



## Quiste de ovario fetal. Presentación de un caso

Arturo Juárez Azpilcueta,\* Rafael Buitrón García F,\* Hugo Peláez González,\*\* Rebeca Bravo Gutiérrez,\* Radames Rivas López\*

### RESUMEN

El quiste de ovario fetal es poco frecuente, ocupa el segundo lugar de todas las tumoraciones abdominales fetales después de las de las vías urinarias. Su origen permanece incierto, aunque se propone la posibilidad de ser inducido por hormonas. Por lo general, su pronóstico es bueno. Deben descartarse malformaciones del aparato urinario en el diagnóstico diferencial. Se describe el caso de una recién nacida con quiste de ovario fetal gigante, diagnosticado en la semana 37 de gestación, manejado con laparotomía exploradora y exéresis de tumoración al nacimiento, con diagnóstico histopatológico de cistadenoma seroso.

**Palabras clave:** quiste, ovario, fetal.

### ABSTRACT

Fetal ovarian cyst is uncommon; it represents the second place of fetal abdominal tumors, after urinary tract tumors. The cause of fetal ovarian cysts still remains unclear, although it is likely to be promoted by hormones. Its prognosis is usually good. Differential diagnosis should rule out urinary tract malformations. A case of a female newborn with giant fetal ovarian cyst, diagnosed on week 37 of the pregnancy period, treated with exploratory laparotomy and cyst exeresis, with serum cystadenoma histopathology diagnosis is presented.

**Key words:** cyst, ovary, fetal.

### RÉSUMÉ

Le kyste de l'ovaire fœtale est peu fréquent, il occupe la seconde place de toutes les tuméfactions abdominales fœtales après celles du tractus urinaire. Son origine reste incertaine, même si la possibilité d'être induit par des hormones se propose. En général, son pronostique est bon. Il faut écarter du diagnostic différentiel les malformations de l'appareil urinaire. Il se présente le cas d'un produit féminin avec kyste de l'ovaire fœtal géant, diagnostiqué dans la semaine 37 de gestation, manié avec laparotomie exploratrice et exérèse de tuméfaction à la naissance, avec diagnostic histopathologique de cystadénome séreux.

**Mots-clé :** kyste, ovaire, fœtale.

### RESUMO

O cisto de ovário fetal é pouco freqüente. Ocupa o segundo lugar de todas as tumorações abdominais fetais depois daquelas do trato urinário. Sua origem é ainda incerto, contudo propõe-se a possibilidade de ser induzido por hormônios. Geralmente, seu prognóstico é bom. Devem-se descartar má-formações do aparelho urinário no diagnóstico diferencial. Relata-se o caso dum produto fêmeo com cisto de ovário fetal gigante, diagnosticado à semana 37 de gestação, tratado com laparotomia exploradora e exérese da tumoração no momento do nascimento, com diagnóstico histopatológico de cistadenoma seroso.

**Palavras chave:** cisto, ovário fetal.

\* Servicio de ginecología y obstetricia.

\*\* Servicio de radiología,  
Hospital General de México.

Correspondencia: Dr. Arturo Juárez A. Servicio de ginecología y obstetricia, Hospital General de México. Dr. Balmis 148, col. Doc-

tores, CP 06720, México, DF.  
Recibido: enero, 2005. Aceptado: febrero, 2005.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

**E**l quiste de ovario fetal es poco frecuente, su incidencia es del 0.040% de las masas abdominales fetales; por lo general, su hallazgo es incidental en los estudios ultrasonográficos para vigilancia materno-fetal. Su causa se relaciona con estímulos hormonales maternos.

Debe considerarse la posibilidad diagnóstica de un quiste de ovario fetal en los fetos femeninos, en los que se observa un tumor abdominopélvico y se descartan malformaciones del aparato urinario.<sup>1,2</sup>

#### CASO CLÍNICO

Mujer de 33 años de edad, primer embarazo y evolución normal. En la semana 30 tuvo amenaza de parto pretérmino, se manejó con betamiméticos y reposo con evolución favorable.

En la semana 37 se realizó ultrasonido obstétrico de control con los siguientes hallazgos: feto único vivo, situación longitudinal, presentación cefálica, dorso a la izquierda, actividad cardíaca rítmica con 146 latidos por minuto, movimientos fetales espontáneos. Mediante fetometría (DBP, LF, HC y AC) se encontró: embarazo de 37.4 semanas. Índice de líquido amniótico de 20.0 cm. Placenta fúndica corporal posterior grado III.

En el feto se identificó un tumor quístico abdominal, de morfología ovoidea de bordes regulares y nítidos, de patrón ecográfico anecoico de localización intraperitoneal, de 7.5 x 7.0 x 6.5 cm. Esta imagen se encontraba por su extremo superior en amplia aposición con la superficie visceral del lóbulo hepático derecho. En su plano posterior tenía contacto con el riñón derecho, el cual se encontraba parcialmente separado y en su extremo caudal quedaba adyacente a la región del fondo uterino (figura 1).

