

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen **70**
Volume

Número **1**
Number




Enero-Febrero **2003**
January-February

Artículo:




Cistoadenoma gigante de ovario en una recién nacida. Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

Cistoadenoma gigante de ovario en una recién nacida. Reporte de un caso

(A giant ovarian cystadenoma in a newborn girl. A case report)

Luis Paulino Islas Domínguez,* Lino E Cardiel Marmolejo,** Ma. del Rosario Ortiz Almeralla,***
Claudia Chávez Guerrero***

RESUMEN

Se informa de una recién nacida a la cual se le encontró por ultrasonido una tumoración abdominal en la semana 39 de la gestación. Al nacer la niña se confirmó la presencia de la tumoración y los estudios de ecasonografía y tomografía dieron información de su localización, tamaño, densidad y otras características; con esta información se decidió intervenirla para extirparle el tumor. El estudio histopatológico identificó un cistoadenoma seroso.

Palabras clave: Quiste de ovario, cistoadenoma seroso, masa abdominal.

SUMMARY

A newborn girl with an abdominal tumor, found by an echosonographic study in the 39 week of gestation, is reported. Once she was born the presence of the tumor was confirmed by echosonography and tomography; with these information, in regard to its localization, size, density and other issues, the surgeon decide the intervention in order to extirpate the tumor. The histopathologic diagnosis was: serous cystadenoma.

Key words: Ovarian cyst, cystadenoma, abdominal mass.

Se presenta el primer caso de una recién nacida con una tumoración abdominal identificada por ultrasonido a las 39 semanas de gestación (SDG) y confirmada por laparotomía. La causa de la tumoración fue un quiste gigante de ovario, el resultado histopatológico reportó: cistoadenoma seroso.

CASO CLÍNICO

Se trata de un neonato de sexo femenino producto de la segunda gestación de una mujer de 27 años de edad que padeció una infección de vías urinarias a los 6 meses de la gestación. Un ultrasonido realizado a las 39 SDG, re-

portó tumoración abdominal. Nació por bloqueo peridural y operación cesárea; al nacer, la placenta, el cordón umbilical y el líquido amniótico fueron de características normales. Apgar 7/8, Capurro 39 SDG, peso: 3,500 g, talla 51 cm, perímetro cefálico 35 cm, perímetro torácico 34 cm, perímetro abdominal 37 cm, segmento superior 27 cm, pie 9 cm.

Desde su nacimiento se apreció discreto aumento de volumen del abdomen con red venosa colateral. La palpación mostró la presencia de masa abdominal de 5 x 5 cm aproximadamente; era blanda, no dolorosa, libre, que involucra el flanco y la fosa iliaca derecha. La radiografía simple mostró aumento de la densidad en el hemi abdomen derecho (Figura 1); un ultrasonido abdominal indicó la presencia de una estructura quística de morfología ovoidea, de bordes regulares, bien delimitada y de patrón ecográfico anecoico, la cual, aparentemente, era intraperitoneal. Una tomografía del abdomen mostró

* Médico Neonatólogo del Hospital General de México, OD.

** Jefe de Neonatología del Hospital General de México, OD.

*** Médico residente del Hospital General de México, OD.



Figura 1. Radiografía toracoabdominal, se aprecia aumento de volumen en el flanco y fosa iliaca derecha, la densidad es similar a la del hígado, nótese la restricción pulmonar.

una tumoración de morfología ovoidea, de bordes regulares y nitidos, con un patrón de atenuación hipodenso respecto al parénquima hepático (*Figura 2*).

Datos de laboratorio: Antígeno carcino-embionario (ACE) 2.61 ng/mL, alfafetoproteína 1,210 ng/dL. Se decidió realizar una laparotomía exploradora: bajo anestesia general balanceada, se localizó y extirpó un quiste del ovario derecho de 6 x 5 x 5 cm; hizo salpingooforectomía derecha y apendicectomía (*Figura 3*). El estudio histopatológico reportó tumoración con superficie externa de color café oscuro, lisa y brillante, con líquido de aspecto seroso. Diagnóstico: cistoadenoma seroso de ovario. El posoperatorio inmediato fue sin complicaciones; se inició la vía oral a las 24 horas de la cirugía, egresando a las 72 horas de intervenida sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Éste es el primer informe de un cistoadenoma seroso en el hospital, en una recién nacida estudiada por tener una masa abdominal; la niña tuvo una evolución posoperatoria favorable egresando a las 72 horas. Su evolución ulterior es seguida en la consulta ambulatoria.

