

DIAGNOSTICO Y MANEJO PRENATAL DE LAS LESIONES QUÍSTICAS DE OVARIO. REPORTE DE UN CASO

RESUMEN

Los quistes de ovario en el feto, se diagnostican en la actualidad con más frecuencia en la etapa antenatal por la acociosidad del ecosonograma en la consulta prenatal, aunque son poco frecuentes, estos pueden asociarse a complicaciones como torsión, hemorragia, hemoperitoneo, obstrucción intestinal, hidramnios y distocia obstétrica. Presentamos un caso de una femenina de 22 años, primigesta, que en un control de ecosonografía prenatal se detectó un feto femenino de 34 semanas de gestación, con una tumoración quística gigante dependiente del ovario derecho, se decide su intervención por punción intrauterina con guía ecosonográfica, resolviéndose satisfactoriamente; el término del embarazo fue por parto eutócico y sin evidencia de recidiva del quiste en los controles ecosonográficos posteriores al nacimiento. Se revisa la literatura al respecto.

Palabras claves: Diagnóstico prenatal, quiste de ovario fetal, tumoración de ovario fetal, tratamiento prenatal

ABSTRACT

The cyst of ovarian in fetus, are diagnosed with more frequency actually prior to delivery with the ultrasound accuracy during the prenatal visit, although they are infrequent, they can associated to complication like torsion, rupture, bleeding, hemoperitoneum, intestinal obstruction, hydramnios and obstetric distocia. We present a case of a female 22 years old, first pregnancy, that in an ultrasound control of pregnant was detected a female fetus of 34 weeks of gestation, with a giant cyst tumor from the right ovarian, was decided intervention by uterine puncture with ultrasound guidance, solved satisfactorily; the end of the pregnancy was eutocic vaginal delivery without evidency of the cyst in the ultrasound control after the delivery. The literature of the subject was reviewed.

Key Words: Prenatal diagnosis, ovaric fetal cyst, fetal ovaric tumors, prenatal management

Dr. Juan Ramón Cepeda- García*,
Dr. Roberto Ambríz López**,
Dr. Carlos Felipe Alvarez Martínez**,
Dra. Dora Angélica Aguilar-Romero**,
Dr. Eric Noe Gudiño Ruíz**,
Dr. Gerardo Velázquez-Gallardo*

Σ Departamento de Cirugía, Hospital Infantil de Monterrey, SSNL.

Σ ** Servicio de Medicina y Terapia Fetal; Departamento de Gineco Obstetricia, Hospital Metropolitano SSNL.

Correspondencia: Dr. Juan Ramón Cepeda García. Calle Dr. Miguel Vera # 150 Col. Doctores, Monterrey, Nuevo León, México,
CP: 64710, Tel. (81) 83461564, fax.: (81) 83333001, email: jrcg55@aol.com

INTRODUCCIÓN

Los faolículos quísticos de los ovarios se presentan frecuentemente en las niñas recién nacidas. Sin embargo, los quistes de ovario neonatal son significativamente poco comunes¹. El uso más frecuente del ultrasonido en la consulta prenatal permite el diagnóstico de éstos quistes y por consecuencia su manejo más adecuado².

Se han reportado más de 400 casos de quistes de ovario fetales en la literatura mundial³; el quiste de ovario fetal puede formarse por la estimulación de gonadotropinas fetales, estrógenos maternos y gonadotropinas coriónicas placentarias⁴.

Los quistes de ovario pueden sufrir torsión, hemorragia, ruptura con hemoperitoneo, obstrucción intestinal, infarto, hidramnios materno y distocia obstétrica^{5,6} lo que requerirá una intervención quirúrgica al nacimiento, o bien evacuando el contenido del quiste en forma intrauterina que evitará la torsión o el efecto de masa en el feto⁷.

Los quistes de ovario representan del 3 al 6% de todos los tumores intraabdominales del feto⁸.

El objetivo de este informe, es el de presentar un caso de un quiste gigante de ovario en un feto y su resolución por punción intrauterina.

CASO CLÍNICO

Femenina de 22 años, primigesta, sin antecedentes de importancia, control prenatal adecuado en centro de salud, por revisión ecosonográfica de rutina se reporta feto único vivo femenino en situación longitudinal cefálico con dorso a la izquierda, con placenta anterior y grado de madurez, uno. Observando como hallazgos: tumoración quística fetal intraabdominal cuyas medidas era de 5 x 5 x 6 cms., de bordes regulares, bien definidos, con un volumen aprox. de 103 ml., dependiente de ovario derecho, resto de la exploración anatómica fetal normal, la edad gestacional al momento del diagnóstico fue de 34 semanas, con un peso aproximado de 2200 gramos, se envía para su valoración a la consulta del Servicio de Medicina y Terapia Fetal del Hospital Metropolitano, dependiente de los Servicios de Salud en el Estado de Nuevo León.

