

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen **72**
Volume

Número **3**
Number

Mayo-Junio **2005**
May-June

Artículo:

Diagnóstico diferencial y decisión
terapéutica: A propósito de una masa
quística abdominal en un neonato

Derechos reservados, Copyright © 2005:
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](#)



www.Medigraphic.com

Diagnóstico diferencial y decisión terapéutica: A propósito de una masa quística abdominal en un neonato

(Differential diagnosis and treatment in the presence of a cystic abdominal mass in a newborn)

Alfonso Pérez Palomino,* César Pérez-Caballero Macarrón,* Nieves Sanz Villa,** Cecilia Pareja Estalrrich,* Luis Moreno Fernández*

RESUMEN

Se presenta el caso de una niña recién nacida a la que se le diagnosticó antes de nacer, mediante ecografía, la presencia de una masa quística de gran tamaño. Al nacer, los estudios de imagen confirmaron la presencia de un quiste en el ovario derecho, el cual se le extirpó a los cuatro días de vida. Se revisa el diagnóstico diferencial y la decisión terapéutica del médico ante la presencia de una masa quística abdominal en neonatos.

Palabras clave: Quiste de ovario, diagnóstico prenatal, masas abdominales.

SUMMARY

We report a case of a female newborn with large cystic abdominal mass, diagnosed by antenatal ultrasonography. A postnatal ultrasonographic study confirmed the diagnosis of an ovarian cyst. It was removed at the fourth day of life by a conventional surgery. We reviewed the differential diagnosis and treatment in cases of a cystic abdominal mass in a newborns.

Key words: Ovary cyst, prenatal diagnosis, abdominal masses.

En el diagnóstico diferencial de las masas abdominales que pueden encontrarse en los neonatos, hay que discriminar entre varias entidades. Una forma de tener una primera aproximación al diagnóstico es considerar la localización de la masa en el abdomen: sea ésta ubicada en los flancos, el cuadrante superior derecho o izquierdo, el mesogastrio o bien en la pelvis. Sin olvidar que, a un lado de la exploración física, la historia prenatal y los estudios de imagen, son fundamentales para establecer el diagnóstico definitivo.

Entre las masas pélvicas, los quistes ováricos son los más frecuentes; de éstos, en los neonatos suelen corresponder a quistes foliculares. Los quistes pequeños (< 9 mm) aparecen en 82% de las niñas, antes de los tres meses de vida y los grandes (> 9 mm) se observan en un

20%¹ de ellas. La generalidad de estos quistes remiten de manera espontánea, pero los de mayor tamaño llegan con mayor frecuencia a tener alguna complicación, por lo que está indicada su extirpación quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Recién nacida de 24 horas de vida que ingresa a nuestra unidad, referida por presentar una masa abdominal por médicos que la atendieron al nacer. El embarazo había estado bajo control y en una ecografía antenatal, hecha a las 31 semanas de gestación, se observó por primera vez que tenía una masa de aspecto quístico. A las 36 semanas, en un nuevo control ecográfico, mostró que la masa había tenido un gran crecimiento, por lo que se le decide practicar una cesárea urgente y se deriva a nuestro hospital.

A la exploración física presentaba el abdomen distendido; se le palpaba una masa abdominal, de gran tamaño y sin bordes bien definidos y se le encontró una hernia inguinal izquierda (*Figura 1*). El resto de la exploración física fue

* De la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

** Servicio de Cirugía Pediátrica.

normal. Se le colocó una sonda vesical y pudo observarse que tenía una diuresis adecuada. Se le solicitó: hemograma, bioquímica sanguínea y gasometría, exámenes que no mostraron ninguna anormalidad. Se le hicieron determinaciones de los siguientes marcadores séricos: CA 125: 5.04 U/mL (Normal < 35), β -HCG: 4.14 mU/mL (Normal < 5), α -1-fetoproteína 246.6 ng/mL. Una radiografía del abdomen mostró desplazamiento de las asas al flanco izquierdo y la ecografía abdominal reveló resultados similares a los obtenidos en la ecografía prenatal; una TAC abdominal reportó masa quística de 10 x 9 x 6 cm dependiente del ovario derecho, con desplazamiento de asas y hernia inguinal izquierda: en cuyo saco herniario se encontraba el ovario izquierdo (*Figura 2*). Se mantiene en observación por 96 horas. La masa no disminuye de tamaño y la hernia no se reduce, por lo que es intervenida. Se le hace salpingo-ooforectomía derecha, herniorrafia de hernia inguinal izquierda, apendicectomía profiláctica y oforopexia izquierda. El estudio anatomopatológico del tejido extirpado reveló que se trata de un quiste ovárico folicular. Actualmente la niña está asintomática, con adecuado desarrollo ponderal y sigue bajo control del servicio de cirugía pediátrica.

