

---

# **A**bdomen agudo por quiste ovárico en recién nacido. Caso reportado en el hospital pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

## **Acute abdomen due to ovarian cyst in a newborn. Case reported in the “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” hospital.**

Marisol Kittyle Kittyle \*  
Rocío Cevallos Miranda \*\*  
Martha García González \*\*  
Ariosto Vergara Coello \*\*

---

### **RESUMEN**

Los tumores abdominales en la etapa neonatal se los clasifica de acuerdo a su localización; en el caso de que sean pélvicos es necesario descartar entre quistes foliculares o del uraco, teratoma, hernia, hidrocele o hidrometrocolpos. Presentamos el caso de un neonato sexo femenino transferida desde el hospital gineco-obstétrico “Dr. Enrique C. Sotomayor” a las 20 horas de vida, con gran distensión abdominal, náuseas y vómitos; realizándole una laparotomía exploratoria observándose un quiste de ovario roto.

**Palabras clave:** Quiste ovárico. Tumor abdominal. Neonato. Laparotomía exploratoria.

### **SUMMARY**

Abdominal tumors in the neonatal stage are classified according to their location; in case they are pelvic, it is necessary to rule out follicular cysts or urachus cyst, teratoma, hernia, hydrocele or hydrometrocolpos. This is the case of a female newborn transferred from “Dr. Enrique C. Sotomayor” OB-GYN Hospital, 20 hours after birth, with great abdominal distension, nausea, vomitus. An exploratory laparotomy was made and a torn ovarian cyst was found.

**Key words:** Ovarian cyst. Abdominal tumor. Newborn. Exploratory laparotomy.

---

### **Introducción**

Los tumores ováricos constituyen las neoplasias pélvicas más frecuentes durante la niñez<sup>1,2</sup>. La etiología de los quistes ováricos de mayor tamaño no está totalmente aclarada; sin embargo la teoría más aceptada es que se produce estimulación de un folículo ovárico por estrógenos maternos y gonadotropina coriónica (HCG). Desde la semana 20 de gestación, el ovario fetal presenta crecimiento de los folículos primarios; y, folículos de Graaf<sup>4,7</sup>, desde la semana 32; presentes en el 35% de los ovarios de las recién nacidas, estos folículos crecen y forman quistes ováricos in útero, procesos autolimitados al desaparecer la acción hormonal materna<sup>3,5,6</sup>.

En las niñas, los tumores abdominales que corresponden a ovarios, son generalmente quísticos y la mayor parte son de naturaleza folicular y pueden ser de cuerpo lúteo, teca-luteínicos, teratomas o cistoadenomas<sup>8,10,12,13</sup>.

Presentamos el caso de un neonato sexo femenino que ingresó al hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, a las 20 horas de vida, por tener dificultad respiratoria, distensión abdominal, vómitos y náuseas; transferida del hospital gineco-obstétrico “Dr. Enrique C. Sotomayor”, Guayaquil.

### Caso clínico

Recién nacida (RN) 35 semanas de gestación, que ingresó al hospital el día 5 de abril de 2007, con 20 horas de vida, con antecedentes perinatales de ser producto de madre de 24 años de edad, multípara, embarazo controlado regularmente; obtenida por vía vaginal, llanto inmediato, con peso de 2.4 Kg. y Apgar de 7 y 8, por Ballard 37: semanas de edad gestacional, con discreta dificultad respiratoria desde su nacimiento; patrón restrictivo debido a la gran distensión de su abdomen. Figura 1.

**Figura 1**  
**Radiografía de abdomen de la paciente previa a laparotomía**



Fuente: hospital pediátrico "Dr. Roberto Gilbert Elizalde".

En cuanto al examen biofísico presentó palidez generalizada, tiraje intercostal leve, campos pulmonares: murmullo vesicular audible; ruidos cardiacos rítmicos; frecuencia cardiaca en 130 por minuto, presión arterial media en 60 mmHg, no soplos, relleno capilar de 4 segundos, abdomen globuloso con perímetro abdominal de 36cm, genitourinario sin alteraciones morfológicas aparentes, resto de la exploración dentro de los parámetros normales. Foto 1.

**Foto 1**  
**Paciente en área pre-quirúrgica.**



Fuente: hospital pediátrico "Dr. Roberto Gilbert Elizalde".

**Analítica sanguínea:** a su ingreso el hematocrito fue de 39.5%, con hemoglobina de 13.4, plaquetas 221.000, con tiempos de coagulación y electrolitos conservados en los rangos normales.

En cuanto a la valoración radiológica de abdomen, se observa asas intestinales con mala distribución de gases y las otras estructuras visibles en la placa, radiopacas.

