



## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### CASO CLÍNICO

## Mujer joven con masa quística intraabdominal gigante

Gonzalo Garrigós\*, Nuria Peris, Nuria Estellés, Rafael Sospedra y Manuel Martínez Abad

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Doctor Peset, Valencia, España

Recibido el 30 de agosto de 2012; aceptado el 12 de noviembre de 2012

Disponible en Internet el 9 de marzo de 2013

#### PALABRAS CLAVE

Quiste ovárico gigante;  
Cistadenoma seroso

#### KEYWORDS

Giant ovarian cyst;  
Serous cystadenoma

#### Resumen

**Introducción:** Las masas quísticas intraabdominales gigantes son, en nuestro medio, una entidad poco frecuente. Los orígenes más frecuentes de las mismas son el ovario, el mesenterio y el omento.

**Caso clínico:** Mujer de 29 años, con clínica de aumento del perímetro abdominal y dolor en hipogastrio-pelvis de meses de evolución. Mediante pruebas de imagen se evidencia una tumoración quística intraabdominal gigante de  $35 \times 31 \times 14$  cm que desplaza estructuras viscerales y ocupa prácticamente toda la cavidad abdominal, sin aparente origen ovárico. Tras laparotomía y ooforosalingectomía derecha se confirma un cistadenoma seroso de 14 kg.

**Conclusiones:** La presencia de una lesión quística intraabdominal debe plantear un diagnóstico diferencial entre diversos orígenes (ovario, mesenterio, genitourinario, etc.). Incluso hoy en día con los avances en imagen se llega al diagnóstico definitivo en quirófano. En los cistadenomas serosos, la exéresis del quiste junto con el anexo afectado es el tratamiento de elección.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### Young woman with a giant intraabdominal cystic mass

#### Abstract

**Introduction:** Giant intra-abdominal cystic masses are a rare entity in our environment. The most common locations are the ovary, mesentery, and omentum.

**Case report:** A 29-year-old woman gave a history of abdominal distension and pain in the lower abdomen-pelvis for several months. Radiological studies showed a giant cystic tumor measuring  $35 \times 31 \times 14$  cm, displacing visceral structures and occupying almost the entire abdominal cavity, with no apparent ovarian origin. After laparotomy and right oophorosalingectomy, the existence of a 14-kg serous cystadenoma was confirmed.

**Conclusions:** The presence of an intraabdominal cystic lesion requires a differential diagnosis among various origins (ovary, mesentery, urinary bladder, etc.). Even today, with advances in radiology, the definitive diagnosis is reached during surgery. In serous cystadenomas, the treatment of choice is excision of the cyst and affected annex.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [vividordelkuento@gmail.com](mailto:vividordelkuento@gmail.com) (G. Garrigós).

## Introducción

Las masas quísticas intraabdominales gigantes son, en nuestro medio, una entidad poco frecuente, dada la disponibilidad de recursos y la universalidad del sistema sanitario. El origen más frecuente de las mismas son el mesenterio y el omento, y en la mujer, el ovario. Presentamos el caso clínico de una mujer con una lesión quística ovárica gigante cuyo origen no fue determinado durante el estudio preoperatorio.

## Caso clínico

Mujer de 29 años, de nacionalidad española, sin antecedentes de interés (GOP0A0, sin revisiones ginecológicas), que acude a urgencias por dolor abdominal en hipogastrio-pelvis de meses de evolución y sensación de aumento del perímetro abdominal a pesar de pérdida de peso voluntaria. A la exploración física destaca un abdomen distendido, simétrico, con sensación de masa blanda, que ocupa los 4 cuadrantes y mate a la percusión (**fig. 1**). No se hallaron alteraciones en la exploración ginecológica: útero en antroversoflexión y vagina, cérvix y flujo, normal. No dolor a la movilización cervical.

