



# Cistoadenoma seroso en ovario supernumerario. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

## RESUMEN

**Antecedentes:** los ovarios accesorios, ectópicos y supernumerarios representan una alteración ginecológica rara; su incidencia varía de 1:29,000 a 1:700,000 casos.

**Caso clínico:** paciente de 55 años de edad que acudió al hospital por dolor abdominal difuso de dos semanas de evolución, náuseas y vómito, sin antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas, ni quirúrgicos. Palpación de abdomen: blando, depresible, globoso a expensas de una masa palpable de 30x20 cm, no doloroso a la presión superficial y profunda. Tacto vaginal bimanual: útero en anteverosflexión de 9 cm, con un tumor de 20 cm, blando, fijo, leve dolor a la movilización cervical, fondos de saco libres. Los exámenes de laboratorio y los marcadores tumorales de ovario sin alteraciones. El ultrasonido abdominopélvico reportó masa ecomixta de predominio quístico, de 28x13x26 cm, volumen 5,470 mL, con proyecciones papilares, septos y cápsulas gruesas de 6 mm. Tomografía abdominal contrastada: imagen nodular de 20 cm, heterogénea, predominio quístico, con septos, captación del medio de contraste en el hueco pélvico de probable origen ovárico. En la laparotomía exploradora se observó: útero de 8 cm, normal, ambos ovarios atróficos; un tumor de 30x20 cm, de bordes lisos, con neovascularización y zonas de calcificación con contenido seroso de 5,000 cc, adherido a las asas del yeyuno e íleon; colon transverso, dorso y cola de páncreas; se disecó hacia el retroperitoneo y los grandes vasos, raíz aparente sobre la fascia prevertebral.

**Conclusión:** el ovario supernumerario es una alteración sumamente rara, pero debe tenerse en mente en pacientes con tumores abdominales.

**Palabras clave:** cistoadenoma seroso, ovario supernumerario.

María del Carmen Fregoso-García<sup>1</sup>  
Rubén Darío Campomanes-Azamar<sup>1</sup>  
José Luis Rodríguez-Chávez<sup>2</sup>  
Víctor Manuel Madrigal-Rodríguez<sup>2</sup>  
Alberto Bañuelos-Franco<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Residente de cuarto año de la especialidad de Ginecoobstetricia.

<sup>2</sup> Unidad de Investigación en Ginecología y Alto Riesgo Obstétrico.

Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco, México

## Serous cystadenoma in supernumerary ovary. Case report and literature review

## ABSTRACT

**Background:** The ovaries accessories, ectopic and supernumerary represent a rare gynecological disorder; incidence ranges from 1:29,000 to 1:700,000 cases.

Recibido: abril 2015

Aceptado: agosto 2015

## Correspondencia

Dra. Ma. Del Carmen Fregoso García  
Avenida Zoquipan 1050 colonia Zoquipan.  
45170 Zapopan, Jalisco  
unidad.inv.obggn.aro.hgo.2015@gmail.com

## Este artículo debe citarse como:

Fregoso-García MC, Campomanes-Azamar RD, Rodríguez-Chávez JL, Madrigal-Rodríguez VM, Bañuelos-Franco A. Cistoadenoma seroso en ovario supernumerario. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2015;83:722-727.



**Clinic case:** Patient 55 years of age who arrived at by diffuse abdominal pain 2 weeks of evolution, nausea and vomiting, with no history of chronic degenerative diseases or surgical. Palpation abdomen soft depressible globoso palpable mass at the expense of 30x20 cm, painless to superficial and deep pressure. Bimanual: anteversoflexion uterus 9 cm, 20 cm tumor, soft, fixed, mild pain in the cervical mobilization funds free bag. Laboratory tests and tumor markers for ovarian unchanged. The abdominopelvic ultrasound ecomixta reported prodomain cystic mass of 28x13x26 cm, volume 5,470 mL, with papillary projections, septa and caps 6 mm thick. Contrasted abdominal tomography: nodular image of 20 cm, heterogeneous, predominantly cystic, with septa, uptake of contrast medium in the pelvic cavity of probable ovarian origin. laparotomy was performed and found: 8 cm uterus, normal, both atrophic ovaries; 30x20 cm tumor, smooth edges, with neovascularization and areas of calcification with serous content of 5,000 cc, attached to the handles of the jejunum and ileum; transverse colon, back and tail of the pancreas; It was dissected into the retroperitoneum and great vessels, apparent root of the prevertebral fascia.

**Conclusion:** The supernumerary ovary is an extremely rare disorder, but should be considered in patients with abdominal tumors.

