

# CASO CLÍNICO

1. Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú
2. Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú
3. Clínica Internacional, Lima, Perú
  - a. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Docente Ginecología y Obstetricia, ORCID 0000-0003-3237-8887
  - b. Médico Residente en Ginecología y Obstetricia, ORCID 0009-0006-0688-5649

**Reconocimiento de autoría:** Los autores declaran que han realizado aportes a la idea, diseño del estudio, recolección de datos, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del contenido intelectual y aprobación final del manuscrito que estamos enviando.

**Responsabilidades éticas:** Los autores declaran haber obtenido el consentimiento informado de la paciente de esta investigación y que no ha sido utilizada inteligencia artificial en esta investigación.

**Financiamiento:** Autofinanciado

**Conflicto de intereses:** Ninguno

**Recibido:** 29 septiembre 2024

**Aceptado:** 9 noviembre 2024

**Publicación en línea:** 12 marzo 2025

**Correspondencia:**

Jorge Luis Minchola Vega

Jirón Juan Soto Bermeo N° 196, Surco, Lima.

968496317

jorgemincholavega@gmail.com

**Citar como:** Minchola Vega JL, Guerrero Campos R. Quiste de ovario fetal, diagnóstico prenatal y manejo posnatal. *Rev peru ginecol obstet.* 2025;71(1). Doi: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v71i2735>

# Quiste de ovario fetal, diagnóstico prenatal y manejo posnatal

## Prenatal diagnosis and postnatal management of fetal ovarian cyst

Jorge Luis Minchola Vega<sup>1,2,3,a</sup>, Rider Guerrero Campos<sup>1,b</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v71i2735>

### RESUMEN

Los quistes de ovario en el feto son las tumoraciones que se detectan con mayor frecuencia en la etapa prenatal. Se diagnostican ecográficamente durante el tercer trimestre a nivel abdominal como una imagen anecogénica, unilocular, en la que puede estar presente el signo del 'quiste hijo'. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras lesiones quísticas intraabdominales. El tamaño del quiste, las características ecográficas y la presencia de síntomas o complicaciones serán los determinantes para el manejo perinatal, en la que se incluye el manejo conservador, la aspiración prenatal del quiste y la cirugía posnatal. Se comunica el caso de una gestante de 30 semanas con feto femenino que presentó un quiste abdominal dependiente de anexo que en el transcurso de sus controles ecográficos mostró un incremento en el tamaño y un cambio en el patrón ecográfico. Durante la etapa posnatal requirió de un manejo quirúrgico vía laparoscópica, con evolución favorable y seguimiento por consultorio externo sin complicaciones.

**Palabras clave.** Quistes ováricos, Diagnóstico prenatal, Ultrasonografía, Torsión ovárica

### ABSTRACT

Ovarian cysts in the fetus are the tumors most frequently detected in the prenatal stage. They are diagnosed by ultrasound during the third trimester at the abdominal level as an anechoic, unilocular image, in which the sign of the 'daughter cyst' may be present. Differential diagnosis must be made with other intra-abdominal cystic lesions. The size of the cyst, the ultrasound characteristics and the presence of symptoms or complications will be the determining factors for perinatal management, which includes conservative management, prenatal aspiration of the cyst and postnatal surgery. We report the case of a 30-week pregnant woman with a female fetus who presented an abdominal cyst dependent on an adnexum which during the course of her ultrasound controls showed an increase in size and a change in the ultrasound pattern. During the postnatal stage, surgical management via laparoscopy was required, with favorable evolution and follow-up by outpatient clinic without complications.

**Key words:** Ovarian cysts, Prenatal diagnosis, Ultrasonography, Ovarian torsion

### INTRODUCCIÓN

Los quistes de ovario en el feto son los tumores intraabdominales que se detectan con mayor frecuencia durante el periodo prenatal, con una incidencia de 1 en 2,600 embarazos<sup>(1)</sup>.