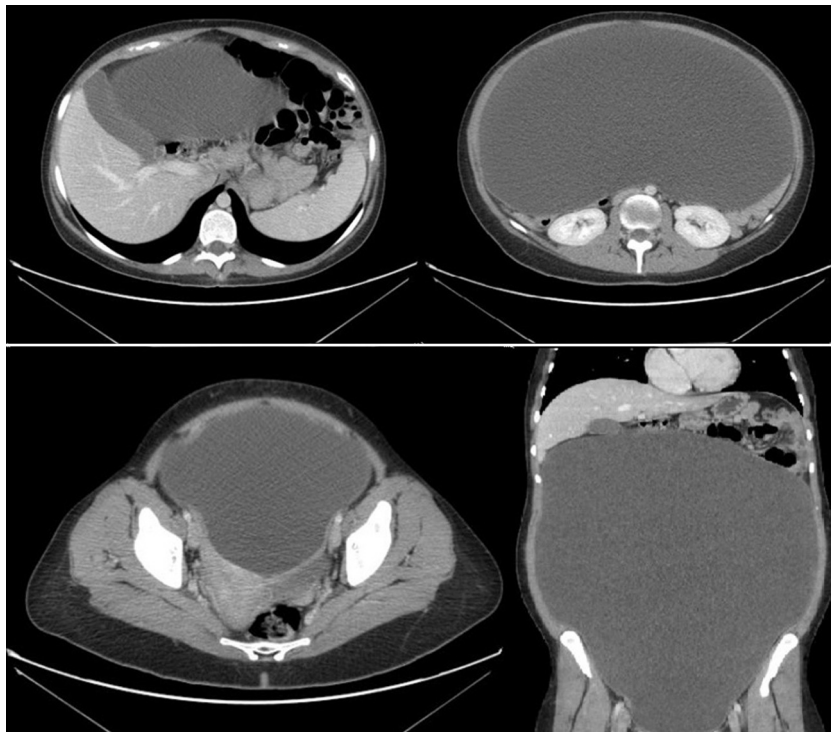
La analítica en urgencias (bioquímica, hemograma, coagulación) no presenta alteraciones. Se realiza una ecografía transvaginal y abdominal que informa de masa quística intraabdominal sin papilas ni excrecencias, que ocupa de pelvis a epigastrio, ambos flancos, elevando el hígado. Se identifica el ovario izquierdo normal, sin visualizar el anexo derecho. Ante estos hallazgos, la paciente ingresa en planta de Ginecología, solicitándose una TC y marcadores tumorales. En la TC se objetiva una masa quística intraabdominal de  $35 \times 31 \times 14$  cm uniloculada, homogénea, que desplaza asas



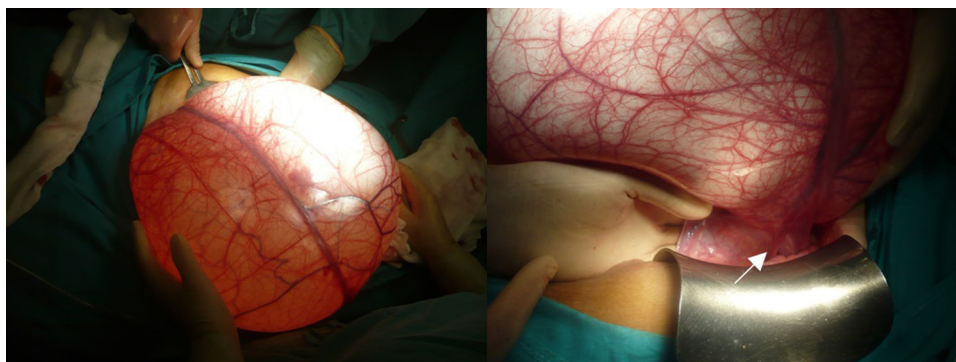
**Figura 1** Vista de la paciente antes de la intervención.

intestinales, hígado, bazo, páncreas y colon cranealmente, y útero y vejiga caudalmente, sin aparente origen ovárico (**fig. 2**). Los marcadores tumorales: alfafetoproteína 2,2 ng/ml, B-HCG < 1,2 mU/ml, CA 125 19 5,6 U/ml y CA 19.9 5 U/ml (dentro de la normalidad).

El servicio de Ginecología nos remite a la paciente con la sospecha de quiste entérico o mesentérico gigante. Decidimos abordaje mediante laparotomía media, visualizando una masa quística que ocupa prácticamente toda la cavidad abdominal, de paredes finas y contenido de aspecto seroso claro y translúcido, no adherida a estructuras y pediculada con origen en anexo derecho, siendo el izquierdo de características normales (**fig. 3**). Se realizó una ooforosalingectomía derecha (**fig. 4**). La paciente recibió el alta al cuarto día postoperatorio.



