



## XXVIX Reunión Sociedad Ginecológica Murciana

# QUISTE ANEXIAL FETAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Peiró Jornet J, Urbano Reyes MI, Jiménez García A, Rodríguez López PM, Velasco Martínez M, Beltrán Sánchez A, Vázquez Campà R, Miranda Paanakker A  
Servicio de Obstetricia y Ginecología de Hospital General Universitario Santa Lucía

### Introducción

Los quistes ováricos fetales suelen ser el resultado de la exposición ovárica fetal a los estrógenos y gonadotrofinas placentarias y maternas que estimulan el ovario del feto y provocan la producción y maduración de los folículos. Ocurren en 1 de cada 1000 fetos (1). Desde el uso rutinario de la ecografía prenatal, el diagnóstico de quiste ovárico fetal se vuelve más común (2). La mayoría se diagnostican en el tercer trimestre. Nussbaum et al (3) los clasificaron en quistes simples y complejos basándose en criterios ultrasónicos. Se suele optar por la conducta expectante, salvo si su tamaño es considerable o la apariencia ecográfica sugiere un quiste complejo susceptible de complicación prenatal. A propósito de un caso clínico vamos a discutir el manejo de estos quistes ováricos fetales.

### Descripción del caso clínico

Mujer de 36 años, G2P1 (2014: parto vacuo), sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Controles de gestación:

- Ecografía de cribado de 1er trimestre satisfactoria: bajo riesgo para aneuploidías y preeclampsia precoz.
- Ecografía morfológica de 2º trimestre sin objetivarse anomalías. Sexo fetal femenino.
- Ecografía de tercer trimestre en semana 35: imagen quística en ovario derecho de 40.4x36.8 mm. Se reevalúa ese mismo día en consulta de Medicina Fetal, describiéndose una formación quística en hemipelvis derecha fetal, de aspecto redondeado de 40x36 mm, con pequeño nivel en su interior, que impresiona de quiste ovárico. La vía urinaria y vejiga son normales. Se decide actitud expectante con nuevo control ecográfico en 2 semanas.
- Ecografía de control en semana 37: reducción del tamaño del quiste, midiendo en ese momento 29x22x28mm (Imagen 1), sin presentar cambios morfológicos que sugieran evolución a quiste complejo.

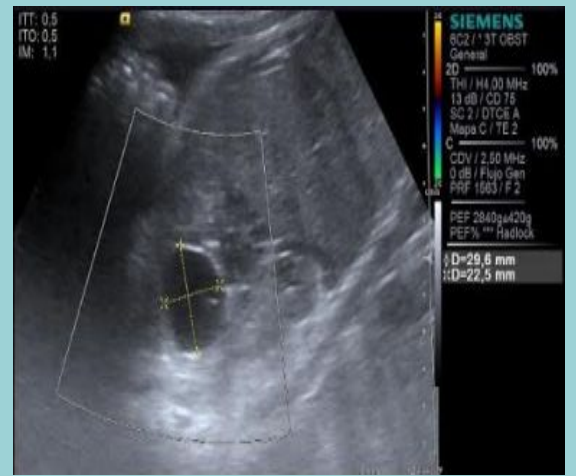


IMAGEN 1. Ecografía de 3T en semana 37

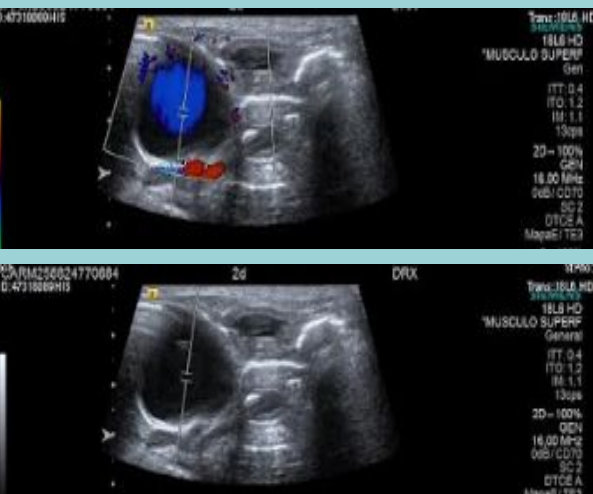


IMAGEN 2 y 3. Ecografía postnatal

Dos días después, estando gestante de 37+2 semanas, ingresa en nuestra Unidad por RPM a término, finalizando en parto eutócico. La neonata es evaluada al nacimiento por neonatólogo, que solicita las siguientes pruebas complementarias:

- Ecografía abdomino-pélvica completa a las 48 horas de vida:** "lesión quística en FID de paredes finas, de 26x15 mm, de contenido homogéneo hipoecoico con ecos finos, que se rellena con flujo de espectro venoso en el estudio Doppler. Hallazgos compatibles con malformación venosa/venolinfática, que en un principio no parece depender de ovario" (Imagen 2 y 3). En lo que al origen de la lesión se refiere, estos resultados eran discordantes respecto a lo objetivado en la etapa prenatal, por lo que se solicita **RM**. Los resultados de la RM informan de "hallazgos compatibles con quiste hemorrágico anexial derecho de 24 mm de diámetro mayor" (Imagen 4). Para confirmarlo, se repite la **ecografía abdominal** en los días posteriores con sondaje vesical previo, corroborando la presencia de "lesión quística de ovario derecho con sangrado previo". Así pues, finalmente es diagnosticada de quiste hemorrágico anexial derecho de 24 mm de diámetro mayor. La neonata mantiene cifras de hemoglobina estables. Se da de alta y se extrae muestra para estudio hormonal y marcadores de ovario.