Existe controversia en cuanto a la fisiopatología. Se postula que los quistes ováricos se originan por la exposición del ovario fetal a los niveles incrementados del estrógeno materno, la gonadotropina fetal y la gonadotropina coriónica humana placentaria<sup>(2)</sup>. A causa de esta estimulación hormonal gran parte de los quistes son funcionales, asintomáticos, benignos, y aquellos que miden <4 cm pueden presentar una resolución espontánea durante el embarazo o después del nacimiento<sup>(1)</sup>.

Se ha publicado casos de quistes ováricos fetales asociados a la diabetes mellitus, preeclampsia, hipotiroidismo e inmunización Rh; se requieren estudios más amplios para comprobar esta asociación<sup>(3-5)</sup>.

El diagnóstico se realiza mediante ecografía, generalmente durante el tercer trimestre. En los fetos femeninos se observa una estructura quística, unilocular, circunscrita en el abdomen, con integridad de los sistemas uri-



nario y gastrointestinal<sup>(3,6)</sup>. Un hallazgo ecográfico a resaltar es la presencia del signo del 'quiste hijo', que es una estructura anecoica, redondeada de 2 a 8 mm que puede encontrarse dentro o fuera del quiste principal<sup>(7)</sup>. Este 'quiste hijo' puede corresponder a un folículo intraovárico en desarrollo, por lo cual este signo puede ser de utilidad para el diagnóstico del quiste ovárico<sup>(8)</sup>. Generalmente los quistes son unilaterales y ocasionalmente se han reportado quistes bilaterales<sup>(9,10)</sup>.

Según las características ecográficas, se les clasifica en 2 tipos. Los quistes simples son anecoicos, uniloculares, de pared lisa y delgada. Los quistes complejos son heterogéneos, multiloculados, de pared gruesa, con componentes ecogénicos, sólidos y tabiques internos<sup>(11)</sup>. Los quistes complejos son habitualmente secundarios a una hemorragia intraquistica o torsión ovárica<sup>(3)</sup>.

Se ha observado que los quistes  $\geq 4$  cm y/o complejos pueden causar complicaciones graves en el feto, como la torsión o necrosis ovárica que en algunos casos originan taquicardia fetal debido a la irritación peritoneal. También se ha publicado la rotura espontánea del quiste, ascitis, polihidramnios y compresión de las estructuras vecinas<sup>(2,10)</sup>.

Si bien los quistes no están asociados con anomalías genéticas o estructurales, se recomienda realizar una evaluación ecográfica completa de la anatomía fetal y hacer el diagnóstico diferencial con lesiones quísticas abdominales de origen genitourinario, gastrointestinal o linfático. Adicionalmente se podría utilizar la resonancia magnética prenatal para excluir estas lesiones<sup>(5,12)</sup>.

Es preciso mencionar que el tratamiento óptimo de los quistes ováricos fetales es incierto. Las opciones incluyen un manejo conservador, aspiración prenatal del quiste y quistectomía posnatal. Además, el momento y la vía del parto no deberían estar condicionados por la presencia de un quiste ovárico, pues es posible un parto vaginal espontáneo y se reservará la cesárea según indicaciones obstétricas<sup>(3,4,13)</sup>.

Se describe el caso de una gestante de 30 semanas con diagnóstico de quiste ovárico fetal y tratamiento quirúrgico laparoscópico posnatal sin complicaciones y evolución favorable.

## COMUNICACIÓN DEL CASO

Se describe el caso de una paciente de 28 años, secundigesta, con parto vaginal previo, sin antecedentes patológicos, ni quirúrgicos de interés. Tuvo 4 controles prenatales en centro de salud con exámenes de laboratorio dentro del rango normal y grupo sanguíneo O Rh positivo. Contaba con ecografía para cribado de aneuploidías del primer trimestre y ecografía morfológica a las 22 semanas sin alteraciones.