**Figura 2** Masa quística que ocupa prácticamente toda cavidad abdominal y la pelvis, desplazando estructuras viscerales.



**Figura 3** Se muestra una masa quística de gran tamaño, uniloculada, de paredes lisas, de contenido seroso translúcido y pediculada en ovario derecho (flecha).

La anatomía patológica confirmó que se trataba de un cistadenoma seroso de ovario de 14 kg.

## Discusión

Los tumores ováricos se dividen según su origen en epiteliales, estromales y de las células germinales. Los derivados del epitelio son los más frecuentes y, dentro de estos, el cistadenoma seroso, que representa en torno al 30% de todos los tumores ováricos. Estos suelen aparecer entre los 20 y los 50 años, rara vez con tamaño superior a los 15 cm. Son bilaterales hasta en el 10% y de comportamiento benigno el 60%, maligno 25% y borderline el 15%<sup>1-3</sup>.

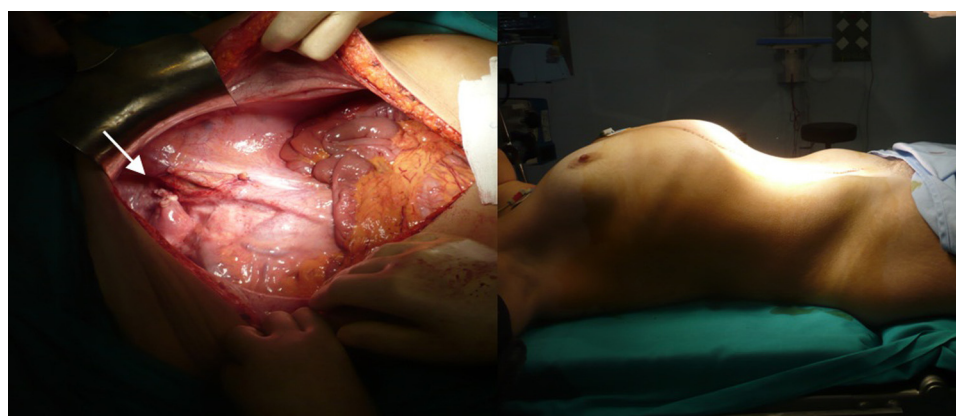
La clínica que producen suele ser leve e inespecífica, derivada del propio crecimiento del quiste y de la compresión de estructuras vecinas, produciendo síntomas como sensación de presión en hipogastrio, distensión abdominal y manifestaciones urológicas o gastrointestinales. Aunque en ocasiones pueden producir dolor agudo derivado de la torsión anexial, rotura o hemorragia del quiste.

El cistadenoma seroso suele ser macroscópicamente de aspecto quístico, seroso, uniloculados y lisos. Histológicamente, contienen células epiteliales secretoras semejantes a las tubáricas.

Por lo que respecta al diagnóstico por imagen, la distinción entre quistes de comportamiento benigno o maligno es el objetivo fundamental, ya que condiciona la indicación

quirúrgica y la extensión de la cirugía. La exploración radiológica inicial debe ser la ecografía, por sus conocidas ventajas (barata, rápida, alta disponibilidad, no irradiación), con una elevada sensibilidad, aunque tiene limitaciones, como la especificidad para predecir el comportamiento benigno, que oscila entre el 60 y el 98% y hasta un 20% puede clasificarse como de aspecto indeterminado. Las causas principales para catalogar mediante la ecografía una masa anexial como indeterminada son las masas complejas y la imposibilidad de determinar el origen de las mismas<sup>4-6</sup>. La TC se suele realizar cuando hay sospechas de malignidad, ya que es la mejor prueba para la detección de implantes peritoneales, adenopatías y localización del tumor primario, aunque tiene el inconveniente de la irradiación<sup>2</sup>. La resonancia magnética, además de no irradiar, tiene la ventaja de la identificación del tejido, pudiendo valorar la presencia de grasa (teratomas), sangre (endometriomas, foliculitis hemorrágicas), músculo liso (miomas) y fibrosis (fibromas, tumores de Brenner, abscesos), y la administración de gadolinio permite también la identificación de implantes peritoneales y la definición de la arquitectura interna de lesiones quísticas<sup>2</sup>, por lo que es una buena herramienta para la caracterización de lesiones anexiales cuando los hallazgos ecográficos son indeterminados<sup>2,4-6</sup>, siendo además, coste efectiva<sup>5,6</sup>.