**Key words:** Serous cystadenoma, supernumerary ovary.

## ANTECEDENTES

Los ovarios accesorios, ectópicos y supernumerarios representan una alteración ginecológica excepcional. Su incidencia varía de 1:29,000 a 1:700,000 casos.<sup>1</sup>

El ovario supernumerario suele ser ectópico, sin conexión con el útero o los ligamentos infundibulopélvicos. Puede localizarse en el omento o retroperitonealmente.<sup>2</sup>

En 1959 Wharton describió el ovario “supernumerario”. Su término se refiere a casos raros de ovario ectópico. El término “accesorio” incluye casos donde existe un exceso de tejido ovárico situado junto a su localización normal.<sup>2-3</sup>

Los tumores de crecimiento en ovarios supernumerarios son extremadamente raros, existen reportes como: tumores dermoides, cistoadenomas serosos, mucinosos, tumores de Brenner y de células esteroides, incluso tumor esclerosante estromal.<sup>4-8</sup>

Debido a que los ovarios supernumerarios o accesorios se originan por: anormalidad en la embriogénesis, malformaciones congénitas o anomalías genéticas, suelen expresarse alteraciones concomitantes.<sup>9-11</sup>

Durante el desarrollo embrionario el sistema urogenital se deriva de la parte intermedia del mesodermo, después de su extensión en el embrión. Una estructura longitudinal, llamada

pliegue urogenital, crece de esta zona intermedia del mesodermo y se extiende a lo largo y a cada lado de la aorta primitiva. Hay migración de células celómicas del mesodermo hacia el pliegue urogenital para formar los ovarios. En caso de falla en la migración en algún punto, las células germinales ejercen sus efectos y forman el tejido ovárico ectópico, muy independiente de la localización normal de los ovarios.<sup>12</sup>

En relación con su origen no embrionario, algunos casos de ovario ectópico tienen antecedentes de cirugía o enfermedad inflamatoria pélvica, lo que sugiere un tejido ovárico con implantación ectópica secundaria.<sup>12</sup>

La incidencia progresiva de defectos genitourinarios asociados con ovarios supernumerarios incluye: agenesia renal y ureteral, trompa de Falopio accesoria, útero uni y bicornie, útero septado, divertículo vesical y doble sistema colector. El porcentaje es impreciso.<sup>13</sup>

La clasificación de Lachman y Berman propone que todo tejido ovárico situado en alguna localización anormal se denomine “tejido ectópico” y se subclasifique en: 1) implante posquirúrgico, 2) implante postinflamatorio, y 3) tejido ovárico verdadero (embriológico).<sup>14</sup>

### CASO CLÍNICO

Paciente de 55 años de edad, que acudió al servicio de Urgencias Ginecológicas debido a un dolor abdominal difuso de dos semanas de evolución, náuseas y vómitos al momento de su valoración, sin antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas, ni quirúrgicos.

Menarquia a los 14 años de edad (ciclos menstruales de 30x5); 7 embarazos, 6 partos y 1 aborto.

A la exploración física se identificó: tensión arterial de 130-90 mmHg, frecuencia cardiaca de



Figura 1. Tumor abdominal quístico.

114 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, temperatura de 36.7°C; peso de 55 kg, talla de 154 cm e IMC de 23.2.

Se observó a la paciente consciente y orientada. El ECG de 15, cardiopulmonar sin datos de alarma, ni abdominal. A la palpación: abdomen blando, depresible, “globoso” a expensas de una masa palpable de 30x20 cm aproximadamente, no dolorosa a la palpación superficial y profunda, ni datos de irritación peritoneal; a la percusión: leve matidez en el mesogastro y peristalsis audible. Al tacto vaginal bimanual: útero en anteverosflexión de 9 cm, tumor de 20 cm de consistencia blanda, fija, con discreto dolor a la movilización cervical; no se palparon fondos de saco ocupados (Figura 1). Los exámenes de laboratorio resultaron sin alteraciones y los marcadores tumorales de ovario fueron negativos.

El ultrasonido abdominopélvico reportó una gran masa ecomixta de predominio quístico, que ocu-



paba la cavidad abdominopélvica, de cápsula definida, con grosor de 6 mm, de 28x13x26 cm, volumen de 5,470 mL, proyecciones papilares supero-internas, septos irregulares y cápsulas gruesas de 6 mm. No se observó líquido libre en la cavidad abdominal.

La tomografía de abdomen con contraste reportó una imagen nodular de aproximadamente 20 cm, heterogénea, de predominio quístico con septos gruesos y nodulares, captación del medio de contraste localizada en el hueco pélvico, quizás de origen ovárico.

