

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Diagnóstico prenatal de quistes ováricos fetales



Joana Amengual Vila*, Rosa María Ruiz de Gopegui y Manuel Usandizaga Calparsoro

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Recibido el 29 de mayo de 2013; aceptado el 21 de abril de 2014

Disponible en Internet el 20 de agosto de 2014

PALABRAS CLAVE

Quiste ovárico fetal;
Diagnóstico prenatal;
Ecografía;
Anomalías;
Torsión

KEYWORDS

Fetal ovarian cyst;
Prenatal diagnosis;
Ultrasonography;
Abnormalities;
Torsion

Resumen En los fetos de sexo femenino, los quistes ováricos son las anomalías intraabdominales que se diagnostican con mayor frecuencia durante el embarazo. La mayoría son diagnosticados de forma incidental entre el segundo y el tercer trimestre de gestación como consecuencia de una exploración rutinaria ecográfica.

Presentamos el caso de una gestación en la que se observaron prenatalmente quistes ováricos fetales bilaterales. El neonato requirió intervención quirúrgica a los 27 días de vida y en ella se comprobó que ambos ovarios se habían torsionado y autoamputado.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Prenatal diagnosis of fetal ovarian cysts

Abstract Ovarian cysts are the most frequent intraabdominal anomalies in female fetuses. Most are diagnosed incidentally during the second or third trimester of pregnancy in routine ultrasound examinations.

We present the case of a fetus who was prenatally diagnosed with bilateral cystic abdominal masses. The neonate needed surgery on the 27th day of life, revealing that these masses represented a hemorrhagic cyst arising from the ovaries, which had undergone torsion and auto-amputation.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los quistes ováricos fetales, por lo general unilaterales, constituyen los tumores abdominales más frecuentes en los fetos de sexo femenino. La incidencia estimada es alta,

aunque en la mayoría de los casos suelen ser de pequeño tamaño, por lo que no tienen ninguna repercusión clínica, y la mayor parte de ellos se resuelven espontáneamente. En cambio, algunos de estos quistes cursan con complicaciones como la torsión o hemorragia, siendo necesaria una intervención quirúrgica.

La detección prenatal de estos quistes es una consecuencia de la realización rutinaria de ecografías prenatales para el control de la gestación.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(J. Amengual Vila\).](mailto:amengual.joana@gmail.com)



Figura 1 Ecografía fetal.

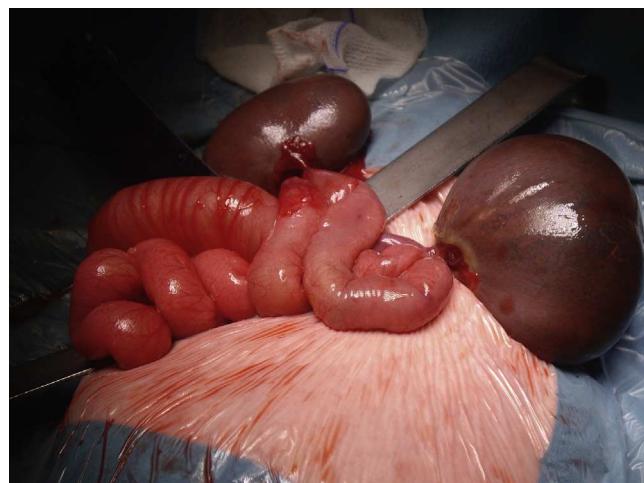


Figura 3 Intervención quirúrgica.

Caso clínico

Secundigesta de 35 años, con una gestación y parto eutóxico previos sin incidencias reseñables. Entre los antecedentes ginecológicos hay que destacar una laparotomía para realizar una miomectomía un año antes de la actual gestación. La intervención se realizó en su país de origen y carecía de un informe de la misma.

En una ecografía realizada a las 29 semanas de gestación, como consecuencia de un episodio de metrorragia escasa que cedió en muy poco tiempo, se observó la placenta inserta en cara lateral derecha lejos del orificio cervical y un feto de sexo femenino en presentación cefálica con crecimiento, perfil biofísico y Doppler normales. En el abdomen fetal se

veían unas formaciones quísticas bilaterales, multitabicadas, de 80×40 mm y bordes irregulares, que se consideraron compatibles con formaciones quísticas ováricas bilaterales (fig. 1).

Durante el seguimiento ecográfico, se observaron las mismas formaciones quísticas tabicadas de un tamaño similar pero con niveles de líquido en su interior.

La gestante siguió controles ambulatorios y fue programada una cesárea a las 39 semanas de gestación por el antecedente de la miomectomía. Nació una niña de 3.625 g, con una exploración física normal y con una puntuación de Apgar de 8 y 9, al minuto y 5 min de vida.