DISCUSIÓN

Al enfrentar el problema de diagnóstico, se consideraron todas las posibilidades a que pudiera corresponder la masa abdominal en un neonato; la mayor parte de éstas pueden ser identificadas en la etapa fetal, mediante estudios ecográficos. Sin embargo, cabe reiterar que la historia prenatal juega un papel importante en el diag-



Figura 1. Abdomen distendido y hernia inguinal izquierda.

nóstico, seguida de una exploración física cuidadosa y los estudios de imagen (sobre todo la ecografía y la tomografía axial computarizada). Los estudios analíticos, de laboratorio, no son de gran ayuda en el diagnóstico, salvo cuando la masa corresponde a procesos tumorales.² La localización de los tumores en la cavidad abdominal puede encuadrar en: masas localizadas en los flancos, en el cuadrante superior derecho e izquierdo, en el mesogastrio y en la pelvis; en el *Cuadro 1* se ilustra acerca de las posibilidades de diagnóstico según su localización.

En las niñas, las masas abdominales que corresponden a los ovarios son relativamente comunes y de ellas, los quistes son más frecuentes que los tumores sólidos. Es conveniente señalar que las masas móviles pueden confundir al médico acerca de su posible origen.³ La mayor parte de estos quistes son de naturaleza folicular. Con menor frecuencia se trata de quistes del cuerpo lúteo, tecaluteínicos, teratomas o cistoadenomas.⁴ Los quistes foliculares de pequeño tamaño aparecen en el

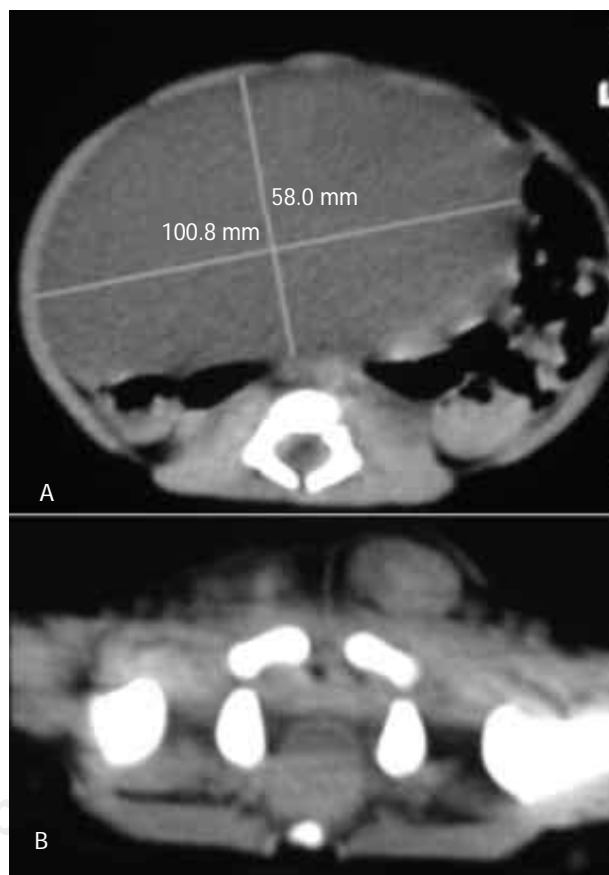


Figura 2. A) TAC abdominal: masa abdominal quística con desplazamiento de asas. B) TAC pélvico: saco herniario con ovario izquierdo en su interior.

Cuadro 1. Clasificación de masas abdominales en neonatos por su localización.