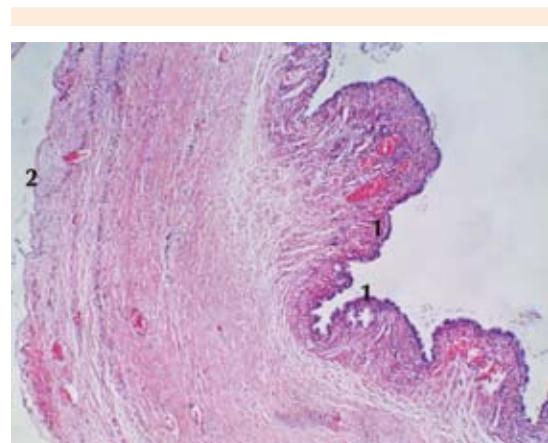
En la laparotomía exploradora se encontró: útero de aproximadamente 8 cm, con bordes regulares; se visualizaron ambos ovarios en cintilla, hipotróficos, de 2x2.5 cm, de localización habitual. Se identificó un tumor de 30x20 cm, con bordes lisos, neovascularización y zonas de calcificación; contenido líquido seroso (5,000 cc) en su interior, con 4 masas multilobuladas de aproximadamente 5x4 cm, induradas; el tumor estaba adherido a las asas del yeyuno e íleon; colon transverso, dorso y cola de páncreas; se disecó hacia el retroperitoneo y los grandes vasos, con raíz aparente en la fascia prevertebral. El tumor se resecó por completo junto con sus estructuras adyacentes.

#### Diagnóstico histopatológico

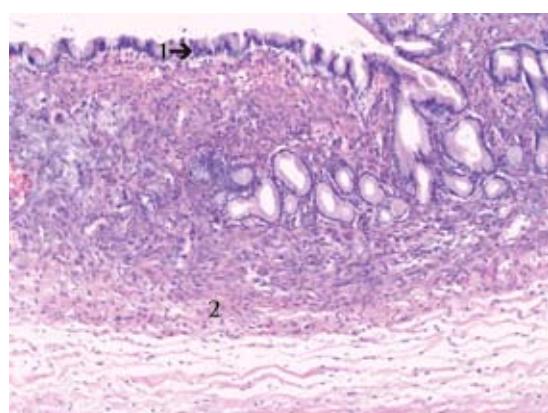
Cistoadenoma seroso con áreas papilares y diferenciación gástrica, ooforitis crónica y quiste folicular (Figuras 2 y 3).

#### DISCUSIÓN

En la bibliografía mundial están descritos poco más de 50 casos de ovario ectópico o supernumerario. El primer reporte es 1864 por Grohe<sup>8</sup> y en 1959 Wharton definió los criterios para establecer el diagnóstico de ovario supernumerario y accesorio.<sup>8,15</sup>



**Figura 2.** Corte histológico que corresponde a células serosas de la cápsula del cistoadenoma. 1) células serosas; 2) epitelio germinal.



**Figura 3.** Corte histológico que corresponde a tejido ovárico y zonas de diferenciación gástrica. 1) epitelio cilíndrico productor de moco; 2) estroma ovárico.

Se le denomina ovario accesorio por la proximidad con los ovarios normalmente implantados y por sus requerimientos sanguíneos asociados. El ovario supernumerario se refiere a los tejidos del mismo órgano que se encuentran en una posición anatómica distinta (casi siempre a lo largo

del patrón migratorio embriológico, incluido el mesenterio, espacio retroperitoneal y omento) y con aporte sanguíneo diferente, como en la paciente de este estudio.<sup>8</sup>

Más de 50% de los casos reportados se relacionan con implantes posinflamatorios posteriores a un evento quirúrgico; sin embargo, no está totalmente demostrado.<sup>16</sup>

Cerca de 36% de los casos de ovario supernumerario se asocian con anomalías urogenitales. Otros autores sugieren su relación con incremento de cirugías pélvicas y por ello se deben a implantes posquirúrgicos.<sup>16</sup>

Los quistes y tumores también se han descrito en pacientes con ovario ectópico sin alguna enfermedad de base; sin embargo, en los casos de ovario supernumerario no debe indicarse tratamiento diferente al de pacientes con ovario en situación normal.<sup>15</sup>

Las masas descritas con mayor frecuencia en este tipo de ovarios son: teratomas maduros y cistoadenomas mucinosos, además del tumor de Brenner, esclerosante estromal, cistoadenoma seroso, cistoadenofibroma seroso, fibroma y adenocarcinoma.<sup>16</sup>

Los síntomas clínicos suelen ser: irregularidades menstruales, infertilidad o dolor abdominal. Algunas localizaciones reportadas en pacientes con ovario ectópico incluyen: mesosalpinx, pared posterior de la vejiga, "cul de sac" (tubo con un solo orificio), retroperitoneo al lado de la aorta y del músculo psoas, colon, íleo distal, omento y mesenterio. Es variable el tamaño de los ovarios supernumerarios, sobre todo en casos donde se encuentre algún tumor o quiste asociado.<sup>15</sup>

El diagnóstico es difícil de establecer, por lo general suelen ser un hallazgo intraope-

ratorio cuando las pacientes no manifiestan síntomas. También es difícil precisar su origen y categorizarlo según sus características macroscópicas, por lo que se requiere el estudio histopatológico.

