

## PRESENTACIÓN DE CASO

**Diagnóstico ultrasonográfico prenatal y seguimiento postnatal de quiste de ovario en neonatos****Prenatal ultrasonographic diagnosis and postnatal follow-up of ovarian cyst in neonates**

Gretel Fernández Núñez,<sup>I</sup> Guillermo Hernández Guillama,<sup>II</sup> José Manuel Inclán Llanes,<sup>III</sup> Tamara Marichal Capote<sup>IV</sup>

<sup>I</sup>Especialista de I grado en Neonatología. Profesor Instructor. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital Ginecobstétrico "Manuel Fajardo". Güines, Mayabeque, Cuba. E-mail: [gretelfdez@infomed.sld.cu](mailto:gretelfdez@infomed.sld.cu)

<sup>II</sup>Especialista de I grado en Ginec Obstetricia. Profesor Asistente. Máster en Atención Integral a la Mujer. Hospital Ginecobstétrico "Manuel Fajardo". Güines, Mayabeque, Cuba. E-mail: [ghdez@infomed.sld.cu](mailto:ghdez@infomed.sld.cu)

<sup>III</sup>Especialista de I grado en Imagenología y de I grado en Medicina General Integral. Hospital Universitario "Calixto García". La Habana, Cuba. E-mail: [gretelfdez@infomed.sld.cu](mailto:gretelfdez@infomed.sld.cu)

<sup>IV</sup>Especialista de I grado en Ginec Obstetricia. Profesor Instructor. Hospital Ginecobstétrico "Manuel Fajardo". Güines, Mayabeque, Cuba. E-mail: [tamaramarichal@infomed.sld.cu](mailto:tamaramarichal@infomed.sld.cu)

**RESUMEN**

Los quistes ováricos son el tumor abdominal más frecuente en las recién nacidas, que pueden presentar complicaciones agudas y a largo plazo. La más frecuente es la torsión anexial que es de difícil reconocimiento en la etapa neonatal. El diagnóstico prenatal de quiste simple de ovario fetal es fundamental para el manejo oportuno de las pacientes y requiere de una monitorización ecográfica periódica. Teniendo en cuenta el desarrollo de la ecografía para el diagnóstico prenatal de malformaciones y algunas enfermedades, se presentan dos casos de recién nacidas de sexo femenino, con imágenes compatibles en el ultrasonido prenatal con quiste de ovario, lo que se demostró después del nacimiento, que posteriormente fueron operadas con una evolución satisfactoria.

**Palabras clave:** diagnóstico prenatal, quiste de ovario, recién nacido.

**ABSTRACT**

Ovarian cysts are the most common abdominal tumor in newborn females, which may present acute and long-term complications. The most common is the adnexal torsion which is difficult to recognize in the neonatal period. Prenatal diagnosis of fetal simple ovarian cyst is essential for the timely management of patients and requires periodic ultrasonic monitoring. Considering the development of ultrasonography for prenatal diagnosis of malformations and certain diseases, it is presented two cases of newborn females with compatible images in prenatal ultrasound with ovarian cyst, which was demonstrated after birth, which were subsequently operated with a satisfactory outcome.

**Key words:** prenatal diagnosis, ovarian cyst, newborn.

## INTRODUCCIÓN

El ovario es un órgano de caracteres polimorfos, los cuales se encuentran muy interrelacionados. Diversos factores genéticos embriológicos, entogenéticos, así como estructurales y funcionales, experimentan una interacción de la cual puede emanar una enorme capacidad tumoral: benigna o maligna; tanto es así, que es universalmente aceptado este órgano como el asiento de la patología más diversa.<sup>1</sup>

El uso rutinario de la ecografía durante la gestación ha incrementado la detección prenatal de quistes ováricos. Los folículos primarios del ovario fetal se desarrollan a las 20 semanas de gestación y la formación de pequeños quistes foliculares constituye un evento normal. Solo el 20% de estos son mayores de 9 milímetros, y se consideran patológicos si son mayores de 2 centímetros.

