



Quiste ovárico tecaluteínico en una recién nacida

Raúl Rojas Hernández,* Agustín Barrientos Olmos,** Elia Lara Lona,*** Ector Jaime Ramírez Barba****

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Los quistes ováricos son un hallazgo frecuente en fetos y neonatos. El tratamiento óptimo de los quistes ováricos fetales no está aún debidamente determinado. Se comunica el hallazgo de un quiste ovárico tecaluteínico fetal (6.6 x 5.3 cm) diagnosticado prenatalmente mediante ecografía. El embarazo se interrumpió por cesárea en la semana 38 de gestación. El quiste ovárico se extirpó por laparotomía 12 horas después. La evolución fue satisfactoria. Se revisó la bibliografía. El tratamiento quirúrgico de los quistes ováricos no complicados es una opción cuando el quiste es mayor de 5 cm.

Palabras clave: embarazo, humanos, quiste ovárico congénito, patología, cirugía, terapia, recién nacido, enfermedades, ecografía, prenatal.

ABSTRACT

Ovarian cysts are frequent findings in fetuses and neonates, and their optimal therapy is not yet properly established. We report the finding of a fetal thecalutein ovarian cyst (6.6 x 5.3 cm) diagnosed prenataly through sonography. Pregnancy was interrupted by cesarean section during 38th gestation week. Ovarian cyst was removed twelve hours after cesarean section (laparotomy). Patient evolution was satisfactory. Literature was reviewed. When ovarian cyst is higher than 5 cm and non-complicated, surgical therapy in an option.

Key words: pregnancy, humans, congenital ovarian cyst, pathology, surgery, therapy, newborn, diseases, ultrasonography, prenatal.

RÉSUMÉ

Les kystes de l'ovaire son une découverte fréquente chez des fœtus et des nouveau-nés. Le traitement optimal des kystes ovariens fœtaux n'est pas encore bien défini. On rapport le cas d'un kyste de l'ovaire thécolutéinique fœtal (6.6 x 5.3 cm) diagnostiqué prénatalement au moyen d'ultrason. La grossesse a été interrompue par césarienne dans la semaine 38 de gestation. Le kyste ovarien a été extirpé 12 heures après la césarienne par laparotomie. L'évolution a été satisfaisante. On a fait une révision de la bibliographie. Le traitement chirurgical des kystes ovariens non compliqués est une des options disponibles lorsque le kyste surpasse les 5 cm.

Mots-clés : grossesse, féminin, humains, kyste ovarien congénital, pathologie, chirurgie, thérapie, nouveau-né, maladies, ultrason, pré-natal.

RESUMO

Os quistos ovarianos são um achado freqüente nos fetos e neonatos. O melhor tratamento dos quistos ovarianos fetais ainda não está bem definido. Comunica-se um caso de quisto ovariano tecaluteínico fetal (6,6 x 5,3 cm) diagnosticado pré-natalmente mediante ultra-sonografia. A gravidez foi interrompida por cesárea na 38ª semana de gestação. O quisto ovariano foi extirpado 12 horas depois da cesárea por laparotomia. A evolução foi satisfatória. Foi revisado a bibliografia. Quando o quisto é maior de 5 cm, uma das opções disponíveis é o tratamento cirúrgico dos quistos ovarianos não complicados.

Palavras chave: Gravidez, feminino, humanos, quisto ovariano congénito, patología, cirurgia, terapia, recém nascido, enfermidades, ultra-sonografia, pré-natal.

* Cirujano pediatra. Investigador Asociado "A" de la Secretaría de Salud.

** Ginecoobstetra adscrito a la Clínica de Especialidades Guadalupe, Dolores Hidalgo, Guanajuato.

*** Epidemióloga, Socia adscrita al Capítulo Centro de la Academia Mexicana de Cirugía, AC. Directora General de los Servicios de Salud Estatales.

**** Profesor investigador titular B, Cuerpo Académico de Ciencias Quirúrgicas. Universidad de Guanajuato. Académico Titular de la Academia Mexicana de Cirugía, AC.

Correspondencia: Acad. Dr. Ector Jaime Ramírez Barba. Circuito Jardín de San Juan de Dios 180, colonia Jardines del Campestre, CP 37128. León, Guanajuato. Tel.: 01 (477) 217-8665. Fax: 01 (477) 781-1853. E-mail: ramirezbarba@quijote.ugto.mx
Recibido: febrero, 2008. Aprobado: febrero, 2008.

Este artículo debe citarse como: Rojas HR, Barrientos OA, Lara LE, Ramírez BEJ. Quiste ovárico tecaluteínico en una recién nacida. Ginecol Obstet Mex 2008;76(3):174-7.

