



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“QUISTE DE OVARIO EN PACIENTE POSTMENOPÁUSICA:
REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: SOFÍA SULAMITA ARGÜELLO MOLINA

DIRECTOR: DR. FREDDY ROSENDO CÁRDENAS HEREDIA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“QUISTE DE OVARIO EN PACIENTE POSTMENOPÁUSICA:
REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: SOFÍA SULAMITA ARGÜELLO MOLINA

DIRECTOR: DR. FREDDY ROSENDO CÁRDENAS HEREDIA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Sofia Sulamita Argüello Molina portadora de la cédula de ciudadanía N° **1900814698**. Declaro ser el autor de la obra: "**Quiste de ovario en paciente postmenopáusica: Reporte de caso**", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 18 de marzo de 2024

F:

Sofia Sulamita Argüello Molina
C.I. 1900814698

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Quiste de ovario en paciente postmenopáusica: Reporte de caso**" realizado por **Sofía Sulamita Argüello Molina** con documento de identidad No. **1900814698**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 18 de marzo de 2024

F: 
.....
Dr. Freddy Rosendo Cárdenas Heredia
DIRECTOR/TUTOR

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a mi dulce Sofía de 8 y 16 años que se sentían muy perdidas, que nunca pensaron llegar a cumplir 23 años o culminar esta etapa teórica universitaria, por mantenerme viva cada día incluso en los días muy malos. A mi madre Julia del Rocío, quien ha sido la mejor madre que Dios pudo regalarme tomando en cuenta el alma que soy, quien desde que tengo memoria ha sido mi apoyo y amor incondicional, a pesar de que no le he puesto el camino fácil es quien ha crecido conmigo en cada paso como madre y mujer, y quien, a través de su amor y enseñanzas, ha ido moldeando la increíble mujer que soy hoy. Cada día me siento orgullosa de ti mamá, te amo, siempre seremos tú y yo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco cada día a Dios por permitirme ser Sofía Sulamita en esta encarnación, por llenarme de nuevos conocimientos y sabiduría cada día de mi vida, por guiarme en cada paso personal y profesional desde que soy niña, por entregarme a los 3 pilares fundamentales de mi vida, Julia del Rocío, Julia y María Elena, que son los 3 cimientos más fuertes de mi vida quienes me han permitido desarrollarme como la mujer valiente y amorosa que soy hoy, cada una de estas mujeres increíbles me ha enseñado a perseverar y ser fuerte ante cualquier obstáculo que se me presente, porque después de todo en mi cuerpo corre la sangre de estas mujeres guerreras. Agradezco infinitamente a mis hermanitas María Cristina y Julia Carolina porque desde el día 1 de mi carrera, me han demostrado su amor puro e inocente a través de cartas y regalitos ideados por ellas, porque, aunque estemos separadas, puedo sentir su dulce amor y cariño cada vez que estamos juntas, porque son mis niñas favoritas en todo el mundo, y porque algún día me gustaría darles el mundo.

Agradezco mucho también a los doctores del departamento de titulación, quienes en todo momento han velado por mi bienestar y mi beneficio para permitirme ingresar a una nueva etapa en mi formación como médico, especialmente al Dr. Freddy Cárdenas y la Dra. Adriana Puente por ser parte de mi formación académica y humana, y por darme la oportunidad de concluir con mi trabajo de titulación a pesar de los inconvenientes presentados durante este proceso.

A las mejores amigas que la vida ha puesto en mi camino Nirmala, Odalys y Elizabeth, porque durante mis cinco años de formación me han animado y apoyado en cada momento por muy bueno o malo que sea, por amarme sin importar que sea o que elija y por escogerme como su amiga y hermana. A mis amigos Dayana, Jhosebeth y Andrés ya que gracias a ellos mi último año de formación estuvo lleno de apoyo mutuo desde el cariño, porque solo nosotros sabemos lo que hemos pasado y me alegra mucho haberlo hecho de la mano de estas personas maravillosas.

RESUMEN

Antecedentes: El cistoadenoma seroso de ovario es un tumor frecuente que proviene del epitelio celómico superficial, este puede ser benigno, de bajo potencial maligno o invasivo, mayoritariamente son tumores benignos de paredes finas, con fluidos que suelen ser uniloculares o pauciloculares, representan entre el 20% y el 50% de todos los tumores ováricos. En pacientes perimenopáusicas y postmenopáusicas el hallazgo de una masa anexial se considera anormal y debe ser objeto de estudio inmediato, ya que el riesgo de malignidad aumenta en mujeres postmenopáusicas de un 8-45%.

