



REVISTA CHILENA DE PEDIATRÍA

www.elsevier.es/RCHP



CASO CLÍNICO

Quiste paraovárico gigante en la infancia. Reporte de un caso



Janina Torres P.*, Rodrigo Íñiguez D.

Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

Recibido el 25 de junio de 2014, aceptado el 2 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Patología anexial;
quiste paraovárico;
laparoscopia;
infancia

KEYWORDS

Adnexal Pathology;
Paraovarian Cyst;
Laparoscopy;
Childhood

Resumen

Introducción: Los quistes paraováricos son de diagnóstico infrecuente en la edad pediátrica. **Objetivos:** Dar a conocer un caso clínico de quiste paraovárico gigante en la infancia y su manejo a través de una técnica laparoscópica modificada. **Caso Clínico:** Paciente de 13 años con cuadro de dolor abdominal intermitente de 15 días de evolución, localizado en el hemiabdomen izquierdo, asociado a aumento de volumen abdominal progresivo. Las imágenes diagnósticas no fueron concluyentes, describiendo una formación quística gigante que ocupaba todo el abdomen, sin precisar su origen. Exámenes de laboratorio y marcadores tumorales dentro de los parámetros normales. Se realizó quistectomía transumbilical videoasistida, un procedimiento laparoscópico modificado, con intención diagnóstica y terapéutica con resultado exitoso. Estudio histológico compatible con quiste paraovárico gigante. El examen citológico resultó negativo para células tumorales. La paciente permaneció asintomática durante el seguimiento postoperatorio. **Conclusiones:** La quistectomía transumbilical videoasistida es una técnica segura y constituye una excelente alternativa diagnóstica y terapéutica para el tratamiento de quistes paraováricos gigantes.

© 2015 Sociedad Chilena de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Giant paraovarian cyst in childhood - Case report

Abstract

Introduction: Paraovarian cysts are very uncommon in children. **Objective:** To present a case of giant paraovarian cyst case in a child and its management using a modified laparoscopic-assisted technique. **Case report:** A 13-year-old patient with a 15 day-history of intermittent abdominal pain, located in the left hemiabdomen and associated with progressive increase in abdomi-

*Autor para correspondencia:

Correo electrónico: j2tp@hotmail.com (J. Torres P.).

nal volume. Diagnostic imaging was inconclusive, describing a giant cystic formation that filled up the abdomen, but without specifying its origin. Laboratory tests and tumor markers were within normal range. Video-assisted transumbilical cystectomy, a modified laparoscopic procedure with diagnostic and therapeutic intent, was performed with a successful outcome. The histological study reported giant paraovarian cyst. Cytology results were negative for tumor cells. The patient remained asymptomatic during the postoperative follow-up. **Conclusions:** The video-assisted transumbilical cystectomy is a safe procedure and an excellent diagnostic and therapeutic alternative for the treatment of giant paraovarian cysts.

© 2015 Sociedad Chilena de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons CC BY-NC ND Licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los quistes paraováricos o paratubáricos son infrecuentes en la edad pediátrica¹ y su diagnóstico preoperatorio es difícil². Son quistes simples de pequeño tamaño ubicados en el mesosalpinx, ligamento ancho o sobre la propia trompa de Falopio.

Aproximadamente el 80% son asintomáticos y se diagnostican incidentalmente cuando se explora la cavidad abdominal en forma electiva o por sospecha de abdomen agudo. Rara vez sintomáticos, pueden manifestarse con dolor abdominal hipogástrico, náuseas y vómitos, lo cual se debe a sus complicaciones como torsión, hemorragia, perforación, crecimiento rápido del quiste y malignización^{1,3}.

El tratamiento de elección es la cistectomía con preservación del ovario. La punción aspirativa no está recomendada dado el riesgo de recidiva y eventual malignización de la lesión a largo plazo⁴.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer un caso clínico de una paciente tratada en nuestro servicio con quiste paraovárico gigante y su manejo a través de una técnica laparoscópica modificada.

Caso Clínico

Paciente de 13 años, sin antecedentes mórbidos, que consultó por cuadro de dolor abdominal intermitente de 15 días de evolución, localizado en el hemiabdomen izquierdo, de moderada a gran intensidad, asociado a aumento de volumen abdominal progresivo, sin otra sintomatología asociada. Menarquía a los 12 años, con ciclos menstruales regulares.

