



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2025,  
Volumen 9, Número 1.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i1](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1)

# **CISTOADENOCARCINOMA DE OVARIO IZQUIERDO COMO EMERGENCIA OBSTETRICA REPORTE DE CASO Y REVISION DE LA LITERATURE**

## **LEFT OVARIAN CYSTADENOCARCINOMA AS AN OBSTETRIC EMERGENCY: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW**

**Eduardo Salvador Cabrera Chamu**

Instituto Mexicano Del Seguro Social. Teziutlán, Puebla, México

**Jennifer Hernández Fuentes**

Instituto Mexicano Del Seguro Social Teziutlán, Puebla, México

**Alejandro Ramírez Castillo**

Instituto Mexicano Del Seguro Social Teziutlán, Puebla, México

**Sergio Carlos Fernández Martínez**

Instituto Mexicano Del Seguro Social Teziutlán, Puebla, México

**Mónica Robledo González**

Instituto Mexicano Del Seguro Social Teziutlán, Puebla, México

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i2.16897](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.16897)

## Cistoadenocarcinoma de ovario izquierdo como emergencia obstetrica reporte de caso y revision de la literatura

**Eduardo Salvador Cabrera Chamu<sup>1</sup>**

[eddsalvador93@gmail.com](mailto:eddsalvador93@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0009-8583-4437>

Instituto Mexicano Del Seguro Social.  
Teziutlán, Puebla, México

**Jennifer Hernández Fuentes**

[jenniferhdezfuentes@gmail.com](mailto:jenniferhdezfuentes@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0004-3854-7594>

Instituto Mexicano Del Seguro Social  
Teziutlán, Puebla, México

**Alejandro Ramírez Castillo**

[arcshaw@hotmail.com](mailto:arcshaw@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-0816-2261>

Instituto Mexicano Del Seguro Social  
Teziutlán, Puebla, México

**Sergio Carlos Fernández Martínez**

[sergio.fernandezm@imss.gob.mx](mailto:sergio.fernandezm@imss.gob.mx)

<https://orcid.org/0000-0001-5651-8026>

Instituto Mexicano Del Seguro Social  
Teziutlán, Puebla, México

**Mónica Robledo González**

[monicarobledo992257@gmail.com](mailto:monicarobledo992257@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-1997-4118>

Instituto Mexicano Del Seguro Social  
Teziutlán, Puebla, México

### RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 50 años con diagnóstico de tumor ovárico de comportamiento incierto. Antecedente de cesárea en 2011 y drenaje de absceso mamario izquierdo en 2018. Refiere hace 25 días comenzar con dolor abdominal, distensión y sangrado transvaginal escaso. Ala exploración física, se encuentra una masa abdominal palpable y dolorosa en los cuadrantes inferiores, con timpanismo generalizado. El ultrasonido revela lesión quística compleja de 20.9x17.3 cm de origen ovárico, el reporte de TAC abdominal reporta gran masa quística con múltiples septos y nódulos sólidos (243 x 153 x 296 mm), que desplaza las estructuras abdominales y pélvicas. Se realizó una búsqueda en bases de datos como ScienceDirect, Redalyc, PubMed y Elsevier para complementar la información. La paciente fue valorada para la realización de cirugía laparoscópica (LAPE). Durante la intervención quirúrgica, se identificó un tumor de 30x30 cm dependiente del ovario izquierdo, líquido ascítico abundante. El procedimiento se desarrolló sin complicaciones, y la paciente fue trasladada a recuperación antes de ser ingresada a piso gineco-obstétrico para monitoreo y seguimiento. El estado postquirúrgico es estable, aunque el pronóstico se considera reservado debido a la naturaleza incierta del tumor y las condiciones generales de la paciente.

