Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (7): 486-492.

https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8726

Cistoadenofibroma seroso de ovario: experiencia de 12 años en el Hospital General Universitario de Albacete

Ovarian serous cystadenofibroma: 12-year experience at the Hospital General Universitario de Albacete.

Rosalía Sarabia Ochoa,[1] Juan Pablo García de la Torre,[1] Antonio Amezcua Recover[2]

Resumen

ANTECEDENTES: El cistoadenofibroma seroso de ovario es una neoplasia epitelial benigna, relativamente infrecuente, de crecimiento lento y de causa desconocida. El diagnóstico preoperatorio es complejo debido a la ausencia de síntomas y signos específicos que permitan descartar la malignidad.

OBJETIVO: Analizar retrospectivamente las características clínicas, radiológicas, histopatológicas, y la atención médica de las pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo y descriptivo de pacientes con diagnóstico histopatológico de cistoadenofibroma seroso de ovario atendidas en el Hospital General de Albacete entre los años 2010 a 2022.

RESULTADOS: Se analizaron 635 piezas quirúrgicas, de las que el 57.74% correspondieron a neoplasias serosas benignas, el 17.41% a neoplasias serosas fronterizas y un 24.85% a neoplasias serosas malignas. Se identificaron 20 casos de pacientes con diagnóstico de cistoadenofibroma seroso de ovario. La edad media de esas pacientes fue de 47 años, con límites de 9 y 74 años. Un caso se asoció con un tumor proliferativo seroso atípico contralateral. El tratamiento fue quirúrgico y no se identificaron recurrencias en ninguno de los casos.

CONCLUSIONES: El cistoadenofibroma seroso suele manifestarse como un quiste ovárico complejo, con componentes sólidos-quísticos y tabiques irregulares; por esto a menudo se diagnostica erróneamente como tumor maligno antes de la intervención. La biopsia por congelación ayuda a confirmar su naturaleza benigna y evita una cirugía extensa innecesaria. El tratamiento consiste, principalmente, en la extirpación quirúrgica del quiste con o sin ooforectomía. El pronóstico suele ser excelente.

PALABRAS CLAVES: Cistoadenofibroma seroso; quiste complejo ovárico; tumor ovárico benigno.

Abstract

BACKGROUND: Serous ovarian cystoadenofibroma is a relatively rare, slow-growing, benign epithelial neoplasm of unknown cause. Preoperative diagnosis is complex due to the absence of specific symptoms and signs to rule out malignancy.

OBJECTIVE: To retrospectively analyze the clinical, radiologic, histopathologic features, and medical care of the patients.

MATERIALS AND METHODS: Retrospective and descriptive analysis of patients with histopathological diagnosis of ovarian serous cystoadenofibroma attended at the General Hospital of Albacete between the years 2010 to 2022.

RESULTS: 635 surgical specimens were analyzed, of which 57.74% corresponded to benign serous neoplasms, 17.41% to borderline serous neoplasms and 24.85% to

[1] Especialista en Anatomía Patológica, responsable del área de Ginecopatología, servicio de Anatomía Patológica.
[2] Especialista en Ginecología, responsable del área de Patología tumoral, servicio de Ginecología.
Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España.

Recibido: marzo 2023
Aceptado: abril 2023

Correspondencia
Rosalía Sarabia Ochoa
rosarao2008-12@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:
Sarabia-Ochoa R, García-de la Torre JP, Amezcua-Recover A. Cistoadenofibroma seroso de ovario: experiencia de 12 años en el Hospital General Universitario de Albacete. Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (7): 486-492.

malignant serous neoplasms. Twenty cases of patients with a diagnosis of ovarian serous cystoadenofibroma were identified. The mean age of these patients was 47 years, with limits of 9 and 74 years. One case was associated with a contralateral atypical serous proliferative atypical tumor. Treatment was surgical and no recurrences were identified in any of the cases.

CONCLUSIONS: Serous cystoadenofibroma usually manifests as a complex ovarian cyst, with solid-cystic components and irregular septa; this is why it is often misdiagnosed as a malignant tumor before surgery. Freeze biopsy helps to confirm its benign nature and avoids unnecessary extensive surgery. Treatment consists mainly of surgical removal of the cyst with or without oophorectomy. The prognosis is usually excellent.

