

Autoamputación de quiste ovárico. Reporte de caso

S. Hinojosa Millán, Y.N. Gallo Gómez, L.M. Figueroa Gutiérrez, J. Martínez Cano, J.A. Urrea, J.L. Cardona Deaza

Universidad Tecnológica de Pereira (Colombia)

RESUMEN

Introducción. La autoamputación ovárica se refiere a la situación en la que un remanente tubo-ovárico es hallado flotando en la cavidad abdominal. Es una complicación derivada de un quiste ovárico fetal que provoca una torsión ovárica intraútero. En la literatura se han publicado 13 casos de quistes ováricos autoamputados en niñas menores de 1 año de edad.

Caso clínico. Presentamos el caso de una niña de 9 meses con antecedente prenatal de masa abdominal, que fue remitida al Servicio de Cirugía Pediátrica por hallazgos en TC de una tumoración abdominal no identificada a la exploración física; en la exploración laparoscópica se encontró una masa quística de 6 cm de diámetro y ausencia de ovario izquierdo. El examen histopatológico confirma la presencia de un quiste ovárico con remanentes necróticos.

Comentarios. Se presenta este caso dada la baja incidencia de la patología, la presentación excepcional de autoamputación y el desenlace favorable con el manejo laparoscópico realizado.

PALABRAS CLAVE: Quiste ovárico; Feto; Lactante; Autoamputación; Laparoscopia.

Commentation. This case is reported because of the low incidence of pathology, exceptional presentation and the favorable outcome of the patient with implemented laparoscopic management.

KEY WORDS: Ovarian cysts; Fetus; Infant; Autoamputation; Laparoscopy.

AUTOAMPUTATED OVARIAN CYSTS. A CLINICAL CASE

ABSTRACT

Introduction. Autoamputation refers to a situation in which a tubo-ovarian remnant is found free-floating in the abdomino-pelvis, which is a complication of fetal ovarian cyst causing ovarian torsion in uterus. There have been only 13 reported cases of ovarian autoamputation involving children under 1 years of age.

Clinical case. We present the case of a 9-month old female with history of abdominal mass in the 26th week of gestation, who was referred to the pediatric surgery department with CT findings in an abdominal tumor and negative physical examination, in laparoscopic examination cystic mass is 6 cm in diameter and no left ovary. The histopathological examination confirmed an ovarian cyst with necrotic and hemorrhagic remaining.

Correspondencia: Dra. Salomé Hinojosa Millán. Mz 52 Cs 3 El Jardín (Pereira, Risaralda, Colombia)
E-mail: salomeh92@hotmail.com

Recibido: Marzo 2014

Aceptado: Septiembre 2014

INTRODUCCIÓN

La autoamputación ovárica (AO) es una causa infrecuente de masa intraabdominal. El evento patológico primario de AO es una torsión de un ovario normal o un quiste ovárico (QO) y los anexos, seguido de infarto y necrosis⁽¹⁾. El tejido infartado puede reabsorberse y localizarse libremente en cavidad peritoneal como una masa⁽²⁾. El diagnóstico prenatal del QO ha aumentado a nivel mundial en los últimos años gracias a la ecografía obstétrica de rutina; su incidencia se estima en 1 cada 2.625 recién nacidas femeninas⁽³⁾. En la literatura se han publicado 36 casos de AO flotando libres en la cavidad peritoneal en niñas menores de 12 años⁽¹⁾, de los cuales 13 casos fueron hallados en menores de 1 año⁽⁴⁾. El manejo va desde el control con ecografías seriadas en quistes ováricos no complicados, hasta la aspiración guiada por ecografía (dentro o fuera del útero), la exéresis laparoscópica o la extracción quirúrgica para quistes grandes, complejos ecográficamente y con complicaciones clínicas⁽⁵⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente de 9 meses de edad, con antecedente en ecografía obstétrica prenatal (semana 28 de gestación) de masa intraabdominal de 36 mm de diámetro. Gestación a término, parto por cesárea electiva. En el periodo neonatal, la masa no fue palpable en la exploración física y fue dada de alta con control ambulatorio. Consulta 8 meses más tarde al Servicio de Cirugía Pediátrica con hallazgos en la TC abdominal de una masa quística de 6,9 x 4,2 cm en cuadrante superior derecho, por debajo del hígado (Fig. 1). La paciente fue intervenida qui-