**Palabras clave:** tumor ovárico, dolor abdominal, tomografía computarizada, laparoscopia, masa quística ovárica

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [eddsalvador93@gmail.com](mailto:eddsalvador93@gmail.com)

## Left ovarian cystadenocarcinoma as an obstetric emergency: case report and literature review

### ABSTRACT

We present the case of a 50-year-old female patient with a diagnosis of ovarian tumor of uncertain behavior. She had a history of cesarean section in 2011 and drainage of a left breast abscess in 2018. She reported that 25 days ago she began to have abdominal pain, distension, and scant transvaginal bleeding. On physical examination, a palpable and painful abdominal mass was found in the lower quadrants, with generalized tympany. Ultrasound revealed a complex cystic lesion of 20.9x17.3 cm of ovarian origin. The abdominal CT report reported a large cystic mass with multiple septa and solid nodules (243 x 153 x 296 mm), which displaces the abdominal and pelvic structures. A search was performed in databases such as ScienceDirect, Redalyc, PubMed, and Elsevier to complement the information. The patient was evaluated for laparoscopic surgery (LAPE). During surgery, a 30x30 cm tumor was identified on the left ovary, with abundant ascitic fluid. The procedure was carried out without complications, and the patient was transferred to recovery before being admitted to the gynecological-obstetric ward for monitoring and follow-up. The post-surgical status is stable, although the prognosis is considered reserved due to the uncertain nature of the tumor and the general condition of the patient.

**Keywords:** ovarian neoplasms, abdominal pain, tomography, laparoscopy, ovarian cyst

*Artículo recibido 10 enero 2025*

*Aceptado para publicación: 15 febrero 2025*



## INTRODUCCIÓN

Las neoplasias ginecológicas más frecuentes son los tumores de ovario, los cuales incluyen diversos subtipos y tienen su origen, en un 65 % a 70 % de los casos, en las células epiteliales estromales superficiales. Dentro de este grupo, el cistoadenoma mucinoso destaca como un tumor quístico del ovario derivado del epitelio superficial, con la particularidad de producir mucina (González Machado & Fonseca Sosa, 2024).

El cáncer epitelial de ovario (COE) es el más letal entre los cánceres ginecológicos, con una alta mortalidad debido a su diagnóstico tardío en etapas avanzadas. La supervivencia a 5 años varía del 90% en etapa I a menos del 5% en etapa IV. El tratamiento combina cirugía y quimioterapia con platino, considerando factores como el estadio, CA-125 y enfermedad residual. Estrategias de mantenimiento, como inhibidores de VEGF y PARP, han mostrado resultados mixtos. Aunque el monitoreo con CA-125 e imágenes sigue siendo estándar, el ADN tumoral circulante (ctDNA) ha demostrado mayor precisión en la detección temprana de recurrencias (Hou et al., 2022).

El cáncer de ovario epitelial, particularmente el subtipo seroso de alto grado (HGSOC), es responsable de numerosas muertes cada año. Aunque la quimioterapia inicial tiene una tasa de éxito del 85%, una porción de los pacientes presenta resistencia al tratamiento desde el diagnóstico o experimenta recaídas tempranas, lo que empeora el pronóstico (Chowdhury et al., 2023).

El cistoadenoma de ovario retroperitoneal es poco común. Su diagnóstico es complejo debido a la inespecificidad de los síntomas, por lo que muchas veces se detecta de manera incidental. Sin embargo, cuando hay complicaciones como torsión o infección del quiste, puede confundirse con otras enfermedades abdominales. Las pruebas de imagen más efectivas para su detección son la tomografía computarizada con contraste y la resonancia magnética. El tratamiento varía según el tamaño, ubicación y complicaciones del quiste. La laparoscopia es el enfoque preferido por su menor invasión y mejor recuperación, aunque en casos graves con peritonitis u otras complicaciones se requiere cirugía abierta. La torsión o infección del quiste son las complicaciones más frecuentes, ocurriendo en aproximadamente el 60% de los casos (Andrade Salinas et al., 2021).

A pesar de los avances en cirugía y quimioterapia, más del 70% de las pacientes con la enfermedad en estadio avanzado desarrollan resistencia a la quimioterapia y fallecen en los cinco años posteriores al



diagnóstico. Esto resalta la necesidad urgente de nuevos tratamientos y modelos de investigación confiables (Graham et al., 2023).