La presencia de tejido sólido sin grasa ni fibrosis es el factor predictivo más indicativo de malignidad<sup>2</sup>. Otros signos sospechosos son tamaño > 5 cm, proyecciones papilares difusas, la invasión de estructuras vecinas, ascitis, adenopatías



**Figura 4** Cavity abdominal tras ooforosalingectomía derecha (flecha) y exéresis de la tumoración.

o implantes peritoneales. Otros hallazgos que no suelen aparecer en los de comportamiento benigno son la presencia de septos y paredes gruesas ( $> 3$  mm), aunque son menos específicos puesto que pueden aparecer en otras entidades como endometriomas, abscesos y otros tumores benignos<sup>1,2,5</sup>.

Los quistes ováricos simples mayores de 5 cm, los sintomáticos y los complejos deben tratarse mediante exéresis quirúrgica del quiste y anexo<sup>1</sup>. Clásicamente, el abordaje se realiza mediante laparotomía, pero en los últimos años, con el auge de la laparoscopia, han aparecido series de pacientes y reportes de casos de quistes gigantes de ovario benignos tratados con éxito mediante cirugía mínimamente invasiva, tras exploración laparoscópica, aspiración del quiste y exéresis del mismo<sup>7,8</sup>.

Por tanto, ante una masa quística intraabdominal gigante hay que realizar un diagnóstico diferencial (mesenterio, omento, aparato urinario, ascitis, páncreas, etc.<sup>9</sup>) y tener presente en las mujeres, especialmente en las premenopáusicas, el ovárico.

Quizá en nuestro caso, dado que en ninguna exploración pudo visualizarse el anexo derecho, la realización de una resonancia magnética podría haber esclarecido el origen de la masa, aunque no habría cambiado la indicación quirúrgica, tal vez podríamos habernos planteado un abordaje mínimamente invasivo. Incluso hoy en día, con los avances en imagen, ocasionalmente se llega al diagnóstico en quirófano.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la

publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Declaramos la ausencia de conflicto de intereses, así como el consentimiento de la paciente para la publicación del caso.

## Bibliografía

1. Karim T, Topno M. Giant cysts of ovary, case reports and review of literature. *WMC Central Obstetrics and Gynaecology*. 2011;1–6.
2. Jeong YY, Outwater EK, Kang HK. Imaging evaluation of ovarian masses. *RadioGraphics*. 2000;20:1445–70.
3. Sujatha V, Babu S. Giant ovarian serous cystadenoma in a postmenopausal woman a case report. *Cases Journal*. 2009;2:7875.
4. Adusumilli S, Hussain HK, Caoili ME, Weadock WJ, Murray JP, Johnson TD, et al. MRI of sonographically indeterminate adnexal masses. *AJR*. 2006;187:732–40.
5. Hricak H, Chen M, Coakley FV, Kinkel K, Yu KK, Sica G, et al. Complex adnexal masses: detection and characterization with MR imaging-multivariate analysis. *Radiology*. 2000;214:39–46.
6. Spencer JA, Ghattamaneni S. MRI of sonographically indeterminate adnexal masses radiology. *Radiology*. 2010;216:677–94.
7. Dolan M, Boulanger S, Salameh J. Laparoscopic management of giant ovarian cyst. *JSL*. 2006;10:254–6.
8. Salem HA. Laparoscopic excision of large ovarian cysts. *J Obstet Gynaecol Res*. 2002;28:290–4.
9. Themistoklis M, Tabakoudis G, Pados G, Eugenidis N, Assimakopoulos E. Failure of ultrasound to diagnose a giant ovarian cyst: a case report. *Cases Journal*. 2009;6909:1–4.