Figura 1. TC coronal anteroposterior. Se observa masa hipodensa, bien definida, inferior al hígado y en relación con polo inferior del riñón derecho.

rúrgicamente por vía laparoscópica. En el cuadrante superior derecho se encontró una masa libre de 6 cm de diámetro (Fig. 2). Tras el vaciado de la tumoración se extrajo por el orificio umbilical. En la exploración de la pelvis, no se identificaron ovario ni trompa de Falopio izquierda. En el estudio histopatológico, la masa fue identificada como un quiste ovárico y remanentes de origen ovárico necróticos y hemorrágicos (Fig. 3). La paciente fue dada de alta sin complicaciones. Tras 1 año de la intervención, la evolución clínica ha sido satisfactoria.

DISCUSIÓN

Dentro de la clasificación de los quistes ováricos fetales se encuentran los quistes foliculares que resultan de la exposición

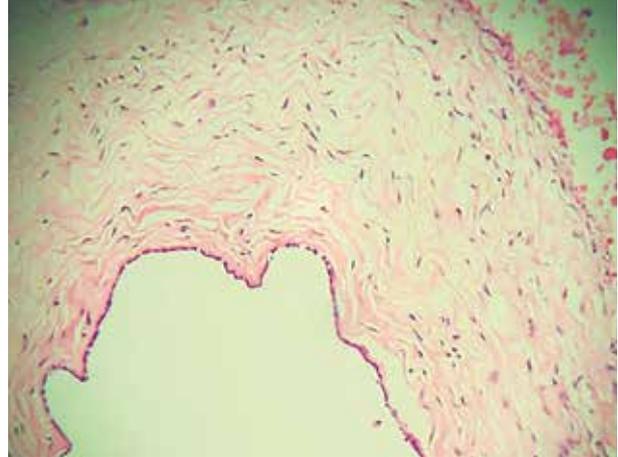


Figura 3. Análisis histológico de la muestra de quiste ovárico (hematoxilina-eosina, 200X). Se parecía pared de quiste con hemorragia, tapizado por una sola capa de células, con aspecto epitelial seroso en un estroma de tejido laxo.

a gonadotropina coriónica que afecta el ovario fetal durante el embarazo, por otro lado están los quistes luteínicos atribuidos a patologías maternas (diabetes, isoimmunización Rh, preeclampsia) o fetales (hipotiroidismo fetal congénito)⁽⁶⁾ factores de riesgo que la paciente del presente caso no presentó.

La mayoría de los casos se desarrollan entre las semanas 28 y 32 de gestación.⁽⁵⁾ Hay que constatar que el ovario y la trompa de Falopio son estructuras extremadamente móviles, capaces de tolerar hasta 90° de rotación, si es mayor de este punto se aumenta el riesgo de insuficiencia vascular. El tamaño y el peso de grandes QO pueden causar elongación del ligamento ancho, actuando como un punto de apoyo sobre el que el ovario se puede torsionar⁽⁵⁾; en el caso clínico expuesto, la paciente presentaba en la semana 28 de gestación una masa intraabdominal mayor a 6 cm, compatible con un QO, el cual pudo actuar como desencadenante de la torsión anexial.

Cuando el ovario se somete a torsión, la consiguiente alteración circulatoria e infarto hemorrágico puede llevar o no a autoamputación del ovario. La AO puede entonces terminar en la reabsorción, calcificación o, como en el presente caso, manifestarse como una masa⁽⁷⁾.