Los tumores de origen ovárico constituyen del 3 al 6% de todos los tumores abdominales en el neonato femenino.

no.^{1,4,9} El tumor más frecuente es el quiste de ovario no neoplásico, siendo el 50% de origen folicular^{1,5} mientras que el cistoadenoma, el teratoma quístico y el tumor de células granulosas son extremadamente raros.⁵ Con la utilización rutinaria del ultrasonido durante el embarazo, el diagnóstico prenatal de quiste de ovario fetal se ha informado con mayor frecuencia en los últimos años.^{3,4,9} El conocimiento de la prevalencia, la localización y la apariencia ecográfica de las lesiones quísticas pueden ayudar a sugerir el diagnóstico.^{2,3,8} Aproximadamente 400 casos de quistes de ovario han sido reportados en la literatura mundial.⁵ Los quistes de ovario en las recién nacidas es común, se ha encontrado hasta en 34% en reportes de autopsias,^{3,12} considerándose quistes pequeños los que miden menos de 3 cm de diámetro y grandes cuando sobrepasan esta medida.^{3,4} El diagnóstico es hecho por exclusión de otras lesiones quísticas que pueden ser unilaterales o bilaterales que se presentan en el abdomen. Los quistes ováricos fetales pueden ser sospechados cuando los fetos del sexo femenino cursan con masa quística intraabdominales y éstas no comprometen órganos del sistema urinario y gastrointestinal.²

La utilización rutinaria del ultrasonido durante el embarazo, ha permitido en años recientes hacer el diagnós-

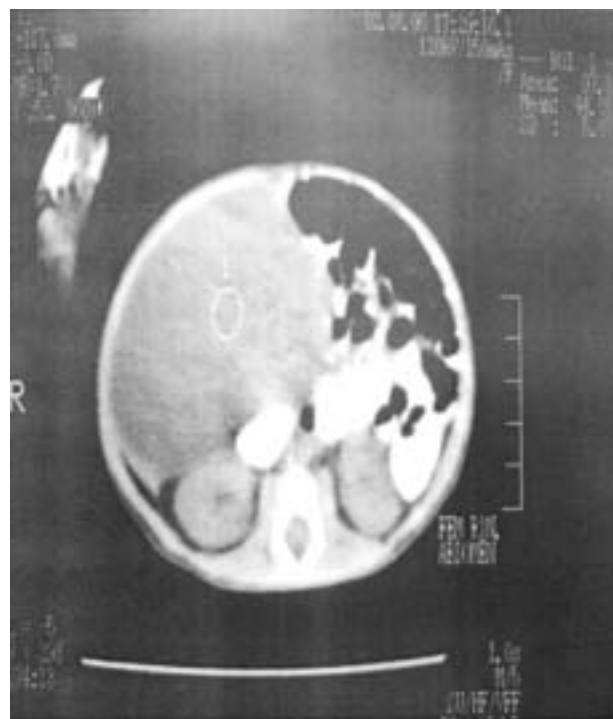


Figura 2. Tomografía computada, que muestra una masa abdominal intraperitoneal de característica quística, la cual rechaza completamente las asas intestinales al lado izquierdo, los riñones de características normales.



Figura 3. Aspecto quirúrgico, que muestra el quiste gigante de ovario derecho.

tico prenatal de los quistes del ovario, con mayor frecuencia.^{3,7,8}

Las lesiones que se encuentran más a menudo en el ovario son los quistes benignos, o funcionantes. Las neoplasias del ovario son extremadamente raras en la etapa neonatal; 60% se origina en las células germinales y generan grandes masas, complejas o sólidas. Los quistes simples rara vez representan cáncer de las células epiteliales, como cistoadenoma mucinoso o seroso, este último es reportado en esta paciente.^{10,16}

Actualmente, se cree que los tumores del ovario provienen de uno de los tres elementos siguientes, de acuerdo a la Clasificación Histológica de la Organización Mundial de la Salud de 1993: 1) del epitelio celómico superficial; 2) de las células germinales, y 3) del estroma ovárico.¹⁰ En el caso reportado corresponde al primer grupo cuyo origen es el epitelio superficial. Hay tres tipos principales de tumores de esta clase: serosos, mucinosos y endometrioides. Los elementos de estos tumores pueden ser áreas quísticas (cistoadenomas), áreas quísticas y fibrosas (cistoadenofibromas) y áreas predominantemente fibrosas (adenofibromas).^{10,11}

En un estudio de 52 pacientes con tumoraciones abdominales se diagnosticaron 24 tumoraciones pélvicas dependientes del ovario, de las cuales 11 fueron quistes foliculares, seis fueron teratomas, cuatro quistes tecaluteínicos, un fibroma, un cistoadenoma y una neoplasia de células germinales.¹⁵ Geiger,¹³ en 1998, reportó un caso

de cistoadenoma asociado a extrofia de la cloaca, lo que no descarta la presencia de malformaciones asociadas; el seguimiento de ese caso fue hasta la edad adulta sin mostrar complicaciones, ya que al realizar la exéresis de la tumoración en las primeras horas de la vida se evitan complicaciones.

