

Quiste ovárico congénito: Reporte de caso
Congenital ovarian cyst: Case report

José A. Durán-Chávez *, Andrea R. Pérez-Castillo **, Denys A. Quispe-Alcocer ***, Mónica A. Mullo-Cajamarca****.

*Centro de Investigación Médica Provida - CIM Provida, Hospital Provida, Latacunga-Ecuador / ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6570-2092>

**Hospital Provida, Latacunga-Ecuador / ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2016-6158>

***Hospital Provida, Latacunga-Ecuador / ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7330-9031>

jaduran_1975@yahoo.com

Recibido: 26 de junio del 2021

Revisado: 2 de agosto del 2021

Aceptado: 6 de septiembre del 2021

Resumen.

Introducción: Los quistes ováricos son la tercera causa más importante de masas intraabdominales después de los sistemas renal y gastrointestinal. La principal preocupación ante este diagnóstico son las posibles complicaciones (torsión, rotura, hemorragia y compresión de otras vísceras) que podrían poner en riesgo la vida del feto o recién nacido.

Objetivo: Describir caso clínico de un quiste ovárico congénito, encontrado en el feto a las 33.4 semanas de gestación en una paciente del Hospital PROVIDA - Latacunga.

Resultados: Se presenta un caso de una paciente de 37 años, que bajo técnicas de reproducción logra embarazo. A las 33.4 semanas de gestación, se evidencia imagen hipocóica de 46*39*46 mm de bordes regulares en fosa ovárica izquierda, se realiza seguimiento ecográfico durante período prenatal sin visualizar alteraciones en el sistema renal. Se decide terminar embarazo por vía alta a las 38.4 semanas por cicatriz uterina previa, se obtiene recién nacido vivo a término, femenino, en buenas condiciones generales. En ecografía postnatal se reporta quiste dependiente del parénquima ovárico izquierdo de 17*12*11 mm.

Conclusión: Ante el diagnóstico de quiste ovárico congénito se debe tener una actitud conservadora, es decir, observar y dar seguimiento debido a que la mayoría pueden involucionar o reaparecer tras una intervención quirúrgica.

Palabras clave: Quiste Ovárico, Diagnóstico, Feto, Ultrasonografía.

Abstract

Introduction: Ovarian cysts are the third most important cause of intra-abdominal masses after the renal and gastrointestinal systems. The main concern with this diagnosis is the possible complications (torsion, rupture, hemorrhage and compression of other viscera) that could put the life of the fetus or newborn at risk.

Objective: To describe a clinical case of a congenital ovarian cyst found in the fetus at 33.4 weeks of gestation in a patient at Hospital PROVIDA - Latacunga.

Results: We present a case of a 37 years old female patient, who achieved pregnancy under reproductive techniques. At 33.4 weeks of gestation, a hypochoic image of 46*39*46 mm with regular borders is evidenced in the left ovarian fossa, ultrasound follow-up is performed during the prenatal period without visualizing alterations in the renal system. It was decided to terminate the pregnancy at 38.4 weeks due to previous uterine scarring, a live newborn was obtained at term, female, in good general condition. Postnatal ultrasound reports a cyst dependent on the left ovarian parenchyma of 17*12*11 mm.

Conclusion: When diagnosed with a congenital ovarian cyst, a conservative attitude should be adopted, that is., observation and follow-up, since most of them may involute or reappear after surgery.

Key words: Ovarian cyst, Diagnosis, Fetus, Ultrasonography.

Introducción.

