

422 **Ernesto González Mesa^a**
Rafael González de Gor Crooke^a
Marta Blasco Alonso^b
Ignacio González de Gor^c
Mercedes Damas López^d

^aClínica El Ángel. Asisa. Málaga. España.

^bServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno Infantil Carlos Haya. Málaga. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

^dServicio de Anestesiología y Reanimación. Clínica El Ángel. Asisa. Málaga. España.

Correspondencia:

Dra. M. Blasco Alonso.

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno Infantil Carlos Haya.

Avda. Carlos Haya, s/n. Málaga. España.

Correo electrónico: Martacanaria78hotmail.com

Fecha de recepción: 17/4/2007.

Aceptado para su publicación: 7/6/2007.

Quiste folicular gigante luteinizado del puerperio

Giant luteinised follicular cyst during the puerperium

RESUMEN

Son extremadamente infrecuentes los tumores no neoplásicos que aparece durante el embarazo o el puerperio y originan complicaciones obstétricas, la mayor parte de las veces debido al tamaño que pueden llegar a alcanzar.

El hallazgo de una masa anexial es, en general, casual ya que las no complicadas producen escasa sintomatología. El uso generalizado de la ecografía durante el embarazo y el puerperio permite su diagnóstico.

El manejo de un tumor anexial durante la gestación o el puerperio debe ser individualizado, dependiendo de los síntomas de la paciente, la edad gestacional y el tamaño y las características de la tumoración.

El quiste folicular gigante solitario luteinizado del puerperio es una lesión poco frecuente del ovario que puede surgir en el embarazo y aumentar de tamaño durante el puerperio hasta que es detectado. Presentamos el caso de un quiste folicular gigante luteinizado del puerperio diagnosticado en una paciente en la 6.^a semana del puerperio. Realizamos asimismo una revisión de las masas ováricas no neoplásicas más frecuentes.

PALABRAS CLAVE

Quiste gigante luteinizado del embarazo. Masas anexiales. Masas anexiales en embarazo y posparto.

ABSTRACT

Non neoplastic masses that appear during pregnancy or postpartum together with obstetric complications are extremely rare, most times because of the size they can reach.

The finding of an adnexal mass is usually casual as not-complicated ones provoke very few symptoms. The extended use of the ecography during pregnancy and postpartum will bring out a casual finding of this pathology.

The management of adnexal masses during pregnancy or postpartum must be individualized and depends on the symptoms, gestational age, size and features of the mass.

Massive luteinized follicular cyst in postpartum is an infrequent lesion in ovary that may appear during pregnancy and increases its size during postpartum until it is detected.

We present a case of a massive luteinized follicular cyst in a patient in her 6th week alter a vaginal delivery. We also perform an overview of the literature about most frequent non-oncologic ovarian masses.

KEY WORDS

Large luteinized follicular cyst of pregnancy. Adnexal masses. Pregnancy and postpartum adnexal masses.

INTRODUCCIÓN

El hallazgo de una masa anexial durante el embarazo es poco frecuente; la incidencia varía entre 1/79 y 1/2.334 casos^{1,2} y en el 95% de los casos las masas son asintomáticas y unilaterales. A pesar de ello, su análisis y manejo³ suponen, en ocasiones, una decisión clínica bastante difícil^{2,4-7}.

Los tumores ováricos tienen su origen fundamentalmente en células del epitelio celómico o de estirpe germinal (más frecuentes a medida que nos acercamos a los 40 años)^{2,4,5,8}.

La mayor importancia de las masas anexiales durante el embarazo o puerperio se debe a la posibilidad de complicaciones o accidentes¹ que provoquen sintomatología dolorosa u obstétrica⁹ (torsión, rotura, hemorragia intraquística, tumor previo de parto o diseminación tumoral, en el caso de ser malignas).

Son extremadamente infrecuentes los tumores no neoplásicos que aparecen durante el embarazo o el puerperio y originan complicaciones obstétricas, la mayor parte de las veces debido al tamaño que pueden llegar a alcanzar.

El hallazgo de una masa anexial es, en general, difícil, ya que normalmente se acompaña de escasos síntomas, salvo que se produzca alguna de las complicaciones antes descritas. Sin embargo, durante el embarazo y el puerperio el hallazgo será casual debido al uso generalizado de la ecografía durante aquéllos^{1,2}.