Su etiología no está aún definida, pero se consideran resultado de la estimulación folicular ovárica por los estrógenos maternos, gonadotropina coriónica placentaria y gonadotropina fetal. Se presentan con mayor frecuencia en el tercer trimestre de gestación y en algunas complicaciones maternas como preclampsia, diabetes mellitus e isoinmunización Rh, debido al incremento de la gonadotropina placentaria.<sup>2-4</sup>

En una década atrás estaban apenas descritos en la literatura cerca de 100 casos de quiste de ovario fetal. Los quistes y tumores de ovario son poco frecuentes en la infancia, estos representan el 1 % aproximadamente de los procesos tumorales durante esta etapa de vida. Los hallazgos histológicos suelen ser muy variados y la mayoría de los autores concuerdan en que más del 50 % de estos se corresponden con quistes simples, teratomas benignos y quiste folicular, siendo el resto procesos expansivos en los que es posible encontrar distintos grados de malignidad.<sup>4</sup>

Sus formas clínicas de presentación muestran una variabilidad notable, debido al volumen del tumor en sí, o por una de sus complicaciones (torsión, hemorragia, ruptura o infección), hacer el diagnóstico correcto es muy importante, puesto que la cirugía con extracción completa del ovario (ooforectomía) puede afectar a las pacientes en la adolescencia y en la adultez, en quienes se podría según el caso, realizar una cirugía conservadora.<sup>5</sup>

El manejo es motivo de discusión dependiendo del momento del diagnóstico, de las características del quiste y si presenta complicaciones. En el neonato se presenta con sintomatología tardía e inespecífica, por lo que el diagnóstico precoz es un desafío. El diagnóstico de ellos se ha incrementado gracias al uso rutinario de ultrasonografía en el control prenatal.<sup>6</sup>

A pesar, del diagnóstico y manejo oportuno de los quistes de ovario fetales, continúan presentándose complicaciones en las recién nacidas, lo cual constituye un problema para la medicina actual. Se presentan estos dos casos, con el objetivo de describir el resultado del diagnóstico ultrasonográfico prenatal y seguimiento postnatal de quiste de ovario en neonatos del Hospital Materno "Comandante Manuel Piti Fajardo" del municipio de Güines, provincia Mayabeque.

## PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

### Caso 1:

Recién nacido femenino, fecha de nacimiento: 12 de febrero de 2012, historia clínica: 830128, hijo de madre de 29 años con antecedentes patológicos personales: enfermedad de Gilbert, con historia obstétrica de gesta: 6 partos, 0 abortos, 6 abortos espontáneos, atendida por infertilidad con medicamentos gonadotropina coriónica humana, clomifeno, se realiza diagnóstico por ultrasonido a las 34 semanas de quiste de ovario fetal. Se mantiene control semanal que demuestra persistencia de la lesión sin variaciones significativas, a las 35,6 semanas se presenta el parto se realiza cesárea, obteniéndose neonato de 3550 gramos, Apgar 9/9.

### Examen físico:

Normal, especificando abdomen blando, depresible e indoloro, sin tumor a la palpación. Se confirma genitales externos sanos con vagina permeable.

ID: Recién nacido pretérmino normopeso.

Quiste de ovario izquierdo.

### Ultrasonido abdominal:

A las 8 horas de nacido se realiza ultrasonido donde se observa imagen ecolúcida en ovario izquierdo con tabiques en su interior que mide 30 mm (figura 1), se realizan coordinaciones para traslado al Hospital Pediátrico "William Soler" de La Habana para intervención quirúrgica. Se opera a los 3 días de vida, se realiza resección del quiste que se encontraba torcido.