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

Las masas ováricas pueden deberse a quistes funcionales no neoplásicos o tumores benignos y malignos. Los quistes funcionales no son verdaderas neoplasias pero deben considerarse una variación del proceso fisiológico normal que incluye los foliculares, del cuerpo lúteo y los tecaluteínicos.¹ Los quistes foliculares se forman por la distensión de folículos desarrollados y no suelen exceder 10 cm de diámetro, los menores de 2.5 cm se clasifican como normales y cuando exceden esta medida son foliculares. La pared quística por lo general está cubierta de células luteinizadas hasta antes de la pubertad (quistes tecaluteínicos). Los quistes foliculares múltiples luteinizados son comunes en casos de mola hidatidiforme y coriocarcinoma, y se observan también en embarazos gemelares, y excepcionalmente, en embarazos únicos no complicados. Después del parto, la disminución de la estimulación hormonal puede producir resolución espontánea del quiste.²⁻⁴

En el feto, las lesiones quísticas abdominales son una posibilidad de hallazgo durante la ultrasonografía prenatal, que es un método confiable para identificar las masas quísticas en el feto, aunque a veces no es posible hacer un diagnóstico preciso.⁵ La relación del quiste con los órganos adyacentes y la normalidad de los otros órganos puede ayudar a precisar el diagnóstico. El procedimiento diagnóstico implica detectar anomalías relacionadas, evaluar el líquido amniótico, visualizar los genitales, valorar el cariotipo y la historia familiar. La detección prenatal de quistes ováricos se reporta en el segundo o tercer trimestres de la gestación.⁶ Debido a que el feto no tiene una verdadera cavidad pélvica, el quiste puede localizarse en el abdomen medio o superior o incluso en el lado contralateral; cuando el quiste tiene un pedículo largo puede desplazarse en todo el abdomen. El quiste puede aumentar o disminuir de tamaño, incluso desaparecer o tener complicaciones como: torsión, hemorragia, necrosis y rotura, o causar obstrucción intestinal. Un quiste complicado por torsión o hemorragia invariablemente contiene líquido y detrito, un coágulo o un septum. Estos quistes también pueden parecer sólidos, debido a un hematoma organizado, o tener una pared ecogénica, delgada y bien definida debido a calcificación distrófica. También puede percibirse color o flujo espectral Doppler. Un quiste torcido puede mostrar movilidad durante la ultrasonografía en tiempo real debido a que lleva a la necrosis del pedículo del quiste o de la trompa de Falopio, permite que se rompa

y que el quiste flote en la cavidad peritoneal. Se encuentra polihidramnios en 5 a 10% de los pacientes, que se explica por obstrucción parcial del intestino delgado o compresión del cordón umbilical. La resonancia magnética nuclear es un método muy confiable para diagnosticar la complicación de hemorragia intraquística y auxiliar para establecer la indicación de resolución quirúrgica.^{7,8}

El tratamiento de los quistes ováricos diagnosticados de manera prenatal puede ser conservador cuando miden menos de 4 cm, ya que muchos de ellos involucionan. En estos casos debe hacerse seguimiento sonográfico para ver si aumentan de tamaño o cambian a imagen sugerente de complicaciones. Cuando los quistes son mayores, algunos autores recomiendan la descompresión intrauterina para evitar complicaciones como la torsión ovárica;⁹ otros realizan aspiración posterior al parto con el mismo fin. Cuando los quistes tienen alguna complicación, o son mayores de 5 cm, se recomienda exéresis, ya sea por laparotomía o por abordaje laparoscópico.¹⁰

Se comunica el caso de una paciente con quiste ovárico tecaluteínico diagnosticado incidentalmente en la semana 37 de gestación y extirpado por laparotomía a las 12 horas de nacida.

REPORTE DEL CASO

Primigesta de 19 años de edad, con embarazo normoevolutivo y en control prenatal regular. En la semana 37 de gestación (19 de agosto de 2005) el ultrasonido mostró feto



Figura 1. Ultrasonido que muestra el quiste de ovario izquierdo sin datos de torsión.

único vivo de 37.1 semanas de gestación por fetometría, de sexo femenino, en situación longitudinal, posición cefálica, dorso a la izquierda, actividad cardíaca rítmica con 154 latidos por minuto y movimientos fetales espontáneos. Se identificó como hallazgo en el feto una imagen anecoica pélvica, redonda de 6.64 x 5.32 cm independiente de la vejiga, los riñones y el estómago, localizada a la izquierda de la línea media, interpretada como quiste de ovario sin datos de torsión (figura 1). El resto de la valoración ultrasonográfica resultó normal.

Para evitar posibles complicaciones del quiste se practicó operación cesárea el 30 de agosto. La niña pesó al nacer 3,450 g, calificada con Apgar de 8-9. A su ingreso a cuneros se encontró reactiva, con campos pulmonares normales y sin dificultad respiratoria; tenía el abdomen distendido a expensas de una masa intraabdominal en el flanco izquierdo, blanda, móvil, no dolorosa a la palpación. Los exámenes de laboratorio mostraron hemoglobina de 12.5 g/dL, leucocitos de 16,300/mm³, plaquetas de 141,000/mm³, tipo sanguíneo O+. Los estudios de imagen mostraron ultrasonido abdominal con tumoración dependiente del ovario izquierdo de 7 x 4.3 cm.