Los ultrasonidos son el método diagnóstico y de seguimiento de elección de las masas anexiales^{1,3,5} porque es una técnica no invasiva, inocua y de gran disponibilidad en la clínica diaria⁹.

El tratamiento de un tumor anexial durante la gestación o el puerperio debe individualizarse, dependiendo de los síntomas de la paciente, la edad gestacional, el tamaño y las características de la tumoración^{2,3,5-7,10}.

Presentamos a continuación el hallazgo de un quiste folicular gigante solitario luteinizado del puerperio, del que hay pocos los casos publicados.

CASO CLÍNICO

Paciente de 25 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, con menarquia a los 12 años, nuligesta, con fórmula menstrual normal.

Tras una revisión ginecológica normal en febrero de 2006 quedó embarazada, con fecha de última regla el 6 de marzo de 2006. El embarazo cursó con normalidad hasta la semana 31, en la que empiezan a obtenerse cifras de presión arterial algo elevadas, que responden de forma adecuada al tratamiento con labetalol. El crecimiento fetal se mantuvo dentro de los parámetros normales. En la semana 38 la paciente inició trabajo de parto espontáneo y dio a luz, en parto eutócico, a un recién nacido normal, de 3.200 g y una puntuación en la prueba de Apgar buena.

El puerperio se desarrolló con normalidad hasta que consultó por persistencia de sangrado genital pasadas las primeras 6 semanas del puerperio. La exploración clínica mostró una involución puerperal normal, sin alteraciones en genitales externos y vagina; llamó la atención la existencia de una masa centropélvica, de consistencia elástica, que se independizó en el tacto bimanual del útero puerperal. La ecografía transvaginal mostró una gran masa quística centropélvica de 12 cm de diámetro máximo, única, no tabicada, de pared fina y contenido anecoico. Se solicitó estudio de marcadores tumorales ováricos que resultaron normales y se intentó tratamiento médico empírico con antiinflamatorios no esteroideos, concretamente indometacina, a dosis de 50 mg cada 12 h durante 1 semana. La reevaluación a los 8 días demostró crecimiento de la masa anexial, con diámetros máximos de 16 cm.

Con diagnóstico de quiste ovárico gigante decidimos realizar una laparotomía. En ésta, a través de una incisión de Pfannestield, accedimos a la masa ovárica, que se mostró libre, no adherida, depen-

424 diente del ovario izquierdo y con pared lisa apergaminaada. Sin plano para reconocer el ovario sano, se realizó una ooforectomía izquierda, sin incidencias. El resto de los órganos pélvicos y abdominales eran normales. No había líquido libre intraperitoneal.

El análisis anatomopatológico demostró una formación quística de 16 cm de diámetro máximo, de superficie lisa, brillante y con abundante dibujo vascular. Al corte se apreció una cavidad quística unilocular, repleta de líquido seroso y translúcido; la pared tenía un grosor de 0,1 mm. La microscopia mostró una pared constituida por tejido ovárico y revestido por un epitelio formado por varias capas de células foliculares luteinizadas, con amplios citoplasmas eosinófilos y núcleos redondeados. El diagnóstico final fue de quiste folicular gigante luteinizado del puerperio.

DISCUSIÓN

Los quistes ováricos funcionales incluyen los quistes foliculares, los quistes del cuerpo lúteo y los quistes luteínicos de la teca.

Los quistes foliculares pueden proceder de un folículo preovulatorio (sin luteinización de la pared), de uno postovulatorio (con luteinización de la teca o granulosa) o de uno atrésico. Los primeros son muy frecuentes y son resultado de una sobreestimulación hipofisaria del ovario por hormona foliculoestimulante (FSH), sin producción del pico ovulatorio de hormona luteinizante (LH). Suelen segregar estrógenos. Se originan a partir de folículos de Graaf que no se han roto. En cuanto a su histología, habitualmente se observan células de la granulosa en el revestimiento, que se atrofian al crecer y aumentar la presión intraquística; de esta manera, cesa la secreción, condicionando su regresión. Aparecen con más frecuencia en torno a la menarquía y la menopausia. Al ovular, el folículo suele alcanzar de 3 a 3,5 cm. Los quistes foliculares sin luteinización suelen tener un tamaño entre 3,5 cm y 10 cm, excepcionalmente alcanzan tamaños superiores a 10 cm. La mayoría de las veces únicamente producen alteración del ciclo menstrual. Son generalmente únicos y de contenido líquido seroso, superficie interna lisa, pared delgada y constituida por granulosa y teca interna, con o sin luteinización; a veces, la pared es hialina (quiste del folículo atrésico) (fig. 1).



