JOURNAL OF THE Selva Andina Research Society
Official Journal of the Selva Andina Research Society.

Reporte de Caso

ISSN 2072-9294 (print edition)
JSARS
ISSN 2072-9308 (online edition)

# Cistoadenoma seroso gigante en embarazo gemelar

# Giant serous cystoadenoma in twin pregnancy

**Calderón León María Fernanda[1*], Vélez Suarez Ana María[2], Romero Naula Rosa Pamela[2], Endara Galarza Angela Estephania[2], Chinga Acuña Rogger Isaac[3], Carranza Figueroa Ingrid Catherine[3], Nagua Blanca Diego Raphael[2]**

## Datos del Artículo

[1] Ministerio de Salud Pública.
Hospital General Enrique Ortega Moreira.
km 2.5 de la vía Durán-Tambo.
Ecuador.

[2] Ministerio de Salud Pública.
Sistema de Salud del Gobierno Nacional.
Hospital Universitario de Guayaquil.
Calle 24A NO, Vía Perimetral.
Guayaquil, Ecuador.

[3] Universidad de Guayaquil.
Av. Delta, Guayaquil 090510.
Ecuador.

***Dirección de contacto**:

Ministerio de Salud Pública.
Hospital General Enrique Ortega Moreira.
km 2.5 de la vía Durán-Tambo.
Ecuador.
Tel: +593 98 236 5566.

**María Fernanda Calderón León**
E-mail address : dracalderonleon@hotmail.es

**Palabras clave:**

Cistoadenoma seroso,
embarazo gemelar,
preeclampsia severa,
tumor tubo-ovárico,
diagnóstico prenatal,
morbilidad materna y fetal.

***J. Selva Andina Res. Soc.***
**2026; 17(2):137-144.**
**ID del artículo: 193/JSARS/2025**

**Historial del artículo**

Recibido mayo 2025.
Devuelto octubre 2025.
Aceptado mayo 2026.
Disponible en línea, agosto 2026.

***Editado por:***
***Selva Andina***
***Research Society***

**Keywords:**

Serous cystadenoma,
twin pregnancy,
severe preeclampsia,
tubo-ovarian tumor,
prenatal diagnosis,
maternal and fetal morbidity.

## Resumen

Se presenta un caso clínico de cistoadenoma seroso gigante en el contexto de un embarazo gemelar complicado por preeclampsia severa. La paciente ingresó al área de hospitalización de alto riesgo obstétrico y fue intervenida quirúrgicamente mediante cesárea de emergencia. Durante el procedimiento se evidenció un tumor tubo-ovárico de gran tamaño, que fue extirpado con conservación de la fertilidad. El examen histopatológico confirmó el diagnóstico de cistoadenoma seroso de ovario. Cabe destacar que en ninguno de los controles ecográficos prenatales se reportó la presencia de una tumoración anexial, lo que subraya la dificultad diagnóstica en este tipo de escenarios. Los tumores de ovario constituyen estructuras patológicas que pueden ser benignas o malignas según sus características histológicas. En mujeres en edad reproductiva, el diagnóstico oportuno es fundamental para preservar la fertilidad y reducir complicaciones. La ecografía es la herramienta inicial de elección, mientras que la resonancia magnética nuclear se reserva para casos de mayor complejidad. La detección de tumores anexiales durante un embarazo gemelar representa un desafío adicional en ginecología, dado que las complicaciones potenciales torsión, ruptura o shock hipovolémico pueden comprometer gravemente la salud materna y fetal. En el presente caso, el tumor tubo-ovárico gigante no fue diagnosticado durante el control prenatal y se identificó como hallazgo transquirúrgico. La extirpación permitió confirmar el diagnóstico de cistoadenoma seroso, con evolución favorable y buen pronóstico tanto para la madre como para los recién nacidos. Este caso resalta la importancia de la vigilancia ecográfica exhaustiva y la preparación quirúrgica adecuada en pacientes con embarazos de alto riesgo.