KEYWORDS: Serous cystadenofibroma; Ovarian complex cyst; Benign ovarian tumor.

ANTECEDENTES

El cistoadenofibroma seroso de ovario es un tumor con características radiológicas que ayudan a distinguirlo de otros tumores fibrosos. Tener en mente su origen histológico ayuda a entender las manifestaciones clínicas y los marcadores tumorales propios de este tumor. El cistoadenofibroma seroso de ovario es un subtipo relativamente infrecuente de cistoadenoma (tumor epitelial quístico benigno de ovario) de crecimiento lento y de etiología desconocida.[1]

MATERIALES Y MÉTODO

Análisis descriptivo y retrospectivo de pacientes con diagnóstico histopatológico de cistoadenofibroma seroso de ovario atendidas en el Hospital General de Albacete entre los meses de enero de 2010 a diciembre de 2022. Se analizaron las características clínicas, radiológicas, histopatológicas, el tratamiento y el seguimiento.

Consentimiento de la paciente: se siguieron los protocolos del hospital referentes a la publicación de los datos de pacientes y se obtuvo su consentimiento por escrito para permitir la publicación de sus casos.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Excel para calcular las frecuencias absolutas y relativas en el caso de las variables cualitativas, y se describe el promedio o media , según la distribución normal para las variables cuantitativas.

RESULTADOS

Se analizaron 635 piezas quirúrgicas: 550 de histerectomías más doble anexectomía, 47 a quistectectomías y 38 a ooforectomías. Las neoplasias serosas representaron el 48.81%, a carcinomas serosos el 24.85%, a tumores proliferativos serosos atípicos (fronterizos) el 17.41% y a tumores serosos benignos el 57.74%. Del grupo de tumores serosos benignos, el cistoadenoma representó el 83.79% (n = 150), el cistoadenofibroma seroso de ovario el 11.17% (n = 20), el adenofibroma el 3.35% (n = 6), el cistoadenoma papilar el 0.55% (n = 1) y el cistoadenofibroma seroso papilar el 0.55% (n = 1). **Figura 1**

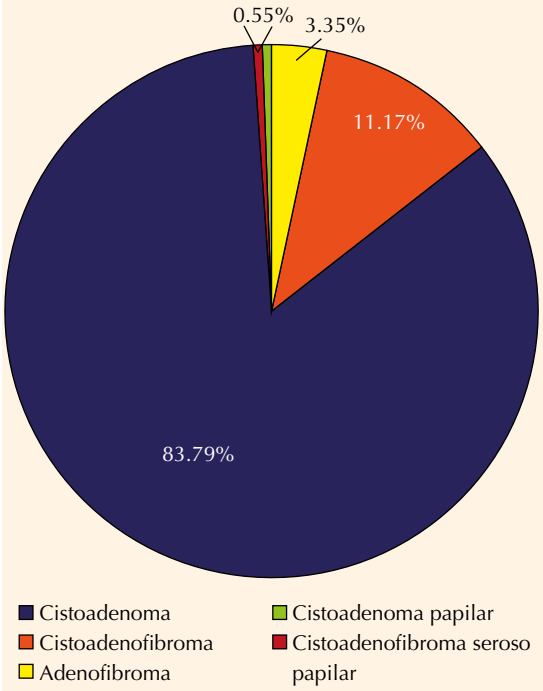


Figura 1. Distribución de los tumores serosos benignos.

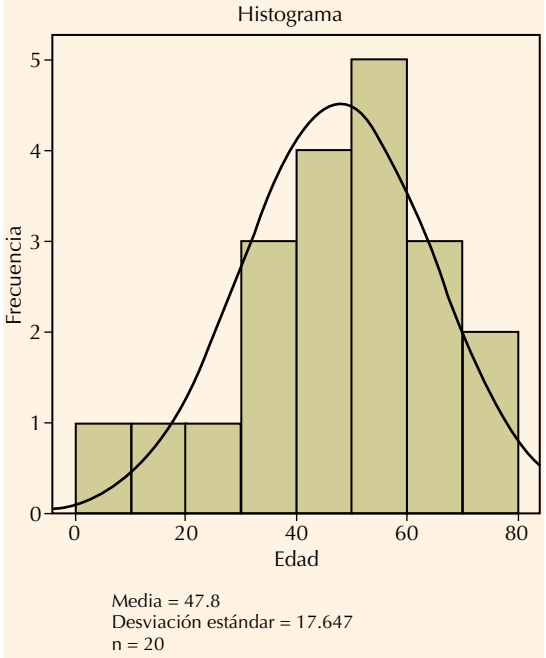


Figura 2. Edad de las pacientes al momento del diagnóstico.

