

Quiste dermoide de ovario neonatal. Reporte de caso y revisión de la literatura

Paulina Karina Reyes Cid,* Alfredo Valdés López,** Juan Fernando García Robledo,*** Francisco Galindo Rocha,**** Juan Manuel López Ruiz*****

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una recién nacida de seis días de vida, la cual presentó un quiste dermoide de ovario que fue diagnosticado prenatalmente mediante un ultrasonido obstétrico. Nació por cesárea sin complicaciones. Durante la exploración física se corroboró masa abdominal en fosa, flanco e hipocondrio derecho. Posteriormente, se realizó biometría hemática y química sanguínea, ambas se reportaron sin alteraciones. La tomografía axial computarizada de abdomen reveló una tumoración de aspecto quístico con extensión de diafragma hasta piso pélvico. Los marcadores tumorales mostraron una elevación de la alfafetoproteína en 696,093 ng/mL. Se realizó una laparotomía exploradora y se extirpó un quiste de ovario de 10 x 7 x 7 cm; el reporte de patología reveló quiste dermoide de ovario. La evolución fue satisfactoria, por lo que fue egresada a los cinco días del postoperatorio. Actualmente se encuentra en seguimiento por la consulta externa de neonatología. Además, se presenta revisión de la literatura.

Palabras clave: Quiste dermoide de ovario, recién nacido, masa abdominal.

INTRODUCCIÓN

La presencia de quiste de ovario en recién nacidas debe considerarse un hallazgo común, con una amplia lista de diagnósticos diferenciales que contribuyen a un reto diagnóstico para el neonatólogo. Se han

ABSTRACT

We report the case of a newborn 6 days of life with ovarian dermoid cyst diagnosed prenatally by obstetrical ultrasound. Uncomplicated cesarean birth, physical examination corroborated fossa, flank and hypochondrium abdominal mass, biometrics and blood chemistry was performed, which reported no alterations, CT of the abdomen revealed a cystic tumor of extension from diaphragm until pelvic floor, tumor markers showed an elevation of alpha fetoprotein at 696.093 ng/mL. We performed a laparotomy and removed an ovarian cyst of 10 x 7 x 7 cm, the pathology report revealed ovarian dermoid cyst. The outcome was satisfactory, left the hospital at 5 days after the surgery, presently in the outpatient follow neonatology. It makes literature review.

Key words: Ovarian dermoid cyst, newborn, abdominal mass.

reportado en la literatura mundial aproximadamente 400 casos de quistes de ovario; de los cuales, los más frecuentes son los quistes foliculares, con una incidencia de 32 a 34%.^{1,2} El cistoadenoma o teratoma quístico y el tumor de células granulosas son extremadamente raros.^{1,2} La incidencia de quistes ováricos grandes (mayor a 5 cm) es de 1/2,600 nacimientos.¹ La mayor parte de los quistes dermoides son asintomáticos, de crecimiento lento, y la forma más frecuente de presentación son: dolor abdominal (48%), hemorragia uterina anormal o concomitante (15%) y aumento de volumen abdominal (15%).³ Los factores etiológicos en el periodo prenatal son la estimulación hormonal materna por el paso transplacentario de la fracción beta de la gonadotropina corionica humana, cuyo resultado es el crecimiento folicular.¹ Los quistes ováricos perinatales se diagnostican cada vez con mayor frecuencia debido al uso rutinario de ecografía prenatal y neonatal. La localización es variable; el ovario, al presentar un mayor tamaño por los quistes, puede desplazarse libremente dentro de la

* Residente del 5º año de Neonatología, Hospital de Ginecología y Obstetricia (HGO), Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM).

** Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital para el Niño (HPN), IMIEM.

*** Médico adscrito al Servicio de Neonatología del Hospital para el Niño (HPN), IMIEM.

**** Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital para el Niño (HPN), IMIEM.

***** Jefe del Servicio de Radiología del Hospital para el Niño (HPN), IMIEM.

cavidad abdominal. La torsión ovárica constituye la complicación más frecuente de los quistes ováricos y la causa más común de pérdida ovárica. Los quistes neonatales mayores a 5 cm, sintomáticos, complejos y que persisten después de seis meses requieren tratamiento quirúrgico.⁴ Los quistes simples tienden a resolverse espontáneamente y deben ser tratados en forma conservadora.⁵

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentamos el caso de una recién nacida de seis días de vida, producto de madre de 26 años (segunda gestación y primera cesárea) y de padre de 35 años, ambos con escolaridad superior universitaria (licenciatura) y aparentemente sanos. El único hermano también se presentó sano. Debido a que hubo un adecuado control prenatal de nueve consultas, es que se le diagnosticó la presencia de una masa abdominal (probable quiste de mesenterio *versus* quiste de ovario). La madre consumió ácido fólico, y negó infección de vías urinarias o cervicovaginitis durante el embarazo. Nació sin complicaciones vía abdominal, con Capurro de 38 semanas de gestación (SDG), peso 3,350 g, talla 49 cm, Apgar 8/9. Exploración física: Abdomen distendido a expensas de masa abdominal localizada en fosa iliaca, flanco e hipocondrio derechos, mate a la percusión, no doloroso a la palpación de consistencia dura, no móvil (*Figura 1*).

Los paraclínicos reportaron: hemoglobina, 16.4 g/dL; hematócrito, 51%; leucocitos, 10,400; linfocitos, 39%; segmentados, 45%; eosinófilos, 8%; plaquetas, 256,000 u/L; PCR, 0.8; química sanguínea, BUN 4.7 mg/dL; albúmina, 2.3 g/dL; bilirrubina total, 10.7 mg/dL; bilirrubina directa, 1.3 mg/dL; bilirrubina indirecta, 9.4 mg/dL; AST, 40 UI/L; ALT, 29 UI/L; tiempos de coagulación, TP 11.4 s; TTP, 28 s.

La ecografía mostró una imagen redondeada y heterogénea, de aspecto sólido, con áreas anecoicas en su interior y presencia de grumos con dimensiones de 9.5 x 7.7 x 9 cm, con un volumen de 3.4 cm, con bordes continuos y sin mostrar flujo tras la aplicación de Doppler color (*Figura 2*).

La tomografía de abdomen mostró una imagen redondeada de aspecto quístico con densidades bajas entre 9 y 36 Unidades Hounsfield, de 8.5 x 7.8 x 8 cm, que se extendía desde el diafragma hasta el piso pélvico, con origen aparente de anexo derecho (*Figura 3*).

Los niveles de alfafetoproteína fueron de 696,093 ng/mL (elevada) y fracción B gonadotropina coriónica humana de 2.59 U (0-2.9 U).

Mediante la laparotomía exploradora se encontró una tumoración de aspecto quístico de 10 x 7 x 7 cm, por lo cual se realizó ooforectomía derecha sin complicaciones (*Figura 4*).

El Servicio de Patología reportó la presencia de un quiste de 10 x 7 x 7 cm, liso, gris, de contenido hemorrágico, de paredes lisas, con diagnóstico histopatológico de teratoma quístico maduro y necrosis



Figura 1. Recién nacido con masa abdominal localizada en fosa iliaca, flanco e hipocondrio derecho.

isquémica en un 100% (quiste dermoide). La paciente evolucionó satisfactoriamente, y por este motivo fue egresada a los 5 días del postoperatorio sin complicaciones. Actualmente se encuentra en seguimiento por la consulta externa de neonatología.

DISCUSIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

El ovario de la recién nacida es funcional y anatómicamente similar al puberal o adulto, como resultante de la estimulación de hormonas placentarias.^{1,6}

En 1975, Valenti junto con sus colaboradores describieron por primera vez el diagnóstico prenatal de quiste ovárico; el cual, en la actualidad, se detecta con más frecuencia debido a la ecografía prenatal.^{1,7} Los folículos ováricos son frecuentes en recién nacidas, la incidencia se reporta del 32 a 34%, de acuerdo con los informes de autopsias.¹ Del 25 al 50% de los quistes se resuelven espontáneamente a los seis meses de edad, aunque pueden llevar a torsión y pérdida ovárica.¹ Las causas por las cuales un folículo crece en forma exagerada, no están claras, pero la desaparición del estímulo placentario en el momento del nacimiento plantea la posibilidad de regresión espontánea.⁵⁻⁷

La incidencia de quistes de ovario gigantes (mayores a 5 cm de diámetro) es de 1/2,600 nacimientos.¹ Se han reportado en la literatura mundial aproximadamente 400 casos de quistes de ovario; de éstos, los más frecuentes son los quistes foliculares, mientras que el cistoadenoma o teratoma quístico y el tumor de células granulosas son extremadamente raros.² Corresponde al 5% de las masas abdominales en recién nacidas durante el primer mes de vida.^{7,8} La localización del quiste de ovario se reporta en el ovario izquierdo en un 44%, derecho en un 31% y bilateral en 25%.⁹

El quiste de ovario congénito se ha encontrado asociado a estenosis e hipertrofia de píloro y agenesia del cuerpo calloso.⁹

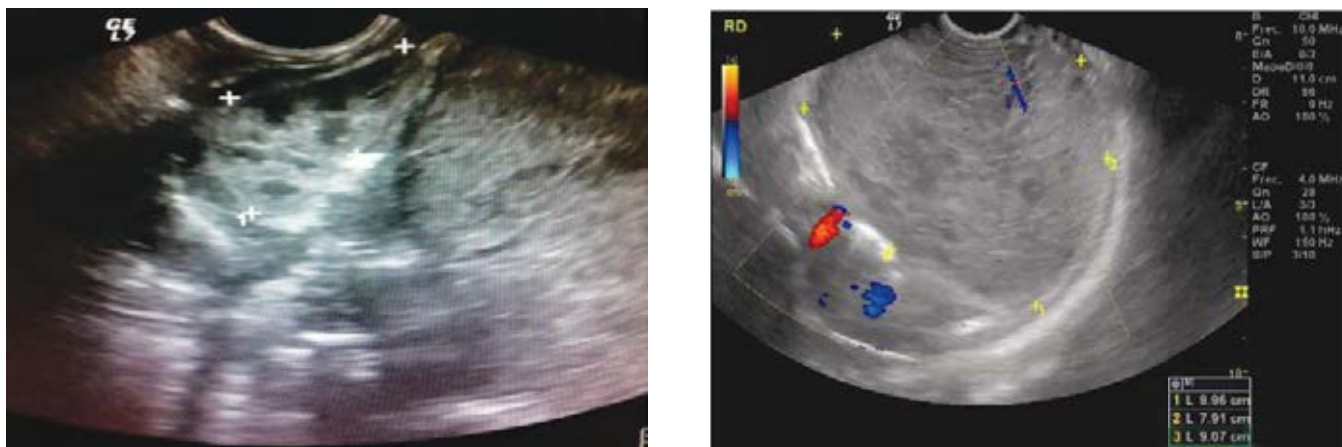


Figura 2. Ultrasonido abdominal. Muestra imagen redondeada y heterogénea, de aspecto sólido, con áreas anecoicas en su interior y presencia de grumos, sin mostrar flujo tras la aplicación de Doppler color.