Presentación del caso: Paciente femenina de 47 años de edad con antecedente de HTA refiere que desde hace 2 meses presenta dolor en hipogastrio que se mantiene constante tipo pesadez, sordido de moderada intensidad que se exagera con el movimiento, al esfuerzo físico y cambios de cúbito. Se realiza examen ginecológico donde se palpa masa dolorosa y móvil de 5 centímetros aproximadamente en anexo izquierdo, posteriormente el mismo día por la tarde, se realiza una ecografía donde se reporta masa ovárica de bordes nítidos sin excrecencia interna ni externa. Luego de 1 semana se realiza laparotomía exploradora y quistectomía, con reporte histopatológico positivo para cistoadenoma seroso con tamaño de 5x5x4 cm. La recuperación de la paciente es favorable, por lo que a las 48 horas se da de alta.

Conclusiones: El cistoadenoma seroso de ovario es una patología cuyo diagnóstico definitivo se basa en la anatomía patológica, el tratamiento en mujeres postmenopáusicas será definitivamente quirúrgico (quistectomía u ooforectomía).

Palabras clave: *cistoadenoma seroso, quiste ovárico.*

ABSTRACT

Background: Serous ovarian cystadenoma is a common tumor derived from the superficial celomic epithelium. It can be benign, of low malignant potential or invasive; the majority are benign tumors with thin walls and fluids that are usually unilocular or paucilocular; they represent 20% and 50% of all ovarian tumors. In perimenopausal and postmenopausal patients, the finding of an adnexal mass is considered abnormal and should be immediately investigated, as the risk of malignancy increases in postmenopausal women from 8-45%.

Case presentation: A 47-year-old female patient with a history of hypertension complains of hypogastric pain persisting for two months, described as constant heaviness, moderate intensity, exacerbated by movement, physical exertion, and changes in position. A gynecological examination reveals a painful and mobile mass of approximately five centimeters in the left adnexa. Later that day, an ultrasound is performed, which reports an ovarian mass with clear borders and no internal or external excrescence. One week later, exploratory laparotomy and cystectomy are performed, with a positive histopathological report for serous cystadenoma measuring 5x5x4 cm. The patient's recovery was favorable, and she was discharged 48 hours later.

Conclusions: Serous ovarian cystadenoma is a pathology and its definitive is based on pathological anatomy. Treatment in postmenopausal women will be surgical (cystectomy or diagnosis oophorectomy).

Keywords: *Serous cystadenoma, ovarian cyst.*

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN	10
REPORTE DEL CASO.....	11
DISCUSIÓN.....	14
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFÍA.....	18

INTRODUCCIÓN

El cistoadenoma seroso ovárico es un tumor que se origina en el epitelio celómico superficial, cuyo riesgo aumenta con la edad. Es un tipo de masa quística no funcional, representando entre el 20% y el 50% de todos los tumores ováricos y diagnóstica con más frecuencia durante la quinta etapa de la vida (1). La mayoría de estos quistes son benignos, con una tasa de malignidad baja del 7% al 13% en mujeres premenopáusicas y del 8% al 45% en mujeres posmenopáusicas, por lo que deben ser objeto de estudio inmediato debido a la probabilidad de cáncer de ovario (1,2).

Según la literatura, alrededor del 70-80% de los tumores serosos son benignos, un 5-10% tienen potencial maligno y un 20-25% son malignos. Los tumores epiteliales benignos, casi siempre son serosos o mucinosos y se diagnostican por lo general entre los 40 y 60 años (1,3,4).

Esta neoplasia ovárica presenta a menudo un cuadro inespecífico, sin embargo, cuando se presenta un cuadro sintomático encontraremos dolor a nivel abdominal o pélvico por la misma compresión de la tumoración o por alguna complicación como rotura, hemorragia, torsión o aumento de tamaño. Los síntomas regionales que provoca son síntomas urinarios como poliuria, disuria y tenesmo vesical; síntomas digestivos como hinchazón, aumento de volumen abdominal, tenesmo rectal, constipación. También se puede presentar edema de miembros inferiores o várices por la compresión venosa. Las manifestaciones clínicas serán más evidentes cuanto más grande sea el quiste (5) (6).

Hay diversos factores que guían al médico hacia un diagnóstico preciso en masas anexiales ováricas e involucran elementos como la edad, el historial familiar y personal, resultados de la exploración física, así como los hallazgos en el ultrasonido transvaginal o abdominal y análisis de laboratorio que incluyen marcadores tumorales principalmente útiles en mujeres postmenopáusicas (7) (8).

