



**ISSN: 1561-3194**

***Rev. Ciencias Médicas. Abril 2007; 11(1):***

**PRESENTACIÓN DE CASO**

## **Cistoadenoma seroso "gigante" de ovario en una adolescente**

### **Serum giant ovarian cystoadenoma in an adolescent**

**Agustín E. González Diego <sup>1</sup> Jorge M. Flores Contreras <sup>2</sup> Maité Cabrera Hernández <sup>3</sup> Jesús Juan Rodríguez <sup>4</sup>.**

<sup>1</sup> Dr. Especialista de II Grado Cirugía Pediátrica. Instructor. Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río.

<sup>2</sup> Dr. Especialista de II Grado Cirugía Pediátrica. Especialista de I grado en Medicina General Integral. Asistente. Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río.

<sup>3</sup> Dra. Especialista de I Grado en Radiología. Instructor. Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río.

<sup>4</sup> Dr. Especialista de II Grado en Pediatría y Genética Clínica. Asistente. Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río.

---

## RESUMEN

Se presenta el caso de una adolescente de 16 años de edad con antecedentes de haber sido operada a los 5 años por Persistencia del Conducto Arterioso, que ingresa en el Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla" de Pinar del Río, Cuba, por dolor torácico irradiado al brazo derecho y aumento de volumen del abdomen, por lo que se indicó ultrasonido abdominal detectándose gran masa quística abdominal. Es trasladada al Servicio de Cirugía Pediátrica, donde se completa su estudio y se realiza intervención quirúrgica, encontrándose un quiste gigante de ovario derecho que pesó 9 kilogramos, corroborándose el diagnóstico histológico de Cistoadenoma Seroso de Ovario (Quiste Seroso Simple). La paciente evolucionó satisfactoriamente. Los autores presentan las experiencias derivadas de la atención del caso, y revisan la literatura médica sobre el tema con especial referencia al diagnóstico y tratamiento.

**Palabras clave:** Edema Masivo de Ovario, Quiste de Ovario.

---

## ABSTRACT

A 16-year-old case of an adolescent is presented, having undergone a surgical procedure at 5 years old because of an arterious duct patency, being admitted at "Pepe Portilla" Provincial Teaching Pediatric Hospital in Pinar del Río, Cuba, presenting chest pain with radiation to the right arm and increase of the abdominal volume and an abdominal ultrasound was prescribed and it was detected a great abdominal cystic mass. She was transferred to the Pediatric Surgical Service, and the study is completed, and she undergoes a surgical procedure, finding a 9-kilogram giant right ovarian cyst which was proved in the histological diagnosis to be a Serum Ovarian Cystoadenoma (Simple Serum Cyst) The patient had a succesful recovery. The authors present the experiences attained and review the medical literature on this case, making emphasis on its diagnosis and treatment.

**Key words:** MASS OVARIAN EDEMA, OVARIAN CYST.

---

## INTRODUCCIÓN

La mayoría de las mujeres tienen en algún momento de su vida quistes foliculares ováricos más grandes de lo habitual. Afortunadamente, la mayoría de los casos no tiene repercusión negativa para su salud o su capacidad reproductiva.<sup>1</sup>

Los tipos más frecuentes de quistes de ovarios son los foliculares: una pequeña cavidad en la cual crece el futuro óvulo que será expulsado a mitad del ciclo menstrual; a esas cavidades, cuando superan los dos cm. de diámetro se les

denomina quistes .Un quiste es un folículo con una cantidad excesiva de líquido folicular, es una variante funcional de la normalidad, por eso se les denomina a veces "quistes funcionales", los cuales no requieren ningún tratamiento, salvo vigilar su evolución.<sup>2-4</sup>

La mayoría de los tumores de ovario benignos son quistes simples, que pueden ser foliculares (causa más común de aumento del volumen ovárico) o del cuerpo lúteo; el diagnóstico diferencial ecográfico debe hacerse por quistes del paraoóforo o del ligamento ancho.<sup>4</sup>

Los quistes funcionales no son quirúrgicos y tienen un curso generalmente benigno, a menos que se produzca crecimiento acelerado, alcanzando gran volumen, torsión o hemorragia.<sup>4</sup>

En este trabajo se presenta un caso de quiste de ovario inusual e interesante, en la edad pediátrica con crecimiento acelerado y grandes dimensiones que se correspondió con un Cistoadenoma Seroso.

## REPORTE DE CASO

Adolescente de 16 años de edad con antecedentes patológicos personales, de persistencia del conducto arterioso (PCA). Refiere que desde hace más de un año comenzó a notar aumento del volumen abdominal. Es vista en el cuerpo de guardia del Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla" de Pinar del Río por presentar dolor precordial irradiado al hombro derecho, se le realiza ultrasonido abdominal (**Fig.1**), apreciando gran tumoración intraabdominal que ocupa toda la cavidad, desplazando sus estructuras, sin tener relación aparente con ninguna víscera.



