

CASO CLÍNICO

1. Instituto Nacional de Perinatología. Ciudad de México, México
2. Instituto Mexicano del Seguro Social, Poza Rica, Veracruz, México
 - a. Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia
 - b. Residente de segundo año de Ginecología y Obstetricia
 - c. Médico jefe de servicio de Obstetricia
 - d. Médico interno de pregrado

Conflictos de interés: no existen con el presente artículo

Financiamiento: propio de los autores

Recibido: 20 setiembre 2019

Aceptado: 24 enero 2020

Publicación online: 8 junio 2020

Correspondencia:

José Luis Dávila Bricio, MD

Departamento de ginecología y obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México, México. Calle Montes Urales 800, Lomas Virreyes, Lomas de Chapultepec IV sección, Alcaldía Miguel Hidalgo, CP 11000, Ciudad de México, México

+52 (442) 3 32 97 12

dr.joseluisdavila@gmail.com

Citar como: Dávila-Bricio JL, Del Castillo-Romero R, Ramírez-Santes VH, García-Licona MA, Sepúlveda-Rivera CM. Quiste torcido de ovario fetal: reporte de un caso. Rev Peru Ginecol Obstet. 2020;66(2) DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2254>

Quiste torcido de ovario fetal: reporte de un caso

Fetal ovarian cyst torsion. A case report

José Luis Dávila-Bricio^{1,a}, Rolando Del Castillo-Romero^{1,b}, Víctor Hugo Ramírez-Santes^{1,c}, Mario Alexis García-Licona^{2,d}, Cintia María Sepúlveda-Rivera^{1,a}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2254>

Resumen

Los quistes ováricos fetales son los tumores abdominales más frecuentemente diagnosticados, generalmente después de las 29 semanas de gestación, cuando el eje hipotálamo hipófisis gónada ha madurado, con una incidencia de 1/2 500 nacidos vivos y de predominio unilateral. Usualmente son pequeños y se resuelven solos sin significado clínico. Se recomienda seguimiento cada dos semanas, siendo los quistes mayores de 4 cm los que presentan mayor frecuencia de complicaciones. Si las características continúan siendo de un quiste simple, se recomienda la resolución a término. Se presenta el caso de una gestante en quien en su control prenatal se encontró una tumoración abdominal consistente con el diagnóstico de quiste fetal. Tuvo seguimiento semanal de los parámetros hemodinámicos fetales y cesárea a las 37 semanas. La laparotomía exploradora y salpingooforectomía izquierda de la neonata tuvo diagnóstico posquirúrgico histopatológico de torsión de quiste ovárico. **Palabras clave.** Neoplasias de ovario, torsión mecánica, Feto.

ABSTRACT

Fetal ovarian cysts are the most frequent fetal abdominal tumors. With an incidence of 1 in 2 500 live births and unilateral predominance, these cysts are generally diagnosed after 29 weeks' gestation, when the hypothalamic-pituitary-gonadal axis has reached maturity. They are usually small, self-resolving and have limited clinical impact. Follow-up every two weeks is recommended; cysts larger than 4 cm have the highest complication rates. If it consistently presents the features of a simple cyst, it is recommended to wait until term for resection. We report the case of a fetus with an abdominal tumor diagnosed as fetal cyst, which prompted weekly monitoring of fetal hemodynamic parameters and cesarean section at 37 weeks. The newborn underwent laparotomy with left salpingo-oophorectomy. Fetal ovarian cyst torsion was diagnosed by histological examination.

Key words: Ovarian neoplasms, mechanical torsion, Fetus.

INTRODUCCIÓN

Los quistes ováricos fetales son tumores abdominales diagnosticados con mayor frecuencia después de las 29 semanas de gestación, cuando el eje hipotálamo hipófisis gónada ha madurado⁽¹⁾; la incidencia es 1/2 500 nacidos vivos y de predominio unilateral.

En la mayoría de los casos son pequeños y se resuelven sin problemas clínicos. Sin embargo, pueden presentar complicaciones, como torsión, con indicación de resolución quirúrgica del embarazo⁽²⁾.

La etiología se desconoce; se considera que la estimulación hormonal es la principal causa de la enfermedad (hCG-β, gonadotropinas fetales, estradiol materno). El cese de los estímulos hormonales al nacimiento genera la remisión espontánea, en la mayoría de los casos⁽¹⁾.