Fue referida al hospital a las 30 semanas de gestación para ecografía obstétrica, en la cual se evidenció gestación única con 145 latidos por minutos, peso fetal estimado de 1,510 g, en el percentil 58 para la edad gestacional, líquido amniótico en volumen normal y placenta corporal anterior. A nivel lateral derecho del abdomen fetal, en un plano oblicuo se observó una imagen anecogénica unilocular de 25,9 x 21,4 mm de bordes regulares, sin presencia de partes sólidas en su interior, ni vascular al Doppler color. Este quiste se encontraba por debajo del riñón ipsilateral y por encima de la vejiga (figura 1). En una vista coronal, los riñones se encontraban ecográficamente normales. El sexo fetal fue femenino (figura 2) y el resto de la evaluación anatómica no presentó alteraciones estructurales. Por ello se realizó el diagnóstico de un quiste de ovario derecho y se sugirió controles ecográficos cada 3 semanas, no encontrándose cambios significativos.

Sin embargo, a las 39 semanas de gestación se observó que el quiste tenía unas dimensiones de 44 x 23 mm, con una apariencia multiloculada, de paredes gruesas, tabiques internos (figura 3), sin presencia de ascitis y con volumen del líquido amniótico en rango normal.

Una semana después acudió a emergencia por presentar contracciones uterinas y se produjo un parto por vía vaginal, en el que se obtuvo un recién nacido vivo, sexo femenino, de 3 390 g adecuado para la edad gestacional y un Apgar de 9 al minuto y 9 a los 5 minutos.

En el examen físico del recién nacido, a nivel de hemiabdomen derecho se palpó una tumoración blanda. Una ecografía abdominal evidenció un quiste intraabdominal de 4 x 2 cm con presencia



FIGURA 1. FETO A LAS 30 SEMANAS, MOSTRANDO EL PLANO OBLICUO DEL ABDOMEN FETAL. SE OBSERVA QUISTE UNILOCLAR (+), POR DEBAJO DE RIÑÓN DERECHO (#) Y ENCIMA DE VEJIGA (\*).

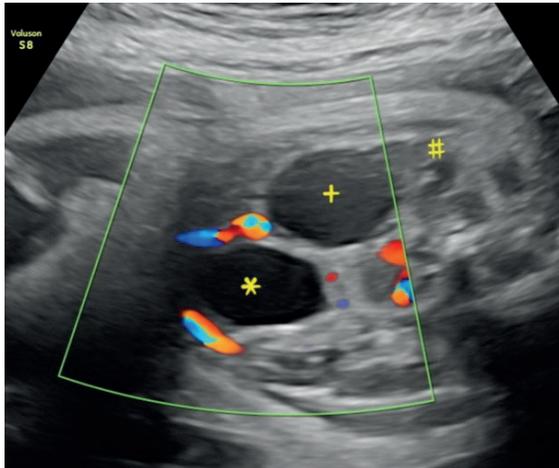


FIGURA 2. EN CORTE CORONAL SE OBSERVAN RIÑONES ECOGRÁFICAMENTE NORMALES (A) Y SEXO FEMENINO (B).

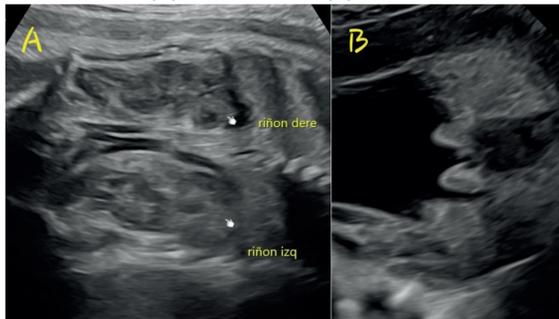
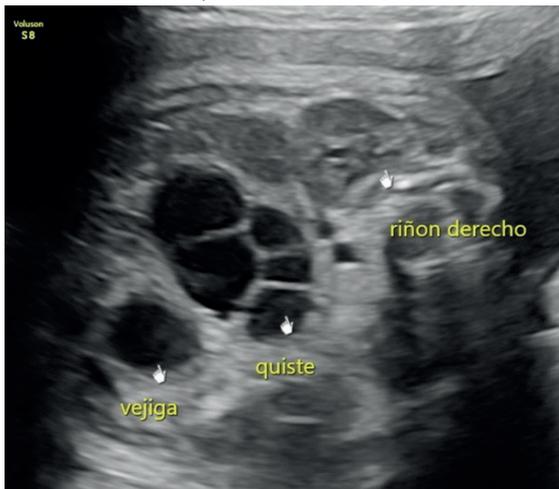


