

Cistoadenoma seroso neonatal. Presentación de un caso

Liliana Arjona Gómez,* Gabriela Reyes Ramos,* Elizabeth Araceli Estrada Gómez,*
Erika Barba Ruiz*

RESUMEN

Los quistes ováricos fetales tienen una incidencia de detección prenatal de 1 en 2,500 recién nacidos, generalmente son benignos. Hacemos la presentación de un caso de un cistoadenoma seroso neonatal, el cual se resecó quirúrgicamente.

Palabras clave: Quiste de ovario, cistoadenoma seroso, tumor ovárico.

ABSTRACT

Fetal ovarian cysts with an incidence of prenatal detection of 1 in 2,500 newborns, are usually benign. We make the presentation of a case of neonatal serous cystoadenoma which was resected surgically.

Key words: Ovarian cysts, cystoadenoma, ovarian tumor.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las masas abdominales en la infancia corresponden a organomegalias (57%), el resto son malformaciones congénitas o tumores. Las masas tumorales se asientan con mayor frecuencia en el retroperitoneo (90%), siendo en su mayoría originales del tracto urinario. Los tumores de origen ovárico constituyen del 3 al 6% de todos los tumores en el neonato femenino. De éstos, el tumor más frecuente es el quiste de ovario no neoplásico, siendo el 50% de origen folicular, mientras que el cistoadenoma, el teratoma quístico y el tumor de células granulosas son extremadamente raros.¹⁻⁴ Hacemos la presentación de un caso de quiste de ovario neonatal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Recién nacida de 4 días de vida que ingresa a nuestro hospital por presencia de masa abdominal en agosto de 2009. Madre multigesta de 38 años de edad, sana, padre de 41 años sano, dos hermanos de 11 y 8 años sanos, antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus por rama materna.

Producto de la GIII, PI, CII, embarazo deseado con control prenatal regular con siete consultas, recibió ácido fólico y hierro. La madre cursó con cervicovaginitis en el segundo trimestre, con mejoría y sin especificar tratamiento. Durante el embarazo se le realizaron tres ultrasonidos (US); en el último, realizado en el 6º mes se reporta una masa abdominal inespecífica en el producto. Se mantiene vigilancia. Nació en el HGO 221 del IMSS a las 40 semanas de gestación, por cesárea indicada por falta de progresión del trabajo de parto, con peso de 4 kg, Apgar 8-9. Alimentada con leche materna, se aplicó inmunización BCG y antihepatitis B. Es referida a nuestro hospital a los cuatro días de vida por la presencia de masa abdominal y el antecedente del hallazgo ultrasonográfico. A la exploración física se le encontró activa, reactiva. Peso 4 kg, talla 51 cm, perímetro cefálico 34 cm, perímetro torácico 35 cm, perímetro abdominal 37 cm, pie 8 cm. Frecuencia cardíaca 145 por minuto, frecuencia respiratoria 34 por minuto, temperatura 37.3 °C, llenado capilar de 2 segundos. Cráneo sin hundimientos ni exostosis, fontanela anterior normotensa, cabello bien implantado, ojos simétricos, pupilas isocóricas normo-reflécticas, narinas y conductos auditivos permea-

* Residentes de Primer Año Pediatría. Hospital General Regional 220, Toluca, Instituto Mexicano del Seguro Social.

bles. Cavidad oral con paladar íntegro, mucosas bien hidratadas. Cuello cilíndrico, simétrico, con pulsos carotídeos normales. Tórax simétrico, con movimientos de ampliación y amplexación normales, los campos pulmonares con murmullo vesicular adecuado, ruidos cardiacos rítmicos dentro de la normalidad. El abdomen blando, distendido a expensas de masa intraabdominal en el flanco izquierdo, blanda, móvil, no dolorosa a la palpación, sin datos de irritación peritoneal ni hepatomegalia ni esplenomegalia. Genitales de acuerdo a edad y sexo, ano permeable. Extremidades íntegras, simétricas, fuerza muscular 5/5, tono normal, pulso presente normal.

