



Diagnóstico prenatal de quiste de ovario con torsión y amputación a los tres meses de edad. Reporte de un caso

Ricardo Jorge Hernández Herrera,* Luis Fernando Ramírez Sánchez,** Raúl Cortés Flores,*** José Román Acuña Reyes,**** Gerardo Carmona Martínez****

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Los tumores pélvicos suelen ser benignos hasta en 87% de los neonatos; los de origen ovárico son frecuentemente quísticos y benignos. Se reporta el caso clínico de una mujer embarazada de 26 años de edad, primigesta, a quien a su feto se le detectó, a las 24 semanas de gestación, un quiste abdominal de 3.5 cm de diámetro en el hueco pélvico, no móvil. El embarazo culminó por cesárea y se obtuvo una niña que pesó 3,400 g. Se le practicaron tres ultrasonidos: al nacer, al mes y dos meses de edad. Se le encontró un quiste de ovario con las mismas características. A los tres meses de edad se observó, en el cuarto ultrasonido de control, que la imagen quística ya no se encontraba en el hueso pélvico, sino libre en la cavidad abdominal, por lo que se decidió efectuarle una laparotomía exploradora, en la que se encontró un quiste de ovario amputado, libre en la cavidad abdominal de 3.5 x 4 cm de diámetro. Los resultados de patología reportaron un ovario con áreas de necrosis y contenido quístico saculado.

Palabras clave: quiste de ovario, diagnóstico prenatal, torsión, amputación.

ABSTRACT

In the neonato the pelvic masses regularly are usually benign until in 87%, those of ovarian origin most is of cystic and benign origin. **Clinic case:** Of a pregnant of 26 years of age, primigesta, was detected to the fetus during the 24 weeks of gestation an abdominal cyst in pelvic hole of 3.5 diameter cm, non motive. The pregnancy culminated for caesarean operation, feminine product was obtained with weight when being born 3.400 kg. They were practiced 3 ultrasonidos: when being born, to the month and two months of age, finding ovary cyst with the same characteristics. To the 3 months it is observed in 4to control ultrasonido that the cystic image was no longer in pelvic hole, but it liberates in abdominal cavity for what decides to make laparotomía exploradora, where is a cyst of free amputated ovary in abdominal cavity of 3.5 x 4 diameter cm. The pathology results reported an ovary with necrosis areas and content cystic saculado.

key words: ovary cyst, diagnose prenatal, torsion and amputation.

RÉSUMÉ

Les tumeurs pelviennes sont généralement bénignes jusqu'à 87% de ce qui est nouveaux-nés ; ceux d'origine ovarienne sont fréquemment quistiques et bénins. On rapporte le cas clinique d'une femme enceinte de 26 années d'âge, primigesta, à laquelle à son foetus on lui a détecté, aux 24 semaines de gestation, un kyste abdominal de 3.5 cm de diamètre dans la cavité pelvienne, non mobile. La grossesse a terminé par césarienne et on a obtenu un enfant qui a pesé 3.400 g. Lui on a pratiqué trois ultra-sons : en naissant, le mois et à deux mois d'âge. Il a été trouvé un kyste d'ovaire avec les mêmes caractéristiques. Aux trois mois d'âge il a été observé, dans le quatrième ultra-son de contrôle, que l'image quistique déjà ne se trouvait pas dans l'os pelvien, mais il libère dans la cavité abdominale, ce pourquoi il a été décidé de lui effectuer une laparotomie exploratoire, dans laquelle on a trouvé un kyste d'ovaire amputé, libre dans la cavité abdominale de 3.5 x 4 cm de diamètre. Les résultats de pathologie ont rapporté un ovaire avec des secteurs nécrose et contenu quistique saculé.

Mots clef : kyste d'ovaire, diagnostic prénatal, torsion, amputation.