**Fig. 1.** Ultrasonido abdominal en recién nacida, se observa quiste de ovario izquierdo con tabiques.

### Caso 2

Recién nacido femenino, hijo de madre de 38 años con antecedentes de salud negativo, fecha de nacimiento: 13 de octubre de 2013, historia clínica: 750418, con historia obstétrica de gesta: 0 partos, 0 abortos, atendida por infertilidad con medicamentos gonadotropina coriónica humana, clomifeno, se realiza diagnóstico por ultrasonido a las 35 semanas de quiste de ovario fetal. Se mantiene control semanal que demuestra persistencia de la lesión sin variaciones significativas a las

39 semanas se presenta el parto eutócico, obteniéndose neonato de 2650 gramos, Apgar 5/7.

Examen físico:

Normal, especificando abdomen blando, depresible e indoloro, sin tumor a la palpación. Se confirma genitales externos sanos con vagina permeable.

ID: Recién nacido a termino normopeso.

Depresión neonatal ligera.

Ultrasonido abdominal:

A las 10 horas de nacido se realiza ultrasonido donde se observa imagen ecolúcida en ovario derecho que mide 37,5 mm (figura 2), se realizan coordinaciones para traslado al Hospital Pediátrico "William Soler" de La Habana para intervención quirúrgica. Se opera a los 3 días de vida, sin complicaciones.



**Fig. 2.** Ultrasonido abdominal en recién nacida se observa quiste de ovario derecho.

## DISCUSION

Los quistes de ovario representan la masa abdominal quística más común en fetos y neonatos femeninos. Desde el primer reporte en 1975, el diagnóstico prenatal ha aumentado gracias a la incorporación del examen ecográfico de rutina por parte de especialistas capacitados y al avance tecnológico que permite obtener imágenes de mejor resolución. Su incidencia se estima en 1 cada 2.625 recién nacidos femeninos. El diagnóstico diferencial incluye: anomalías gastrointestinales, genitourinarias, linfangioma, meningocele anterior, entre otros.<sup>7,8</sup>

La mayoría de los quistes de ovario se presentan en embarazos sin patología, son simples, unilaterales y se detectan durante el tercer trimestre. La gran parte de ellos son funcionales, es decir, se forman a partir del tejido ovárico fetal en respuesta al propio estímulo hipofisario de la hormona estimuladora del folículo (FSH), estrógenos maternos y gonadotropina coriónica placentaria. Sin embargo, en raras ocasiones puede corresponder a teratomas maduros e inmaduros. Se puede asociar a patologías fetales como hipotiroidismo y maternas que aumentan la secreción de

gonadotropina. Sólo los quistes de ovarios mayores a 2 cm deben considerarse patológicos.<sup>9,10</sup>

El diagnóstico es principalmente ecográfico y se basa en la presencia de 4 criterios: sexo femenino, estructura quística de contorno regular fuera de la línea media, tracto urinario y gastrointestinal de apariencia normal. La ecografía también permite establecer si el quiste de ovario está complicado. Los no complicados son de pared fina y de contenido anecogénico, los complicados por torsión o hemorragia intraquística se presentan con contenido hiperecogénico o tabiques finos o pared fina hiperecogénica o con nivel líquido/detrimento en su interior.<sup>11</sup>

En el tratamiento de los quistes ováricos, se recomienda la preservación quirúrgica de tanto tejido gonadal como sea posible para asegurar el desarrollo puberal y conservación de la fertilidad. Las opciones de tratamiento incluyen: aspiración percutánea o laparoscópica, fenestración o resección laparoscópica, aspiración y resección mediante laparotomía mínimamente invasiva y el abordaje por laparotomía (quistectomía, ooforectomía y salpingooforectomía).

El drenaje percutáneo guiado por ecografía se ha realizado con éxito, pero se asocia a recurrencia y no se debe realizar en quistes complejos por los riesgos asociados. La fenestración por laparotomía o laparoscopia es el tratamiento de elección para quistes simples. Los quistes complejos pueden ser tratados mediante quistectomía u ooforectomía. El abordaje laparoscópico ha demostrado ser efectivo y seguro con bajas tasas de complicaciones y mayor preservación de tejido ovárico.<sup>11,12</sup>

Los autores consideraron interesante compartir estos dos casos, por la asociación en las madres de la administración de terapia hormonal por infertilidad antes de la gestación. Permiten además comprender la importancia del diagnóstico y manejo oportuno de los quistes de ovario fetales, confirmando la necesidad del trabajo coordinado entre diferentes especialidades, en beneficio de nuestras pacientes y nos plantea el desafío de desarrollar centros de referencia para terapia fetal invasiva.

