



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Adolescente con quiste paraovárico. Tratamiento quirúrgico



Joel Higinio Jiménez y Felipe*, Adela Rascón Alcantar y Rodolfo Fimbres Franco

Servicio de Patología, Hospital Infantil del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora, México

Recibido el 7 de diciembre de 2015; aceptado el 12 de agosto de 2016

Disponible en Internet el 20 de octubre de 2016

PALABRAS CLAVE

Quiste paraovárico;
Ultrasonido;
Maniobra
abdomino-rectal

Resumen

Antecedentes: En la adolescencia el desarrollo de los quistes paraováricos anexiales son poco frecuentes; su incidencia es del 10% y generalmente son benignos.

Caso clínico: Adolescente femenino de 15 años de edad, sin antecedentes familiares y personales patológicos de importancia para su padecimiento; este fue de 6 meses de evolución, con dolor abdominal en meso e hipogastrio y fosa iliaca derecha, acompañado de estreñimiento de hasta 3 días y de un aumento de volumen en su parte baja del abdomen, apreciándose más en el lado derecho. En el examen físico se corroboró la presencia de tumor abdominal, y con la maniobra abdominorrectal se palpó un tumor por delante del recto y sin implantes. Los estudios de imagen ratificaron la presencia de un tumor de anexos del lado derecho.

Se practicó laparotomía encontrándose quiste paraovárico del lado derecho, el cual se resecó en su totalidad. El diagnóstico histológico fue de un cistadenoma.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Discusión: Se discuten algunos datos epidemiológicos y los signos ultrasonográficos que ratifican la presencia del quiste paraovárico, y se menciona brevemente el tratamiento laparoscópico para esta patología.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Paraovarian cyst;
Ultrasound;
Abdominal-rectal
manoeuvre

Adolescent with paraovarian cyst. Surgycal treatment

Abstract

Background: Adnexal paraovarian cysts are not frequently seen during teen development, their incidence is around 10% and usually benign.

* Autor para correspondencia. Reforma 355 Norte entre calles 8 y 11, Col. Ley 57, CP 83100 Hermosillo, Sonora, México.
Tel.: (662) 2111664. Celular (662) 2 570199.

Correo electrónico: drjhjimenez@yahoo.com.mx (J.H. Jiménez y Felipe).

Clinical case: Adolescent female 15 years old with no pathological family and personal history relevant to her current condition. Chief complaint: Six months ago she complained with abdominal pain in meso, hypogastrium and right iliac fossa. Later, she observed an increased volume on her lower quadrant of the abdomen, mostly on her right side. During physical examination an abdominal tumor was palpated. By an abdominal-rectal manouvre, the presence of tumor was confirmed and located in front of the rectum and no implants. Imaging studies confirmed a paraovarian cyst.

She underwent on surgical laparotomy and a paraovarian cyst was found. The histological diagnosis was a cystadenoma.

The postoperative course was satisfactory.

Discussion: Epidemiological data and ultrasonographic findings are examined to confirm the diagnosis of paraovarian cyst. The laparoscopic treatment for adnexal problems is described.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

En la adolescencia el desarrollo de quistes paraováricos anexiales es poco frecuente; la incidencia es del 10% y generalmente son benignos. Su crecimiento es lento y progresivo, aunque algunas veces pueden aumentar de tamaño rápidamente. La sintomatología más frecuente es el dolor en la parte baja del abdomen, que puede ser pasajero o intermitente. En quistes grandes pueden comprimir los tractos digestivo y urológico; algunas pacientes tienen estreñimiento no severo. Su diagnóstico es clínico y se ratifica por medio de la ecsonografía. El tratamiento de esta patología generalmente es quirúrgico¹.

Tuvimos una paciente adolescente con quiste paraovárico que nos motivó a presentarlo y hacer una pequeña revisión de la bibliografía.

Caso clínico

Adolescente femenina de 15 años de edad sin antecedentes familiares y personales patológicos de importancia. Su esquema de vacunación era incompleto y no se refirieron alergias ni procedimientos quirúrgicos previos. Inició la menstruación a los 13 años de edad, siendo actualmente sus períodos regulares.

Su padecimiento fue de 6 meses de evolución, con dolor abdominal pasajero localizado en meso e hipogastrio y fosa iliaca derecha, que se acompañó de estreñimiento hasta de 3 días. Un mes atrás notó aumento de volumen en meso e hipogastrio, haciendo prominencia más hacia el lado derecho del abdomen. Negó síntomas urinarios y no había tenido fiebre.

Examen físico: paciente femenina con buen desarrollo corporal que se encontraba orientada en tiempo, lugar y espacio. Además, sus caracteres sexuales secundarios por la valoración de Tanner correspondían a la edad de 15 años (score número 5).

Sus signos vitales fueron normales, con una PA 110/75 mmHg, peso 55 kg. La exploración cardiopulmonar se encontró sin alteraciones y los ruidos cardiacos fueron normales, sin detectar soplos.