A las 48 h de vida, se realizó una ecografía abdominal, completándose el estudio con una resonancia magnética en la que se informó de la existencia de una masa abdómino-pélvica de $9 \times 6 \times 6$ cm, tabicada y con niveles de líquido. La tumoración ocupaba todo el flanco izquierdo, desplazando sigma y vejiga hacia el lado derecho. La masa fue orientada como un linfangioma probablemente dependiente del ángulo cólico izquierdo (fig. 2).

Posteriormente, fue programada a los 27 días de vida para una laparotomía y la exéresis de la tumoración.

En la intervención se observaron 2 masas, redondeadas y de color marrón oscuro. Una adherida a un asa del ileón, en la parte izquierda del abdomen, y la segunda en el lado derecho, localizada al final de una brida cordonal dirigida hacia la pelvis. Ambas masas tenían aspecto de ovarios torsionados y autoamputados. Presentaba un útero de aspecto normal, con 2 trompas amputadas y ausencia de ovarios. En el resto de la cavidad abdominal no se encontraron otras tumoraciones ni ninguna masa retroperitoneal (fig. 3).

El informe anatopatológico señalaba la existencia de quistes ováricos con necrosis masiva isquémica por torsión.

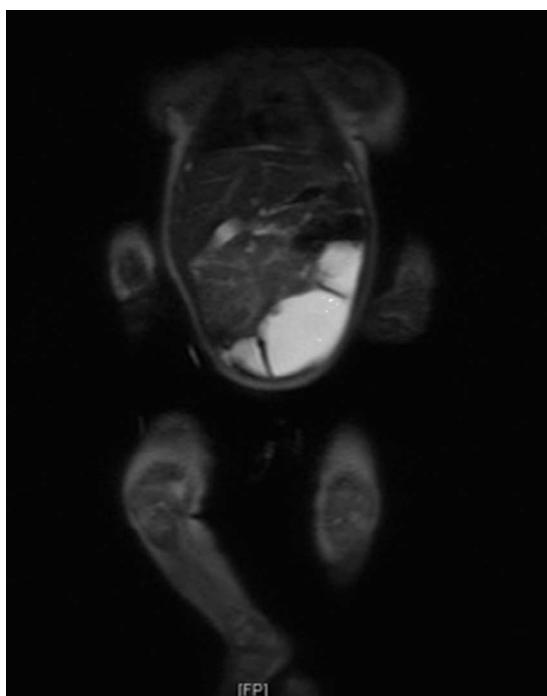


Figura 2 Resonancia magnética del neonato.

Discusión

La primera publicación de un diagnóstico de quiste ovárico fetal se remonta a 1975¹. La incidencia real es desconocida, aunque en 2008 se publicó un estudio que estimaba que los quistes ováricos fetales representaban un 1,8% de toda la patología fetal que se diagnostica durante el embarazo².

Actualmente, las ecografías realizadas como parte de la asistencia a la embarazada permiten diagnosticar intraútero la mayoría de los quistes ováricos fetales. Los diagnósticos se realizan durante el examen rutinario para la búsqueda de malformaciones fetales, que suele hacerse en el segundo trimestre del embarazo y sobre todo son hallazgos incidentales en exploraciones realizadas en el tercer trimestre para evaluación de crecimiento fetal.

La etiología de los quistes ováricos en el feto no está clara. La mayoría de los autores apoyan la hipótesis de que su desarrollo depende de la acción de hormonas maternas y de origen placentario sobre el ovario fetal (gonadotropinas fetales, estrógenos maternos y la gonadotrofina coriónica humana placentaria), que actuarían durante el tercer trimestre de gestación cuando el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal ya ha madurado³.

Las características ecográficas de los quistes ováricos fetales no son muy específicas, por lo que es necesario considerar el diagnóstico diferencial con una serie de entidades, como la obstrucción intestinal, el quiste de duplicación intestinal, quiste renal y de la vía ureteral, el linfangioma, el quiste de uraco, el quiste del colédoco o el quiste mesentérico. A pesar de esta relación relativamente larga de alternativas, la presencia en un feto de sexo femenino con una formación quística abdominopélvica, de forma regular, situada fuera de la línea media, junto con la identificación de la normalidad de los tractos urinario y gastrointestinal, nos deben hacer sospechar un quiste ovárico.

La mayoría de las series recogidas en la literatura clasifican los quistes ováricos en simples o no complicados, que son aquellos que presentan una pared fina con contenido anecoico. Los complejos o complicados, quizás porque hayan sufrido una torsión o una hemorragia intraquística, presentan en su interior niveles líquidos, tabiques o imágenes de coágulos organizados, con una pared que puede ser más gruesa⁴. Aparte de las torsiones y hemorragias, a veces, si son de gran tamaño, pueden causar compresión de otras vísceras y excepcionalmente después de una torsión puede producirse una «autoamputación» del ovario.

Los quistes que ecográficamente no presentan signos de torsión disminuyen de tamaño o desaparecen espontáneamente durante el seguimiento ecográfico prenatal o posnatal^{3,5}. En cambio, cuando se observan signos ecográficos de torsión ovárica, suele ser necesaria una intervención quirúrgica inmediatamente tras el nacimiento.