Gracias a un adecuado control prenatal con ecografía, se logró establecer el diagnóstico prenatal de quiste de ovario en estas dos recién nacidas asociada a la administración de terapia hormonal durante el embarazo. Lo que permitió diagnosticar precozmente la torsión ovárica en una de las neonatas.

Fueron manejadas quirúrgicamente en forma conservadora, de acuerdo con las recomendaciones establecidas en la literatura, antes que el daño fuera irreversible y la situación clínica empeorara, así se logró una rápida recuperación y un mínimo impacto sobre el pronóstico reproductivo de las pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baden DN, de Beer SA, Heij HA. A newborn with an ovarian cyst. J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]. 2012 [citado 22 Dic 2013];156(39). Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-23009820>
2. Dimitraki M. Fetal ovarian cysts. Our clinical experience over 16 cases and review of the literature. J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]. 2012 [citado 23 Dic 2013];25. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=&lang=es&from=&sort=&format=&c>

[ount=&fb=&page=1&q=Fetal+ovarian+cysts.+Our+clinical+experience+over+16+cases+and+review+of+the+literature.&index=tw](#)

3. Armas Alvarez P. Tratamiento quirúrgico de los quistes ováricos perinatales. *Pediátrica*. [Internet]. 2010[citado 22 Diciembre 2013]; 23(4). Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-107281>.
4. Cardoso E, Melo MA, Gonçalves M. Ultrasonographic diagnosis of fetal ovarian cysts: five cases in five years. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2008;21(12).
5. Visnjic S, Domljan M, Zupancic B. Two-port laparoscopic management of an autoamputated ovarian cyst in a newborn. *J Minim Invasive Gynecol*. 2008;15(3).
6. Raquel Moreno P. Diagnóstico prenatal de 10 quistes de ovario fetal: manejo posnatal. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2013 [citado 18 Nov 2013];78(1). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262013000100004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000100004)
7. Prasad S, Chui CH. Laparoscopic-assisted transumbilical ovarian cystectomy in a neonate. *JLS*. 2007;11(1).
8. Bansal Vandhanaa, Savalia Sonal A. Masa abdominal de apariencia sólida en feto: un dilema en el diagnóstico. *Diagn Prenat* [Internet]. 2013 [citado 12 Nov 2013];24(2). Disponible en: <http://bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-112255>
9. Hernández Herrera Ricardo J, Ramírez Sánchez Luis F. Diagnóstico prenatal de quiste de ovario con torsión y amputación a los tres meses de edad. Reporte de un caso clínico *Ginecología Obstetricia México* [Internet] 2009 [citado 12 Nov 2013];77(8). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom098e.pdf>
10. Pereira Diaz, A, Martin del Campo Martínez N, Quiroz Mendieta K. Detección prenatal de masa ovárica y tratamiento posnatal. *Acta Pediatría Española*. 2004;62(11)
11. Alonso Jiménez L, Villagra S, Hidalgo Acera F. Torsión intraútero de un quiste ovárico. Presentación neonatal atípica *Acta Pediatría Española*. 2009;67(11).
12. Marinkovic S, Jokic R, Bukarica S. Surgical treatment of neonatal ovarian cysts. *Antic J. Med Pregl*. 2011;64(7-8).

Recibido: 29 de abril de 2014.

Aprobado: 3 de junio de 2014.

*Dra. Gretel Fernández Núñez*. Especialista de I grado en Neonatología. Profesor Instructor. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital Ginecobstétrico "Manuel Fajardo". Güines, Mayabeque, Cuba. E-mail: [gretelfdez@infomed.sld.cu](mailto:gretelfdez@infomed.sld.cu)