Los exámenes de laboratorio reportaron hemoglobina 14.5 g/dL, hematócrito 43.5%, leucocitos 16,300/mm³, neutrófilos 61%, linfocitos 31%, plaquetas 354,000, sodio sérico 134 mEq/L, potasio sérico 4 mEq/L, cloro sérico 98 mEq/L. Grupo sanguíneo O Rh positivo. El ultrasonido abdominal reportó estructura quística gigante de morfología ovoidea, de bordes regulares, bien delimitada, de patrón ecográfico anecoico, el hueco pélvico hasta epigastrio de 7 x 6 cm de etiología a determinar. La tomografía axial computada de abdomen reportó tumoración quística gigante en hueco pélvico hasta epigastrio de 7 x 6 cm (Figura 1).

Se programa para cirugía, se realiza incisión supraumbilical transversa derecha, se diseca por planos hasta peritoneo, se localiza tumoración y se extirpa de ovario izquierdo de 10 x 10 cm (Figura 2), se realizó salpingooforectomía izquierda y apendicectomía. Se reportó como hallazgo quiste de ovario izquierdo

pediculado gigante de 10 x 10 cm (Figura 3), ovario derecho sin alteraciones.

El reporte histopatológico emite el diagnóstico de cistoadenoma seroso (Figuras 4 a 6).

La paciente cursó con buena evolución postoperatoria; hasta el momento de la publicación se mantiene en buenas condiciones.



Figura 2. Intervención quirúrgica. Tumoración ovárica.

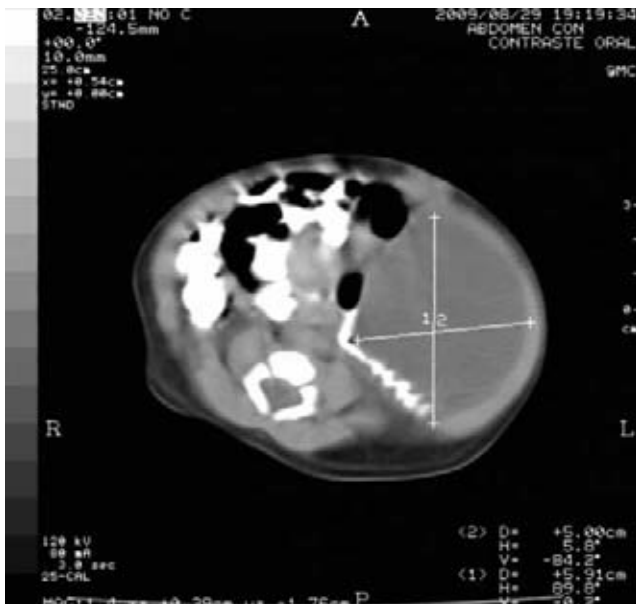


Figura 1. Tomografía axial que muestra estructura quística de 5 x 5.91 cm de hueco pélvico hasta epigastrio.



Figura 3. Quiste de ovario izquierdo pediculado gigante de 10 x 10 cm.



Figura 4. Fragmentación nodular quística grisácea a tensión de 10 x 10; al corte deja escapar líquido amarillento seroso de aproximadamente 400 cc, pared de 1 mm, corte en dos cápsulas.