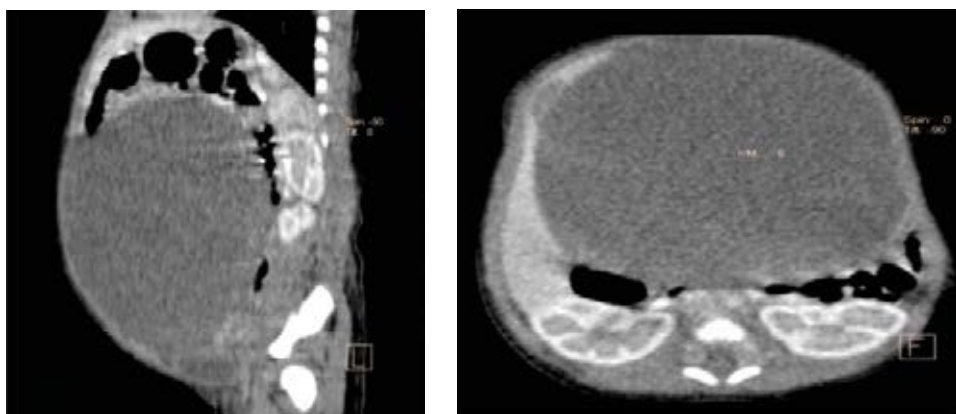


Figura 3. Tomografía de abdomen. Imagen de aspecto quístico con dimensiones de 8.5 x 7.8 x 8 cm, la cual aparece extendida desde el diafragma hasta el piso pélvico, con un origen aparente de anexo derecho

La forma de presentación varía desde un hallazgo ecográfico prenatal hasta la manifestación de sus complicaciones: torsión, autoamputación, obstrucción intestinal y distrés respiratorio.⁶ La torsión de ovario es la complicación más frecuente hasta en un 25 a 75% y el riesgo está relacionado con el tamaño del pedículo más que por el tamaño del quiste.^{7,8}

Los factores etiológicos conocidos son: estimulación hormonal materna por paso transplacentario de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana, lo cual produce crecimiento folicular, y, en el periodo postnatal, el estímulo directo de hormona foliculoestimulante (FSH, por sus siglas en inglés) de la recién nacida.^{1,9} Se han identificado factores de riesgo para que el feto desarrolle quiste de ovario, tales como el hipotiroidismo y, debido a factores maternos, diabetes, isoinmunización a Rh y toxemia.^{9,10} Los fetos con quiste presentan polihidramnios en un 18%, si la lesión mide más de 6 cm, esto se explica por la obstrucción parcial del intestino delgado.⁹⁻¹¹

Los tumores de células germinales constituyen casi el 20% de los tumores de ovario y de ellos un 95% son

benignos; el tipo más frecuente es el teratoma maduro benigno o también denominado quiste dermoide. Aproximadamente, el 80% se presentan en mujeres en edad fértil. Se originan a partir de células embrionarias pluripotenciales presentes habitualmente en ovario, testículo, mediastino, retroperitoneo y región sacrocóxigea. La mayor parte de los quistes dermoides son asintomáticos y la forma más frecuente de presentación son el dolor abdominal (48%) y la hemorragia uterina anormal o concomitante (15%), o bien por aumento del volumen abdominal (15%).³

Los quistes de ovario pueden clasificarse en cuatro grandes grupos en el periodo neonatal:

1. Quistes benignos originados en el epitelio germinal, tales como: los quistes simples, serosos, adenoma quístico, quistes foliculares y quistes de cuerpo lúteo.
2. Quistes benignos o malignos derivados de las células grumosas.
3. Teratomas quísticos benignos.
4. Mesonefomas (quistes paraováricos).

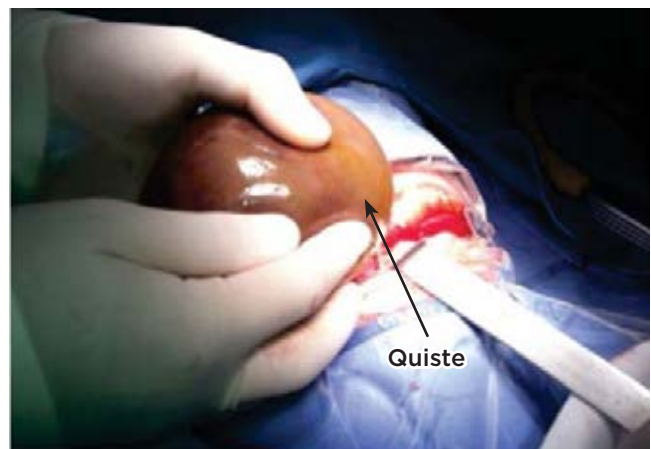
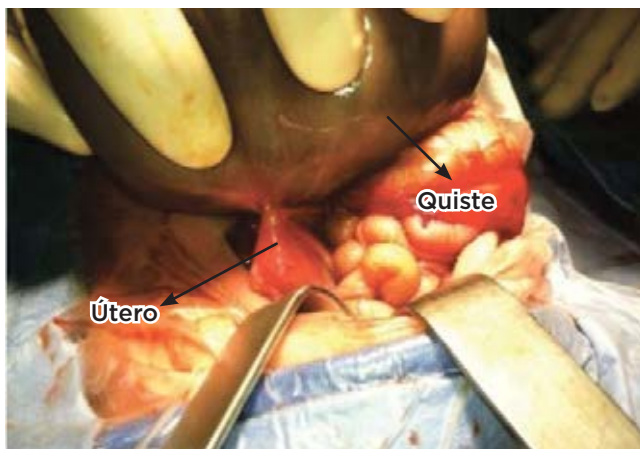