IMAGEN 4. RM postnatal.

Acude a cita en consultas externas de neonatología pasado un mes, donde se informa de la normalidad de resultados en el estudio hormonal. Se repite **ecografía**, que comprueba un descenso del tamaño del quiste de 24 a 6 mm. Dado que la paciente se encuentra asintomática y el quiste ovárico parece no complicado y en proceso de resolución, se mantiene actitud expectante.

En nuevo control **a los 6 meses** parece que el cuadro se ha resuelto, puesto que no se aprecian estructuras quísticas que dependan del ovario derecho, lo que hace sospechar que la lesión ha regresado de forma espontánea.

## Justificación y Discusión

El manejo prenatal óptimo de los quistes ováricos fetales está por determinar y esto se debe en gran medida a que su evolución es variable. La mayoría regresan durante el embarazo o bien tras el parto, una vez cesa la influencia hormonal materna (4). No obstante, pueden complicarse si acontece una hemorragia intraquística, torsión ovárica y/o compresión de los órganos circundantes, aumentando el riesgo de intervención quirúrgica postnatal y de pérdida de los ovarios (5). El tamaño y la apariencia ecográfica son los principales determinantes del resultado perinatal (4, 6). Basándonos en esto y revisando la bibliografía encontramos los siguientes datos: Los quistes ováricos fetales de  $\geq 40$  mm o de características complejas en la ecografía presentan:

- Una tasa significativamente menor de resolución espontánea.
- Una tasa significativamente mayor de hemorragia intraquística y torsión ovárica. No obstante, se ha informado de hemorragia intraquística sin torsión, como era el caso de nuestra paciente. Sin embargo, el cambio en la apariencia ecográfica (de simple a complejo) suele ser el primer signo de torsión (5).
- Una mayor probabilidad de intervención quirúrgica postnatal, con un riesgo incrementado de necesidad de ooforectomía en los quistes complejos, independientemente de su tamaño (6).

Un método para prevenir complicaciones es la aspiración del quiste ovárico en la etapa prenatal guiado por ecografía (1, 2, 4, 5), sobre todo en los que superan los 40-50 mm. El fundamento es reducir el tamaño para minimizar el riesgo de torsión y la necesidad de ooforectomía posnatal. Puesto que nuestra paciente presentaba un tamaño inferior a 40 mm y no mostraba signos de complicaciones, se optó por el manejo expectante.

Al estudiar el uso de la aspiración en la etapa prenatal, se ha mostrado una reducción significativa del riesgo de torsión del 85% al 14% en aquellos quistes de  $\geq 50$  mm (7). A pesar de esto, no hay consenso con respecto a qué lesiones indican un mayor riesgo de pérdida ovárica y cuáles son susceptibles de tratamiento prenatal.

## Conclusiones

Optar por un manejo expectante o activo ante el hallazgo de un quiste ovárico fetal sigue siendo una decisión compleja. Parece que depende sobre todo del tamaño y de la apariencia ecográfica del quiste. Se dispone de terapias intrauterinas basadas en la aspiración de dicho quiste, que lo que buscan es prevenir las potenciales complicaciones que lleven a la pérdida del ovario. Sin embargo, la selección de las candidatas para la terapia prenatal debe ser meticulosa para no caer en la iatrogenia.

### Bibliografía

1. Athanasios Tyraskis, Spyros Bakalis, Carolina Scala et al. A retrospective multicenter study of the natural history of fetal ovarian cysts. *Journal of Pediatric Surgery* 53 (2018) 2019–2022
2. Hassan RAA, Chong YC, Khairun Nisa M et al. Hemorrhage in a Fetal Ovarian. *Journal of Neonatal Surgery* Vol. 6; 2017:6-49.
3. Nussbaum AR, Sanders RC, Hartman DS. Neonatal ovarian cysts: sonographic-pathologic correlation. *Radiology* 1988; 168:817–21.
4. C. Diguisto, N. Winer, G. Benoist et al. In-utero aspiration vs expectant management of anechoic fetal ovarian cysts: open randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 52: 159–164
5. F. D'Antonio. Referee commentaries: In-utero aspiration vs expectant management of anechoic fetal ovarian cysts: open randomized controlled trial.
6. F. Bascietto, M. Liberati, L. Marrone et al. Outcome of fetal ovarian cysts diagnosed on prenatal ultrasound examination: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017; 50: 20–31
7. Bagolan P, et al. The management of fetal ovarian cysts. *J Pediatr Surg* 2002; 37:25–30.