Los quistes ováricos son la tercera causa más importante de masas intraabdominales después de los sistemas renal y gastrointestinales, podrían confundirse con quistes genitourinarios, quistes gastrointestinales y linfangiomas (1) (2)(3). La prevalencia de quistes ováricos en recién nacidos es de 1 en 1000 nacidos vivos (4). La incidencia real no está determinada, pero puede observarse en 30 – 70 % de fetos, mediante la ecografía prenatal de rutina. Estudios previos en donde se practicó autopsias en neonatos, reportan la presencia de quistes foliculares hasta en 34% de casos (5). Los quistes ováricos foliculares aumentan en frecuencia con el avance de la edad gestacional, estando también relacionados con ciertas condiciones maternas tales como diabetes mellitus, preeclampsia e isoimmunización contra Rhesus (2). La etiología no está claramente definida, se cree que los quistes ováricos fetales se derivan de la estimulación excesiva del ovario fetal por la gonadotropina coriónica placentaria y el estrógeno materno, que al ceder dicho estímulo tienden a desaparecer (6). El diagnóstico se establece con cuatro criterios ecográficos: sexo femenino, estructura quística regular, no de línea media, tracto urinario y tracto gastrointestinal de apariencia normal (7)(8). Los estudios complementarios son ecografías de detalle y seguimiento cada 4 semanas para observar la evolución (8)(9). En la ecografía, un quiste ovárico fetal se manifiesta como un quiste anecoico de paredes delgadas superiores y parasagital a la vejiga. Pueden ser simples o complicados y unilaterales o bilaterales, y pueden enmascararse como una masa sólida cuando ocurre una hemorragia o una torsión (10)(11). El tratamiento ha sido motivo de controversia, desde aspiración intrauterina, cirugía posnatal y manejo conservador; este último viable hasta en el 85% de casos (12–14).

Objetivo: Describir caso clínico de un quiste ovárico congénito encontrado en el feto a las 33.4 semanas de gestación en una paciente del Hospital PROVIDA - Latacunga.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo, presentación de caso clínico.

Resultados: Se trata de una paciente de 37 años, con antecedente de infertilidad primaria, al realizar estudios correspondientes se halló mioma uterino de 66*69*72mm. De igual manera se encontró pólipo endometrial de 15*14mm, por lo que fue sometida a miomectomía más polipectomía. Transcurridos 10 meses del procedimiento quirúrgico, previa comprobación de permeabilidad tubárica acude en su tercer día del ciclo y se procedió a inducción de la ovulación con citrato de clomifeno, 100 mg diario por 5 días. Se logra embarazo, con controles prenatales normales, eco cromosómico y eco de detalle anatómico dentro de la normalidad. A las 33.4 semanas se evidencia presencia de imagen hipoeoica de 46*39*46 mm, de bordes regulares, sin vascularidad periférica a nivel de pelvis fetal, específicamente en fosa ovárica izquierda; siendo compatible con quiste ovárico fetal izquierdo. En el protocolo de seguimiento ecográfico persiste la presencia de la imagen descrita, con mínima modificación en su tamaño; no se visualizaron alteraciones a nivel del sistema renal. Al finalizar la gestación, el quiste midió 38*35*36mm (Figura 1).



Figura 1. Quiste ovárico fetal izquierdo

Fuente: Servicio de Ginecología-Obstetricia, Hospital PROVIDA

La madre fue ingresada a las 38.4 semanas con pródomos de trabajo de parto, debido a cicatriz uterina previa se decidió terminar embarazo por vía alta. Se obtuvo recién nacido vivo femenino, de 3.030 gr, APGAR: 8-9 al minuto y a los 5 minutos respectivamente.

A la exploración física el recién nacido, no presentó malformaciones. En ecografía postnatal se describe a nivel de fosa ilíaca izquierda un quiste dependiente del parénquima ovárico ipsilateral, con un tamaño de 17*12*11mm y volumen de 1.42ml (Figura 2).