Desde el punto de vista imagenológico se puede definir una masa quística como benigna o maligna, sin embargo, el manejo en mujeres postmenopáusicas debe ser más cuidadoso por el riesgo aumentado de malignidad. El tratamiento definitivo es la ooforectomía unilateral o quistectomía (9) (10).

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 47 años con historial gineco-obstétrico de menarquia a los 12 años de edad, fórmula obstétrica G2C2HV2, última menstruación hace 2 años. Antecedente personal de hipertensión arterial hace 10 años en tratamiento con losartán 100mg día vía oral. Niega otros antecedentes personales y familiares.

Acude a consultorio externo de la Clínica Monte Sinaí por presentar dolor en hipogastrio de dos meses de evolución que se mantiene constante tipo pesadez, sordido de moderada intensidad que se exagera con el movimiento, el esfuerzo físico y cambios de cúbito. Niega molestias ginecológicas u urinarias.

Al examen físico: presión arterial 150/100, frecuencia cardíaca 90/minuto, talla: 1,68 m, peso: 64 kg, IMC 22,7 Kg/m². Resto del examen físico sin alteraciones. Al examen ginecológico mediante especuloscopia se evidencia cuello sano sin leucorrea o lesiones. Al tacto vaginal: vagina reseca y acortada, útero anteversoflexo hipotrófico móvil doloroso a la palpación. En anexo izquierdo se palpa masa dolorosa y móvil de 5 centímetros.

Se realiza una ultrasonografía el mismo día, en donde se reporta masa ovárica en anexo izquierdo de bordes delgados y nítidos sin excrecencia interna ni externa de 5x5x4cm. (**Figura 1**) (**Figura 2**).



Figura 1. Ecografía de ovario izquierdo. Tumor de bordes lisos sin excrecencias. **Fuente:** propia.



Figura 2. Ecografía de ovario izquierdo. Tumor de bordes lisos sin excrecencias. **Fuente:** propia.

Los exámenes de laboratorio preoperatorios: Hemoglobina: 15,80 g/dl, grupo sanguíneo: ORh+, tiempo de protrombina: 13,49 segundos, INR 1,14. Marcadores tumorales: antígeno carcinoembrionario (CEA) 2,24 ng/ml, alfa feto proteína (AFP) 5,98 UI/ml, Ca 125 13,81 U/ml.

El procedimiento quirúrgico a realizar fue una laparotomía exploratoria y quistectomía izquierda. Posterior a la asepsia y colocación de campos estériles, se procede con la incisión de Pfaniestel, apertura por planos e identificación de los órganos pélvicos. Se realiza pinzamiento, corte y sutura del pedúnculo ancho del quiste para la quistectomía izquierda, se revisa la hemostasia y se hace cierre de pared por planos (**figura 3**). El hallazgo quirúrgico fue un quiste de 5 centímetros, pared delgada muy vascularizada, no se visualiza contenido líquido, apariencia de endometrioma.

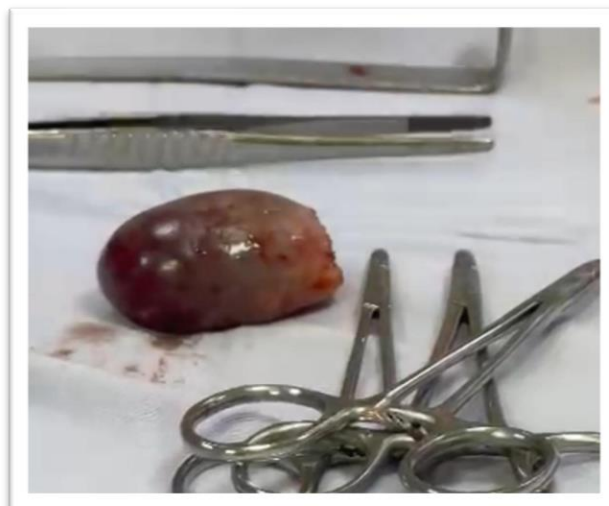


Figura 3. Imagen de quiste ovárico izquierdo.

El resultado de anatomopatología reporta al examen macroscópico: formación quística unilocular previamente incidida mide 5 centímetros de diámetro mayor, externamente es congestiva. Al corte se aprecia salida de líquido seroso, uniloculado de superficie interna lisa, pared de hasta 0,1 cm. El diagnóstico histológico fue cistoadenoma seroso, sin riesgo de malignidad. La evolución postoperatoria de la paciente fue excelente y dada de alta posterior a las 48 horas.