***2026. Journal of the Selva Andina Research Society®. Bolivia. Todos los derechos reservados.***

## Abstract

A clinical case of giant serous cystadenoma is presented in the context of a twin pregnancy complicated by severe preeclampsia. The patient was admitted to the high-risk obstetric hospitalization area and underwent surgery by emergency cesarean section. During the procedure, a large tubo-ovarian tumor was evidenced, which was removed with fertility preservation. Histopathological examination confirmed the diagnosis of ovarian serous cystadenoma. It should be noted that in none of the prenatal ultrasound controls was the presence of an adnexal tumor reported, which underscores the diagnostic difficulty in this type of scenario. Ovarian tumors are pathological structures that can be benign or malignant depending on their histological characteristics. In women of reproductive age, timely diagnosis is essential to preserve fertility and reduce complications. Ultrasound is the initial tool of choice, while magnetic resonance imaging is reserved for more complex cases. The detection of adnexal tumors during a twin pregnancy represents an additional challenge in gynecology, since the potential complications of twisting, rupture or hypovolemic shock can seriously compromise maternal and fetal health. In the present case, giant tubo-ovarian tumor was not diagnosed during prenatal care and was identified as a transsurgical finding. The removal confirmed the diagnosis of serous cystadenoma, with a favorable evolution and a good prognosis for both the mother and the newborns. This case highlights the importance of thorough ultrasound surveillance and appropriate surgical preparation in patients with high-risk pregnancies.

***2026. Journal of the Selva Andina Research Society®. Bolivia. All rights reserved.***

## Introducción

La mayoría de los cánceres de ovario se originan en la fimbria de la trompa de Falopio (TF). Esto ha llevado a la hipótesis de que la resección quirúrgica de las TF durante procedimientos quirúrgicos ginecológicos y no ginecológicos, podría prevenir el desarrollo de cáncer epitelial de ovario en mujeres con alto riesgo[1,2].

Los cistoadenomas ováricos son tumoraciones benignas en su gran mayoría se originan en el epitelio celómico de la superficie ovárica y en restos embriológicos de los conductos de Müller; se observan predominantemente en mujeres adultas en edad reproductiva[3].

Los tumores ováricos gigantes son poco frecuentes, ya que, se diagnostican durante controles ginecológicos de rutina o ecografías abdominales, no obstante, puede ser una condición de alta morbimortalidad debido a que, el tumor puede romperse espontáneamente, romperse durante un traumatismo o en el embarazo. La rotura tumoral es una situación potencialmente mortal debido al shock hipovolémico, causando además hemorragia intraperitoneal y peritonitis[4].

Las pacientes con tumores ováricos grandes presentan un aspecto similar al de las mujeres embarazadas y las pacientes con obesidad mórbida[5].

La masa anexial se identifica en pacientes embarazadas en una tasa de 2 a 20 en 1000 y los tipos más comunes en el embarazo que requieren manejo quirúrgico; quistes dermoides 32 %, endometriomas 15 %, quistes funcionales 12 %, cistoadenomas serosos 11 %, cistoadenomas mucinosos 8 % y aproximadamente 2 % son masas malignas[5,6].

Los quistes paraováricos o paratubarios constituyen entre el 5 y 10 % de todas las lesiones anexiales y suelen originarse en el conducto de Müller[7,8]. Los cistoadenomas son característicamente unilaterales.

Solo aproximadamente el 5 % bilaterales, y generalmente son tumores grandes que ocasionalmente pueden alcanzar proporciones masivas[9].

Diversos estudios han reportado que la salpingectomía es segura, rentable y no se asocia con menopausia temprana, tal es así que, una implementación generalizada de salpingectomía, puede reducir la mortalidad por cáncer de ovario[2].

El uso de laparoscopia en masas anexiales se asocia con una mayor duración de la cirugía y la anestesia, con estancia hospitalaria más corta, por cuanto el uso de esta técnica quirúrgica es mejor en masas anexiales en comparación con la laparotomía[10].