RESUMO

Os tumores pélvicos costumam em 87% dos neonatos até ser benignos; ele de origem ovarica cisticos e benignos são frequentemente. O caso clínico duma mulher grávida de 26 anos de idade reporta-se, primigesta às 24 semanas de gestação, um quisto abdominal de 3,5 cm de diâmetro na cavidade pélvica, não móvel, quem a seu feto detetou- se-lhe a. A gravidez culminou por cesariano e um menino que pesou 3.400 g obteve-se. Três ultra-som praticaram- se-lhe: a nascer, ao mês e dois meses de idade. Um quisto de ovário com o características achou- se-lhe. No quarto ultra-som de controle, que a imagem cística já não achava-me no osso pélvico, um quisto do ovário amputado achou-se em que, livre cm na cavidade abdominal de 3,5 4 x de diâmetro observou-se aos três meses de idade mas livre na cavidade abdominal, por o que decidir-se efetuar-lhe um laparotomia explorador. Os resultados de patologia reportaram um ovário com áreas de necrose e o conteúdo cístico saculado.

Palavras-chave: quisto de ovário, o diagnóstico pré-natal, o torcem, a amputação.

En el neonato, los tumores pélvicos suelen ser benignos hasta en 87% de los casos;¹ en 50 a 75% son de origen urológico (estenosis ureteropielocalicial, riñón multiquístico y poliquístico), intestinal (duplicación intestinal, quiste mesentérico, íleo meconial) o ginecológico (quistes anexiales, hidrometrocolpos y teratoma sacro coccígeo), y de éstas 13% son de origen maligno: teratoma inmaduro, tumores de tejidos blandos, tumores renales, etc.² Específicamente, cuando por ecografía se detecta un tumor quístico abdominal en un feto femenino, lo más probable es que la lesión sea de origen ovárico.³ La mayor parte de los tumores quísticos de ovario son benignos. Los quistes se originan en la etapa fetal por la hiperestimulación del ovario, debido a elevadas concentraciones de estrógenos circulantes que ocasionan la formación de quistes foliculares y, típicamente, dan la imagen de una lesión quística unilocular de pared delgada, aunque la coexistencia de septos no significa que sea complejo, porque la probabilidad de que sea de origen maligno es mínima.^{3,4} La complicación más frecuente es la torsión del quiste, que puede complicarse con torsión del ovario y resultar en una lesión irreversible. Ecográficamente, la torsión se manifiesta con cambios en la morfología del quiste asociados con ecos difusos en su interior.⁵ El tratamiento de los quistes simples (< 5 cm de diámetro) consiste en vigilancia ecográfica mensual, ya que la curación espontánea ocurre, en promedio, a los seis meses de edad en la mayoría de los casos.^{6,7} Si el quiste es mayor de 5 cm de diámetro debe efectuarse la resección por laparotomía, porque representa un alto riesgo de torsión. Los quistes complejos y las masas sólidas deben resecarse, estudiarse,

evaluarse y analizarse, siempre tratando de preservar el anexo. El tratamiento posoperatorio y la supervivencia dependen de la naturaleza de la lesión.⁸

Se reporta el caso de una paciente embarazada con historia clínica y estudios prenatales completos, en los que se detectó un quiste simple de ovario izquierdo en el feto. Se reportan los resultados del seguimiento posnatal, la laparotomía exploradora que confirmó la torsión del quiste, con amputación del ovario, y el seguimiento posquirúrgico durante dos años.

CASO CLÍNICO

Neonato del sexo femenino en quien se estableció el diagnóstico prenatal de quiste de ovario, con seguimiento hasta la amputación y extracción quirúrgica por laparotomía a los tres meses de edad. En la historia clínica se reportó: padre de 29 y madre 26 años de edad, primigesta, sin antecedentes patológicos de importancia. Durante el control prenatal se detectó, por ultrasonido obstétrico de rutina a las 24 semanas de gestación, en el feto un quiste simple abdominal de 3.5 cm, no móvil y cambios ecográficos durante el resto del embarazo (figura 1). La principal complicación durante el mismo fue preeclampsia leve a las 38 semanas de gestación. El embarazo terminó por cesárea, a las 39 semanas de gestación; se obtuvo un neonato con peso de 3,400 g, talla de 51 cm y perímetro cefálico de 35 cm; la puntuación de Apgar fue de 8 al minuto y de 9 a los



Figura 1. Ultrasonido prenatal en la semana 24 de gestación que permitió detectar un quiste de ovario en el feto.

