



CASO CLÍNICO

Quiste ovárico fetal. Reporte de caso

D. Torres-Cepeda*, E. Reyna-Villasmil, O. Delgado-Delgado,
M. Colmenares-Vega y J. Perozo-Romero

Servicio de Obstetricia y Ginecología-Maternidad «Dr. Nerio Belloso», Hospital Central Dr. Urquinaona,
Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

Recibido el 27 de agosto de 2009; aceptado el 5 de octubre de 2009

Disponible en Internet el 4 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Quiste ovárico;
Feto;
Diagnóstico

Resumen Los quistes ováricos fetales son la tercera causa de quistes intraabdominales, después de los de sistemas renal y gastrointestinal. Se puede sospechar su presencia en la ecografía cuando se observa una tumoración de aspecto quístico de estructura regular localizado en la parte inferior y lateral del abdomen, del tracto intestinal o urinario en un feto femenino sin anomalías. Se presenta el caso de una paciente de 18 años primigesta, a la que durante la evaluación ecográfica se le observó la presencia de una tumoración de apariencia blanda en la parte inferior derecha del abdomen correspondiente a un quiste ovárico fetal claramente identificado y separado de la vejiga fetal. La paciente fue sometida a cesárea obteniéndose una recién nacida femenina que fue dada de alta al tercer día sin complicaciones. A los 3 meses se observó la desaparición espontánea del quiste.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Ovarian cyst;
Fetus;
Diagnosis

Fetal ovarian cyst. A case report

Abstract Fetal ovarian cysts are the third cause of intra-abdominal cyst after renal and gastrointestinal cyst. The presence of these cysts can be suspected on ultrasound examination when a mass with a regular cystic structure is found in the inferior lateral region of the abdomen of a female fetus without urinary or intestinal tract anomalies. We report the case of an 18-year-old primigravida in whom ultrasound examination revealed an apparently soft tumor in the inferior, right region of the abdomen, corresponding to a fetal ovarian cyst clearly identified and separated from the bladder. A female newborn was delivered by cesarean section and was discharged on the third day of life without complications. At 3 months, spontaneous disappearance of the cyst was observed.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com (D. Torres-Cepeda).

Introducción

La formación de quistes abdominales en recién nacidos es relativamente común, afectando a 1 de cada 500–1.000 nacidos vivos. Con las mejoras de las imágenes por ecografía fetal, el diagnóstico de los quistes ováricos fetales es habitual¹. Los quistes ováricos fetales se reportan en 30% de las autopsias neonatales y son la tercera causa de quistes intraabdominales, después de los de sistemas renal y gastro-intestinal. Se puede sospechar su presencia en la ecografía cuando se observa una tumoración de aspecto quístico de estructura regular localizado en la parte inferior y lateral del abdomen, del tracto intestinal o urinario en un feto femenino sin anomalías. La principal complicación de los quistes ováricos fetales es la torsión, lo cual en algunos casos lleva a la ooforectomía fetal².

Aunque es posible distinguir los diferentes tipos de quistes ováricos, el manejo pre y posnatal es necesario para evitar cirugías innecesarias, debido a que puede ocurrir la resolución espontánea en los siguientes 8 meses después del nacimiento sin relacionarse con el tamaño del quiste¹.

El presente caso se refiere al caso de un quiste ovárico fetal.

Reporte del caso

Se trata de paciente de 18 años primigesta, que acude a la consulta prenatal con un ecograma que reportó la presencia de un quiste ovárico fetal derecho en feto único de 36 semanas. La paciente era del grupo O Rh+ y durante la revisión de las evaluaciones del primer trimestre no se encontraron evidencias de anomalías fetales.

Durante la evaluación ecográfica se observó la presencia de una tumoración de apariencia blanda en la parte inferior derecha del abdomen de 3,5×3×3 cm, correspondiente a un quiste ovárico fetal claramente identificado y separado de la vejiga fetal (fig. 1). No se evidenció presencia de polihidramnios o signos de hipoplasia pulmonar.

La paciente fue sometida a cesárea a las 40 semanas de gestación por desproporción cefalopélvica, obteniéndose una recién nacida femenina de 4.100 g sin alteraciones observables. La recién nacida fue dada de alta al tercer día sin complicaciones y fue nuevamente evaluada con ultrasonido a los 3 meses, momento en el que se observó la desaparición espontánea del quiste.

Discusión

Los quistes ováricos fetales pueden ser clasificados en dos grupos: los llamados quistes foliculares, que se originan



Figura 1 Quiste ovárico fetal.

como respuesta a los estímulos producidos por la gonadotropina coriónica que afecta al ovario fetal durante el embarazo y los quistes luteícos, cuya etiopatogénesis se atribuye tanto a enfermedades maternas (como diabetes, isoimmunización Rh y preeclampsia) como a hipotiroidismo fetal congénito^{3,4}. El papel de la gonadotropina coriónica en la formación de los quistes ováricos fetales y neonatales debe considerarse como transitoria, ya que cuando el estímulo cesa el quiste deja de crecer.

La ecografía es un método útil para el diagnóstico y monitorización dentro del protocolo de estudio de los quistes ováricos fetales. La resonancia magnética no ha mostrado mejores resultados que la ecografía para detectar la naturaleza de los quistes abdominales con un diámetro menor de 6 centímetros⁴. Los quistes ováricos fetales generalmente se diagnostican durante el tercer trimestre y derivan de los folículos normales, que se incrementa en número durante el tercer trimestre. Las potenciales complicaciones son la hemorragia intraabdominal (secundaria a ruptura del quiste) y la torsión del quiste (ocurre del 38–55% de los casos)². En algunos estudios se ha asociado con la presencia de polihidramnios, cuya incidencia varía del 1,9–18%⁵. La paciente del caso no presentó polihidramnios. También se ha descrito la asociación con hipoplasia pulmonar. Ambas asociaciones pueden ser explicadas por la presencia de grandes quistes que disminuyen el espacio intraabdominal fetal, produciendo obstrucción intestinal y compresión del diafragma⁴.