Por estos hallazgos, a las 12 horas de nacida se intervino el abdomen quirúrgicamente, se encontró un quiste ovárico derecho de 7 x 5 cm, de paredes engrosadas con líquido citrino en su interior (100 cm³), que modificaba la anatomía propia de una recién nacida, adentro había múltiples quistes de 0.5 cm de diámetro. El resto de los órganos intraabdominales, útero y anexos izquierdos, fue normal. Se practicó salpingo-oufrectomía derecha,



Figura 2. Quiste ovárico derecho con líquido citrino en su interior.



Figura 3. Quiste de ovario derecho aspirado, útero y anexo izquierdo sin alteraciones.

previa aspiración del contenido del quiste para facilitar su extracción (figuras 2 y 3). La evolución posoperatoria fue satisfactoria, y egresó a las 72 horas del posoperatorio.

El reporte histopatológico mostró un ovario con cortical de espesor normal, con abundantes folículos primordiales, su estroma estaba luteinizado; el parénquima contenía estroma ovárico luteinizado con quistes tecaluteínicos, la superficie interna del quiste mayor tenía dos capas de células luteinizadas; la salpinge era normal.

Los marcadores séricos de alfa fetoproteína fueron de 125,527 ng/mL en el cuarto día del posoperatorio y de 10,562 ng/mL en el día 16. El ultrasonido de control al día 16 del posoperatorio fue normal.

DISCUSIÓN

Se comunica este caso para resaltar los siguientes hechos: la utilidad del ultrasonido como prueba diagnóstica prenatal de anomalías fetales en lo general, y de los quistes intraabdominales en particular. Los criterios para establecer el diagnóstico de quiste de ovario fetal. La existencia de una estructura quística de forma regular y localizada en la porción inferior y lateral del abdomen fetal, integridad del sistema urinario y gastrointestinal, feto de sexo femenino, lesiones mayores de 2.5 cm de diámetro y edad gestacional tardía.

La decisión de adelantar el nacimiento por operación cesárea y disminuir el riesgo de complicaciones, como la rotura del quiste si se hubiera sometido a trabajo de parto.

La decisión de intervenir quirúrgicamente a la paciente en estado asintomático mediante laparotomía para extirpar el quiste. Para facilitar la exteriorización del anexo se punccionó, lo que disminuyó su volumen notablemente. Por la disposición vascular útero-tubaria, con riesgo de dejar una trompa de Falopio isquémica, se practicó salpingo-oforectomía. Consideramos que el manejo realizado es lo más recomendable, de acuerdo con la bibliografía actual.

REFERENCIAS

1. Baseviciene I, Martinkiene I, Basevicuis A, Labanauskas L. Functional ovarian cysts in girls. *Medicine (Kaunas)* 2003;39(9):902-9.
2. Barad D, Gimovsky M, Petrie R, Bowe E. Diagnosis and management of bilateral theca lutein cysts in a normal term pregnancy. *Diagn Gynecol Obstet* 1981;3(2):27-30.
3. Montz F, Schlaerth J, Morrow C. The natural history of theca lutein cysts. *Obstet Gynecol* 1988;72:247.
4. Bryant AE, Laufer MR. Fetal ovarian cysts: incidence, diagnosis and management. *J Reprod Med* 2004;49(5):329-37.
5. Vogtlander MF, Rijntjes-Jacobs EG, Van den Hoonard TL, Versteegh FG. Neonatal ovarian cysts. *Acta Paediatr* 2003;92(4):498:501.
6. Agarwal R. Sonographic assessment of fetal abdominal cystic lesions: a pictorial essay. *Ind J Radiol Imag* 1999;9(4):169-82.
7. Kuroiwa M, Hatakeyama SI, Suzuki N, Murai H, Toki F, Tsuchida Y. Neonatal ovarian cysts: management with reference to magnetic resonance imaging. *Asian J Surg* 2004;27(1):43.
8. El Shawarby S, Henderson A, Mossa M. Ovarian cysts during pregnancy: dilemmas in diagnosis and management. *J Obstet Gynaecol* 2005;25(7):669-75.
9. Pérez Palomino A, Pérez Caballero MC, Sanz Villa N, Pareja Estalrroch C, Moreno Fernández L. Diagnóstico diferencial y decisión terapéutica: a propósito de una masa quística abdominal en un neonato. *Rev Mex Pediatr* 2005;72(3):133-5.
10. Enriquez G, Durán C, Toran N, Piqueras J, Gratacos E, et al. Conservative versus surgical treatment for complex neonatal ovarian cysts: outcomes study. *Am J Roentgenol* 2005;185(2):501-8.

Palpación.- Auscultación.- Durante todo este periodo se practicará la palpación abdominal. Se examinará minuciosamente el descenso del hombro anterior y se observará el movimiento de rotación de la espalda.

La auscultación entre dos contracciones se efectuará frecuentemente, cada cinco minutos. El padecimiento del feto se caracteriza por la aceleración del ritmo cardiaco seguida de una retardación progresiva. Los latidos cardiacos se hacen sordos, lejanos y desaparecen por completo cuando el sufrimiento se prolonga.

Cuando este retardo se comprueba de un modo cierto, es necesario terminar el parto lo antes posible.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941;p:189.