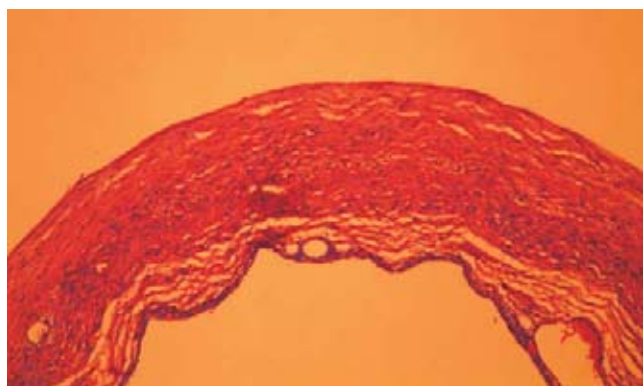


Figura 5. Capa única de células cuboideas o cilíndricas bajas, con cilio con núcleos centrales que se tiñen en forma intensa.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La primera descripción de un quiste de ovario neonatal la hizo Doran en 1889 en un mortinado de 7 meses de gestación, quien presentó esta patología en forma bilateral.⁵ En 1957, Tietz y Davis describieron el caso de una recién nacida con un quiste de ovario roto sometida a laparotomía, en la cual el ovario y la trompa de Falopio se removieron. Los autores revisaron la literatura y encontraron que la condición era rara.⁶ Hasta 1976 se habían reportado unos 50 casos en la literatura,⁵ y para 1997 alrededor de 400.⁷ Actualmente la tasa de detección de quistes de ovario neonatales se ha elevado debido al uso incrementado de la ultrasonografía.^{3,8-11}

Los quistes ováricos fetales tienen una incidencia de detección prenatal de 1 en 2,500 recién nacidos;

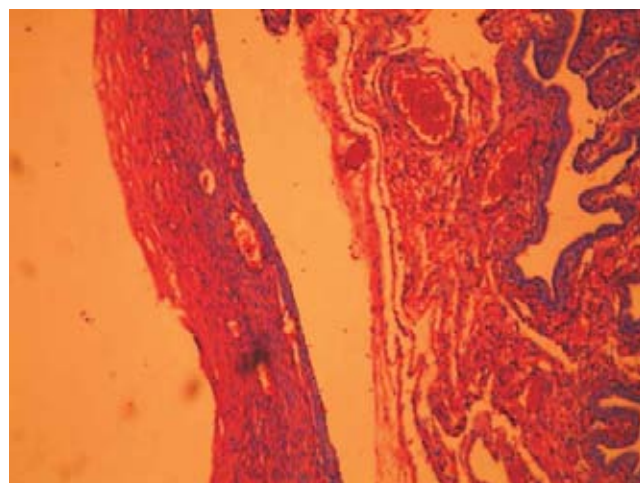


Figura 6. Papilas estromales revestidas por epitelio cilíndrico con cilios abundantes.

casi siempre son unilaterales y localizados más frecuentemente a la izquierda (57%); existen pocos casos reportados de bilateralidad (7%). Habitualmente se detectan en el tercer trimestre y su tamaño en general no cambia a través de la gestación.^{12,13} Los neonatos pueden tener pequeños quistes de ovario simples, menores de 4 cm, como resultado de hormonas maternas (estrógeno), placentarias (hCG), o fetales (FSH)¹⁴

Los quistes funcionales no son verdaderas neoplasias, pero pueden considerarse una variación del proceso fisiológico normal que incluye los foliculares, del cuerpo lúteo y los tecaluteínicos. Los quistes foliculares se forman por la distensión de folículos desarrollados y no suelen exceder de 10 cm de diámetro; los menores de 2 cm se clasifican como normales y cuando exceden esta medida son foliculares. Después del parto, la disminución de la estimulación hormonal puede producir resolución espontánea del quiste.^{14,15}

La etiopatogenia no es clara, los quistes foliculares se presentan en un tercio de las neonatas normales. La formación del QOF depende de la estimulación ovárica generada por la gonadotropina coriónica humana (HCG) placentaria, y por los estrógenos maternos. Su origen obedecería a una mayor estimulación folicular, por hipersecreción de HCG o por una alteración de la actividad de la gonadotropina. En general, el diagnóstico se hace en el tercer trimestre, pero se ha formulado ya desde las 19 semanas.^{13,16}