Los beneficios de la cirugía laparoscópica frente a la cirugía abierta en el tratamiento de los tumores anexiales de ovario son los siguientes. i) menor estancia hospitalaria, menor dolor postoperatorio, tiempo operatorio más corto, ii) menor pérdida sanguínea y menores riesgos de pérdida fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer. Las mejores prácticas para la cirugía laparoscópica durante el embarazo incluyen la posición en decúbito lateral izquierdo después del primer trimestre; la colocación del puerto según el tamaño del útero y la localización de la patología, una presión de insuflación inferior a 12-15 mmHg, la capnografía materna intraoperatoria, la monitorización pre y postoperatoria de la frecuencia cardíaca fetal, las contracciones, y la tromboprofilaxis[11].

El objetivo fue, presentar un caso clínico de cistoadenoma seroso gigante en embarazo gemelar en una paciente con preeclampsia severa.

## Presentación del caso

Se trata de paciente femenino de 23 años, secundigesta nulípara, raza mestiza, ecuatoriana, vive en la provincia del Guayas, cantón Guayaquil, es ama de casa.

*Motivo de atención*; cefalea acúfenos, dolor pélvico, embarazo doble.

*Evolución de la enfermedad*; paciente acude a emergencia cursando embarazo gemelar de 34.5 semanas por ecografía del primer trimestre (9.1 semanas), refiriendo cuadro clínico de 8 h de evolución, caracterizado por cefalea de moderada intensidad, acompañado de acúfenos, dolor pélvico que se irradia a región lumbosacra, movimientos fetales percibidos por la madre de ambos fetos.

*Antecedentes personales patológicos*; hipertensión gestacional en el embarazo actual, diagnosticada hace 2 meses, tratada con alfametildopa 250 mg, una vez al día, refiere vaginosis durante el embarazo en cuatro ocasiones e infección de vías urinarias, en una ocasión con tratamiento.

*Antecedentes gineco obstétricos*; parto 0, cesárea 0, aborto 1, periodo intergenésico un año y seis meses, controles prenatales 6 particulares, menarquia a los 12 años, ciclos menstruales regulares, inicio de vida sexual activa a los 15 años, parejas sexuales tres, nunca se ha realizado un papanicolaou para citología cervical.

*Como antecedentes patológicos familiares;* padre hipertenso.

*Examen físico*; paciente orientada en tiempo y espacio, Glasgow 15/15, refiere síntomas neurológicos, cefalea y acufenos. *Tórax*; simétrico, campos pulmonares, auscultación normal. *Abdomen*; globuloso con útero gestante, altura uterina 34 cm con embarazo gemelar, primer producto presentación cefálico frecuencia cardiaca fetal 148 latidos por minuto (lpm), feto 2, presentación pelviana con 144 lpm, actividad uterina ausente.

*Región inguino-genital*; a la inspección no se evidencia perdida de líquido, al tacto vaginal cérvix posterior, corto, consistencia blanda, entreabierto, se palpa polo cefálico de uno de los gemelos, membranas íntegras, sonda vesical con orina clara. *Extremidades simétricas;* edema de miembros inferiores que deja fóvea, no hiperreflexia.

*Signos vitales;* presión arterial 146/104 mmHg, pulso 92 lpm, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto temperatura 36.5º C, $SpO_2$ 98 % estado de conciencia alerta, proteinuria positiva, MAMA Score 5 puntos, riesgo obstétrico 8 puntos, muy alto por presentar obesidad; infecciones vaginales recurrentes, embarazo múltiple y trastorno hipertensivo del embarazo, peso 95.4 kg, talla 1.60 m.

*Diagnóstico*; Preeclampsia con signos de severidad + embarazo doble de 34.5 semanas.

*Exámenes complementarios*:

*Monitoreo fetal*; categoría 1; feto 1, latido cardiaco fetal 130 lpm; feto 2, 135 lpm, aceleraciones presentes desaceleraciones ausentes, variabilidad conservada, dinámica uterina ausente.

*Laboratorios prequirúrgicos*; leucocitos 10.65, hematocrito 36.2, hemoglobina 11.8, plaquetas 318, neutrófilos % 68.0, glucosa 78.2, urea 20.44, creatinina 1.23, ácido úrico 7.91, TGO 23.77, TGP 14.5, LDH 265.24 grupo sanguíneo O positivo, sífilis negativa, HIV no reactivo.