En el examen físico, la paciente se encontraba asintomática, hemodinámicamente estable; destacaba un abdomen distendido, ocupado por gran masa, que abarcaba todo el abdomen, desde el epigastrio al hipogastrio, de consistencia dura, poco depresible, superficie regular, no dolorosa a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

La ecografía abdominal mostró gran imagen quística intraabdominal, de pared fina, sin elementos sólidos evidentes, que se extendía desde el epigastrio hasta el hipogastrio, desplazando las estructuras intraabdominales, de 19 x 7 x 20 cm de diámetro, de posible origen anexial izquierdo. Se observó además una moderada hidronefrosis bilateral (fig. 1).

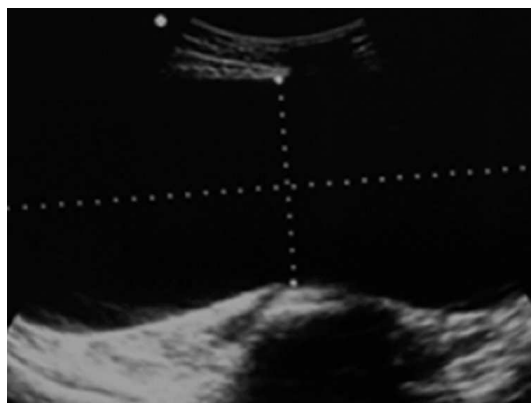


Figura 1 Ecografía abdominal transversal. Se observa una gran formación quística simple de la pared fina que ocupa gran parte del abdomen.

La tomografía computarizada (TC) abdominal y pélvica mostró formación quística intraperitoneal que ocupaba todo el abdomen, homogénea, sin tabiques, de 23 x 20 x 8,7 cm, de probable origen anexial. Por su gran tamaño, determinar su origen era difícil; otros orígenes podían ser mesentérico o intestinal. Adicionalmente se observó hidroureteronefrosis bilateral secundaria a la compresión del quiste (figs. 2, 3 y 4).

Los exámenes de laboratorio hemograma, velocidad de eritrosedimentación (VHS) y perfil bioquímico fueron normales. Los marcadores tumorales, tomados en dos oportunidades, se encontraban dentro de los parámetros normales: gonadotropina coriónica humana (bHCG), alfafetoproteína, antígeno carcinoembrionario (CEA) y Ca125.

Ante la sospecha de una masa de origen anexial se programó cirugía laparoscópica, con intención diagnóstica y terapéutica. Se realizó un abordaje transumbilical de 10 mm, ampliando aponeurosis, y se encontró una gran masa quística redondeada, de paredes lisas. Se procedió a realizar una aspiración contenida para evitar contaminación de la cavidad abdominal, obteniéndose 3 l de líquido citrino “agua de roca”; se envió la muestra a examen citológico. A continuación, bajo visión laparoscópica, se traccionó el quiste, observándose que su base nacía de la trompa izquierda; no se logró ver la fimbria; el ovario izquierdo estaba sano. El útero, la trompa y el ovario derecho eran normales. El resto de la cavidad, sin hallazgos. Se exteriorizó el quiste a través

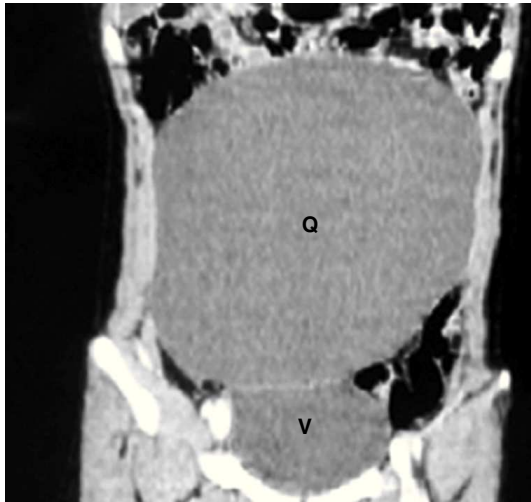


Figura 2 Tomografía computarizada abdominal que muestra la formación quística (Q) que ocupa gran parte del abdomen. Reconstrucción coronal. Se observa el desplazamiento lateral de asas.

del ombligo, realizándose la resección completa extracorpórea y la hemostasia de trompa con ligadura por parcialidades, preservándose el ovario y el remanente de la trompa uterina (fig. 5).

Posterior a la cirugía, la paciente evolucionó sin complicaciones y fue dada de alta a las 24 horas.

El estudio histológico describió una tumoración de la pared quística, delimitada por epitelios que van de cuboideo a pluriestratificado, y externamente tejido fibroso, compatible con quiste paraovárico gigante. El examen citológico resultó negativo para células tumorales.

La paciente permaneció asintomática durante el seguimiento realizado a los 7, 30 y 90 días postoperatorios.