El papel del parto pretérmino como factor predisponente a la formación de los quistes en el ovario fetal es controvertido. Se ha demostrado la presencia de ovarios altamente sensibles a la gonadotropina coriónica en recién nacidos prematuros⁴. Los quistes ováricos fetales generalmente son unilaterales y benignos. Los diagnósticos diferenciales son quistes del mesenterio y del uraco; anomalías y duplicación intestinal; teratoma quístico y obstrucción intestinal³.

Una vez se ha realizado el diagnóstico, es importante realizar evaluaciones ecográficas seriadas para detectar la presencia de alguna complicación (hidramnios, ascitis o torsión). Nussbaum et al⁶ publicaron los criterios ecográficos para el diagnóstico de las complicaciones. Un quiste ovárico sin complicaciones debe tener bordes lisos sin estructuras internas. Cuando existe torsión o sangrado intraquístico, el quiste es heterogéneo con un septo interno. Otro signo de torsión ovárica es la taquicardia fetal, probablemente debida a irritación peritoneal.

La torsión ovárica puede producir adherencias a órganos vecinos y producir complicaciones severas. Se han descrito adherencias a intestino y epiplón. Igualmente se han descrito casos de obstrucción intestinal, pero su incidencia es desconocida^{5–7}.

El manejo de los fetos y recién nacidos con quistes de ovarios es altamente controvertido y las recomendaciones varían desde el manejo expectante con ecografías fetales seriadas, la cirugía selectiva o sistemática hasta la aspiración prenatal¹. Algunos autores han apoyado la aspiración prenatal de los quistes para disminuir su volumen y prevenir la torsión ovárica, permitiendo la posibilidad de realizar análisis hormonales y citológicos del líquido del quiste. Existe preocupación sobre los riesgos de parto pretérmino, corioamnionitis, lesión y dolor fetal. Además, puede ocurrir recurrencia debido a la estimulación hormonal después del procedimiento hasta el nacimiento⁸.

Se ha demostrado que la aspiración prenatal de quistes de 5 cm de diámetro o más es segura y efectiva en la prevención de la torsión ovárica fetal, disminuyendo la tasa de torsión de un 86–14%, proponiendo un valor de corte de 4 cm o más para el procedimiento⁷. También se ha reportado que medir el pedículo del quiste más que el tamaño total de este puede ser útil para determinar el pronóstico⁹. Hasta ahora no se ha publicado ningún estudio controlado que compare la aspiración prenatal con cualquier otra clase de manejo posnatal. La aspiración percutánea prenatal debe realizarse poco antes del parto, si existe el riesgo de distocia secundaria a la presencia de un quiste de gran tamaño. Revisiones de casos sugieren que la aspiración de los quistes ováricos solo se debe realizar si este es lo suficientemente grande para producir alteraciones en el parto o producir distensión del abdomen fetal³.

El momento del parto también es controvertido en los casos que se sospeche torsión ovárica fetal. El diagnóstico ecográfico de esta condición es impreciso. Si existe la sospecha de torsión, se debe considerar la interrupción electiva del embarazo cerca de su término o cuando exista madurez pulmonar confirmada para aumentar así las posibilidades de preservar la función ovárica en fetos con quistes ováricos bilaterales⁹.

La presencia de un quiste ovárico prenatal no es una indicación para cesárea. El quiste no es una condición que amenace la vida del feto, pero debe ser monitorizado tanto antes como después del parto en espera de su resolución espontánea. Cuando se sospeche que existe torsión del

ovario, se debe realizar la cirugía tratando de preservar el ovario³.

Bibliografía

1. Bryant A, Laufer M. Fetal ovarian cysts: incidence, diagnosis and management. *J Reprod Med*. 2004;49:329–37.
2. Karasahin K, Gezginç K, Ulubay M, Ergün A. Fetal ovarian cysts diagnosed during prenatal ultrasound screening. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2008;47:215–7.
3. Monnery-Noché M, Auber F, Jouannic J, Bénifla J, Carbonne B, Dommergues M, et al. *Prenat Diagn*. 2008;28:15–20.
4. Hasiakos D, Papakonstantinou K, Bacanu AM, Argeitis J, Botsis D, Vitoratos N. Clinical experience of five fetal ovarian cysts: diagnosis and follow-up. *Arch Gynecol Obstet*. 2008;277:575–8.
5. Zampieri N, Borruto F, Zamboni C, Camoglio F. Foetal and neonatal ovarian cysts: a 5-year experience. *Arch Gynecol Obstet*. 2008;277:303–6.
6. Perrotin F, Roy F, Potin J, Lardy H, Lansac J, Body G. Ultrasonographic diagnosis and prenatal management of fetal ovarian cysts. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2000;29:161–9.
7. Nussbaum A, Sanders R, Hartman D, Dudgeon D, Parmley T. Neonatal ovarian cysts: sonographic-pathologic correlation. *Radiology*. 1988;168:817–21.
8. Bagolan P, Giorlandino C, Nahom A, Bilancioni E, Trucchi A, Gatti C, et al. The management of fetal ovarian cysts. *J Pediatr Surg*. 2002;37:25–30.
9. Heling K, Chaoui R, Kirchmair F, Stadie S, Bollmann R. Fetal ovarian cysts: prenatal diagnosis, management and postnatal outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002;20:47–50.