, Benito A, Mínguez JÁ, Vázquez-Vicente D, *et al*. Ultrasound examination, MRI, or ROMA for discriminating between inconclusive adnexal masses as determined by IOTA Simple Rules: a prospective study. *Int J Gynecol Cancer*. 2023;33(6):951-956. DOI: 10.1136/ijgc-2022-004253..

Recibido 18 de julio de 2024

Aprobado para publicación 3 de octubre de 2024