Figura 4. Quiste de ovario derecho liso, gris, de contenido hemorrágico, con paredes lisas.

Los tres últimos son verdaderamente excepcionales en este periodo y la gran mayoría de ellos son quistes foliculares.^{10,12}

Los diagnósticos diferenciales incluyen: quistes de mesenterio, colédoco y uraco mesonéfricos, duplicaciones intestinales, atresia de duodeno, doble sistema pielocalicial, quiste suprarrenal, peritonitis quística meconial, hidrocolpos, teratoma, meningocele anterior, así como linfangioma. Cuando son complicados se debe descartar neoplasia de ovario como en los casos de cistoadenoma teratoma y tumor de células granulosas.^{4,6,9}

El diagnóstico se hace generalmente en el tercer trimestre de gestación entre las 27 a las 41 semanas de gestación (SDG) (promedio 34 SDG).⁶ La ultrasonografía abdominal constituye el estudio diagnóstico de primera elección.¹³ Según Nussbaum y su grupo, un quiste simple es anecogénico y de paredes delgadas casi imperceptibles, y un quiste complejo es ecogénico, contiene tabiques, nivel líquido, detritus y hemorragia.⁴ La aspiración del quiste guiada por ecografía se recomienda para quistes mayores de 5 cm, tiene la ventaja de eliminar el quiste y el tratamiento quirúrgico neonatal, sus desventajas incluyen recurrencia del quiste, sangrado intraquístico, aspiración de lesión no ovárica y derrame del contenido. No se recomienda la aspiración de quistes completos por el riesgo de peritonitis o hemorragia.^{4,5,13}

El tratamiento quirúrgico del quiste de ovario neonatal está indicado en quistes simples mayores de 5 cm, quistes con aumento progresivo de tamaño, quistes sintomáticos, aquellos que persisten por más de seis meses y los quistes complejos.^{4,5} Las opciones de tratamiento incluyen aspiración percutánea o laparoscópica, fenestración o resección laparoscópica, aspiración y resección mediante laparotomía mínimamente invasiva.¹²

Las conductas terapéuticas varían desde seguimiento ecográfico, en caso de quistes simples menores de 5 cm, hasta la ooforectomía, en casos complicados con torsión o quistes gigantes.^{5,6}

La cirugía mínimamente invasiva neonatal (cirugía laparoscópica) ha sido uno de los avances más importantes en las últimas décadas y ha demostrado ser una herramienta segura, efectiva y eficaz. Ésta ha contribuido en forma impactante en la reducción del dolor postoperatorio y ha disminuido la morbilidad quirúrgica, comparada con una laparotomía en relación a adherencias, tejido cicatrizal y complicaciones.¹²

Desde que Valenti describió por primera vez el diagnóstico prenatal de quiste de ovario, la frecuencia con la que se detecta esta alteración es mayor, tal como lo reporta Sánchez en 2012 en su serie de diez casos de neonatos con quiste de ovario, al haberlos detectado de manera prenatal por ultrasonido entre el segundo y tercer trimestre.⁸ Cabe mencionar que nuestro paciente contó con diagnóstico prenatal de masa abdominal quística de ovario.