Se realiza 3 días después un ecosonograma de tercer nivel, encontrando anatomía fetal normal, feto único vivo femenino con peso aproximado igual a la edad gestacional, además de la tumoración intraabdominal quística con dimensiones de 9 x 7 x 6 cms, dependiente de ovario derecho con un volumen aprox. de 130 ml.

Se le propone a la paciente intervencionismo fetal, aceptando el procedimiento, realizándose éste, a la

semana 35 de gestación, usando un ultrasonido de alta definición Hitachi EUB 2000 con transductor lineal EZU-PL21 de 3.5 Mhz.; rastreando la zona quística y sin lesionar otros órganos del feto, se logra introducir una aguja con punta ecogénica de 150mm de largo y 20 de calibre, hasta la zona del quiste gigante del ovario derecho del feto,(fig. 1) logrando extraer 105ml. de aspecto citrino, reduciéndose por completo la zona quística, (fig. 2).

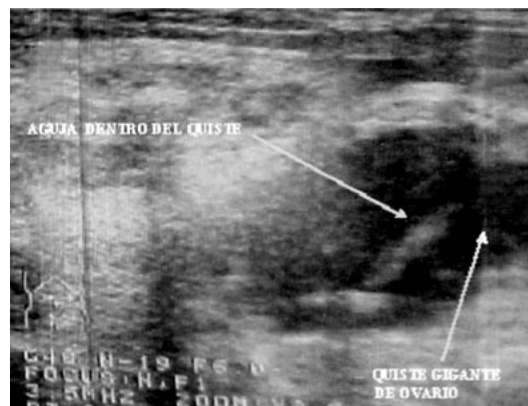


Fig. 1: Quiste del ovario de gran dimensión en el feto de 35 semanas de gestación, donde se puede apreciar la aguja dentro del quiste.



Fig. 2: Se aprecia el área del quiste del ovario prácticamente vacío donde se puede apreciar todavía la punta de la aguja ecográfica.

Se observa hospitalizada durante 24hrs y la evolución del binomio madre-feto es satisfactoria. El feto continua su evolución prenatal en forma satisfactoria, bajo vigilancia ecográfica y sin evidencia de nueva formación del quiste de ovario; se resuelve el embarazo por parto eutócico sin complicaciones a la semana 39, obteniendo producto único vivo del sexo femenino con peso de 3000grs., Apgar de 8-9, siendo egresadas la madre y la recién nacida sin complicaciones 48hrs después del nacimiento. Se toma control ecosonográfico a la niña, seriado a la semana, al mes y a los tres meses de nacida, sin evidencia de lesiones quísticas o sólidas.(fig. 3).

El reporte del liquido del quiste fué de: aspecto sanguinolento, color amarillo, cero leucocitos, abundantes eritrocitos predominio no crenozados,

glucosa de 58mg/dl, pH de 8, densidad de 1025, proteínas de 34.2 grs/l, LDH 952 u/l, cloro 115 mEq/l, estradiol 112 ng/ml, progesterona 1435 ng/ml, testosterona 12.1 ng/ml.

CONCLUSIONES

Después de varias revisiones, se ha encontrado que el diagnóstico prenatal de las tumoraciones de ovario son raras, y en las tumoraciones ováricas encontradas en la recién nacida se distinguen 4 tipos: Los quistes benignos epiteliales, los tumores de células de la granulosa, quistes benignos tipo teratomas y los quistes foliculares. Los quistes benignos incluyen quistes simples, quistes del cuerpo lúteo y los cistoadenomas que constituyen la mayoría de los quistes del recién nacido. En las complicaciones asociadas se incluyen la torsión, hemorragia, hemoperitoneo, obstrucción intestinal, encarceración en saco herniario, infarto y la repercusión en la madre la de hidramnios y la distocia obstétrica.