*Laboratorios nuevo control*; urea 22.11, creatinina 0.92, ácido úrico 7.32.

*Ecografía obstétrica y Doppler fetal*; embarazo gemelar bicoriónico biamniótico, feto 1: peso 2380 g, FCF 124 lpm, placenta fúndica anterior lateral izquierdo - art umbilical IP-1:06 p45-normal, ACM IP-1:63 p25 normal, tcp-1:59 p11 normal peso fetal percentil 54 normal, feto2: bolsillo único vertical-7.2

cm, peso 2175 g, placenta anterior lateral derecha arteria umbilical IP 1.01 p56 normal, ACM IP 1.43 pb normal, IP 1.41 p7 normal peso fetal percentil 23 normal.

*Plan de tratamiento*; nada por vía oral, control de signos vitales y MAMA Score cada 2 h y según puntuación, cuidados de enfermería monitoreo fetal continuo feto 1 y 2, mantener canalizada 2 vías periféricas-control neurológico, balance hídrico, control de diuresis horario, informe a familiar, consentimientos informados, preparar para quirófano. Medicación: cloruro de sodio 0.9 % 42 mL $h^{-1}$, IV alfametildopa 500 mg VO/6 h, nifedipino 20 mg VO/6 h, labetalol 20 mg IV si presión igual o mayor a 160/110 mmHg. Paciente no es intervenida quirúrgicamente el día de su ingreso y pasa a sala de alto riesgo obstétrico. *Nota evolutiva;* paciente de muy alto riesgo cursando embarazo gemelar biamniótico bicoriónico de 35 semanas 1 día de gestación con antecedentes de hipertensión gestacional controlada con alfametildopa 250 mg VO, dosis de maduración pulmonar completa a la semana 30. Paciente se encuentra en sala de alto riesgo obstétrico con diagnóstico de preeclampsia severa, al momento con MAMA Score 5 puntos por presión arterial elevada al momento y proteinuria en 24 h positiva se mantiene con clave azul activada, ya recibió sulfato de magnesio con control de diuresis horario mantenida entre 60 a 100 mL, con doble esquema antihipertensivo ajustado a dosis máximas, sin embargo paciente persiste con tensiones arteriales elevada por lo que se decide interrupción de su embarazo.

*Plan*; pase a quirófano.

*Nota quirúrgica*; previa asepsia y antisepsia del área quirúrgica, colocación de campos estériles, se realiza incisión de Pfannenstiel -apertura de cavidad abdominal por planos anatómicos: piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis, musculo, peritoneo-exposición de campo quirúrgico. Se procede a realizar histerotomía tipo Kerr-se evidencia recién nacido 1 femenino Apgar 7/7/8-se realiza clampeo y corte oportuno del cordón umbilical, líquido amniótico claro en adecuada cantidad, se entrega a pediatra de turno. Se procede a extracción de segundo RN vivo de sexo femenino Apgar 6/7/8 peso 1545 g, se realiza clampeo oportuno de cordón-Se toma muestra de cordón y se entrega RN a pediatra de turno-se procede a extraer la placenta 1 y 2 con tracción controlada y extracción de membranas completas-limpieza de cavidad uterina- histerorrafia en 3 planos-se constata útero contraído-se revisa anexos, identificando tumor gigante tubo ovárico derecho- se realiza exéresis del mismo + fimbrectomía, se envía a patología. Ovario derecho indemne-control estricto de hemostasia - anexo izquierdo macroscópicamente normal. -Se realiza limpieza de cavidad abdominal- vejiga indemne, conteo de material blanco completo por enfermería, cierre de cavidad por planos: musculo, aponeurosis, tejido celular subcutáneo y piel. Limpieza y colocación de apósito. Paciente pasa al área de postoperatorio en condiciones estables con control estricto de sus signos vitales. Evoluciona favorablemente y es dada de alta a las 48 h postquirúrgico.