* Jefe de Investigación.

** Residente de segundo año de ginecología y obstetricia.

*** Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia. Unidad Médica de Alta Especialidad número 23, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León, México.

**** Cirujano pediatra.

Clinica Monterrey. Monterrey, Nuevo León, México.

Recibido: septiembre, 2008. Aceptado: enero, 2009.

Este artículo debe citarse como: Hernández HR, Ramírez SL, Cortés FR, Acuña RJ, Carmona MG. Diagnóstico prenatal de quiste de ovario con torsión y amputación a los tres meses de edad. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2009;77(8):372-75

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.nietoeditores.com.mx

cinco minutos del nacimiento; no se observaron anomalías congénitas aparentes. El aparato cardiorrespiratorio se encontró sin afección, el abdomen y los genitales externos normales. El neonato cursó con infección de las vías urinarias, por lo que se le practicaron examen general de orina y urocultivo seriados. Recibió tratamiento con ampicilina y trimetropima, con lo que el cuadro infeccioso se resolvió sin complicaciones. Posteriormente, se sometió a estudios de ultrasonido de control en tres ocasiones: al nacer, al mes y dos meses de edad, en los que se encontró un quiste simple en el ovario izquierdo, de 3.5 cm de diámetro, sin cambios en su morfología. A los tres meses de edad se realizó un nuevo ultrasonido, donde se observó que el quiste no se encontraba en el hueco pélvico, sino libre en la cavidad abdominal, por lo que se decidió efectuarle una laparotomía exploradora, en la que se encontró un quiste de ovario amputado libre en la cavidad abdominal de 3.5 x 4 cm de diámetro. La evolución posterior a la intervención quirúrgica fue satisfactoria. Los resultados del servicio de patología fueron: ovario con áreas de necrosis y contenido quístico saculado de las medidas referidas (figura 2). El ovario contralateral, con seguimiento ecográfico a los 12 y 24 meses, no desarrolló quistes.

DISCUSIÓN

Con el diagnóstico prenatal de masa pélvica, muy probablemente de origen ovárico, pudo proporcionarse el seguimiento ecográfico posnatal, el cual permitió tomar la decisión de efectuar la extirpación quirúrgica. La laparotomía exploradora permitió confirmar el diagnóstico.

Pese a los criterios actuales en el tratamiento del quiste de ovario menor de 5 cm, en los que debe tenerse una conducta expectante, en el caso aquí presentado midió 3.5 cm y, sin embargo, tuvo torsión y amputación espontánea, lo que no es lo habitual en los quistes de este tamaño. Hasta el momento existe controversia respecto a los quistes de entre 2.5 y 5 cm, ya que algunos autores recomiendan, con la finalidad de prevenir la pérdida del ovario secundaria a la torsión del quiste, además de la vigilancia ecográfica mensual, realizar la punción por laparotomía o laparoscopia y disminuir el riesgo de torsión; otros consideran mantener una conducta expectante, porque al disminuir la estimulación hormonal materna, los quistes tienden a desaparecer.^{9,10} El seguimiento mensual con ecografías seriadas permitió conocer, además de la detección prenatal, la evolución poco frecuente de un quiste de ovario menor de 5 cm de diámetro; por tanto: *a*) a cualquier quiste de ovario debe dársele seguimiento ecográfico independientemente del tamaño; *b*) evaluar la punción o drenaje de los quistes mayores de 5 cm, o inclusive la extirpación quirúrgica si son mayores de este tamaño; y *c*) preservar el ovario, de ser posible, con punción y drenaje inicial.