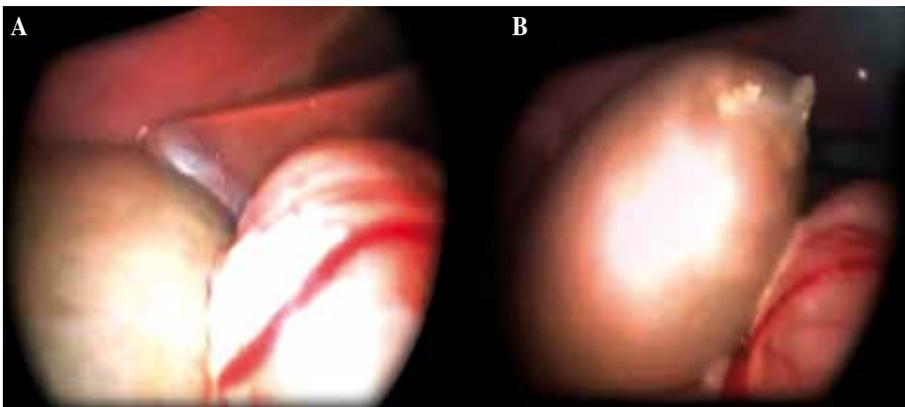


Figura 2. Imágenes intraoperatorias autoamputación del quiste ovárico. A) Imagen laparoscópica de masa quística subhepática. B) Visión laparoscópica de zona de amputación.

Los autores desconocen el momento de torsión ovárica en la paciente que llevó a la autoamputación, sin embargo, se conoce que la torsión de ovario en el periodo postnatal es rara, y que a menudo se produce antes del nacimiento⁽⁷⁾.

Una torsión ovárica se podría sospechar ecográficamente, cuando existe rápido aumento de tamaño, cambio en las características de quiste simple a complejo y quistes que miden más de 5 cm⁽⁷⁾. Por ende, la ecografía es un método útil para el diagnóstico y monitorización del QO los cuales se pueden sospechar cuando la exploración prenatal muestra un quiste abdominal en un feto femenino, sin anomalía urinaria o del tracto intestinal⁽⁸⁾, aspectos que se tuvieron en cuenta en la paciente, realizando controles ecográficos semanales hasta el momento del parto.

El diagnóstico diferencial de las masas intraabdominales incluyen quistes de duplicación intestinal, linfangioma, quistes mesentéricos, neuroblastoma, teratoma quístico benigno, displasia renal quística, uraco persistente, hidrometrocolpos, meningocele anterior y quistes ováricos, patologías que se tuvieron en cuenta en el enfoque de la paciente, sin embargo es de resaltar que el quiste de ovario constituye la masa abdominal pélvica más común⁽⁹⁾.

En cuanto al manejo de quistes ováricos, algunos autores recomiendan la aspiración prenatal de QO con diámetros mayores a 4 cm. Sin embargo, no hay suficientes datos que apoyen esta terapia actualmente, dado el aumento del riesgo fetal (sangrado, aspiración de estructuras intestinales, peritonitis) y complicaciones maternas (corioamnionitis, peritonitis, parto prematuro). Además, la recurrencia del quiste después de la aspiración es muy común^(7,9).

En la recién nacida, los quistes ováricos sintomáticos requieren una intervención quirúrgica urgente. Los quistes simples en recién nacidas asintomáticas menores de 4 a 5 cm de diámetro deben ser observados, dada la alta probabilidad de regresión espontánea. Existe una gran controversia con respecto al abordaje de los quistes simples de mayor tamaño y los complejos⁽¹⁰⁾.