*Exámenes de laboratorio postquirúrgico*; leucocitos 9.29 hematocrito 35.1-hemoglobina-11, plaquetas 219, neutrófilos % 71.4, urea 22.64, creatinina 0.93, ácido úrico 8.12, proteínas totales 5.54, albuminas 3.05, TGO (AST) 24.15, TGP (ALT) 14.3, LDH 240.26, bilirrubina total 0.63, proteína en 24 h de 632 mg.

*Laboratorios control para el alta;* leucocitos 7.69, hematocrito 33.6, hemoglobina 11.0, plaquetas 270, neutrófilos 68.7, urea 23.73, creatinina 0.89, ácido úrico 8.18, TGO (AST) bilirrubina directa-bc bilirrubina total 22.0, TGP (ALT) 13.7, bilirrubina indirecta 0.63, sodio 140, potasio 4.3, cloro 110.

## Resultados

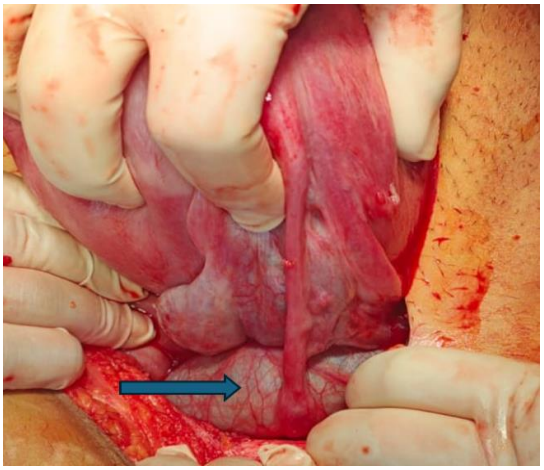


Figura 1 en la exploración de anexos se observa masa anormal adherida a trompa de Falopio derecha, por cuanto se decide extraer del todo dicha masa para evaluar su tamaño real

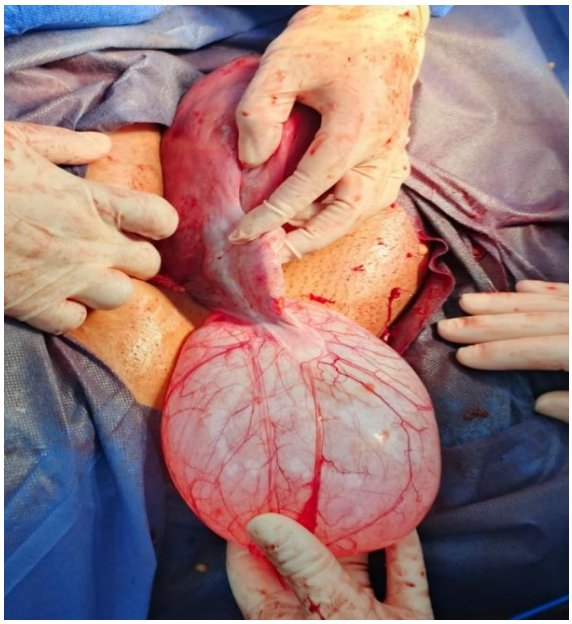


Figura 2 se observa masa correspondiente a tumor tubo ovárico derecho de aproximadamente 12x16 cm