FIGURA 3. FETO A LAS 39 SEMANAS; SE OBSERVA QUISTE MULTILOCULADO DE PAREDES Y TABIQUES INTERNOS.



de tabiques en su interior. Cirugía pediátrica la evaluó y al momento no fue tributaria de manejo quirúrgico y se decidió control en 1 mes.

En el control, el neonato se encontraba irritable, con tendencia al llanto, succión débil y abdomen distendido, por lo cual se programó para

una quistectomía vía laparoscópica. Durante el intraoperatorio se observó una tumoración grisácea de paredes lisas de 7 x 5 cm dependiente de anexo derecho con pedículo torcido y anexo contralateral sin alteraciones. El procedimiento quirúrgico culminó sin complicaciones con evolución favorable, por lo que fue dada de alta a las 72 horas. Posteriormente se realizó seguimientos por consultorio externo, presentando buen estado general.

## DISCUSIÓN

En el feto femenino, el ovario es un órgano abdominal que está inactivo y se ha propuesto que los estímulos hormonales pueden desarrollar los quistes ováricos<sup>(2)</sup>.

La evaluación ecográfica durante la etapa prenatal ha permitido el incremento del diagnóstico. Chen<sup>(6)</sup> informó que el 87,2% de los casos pueden ser detectados después de las 28 semanas de gestación. Con un diámetro máximo entre 12 mm y 66 mm, el 94,1% fueron unilaterales y 5,9% bilaterales. En nuestro caso, el diagnóstico se realizó en el tercer trimestre del embarazo, fue un quiste unilateral derecho que llegó a tener un diámetro máximo de 44 mm.

En el curso natural del quiste ovárico, el diámetro máximo proporciona una información relevante sobre la posibilidad de regresión sin complicaciones<sup>(3)</sup>. Por lo cual la literatura recomienda utilizar como punto de corte 4 cm<sup>(1)</sup>. En base a esto, Akalin<sup>(10)</sup> mostró que la tasa de resolución prenatal en quistes <4 cm fue de 66,7% en contraste con los 33,7% de los quistes ≥4 cm. Por otro lado, es importante destacar las características ecográficas del quiste y, de acuerdo a Nussbaum<sup>(11)</sup>, los quistes pueden ser agrupados en simples y complejos. Esto nos permitirá valorar la presencia de complicaciones que podrían ocasionar un daño ovárico en el recién nacido.

Una potencial complicación grave en el feto es la torsión ovárica que se puede observar en el 21,8% de los casos, de los cuales el 44,9% son debidos a quistes complejos<sup>(1)</sup>. Una vez que se detecta el quiste, los estudios recomiendan realizar controles ecográficos; sin embargo, no se establece la frecuencia<sup>(6,14,15)</sup>. En el caso comunicado, durante las evaluaciones ecográficas se observó que el quiste tuvo un incremento en el tamaño y un cambio en el patrón ecográfico. Estos cam-



bios pueden suceder durante o después de la gestación hasta en un 12%, lo cual coincide con lo hallado por Chen<sup>(6)</sup> y Galinier<sup>(9)</sup>. Por ello se recomienda realizar seguimientos ecográficos incluso después del nacimiento para planificar el manejo.

Cabe destacar que los quistes ováricos detectados mediante ultrasonido tienen una tasa de falsos positivos de 7,5%<sup>(1)</sup>. Por lo cual, ante la presencia de un quiste abdominal se debe realizar el diagnóstico diferencial con las principales patologías intraabdominales resumidas en la tabla 1<sup>(2,12,16)</sup>.