Figura 1. Visión macroscópica del quiste tras su extirpación.

El quiste del cuerpo lúteo suele deberse a ausencia de fibrosis del mismo debido a cierre temprano de la pared folicular tras la ovulación, con persistencia de líquido folicular en el interior. Al no poder llenarse de sangre, el cuerpo lúteo no regresa y no acumula líquido seroso transparente en el interior. Estos quistes son menos frecuentes que los foliculares, habitualmente más pequeños y paucisintomáticos, y cursan casi únicamente con alteración del ciclo menstrual. El quiste de granulosa luteínica secreta progesterona y suele originarse de folículos que no alcanzaron a romperse al ovular. El de teca luteínica secreta andrógenos, tiene luteinización predominantemente de la teca interna y se produce por sobreestimulación de LH o gonadotropina coriónica humana (HCG), endógenas o exógenas; pueden aparecer asociados a mola hidatiforme o coriocarcinoma debido a una producción excesiva de hormona β -HCG. Habitualmente, alcanzan gran tamaño y regresan después de que se trata la patología de base. Los quistes del folículo atrésico pueden secretar andrógenos.

Los quistes foliculares luteinizados generalmente son uniloculares, unilaterales, de pared delgada y contenido líquido claro. En cuanto a su histopatología^{11,12}, la cápsula tiene un máximo de 10 capas de células foliculares luteinizadas, que pueden variar de tamaño y forma, y mostrar un citoplasma abundante eosinófilo o pálido vacuolado. La mayoría de los núcleos son redondos y claros, pero en ocasio-

nes se ven núcleos grandes, pleomórficos¹² e hiperromáticos, sin mitosis. Las células luteinizadas también pueden verse dentro del tejido fibroso de la pared del quiste.

La primera comunicación de un quiste folicular luteinizado gigante del embarazo la realizaron, en 1976, Albukerk y Berlibnya¹⁴. Posteriormente, en 1980, Clement y Scully¹³ publicaron 8 casos de quiste folicular luteinizado gigante de ovario que habían sido detectados durante el embarazo o el puerperio. Posteriormente, diversos autores han comunicado hallazgos similares^{9,11,12} (figs. 2 y 3).

La asociación de este tipo de quistes con el embarazo sugiere una relación en su patogénesis con la hCG (que provoca una luteinización folicular masiva), a pesar de que, en algunos de los casos descritos, la lesión fue diagnosticada hasta 6 semanas después del parto, cuando los valores de hCG no son detectables. Clement y Scully postularon que en estos casos los quistes pudieron haber surgido durante el embarazo sin ser detectados, aumentando de tamaño durante el puerperio como resultado de los valores altos de las gonadotrofinas de la adenohipófisis¹³.

CONCLUSIÓN

El quiste folicular gigante solitario luteinizado del puerperio es una lesión poco frecuente del ovario que puede surgir en el embarazo¹⁴ y aumentar de tamaño durante el puerperio hasta que es detectado¹¹. Debido al tamaño que llega a alcanzar, puede producir distensión o dolor abdominales; sin embargo, su hallazgo suele ser incidental en el momento de la cesárea o durante el primer control puerperal.