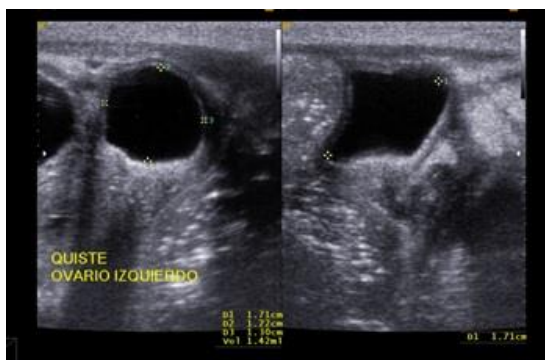


Figura 2. Quiste ovárico izquierdo postnatal

Fuente: Servicio de Ginecología-Obstetricia, Hospital PROVIDA



Figura 3. Vista ecográfica de vejiga, útero y quiste postnatal

Fuente: Servicio de Ginecología-Obstetricia, Hospital PROVIDA

Durante la evolución no presentó complicaciones, mantuvo adecuada tolerancia a la alimentación con leche materna, sin distensión abdominal y eliminaciones presentes. Los signos vitales se mantuvieron estables, no presentó sepsis. Tomando en cuenta lo antes mencionado, el médico tratante de neonatología decide alta y control ecográfico de quiste ovárico fetal izquierdo en seis meses por consulta externa.

Al cuarto día de nacida, neonata fue reingresada a neonatología para fototerapia por diagnóstico de ictericia neonatal, con evolución favorable.

Discusión

La principal preocupación que surge ante el diagnóstico de quiste ovárico congénito son las posibles complicaciones, como torsión con pérdida de ovario, rotura, hemorragia y compresión de otras vísceras; de las cuales la torsión quística de ovario es una de las más graves debido a que puede causar pérdida del ovario (2).

A pesar del riesgo de complicaciones se recomienda que el quiste ovárico fetal debe darse seguimiento ecográfico y que la mayoría de ellos retrocederán espontáneamente en un período de 12 meses después del nacimiento, independientemente de sus hallazgos ecográficos. Además, recalcan que solo debe tratarse los quistes sintomáticos o aquellos con un diámetro mayor de 5 cm que no disminuyen de tamaño (15).

Estudios previos realizados por Nakamura y su equipo, demuestran que del total de la población de estudio, el 42% presentó remisión espontánea del quiste ovárico bajo tratamiento conservador después del nacimiento; de las cuales el 85% preservó sus ovarios (12).

Esto concuerda con los hallazgos descritos en un estudio multicéntrico donde el 32% de los quistes ováricos se resolvieron espontáneamente prenatalmente, el 38% postnatalmente, el 14% se sometieron a cirugía postnatal y 16% casos presentó torsión. Concluyendo que los quistes > 40 mm tienen una probabilidad significativamente menor de resolverse espontáneamente (16).

La aspiración in útero del quiste es controversial, a pesar de ello existe evidencia a favor de esta técnica; recomendándola si el diámetro del quiste prenatal es mayor de 5 cm o si el diámetro aumenta en más de 1 cm por semana (17). Noia y colaboradores, han demostrado que la realización de una aspiración temprana evita torsión, necrosis tisular y cirugía posnatal invasiva; protegiendo la capacidad gestacional de la recién nacida (18). Diguisto y su equipo, comparó la técnica invasiva frente al manejo expectante en quistes ováricos fetales anecoicos; observando que no existe una

reducción en las intervenciones neonatales generales, pero se asoció con una menor tasa de ooforectomía (13).

La escisión quirúrgica generalmente está indicada para los quistes que son complejos, sintomáticos, que aumentan de tamaño y persisten por más de 6 meses (19)(20). En el caso que exista torsión ovárica que ponga a la paciente en riesgo de sepsis o inestabilidad hemodinámica, recomienda ooforectomía y salpingooforectomía (21).

Conclusión

Ante el diagnóstico de quiste ovárico congénito se debe tener una actitud conservadora, es decir, observar y dar seguimiento debido a que la mayoría pueden involucionar o reaparecer tras una intervención quirúrgica. El diagnóstico prenatal permite establecer una posible causa de abdomen agudo en el periodo perinatal, en pacientes sintomáticas.

Contribución de los autores

Los autores declaran haber contribuido de manera similar en la elaboración del presente manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Aspectos bioéticos

Se obtuvo el consentimiento informado para la publicación del presente caso.

