

Reporte de un caso

Diagnóstico prenatal y manejo de quiste de ovario fetal complicado

Prenatal diagnosis and management of complicated fetal ovarian cyst

Orlando Emmanuel Alfonso Stumpfs¹ , Dina Carmen Carreras Vargas¹ ,
Horacio Lezcano¹ , Walter Eberth Gibert Rolón¹ , Cynthia Judith Escumbarti Morcillo¹ ,
Liz Victoria Navarro Gómez¹ , Rebeca Mora¹ , Horacio García¹ 

¹Instituto de Previsión Social . Hospital Central "Dr. Emilio Cubas". Servicio de Perinatología. Asunción, Paraguay

RESUMEN

En fetos de sexo femenino los quistes ováricos se encuentran entre las anomalías abdominales más frecuentemente diagnosticadas durante el periodo prenatal. El uso rutinario de la ecografía en el segundo y tercer trimestre de la gestación ha incrementado su detección incidental. Si bien en su gran mayoría no requieren ningún tratamiento durante el embarazo, existen complicaciones que pueden requerir intervención oportuna. Se presenta el caso de una gestación en la que fue detectado un quiste de ovario fetal complicado, asociado con ascitis severa que requirió aspiración intrauterina por presentar compresión torácica y riesgo de hipoplasia pulmonar. Posterior al nacimiento fue intervenido quirúrgicamente con realización de marsupialización del quiste de ovario y reparación de un epiplocele post-punción con evolución post operatoria satisfactoria.

Palabras clave: Quiste ovárico, diagnóstico prenatal, ecografía, aspiración intrauterina.

ABSTRACT

Ovarian cysts in female fetuses are among the most frequently diagnosed abdominal anomalies during the prenatal period. The routine use of

ultrasound in the second and third trimesters of pregnancy has increased their incidental detection. While the majority of these cysts do not require any treatment during pregnancy, there are complications that may require timely intervention. We present a case of a pregnancy in which a complicated fetal ovarian cyst was detected, associated with severe ascites that required intrauterine aspiration due to thoracic compression and the risk of pulmonary hypoplasia. After birth, the baby underwent surgical intervention with marsupialization of the ovarian cyst and repair of a post-puncture epiplocele, with satisfactory post-operative recovery.

Keywords: Ovarian cyst, prenatal diagnosis, ultrasound, intrauterine aspiration.

INTRODUCCIÓN

La presencia de quistes ováricos en fetos y recién nacidos es frecuente. Se estima ecográficamente una incidencia de 1 en 1000 a 2600 embarazos, de los cuales 85 a 90% son foliculares o luteínicos, 7 a 12% incluyen teratomas, cistoadenomas serosos y mucinosos y un 3% carcinomas. La mayoría de los quistes ováricos se presentan en embarazos sin patología, son simples, unilaterales mayormente y se detectan durante el tercer trimestre y gracias al uso rutinario de ecografía en el control prenatal su diagnóstico se ha incrementado. Casi siempre son tumores benignos, con muy baja asociación a malignidad o anomalías genéticas, por lo que no estaría indicado realizar

Autor correspondiente:

Dr. Orlando Emmanuel Alfonso Stumpfs

Correo electrónico: orlandoealfonso@gmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

pruebas invasivas con fines diagnósticos. La etiología en su mayoría no ha sido esclarecida; sin embargo, gran parte de ellos son funcionales, es decir, se forman a partir del tejido ovárico fetal en respuesta al propio estímulo hipofisiario de la FSH, estrógenos maternos y gonadotropina coriónica placentaria. El quiste no complicado tiene pared delgada y es anecoico. Por otro lado, el quiste complicado (hemorrágico o por torsión) es de contenido ecogénico; tiene niveles de líquido-detritus, coágulo retráctil, septos y pared ecogénica (calcificación distrófica asociada a infartos). Algunos factores de riesgo para su aparición serían embarazos complicados por diabetes materna, preeclampsia o isoimmunización Rhesus. Se presentan con mayor frecuencia después de las 28 semanas de gestación.⁽¹⁻⁵⁾

El diagnóstico prenatal es fundamental para el manejo oportuno de las pacientes, ya que los mismos pueden presentar complicaciones entre las que podemos citar: torsión, rotura, hemorragia, efecto de masa, ascitis, hipoplasia pulmonar y distocias. Los quistes con un diámetro mayor a 40 mm tienen un mayor riesgo de torsión. Un tema controversial es si el manejo expectante o la aspiración intrauterina (AIU) serían más apropiados. En general podría decirse que los quistes simples pequeños (<40 mm) no requieren aspiración, mientras que los de mayor tamaño podrían beneficiarse de AIU, con una reducción en el número de ooforectomías postnatales.^(6,7) Presentamos el caso de un feto de sexo femenino con diagnóstico pre-

natal de quiste de ovario complicado y manejado en forma exitosa con AIU.

CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años que acude para control ecográfico a las 31 semanas de gestación siendo detectada una formación quística tabicada, de 7 cm de diámetro (Figura 1), localizada en fosa iliaca izquierda fetal, de contenido líquido, multiloculada a expensas de tabiques con vascularización al Doppler color, con nivel líquido en una de las cavidades, separada de la vejiga fetal, que se acompañaba además de ascitis fetal severa, desplazamiento superior del diafragma, compresión torácica, pulmones de tamaño disminuido y polo cefálico fetal en hiperextensión significativa persistente. El volumen de líquido amniótico se encontraba normal. Fue realizado un estudio de resonancia magnética fetal para una mejor revisión de la anatomía y confirmación de los hallazgos (Figuras 2 y 3).

El diagnóstico presuntivo fue de quiste de ovario, por lo que la paciente fue sometida a una punción a las 32 semanas para aspiración del contenido del quiste, extrayéndose 35 cc de líquido citrino, cuya citología presentó linfocitos y acúmulos de células con morfología de células mesoteliales, no se realizó marcadores hormonales de la muestra. Se procedió además a la punción y aspiración de 315 cc de líquido abdominal de aspecto citrino, permitiendo una mejoría en la expansión torácica y pulmonar (Figura 4).



Figura 1. Ecografía obstétrica realizada a las 31 semanas con hallazgo de imagen quística de 7,1 x 4,9 cm de diámetro y ascitis importante.

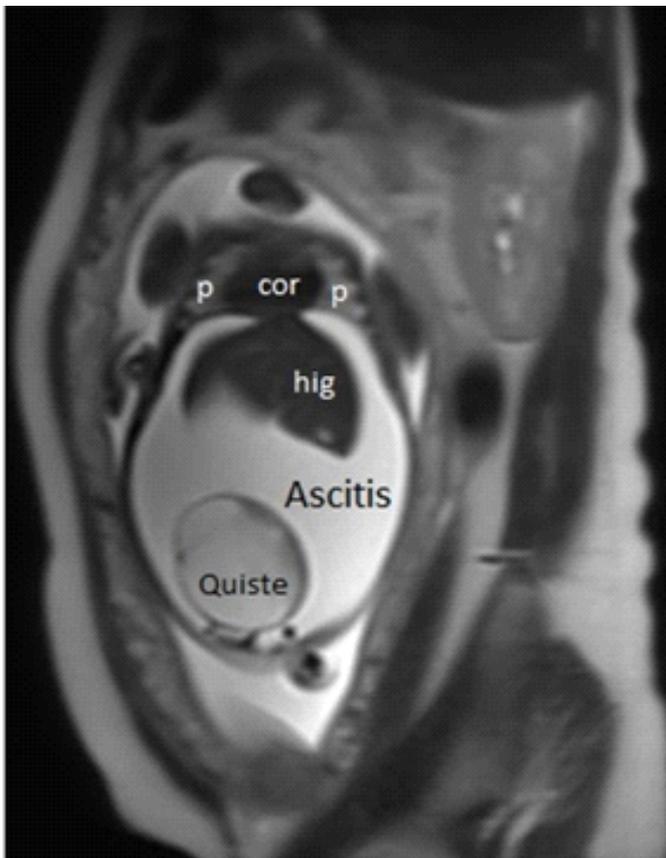


Figura 2. Imagen de resonancia magnética fetal en la que es posible visualizar la formación quística rodeada de líquido ascítico y la cavidad torácica reducida de tamaño por compresión debido al ascenso de la cúpula diafragmática.