COMUNICACIÓN DEL CASO

Se comunica el caso de una mujer de 33 años con dos gestaciones, antecedente de cesárea a las 38 semanas, feto sin alteraciones; no había otros antecedentes de importancia. Acudió a tamizaje de primer trimestre del embarazo, con 13,3 semanas de gestación (SDG); el feto no mostró alteraciones evidentes al ultrasonido (figura 1).



FIGURA 1. PERÍMETRO ABDOMINAL A LAS 13,3 SEMANAS DE GESTACIÓN.



El embarazo fue normoevolutivo. El ultrasonido estructural a las 20,3 semanas indicó integridad anatómica, sin anomalías evidentes, perímetro abdominal en percentil 74, una semana mayor a la fetometría (21,3 SDG) (figura 2).

Durante el seguimiento, en el estudio por ultrasonido a las 27,5 SDG, el peso fue estimado en 1 548 g, percentil 68, perímetro abdominal percentil 85, es decir, dos semanas 4 días mayor con relación a la fecha de última menstruación (30,2 SDG).

A las 32,3 SDG, se observó una tumoración abdominal fetal que, en la evaluación por medicina materno fetal, se halló perímetro abdominal en percentil 94, dos semanas más con relación a la fecha de última menstruación (34,3 SDG) y presencia de tumoración abdominal en flanco izquierdo por debajo del estómago, de 3,83 x 4,7 cm, bien delimitada, con diagnóstico probable de peritonitis meconial; no se consideró indicación quirúrgica y se decidió la vigilancia del feto (figura 3).

FIGURA 2. PERÍMETRO ABDOMINAL A LAS 20,3 SEMANAS DE GESTACIÓN, UNA SEMANA MAYOR A LA QUE CORRESPONDÍA POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN.

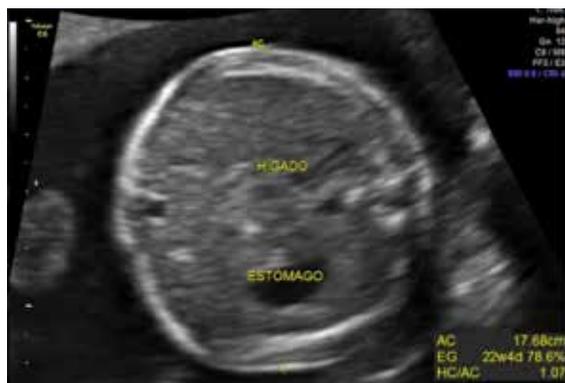


FIGURA 3. TUMORACIÓN ABDOMINAL EN FLANCO IZQUIERDO, POR DEBAJO DEL ESTÓMAGO, DE 3,83 x 4,7 CM, A LAS 32,3 SEMANAS DE GESTACIÓN.



En la semana posterior, el perímetro abdominal estaba en percentil >97, dos semanas con 3 días mayor a la fetometría (35,3 SDG), y mostró la tumoración abdominal en flanco izquierdo con aumento en su tamaño, 5,53 x 4,52 cm, incremento del grosor de las paredes intestinales adyacentes; la hemodinamia no tenía alteraciones, líquido amniótico normal, feto con prueba sin estrés reactiva. Al no encontrar alteraciones hemodinámicas, se decidió mantener la observación hasta llegar a término (figura 4).

En la siguiente semana, la evaluación de la tumoración no mostró aumento de los diámetros, con pruebas de bienestar fetal en rangos normales, programándose la interrupción del embarazo a las 37 SDG. Se realizó cesárea, sin complicaciones, recién nacido femenino con peso 3 150 g, talla 48 cm, Apgar 8/9, Silverman 2, sin requerimiento de oxígeno.

En las primeras 24 horas del nacimiento, se realizó ultrasonido abdominal de la neonata, que informó masa quística tabicada en su interior,

FIGURA 4. TUMORACIÓN ABDOMINAL EN FLANCO IZQUIERDO CON AUMENTO EN SU TAMAÑO, 5,53 x 4,52 CM, A LAS 33,3 SEMANAS DE GESTACIÓN.





en cuadrante inferior izquierdo, probable peritonitis meconial; la tomografía axial computada mostró presencia de masa abdominal con diagnóstico de probable peritonitis meconial izquierda versus quiste complejo de ovario izquierdo.

Se programó para laparotomía exploradora izquierda, encontrándose masa quística dependiente de ovario izquierdo; se practicó salpingooforectomía. Durante el seguimiento posquirúrgico, la neonata fue egresada al segundo día sin complicaciones asociadas y con seguimiento pediátrico sin alteraciones.