En pacientes con tumores abdominales de gran tamaño puede confundirse con algún quiste mesentérico, aunque esta alteración suele ser infrecuente.

## CONCLUSIÓN

Existe escasa evidencia relacionada con esta afección, debido a su baja incidencia. El caso aquí reportado representa uno de los pocos que existen como ovario supernumerario con cistoadenoma seroso. De acuerdo con la subclasiﬁcación de Lachman y Berman, su etiología corresponde a tejido ovárico verdadero (embriológico), pues la paciente no tenía antecedente de intervención quirúrgica pélvica al ingreso hospitalario. Acudió al hospital motivada por dolor abdominal y sensación de masa en el abdomen, previamente sin ningún síntoma.

El diagnóstico de confirmación se realiza por histopatología y una vez corroborado se requiere descartar alguna malformación adicional del sistema urogenital, pues aparecen incluso en 36%, y de éstas, las ausencias uterinas pueden ocurrir en 20% y las malformaciones uterinas (útero unicorn) en 42% de los casos.

El ovario supernumerario es una alteración sumamente rara, pero debe considerarse en pacientes con tumores abdominales, donde no pueda determinarse su origen mediante ultrasonografía, tomografía computada, incluso en el intraoperatorio, y en pacientes con cirugía pélvica previa o alguna malformación urogenital.



## REFERENCIAS

1. Vendeland LL, Shehadeh L. Indidental finding of an accessory ovary in a 16-yr-old at laparoscopy. *J Reprod Med* 2000;45:435-8.
2. Wharton LR. Two cases of supernumerary ovary and one of accessory ovary, with an analysis of previously reported cases. *Am J Obstet Gynecol* 78:1101-1119:1959.
3. Adkins S. Teratomas and other germ cell tumors. 2008 en línea]. Dirección URL: <<http://emedicine.medscape.com/article/939938-overview>>.
4. Roth LM, Davis MM, Sutton GP. Steriod cell tumor of the broad ligament arising in an accessory ovary. *Arch Pathol Lab Med* 1996;120:405-9.
5. Liu AX, Sun J, Shao W, Jin H, Song W. Steroid cell tumors, not otherwise specified (NOS), in an accessory ovary: a case report and literature review. *Gynecol Oncol* 2005;97:260-2.
6. Kosasa TS, Griffiths CT, Shane JM, Leventhal JM, Naftolin F. Diagnosis of a supernumerary ovary with human chorionic gonadotropin. *Obstet Gynecol* 1976;47:47:236-7.
7. Heller DS, Harpaz N, Breakstone B. Neoplasms arising in ectopic ovaries: a case of brenner tumor in an accessory ovary. *Int Gynecol Pathol* 1990;9:185-9.
8. Lim MC, Park SJ, Kim SW. Two dermoid cysts developing in an accessory ovary and an eutopic ovary. *Korean Acad Med Sci* 2004;19:474-6.
9. Lachman MF, Berman MM. The ectopic ovary: a case report a review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 1991;115:233-5.
10. Andrade LA, Gentilli AL, Polli G. Sclerosing stromal tumor in a accessory ovary. *Gynecol Oncol* 2001;81:318-9.
11. Schultze H, Fenger C. Accessory ovary: case report. *Data obstet Gynecol Scand* 1986;65:503-4.
12. Oliveira PF, Silva CS, Murta EF, Nomelini RS. Case report ectopic ovary after previous bilateral oophorectomy in a breast cancer patient. *J Obstet Gynaecol* 2014;34:655-6.
13. Kourie FMG, Kourie-Rodriguez JP. Ovario supernumerario. Reporte de un caso y revisión de la literatura probable 33º caso de la literatura mundial y primer caso reportado en la República Dominicana. *Acta Med Dominicana* 1962;14:48-51.
14. Macotela KA, Bayona P, Avendaño A. Informe histopatológico de tejido ovárico ectópico verdadero. *Anal Med (Asociación Médica Centro Medico ABC)*. 2012;57(4):349-352.
15. Watkins BP, Kothari SN. True ectopic ovary: a case and review. *Arch Gynecol Obstet* 2004;269:145-146.
16. Sharatz MS, Treviño AT. Giant serous cystadenoma arising from an accessory ovary in a morbidly obese 11-year-old girl: a case report. *J Med Case Rep* 2008;2:7.