**Fig. 1** USG abdominal.

Es trasladada al Servicio de Cirugía Pediátrica, donde se completa el estudio, y es operada, encontrándose una tumoración quística gigante de ovario derecho que

midió 36 cm. de largo x 25 cm. de ancho x 16 cm. de grosor, y un peso de 9 Kg., con inclusión de la trompa derecha y pedículo vascular. Se realizó salpingo-ooforectomía derecha, útero normal para su edad, se observó el ovario izquierdo con quistes foliculares. Al cuarto día de operada y con una evolución satisfactoria fue egresada.

Informe Anatomopatológico: Tumoración de consistencia renitente, translúcida, con pared vascularizada, serosa brillante, líquido transparente abundante al corte, pared nacarada que mide 0,2 mm, lisa, sin papilas. Diagnóstico final: Quiste Seroso Simple de Ovario (Cistoadenoma Seroso de Ovario). **(Fig.2)**



**Fig. 2** Imagen del Quiste de Ovario Derecho.

### **Complementarios Auxiliares:**

#### **Hematológicos**

Hb: 121g/l

Hto: 0.40l/l

Ltos: 10.3x10

Eritro: 7mm/hg

Coagulograma: Normal

Conteo de plaquetas: 264x 10

Glicemia: 3.7 mmol/l

Orina: negativa

Heces fecales: negativo

Imaginología

Rx de Tórax: no alteraciones pleuro-pulmonares.

## **DISCUSIÓN**

En preescolares, escolares y adolescentes, el 80% de los tumores pélvicos son de origen ovárico, los que pueden ser benignos o malignos.<sup>4</sup>

El edema masivo de ovario es de presentación poco frecuente en la práctica quirúrgica ginecológica,<sup>5</sup> y por sus características clínicas resulta importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial, en especial cuando la conducta a seguir conlleva practicar una cirugía oncológica en una adolescente.<sup>4,5</sup>

La mayor parte de las referencias disponibles en la literatura corresponden a informes de casos aislados o series con bajo número de pacientes, lo cual se debe probablemente a su poca prevalencia.<sup>3</sup> Descrita inicialmente por Kalstone en 1969, el edema masivo de ovario es un proceso que ocasiona crecimiento de uno o ambos ovarios debido a la acumulación de líquido edematoso.<sup>3-6</sup> La edad promedio es 21 años, pero varía en un rango entre los 6 y 33 años. Los síntomas de presentación más frecuentes son dolor y distensión abdominal.<sup>6</sup>

Una minoría de las pacientes cursan con trastornos menstruales, asociados o no a exceso de andrógenos.<sup>7</sup> Cuando aparecen signos de masculinización (hirsutismo) se debe a la presencia de células luteínicas, y se han descrito niveles elevados de testosterona en algunas mujeres.<sup>6,7</sup> Por el contrario, manifestaciones estrogénicas como pubertad precoz son un hallazgo raro.<sup>8</sup>

En el 90% de los casos es unilateral, y aproximadamente la mitad de ellos presentan torsión parcial o completa del pedículo ovárico.<sup>7,8</sup> El análisis macroscópico del espécimen muestra que el ovario comprometido es grande, de consistencia blanda, con tamaño variable que oscila entre 5.5 y 35 cm. (promedio: 11.5 cm.). La superficie externa es brillante, lisa y por lo general blanca. Al cortarlo se observa exudación de abundante líquido claro, algunas veces de aspecto gelatinoso. La trompa de Falopio está adherida en algunos casos y es también edematosa.<sup>8</sup>

En los cortes histológicos, el hallazgo más llamativo es la presencia de edema estromal severo y difuso.<sup>9</sup> Al realizar el estudio microscópico se observa que el líquido acumulado separa las células estromales y en las áreas sin edema, el estroma tiene apariencia normal o puede estar hiperplásico.<sup>10</sup> En aproximadamente la mitad de los casos es posible encontrar focos de células luteinizadas, otros hallazgos incluyen vasos venosos o linfáticos dilatados, depósitos de hemosiderina y pequeños focos de necrosis.<sup>10,11</sup>

Se ha considerado que esta entidad es causada por la torsión intermitente del pedículo ovárico, lo cual ocasiona obstrucción del drenaje linfático y venoso.<sup>9</sup> La luteinización del estroma se considera un fenómeno secundario y es quizás causada por la secreción de una sustancia con actividad semejante a la hormona gonadotropina coriónica.<sup>8-10</sup> Sin embargo, algunas situaciones ocurren en ovarios que tienen una proliferación estromal de base, ya sea por fibromatosis o por hipertecosis.<sup>10</sup> En referencias recientes sobre la clasificación histológica de los tumores de ovario se continúan utilizando las tres clásicas divisiones: 1 Tumores de células germinales (teratomas benignos e inmaduros, disgerminoma, tumor del seno endodérmico, carcinoma embrionario, coriocarcinoma, gonadoblastoma, tumor mixto de células germinales), 2 Tumores de origen epitelial (Cistoadenoma y

cistoadenocarcinoma seroso ó mucinoso, junto con tumores de bajo potencial de malignidad) y 3, Tumores del Estroma (tumor de células de la teca-granulosa, fibroma y tumor de células de Sertoli-Leydig).<sup>11</sup>