DISCUSIÓN

A pesar del deterioro con la edad de sus funciones, el ovario conserva la habilidad de desarrollar tumores de diversas variedades histológicas. Se sostiene actualmente que los tumores ováricos se originan en uno de tres elementos: el epitelio celómico superficial, las células germinales o el estroma ovárico (6).

De acuerdo con la ACOG, la mayoría de las masas en el área del ovario, las trompas de Falopio o los tejidos adyacentes, son descubiertas de manera fortuita durante el examen físico o al realizarse una imagen pélvica (11). Los quistes ováricos la mayoría de las veces son asintomáticos o responsables de signos moderados e inespecíficos como dolor abdominal o pélvico, distensión abdominal, constipación, poliuria, pérdida de apetito, hinchazón, e incluso edema de miembros inferiores (8,12) El dolor abdominal y pélvico estará presente en más del 50% de los casos (1,5,6,13,14), la distensión abdominal se presenta en un 30% y con frecuencia está acompañada de signos compresivos como la disuria o la constipación, especialmente en mujeres postmenopáusicas. Y algunas veces estará asociado con síntomas no específicos como los antes mencionados (8). En nuestro caso la presentación clínica fue dolor en hipogastrio por 2 meses que se mantiene constante tipo pesadez, sórdido de moderada intensidad que se exagera con el movimiento, el esfuerzo físico y cambios de cúbite, el hallazgo ecográfico revela imagen quística anécoica que fue confirmada por estudio anatopatológico como cistoadenoma seroso de ovario de 5cm; la causa del dolor es el desplazamiento y compresión de los órganos vecinos, tal como señala Barbacar Biaye et al (8), el diagnóstico precoz de masas anexiales en el ovario es casi imposible, incluso en tumores >10cm pueden ser asintomáticos y se descubren como hallazgos incidentales en la exploración física o el ultrasonido (1). A pesar de que la mayoría de masas anexiales de ovario son benignas, el objetivo principal del manejo para su diagnóstico es excluir tumoraciones malignas especialmente en mujeres postmenopáusicas donde el riesgo aumenta de un 8-45% (1).

Aunque el diagnóstico se puede guiar mediante elementos como la edad, los antecedentes personales y familiares, y los resultados en la exploración física, las imágenes y pruebas sanguíneas son el pilar fundamental para llegar a un correcto diagnóstico. El gold estándar para evaluar masas ováricas y anexiales es la ecografía abdominal y/o transvaginal, esta permite una identificación precisa en el 90% de los casos, sus principales ventajas radican en su disponibilidad, fácil y rápido de realizar y bajo coste económico. Para respaldar el diagnóstico se deben realizar analíticas sanguíneas enfocadas en malignidad como CA-125 (15,16). En el

presente caso clínico se diagnosticó un quiste seroso de ovario mediante la ecografía abdominal con hallazgos que sugieren benignidad, un quiste unilateral sin excrescencias o superficie irregular y sin ascitis.

La importancia del ultrasonido abdominal o transvaginal es diferenciar si la tumoración es de etiología benigna o maligna. Los reportes de diversos autores como Morgan Ortiz et al (12), Ayala Peralta et al (1), Barbacar Biaye (8), et al, definen que las masas benignas se caracterizan por paredes delgadas, ausencia de proyecciones papilares, tabiques, componentes sólidos y ausencia de flujo sanguíneo en el Doppler, por el contrario, los hallazgos ecográficos que sugieren malignidad incluyen gran tamaño, componentes papilares, paredes irregulares y tabiques. Sin embargo, estas características al Doppler por si solas no siempre son suficientes para clasificar masas benignas o malignas (5).

El Ca 125 es principalmente un marcador de carcinoma epitelial de ovario y solo está elevado en el 50 % de los casos en etapa temprana (5,17,18). El Ca 125 es un marcador sérico comúnmente estudiado para evaluar la probabilidad de tumores malignos en masas anexiales, pero no es confiable en diferenciar entre masas ováricas benignas y malignas, particularmente en mujeres premenopáusicas (15,16,19). Es útil principalmente en mujeres posmenopáusicas, con un valor >35 U/mL que indica la necesidad de derivación a un servicio de oncología ginecológica (1,10). En pacientes postmenopáusicas con cistoadenoma seroso de ovario los marcadores tumorales se encuentran en rangos normales como es el caso que reportan los autores Ayala Peralta et al (1) con Ca 125 de 24,74 U/ml, Belghazi et al (5) con Ca 125 de 14 U/ml. El nivel de Ca 125 en este caso clínico representa cifras normales de 13,81 U/ml.