Un gran quiste folicular solitario luteinizado durante el embarazo o puerperio puede crear complicaciones, como hemorragia intraquística, rotura al peritoneo o torsión relacionadas, fundamentalmente, con su rápido potencial de crecimiento; en ocasiones alcanza un gran tamaño⁹. En ausencia de dichas complicaciones y si la sospecha ecográfica es de benignidad, el manejo puede ser conservador, con controles seriados. Sin embargo, si el quiste crece

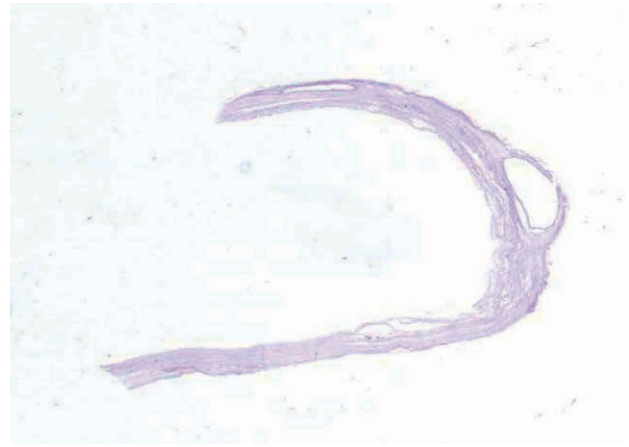


Figura 2. Visión a poco aumento de la pared del quiste: múltiples capas de células foliculares.

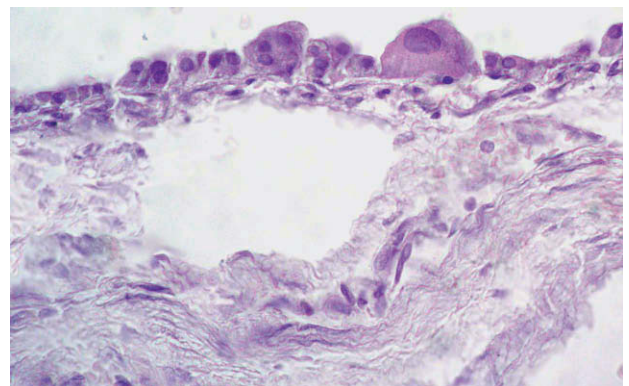


Figura 3. Células foliculares luteinizadas con citoplasma eosinófilo de la pared del quiste. Tinción con hematoxilina-eosina.

rápido o se vuelve sintomático, puede hacer necesaria la intervención quirúrgica⁹.

A pesar de que el quiste folicular gigante solitario luteinizado del embarazo y el puerperio es muy poco frecuente¹⁴, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas encontradas en el embarazo, el parto y el puerperio, ya que su desconocimiento puede llevar a conductas médico-quirúrgicas agresivas innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Szajnert C. Tumores anexiales en pacientes embarazadas. *Prog Obstet Ginecol.* 2002;45:185-91.
2. Sherard GB, Hodson CA, Williams HJ, Semer DA, Hadi HA, Tait DL. Adnexal masses and pregnancy: a 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:358-62.
3. Agarwal N, Parul, Kriplani A, Bhatla N, Gupta A. Management and outcome of pregnancies complicated with adnexal masses. *Arch Gynecol Obstet.* 2003;267:148-52.
4. Ueda M, Ueki M. Ovarian tumors associated with pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 1996;55:59-65.
5. Schmeler KM, Mayo-Smith W, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obst Gynecol.* 2005;105:1098-103.
6. Whitecar P, Turner S, Higby K. Adnexal masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181:19-24.
7. Platek DN, Herderson CE, Goldberg GL. The management of a persistent mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173:1236-40.
8. Alexander CJ, Bienstock J. Tipos de tumores ginecológicos más frecuentes en el embarazo. *Obst Ginecol Postg.* 2005;6.
9. Fang YM, Gomes J, Lysikiewicz A, Maulik D. Massive luteinized follicular cyst of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2005;105:1218-21.
10. Bernhard LM, Klebba PK, Gray DL, Mutch DG. Predictors of persistence of adnexal masses in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1999;93:585-9.
11. Haddad A, Mulvany N, Billson V, Arnstein M. Solitary luteinized follicle cyst of pregnancy. Report of a case with cytologic findings. *Acta Cytol.* 2000;44:454-8.
12. Kott MM, Schmidt WA. Massive postpartum corpus luteum cyst: a case report. *Human Pathol.* 1981;12:468-70.
13. Clement PB, Scully RE. Large solitary luteinized follicular cyst of pregnancy and puerperium: a clinicopathological analysis of eighth cases. *Am J Surg Pathol.* 1980;4:431-8.
14. Albvukerk JN, Berlin M. Unilateral lutein cyst in pregnancy. *New York State. J Med.* 1976;76:259-61.