El tamaño y la estructura de estos tumores es variable; hay tumores pequeños e imperceptibles macroscópicamente, y tumores masivos que ocupan toda la pelvis, e incluso la cavidad abdominal;¹⁰ el de este informe medía 6 x 5 cm, lo que se considera como quiste gigante, ya que los informados en la literatura refieren ser pequeños: de menos de 3 cm de diámetro y quistes grandes: cuando pasan este límite.^{3,4} Entre los quistes, suelen haber áreas sólidas y en general los que son uniloculares, con pocas proyecciones papilares y sin áreas sólidas, tienden a ser benignos, mientras que los multiloculares, con muchas papilas y frecuentes áreas sólidas, es probable que sean malignos.¹⁶

El comportamiento biológico de los tumores serosos depende tanto del grado de diferenciación como de su distribución, cabe mencionar que se encuentran en la superficie del ovario y pueden extenderse al peritoneo; por esta razón, tiene interés la clasificación anatomopatológica del tumor, aunque se haya extendido al peritoneo, tanto para el pronóstico como para la elección del tratamiento.^{10,11} En cuanto al aspecto de estos tumores, alrededor de 60% son benignos.¹⁶

En la mayoría de los casos se considera que el mejor tratamiento es seguir una conducta expectante, e individualizar cada caso.^{3,7} Sin embargo, dentro de la clasificación de los tumores ováricos, se ha reportado^{14,15} su malignidad en un 5.8%; según Diamond,¹⁴ en un estudio realizado en Tennessee en 1998, se encontraron dos cistoadenomas, 137 casos, los cuales se trataron con ooforectomía, y cuatro de células germinales, el resto se catalogó como quistes foliculares; su manejo fue según su tamaño. El diagnóstico diferencial incluye: quiste mesentérico y del uraco, duplicación intestinal, teratoma quístico, distensión de la vejiga urinaria, hidronefrosis, quiste meconial, hidrometrocolpos, atresia duodenal, linfangioma, meningocele anterior y quiste del colédoco.^{4,9} El tratamiento quirúrgico es conservador, generalmente salpingooforectomía unilateral, como el caso que se presenta.^{6,12}

Referencias

1. Fajardo OF, Ramírez RCA, Cordero OA, Rascón AA. Quiste gigante de ovario en la etapa neonatal. *Bol Clin Hosp Infan Edo Son* 1998; 15(2): 55-59.
2. Herrera MM. Quistes ováricos. Asociación Bogotana de Perinatología. *Medicina Materno Fetal* 2002.

3. Rodríguez GR, Lomelí RM, Rodríguez GL. Diagnóstico prenatal de quiste de ovario fetal, resolución espontánea posnatal. *Gin Obs Mex* 2000; 68: 349-52.
4. Rodríguez GR, Morales GJ, Rodríguez CR, Luna LN. Quiste neonatal de ovario. Informe de un caso. *Rev Mex Pediatr* 1994; 61(4): 197-99.
5. Schmahmann S, Haller OJ. Neonatal ovarian cysts: patogenesis, diagnosis and management. *Pediatr Radiol* 1997; 27: 101-105.
6. Giorlandino C, Bilancioni E, Bagolan P, Muzii L, Rivosecchi M, Nahom A. Antenatal ultrasonographic diagnosis and management of fetal ovarian cysts. *Int J Gynaecol Obstet* 1994; 44(1): 27-31.
7. Bagolan P, Giorlandino C, Nahom A, Bilancioni E, Truchi A, Gatti C et al. The management of fetal ovarian cysts. *Journal of Pediatric Surgery* 2002; 37(1): 25-30.
8. Bagolan BP, Rivosecchi M, Giorlandino C, Bilancioni E, Nahom A, Zaccara A et al. Prenatal diagnosis and clinical outcome of ovarian cysts. *Journal of Pediatric Surgery* 1992; 27(7): 879-881.
9. Rodríguez BI, Sánchez CG, Cisneros GN, Rodríguez BR, Quiroga GA, Villarreal-Olivas D et al. Quiste folicular gigante de ovario en una recién nacida. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993; 50(1): 53-56.
10. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Patología estructural y funcional, Robbins. McGraw-Hill Interamericana. 6ª Ed. 2000.
11. Akerman's. *Surgical Pathology*. Mosby, 8th Ed. 1996.
12. Freeman NV, Burge DM, Griffiths M, Malone PSJ. *Surgery of the newborn*. Churchill Livingstone. Edinburgh London Madrid Melbourne New York and Tokyo 1994.
13. Geiger JD, Coran AG. The association of large ovarian cysts with cloacal extrophy. *J Pediatr Surg* 1998; 33(5): 719-21.
14. Diamond MP, Baxter JW, Burnett LS. Occurrence of ovarian malignancy in childhood and adolescence: a community-wide evaluation. *Obstet Gynecol* 1998; 71(6 pt 1): 858-60.
15. Quint EH, Smith YR. Ovarian surgery in premenarchal girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999; 12(1): 27-9.
16. Madero LL, Muñoz VA. *Hematología y oncología pediátricas*. Ergón SA Madrid España. 1997: 595-609.

Correspondencia:

Dr. Luis Paulino Islas Domínguez
Hospital General de México OD.
Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores
Deleg. Cuauhtémoc CP. 06720
Tel. 55 88 01 00 Ext. 1405.
E-mail: luigui_neonato@hotmail.com