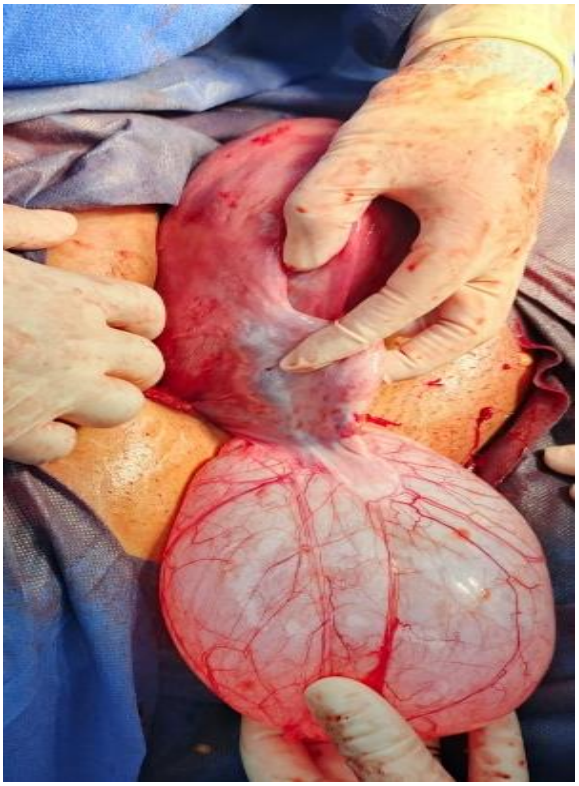


Figura 3 Se observa tumor vascularizado en su periferia, se procede a extracción del mismo conservando el ovario derecho, cirugía para preservación de la fertilidad, realizando reparación con cromado 2.0

## Discusión

Los tumores intraabdominales gigantes son poco frecuentes y representan un desafío en ginecología y obstetricia, esta patología debe ser tratada por un equipo multidisciplinario que se encuentre familiarizados con las alteraciones en la fisiología que producirán los tumores grandes y las pacientes deben ser atendidas en hospitales que cuenten con condiciones y materiales o áreas disponibles para manejar cualquier complicación que pueda ocurrir durante el período perioperatorio[5].

El cáncer de ovario es una constelación de varias neoplasias en lugar de ser una enfermedad única, por cuanto ante la evidencia de un tumor paraovárico es indispensable su extracción para estudio histopatológico. En el caso presentado se evidenció una mujer

joven con embarazo gemelar, y con preeclampsia severa, cuyo tumor tubo ovárico fue un hallazgo durante su cesárea y cuya patología reportó cistoadenoma seroso de ovario[12].

En esta investigación, la literatura refiere el caso de mujer de 15 años que presentó una masa voluminosa en el abdomen y la pelvis. El examen clínico y radiológico inicial indicó un quiste ovárico de aproximadamente 25 × 20 cm. Sin embargo, la laparotomía exploratoria reveló un quiste paratubários gigantes que se trató con éxito mediante escisión completa mediante cirugía conservadora de fertilidad. El examen histopatológico fue compatible con un cistoadenoma seroso. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente fue dada de alta al séptimo día. Tras un seguimiento de 6 meses, la paciente se encontraba en buen estado. Comparativamente con el caso presentado nuestra paciente nunca tuvo un diagnóstico ecográfico del tumor probablemente por el crecimiento uterino debido a embarazo gemelar[7].

Los quistes paratubários son generalmente pequeños, pero existen casos raros de quistes paratubários grandes, como el presentado en nuestra paciente el cual midió 16 x 12 cm[7].

En contraste con la literatura refiere otro caso, de una mujer joven que presentaba molestias abdominales de 3 meses de evolución. En la exploración, observaron una masa enorme (25 x 25 cm) que se extendía desde la sínfisis del pubis hasta el xifoides del esternón. La ecografía reveló una masa quística de 27 x 27 cm. Durante la operación, el quiste era paratubárico. Drenaron con aguja de Veress y realizaron una cistectomía laparoscópica[10].

Se evidenció otro caso de paciente femenina de 27 años que ingresó al Hospital, por dolor abdominal progresivo y aumento de volumen en fosa iliaca derecha con 4 días de evolución. No presentó náuseas, vómitos ni fiebre. El examen físico reveló una masa dura, móvil y dolorosa en dicha región. El ultrasonido abdominal reveló una lesión heterogénea de 16.9 x 10.2 x 13.8 cm (volumen de 1264 mL) que comprimía y desplazaba órganos vecinos. Durante laparotomía exploratoria se identificó una lesión de 10 x 8 cm dependiente del ovario derecho, acompañada de múltiples focos endometriósicos. El diagnóstico histopatológico confirmó un cistoadenoma seroso infartado con extensas áreas de hemorragia y trombosis organizada. La paciente evolucionó de manera favorable[13].