### **Cistoadenocarcinoma de ovario**

El cistoadenoma mucinoso de ovario es un tumor frecuente derivado del epitelio celómico superficial, que puede variar en tamaño desde lesiones pequeñas hasta masas que ocupan toda la pelvis y la cavidad abdominal. Representa entre el 15 % y el 25 % de las neoplasias ováricas, siendo el 85 % benignos, el 6 % de bajo potencial maligno, y el 9 % invasivos. Estos tumores, predominantes en mujeres de 20 a 60 años, son raros en edades pediátricas y adolescentes. Su origen está en la metaplasia del epitelio germinal ovárico, y se caracterizan por una estructura multiloculada con líquido gelatinoso rico en glucoproteínas (Bombón Caizaluisa & Carrión, 2021).

### **Etiología**

El cistoadenofibroma seroso de ovario es un subtipo poco común de tumor epitelial quístico benigno, conocido como cistoadenoma, caracterizado por un crecimiento lento y una etiología aún no determinada (Rosalía Sarabia Ochoa, 2023).

Diversos factores contribuyen a esta transformación, destacando la predisposición genética y la acción de tres tipos de agentes externos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos se clasifican como carcinógenos físicos (radiaciones ionizantes y ultravioletas), químicos (como el amianto, el humo del tabaco, las aflatoxinas y el arsénico) y biológicos, donde se incluyen ciertos virus como el del papiloma humano, así como bacterias y parásitos (Aguilera-Enoa RL, 2023).

### **Epidemiología**

Esta patología predomina en mujeres posmenopáusicas, aunque también se documentan casos en mujeres más jóvenes, es una de las neoplasias ginecológicas más mortales a nivel mundial, ocupando el tercer lugar en prevalencia tras el cáncer de cuello uterino y el de cuerpo uterino. Su incidencia es mayor en países desarrollados debido a factores como predisposición genética, ambiente, dieta, esperanza de vida y acceso a diagnóstico. En Estados Unidos, es la quinta causa de muerte por cáncer en mujeres, con alta mortalidad pese a la estabilidad en su incidencia en las últimas dos décadas. En Latinoamérica, se reportan 9,2 casos y 7,3 muertes por cada 100,000 mujeres, mientras que, en Cuba, en 2017, se diagnosticaron 658 casos con una tasa de 11,7 por 100,000 habitantes, aumentando a 19,4 en mayores



de 60 años. El riesgo de desarrollar esta enfermedad es del 1,7 %, con una de cada 60 mujeres falleciendo por esta causa (Giraldo Castañeda et al., 2024).

### **Fisiopatología**

El cáncer de ovario surge a partir de alteraciones genéticas que provocan un crecimiento celular descontrolado. Las mutaciones en los genes **BRCA1** y **BRCA2**, encargados de codificar proteínas para la reparación del ADN, desempeñan un papel crucial en su desarrollo, estando implicadas en alrededor del 90 % de los casos de cáncer epitelial de ovario maligno. Estas mutaciones aumentan notablemente el riesgo en quienes las portan, especialmente en familias con antecedentes de cáncer de mama u ovario. Factores hormonales, como la terapia hormonal tras la menopausia o los desequilibrios hormonales propios de esta etapa, también contribuyen a la proliferación celular y el avance tumoral. Aunque ciertos factores como el uso de talco o algunos medicamentos permanecen inciertos, el vínculo entre las mutaciones genéticas y la alteración en la reparación del ADN es fundamental en la patogenia de esta enfermedad (Araya Oviedo & Paizano Vanega, 2021).

### **Características**

El cistoadenoma seroso de ovario es un tumor originado en el epitelio celómico superficial, generalmente benigno (70-80 % de los casos), pero con un 5-10 % de potencial maligno y un 20-25 % de casos malignos. Solo entre el 10 % y el 20 % son bilaterales. Su tamaño varía de 1 cm a más de 30 cm, con una superficie lisa y varios quistes llenos de un líquido acuoso claro. Aunque mayormente son uniloculares, pueden ser multiloculares (Daza Rueda et al., 2023).

### **Cuadro clínico**

Se ha evidenciado que el 95 % de las mujeres presentan signos inespecíficos como molestias abdominopélvicas, síntomas digestivos vagos (dispepsia, sensación de saciedad temprana, distensión abdominal, alteraciones en el hábito intestinal) y urinarios (urgencia o frecuencia miccional) varios meses antes del diagnóstico. Sin embargo, tanto las pacientes como sus familiares tienden a atribuir estos síntomas a factores como la menopausia, el envejecimiento, el estrés, la depresión o problemas intestinales, lo que lleva a que se administren tratamientos sintomáticos sin un examen físico adecuado del abdomen y la pelvis. Este enfoque contribuye al retraso en la detección de tumores ovárico (Michelle et al., 2023).



