

QUISTE OVÁRICO FETAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Marta Colechá Morales¹ / Dra. Carla Iannuzzelli Barroso² / Dra. Teresa Bernal Arahall¹

¹ FEA del Servicio de Ginecología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² FEA del Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente secundigesta de 36 años, sin antecedentes personales de interés y con gestación anterior normoevolutiva. Niega hábitos tóxicos, su grupo sanguíneo es A positivo y presenta serologías negativas.

Se realiza ecografía del 1º trimestre evidenciándose normalidad con translucencia nucal de 2.10mm, pero con obtención de riesgo intermedio para Síndrome de Down (1/442) en el cribado combinado de cromosopatías. Se indica la realización del test genético prenatal no invasivo según protocolo como método de cribado con mayor sensibilidad y especificidad, obteniéndose bajo riesgo para trisomía 13, 18 y 21 y desestimándose una amniocentesis.

En la ecografía morfológica, se evidencia sexo fetal femenino con biometrías acordes a edad gestacional y ausencia de malformaciones mayores. Destaca la presencia de una imagen quística pélvica derecha, paravesical, redondeada, bien definida y delimitada, con contenido anecoico y doppler color negativo, de aproximadamente 10mm de diámetro. Se realiza diagnóstico diferencial con patologías que puedan originar quistes, evidenciándose normalidad del sistema gastrointestinal y urinario. Dada la presencia de genitales externos femeninos se centra la sospecha diagnóstica en quiste de ovario derecho no complicado.

Ante tal hallazgo se decide realizar seguimientos ecográficos mensuales para su control evolutivo. A las 24 semanas aumenta a 15mm de diámetro, manteniéndose estable en la semana 28. Y en la semana 32 se encuentra por debajo de 10mm de diámetro sin presentar signos de torsión ni hemorragia y en aparente proceso de resolución.

En los controles sucesivos sigue disminuyendo progresivamente, desapareciendo casi por completo.

A las 41 semanas nace una niña viva de 3520g, Apgar 9-10, mediante parto eutócico. Se realiza un control ecográfico postnatal, descartándose cualquier lesión pélvica.

DISCUSIÓN

Ante el hallazgo ecográfico de quiste abdominopélvico, se debe realizar un diagnóstico diferencial teniendo en cuenta todas las posibles etiologías. Será necesario llevar a cabo en ese mismo momento una exhaustiva revisión ecográfica de la integridad de los tractos gastrointestinal y genitourinario. Sospecharemos la presencia de quiste de ovario ante feto femenino que presente una imagen quística abdominopélvica, simple, de 1-5 cm de diámetro, típicamente unilateral, tras descartar patología urinaria o intestinal.

En cuanto al manejo prenatal, dado que suelen tratarse de folículos que crecen bajo el estímulo hormonal procedente de la placenta y de la gestante y que regresan con el cese de este influjo, se limita al control ecográfico seriado para determinar tamaño y valorar posibles complicaciones a hemorragia o torsión. La aspiración del quiste se reservaría para aquellos casos de gran tamaño que ocasionen compresión de estructuras vecinas o imposibiliten un parto vaginal.

Postnatalmente, se necesita confirmación diagnóstica mediante ecografía. En caso de quiste superior a 5cm, complicado o sintomático, se realizará una resección laparoscópica. Los quistes simples y pequeños se manejan de forma expectante con controles ecográficos hasta su completa resolución.

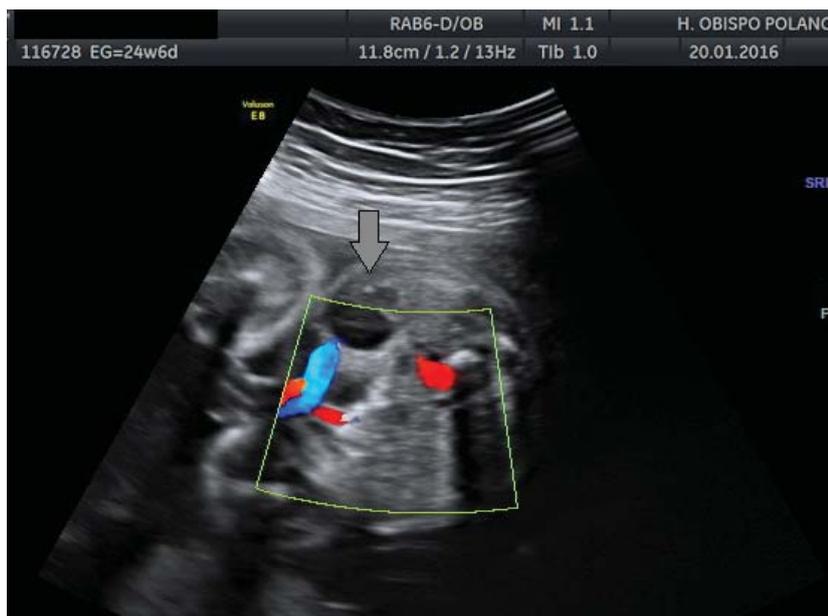


Fig. 1. Imagen quística paravesical derecha a las 20 semanas en un corte coronal de pelvis y abdomen.



Fig. 2. Imagen ecográfica correspondiente a las 32 semanas, en proceso de resolución.



Fig. 3. Sexo fetal femenino.