Figura 3 Tomografía computarizada abdominal que muestra la formación quística (Q) que ocupa gran parte del abdomen. Reconstrucción axial. Se observa el desplazamiento lateral de asas.

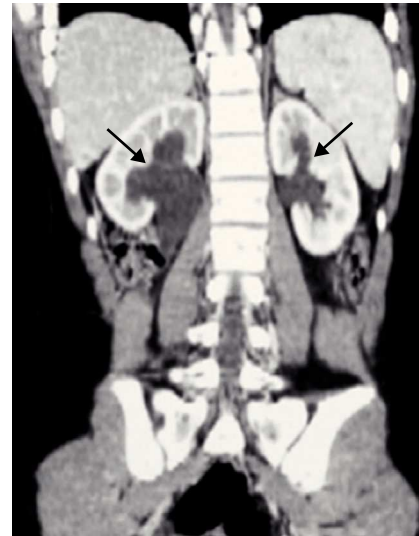


Figura 4 Tomografía computarizada, reconstrucción coronal posterior, que muestra hidroureteronefrosis bilateral secundaria a la compresión del quiste (flechas).

Discusión

Los quistes paraováricos son muy poco frecuentes en la edad pediátrica y representan alrededor del 10% de las masas anexiales quísticas en la niñez. La mayoría son de hallazgo incidental, cuando se interviene el área pélvica en forma electiva o por sospecha de abdomen agudo³. El *peak* de mayor incidencia se encuentra en mujeres de entre 30 y 40 años^{1,5}.

Los quistes paraováricos son estructuras redondeadas, de pared lisa, llenas de líquido seroso, que se ubican en el mesosalpinx, el ligamento ancho o sobre la propia trompa uterina⁶. Se clasifican histológicamente en quistes serosos o simples, y embriológicamente se dividen en tres grupos: mesotelial (68%), paramesonéfricos o mullerianos (30%) y mesonéfricos o wolffianos (2%). El tamaño habitual es de 1 a 8 cm, pero se han descrito quistes mayores de 10 cm de diámetro⁶, tal como el caso de nuestra paciente, que presentó un quiste gigante con un diámetro de 23 cm.

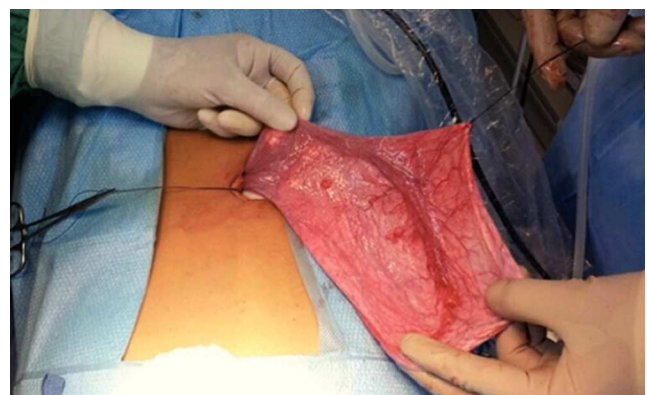


Figura 5 Imagen intraoperatoria de la resección transumbilical del quiste. Destaca la ausencia de fimbria.

El diagnóstico preoperatorio es difícil, ya que clínicamente se manifiestan cuando se complican, y radiológicamente resulta complejo distinguirlos de los cistoadenomas, quistes de ovario o de los quistes foliculares. La primera aproximación diagnóstica es la ecotomografía; se debe sospechar la presencia de quiste paraovárico cuando se observa un quiste localizado en el lado del útero y se consiguen identificar bien ambos ovarios³. La TC y la resonancia magnética presentan limitaciones en determinar el origen de quistes de gran tamaño. Solo de un 30 a un 44% de los quistes paraováricos son identificados correctamente previo a la cirugía⁶. El abordaje quirúrgico permite establecer el origen paraovárico del quiste^{1,4}. En nuestra paciente no se lograron identificar los ovarios tanto en la ecotomografía como en la TC; el único hallazgo imagenológico fue la hidroureteronefrosis bilateral, siendo la laparoscopia la que permitió su diagnóstico.

Las complicaciones del quiste paraovárico son el rápido crecimiento, la hemorragia, la perforación, la torsión y la malignización. El riesgo de malignizar es de un 2,9%, sobre todo a cistoadenocarcinoma y carcinoma papilar. Además, a largo plazo aumenta el riesgo de embarazos ectópicos. Es por esto que se recomienda su exéresis si se encuentran en cirugías realizadas por otros motivos. La naturaleza benigna de la masa solamente se puede confirmar por estudio histológico¹.