Existen factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de ovario, tales como, edad, raza blanca, infertilidad, antecedente de cáncer de mama, colon o endometrio[14].

El cistoadenoma seroso gigante es un tumor benigno poco común cuyo diagnóstico se basa en el examen físico y estudios imagenológicos, como la clasificación O-RADS. Generalmente se manifiesta con síntomas compresivos que requieren extirpación quirúrgica[13]. El presente caso se presentó en una gestante que cursaba embarazo gemelar que acude al hospital con niveles de presión arterial elevados por lo que es ingresada con diagnóstico de preeclampsia y permanece en sala de alto riesgo obstétrico bajo monitorización materno fetal estricta, no obstante a las 24 h de hospitalización presento niveles de presión arterial elevados a pesar de mantenerse con doble esquema antihipertensivo a dosis altas, por lo que, fue intervenida quirúrgicamente con cesárea de emergencia, dentro de los hallazgos se evidencio un tumor gigante de tubo ovárico que se procedió a extirpar con conservación de fertilidad, el examen histopatológico reveló un cistoadenoma seroso de ovario, cabe recalcar que en ningún control ecográfico reportaron la presencia tumoración anexial.

## Conclusión

Los tumores de ovario son restructuras patológicas que pueden ser benignas o malignas de acuerdo a sus características histopatológicas. Se debe realizar un

diagnóstico y tratamiento oportuno para determinar el tipo de tumor anexial que presentan las pacientes principalmente aquellas que se encuentran en etapa reproductiva. El diagnóstico inicial se realiza por ecografía y en caso de mayor complejidad mediante resonancia magnética nuclear, siendo un desafío en ginecología su detección cuando se acompaña de un embarazo gemelar, cuyas complicaciones independientemente del estado de gestación pueden ser torsión, ruptura y shock hipovolémico representando una condición de alta morbimortalidad. En el presente caso, se localizó un tumor gigante tubo ovárico no diagnosticado durante el control prenatal; puede generar complicaciones, y fue detectado como hallazgo durante la cesárea, siendo necesaria la extirpación de este en el transquirúrgico, determinando resultado histopatológico de cistoadenoma seroso, con buen pronóstico materno y fetal.

## Fuente de financiamiento

Sin fuentes externas de financiamiento, fondos propios de los autores.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Agradecemos al Hospital Universitario por permitirnos tener acceso a la historia clínica y a la paciente para desarrollar la presente investigación.

## Consideraciones éticas

Para la presente publicación se solicitó autorización de la paciente mediante firma de consentimiento informado.

## Limitaciones en la investigación

Ninguna.

## Permisos para la publicación

Se adjunta documento firmado por paciente donde autoriza la publicación del caso clínico.

## Identificación de la responsabilidad y contribución de los autores en el articulo

Los autores declaran haber contribuido en la idea original (*María Calderón*), diseño de la investigación (*Ana Vélez Suarez*), recolección de datos (*Rosa Romero*, *Angela Endara*, *Rogger Chinga*), análisis de datos (*María Calderón*, *Ingrid Carranza*, *Diego Raphael Nagua Blanca*), redacción del borrador y redacción del artículo (*María Calderón*, *Ana Vélez Suarez*, *Rosa Romero*, *Angela Endara*, *Rogger Chinga*, *Ingrid Carranza Figueroa*, *Diego Nagua*).

## Uso de inteligencia artificial

Damos por sentado que todo el documento fue redactado en base a los criterios éticos y profesionales, y no se utilizó la IA para realizar las imágenes o texto.

## Literatura citada

1. Kahn RM, Gordhandas S, Godwin K, Stone RL, Worley MJ Jr, Lu KH, et al. Salpingectomy for the primary prevention of ovarian cancer: A systematic review. JAMA Surg 2023;158(11):1204-11. DOI: https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.4164. Erratum in: JAMA Surg 2023;158(11):1229. DOI: https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.5347. Erratum in: JAMA Surg 2023;158(12):1358.

DOI: https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.5756. PMID: 37672283; PMCID: PMC11185162.