Se menciona que el ovario fetal es un órgano dinámico, los folículos primarios aparecen durante el 4o. mes de gestación y tienen un crecimiento benigno inmediato. Se supone que el desarrollo folicular en el ovario fetal es dependiente de gonadotropinas, principalmente por GCH y también por FSH y LH presente en la circulación fetal desde el primer trimestre del embarazo. El pico de los niveles de gonadotropina fetal es a la mitad del embarazo y después declina rápidamente, esto, coincide con los niveles de estradiol fetal.



Fig.3: Ecosonograma de la niña a los 11 días de nacida, donde no se observa ninguna zona de colección, se aprecia también, la vejiga y el utero.

La capacidad de síntesis del ovario fetal ha sido demostrada por la presencia de andrógenos (12 - 18 sdg) y progesterona (20 - 22 sdg). Los niveles bajos de estradiol han sido detectados en ovarios fetales desde la semana 10 a la 22 y su capacidad enzimática de formación de estrógeno a partir de andrógenos ha sido demostrada desde el primer trimestre.

A pesar de que la etiología de los quistes foliculares es incierta, probablemente es debido al resultado de un

desorden en la foliculogénesis. Los niveles esteroideos en el líquido del quiste confirman un origen folicular y sugieren una maduración folicular el encontrar niveles de estradiol y progesterona, por lo que las concentraciones de testosterona encontradas en el contenido del quiste, indican folículos degenerados.

Los criterios usados para detectar el quiste de ovario fetal por ultrasonido son los siguientes; 1.- la presencia de un quiste que es de forma regular y que esta localizado en la parte inferior y lateral del abdomen fetal, 2.-integridad del sistema urinario y gastrointestinal, 3.- feto del sexo femenino y 4.- lesiones mayores de 3cms de diámetro.(9).

El tratamiento del quiste de ovario fetal se basa en sus dimensiones, no obstante, no existe un consenso por parte de los expertos, algunos recomiendan la punción intrauterina si las dimensiones del quiste son mayores de 5 cms. de diámetro y otros solo conducta expectante y realizar cirugía postnatal en caso necesario.(10).

Nosotros consideramos que el tratamiento depende del momento en que se realice el diagnóstico y del tamaño del quiste; si el diagnóstico se hace en la etapa prenatal, la aspiración intrauterina del líquido del quiste puede ser una buena opción, en la etapa postnatal, si el quiste tiene una dimensión de 5 o menos cms. de diámetro puede remitir espontáneamente, en caso contrario, como primera opción es la punción con guía ecográfica, de no ser posible esta opción ó existen manifestaciones clínicas como hemorragia, torsión, dificultad respiratoria deberá realizarse su excéresis, ya sea por cirugía abierta o abordaje laparoscópico.(11).

REFERENCIAS

- 1.- DeSa DJ.: Follicular ovarian cysts in stillborn and neonates. Arch Dis Child 1975, 50:45.
- 2.- Crade M., Gilloly L., Taylor KJW.: In utero demonstration of an ovarian cystic mass by ultrasound. J Clin Ultrasound 1980;8:251.
- 3.- Katz VL., McCoy MC., Kuller JA., y cols.:Fetal ovarian torsion appearing as a solid abdominal mass. J Perinatol 1996;302-304.
- 4.- Brand M., Luks F., Filiaut D., y cols.: Surgical indications in antenatally diagnosed ovarian cysts. J Pediatr Surg 1991;26: 276-282.
- 5.-Ahmed S.: Neonatal and childhood ovarian cysts. J Pediatr Surg 1971;6:702
- 6.- Carlson DH., Griscom NT.: Ovarian cysts in the newborn. Am J Roentgenol Rad Ther Nucl Med 1972;116:664
- 7.- Crombleholme TM., Craig SD., Garmel S. y cols.:Fetal ovarian cyst decompression to prevent torsion. J Pediatr Surg 1997;32:1447-1449
- 8.- Gohar J., Segal D., HersHKovitz R.: Changing sonographic features of fetal ovarian cysts during pregnancy and the neonatal period Arch Gynecol Obstet 1999; 263: 82-83
- 9.- Meizner I, Levy, Katz M, Meresh A.; Fetal ovarian cysts: prenatal ultrasonographic detection and postnatal evaluation and treatmentAm J Obstet Gynecol 1991; 164:874-878
- 10.- Suita S, Sakagushi T, Ikeda K.: Therapeutic dilemmas associated with antenatally detected ovaria cysts. Surg Gynecol Obstet 1990; 171 :502-508.
- 11.- Esposito C., Garipoli V., Di Matteo M.: Laparoscopic management of ovarian cysts in newborn. Surg Endosc 1998 12: 1152-1154.