En relación a la características microscópicas y macroscópicas, el cistoadenoma seroso de ovario es de tamaño muy variable, algunas literaturas manifiestan que usualmente mide entre 3-10cm (1), su forma es oval o redonda, de superficie lisa con contenido acuoso seroso, sin embargo, existen casos reportados de cistoadenomas serosos gigantes, especialmente en mujeres postmenopáusicas (1,5,6,13). Estas son lesiones quísticas uniloculares en el 80% de los casos y multiloculares en un 20%, tapizadas por células que varían desde cúbicas a columnares no estratificadas o estratificadas, que se asemejan al epitelio ovárico superficial (16,19,20).

Los quistes ováricos en pacientes postmenopáusicas se manejan tradicionalmente mediante laparotomía exploratoria, debido al origen no funcional del quiste, el tratamiento definitivo es la salpingooforectomía o quistectomía (9,14,21). No obstante, en la revisión de masas anexiales

de Morgan Ortiz et al (12), en pacientes de este rango de edad, no se recomienda quistectomía; en todos los casos se interviene con ooforectomía más biopsia transoperatoria y en caso de que la paciente consienta su extracción o tenga antecedentes familiares, el ovario sano debe de ser removido. Mientras que en los reportes de Mounir et al (13) y Benlghazi et al (6), indican que, en el caso de quiste unilateral durante la menopausia, la quistectomía está indicada, y en casos de quistes de gran tamaño, se debe tratar de conservar la mayor parte del parénquima ovárico como sea posible, aunque la cirugía puede ser por vía laparoscópica, en pacientes postmenopáusicas la mejor opción es la laparotomía exploratoria, con el fin de descartar el riesgo de malignidad. Cabe señalar que el presente caso clínico se realizó laparotomía exploradora y quistectomía de anexo izquierdo, siendo esta la intervención quirúrgica más adecuada en el caso de nuestra paciente.

CONCLUSIONES

El cistoadenoma seroso de ovario es un quiste benigno, no funcional, que se puede presentar en cualquier rango de edad. Sin embargo, la posibilidad de que se convierta en maligno aumenta en las mujeres posmenopáusicas (8-45%). La clínica es inespecífica y se suelen identificar de manera incidental. El gold estándar para el diagnóstico es el ultrasonido abdominal/vaginal; las características que sugieren benignidad son: paredes delgadas, ausencia (proyecciones papilares, tabiques, componentes sólidos y flujo sanguíneo en Doppler). La literatura recomienda que en pacientes postmenopáusicas con masas anexiales ováricas deben ser objeto inmediato de estudio. El manejo se debe llevar a cabo con laparotomía exploratoria y solicitar Ca 125 para descartar riesgo de malignidad. El tratamiento de elección es la quistectomía, con la finalidad de conservar la mayor parte de superficie ovárica incluso en este tipo de pacientes. El pronóstico es excelente.