El cistoadenofibroma representó el 3.14% de todas las neoplasias ováricas. La edad media a la aparición fue de 47 años, con límites de 9 y 74 años **(Figura 2)**. El tamaño medio de los cistoadenofibromas fue de 7.37 cm (mínimo: 2.5 cm y máximo: 16 cm). El 70% de los cistoadenofibromas fueron unilaterales, no hubo lateralidad predominante, representaron un 35% los del lado derecho e igual porcentaje en el izquierdo. Se identificó bilateralidad en el 30% de los casos. Fueron asintomáticos en el 35 % de los casos y los principales síntomas referidos fueron: dolor abdominal (35%) y distensión abdominal (30%). Los casos asintomáticos se detectaron como un hallazgo en la ecografía.

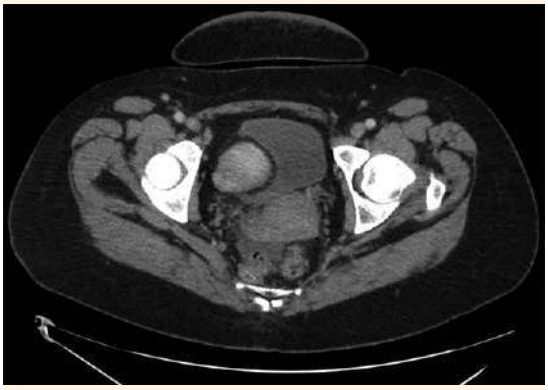


Figura 3. Características radiológicas de los quistes ováricos complejos.

https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8726

De los 20 cistoadenofibromas ováricos, 4 eran lesiones puramente quísticas y los 16 restantes quistes complejos en las imágenes de la tomografía computada o resonancia magnética **(Figura 3).** Los componentes sólidos de los 16 quites complejos se observaron cómo áreas sólidas nodulares; por lo tanto, el 80% (16 de 20) de los cistoadenofibromas ováricos tenían características morfológicas de malignidad en las imágenes de tomografía computada o resonancia magnética.

Desde la perspectiva macroscópica todas las neoplasias correspondieron a lesiones quísticas, debidamente delimitadas, de pared delgada con contenido acuoso-seroso, en el 80% de los casos se identificó un área sólida pseudopapilar. El tamaño medio del área sólida fue de 1.28 cm (mínimo: 0.3 y máximo: 4 cm). Las lesiones quísticas uniloculares se describieron en el 80% de los casos y multiloculares el 20% restante. El estudio histológico intraoperatorio de muestra congelada se practicó en el 60% de los casos. Todos se reportaron como lesiones quísticas benignas. El estudio histológico en parafina mostró que todas las lesiones quísticas tenían una pared delgada **(Figura 4)**, recubierta interiormente por una sola capa de células ciliadas columnares altas, sin atipia nuclear ni estratificación epitelial o proliferación papilar epitelial **(Figura 5).** Se caracterizó por tener un componente de estroma predominantemente fibroso **(Figura 6),** con elementos glandulares **(Figura 7)** y proyecciones papilaroides **(Figura 8)** que sobresalían de las paredes de las lesiones en todos los casos. En el estudio histológico, los componentes sólidos que sugerían malignidad en los estudios de imagen se correlacionaron con el estroma fibroso. Todas las pacientes con cistoadenofibromas serosos recibieron tratamiento quirúrgico: 3 se trataron con histerectomía más

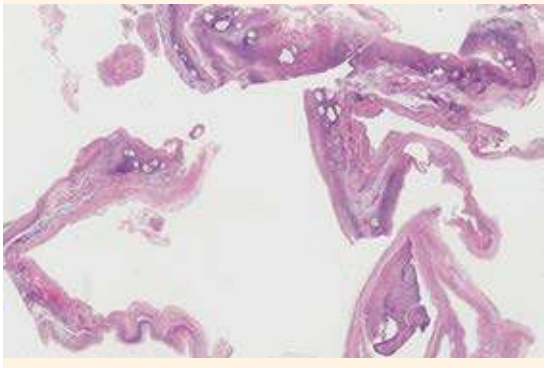


Figura 4. Lesiones quísticas con pared fibrosa delgada (HE 2X).

