



Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas
ISSN: 1665-7330
revespmedquir@issste.gob.mx
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de
los Trabajadores del Estado
México

Hernández García, M. E.; Ramírez, P.; Ledesma, O.
Quiste ovárico mucinoso en neonatos diagnosticado por placa simple, ultrasonido y tomografía, caso
único
Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 11, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006, pp. 58-62
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Mexico, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312479012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Quiste ovárico mucinoso en neonatos diagnosticado por placa simple, ultrasonido y tomografía, caso único

¹Hernández García M. E., ² Ramírez P., ² Ledesma O.

¹Jefe del Servicio de Ultrasonido, ²Residente de Radiología e Imagen, del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza". ISSSTE, México, D. F.

Correspondencia.- Dra. Ma. Elena Hernández García Cuitláhuac No. 270, Col. La Romana, Tlalnepantla, Edo. Méx. C.P. 54030, Tel. 5565-6841.

Recibido.- marzo 2006

Aceptado.- octubre 2006

Resumen

Describimos el caso de una embarazada el cual se le diagnosticó al producto quiste intraabdominal de origen a determinar por ultrasonido en el periodo prenatal, el cual fue sometida a cesárea y posteriormente se estudió a neonato por los diferentes métodos de imagen para determinar el origen de la lesión ya que no se delimitaba adecuadamente por el ultrasonido, por lo que se determinó efectuar protocolo de estudio por los diferentes métodos de imagen como son placa simple ultrasonido y tomografía axial computarizada. Se llevó a cabo la refección quirúrgica de la lesión y fue llevada a patología el cual reportó ser una lesión quística del ovario izquierdo de tipo mucinoso. Los diferentes métodos de imagen presentan una sensibilidad y especificidad del 85 y 95% respectivamente para el diagnóstico, así mismo nos apoyamos en la clínica del paciente, en sus exámenes de laboratorio y antecedentes prenatales y ginecológicos de la madre.

Palabras clave.- Quiste ovárico mucinoso.

Summary

We describe the case of a pregnant woman in which an intraabdominal cyst of undetermined origin was diagnosed to the unborn baby, by ultrasound during the prenatal period. The patient was submitted to a caesarean section and later the neonate was studied by different image methods, to determine the origin of the lesion. Since the lesion was not well delimited by ultrasound, we determine to use different image methods like abdominal X-ray, ultrasound and CT scan. A surgical resection of the lesion was done and it was send to pathology, which they reported a left mucinous ovarian cyst. The different image methods have a diagnose sensibility and specificity of 85% and 95% respectively; likewise we relay on the symptoms and laboratory of the patient, as well as the prenatal and gynecological history of the mother.

Key words.- Mucinous ovarian cyst.

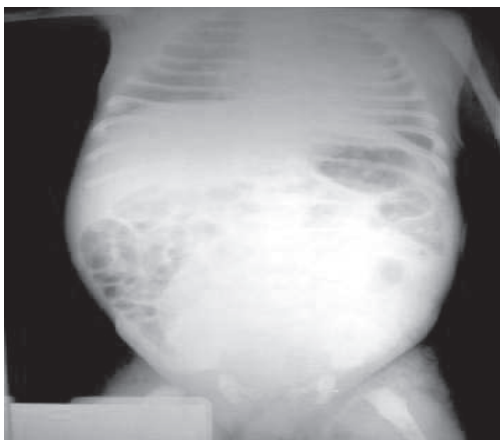


Figura 1. Radiografía.- Placa simple de abdomen en proyección AP.

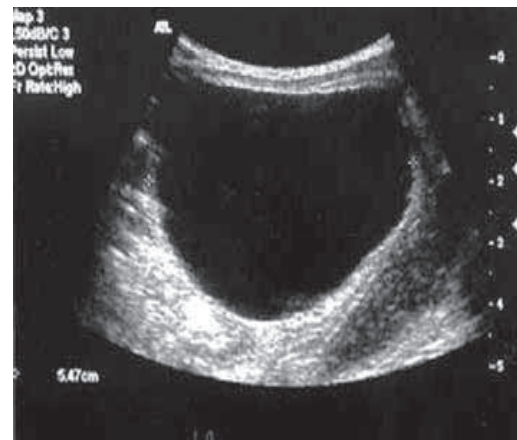


Figura 2. Ultrasonido pélvico en tiempo real y transductor 3.5 Mhz.