## **Diagnostico**

El diagnostico se realiza mediante, historia clínica, examen físico, examen ecográfico y/o resonancia magnética, y el resultado definitivo lo da el examen histopatológico. Los auxiliares diagnósticos como los marcadores tumorales, ofrecen orientación pronostica y terapéutica principalmente cuando se trata de neoplasia epitelial maligna (Calderón León et al., 2022).

La mejor forma de confirmar el diagnóstico de estas grandes masas es por ultrasonido. Así mismo el diagnóstico se puede corroborar por TAC y el estudio histopatológico transoperatorio. La determinación de marcadores tumorales como el antígeno Ca – 125 específico de tumores epiteliales no mucinosos de ovario es de utilidad (Asquel Cadena et al., 2023).

Aunque la utilidad de la resonancia magnética no está claramente establecida, estudios preliminares sugieren que podría ayudar a predecir el éxito de la citorreducción en casos de carcinomatosis peritoneal mediante el índice de cáncer peritoneal (Julia Rodríguez Sánchez-Reyman, 2021).

## **Biomarcadores**

El CA125 es una glicoproteína producida por el gen MUC16, que se encuentra en el torrente sanguíneo al ser liberada desde los epitelios celómico y mülleriano. Este marcador se sobreexpresa en más del 80% de los casos de cáncer de ovario, facilitando la diferenciación entre tumores malignos y población general. Niveles de CA125 superiores a 35 U/mL en mujeres posmenopáusicas están asociados con un alto riesgo de malignidad (Zhang et al., 2022).

Para lograr un diagnóstico exacto, se emplean marcadores de inmunohistoquímica como CK7, CA-125, RP, RE y WT1. El CA-125 no solo ayuda a predecir la presencia de tumores, sino que también es una herramienta valiosa para el seguimiento y evaluación de la respuesta al tratamiento en ambos tipos de cáncer (García-Pedro et al., 2023).

Las biopsias líquidas basadas en ADN tumoral circulante (ctDNA), una fracción del ADN libre de células (cfDNA) presente en la sangre, permiten detectar alteraciones genéticas específicas del tumor de forma no invasiva. Este enfoque proporciona una visión integral del tumor y sus metástasis, además de facilitar pruebas repetidas. Técnicas avanzadas como la PCR cuantitativa, la PCR digital y la secuenciación de próxima generación (NGS) han demostrado gran precisión en la identificación de ctDNA, particularmente en cánceres de mama, colorrectal, pulmonar y en el cáncer epitelial de ovario



(EOC), donde este biomarcador muestra potencial para mejorar las tasas de supervivencia al identificar mutaciones específicas y patrones de metilación (Thusgaard et al., 2021).

### **Tratamiento**

El tratamiento del cáncer de ovario combina cirugía primaria para eliminar toda enfermedad macroscópica y quimioterapia adyuvante para mejorar la supervivencia. La citorreducción quirúrgica, reconocida desde 1992, está asociada a mejores tasas de progresión y supervivencia. La cirugía incluye diversos procedimientos según la extensión de la enfermedad, aunque hasta un 80% de los casos experimentan recaídas. El seguimiento posquirúrgico incluye la medición de marcadores como el Ca-125, imágenes y análisis de progresión, con recaídas frecuentes en tumores serosos y mucinosos en etapas avanzadas (III-IV). Estos datos subrayan la necesidad de enfoques adicionales para mejorar la supervivencia y reducir las recurrencias (Mora Padilla et al., 2023).