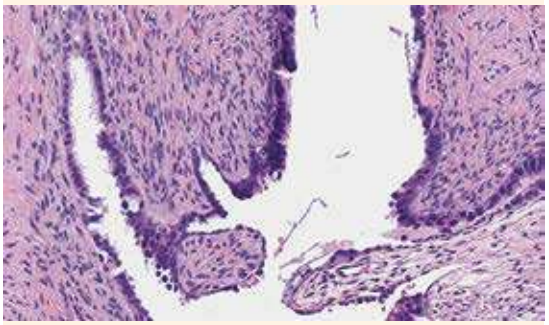


Figura 5. Imagen histológica. Pared quística recubierta por una sola capa de células ciliadas columnares altas sin atipia nuclear (HE 40X).

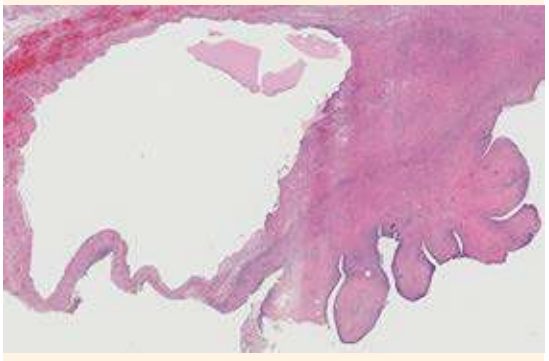


Figura 6. Imagen histológica. Estroma fibroso (HE 2X).

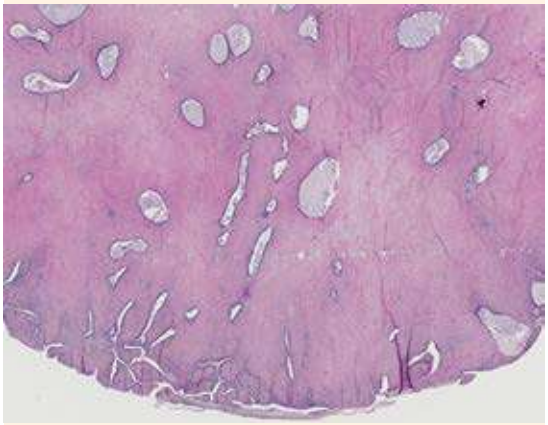


Figura 7. Imagen histológica. Elementos glandulares sobre el estroma fibroso (HE 2X).

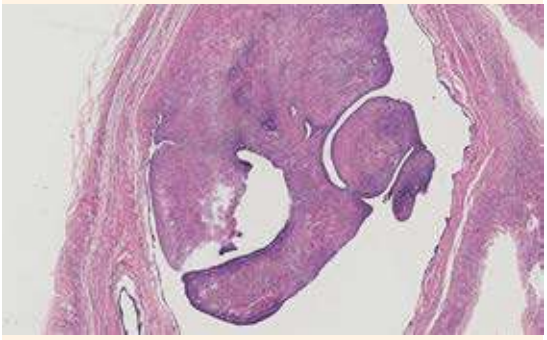


Figura 8. Imagen histológica. Proyecciones papilaroides. (HE 4X).

doble anexectomía, 12 con anexectomía, 2 con ooforectomía y 1 con quistectomía. En 2 casos en los que se practicaron histerectomías concomitantes, el análisis histológico identificó la coexistencia de leiomiomas, y en un caso se encontró un tumor proliferativo seroso, atípico, en el ovario contralateral. En ninguno de los casos hubo recurrencia. Se reportó una defunción por causa no asociada con el cistoadenofibroma seroso. La media de seguimiento de las pacientes fue de 36 meses posteriores al diagnóstico.