Introducción

El quiste ovárico mucinoso en una lesión anatomopatológica del ovario mayor de 2.5 cm. de diámetro, esta lesión es común en los adolescentes y adultos, ocupan 67 %; en los neonatos ocupan 33 % y que pueden ser benigno o malignos.^{1,2,3}

Los quistes ováricos involucionan en el transcurso de los primeros meses de vida pero pueden presentarse complicaciones dentro del periodo fetal o neonatal en alguno de ellos siendo torsión ovárica la más frecuente.

La detección de los quistes ováricos fetales puede efectuarse mediante ultrasonografía y gracias a este método de imagen se ha podido conocer más datos referentes a la evolución pre y postnatal de los mismos.⁴

Presentación del caso

Se trata de paciente del sexo femenino de 32 años con embarazo de 38 semanas de gestación. En la que se realiza un ultrasonido prenatal dos semanas antes de su ingreso, el cual muestra que el producto presenta una lesión quística intraabdominal de origen por determinar. En el hospital se le practica cesárea, obteniéndose

producto del sexo femenino de 3425gr, presentando polihidramnios, apgar de 8/9, Silverman 0/0.

A la exploración física del producto se observa aumento de volumen del flanco derecho, móvil, con diámetros de 6.0 x 6.0 cm. y presenta vómito a los dos días de vida extrauterina.

Los exámenes de laboratorio reportan leucocitos 19,000 eritrocitos 4.5 Hto. 47, Hb 15, plaquetas 303 000, segmentados 8%, linfocitos 16%, monocitos 3%, basofilos 1%.

Los exámenes de gabinete reportan placa simple de abdomen aumento de la radiopacidad del flanco izquierdo con desplazamiento de las asas de intestino, resto del estudio sin alteraciones (*Figura 1*).

El ultrasonido reporta una lesión anecóica que abarca desde hueco pélvico hasta hipocondrio derecho de bordes bien delimitados y ecos isoecogénicos tenues en su interior con septos finos ecogénicos en su borde inferior con diámetros de 8.0x 6.0 cm (*Figura 2*).

En los cortes topográficos reportan una lesión izo densa de bordes regulares, con diámetros de 8.0 x6.0 cm (*Figuras 3-A y 3-B*).

Discusión

Dentro de los quistes de ovario existen dos clases simples o no complicados que es descrito como anecogénico con pared delgada y los complejos con un patrón de torsión que son hipoecogénicos o ecogénicos o con nivel líquido con sedimento, traveculaciones o calcificaciones.^{1,3,5,6}

El diagnóstico por los diferentes métodos de imagen nos permite tener una estimación del tamaño de la lesión ya que esto puede reportar lesión pequeña o grande así mismo poder definir el tratamiento ya que en las pacientes con embarazo nos permite determinar el tipo de parto cesárea si son mayores de 5 cm o expectante y con tratamiento hormonal para la involución de la lesión quística.^{3,6,7}

Se han identificado diferentes factores de riesgo para que un feto desarrolle quistes ováricos fetales (hipotiroidismo) y maternos (diabetes, izo inmunización al factor Rh y toxemia).^{1,7}

Se ha descrito el mecanismo para el desarrollo de estos quistes como son los niveles de gonadotropina de la placenta algún rol de la génesis de la lesión, los fetos con quistes presentan polihidramnios en 18 % si la lesión mide más de 6.0 cm.