En cuanto al manejo, no existe un consenso establecido. La elección de las opciones terapéuticas debe basarse en el tamaño, las características ecográficas y la presencia de síntomas o complicaciones tanto en el periodo prenatal como en el posnatal<sup>(17)</sup>. Como se mencionó previamente, un quiste <4 cm puede ser candidato para un manejo expectante debido a que presenta una alta tasa de resolución<sup>(10)</sup>. La aspiración prenatal es un procedimiento mínimamente invasivo utilizado para reducir el tamaño del quiste. No obstante, se publican resultados controversiales debido a

las complicaciones<sup>(4)</sup>. Por último, el manejo quirúrgico posnatal tiene como objetivo preservar el tejido ovárico tanto como sea posible, el cual estará indicado en quistes persistentes, sintomáticos, complejos y quistes >5 cm o con aumento progresivo del tamaño. Esto se puede realizar vía laparotomía o laparoscopia, incluyendo la aspiración, fenestración, escisión de quistes y ooforectomía<sup>(18-20)</sup>. En el caso presentado, durante la etapa prenatal se realizó un manejo expectante. Sin embargo, en la etapa posnatal el quiste incrementó de tamaño y se asoció a sintomatología, por lo cual se realizó la quistectomía laparoscópica.

En conclusión, el quiste ovárico en el feto es la tumoración abdominal más frecuente que se detecta mediante ecografía durante el tercer trimestre del embarazo. Se puede clasificar en quiste simple y complejo. El tamaño, las características ecográficas y la presencia de síntomas o complicaciones serán los determinantes para el manejo perinatal. Gran parte de estos quistes pueden presentar resolución espontánea; sin embargo, algunos requerirán de un tratamiento quirúrgico posnatal. .

TABLA 1. DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DIFERENCIAL DE QUISTES ABDOMINALES

Tipo de quiste	Localización	Características ecográficas
Quistes de duplicación entérica	Región ileocecal	Quiste redondo o tubular con contenido ecogénico y caracterizado por el signo de la doble pared
Quistes del colédoco	Cuadrante superior derecho en la región del hilio hepático	Dilatación quística o fusiforme de los conductos extrahepáticos
Pseudoquistes de meconio	Intestinal	Masa quística con contenido y pared ecogénica que a veces muestra focos de calcificación
Quiste renal	Posición posterior adyacente a la columna vertebral.	Quiste unilocular en el parénquima renal, no está septado y no se comunica con la pelvis renal
Riñones displásicos multiquisticos	Fosa renal cerca de la columna vertebral	Múltiples quistes de diferentes tamaños que no se comunican entre sí
Quiste o remanente del uraco	Línea media anterior del abdomen	Estructura anecoica contigua o separada de la vejiga
Hidrocolpos	Línea media	Gran estructura quística con contenido ecogénico de paredes delgadas. La vejiga se desplaza anteriormente o está vacía debido a la compresión extrínseca
Linfangioma	A nivel abdominal, la mayoría se encuentran en el mesenterio	Quiste anecoico, grande, de paredes delgadas, multilocular con múltiples tabiques