Mediante la exploración ultrasonográfica no se logró demostrar dilatación de la vía biliar intrahepática o ectasia del tubo digestivo proximal a la región de la encrucijada biliopancreática duodenal.

Se realizó operación cesárea a la semana 38 de la gestación, se obtuvo una niña a la que se le practicó ultrasonido abdominopélvico y tomografía axial computada; se corroboraron los hallazgos prenatales. Se efectuó una laparotomía exploradora a las 72 h del nacimiento con los siguientes hallazgos: sin ascitis,

correderas parietocólicas, el diafragma, el estómago, el hígado, el duodeno, el yeyuno, el íleon, el útero y los anexos izquierdos sin alteraciones, tumor quístico del ovario derecho de aproximadamente 7 x 7 cm, sin adherencias. Se realizó exéresis del tumor.



**Figura 1.** Tumor quístico abdominal, de morfología ovoidea con bordes regulares y nítidos de patrón ecográfico anecoico de localización intraperitoneal.

El reporte histopatológico fue de cistadenoma seroso (figura 2).

La evolución postoperatoria fue favorable para el binomio, con egreso hospitalario sin complicaciones.



**Figura 2.** Hallazgo transoperatorio: ovario derecho con tumor quístico 7 x 7 cm, útero y anexo izquierdo sin alteraciones.

#### COMENTARIO

Los quistes de ovario fetales son lesiones quísticas localizadas en el abdomen inferior de la mujer, cuando el sistema urinario y el gastrointestinal son normales.

Se manifiestan con poca frecuencia y, con respecto a su causa, aparecen luego de la hiperestimulación excesiva del ovario por las hormonas maternas y de origen placentario. En el año 2000 se reportaron alrededor de 400 casos en la bibliografía mundial.<sup>3</sup>

La frecuencia de su localización es: izquierdo 57%, derecho 36% y bilateral 7%. En el mismo estudio, Milttermayer y colaboradores señalaron que de 14 casos que se manejaron por laparotomía o laparoscopía al nacer, 12 manifestaron quistes funcionales<sup>4</sup> mediante estudio histopatológico.

Existen criterios por ultrasonografía para establecer el diagnóstico de quiste de ovario fetal:

1. Estructura quística de forma regular y localizada en la porción inferior y lateral del abdomen fetal.
2. Integridad del sistema urinario y gastrointestinal.
3. Feto del sexo femenino.
4. Lesiones mayores de 3 cm de diámetro.
5. Edad gestacional tardía (en el segundo trimestre o temprano en el tercer trimestre).<sup>3,5</sup>

El diagnóstico prenatal de un quiste de ovario fetal se reporta desde la semana 30 de la gestación.<sup>6</sup> Se demuestran polihidramnios entre 10 y 15% de los quistes ováricos fetales, tal vez por obstrucción parcial del intestino delgado o por la compresión del cordón umbilical.

En los quistes de un feto del sexo femenino deberán excluirse, además del quiste de ovario, otros padecimientos como el hidrómetra e hidrocolpos, quistes del uraco, quistes mesentéricos, duplicación entérica, atresia duodenal y dilatación intestinal, cloaca persistente y síndrome de megavejiga-microcolon-hipoperistalsis intestinal. La vía de resolución del parto es motivo de controversia. Aunque la distocia y rotura del quiste es una complicación poco frecuente, se recomienda la operación cesárea.<sup>7</sup>

---

## REFERENCIAS

1. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS. Neonatal ovarian cysts: Sonographic-pathologic correlation. Radiology 1988;168:817-21.
2. Fasero M, García J, Martínez T, et al. Diagnóstico ecográfico prenatal de los quistes de ovario fetales: a propósito de cuatro casos. Toko Gin Pract 1988;57:9-14.
3. Rodríguez GR, Lomelí RM, Rodríguez GL. Diagnóstico prenatal de quiste de ovario fetal, resolución espontánea postnatal. Ginecol Obstet Mex 2000;68:349-52.
4. Milttermayer C. Fetal ovarian cysts: development and neonatal outcome. Ultraschall Med 2003;24(1):21-26.
5. Meizner I, Katz L, Meresh A. Fetal ovarian cysts: prenatal ultrasonographic detection and postnatal evaluation and treatment. Am J Obstet Gynecol 1991;164:874-8.
6. Sandler MA, Smith SJ, Pope SJ, et al. Prenatal diagnosis of septated ovarian cysts. JCU 1984;13:55-57.
7. Monson R, Rodgers BM, Nelson RM, et al. Ruptured ovarian cysts in a newborn infant. J Pediatr 1978;93:324-5.

El peso medio del feto, al final del embarazo, oscila entre 3,000 y 3,500 gramos. El promedio es de 3,150 gramos para las primíparas y de 3,250 gramos para las multiparas. El peso máximo que he observado fue de 6,250 gramos después de craniotomizado.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;pp:97-98.