Financiamiento

Autofinanciado

Referencias Bibliográficas

1. Acar B. A Case Report: Neonatal Torsional Ovarian Cyst. *Med Bull Sisli Hosp* [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 24];53(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32377121/>
2. 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.

3. Strickland JL. Ovarian cysts in neonates, children and adolescents. Vol. 14, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. *Curr Opin Obstet Gynecol*; 2002. p. 459–65.
4. Chen L, Hu Y, Hu C, Wen H. Prenatal evaluation and postnatal outcomes of fetal ovarian cysts. *Prenat Diagn* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 Aug 24];40(10):1258–64. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pd.5754>
5. F B, M L, L M, A K, G P, S G, et al. Outcome of fetal ovarian cysts diagnosed on prenatal ultrasound examination: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2021 Aug 24];50(1):20–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27325566/>
6. Brandt ML, Helmrath MA. Ovarian cysts in infants and children. *Semin Pediatr Surg*. 2005;14(2):78–85.
7. Kim HS, Yoo SY, Cha MJ, Kim JH, Jeon TY, Kim WK. Diagnosis of neonatal ovarian torsion: Emphasis on prenatal and postnatal sonographic findings. *J Clin Ultrasound*. 2016 Jun;44(5):290–7.
8. The Fetal Medicine Foundation. Fetal abnormalities. Genital tract. Ovarian cyst.
9. Signorelli M, Gregorini M, Platto C, Orabona R, Zambelloni C, Torri F, et al. The prognostic value of antenatal ultrasound in cases complicated by fetal ovarian cysts. *J Neonatal Perinatal Med* [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 24];12(3):339–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30883366/>
10. Trinh TW, Kennedy AM. Fetal ovarian cysts: Review of imaging spectrum, differential diagnosis, management, and outcome. *Radiographics*. 2015;35(2):621–35.
11. Chiarenza S, Conighi M, Conforti A, Bleva C, Esposito C, Escolino M, et al. Guidelines of the Italian Society of Videosurgery in Infancy (SIVI) for the minimally invasive treatment of fetal and neonatal ovarian cysts. *Pediatr Med Chir* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 24];42(1):10–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33140631/>

12. Nakamura M, Ishii K, Murata M, Sasahara J, Mitsuda N. Postnatal outcome in cases of prenatally diagnosed fetal ovarian cysts under conservative prenatal management. *Fetal Diagn Ther.* 2014;37(2):129–34.
13. 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 Aug;52(2):159–64.
14. Perrotin DF, Potin J, Haddad G, Sembely-Taveau C, Lansac J, Body G. Fetal ovarian cysts: A report of three cases managed by intrauterine aspiration. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000;16(7):655–9.
15. Dimitraki M, Koutlaki N, Nikas I, Mandratzi T, Gourovaniadis V, Kontomanolis E, et al. Fetal ovarian cysts. Our clinical experience over 16 cases and review of the literature. Vol. 25, *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.* *J Matern Fetal Neonatal Med;* 2012. p. 222–5.
16. Tyraskis A, Bakalis S, Scala C, Syngelaki A, Giuliani S, Davenport M, et al. A retrospective multicenter study of the natural history of fetal ovarian cysts. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2021 Aug 24];53(10):2019–22. Available from: <http://www.jpedsurg.org/article/S0022346818301039/fulltext>
17. Bagolan P, Giorlandino C, Nahom A, Bilancioni E, Trucchi A, Gatti C, et al. The management of fetal ovarian cysts. *J Pediatr Surg.* 2002;37(1):25–30.
18. 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 Neonatal Med.* 2012 Mar;25(3):299–303.
19. Zampieri N, Borruto F, Zamboni C, Camoglio FS. Foetal and neonatal ovarian cysts: A 5-year experience. *Arch Gynecol Obstet.* 2008 Apr;277(4):303–6.
20. Somalika P, Priti K, Ashish J, Kumar S. Fetal Ovarian Cyst Managed Laparoscopically in the Neonatal Period - PubMed. *Indian Pediatr* [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 24];866–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32999123/>
21. 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;43(11):2004–9.