2. ACOG Committee Opinion No. 774: Opportunistic Salpingectomy as a Strategy for Epithelial Ovarian Cancer Prevention. Obstet Gynecol 2019; 133(4):e279-84. DOI: https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003164. PMID: 30913199.
3. Alsolami FN, Alfraidi LS, Alharbi IM, Alsayafi SI, Alharbi A. Large ovarian cystadenoma in an adolescent girl: A case report. Cureus 2023;15(8): e43108. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.43108. PMID: 37692598; PMCID: PMC10483259.
4. Kluz T, Bogaczyk A, Wita-Popów B, Habało P, Kluz-Barłowska M. Giant ovarian tumor. Medicina 2023;59(10):1833. DOI: https://doi.org/10.3390/medicina59101833. PMID: 37893550; PMCID: PMC10608514.
5. Cai S, Dai R, Mi J, Wang S, Jiang Y. Perioperative management of a patient with a giant ovarian tumor: A case report. Medicine 2020;99(41): e22625. DOI: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000022625. PMID: 33031322; PMCID: PMC7544284.
6. Bernhard LM, Klebba PK, Gray DL, Mutch DG. Predictors of persistence of adnexal masses in pregnancy. Obstet Gynecol 1999;93(4):585-9. DOI: https://doi.org/10.1016/s0029-7844(98)00490-6. PMID: 10214838.
7. Mărginean CO, Mărginean C, Meliț LE, Săsăran VȘ, Poruțiu M, Mărginean CD. An incidental diagnosis of a giant paraovarian cyst in a female teenager: A case report. Medicine 2018;97(48): e13406. DOI: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000013406. PMID: 30508941; PMCID: PMC6283066.
8. Gardner GH, Greene AR, Peckham BM. Normal and cystic structures of the broad ligament. Am J Obstet Gynecol 1948;55:917-37. DOI: https://doi.org/10.1016/0002-9378(48)90570-5. PMID: 18864032.
9. Hart WR. Mucinous tumors of the ovary: a review. Int J Gynecol Pathol 2005;24(1):4-25. PMID: 15626914.
10. Nouri B, Sarani S, Arab M, Bakhtiari M, Sarbazi F, Karimi A. Comparative study of laparoscopic versus laparotomic surgery for adnexal masses. J Obstet Gynecol Cancer Res 2022;7(3):230-4. DOI: https://doi.org/10.30699/jogcr.7.3.230
11. Chen L, Ding J, Hua K. Comparative analysis of laparoscopy versus laparotomy in the management of ovarian cyst during pregnancy. J Obstet Gynaecol Res 2014;40(3):763-9. DOI: https://doi.org/10.1111/jog.12228. PMID: 24738121.
12. Kurman RJ, Shih IeM. The dualistic model of ovarian carcinogenesis: revisited, revised, and expanded. Am J Pathol 2016;186(4):733-47. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajpath.2015.11.011. PMID: 27012190; PMCID: PMC5808151.
13. Andreotti RF, Timmerman D, Strachowski LM, Froyman W, Benacerraf BR, Bennett GL, et al. O-RADS US risk stratification and management system: A consensus guideline from the ACR ovarian-adnexal reporting and data system committee. Radiology 2020;294(1):168-85. DOI: https://doi.org/10.1148/radiol.2019191150. PMID: 31687921.
14. Prat J. Ovarian carcinomas: five distinct diseases with different origins, genetic alterations, and clinicopathological features. Virchows Arch 2012;460(3):237-49. DOI: https://doi.org/10.1007/s00428-012-1203-5. PMID: 22322322.

***Nota del Editor:***
***Journal of the Selva Andina Research Society (JSARS)*** **se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales publicados en mapas y afiliaciones institucionales, y todas las afirmaciones expresadas en este artículo pertenecen únicamente a los autores, y no representan necesariamente las de sus organizaciones afiliadas, o las del editor, editores y revisores. Cualquier producto que pueda ser evaluado en este artículo o reclamo que pueda hacer su fabricante no está garantizado ni respaldado por el editor.**