Como mencionan Domínguez y sus colaboradores, los tumores teratomas quísticos de ovario son extremadamente raros en la etapa neonatal, reportando, en una serie de 52 casos, seis teratomas.² En el caso de nuestra paciente, en cuanto al diagnóstico histopatológico de teratoma quístico (quiste dermoide) de ovario derecho, su evolución fue satisfactoria con el manejo quirúrgico conservador, tal como se reporta en la literatura mundial.

Por último, se puede destacar lo extremadamente raro del quiste dermoide de ovario en etapa neonatal, la importancia del diagnóstico prenatal y la decisión de alentar el nacimiento vía abdominal con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones como rotura del quiste durante el trabajo de parto. En este caso, fue conveniente haber tomado la decisión de intervenir quirúrgicamente a la paciente asintomática mediante laparotomía para extirpar el quiste; actualmente, el uso de cirugía mínimamente invasiva es seguro y eficaz, y unas de sus ventajas es la disminución del dolor postoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Riaño F, Moreno A, Beltrán J, López F. Quistes ováricos neonatales. Presentación de un caso. *Rev Colomb Radiol* 2008; 19 (2): 2431-2434.
2. Bailez M. Masas anexiales en el recién nacido, periodo peripuberal y teratomas maduros de ovario. Enfoque clínico actual, rol y alcances del tratamiento por videolaparoscopia. *Rev Med Clín Condes* 2009; 20 (6): 835-839.
3. Hernández GM, Ramírez P, Ledesma O. Quiste ovárico mucinoso en neonatos diagnosticado por placa simple ultrasonido y tomografía, caso único. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2006; 11 (3): 58-62.
4. Treuer C, Heredia C. Quiste de ovario en el recién nacido. *Rev Chil Pediatr* 1976; 47 (2): 181-186.
5. Armas A, Taboada S, Pradillos S, Rivera C, Méndez G, Estévez M et al. Tratamiento quirúrgico de los quistes ováricos perinatales. *Cir Pediatr* 2010; 23: 225-228.
6. Akin MA, Akin L, Özbek S, Tireli G, Kavuncuoğlu S, Sander S et al. Fetal-neonatal ovarian cysts-their monitoring and management: retrospective evaluation of 20 cases and review of the literature. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2010; 2 (1): 28-33.
7. Sánchez P, Gámez F, de León J, Carrillo A, Martínez R. Quiste de ovario fetal: diagnóstico prenatal, evolución perinatal y tratamiento. Serie de casos y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2012; 80 (2): 84-90.
8. Chinchure D, Ong CL, Loh AH, Rajadurai VS. Neonatal ovarian cysts: role of sonography in diagnosing torsion. *Annals Academy of Medicine, Singapore* 2011; 40: 291-295.
9. González N, Ruiz M, Riazuelo G, Elías J, Esteban A. Diagnóstico prenatal de quiste de ovario. Evolución ecográfica y actitud terapéutica. *Cir Pediatr* 1999; 12: 22-25.
10. Guelfandch M. Patología quirúrgica neonatal. Orientación diagnóstica y aportes de cirugía mínimamente invasiva. *Rev Med Clín Condes* 2009; 20 (6): 745-757.
11. Domínguez P, Cardiel M, Ortiz A, Chávez G. Cistoadenoma gigante de ovario en una recién nacida. Reporte de caso. *Rev Mex Pediatr* 2003; 70 (1): 19-22.
12. Rojas H, Barrientos O, Lara L, Ramírez B. Quiste ovárico tecaluteico en una recién nacida. *Ginec Obstet Mex* 2008; 76 (3): 174-177.
13. Álvarez M, Padrón E, Hernández P, Trujillo JL. Teratoma quístico de ovario con concreciones sólidas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71 (4): 263-266.

Correspondencia:

Dra. Paulina Karina Reyes Cid,
Médico Residente de 5º año, Neonatología.
HGO, IMIEM, Paseo Tollocan, Esquina Puerto de
Palos s/n,
Col: Isidro Fabela, Toluca, Estado de México.
E-mail: pau_masm@hotmail.com