Abdomen: mostró aumento de volumen en la parte inferior abarcando meso, hipogastrio y fosa iliaca derecha con fondo por arriba de la cicatriz umbilical; la superficie era lisa, poco móvil e indolora; la peristalsis era normal. Mediante la maniobra abdominorrectal se palpó una tumoración por delante del recto y no se encontraron implantes (fig. 1). Por vía vaginal no hubo escurrimiento de líquido ni huellas de sangrado.

Extremidades y sistema nervioso sin datos patológicos.

Los exámenes de laboratorio fueron normales.

En el ultrasonido abdominal se encontró una tumoración quística paraovárica de lado derecho de pared delgada; en su interior contenía líquido no hemorrágico; desplazaba el útero hacia el lado izquierdo y comprimía la vejiga en su parte superior. También se observó ovario ipsilateral sin alteraciones aparentes (fig. 2).

Se le practicó un examen de colon por enema, donde se observó que el quiste hacía presión sobre el intestino delgado-íleon y desplazaba el sigmoides hacia el lado izquierdo y atrás (fig. 3).

Poco después y bajo anestesia general se practicó laparotomía con incisión transversa infraumbilical, observando la tumoración del lado derecho, comprimiendo y desplazando



Figura 1 Abdomen distendido por quiste paraovárico derecho.



Figura 2 Quiste paraovárico con septo.



Figura 3 Sigmoides desplazado.

el útero hacia la izquierda. Acto seguido de la apertura de la cubierta peritoneal y con disección roma se logró disecar y resear completamente toda la tumoración; en el lado izquierdo se encontró un pequeño quiste (hidátide de Morgagni), realizándose la exéresis del mismo. No hubo complicaciones (figs. 4 y 5). El diagnóstico postoperatorio fue de un quiste paraovárico.

En el estudio histopatológico la pieza se describió como quiste de 14 cm de longitud, de pared fibrosa delgada y transparente, revestido de epitelio columnar y tejido fibroso. El líquido fue de aspecto claro seroso y no se midió la cantidad. En una segunda revisión se observó también un tejido intraquístico de color café claro, de una longitud de

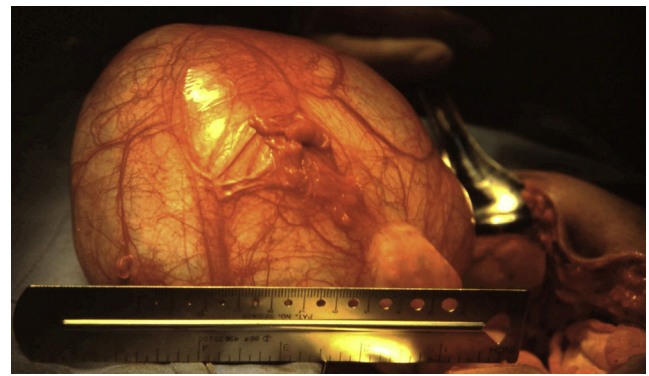


Figura 4 Parte superior del quiste paraovárico.



Figura 5 Quiste paraovárico y de Morgagni.

5 × 5 cm, de forma papilar y altura pequeña. El diagnóstico histológico fue de un cistadenoma seroso paraovárico.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria y se dio de alta en buenas condiciones generales. Un año después, en una cita de control, permanecía asintomática con desarrollo psicomotor y ponderal normales para su edad.

Discusión

Los quistes paraováricos se localizan en el ligamento ancho entre la trompa de Falopio y el ovario; desde el punto de vista histológico, el 68% son de origen mesotelial, el 30% de restos embrionarios paramesonéfricos y el 2% de mesonéfricos. De las lesiones anexas le corresponden el 10% y además, de todas las urgencias ginecológicas se presentan en el 3% de los casos^{2,3}.

Durante su evolución clínica las pacientes presentan la mayoría de las veces síntomas digestivos, como la sensación de pesantez en la parte inferior del abdomen y dolor, que puede ser ligero, pasajero o en ocasiones frecuente, pero tolerable; otras jóvenes refieren síntomas urinarios como la polaquiuria, acompañada algunas veces por fiebre.

Un menor número de adolescentes debutan con una afección aguda del abdomen y es cuando surgen complicaciones tales como la hemorragia intraquística, la perforación del quiste con hemoperitoneo, la torsión de la tumoración o de la trompa de Falopio del mismo lado³⁻⁶.

Tabla 1 Índice morfológico para tumores de ovario

	Volumen ovario (cm ³)	Espesor pared	Estructura septal
0	< 10	< 3 mm	Sin septos
1	10-50	> 3 mm	Septo fino > 3 mm
2	> 50-200	Papila < 3 mm	Septo grueso 3-1 cm
3	> 200-500	Papila ≥ 3 mm	Área sólida ≥ 1 cm
4	> 500	Predominio sólido	Predominio sólido

La ultrasonografía en los quistes paraováricos es de gran ayuda pues ratifica el diagnóstico clínico; en el caso que se presenta, el ultrasonido mostró características de ser una patología benigna y los datos fueron: forma ovoidea con ecotextura capsular delgada de 3 mm de grosor, con líquido hipodenso que no se midió, localizado en la parte superior del ovario y por debajo de la trompa de Falopio¹.