CONCLUSIONES

Cualquier quiste mayor de 2.5 cm de diámetro requiere vigilancia ecográfica periódica y, en caso de aumentar de tamaño o tener alguna complicación, considerar la punción y el drenaje para disminuir su tamaño y el riesgo de torsión.

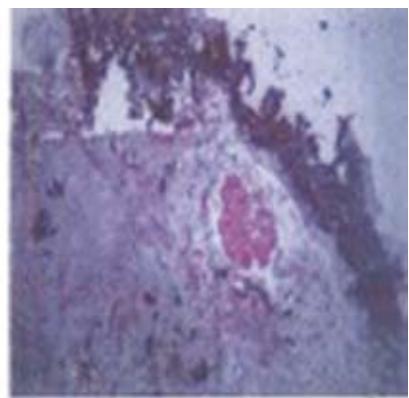
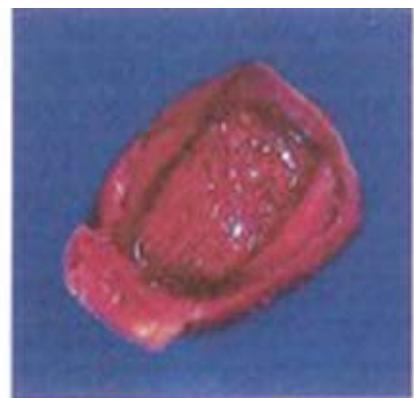
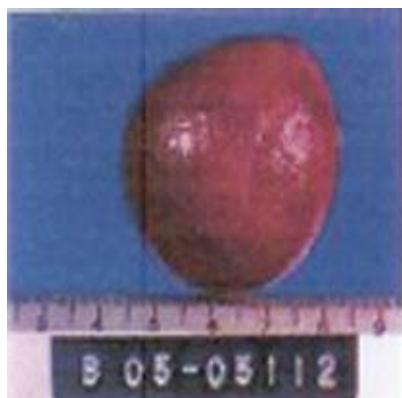


Figura 2. Quiste de ovario a) piezas quirúrgicas y b) hallazgos histológicos.

REFERENCIAS

1. Chandler JC, Gauderer MW. The neonate with an abdominal mass. *Pediatr Clin North Am* 2004;51:979-97.
2. Stepanian M, Cohn DE. Gynecologic malignancies in adolescents and infants. *Adolesc Med* 2004;15:549-68.
3. Callen WP. Ecografía en obstetricia y ginecología. 4^a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2002;pp:525-6 .
4. Calderón EC, Ruano AJM. Oncología medicoquirúrgica pediátrica. 1^a ed. México: McGraw-Hill, 2001;pp:165-72.
5. Comparetto C, Giudici S, Coccia ME, Scarselli G, Borrutto F. Fetal and neonatal ovarian cysts: what's their real meaning? *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005;2:123-5.
6. Krupinska E, Bulhak H, Chilarski A, Szaflik K, Kobielski A. Natural history of fetal/newborn ovarian cyst. *Ginekol Pol* 2006;10:764-9.
7. Slodki M, Janiak K, Repondék-Liberska M, Szaflik K, et al. Assessment of the usefulness of ultrasound screening in fetal ovarian cysts. *Gynekol Pol* 2008;79:120-5.
8. Muller C, Pablo M, Ramírez P, Bustos J, Field M, Espinoza M. Tumor ovárico fetal: diagnóstico ultrasonográfico y manejo perinatal. *Rev Chil Ultrasonog* 2001;4:46-51.
9. Gawrych E, Mazurkiewicz I, Kwas A, Wegrzynowski J. Antenatal diagnosis and postnatal management of ovarian cysts. *Ann Acad Med Stetin* 2006;52:45-49.
10. Azpilcueta A, Buitrón R, Peláez A, Bravo R, Rivas R. Quiste de ovario fetal. Presentación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2005;73:212-4.