DISCUSIÓN

Los cistoadenofibromas ováricos son lesiones benignas, poco comunes, que contienen componentes epiteliales y estromales fibrosos, parcial o completamente quísticos que miden más de 1 cm (menos de 1 cm corresponden a quistes de inclusión cortical). Con frecuencia suelen ser uniloculares aunque pueden ser multiloculares. Esas cavidades quísticas contienen líquido seroso u acuoso y una fina pared revestida por una sola capa de células ciliadas o columnares altas que se asemejan al epitelio de las trompas de Falopio o epitelio cúbico no ciliado que se asemeja al epitelio de la superficie del ovario.

Como parte del grupo de tumores epiteliales serosos benignos del ovario derivados del epitelio celómico superficial se incluyen: cistoadenoma, cistoadenofibroma, adenofibroma y el papiloma de superficie.[2] Comprende, también, los términos: cistoadenoma papilar, cistoadenofibroma papilar y adenofibroma papilar.[3] El término utilizado depende de la cantidad relativa de estroma fibroso, pero las distinciones suelen ser arbitrarias. El cistoadenofibroma seroso es uno de esos tumores que, aunque es de naturaleza benigna puede aparentar malignidad en las imágenes radiológicas, perioperatoria y macroscópicamente. Si bien la incidencia real de los cistoadenofibromas ováricos es incierta, algunos investigadores creen que es más común de lo que se ha informado.[4] Aparece en amplios límites de edad, con mayor frecuencia en mujeres adultas en edad reproductiva y puede ser bilateral en el 30 a 50% de los casos,[5] hallazgos muy similares a los encontrados en la serie aquí publicada.

El cistoadenofibroma seroso se observa, principalmente, entre los 15 y los 65 años. En el estudio aquí reportado no se observó tendencia particular por algún grupo de edad. Está reportado que su incidencia es del 1.7% de todas las neoplasias de ovario.[6] En este estudio representó

https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8726

el 3.14%. En la mayoría de los casos, el tumor se manifiesta en forma de masa única dentro del ovario. En raras ocasiones el tumor puede surgir como masas múltiples dentro de un solo ovario o, también, afectar ambos ovarios. El cistoadenofibroma seroso también puede mostrar proyecciones papilares pero el área proliferativa debe representar menos del 10% del tumor. Por lo general corresponde a una masa quística con áreas sólidas, como en el 80% de los casos aquí reportados.

Se desconoce porqué surgen, y la mayoría lo hace de manera espontánea. Suelen ser asintomáticos, pero en una minoría pueden manifestarse con dolor abdominal, sangrado vaginal o como una masa indolora y bien delimitada al ovario. Por lo general se detectan como hallazgo durante una ecografía abdominal, indicada por otras razones.

En los estudios radiológicos de rutina este tumor puede simular una neoplasia maligna; los componentes fibroso y quístico se encuentran en una mezcla en proporciones variables. El estudio aquí reportado refleja lo referido en la bibliografía: la diferenciación entre benigno y maligno suele ser difícil en las imágenes preoperatorias. La tomografía computada tiene un valor limitado en la evaluación de los cistoadenofibromas porque puede inducir un diagnóstico preoperatorio erróneo de malignidad.[7] En la resonancia magnética a menudo la coexistencia de un componente fibroso da una apariencia característica de "aspecto de esponja negra"[8] en imágenes T2 que lo podría diferenciar de los tumores malignos.

Alcázar describió los cistoadenofibromas como estructuras quísticas uniloculares o multiloculares que pueden ser puramente anecoicas o contener tabiques, proyecciones papilares o nódulos sólidos.[9] El diagnóstico diferencial del cistoadenofibroma de ovario incluye: otros tumores benignos con hallazgos en la resonancia magnética similares a: fibroma, fibrotecoma y tumor de Brenner y tumores malignos (carcinoma de células claras y tumor de células de la granulosa) debido a componentes sólidos y quísticos. Las complicaciones debidas a esta neoplasia ovárica son infrecuentes y pueden incluir la ruptura de la porción quística del tumor dentro del abdomen o la torsión del ovario.