En la descripción patológica de nuestro caso, se hace referencia a un tejido papiliforme unido a la parte interna del quiste; esto debe tomarse en cuenta puesto que se han reportado tumores a partir de ese tejido, como el cistadenocarcinoma y el carcinoma papilar. Por esta razón el ultrasonido es una herramienta que debe ser practicada por un radiólogo con experiencia que pueda observar estas estructuras, el tejido nodular o papilar. El ultrasonido preoperatorio puede ser de gran ayuda siguiendo los parámetros del Dr. Priest, quien lo emplea para tumores ováricos. En este sistema se toman en consideración la medida y el grosor de la capsula quística, el volumen del líquido, las septaciones y el tejido tumoral intraquístico⁷ (tabla 1).

El diagnóstico diferencial del quiste paraovárico debe incluir, entre ellas, algunas de las siguientes patologías: la duplicación intestinal, las hernias internas, el linfangioma intestinal y los quistes de inclusión peritoneal^{8,9}. Como causas que producen afección aguda del abdomen tenemos la apendicitis complicada de varios días de evolución, el hidro-sálpinx, la torsión ovárica y el embarazo ectópico.

El tratamiento quirúrgico abierto para los pacientes con quiste paraovárico, todavía se realiza en algunas instituciones con menos recursos y personal capacitado, como el caso presentado. Actualmente, la cirugía laparoscópica es una acción preponderante en las instituciones con profesionistas y equipo especializado, con menos trauma para el paciente y mejores resultados. En este procedimiento no es necesaria la preparación intestinal y una vez anestesiada la paciente, se vacía la vejiga con un catéter. Se aplican 3 puertos de 5 y 3 mm: el de la cámara se sitúa en la cicatriz umbilical, y los otros 2: uno en el cuadrante inferior derecho y el otro en el izquierdo. De ser necesario se puede aplicar otro puerto supraumbilical. Una vez observada la anatomía interna y en el punto más superior del quiste se abre una ventana en el ligamento ancho, sobre el área del mesosálpinx, con electrocauterio bipolar que nos permitirá disecar todo el quiste en su alrededor hasta llegar al fondo y poderlo resecar con delicadeza. Ocasionalmente se hace punción en los quistes grandes para vaciar su contenido y poder hacer una

buena disección; una vez terminada la exéresis del quiste se revisa la anatomía del ligamento, los ovarios y las trompas de Falopio, para restituirlos a su sitio normal¹⁰.

Todo quehacer médico debe tener una fuerte dosis de humanismo y recordar que vivimos en una sociedad cada día más exigente y el médico en la actualidad debe seguir con una educación médica continua.

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.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Katke RD, Gohil D. Rupture and torsion of a huge ovarian cyst with ipsilateral para-ovarian cyst presented as haemoperitoneum and acute abdomen. A rare case report and review literature. *Int J Res Health Sci.* 2014;2:1170-3.
- Ureta HE, Blanco MA. Quiste paraovárico complicado: causa rara de dolor abdominal. *Rev Chil Radiol.* 2007;13:159-62.
- Zampieri N, Mariotto A, Peretti M, Zamboni C, Saveiro CF. Laparoscopic treatment of acute abdominal/pelvic pain for gynaecological condition in young female. *JEMIS* 2014 Octubre [consultado 13 Oct 2014]. Disponible en: <http://jemis.rivisteclub.it/laparoscopic-treatment-of-acute-abdominalpelvic-pain-for-gynaecological-condition-in-young-female/>
- Abad P, Obradors J, Ortuño P, Ametller E, Jiménez E. Quiste paraovárico torsionado en Pediatría. *Cir Pediatr.* 2005;18:46-8.
- Rijal P, Pokhareal H, Chhertri S, Pradhan T, Agrawal A. Bilateral huge fimbrial cysts with torsion of right fallopian tube. *Health Renaissance.* 2012;10:153-4.
- Mandade K, Yadav V, Singh S, Bhavthankar DP, Deshpande S. Bilateral parovarian cyst complicated with torsion in 12 years girl: Case report. *IOSR-JDMS.* 2014;13:89-91.
- Clavero JA. Diagnóstico precoz del cáncer de ovario. En: Botella Llusá J, editor. *El ovario, fisiología y patología.* Madrid, España: Díaz de Santos; 1995. p. 397-407.
- Subnis BM, Bakhshi GD, Shaikh A, Mogal HD, Wakade VA, Algappan C, et al. Paraovarian cyst mimicking mesenteric cyst: A case report. *Bombay Hosp J.* 2008;50:663-5.
- Goldfisher R, Awal D, Amodio J. Peritoneal inclusion cyst in female children: Pathogenesis, treatment, and multimodality imaging review. *Case Rep Radiol.* 2014;2014:5. Article ID 427427.
- Bayle MM. Laparoscopy of functional ovarian cysts and mesosalpinx cysts in peripubertal girls. En: Bax KNMA, Georgeson KE, Rothemberg SS, Valla JS, Yeung CK, editores. *Endoscopic surgery in infants and children.* New York: Springer; 2008. p. 777-81.