El manejo de la resistencia al platino en el cáncer de ovario contempla el uso de quimioterapia sin compuestos de platino, como paclitaxel (80 mg/m<sup>2</sup> administrado semanalmente), doxorubicina liposomal pegilada (40-50 mg/m<sup>2</sup> cada cuatro semanas) o topotecán (1.25-1.5 mg/m<sup>2</sup> diario durante cinco días, cada 21 días). Estas opciones pueden emplearse solas o en combinación con bevacizumab (15 mg/kg cada tres semanas), lo que contribuye a una mayor supervivencia sin progresión (SSP). La reintroducción de agentes con platino es posible en pacientes con intervalos libres de platino superiores a tres meses, mediante esquemas que combinan carboplatino (AUC 4-5 cada tres semanas) con paclitaxel. Los inhibidores de PARP, como olaparib (300 mg dos veces al día) y niraparib (300 mg diarios), han demostrado efectividad, en particular en casos con mutaciones en BRCA, y su combinación con agentes como anlotinib ha producido respuestas favorables. Además, terapias dirigidas, incluyendo inhibidores de ATR/CHK1 y WEE-1 (como AZD1775, administrado a 225 mg dos veces al día por dos o tres días cada semana), también han mostrado resultados clínicos positivos en este contexto (Havasi et al., 2023).

### **Pronostico**

La mayoría de los pacientes muestran una respuesta positiva a la quimioterapia de primera línea, alcanzando una respuesta completa (RC). No obstante, aproximadamente el 70% de las mujeres experimentan una recaída dentro de los tres años posteriores al tratamiento inicial. En mujeres con



enfermedad residual menor a 1 cm, el riesgo de recurrencia se calcula entre el 60 y el 70%, mientras que en aquellas con enfermedad residual de gran volumen, el riesgo se eleva entre el 80 y el 85% (López Miguel et al., 2023).

### **Reporte de caso**

Se trata de una paciente femenina de 50 años, quien se presenta a consulta en el servicio de gineco-obstetricia debido a dolor abdominal y distensión en la región inferior del abdomen. Los síntomas iniciaron aproximadamente 25 días antes de la consulta, con un aumento progresivo de la distensión abdominal, lo que motivó la paciente a realizarse un ultrasonido particular. En su anamnesis, la paciente refiere haber presentado un sangrado transvaginal escaso y rojo brillante durante un día, pero sin otros síntomas digestivos como náuseas, vómitos o diarrea.

Antecedentes Personales: quirúrgicos: cesárea en 2011 y drenaje de absceso en mama izquierda en 2018. No tiene antecedentes familiares relevantes esquema de vacunación completo no presenta antecedentes alérgicos, transfusionales ni traumáticos.

Exploración Física: se encuentra alerta, con ligera palidez en piel y mucosas, pero sin signos de deshidratación abdomen ligeramente distendido, con predominio en la región inferior. A la palpación, se observa una masa firme, dolorosa, de aproximadamente 20 cm de diámetro, localizada en los cuadrantes inferiores, sin pulsaciones evidentes. Sugiriendo la presencia de una masa ovárica. No se identifican signos de irritación peritoneal, a la percusión muestra timpanismo generalizado, sin matidez significativa, el tacto vaginal reveló un cérvix posterior, largo y cerrado, pero con dolor a la movilización cervical y a la palpación de los anexos. No se evidenció edema en las extremidades.

Ultrasonido de Abdomen (12/11/2024): Se observó una masa quística compleja de 20.9 x 17.3 cm, de origen ovárico, sin evidencia de vascularidad, desplazando estructuras adyacentes.

Tomografía Abdominal simple y contrastada (14/11/2024): Se identifica una masa quística de 243 x 153 x 296 mm, con múltiples septos y nódulos sólidos. Esta masa desplaza las estructuras abdominales y pélvicas, con engrosamiento del endometrio (28 mm). Los hallazgos sugieren relacionado con un tumor epitelial ovárico. se sugiere descartar la presencia de cistoadenocarcinoma.

La intervención fue exitosa, obteniéndose: Cistoadenocarcinoma de aproximadamente 26X23X16 CM.

Peso: 8856 gr. La paciente se trasladó a recuperación postoperatoria, donde su estado fue estable. Sin



embargo, presentó hipoventilación basal derecha y un leve derrame pleural derecho, lo que requirió oxígeno suplementario. Se inició tratamiento con antibióticos profilácticos y analgésicos. A pesar de la estabilidad de sus signos vitales, el pronóstico sigue siendo reservado debido a la naturaleza incierta del tumor.