Clínicamente pueden provocar un cuadro de dolor abdominal agudo, en ocasiones semejante al de un cuadro apendicular, sobre todo si se trata de una torsión tubárica. Por ello es importante tener en cuenta esta patología en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo quirúrgico^{1,2}.

Actualmente se aconseja extirpar los quistes paratubáricos preservando el ovario y la trompa. Con respecto a la aspiración en la literatura, existen opiniones divididas respecto a la aspiración *versus* extirpación del quiste. La aspiración parece ser una práctica común en quistes paraováricos pequeños; sin embargo, se recomienda la extirpación en caso de quistes mayores de 3 cm de diámetro. La ooforopexia se recomienda en casos de ligamento infundibular redundante para disminuir el riesgo de torsión^{2,3}.

Nosotros creemos que el abordaje laparoscópico es de elección, ya que por un lado permite confirmar el diagnóstico a través de un método mínimamente invasivo, y por otro lado disminuye la creación de adherencias, reduce el dolor postoperatorio, favorece el alta precoz y produce mejor resultado estético. Este abordaje podría ser discutido en caso de patología maligna, aunque este porcentaje es muy bajo en la edad pediátrica.

La cirugía laparoscópica a través de una incisión única constituye una excelente alternativa a la laparoscopia convencional para el tratamiento de la patología anexial. Esta consiste en una incisión umbilical única que puede ser ampliada en el plano aponeurótico, en lugar de usar tres trócares pequeños. Actualmente es usado en forma rutinaria en apendicectomías, y se considera un abordaje seguro y con resultados óptimos. Sin embargo, con respecto a la extracción de masas ováricas en neonatos y niñas, esta técnica aún no ha sido ampliamente difundida⁷.

En nuestro caso, dados los antecedentes de la paciente, con imágenes diagnósticas no concluyentes respecto al origen del quiste y resultados de marcadores tumorales negativos, se realizó una quistectomía transumbilical videoasistida, procedimiento laparoscópico modificado, con intención diagnóstica y terapéutica. En la literatura no existen casos publicados de abordajes similares; hasta el momento, los resultados obtenidos con nuestra paciente son satisfactorios.

Conclusión

Los quistes paraováricos son de diagnóstico excepcional en la infancia. El manejo laparoscópico debería ser el de elección en niñas y adolescentes, teniendo en cuenta que la posibilidad de degeneración maligna en edades pediátricas es muy baja. Las probables complicaciones y el riesgo de malignización a largo plazo hacen necesaria la resección quirúrgica oportuna. Las técnicas laparoscópicas modificadas, como el abordaje por incisión única, van adquiriendo cada vez mayor vigencia. La quistectomía transumbilical videoasistida es una técnica segura y constituye una excelente alternativa diagnóstica y terapéutica para el tratamiento de quistes paraováricos gigantes.

Conflicto de interés

Este trabajo cumple con los requisitos sobre consentimiento/asentimiento informado, comité de ética, financiamiento, estudios animales y sobre la ausencia de conflictos de intereses según corresponda.

Referencias

1. Lasso C, Vázquez F, Garrido J, Ruiz C, Vargas V, Gómez O: Quiste paratubárico en la infancia. Manejo laparoscópico. *Prog Obstet Ginecol* 2011; 54(7): 376-8.
2. Okada T, Yoshida H, Matsunaga T, Kouch K, Ohtsuka Y, Takanoh H, Horie H, Ohnuma N: Paraovarian Cyst With Torsion in Children. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 937-40.
3. Abad P, Obradors J, Ortuño P, Ametller E, Jiménez E: Quiste paraovárico torsionado en Pediatría. *Cir Pediatr* 2005; 18: 46-8.
4. Sangüesa C, Muro D, Picó S, Valencia E, Puzol E: Paraovarian cysts in pediatric age. EPOS. European Society of Radiology. 10.1594/ecr2012/C-0290.
5. Kostov M, Mijović Z, Mihailović D: Giant paraovarian cyst in a child complicated with torsion. *Vojnosanit Pregl* 2008; 65(11): 843-6.
6. Thakore S, Chun M, Fitzpatrick K: Recurrent Ovarian Torsion due to Paratubal Cysts in an Adolescent Female. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012; 25: 85-7.
7. Lacher M, Kuebler J, Yannam GR, Aprahamian C, Perger L, Beierle E, Anderson S, Chen M, Harmon C, Muensterer O: Single-Incision Pediatric Endosurgery for Ovarian Pathology. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2013; 23: 291-6.