El reporte histopatológico fue nódulo quístico de 4,5 x 3,0 x 3,0 cm. Al corte, lesión quística uniloculada, de paredes internas lisas, con material de aspecto hemático friable. El diagnóstico fue quiste torcido de ovario izquierdo (figura 5). El diagnóstico histopatológico definitivo fue cistoadenoma seroso de ovario izquierdo.

DISCUSIÓN

Algunos de los factores de riesgo descritos para la formación de los quistes de ovario fetales incluyen la disrupción en la circulación de la gónada primaria, hipotiroidismo fetal, hiperplasia adrenal congénita. Pueden coexistir quistes maternos y fetales, que supondrían una probable etiología compartida⁽¹⁾.

El abordaje de una masa abdominal fetal presenta como diagnósticos probables hidronefrosis, megavejiga, atresia anal, quiste del uraco, pseudoquiste meconial, hidrometrocolpos o quiste fetal⁽³⁾.

FIGURA 5. QUISTE TORCIDO DE OVARIO IZQUIERDO, CON PESO DE 14 G Y QUE MIDE 4,5 x 3,0 x 3,0 CM.



A pesar de que los quistes pueden causar anemia fetal, compresión o rotura durante el periodo prenatal, la complicación más común es la hemorragia intraquística seguida de torsión. Aún no existe consenso en su manejo o el momento oportuno para la resolución⁽⁴⁾.

El método para evaluar la torsión de un quiste de ovario fetal (que se encuentra en el abdomen y no en la pelvis) consiste en medir el pedúnculo como una herramienta más efectiva que la medición de los diámetros del quiste. Sin embargo, como debe ser medido por ultrasonido abdominal, se considera una técnica compleja y por lo tanto no reproducible en el periodo antenatal⁽⁵⁾.

Se recomienda su seguimiento cada dos semanas posterior al diagnóstico, siendo los quistes mayores de 4 cm los que presentan más complicaciones. Si las características continúan siendo de un quiste simple, la resolución a término es una opción recomendada⁽⁴⁾.

El cambio de quiste simple a hemorrágico es un parámetro importante para predecir la torsión. Las razones para interrumpir el embarazo valorando el riesgo beneficio son: las complicaciones inherentes a la torsión, la sospecha de una tumoración anexial y la obstrucción abdominal que pueden generar. Se ha considerado que la interrupción del embarazo posterior a la maduración pulmonar en un quiste torcido puede salvar la vida del feto (complicaciones necróticas de la torsión) así como del ovario, con un lapso no mayor a dos semanas entre el diagnóstico y la resolución⁽⁴⁾.

En conclusión, se considera que los quistes de ovario fetal tienen frecuencia baja, a pesar de ser los principales diagnosticados en el periodo prenatal. El caso clínico presentado refleja la dificultad en el diagnóstico antenatal, así como el seguimiento cercano hasta alcanzar el término, siempre y cuando no se presenten complicaciones. También, la necesidad de una valoración neonatal integral al nacimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Erol O, Erol MB, İsenlik BS, Özkiraz S, Karaca M. Prenatal diagnosis of fetal ovarian cyst: case report and review of the literature. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2013;14(2):119. doi: 10.5152/jtgga.2013.58855
2. Kwak DW, Sohn YS, Kim SK, Kim IK, Park YW, Kim YH. Clinical experiences of fetal ovarian cyst: diagnosis and consequence. *J Korean Med Sci.* 2006 Aug 1;21(4):690-4.



doi: 10.3346/jkms.2006.21.4.690

3. Tyraskis A, Bakalis S, David AL, Eaton S, De Coppi P. A systematic review and meta-analysis on fetal ovarian cysts: impact of size, appearance and prenatal aspiration. *Prenat Diagn.* 2017 Oct 1. doi: 10.1002/pd.5143
4. Yilanlioglu NC, Semiz A, Akpak YK, Sarimurat N, Tutak E, Cekmez Y, Ozben M, Karaca N. Fetal ovarian cyst torsion: Antenatal evaluation and management. *Bezmi Sci.* 2016;2:80-2 doi: 10.14235/bs.2016.764
5. Trinh TW, Kennedy AM. Fetal ovarian cysts: review of imaging spectrum, differential diagnosis, management, and outcome. *Radiographics.* 2015 Mar 12;35(2):621-35. doi: 10.1148/rg.352140073