El tratamiento de la paciente de 9 meses de edad, que presentaba un quiste de aproximadamente 6 cm, fue el drenaje y exéresis por vía laparoscópica. La revisión de literatura sugiere que el tratamiento quirúrgico neonatal está indicado en quistes simples mayores de 4 a 5 centímetros, aumento progresivo de tamaño, quistes sintomáticos, aquellos que persisten después de los 6 meses de edad y quistes complejos⁽²⁾. Se recomienda el abordaje mínimamente invasivo por vía laparoscópica⁽¹¹⁾ ya que permite la revisión de ambos ovarios, la aspiración del quiste, cistectomía y ooforectomía⁽⁷⁾, presentan además menos dolor postoperatorio, permiten un rápido inicio de la tolerancia oral y una baja incidencia de adherencias postoperatorias⁽¹²⁾, importante en la preservación de la fertilidad en una paciente que ha perdido un ovario.

La evolución de la paciente ha sido satisfactoria. El resultado a largo plazo durante la adolescencia y la edad adulta, después de la torsión ovárica perinatal, es desconocido. La prevalencia de torsión ovárica entre las mujeres con infertilidad no ha sido investigada y aunque estudios experimentales en animales han mostrado un efecto compensatorio del ovario restante, estudios clínicos sugieren que las mujeres con un solo ovario tienen reducida la reserva ovárica y pueden tener una disminución de la vida reproductiva⁽¹⁰⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Uygun I, Aydogdu B, Okur MH, Otcu S. The First Report of an Intraperitoneal Free-Floating Mass (an Autoamputated Ovary) Causing an Acute Abdomen in a Child. *Case Rep Surg.* 2012; 2012: 1-7.
2. Armas Álvarez, AL, Taboada Santomil P, Pradillos Serna JM, Rivera Chávez LL, Méndez Gallart R, Estévez Martínez E et al. Tratamiento quirúrgico de los quistes ováricos perinatales. *Cir Pediatr.* 2010; 23: 225-8.
3. Cabellos A, Cavieres I, Zarges P, Gajardo M, Vega R. Quiste ovárico fetal: diagnóstico prenatal y manejo quirúrgico postnatal exitoso. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012; 77: 306-9.
4. Koike Y, Inoue M, Uchida K, Kawamoto A, Yasuda H, Okugawa Y et al. Ovarian autoamputation in a neonate: a case report with literature review. *Pediatr Surg Int.* 2009; 25: 655-8.
5. Amodio J, Hanano A, Rudman E, Banfro F, Garrow E. Complex left fetal ovarian cyst with subsequent autoamputation and migration into the right lower quadrant in a neonate. *J Ultrasound Med.* 2010; 29: 497-500.
6. Torres-Cepeda D, Reyna-Villasmil E, Delgado-Delgado O, Colmenares-Vega M, Perozo-Romero J. Quiste ovárico fetal. Reporte de Caso. *Clin Invest Gin Obst.* 2011; 38: 62-4.
7. Akın MA, Akın L, Özbek S, Tireli G, Kavuncuo lu S, Sander S. Fetal-neonatal ovarian cysts—their monitoring and management: retrospective evaluation of 20 cases and review of the literature. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2010; 2: 28-33.
8. Monnery-Noché ME, Auber F, Jouannic JM, Bénifla JL, Carbonne B, Dommergues M. Fetal and neonatal ovarian cysts: is surgery indicated? *Prenat Diagn.* 2008; 28: 15-20.
9. Tehrani FHE, Kavehmanesh Z, Kaveh M, Tanha FD. Neonatal ovarian cyst: a case report. *Iran J Pediatr.* 2007; 4: 379-82.
10. Trotman GE, Zamora M, Gómez-Lobo V. Non-Surgical Management of the Auto-Amputated Adnexa in the Neonate: A Report on Two Cases. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2014; 27: 107-10.
11. Focseneanu MA, Omurtag K, Ratts VS, Merritt DF. The auto-amputated adnexa: a review of findings in a pediatric population. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2012; 26: 305-13.
12. Bailez M. Masas anexiales en el recién nacido, periodo peripuberal y teratomas maduros del ovario. Enfoque clínico actual, rol y alcances del tratamiento por videolaparoscopia. *Rev Med Clin Condes.* 2009; 20: 835-9.