Localización	Masa
Flanco (renal)	Hidronefrosis Riñón multiquistico Nefroma mesoblástico Wilms
Flanco (yuxtarenal)	Neuroblastoma Hemorragia adrenal Trombosis vena renal Secuestro pulmonar extralobar infra-diafragmático
Cuadrante superior derecho	Hemangioendotelioma Hamartoma Hepatoblastoma Quiste de colédoco
Cuadrante superior izquierdo	Quiste esplénico
Mesogastrio	Oliva pilórica (estenosis hipertrófica del píloro) Duplicación intestinal Linfangioma (intestinal, mesentérico) Ileo meconial Defectos de pared (onfalocele, gastrosquisis) Persistencia de conducto onfalomesentérico
Pelvis (ovario)	Quistes foliculares Tumores sólidos
Pelvis (extraováricos)	Quiste de uraco Teratoma Hernia-hidrocele Hidrometrocolpos

82% de las niñas recién nacidas, y en ellas la mayor parte se resuelven espontáneamente. Los de gran tamaño aparecen en 20% de los casos, y son éstos los que con mayor frecuencia pueden complicarse, por lo que requieren de tratamiento quirúrgico. Algunos autores sugieren que una estimulación excesiva del ovario fetal por las hormonas placentarias y maternas, es la causa de la aparición de estos quistes.⁵ Otros refieren que los quistes tienen relación con polihidramnios.⁵ Por otro lado, hay una incidencia mayor de estos quistes en hijas de madres con diabetes gestacional, toxemia, o isoimmunización Rh: posiblemente por hipersecreción placentaria de gonadotropina coriónica humana (HCG) o por una mayor permeabilidad de la placenta para esta hormona.⁶

La torsión y la hemorragia de estos quistes son complicaciones frecuentes, particularmente en los quistes grandes (> 9 mm). Con menor frecuencia se observa la ruptura del quiste, provocando ascitis hemorrágica. De

manera secundaria pueden también dar lugar a obstrucción intestinal, compresión torácica (hipoplasia pulmonar), obstrucción urinaria o hernia inguinal, tal como ocurrió en este caso. A la hora de hacer un diagnóstico diferencial, en ocasiones es difícil discriminar entre los quistes mesentéricos o entéricos.⁶

El cuanto al manejo de estos quistes, va a depender de su tamaño. En los de menor tamaño: cuando miden menos de 5 cm, es preferible llevar a cabo un control periódico de ellos mediante ecografía, pues suelen remitir espontáneamente.⁷ Así, la indicación de cirugía está restringida a los quistes mayores de 5 cm, complicados, o aquéllos en los que el médico tenga alguna duda sobre su origen.

En cuanto al abordaje quirúrgico, hay varias técnicas: cirugía convencional, extracción por laparoscopia, aspiración del contenido quístico, o bien aspiración y posterior resección del quiste. Es común que en los quistes de mayor tamaño los pacientes sean intervenidos mediante una cirugía convencional: aunque algunos cirujanos han venido optando por la cirugía laparoscópica como alternativa útil en estos casos y en beneficio de los pacientes.⁸ Sin embargo, no hay datos concluyentes que muestren el mayor beneficio de una u otra técnica, por lo que la elección del abordaje debe ser individualizado a cada caso. Cabe, finalmente, hacer énfasis en que, siempre que sea posible y exista una buena diferenciación de tejidos entre el quiste y el ovario, el ovario debe ser preservado.⁷

Referencias

1. Cohen HL, Shapiro MA, Mandel FS, Shapiro ML. Normal ovaries in neonates and infants. A sonographic study of 77 patients 1 day-24 months old. *AJR* 1993; 160: 583-6.
2. Fernández I, De Diego EM, Trugeda MS. Masas abdominales en la infancia. *Bol Pediatr* 2001; 41: 122-30.
3. Chandler JC, Gauderer MW. The neonate with an abdominal mass. *Pediatr Clin N Am* 2004; 51: 979-97.
4. Freud E, Golinsky D, Steinberg RM, Blumenfeld A, Yaniv I, Zer M. Ovarian masses in children. *Clin Pediatr* 1999; 38: 573-7.
5. Brandt ML, Luks FI, Filiatrault D, Garel L, Desjardins JG, Youssef S. Surgical indications in antenatally diagnosed ovarian cysts. *J Pediatr Surg* 1991; 26: 276-82.
6. Schmahmann S, Haller JO. Neonatal ovarian cysts: pathogenesis, diagnosis and management. *Pediatr Radiol* 1997; 27:101-5.
7. Katara AN, Shah RS, Bhandarkar DS, Shaikh S. Laparoscopic management of antenatally diagnosed abdominal cysts in newborns. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2004; 14: 42-4.
8. van der Zee DC, van Seumeren JG, Bax KM et al. Laparoscopic approach to surgical management of ovarian cysts in the newborn. *J Pediatr Surg* 1995; 30: 42-3.

Correspondencia:

Alfonso Pérez Palomino
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
Hospital San Rafael
C/Serrano 199, 28016, Madrid
Tfno: 915649943
E-mail: gonsigonsi@yahoo.es