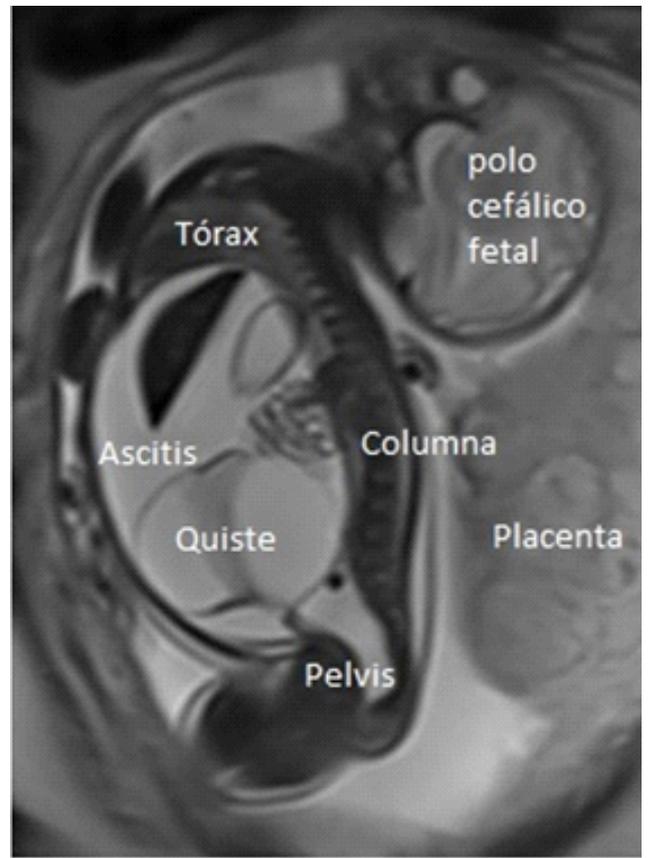


Figura 3. Imagen de resonancia magnética fetal en la que es posible visualizar la posición de la cabeza fetal en relación al torso, la cual persistió hasta el momento del nacimiento.

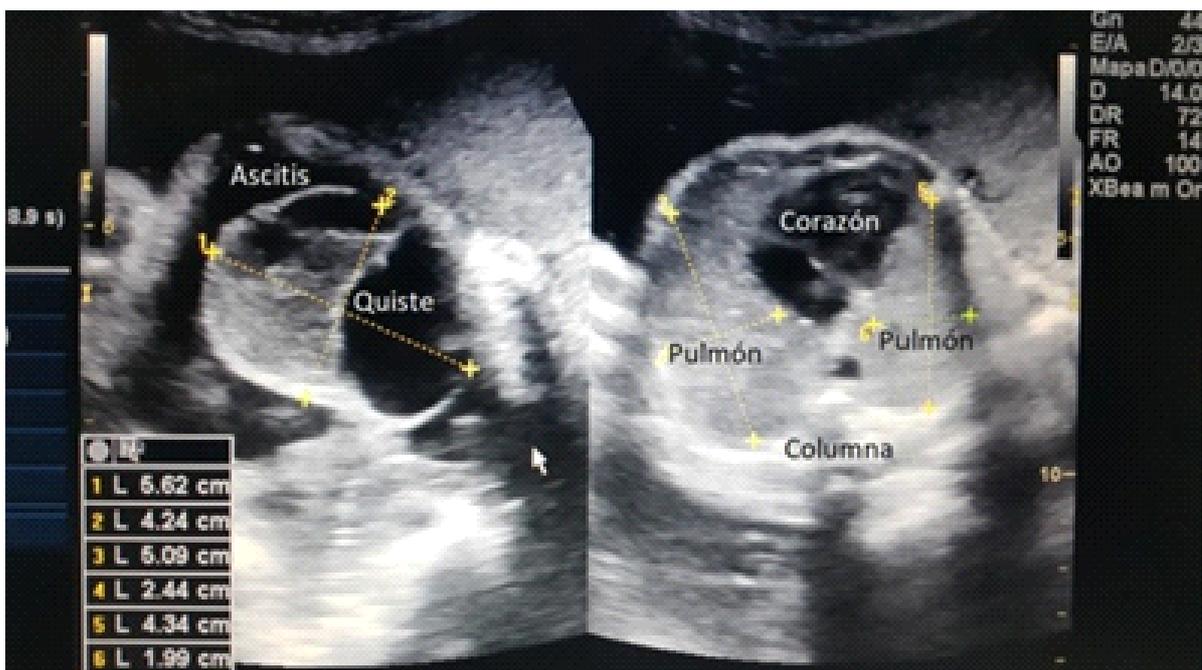


Figura 4. Ecografía obstétrica posterior a la punción, se visualiza reducción del tamaño del quiste, disminución de la ascitis y aumento de tamaño de los pulmones fetales.