Ultrasonográficamente, las imágenes quísticas ováricas observadas normalmente se clasifican según su tamaño en microquistes, menores de 9 mm de diámetro, y macroquistes, que miden más de 9 mm. Por otra parte, se describen como quistes foliculares normales aquellos que miden hasta 2 cm de diámetro, en el con-

texto de un desarrollo hormonal concordante. Los quistes ováricos también se pueden agrupar, independientemente de su tamaño; de acuerdo a sus características en quistes simples, aquellos que presentan contenido líquido anecoico, homogéneo y paredes finas, y los quistes complejos, que tienen contenido habitualmente ecogénico heterogéneo, a veces con nivel líquido/detritus, coágulos y/o tabiques finos en su espesor. Se considera como patognomónico de quiste de origen ovárico la presencia de un «quiste hijo».^{12,15,16}

El diagnóstico diferencial debe incluir quiste renal y de vía ureteral, pseudoquiste meconial, quiste de duplicación intestinal. Más raros son hirocolpo o hidrometrocolpo, quiste mesentérico, divertículo de Meckel, quiste uracal, quiste del colédoco, teratoma sacrococcígeo. También se ha descrito riñón ectópico con hidronefrosis.¹³

Aunque la mayoría de estos neonatos son asintomáticos al nacimiento, los quistes de ovario pueden acarrear un riesgo potencial de complicaciones serias; las más graves son torsión del pedículo, la cual puede resultar en pérdida del ovario afectado.^{9,10}

Luego del parto puede ocurrir una resolución espontánea del quiste ovárico, hasta en seis meses, debido a la caída en los niveles de HCG y estrógenos. FSH y LH permanecen elevadas hasta los tres meses postparto y luego descienden.¹³

Las opciones de tratamiento incluyen el manejo conservador, aspiración antenatal y neonatal del quiste, quistectomía laparoscópica y laparotomía postnatal. El tratamiento del quiste de ovario neonatal no está estandarizado y frecuentemente se basa en el tamaño del quiste y en su apariencia en la exploración ultrasonográfica. El tratamiento de los quistes ováricos simples, diagnosticados de manera prenatal, puede ser conservador cuando miden menos de 5 cm, ya que muchos de ellos involucionan. En estos casos debe hacerse seguimiento sonográfico para ver si aumentan el tamaño o cambian a imagen sugerente de complicaciones; la persistencia del quiste motiva cirugía postnatal. Los mayores de 5 cm tienen alto riesgo de torsión, por lo que deben ser intervenidos. Cuando los quistes son iguales o mayores a 5 cm algunos autores recomiendan la descompresión intrauterina para evitar complicaciones como la torsión ovárica; 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.^{14,16-23}

Las medidas conservadoras resultan en una mejora en los resultados como medidos por preservación del tejido ovárico y reducción de las intervenciones quirúrgicas. Algunos autores recomiendan la aspiración guiada por ultrasonido de quistes de ovario grandes, asintomáticos, y sugieren que la cirugía debería de ser reservada para pacientes con complicaciones agudas (p. ej. torsión, ruptura).²⁴

La vía del parto no es modificable por esta enfermedad, de modo que serán las condiciones obstétricas las que determinen, ya que la distocia de tejidos blandos es rara.¹³

CONCLUSIÓN

Nuestro caso corresponde a un quiste simple gigante de ovario, un cistoadenoma seroso, el cual fue resecado por su tamaño para prevenir el riesgo de complicaciones. Sería conveniente establecer guías terapéuticas conforme la información se encuentre disponible.