Puesto que la lesión quística puede categorizarse maligna en los estudios de imágenes, la lesión solo puede diagnosticarse como cistoadenofibroma seroso en el estudio intraoperatorio de la muestra congelada. El tumor también puede tener la apariencia macroscópica de uno maligno en el momento de la cirugía. Por lo tanto, el estudio histológico de la muestra congelada es de gran utilidad en muchos de estos casos porque un diagnóstico correcto de cistoadenofibroma en el quirófano podría evitarle a las pacientes una cirugía extensa, innecesaria.

Está reportado que las concentraciones sanguíneas de CA-125 pueden estar elevadas pero no de manera excesiva.[10] Luego de una exéresis completa el cistoadenofibroma tiene un riesgo de recurrencia muy bajo. El diagnóstico definitivo se establece mediante el estudio histológico de la pieza quirúrgica.

CONCLUSIONES

El cistoadenofibroma se analizó debido a la amplia terminología existente en la bibliografía para las lesiones benignas epiteliales serosas del ovario y su necesidad de diagnóstico histológico definitivo. Desde la perspectiva macroscópica simula a las neoplasias malignas, al igual que en los estudios de imagen. El estudio histológico intraoperatorio en secciones congeladas juega un papel decisivo en el diagnóstico de neoplasias ováricas, lo que evita la necesidad de cirugías extensas innecesarias.

REFERENCIAS

1. Fujita K, Ogawa C, Sako T, Utsumi F, Inada KI, Shibata K. A case of ovarian serous cystadenofibroma with scattered lesions in pelvic cavity, like malignant disseminations. J Obstet Gynaecol Res 2021; 47 (12): 4496-501. doi:10.1111/jog.15018
2. George L, Mutter MD, Prat J. Pathology of the female reproductive tract. 3th ed. Churchill Livingston-Elsevier, 2014; 608-10.
3. Shurthi A, Sreelatha S, Bharathi A, Asha Devi L, Renuka R. A rare case of bilateral serous papillary cystadenofibroma. Arch Obstetric Gynecol Reprod Med 2018; 1 (1): 1-3. https://www.scitcentral.com/article/61/247/A-Rare-Case-of-Bilateral-Serous-Papillary-Cystadenofibroma
4. Fatum M, Rojansky N, Shushan A. Papillary serous cystadenofibroma of the ovary -is it really so rare? Int J Gynaecol Obstet 2001; 75 (1): 85-6. doi:10.1016/s0020-7292(01)00415-5
5. Shukla S, Srivastava D, Acharya S, Dhote S, Vagha S. Serous adenofibroma of ovary: An eccentric presentation. J Cancer Res Ther 2015; 11 (4): 1030. doi: 10.4103/0973-1482.150419
6. Cho SM, Byun JY, Rha SE, Jung SE, Park GS, et al. CT and MRI findings of cystadenofibromas of the ovary. Eur Radiol 2004; 14 (5): 798-804. doi: 10.1007/s00330-003-2060-z
7. Jones AMK, Yue WY, Marcus J, Heller DS. Pitfalls of frozen section in gynecological pathology: a case of ovarian serous surface papillary adenofibroma imitating malignancy. Int J Surg Pathol 2019; 27 (3): 268-70. doi:10.1177/1066896918818894
8. Takeuchi M, Matsuzaki K, Kusaka M, Shimazu H, Yoshida S, Nishitani H, Uehara H. Ovarian cystadenofibromas: characteristic magnetic resonance findings with pathologic correlation. J Comput Assist Tomogr 2003; 27 (6): 871-73. doi:10.1097/00004728-200311000-00007
9. Alcázar JL, Errasti T, Mínguez JA, Galán MJ, García-Manero M, Ceamanos C. Sonographic features of ovarian cystadenofibromas: spectrum of findings. J Ultrasound Med 2001; 20 (8): 915-9. doi:10.7863/jum.2001.20.8.915
10. Ghaemmaghami F, Karimi Zarchi M, Hamedi B. High levels of CA125 (over 1,000 IU/ml) in patients with gynecologic disease and non-malignant conditions: three cases and literature review. Arch Gynecol Obstet 2007; 276 (5): 559-61. doi:10.1007/s00404-007-0381-x

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Tan GJ, Jiang J, Zhong ZX. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015*

* El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).

https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8726