La paciente fue dada de alta tras una evolución clínica favorable en el postoperatorio. Su estado se estabilizó, el dolor se controló y los problemas respiratorios se resolvieron. Continuará bajo vigilancia ambulatoria para monitorizar su recuperación y los resultados histopatológicos, con seguimiento programado para ajustar el tratamiento.

**Figura 1.** TAC Abdomen Simple y Contrastada: Masa quística de 243 x 153 x 296 mm. Posible tumor epitelial ovárico.



**Figura 2.** Pieza quirúrgica: probable cistoadenocarcinoma de aproximadamente 26x23x16 cm. peso: 8856 gr.



## CONCLUSIONES

En este caso de tumoración ovárica, el diagnóstico temprano mediante estudios de imagen y la intervención quirúrgica fueron esenciales para identificar la masa y obtener una muestra para diagnóstico definitivo. A pesar de una cirugía exitosa y una recuperación postoperatoria estable, el pronóstico sigue siendo incierto debido a la naturaleza compleja de la masa y la falta de confirmación histopatológica. Este caso subraya la importancia de una evaluación clínica exhaustiva y una intervención quirúrgica oportuna para el diagnóstico definitivo de masas ováricas inciertas, así como la necesidad de un seguimiento postquirúrgico continuo para ajustar el tratamiento en función de los resultados histológicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera-Enoa RL, et al. (2023). Caracterización clínica epidemiológica del cáncer de ovario en el hospital Ginecobstétrico “Fe del Valle Ramos.” *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 28, 1–10. [www.revcmpinar.sld.cu](http://www.revcmpinar.sld.cu)
- Andrade Salinas, R. P., Belalcázar, Y., Mora, C., & Vargas, V. (2021). Quiste ovárico (Cistoadenoma mucinoso de ovario) retroperitoneal infectado como causa de peritonitis recurrente: Presentación de un caso. *Mediciencias UTA*, 5(1), 18. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v5i1.413.2021>
- Araya Oviedo, A., & Paizano Vanega, G. (2021). Cáncer de ovario. *Revista Medica Sinergia*, 6(7), e690. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i7.690>
- Asquel Cadena, V. H., Tapia Avila, M. V., Jara Santamaria, J. C., & Remache Otañez, V. P. (2023). Correlación clínico, quirúrgica, imagenológica y patológica de los cistoadenomas gigantes de ovario, presentación de 2 casos clínicos. *Mediciencias UTA*, 7(3), 86–91. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v7i3.2068.2023>
- Bombón Caizaluisa, M. F., & Carrión, L. E. (2021). Cistoadenoma mucinoso de ovario, reporte de un caso y revisión de la literatura. *Mediciencias UTA*, 5(3), 22. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v5i3.1186.2021>
- Calderón León, M. F., Arias Loyola, M. L., Sanches Haz, N. N., Guevara Ramon, R. A., Mendoza Cobeña, J. E., Vélez Astudillo, A. M., Guin Mosquera, R. A., Bejarano Macias, J. E., Mendoza