Aún suele dejarse sin mención el edema masivo de ovario, aunque hay que señalar que se continúan considerando algunas condiciones benignas frecuentes de masa pélvica como son: la torsión anexial, endometriomas, hidrosálpinx, embarazo ectópico, anomalías mullerianas y masas de origen infeccioso (secundarias a apendicitis o abscesos tubo-ováricos).<sup>10</sup>

Hacer el diagnóstico correcto es muy importante, puesto que suele afectar a pacientes adolescentes y adultas jóvenes, en quienes se podría según el caso, realizar una cirugía conservadora. El diagnóstico diferencial incluye las neoplasias ováricas, principalmente aquellas que tienen una apariencia edematosa o mixoide; entre las que se encuentran: el fibroma, tumor estromal esclerosante, tumor de Krukenberg y el mixoma ovárico.<sup>8-11</sup>

La ooforectomía es el procedimiento quirúrgico realizado en la mayoría de las pacientes. Sin embargo, si la biopsia excluye la presencia de una neoplasia, se podría considerar la realización de la suspensión con fijación del ovario afectado.<sup>12</sup>

Es importante considerar el edema masivo de ovario en el diagnóstico diferencial preoperatorio, en especial ante un cuadro clínico de dolor abdominal y masa pélvica en una adolescente, resultando comprensible que no se piense de inicio en esta condición, debido a la baja frecuencia de su presentación.<sup>5-6, 13-14</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nogales FF, Martin-Sances L, Mendoza-García E, Salamanca A, González Núñez MA, Pardo Mindan FJ. Massive ovarian oedema. *Histopathology*. 1996; 28 (3):229-234.
2. De la Cruz SI, Llanos A, Narro T, Andrade A, Fernández RL. Bilateral ovary massive edema. Unusual gynecologic pathology. Report of 2 cases. *Ginecol Obstet Mex*. 2001; 69:72-76.
3. Friedrich M, Ertan AK, Axt-Flidner R, Hollander M, Schmidt W. Unilateral massive ovarian edema (MOE): a case report. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2002; 29(1):65-66.
4. Ehren, I, Hossein G, Isaacs H. Benign and malignant ovarian tumors in children and adolescents (A review of 63 cases). *The American Journal of Surgery*. 1984; 147: 339-344.
5. Pfeifer S, Gosman G. Evaluation of adnexal masses in adolescents. *The Pediatric Clinics of North America* . 1999;46(3):573-592.
6. Van Winter J, Simmons P, Podratz K. Surgically treated adnexal masses in infancy, childhood, and adolescence. *Am J Obstet Gynecol*. 1994; 170:1780-1789.

7. Templeman C, Fallat M, Blinchevsky A, Hertweck P. Noninflammatory Ovarian Masses in Girls and Young Women. *Obstet Gynecol.* 2000; 96:229-233.
8. Kurman RJ. *Blausteinn's Pathology of the female genital tract.* 4a. Ed. New York: Springer-Verlag; 1994. Pp. 619-621
9. Scully R, Young R, Clement P. *Atlas of tumor pathology. Tumors of the ovary, maldeveloped gonads, fallopian tube, and broad ligament. Third series.* Washington : The Armed Forces Institute of Pathology; 1998.Pp. 416-418.
10. DiSaia P, Creasman W. *Endometrial Hyperplasia/Estrogen Therapy. Adenocarcinoma of the Uterus .*St Louis : Mosby ; 1997. Pp. 108-167.
11. Viñals F, Vergara F, Giuliano A. Evaluación Ultrasonográfica Endorrectal. Vía Alternativa de Exploración en pacientes sin vida sexual. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 1999; 64 (3):188-194.
12. Laufer Goldstein E. Pubertad tardía y trastornos menstruales. En: *Ginecología en Pediatría y la Adolescencia .* México: Mc-Graw Hill - Interamericana . México; 2000.
13. Lubkei J. Ovarian Cysts in Neonates. *Children and Adolescents-Adult and Pediatric Gynecology.* 2002; 459-465.
14. Sanchez B, Caraballo A. Ultrasonido pélvico transabdominal en prepúberes y adolescentes. *Ginecología Infanto- Juvenil.* V-2. s/l: Ed. Atebroca; 2000. Pp. 71-97.

Recibido: 27 de febrero de 2007.  
Aprobado: 6 de marzo de 2007.

Dr. Agustín E. González Diego. Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río.

E- mail [agustin@princesa.pri.sld.cu](mailto:agustin@princesa.pri.sld.cu)