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bascietto F, Liberati M, Marrone L, Khalil A, Pagani G, Gustapane S, et al. Outcome of fetal ovarian cysts diagnosed on prenatal ultrasound examination: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;50(1):20–31. doi:10.1002/uog.16002
2. Trinh TW, Kennedy AM. Fetal Ovarian Cysts: Review of Imaging Spectrum, Differential Diagnosis, Management, and Outcome. *RadioGraphics* [Internet]. 2015 Mar 12 [cited 2024 Sep 1]. <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.352140073>
3. Heling KS, Chaoui R, Kirchmair F, Stadie S, Bollmann R. Fetal ovarian cysts: prenatal diagnosis, management and postnatal outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002;20(1):47–50. doi:10.1046/j.1469-0705.2002.00725.x
4. 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;37(10):951–8. doi:10.1002/pd.5143
5. Rotar IC, Tudorache S, Staicu A, Popa-Stanila R, Constantin R, Surcel M, et al. Fetal Ovarian Cysts: Prenatal Diagnosis Using Ultrasound and MRI, Management and Postnatal Outcome—Our Centers Experience. *Diagnostics.* 2022 Jan;12(1):89. doi:10.3390/diagnostics12010089
6. Chen L, Hu Y, Hu C, Wen H. Prenatal evaluation and postnatal outcomes of fetal ovarian cysts. *Prenat Diagn.* 2020;40(10):1258–64. doi:10.1002/pd.5754
7. Lee HJ, Woo SK, Kim JS, Suh SJ. “Daughter Cyst” Sign. *Am J Roentgenol.* 2000 Apr;174(4):1013–5. doi:10.2214/ajr.174.4.1741013
8. Quarello E, Gorincour G, Merrot T, Boubli L, d’Ercole C. The ‘daughter cyst sign’: a sonographic clue to the diagnosis of fetal ovarian cyst. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;22(4):433–4. doi:10.1002/uog.222
9. Galinier P, Carfagna L, Juricic M, Lemasson F, Moscovici J, Guitard J, et al. Fetal ovarian cysts management and ovarian prognosis: a report of 82 cases. *J Pediatr Surg.* 2008 Nov 1;43(11):2004–9. doi:10.1016/j.jpedsurg.2008.02.060
10. Akalin M, Demirci O, Dayan E, Odacilar AS, Ocal A, Celayir A. Natural history of fetal ovarian cysts in the prenatal and postnatal periods. *J Clin Ultrasound.* 2021;49(8):822–7. doi:10.1002/jcu.23044
11. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS, Dudgeon DL, Parmley TH. Neonatal ovarian cysts: sonographic-pathologic correlation. *Radiology* [Internet]. 1988 Sep 1 [cited 2024 Sep 3]. <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiology.168.3.3043551>.
12. Silva CT, Engel C, Cross SN, Copel JE, Morotti RA, Baker KE, et al. Postnatal Sonographic Spectrum of Prenatally Detected Abdominal and Pelvic Cysts. *Am J Roentgenol.* 2014 Dec;203(6):W684–96. doi:10.2214/AJR.13.12371
13. Bryant AE, Laufer MR. Fetal ovarian cysts: incidence, diagnosis and management. *J Reprod Med.* 2004 May 1;49(5):329–37.
14. Gallego M, Galindo A, Cano I, Rasero M, Escribano D, Orbea C, et al. Quistes de ovario fetales: características prenatales y evolución posnatal. *Prog Diagn Trat Prenat Ed Impr.* 2004;69–74.
15. Moreno P R, Savirón C R, Corona B C, Lerma P D, Corbacho G T. Diagnóstico prenatal de 10 quistes de ovario fetal: manejo posnatal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013;78(1):19–25. doi:10.4067/S0717-75262013000100004
16. McEwing R, Hayward C, Furness M. Foetal cystic abdominal masses. *Australas Radiol.* 2003;47(2):101–10. doi:10.1046/j.0004-8461.2003.01136.x
17. Bucuri C, Miha D, Malutan A, Oprea V, Berceanu C, Nati I, et al. Fetal Ovarian Cyst—A Scoping Review of the Data from the Last 10 Years. *Medicina (Mex).* 2023 Feb;59(2):186. doi:10.3390/medicina59020186
18. Alvarez ALA, Santomil PT, Serna JMP, Chávez LLR, Gallart RM, Martínez EE, et al. Tratamiento quirúrgico de los quistes ováricos perinatales. *Cir Pediatr.* 2010;23(4):225–8.
19. Pujar VC, Joshi SS, Pujar YV, Dhumale HA. Role of Laparoscopy in the Management of Neonatal Ovarian Cysts. *J Neonatal Surg.* 2014 Apr 1;3(2):16.
20. Monnery-Noché ME, Auber F, Jouannic JM, Bénifla JL, Carbonne B, Dommergues M, et al. Fetal and neonatal ovarian cysts: is surgery indicated? *Prenat Diagn.* 2008;28(1):15–20. doi:10.1002/pd.1915