Figura 5. Epiplocele post punción

DISCUSIÓN

Los quistes de ovario fetales son los tumores abdominales cuyo diagnóstico es el más frecuente durante la gestación. En la actualidad existe todavía controversia acerca de su mejor tratamiento, donde la conducta a realizar dependerá de su patrón ecográfico y de diámetro. La complicación más grave es la torsión ovárica, seguida de necrosis ovárica y formación de adherencias. Se han reportado polihidramnios y ascitis por compresión del quiste contra el tracto intestinal, que tiene como consecuencia la obstrucción parcial del mismo. También ha habido un informe de un caso de hipoplasia pulmonar causada por un gran quiste ovárico fetal. Dentro de los factores pronósticos de los quistes ováricos fetales incluyen el tamaño y la apariencia del quiste.⁽⁸⁻¹⁰⁾

La AIU podría evitar la necrosis ovárica fetal en quistes simples mayores de 40 mm. Sin embargo, esto generalmente no está indicado para quistes complejos. Hay poca evidencia sobre el tamaño de corte establecido y una edad gestacional adecuada para la AIU y poca discusión sobre la necesidad y el momento de la intervención en quistes complejos.^(11,12)

En nuestro caso mediante el adecuado control prenatal ecográfico, se logró establecer el diagnóstico precoz de un quiste de ovario fetal

complicado de 7 cm y como se mencionó que quistes simples mayores a 4 cm tienen riesgos de torsión (con consecuencia de pérdida del tejido ovárico); además de la posibilidad de desarrollar trastornos ventilatorios al nacimiento por la ascitis presente que desplazaba el diafragma y comprimía el tórax, lo que podría llevar a una hipoplasia pulmonar se decide indicar la realización de la AIU, si bien no existen estudios que demuestren en forma fehaciente aún la utilidad de la misma. El manejo postnatal del quiste fue exitoso, por medio de cirugía conservadora siguiendo las recomendaciones establecidas con base científica y en beneficio al futuro reproductivo, conservando el parénquima ovárico dada la escasa frecuencia de necrosis y la muy baja posibilidad de malignidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amengual Vila J, Ruiz de Gopegui, RM, Usandizaga Calparsoro, M. Diagnóstico prenatal de quistes ováricos fetales. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2014; 57(9), 418-421. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2014.04.006>
2. Acosta-Barajas BE, Escobedo-Aguirre F, Cantú-Segovia EK, Hilton-Cáceres JM, Lugo-Cruz MP, Jaén-Vento LA, et al. Diagnóstico ultrasonográfico de quiste ovárico fetal: reporte de caso. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2020; 47(4): 149-152. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.08.005>
3. Alejandra Cabellos M, Isabel Cavieres C, Pablo Zarges T.a, Mario Gajardo C, Richard Vega D. Quiste ovárico fetal: diagnóstico prenatal y manejo quirúrgico postnatal exitoso. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2012; 77(4):306-309. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400012>
4. 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
5. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS, Dudgeon DL, Parmley TH. Neonatal ovarian cysts: sonographic-pathologic correlation. *Radiology*. 1988;168(3):817-21. doi: 10.1148/radiology.168.3.3043551
6. Hara T, Mimura K, Endo M, Fujii M, Matsuyama T, Yagi K, et al. Diagnosis, Management, and Therapy of Fetal Ovarian Cysts Detected by Prenatal Ultrasonography: A Report of 36 Cases and Literature Review. *Diagnostics*. 2021;11(12):2224. doi: 10.3390/diagnostics11122224

7. Diguisto C, Winer N, Benoist G, Laurichesse-Delmas H, Potin J, Binet A, *et al.* In-utero aspiration vs expectant management of anechoic fetal ovarian cysts: open randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018; 52(2):159-164. doi: 10.1002/uog.18973
8. Ozcan HN, Balci S, Ekinci S, Gunes A, Oguz B, Ciftci AO, Haliloglu M. Imaging Findings of Fetal-Neonatal Ovarian Cysts Complicated With Ovarian Torsion and Autoamputation. *AJR Am J Roentgenol.* 2015; 205(1):185-9. doi: 10.2214/AJR.14.13426
9. Álvarez Medina G. Diagnóstico prenatal y manejo quirúrgico posnatal exitoso de quiste ovárico fetal. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2018; 44(2):1-9. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000200015
10. Foley PT, Ford WD, McEwing R, Furness M. Is conservative management of prenatal and neonatal ovarian cysts justifiable? *Fetal Diagn Ther.* 2005; 20(5):454-8. doi: 10.1159/000086831
11. Noia G, Riccardi M, Visconti D, Pellegrino M, Quattrocchi T, Tintoni M, *et al.* Invasive fetal therapies: approach and results in treating fetal ovarian cysts. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012; 25(3):299-303. doi: 10.3109/14767058.2011.574300
12. Monzón Castillo EP, Tejada Martínez G, Gutiérrez Salas N. Quiste ovárico fetal. reporte de un caso. *Rev. peru. ginecol. obstet.* 2020; 66(4): 00011. Disponible en:
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000400011&lng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000400011&lng=es)