Casos clínicos

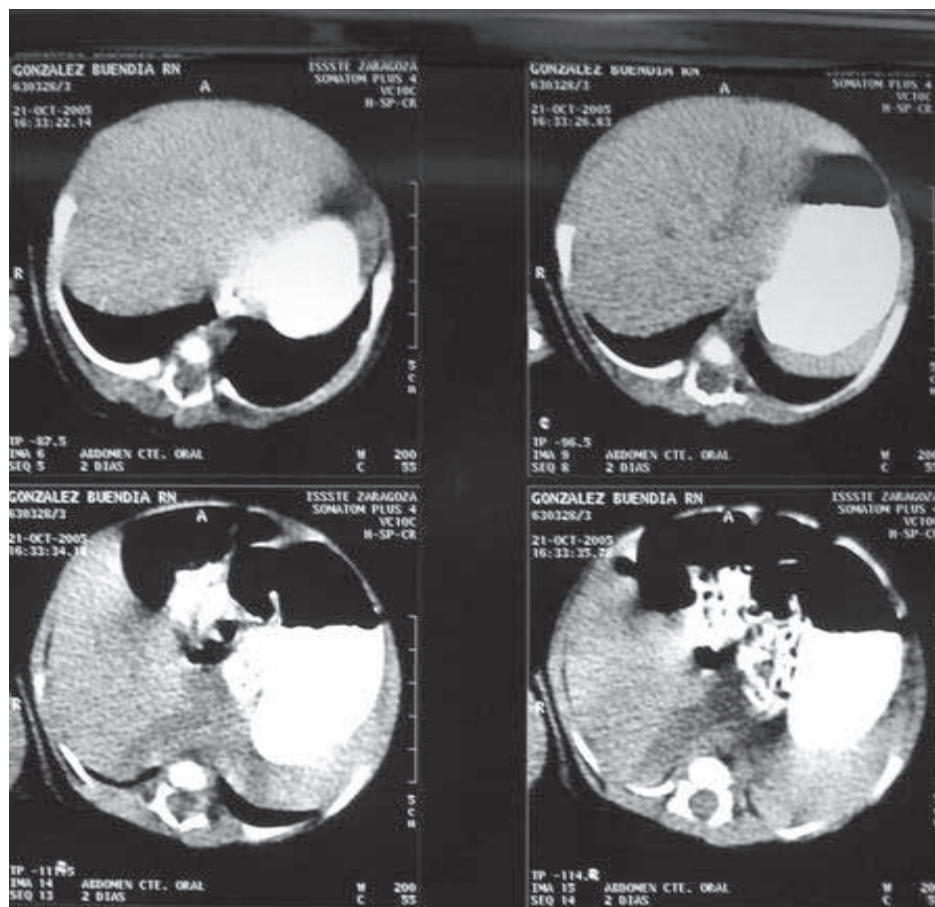


Figura 3-A. Cortes tomográficos axiales de abdomen.

La localización del quiste de ovario se reporta 44% en el ovario izquierdo, el lado derecho se representa 31% y en ambos lados se presenta en 25%.^{5,6,7}

El quiste de ovario congénito se ha encontrado asociado a estenosis e hipertrofia de píloro y agenesia del cuerpo callosa.

Los diagnósticos diferenciales que se deben considerar cuando son de con-

tenido líquido es duplicación intestinal, atresia duodeno, quiste del colédoco, pancreático o esplénico, hidrometrocolpos, doble sistema pielocalicial mega vejiga, quiste suprarrenal peritonitis quística meconial, quiste de uraco, quiste del mesenterio. Y cuando son complicados se debe descartar neoplásicas del ovario como el cistoadenoma teratoma, tumor de células granulosas.^{6,7}

Conclusiones

Después de la revisión del caso se determina que los diferentes métodos de imagen son de utilidad para conocer la naturaleza de la lesión, origen y órganos involucrados.

Así mismo orienta a los médicos obstetras, cirujanos pediátricos para el tratamiento que puede ser expectante o quirúrgico según las circunstancias que observemos.