Al no ser posible predecir exactamente la evolución, es fundamental realizar ecografías seriadas, para evaluar el tamaño y la ecoestructura del quiste, como parte del manejo, y para seleccionar la estrategia terapéutica más adecuada.

Los quistes simples con un tamaño menor a 5 cm tienen un mejor pronóstico por su tendencia a resolverse espontáneamente en los primeros 4 a 6 meses de vida y, por lo tanto, no requieren tratamiento quirúrgico. Es por ello que se recomienda mantener una actitud expectante y conservadora. Aquellos quistes de mayor tamaño (mayores a 5 cm) tienden a presentar complicaciones intraútero y pueden precisar tratamiento quirúrgico posparto⁶⁻⁸.

En algunos estudios, se menciona que la torsión ovárica ocurre en un 40% de los casos en el que el quiste presenta un diámetro mayor de 5 cm, aunque otros estudios apoyan que el tamaño del quiste no se correlaciona con la torsión

ovárica. Los únicos signos predictores de torsión ovárica son aquellos que nos indican que se trata de un quiste complejo^{9,10}.

Las opciones de tratamiento incluyen el manejo conservador, la aspiración antenatal o neonatal del quiste y la quistectomía laparoscópica o laparotómica posnatal. La punción y la aspiración ecoguiada intraútero permiten reducir el tamaño del quiste y, por lo tanto, evitar complicaciones como la torsión, aunque no hay que olvidar las complicaciones que pueden aparecer como consecuencia de ese procedimiento. Esas serían la rotura, la hemorragia, la corioamnionitis o el inicio de un parto prematuro y también debe tenerse en cuenta la posibilidad de reaparición del quiste o incluso la diseminación de tumores de estirpe maligna, por lo que la punción y la aspiración ecoguiada no serían recomendables^{3,9,11}. Con la aspiración de los quistes ováricos podríamos evitar la pérdida del ovario por torsión, pero al mismo tiempo hay que considerar que vamos a tratar de forma innecesaria a muchos pacientes que, sin nuestra actuación, terminarían por presentar una resolución espontánea de su patología. Sería una situación típica de «sobrediagnóstico» y «sobretratamiento». La tasa real de complicaciones es difícil de asegurar, entre otras cosas porque las series recogidas en la literatura incluyen generalmente pocos casos, pero debe tenerse en cuenta la probable existencia de un sesgo de publicación, por el que se notifican sobre todo aquellos casos con mayores complicaciones.

En relación con la forma de terminar el embarazo, debe tenerse en cuenta que el diagnóstico prenatal de un quiste de ovario no es indicación de cesárea, de modo que serán las restantes circunstancias obstétricas las que determinen la vía preferible del parto.

La mayoría de los quistes ováricos fetales tiene un buen pronóstico, ya que tienden a la resolución espontánea. En cambio, existe un subgrupo, el de los quistes con imágenes ecográficas complejas, con un pronóstico muy diferente. El mal pronóstico viene marcado por el futuro reproductivo debido a una tasa de pérdida ovárica cercana al 50%³.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Valenti C, Kassner G, Yermakov V, Cromb E. Antenatal diagnosis of a fetal ovarian cyst. *Am J Obstet Gynecol.* 1975;15:216–9.
2. Godinho AB, Cardoso E, Melo MA, Gonçalves M, De Graca LM. Ultrasonographic diagnosis of fetal ovarian cyst: five cases in five year. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2008;21:875–9.
3. Meizner I, Levy A, Katz M, Maresh AJ, Glezerman M. Fetal ovarian cysts: Prenatal ultrasonographic detection and postnatal evaluation and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;164:874–8.
4. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS, Dudgeon DL, Parmley TH. Neonatal ovarian cysts: Sonographic-pathologic correlation. *Radiology.* 1988;168:817–21.
5. Hasiakos D, Papakonstantinou K, Bancanu AM. Clinical experience of five fetal ovarian cysts: Diagnosis an follow-up. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277:575–8.
6. Moreno R, Savirón R, Corona C, Lerma D, Corbacho T. Diagnóstico prenatal de 10 quistes de ovario fetal: manejo postnatal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013;78:19–25.
7. Bagolan P, Giorladino C, Nahom A, Bilancioni E, Trucchi A, Gatti C, et al. The management of fetal ovarian cysts. *J Ped Surg.* 2002;37:25–30.
8. Foley PT, Ford WDA, McEwing R, Furnes M. Is conservative management of prenatal and neonatal ovarian cysts justifiable? *Fetal Diagn Ther.* 2005;20:454–8.
9. Bryant AE, Laufer MR. Fetal ovarian cysts: Incidence, diagnosis and management. *Reprod Med.* 2004;49:329–35.
10. Monnery-Noch ME, Auber F. Fetal and neonatal ovarian cysts: Is surgery indicated? *Prenat Diagn.* 2008;28:15–20.
11. 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.