AGRADECIMIENTOS

A los médicos adscritos al Hospital General Regional 220 del IMSS, Dr. Víctor Manuel Gutiérrez Gómez (pediatra), Dra. María del Carmen Rodríguez (radióloga), Dr. González Bañales (patólogo) y Dr. David González Preciado (cirujano pediatra), por su colaboración y asesoría en la elaboración de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quero HA, Estrada CR, Tenorio RH, Álvarez SRM. Tumor de células germinales de ovario: características clínicas y resultados del tratamiento. *Cirugía y Cirujanos* 2007; 75: 81-85.
2. Islas DLP, Cardiel MLE, Ortiz AMR, Chávez GC. Cistoadenoma gigante de ovario en una recién nacida. Reporte de un caso. *Rev Mex Pediatr* 2003; 70: 19-22.
3. Apablaza MS, Villagrán E. Recién nacida prematura, quiste ovárico. *Rev Sogia* 2004; 11: 46-47.
4. Stevenson RJ. Abdominal masses. *Surg Clin North Am* 1985; 65: 1481-1514.
5. Treuer AC, Heredia JF. Quiste del ovario en el recién nacido. *Rev Chil Ped* 1976; 2: 181-186.
6. Tietz G, Davis JB. A ruptured ovarian cyst in a newborn infant. *J Pediatr* 1957; 51: 564-565.
7. Schmähmann S, Haller OJ. Neonatal ovarian cyst: pathogenesis diagnosis and management. *Pediatr Radiol* 1997; 27: 101-105.
8. Juárez AA, Buitrón GR, Peláez GH, Bravo GR, Rivas LR. Quiste de ovario fetal. Presentación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73: 212-214.
9. Hernández HRJ, Ramírez SLF, Cortés FR, Acuña RJR, 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: 372-375.
10. Guillén LJA, Lizardo J, Flores JJ, Cardona LV. Quiste de ovario en lactante menor. *Honduras Pediátrica*, 1997; 17: 81-83.
11. Pardo VRA, Nazer CJ. Quiste ovárico fetal: diagnóstico ecográfico prenatal. Evolución y tratamiento postnatal. Casos clínicos. *Rev Med Chile* 2003; 131: 665-668.
12. Chandler JC, Gauderer JC. The neonate with abdominal mass. *Pediatr Clin N Am* 2004; 51: 979-997.
13. González GR, Dezerega PV. Quiste ovárico fetal. Manejo invasivo prenatal. *Rev Chil Ultrasonog* 2007; 10: 55-61.
14. Templeman C, Fallat ME, Blinchevsky A, Hertweck P. Noninflammatory ovarian masses in girls and young women. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 229-233.

15. Fuentealba TI. Quistes ováricos en recién nacidas, niñas y adolescentes: aspectos ultrasonográficos. Rev Chil Radiol 2006; 12: 15-20.
16. Lubker SJ. Ovarian cyst in neonates, children and adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol 2002; 14: 459-465.
17. Oak SN, Parelkar SV, Akhtar T, Pathak R, Vishwanath N, Satish KV, Kiran R. Laparoscopic management of neonatal ovarian cysts. J Indian Assoc Pediatr Surg 2005; 10: 100-102.
18. Dolgin SE. Ovarian masses in the newborn. Semin Pediatr Surg 2000; 9: 121-127.
19. Comparetto C, Giudici S, Coccia ME, Scarselli G, Borruto F. Fetal and neonatal ovarian cyst: what's their real meaning? Clin Exp Obstet Gynecol 2005; 32: 123-125.
20. Helling KS, Chaoui R, Kirchmair F, Stadie S, Bollmann R. Fetal ovarian cysts: prenatal diagnosis, management and postnatal outcome. Ultrasound Obstet Gynecol 2002; 20: 47-50.
21. Crombleholme TM, Craigo SD, Garmel S, D'Alton ME. Fetal ovarian cyst decompression to prevent torsion. J Pediatr Surg 1997; 32: 447-449.
22. Pérez PA, Pérez CMC, Sanz VN, Pareja EC, Moreno FL. Diagnóstico diferencial y decisión terapéutica: a propósito de una masa quística abdominal en un neonato. Rev Mex Pediatr 2005; 72: 133-135.
23. Enríquez G, Durán C, Torán N, Piqueras J, Gratacos E, Aso C et al. Conservative *versus* surgical treatment for complex neonatal ovarian cysts: outcomes study. Am J Roentgenol 2005; 185: 501-508.
24. Kessler A, Nagar H, Graif M, Ben-Sira L, Miller E, Fisher D et al. Percutaneous drainage as the treatment of choice for neonatal ovarian cysts. Pediatr Radiol 2006; 36: 954-958.

Correspondencia:
Dra. Liliana Arjona Gómez
arjonagl@hotmail.com