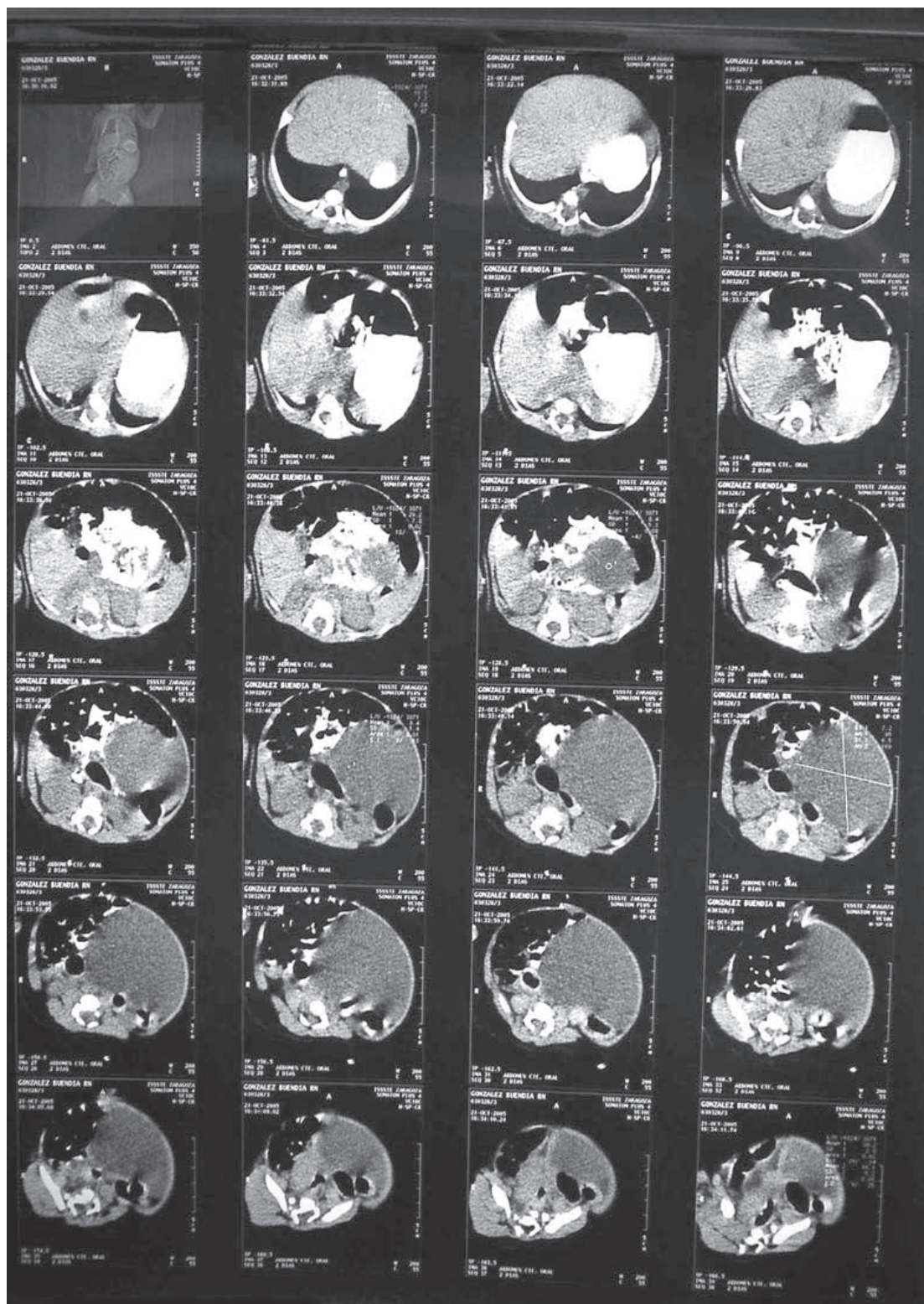


Figura 3-B. Estudio tomográfico de abdomen en fase cte. Oral e I. V.

Casos clínicos

Bibliografía

1. Meizner I, Levy A, Katz M, Maresh AG, Glezerman M. Fetal ovarian cyst: prenatal ultrasonographic detection and postnatal evaluation and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 874-8.
2. Muller C, Paublo M, Ramirez P, Bustos JC, Field M, Espinoza MJ. Tumor ovárico fetal: diagnóstico ultrasonográfico y manejo perinatal. *Rev Chil de ultrasonografía* 2001; 4: 46-51.
3. Valenti A, Kassner G, Yermakov A, Cromb A. Antenatal diagnosis of a fetal ovarian cyst. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 123: 216-9.
4. Crombleholme TM, Craugo S, Garmel S, D'alton M. fetal ovarian cyst descompression to prevent torsion. *J Ped Surg* 1997; 32: 1447-9.
5. Paublo M, Chávez S, Córdova O, Sorino H, Ramírez P, Fuemmayor F. Tumor ovárico fetal: diagnóstico prenatal y alternativas terapéuticas. *Rev Chil de ultrasonografía* 1999; 2: 93-5.
6. Aslam A, Wong C, Haworth JM, Noblett HR. Autoamputation of ovarian cyst in an infant. *J Ped Surg* 1995; 30: 1609-10.
7. Bagolan P, Giorlandino C, Nahom A, Bilancioni E, Trucchia, Gatti C, et al. The management of fetal ovarian cyst. *J Ped Surg* 2002; 37: 25-30.