CONFLICTO DE INTERESES

No se declaran conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ayala Peralta FD, Quiñones Vasquez L, Sandoval Valiente L, Garrido Rivadeneira D. Cistoadenoma seroso ovárico gigante en la posmenopausia. Reporte de un caso. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*. 2020 Apr 14;9(1):53–8.
2. Delgado MM, Del Valle Solano R. TEMA 10 Manejo de masas anexiales [Internet]. 2016. Available from: www.revistaclinicaahsjd.ucr.ac.cr
3. Cortes Fuentes M, Redondo R, Aibar L. Análisis de tumoraciones ováricas benignas intervenidas en nuestro hospital. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*. 2020 Jun 1;8(1):27.
4. Gómez G, Palacios Y, Perez Giovanni. Análisis social sobre informe de un caso clínico quirúrgico: Cistoadenoma mucinoso de ovario. *Journal of business and entrepreneurial studies*. 2020;
5. Benlghazi A, Belouad M, Messaoudi H, Benali S, Elhassani MM, Kouach J. Giant ovarian serous cyst and postmenopausal adnexal torsion: An unusual case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2023 Sep 1;110:108686.
6. Daniel Díaz Díaz J, Vázquez Vázquez J, Yoan Ordóñez Álvarez L, Alberto Lazo Herrera L, Pablo Linares Cánovas L, Cuervo Rubio L, et al. Cistoadenoma seroso gigante de ovario derecho. Reporte de un caso. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 4];22(1):169–76. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Damián Aucancela M, Cubillo-Chungata K, Basantes-Fuenmayor P, Ruiz-Ruiz MI. Principales avances en la investigación clínica del cáncer de ovario: una revisión actualizada. 2022;66:846–57. Available from: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>
8. Biaye B, Raiga J, Diallo M, Jafer R, Diouf AA, Benoit B, et al. Management of Ovarian Cystic Tumor: Diagnosis, Management, and Its Follow-Up-Case Presentation of Three Patients and Literature Review. *Open J Obstet Gynecol*. 2020;10(01):25–40.
9. Pérez-García GE, Sierra-Avendaño JA, Pérez-Barón MP, Álvarez-Ojeda OM. Carcinogenesis of ovarian serous tumors: Surgical implications, recent advances and future challenges for its diagnosis and treatment. Vol. 86, *Ginecología y Obstetricia de Mexico*. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia; 2018. p. 389–400.
10. Vázquez Manjarrez S, Rico Rodríguez C, Guzmán Martínez N. Imaging and diagnostic approach of the adnexal mass: what the oncologist should know. *Chin Clin Oncol*. 2020;9(5).

11. Eskander R, Berman M, Keder L. Practice Bulletin No. 174: Evaluation and Management of Adnexal Masses. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2024 Mar 6];128(5):e210–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27776072/>
12. Morgan-Ortiz F, Quevedo-Castro E, Valentín Morgan-Ruiz F, Josefina Báez-Barraza D, López-Manjarrez G. Masas anexiales: Tumores benignos de ovarios, salpinges y misceláneos. *REVMEDUAS 81 Rev Med UAS*. 2019;6(2).
13. Mounir B, anas E, Yassine E, Abdelilah EB, Khalid EH, Bensardi F, et al. Incidental discovery of a giant ovarian cystadenoma. *Annals of Medicine and Surgery*. 2022 Oct 1;82.
14. Balhara K, Mallya V, Khurana N, Tempe A. Coexisting ovarian serous cystadenoma with fibroma: A very unusual combination. *J Cancer Res Ther* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 4];19(5):1474–6. Available from: https://journals.lww.com/cancerjournal/fulltext/2023/19050/coexisting_ovarian_serous_cystadenoma_with.70.aspx
15. Pramana C, Almarjan L, Mahaputera P, Wicaksono SA, Respati G, Wahyudi F, et al. A Giant Ovarian Cystadenoma in A 20-Year-Old Nulliparous Woman: A Case Report. *Front Surg*. 2022 May 5;9.
16. Vicario FJ, Estalella L, Hermoso J, Díaz F, Gris P. Cistoadenoma mucinoso retroperitoneal primario. Tumoración infrecuente en mujer joven. *Cir Esp* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2024 Mar 4];94(4):243–5. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-cistoadenoma-mucinoso-retroperitoneal-primario-tumoracion-S0009739X15000688>
17. Araya Oviedo A, Paizano Vanega G. Cáncer de ovario. *Revista Medica Sinergia*. 2021 Jul 1;6(7):e690.
18. Instituto de Oncología Ángek H. Roffo. PAUTAS DE ONCOLOGIA. Buenos Aires ; 2023.
19. Ochoa RS, de la Torre JPG, Recover AA. Ovarian serous cystadenofibroma: 12- year experience at the Hospital General Universitario de Albacete. *Ginecol Obstet Mex*. 2023 Jul 1;91(7):486–92.
20. Sabarwal VK, Chandrasekar A, Engel J, Toubaji A, Engel JD. A Retroperitoneal Serous Cystadenoma of Müllerian Origin Masquerading as a Massive Renal Cyst. *Urology*. 2017 Jul 1;105:e9–10.
21. Xu S, Han Y, Wang J, Zhao X, Wang Y, Sun J. Ectopic Ovarian Serous Cystadenoma Mimicking Hydrosalpinx. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2024 Mar 4];29(9):1033–4. Available from: <https://www.jmig.org/article/S1553465022002199/fulltext>

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Sofía Sulamita Argüello Molina portadora de la cédula de ciudadanía N° **1900814698**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Quiste de ovario en paciente postmenopáusica: Reporte de caso”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 18 de marzo de 2024

F:

Sofía Sulamita Argüello Molina
C.I. 1900814698