- Granda, R. I., Coello Arias, M. E., & Perero Pita, M. E. (2022). Cistoadenoma Mucinoso gigante de ovario asociado a adenomucinosi peritoneal diseminada. *Medicinas UTA*, 6(4), 61–68. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v6i4.1822.2022>
- Chowdhury, S., Kennedy, J. J., Ivey, R. G., Murillo, O. D., Hosseini, N., Song, X., Petralia, F., Calinawan, A., Savage, S. R., Berry, A. B., Reva, B., Ozbek, U., Krek, A., Ma, W., da Veiga Leprevost, F., Ji, J., Yoo, S., Lin, C., Voytovich, U. J., ... Paulovich, A. G. (2023). Proteogenomic analysis of chemo-refractory high-grade serous ovarian cancer. *Cell*, 186(16), 3476-3498.e35. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2023.07.004>
- Daza Rueda, Y. P., Basantes Suárez, P. S., Andino Urquiza, C. A., Calderón Pasquel, G. S., & Alvarado Álvarez, J. S. (2023). Cistoadenoma seroso gigante y poliquistosis de ovario contralateral: reporte de un caso. *Metro Ciencia*, 30(2), 61–66. <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/2/2023/61-66>
- García-Pedro, E. E., Jiménez-Mejía, D. C., Tafoya-Ramírez, F., Arango-Cruz, C., Orellana-Centeno, J. E., & Pérez-Cruz, V. H. (2023). Carcinoma de Salpinge. *REVMEDUAS*, 13(3). <https://doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v13.n3.009>
- Giraldo Castañeda, E. L., Alvarado Luna, J. C., Gutiérrez Calderón, E. S., Jaramillo Sanabria, L. M., & Acevedo Osorio, G. O. (2024). Cistoadenocarcinoma seroso papilar de alto grado: un caso clínico detallado. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 84(04), 498–502. <https://doi.org/10.51288/00840418>
- González Machado, J. D., & Fonseca Sosa, F. K. (2024). Cistoadenoma mucinoso gigante de ovario. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 84(01), 78–83. <https://doi.org/10.51288/00840112>
- Graham, O., Rodriguez, J., van Biljon, L., Fashemi, B., Graham, E., Fuh, K., Khabele, D., & Mullen, M. (2023). Generation and Culturing of High-Grade Serous Ovarian Cancer Patient-Derived Organoids. *Journal of Visualized Experiments*, 191. <https://doi.org/10.3791/64878>
- Havasi, A., Cainap, S. S., Havasi, A. T., & Cainap, C. (2023). Ovarian Cancer—Insights into Platinum Resistance and Overcoming It. *Medicina*, 59(3), 544. <https://doi.org/10.3390/medicina59030544>



- Hou, J. Y., Chapman, J. S., Kalashnikova, E., Pierson, W., Smith-McCune, K., Pineda, G., Vattakalam, R. M., Ross, A., Mills, M., Suarez, C. J., Davis, T., Edwards, R., Boisen, M., Sawyer, S., Wu, H.-T., Dashner, S., Aushev, V. N., George, G. V., Malhotra, M., ... Ford, J. M. (2022). Circulating tumor DNA monitoring for early recurrence detection in epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, *167*(2), 334–341. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2022.09.004>
- Julia Rodríguez Sánchez-Reyman, 1 Pablo Luque-González, 1 Álvaro Gutiérrez- Domingo, 2 Inmaculada Rodríguez-Jiménez, 1 Manuel Pantoja-Garrido1. (2021). Carcinosarcoma de ovario en paciente perimenopáusica. *Ginecología y Obstetricia de México*, *89*(11), 884–890.
- López Miguel, K., Rosa Pérez Mederos, D., Selis Pomar Durruthy, L., & Ropero Toirac, R. (2023). *Tratamiento y supervivencia del Carcinoma epitelial de ovario. Experiencia en un centro.* <https://orcid.org/0000-0001-9613-983X>
- Michelle, J., Rivas, P., Durán, D. H., Lorente, R. R., Rodríguez Verdecia, Y., & Rodríguez, R. E. (2023). *Características epidemiológicas, clínicas, histológicas y sobrevida en pacientes con cáncer de ovario. Hospital Ramón Gonzalez Coro.* <https://orcid.org/0009-0001-4710->
- Mora Padilla, E., Ordoñez Vasquez, M. J., Luna Caffroni, J., & Casanova Libreros, R. (2023). Quimioterapia adyuvante en cáncer epitelial de ovario en estadios avanzados. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, *32*(3), 228–234. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1228>
- Rosalía Sarabia Ochoa, 1 Juan Pablo García de la Torre, 1 Antonio Amezcua Recover2. (2023). Cistoadenofibroma seroso de ovario: experiencia de 12 años en el Hospital General Universitario de Albacete. *Ginecología y Obstetricia de México*, *91*(3), 1–7.
- Thusgaard, C. F., Korsholm, M., Koldby, K. M., Kruse, T. A., Thomassen, M., & Jochumsen, K. M. (2021). Epithelial ovarian cancer and the use of circulating tumor DNA: A systematic review. *Gynecologic Oncology*, *161*(3), 884–895. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2021.04.020>
- Zhang, R., Siu, M. K. Y., Ngan, H. Y. S., & Chan, K. K. L. (2022). Molecular Biomarkers for the Early Detection of Ovarian Cancer. *International Journal of Molecular Sciences*, *23*(19), 12041. <https://doi.org/10.3390/ijms231912041>