Ecografía realizada a las 34 semanas de gestación: se aprecia líquido libre en cavidad abdominal. Figura 2.

**Figura 2**  
**Rx de abdomen**



Se aprecia asas intestinales dilatadas.

Fuente: hospital pediátrico "Dr. Roberto Gilbert Elizalde".

La paciente es valorada por el servicio de cirugía, que decide realizar una laparotomía exploradora, en la que se encontró un quiste hemático roto del lado derecho; permaneció en quirófano 2 horas.

Se envía muestra de pieza anatómica a patología cuyo reporte indica: quiste de cuerpo lúteo roto. Bajo los efectos de la sedación pasa al área de UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales), recibiendo manejo adecuado de líquidos parenterales y ventilación asistida hasta que se estabilice. Foto 2.

**Foto 2**  
**Paciente posterior a extracción de quiste ovárico roto**



Fuente: hospital pediátrico "Dr. Roberto Gilbert Elizalde".

## Discusión

Dentro del diagnóstico diferencial de los tumores abdominales en los RN, es muy importante considerar la localización de la masa, en el abdomen, ya que si ésta se encuentra en *flanco*; hay que discriminar entre riñón multiquístico hidronefrosis, nefroma mesoblástico, tumor de Wilms, neuroblastoma, hemorragia adrenal, o trombosis de la vena renal<sup>9,11,15</sup>.

Si está localizado en el *cuadrante superior derecho*, hay que descartar entre hamartoma, hepatoblastoma, quiste del colédoco. Si está en *cuadrante superior izquierdo* se debe descartar la presencia de un quiste esplénico. Figura 3.

**Figura 3**  
**Área de terapia intensiva neonatal del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde"**



Fuente: hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde".

Si la masa está localizada en *mesogastrio*, hay que considerar la posibilidad de duplicación intestinal. En el caso de que la localización sea pélvica, es necesario descartar entre quistes foliculares, quistes de uraco, teratomas, hernia, hidrocele o hidrometrocolpos<sup>12,13,14</sup>.

Por las características del caso descrito, en cuanto al sexo del RN y la localización, estamos frente a un quiste folicular, que mediante el estudio anatómico-patológico se llegó a la conclusión que se trataba de un quiste de cuerpo amarillo roto.

La torsión y la hemorragia de estos quistes son complicaciones frecuentes, que puede generar ascitis hemorrágica y de manera secundaria dar lugar a un cuadro de obstrucción intestinal.

En cuanto al abordaje quirúrgico depende el tamaño del quiste; si éste es superior 5cm, se realiza la cirugía; en el caso de paciente descrita era un quiste mayor de 5cm por lo que se realizó la laparotomía y exéresis del quiste de cuerpo lúteo. Figura 4.

**Figura 4**  
**Pieza anatómica de quiste ovárico**



Fuente: Departamento de patología, hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde".

## Conclusiones

Los quistes ováricos prenatales y neonatales generalmente involucionan en forma espontánea, incluso los más complejos, por lo que la conducta debe ser expectante, considerando siempre las condiciones generales de la paciente, que en nuestro caso debido al compromiso hemodinámico requirió una rápida intervención quirúrgica, mediante la exéresis del tumor de ovario, permaneciendo en UCIN 4 días y luego 13 días en sala de neonatos hasta su mejoría completa. Figura 5.

**Figura 5**  
**Medición de pieza quirúrgica ovario**



Fuente: Departamento de patología, hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde".

Es dada de alta en excelentes condiciones; actualmente acude a los controles mensuales en la consulta externa de neonatología, hospital pediátrico "Dr. Roberto Gilbert Elizalde".

### Referencias bibliográficas

1. Apablaza M: Recién nacida prematura con quiste de ovario. Rev. SOGIA 11:46-7, 2004.
2. Cepeda J: Diagnóstico y manejo prenatal de las lesiones quísticas de los ovarios. arch.pediat.Mexicana. 4(15): 12-14, 2001.
3. Enríquez G, et al: Conservative versus surgical treatment for complex neonatal ovarian cysts: Outcomes study. AJR Am J Roentgenol 185: 501-508, 2005.
4. Foley PT: Is conservative management of prenatal and neonatal ovarian cysts justifiable? Fetal Diagn Ther. 20: 454-8, 2005.
5. Fuentealba I: Quistes ováricos en recién nacidas, niñas y adolescentes: aspectos ultrasonográficos. Revista Chilena de Radiología. 12 (1): 15-20, 2006.
6. Islas L: Cistoadenoma de ovario en neonato. Rev. Mexicana de Pediatría 70:19 - 22, 2003.
7. Lee HJ: «Daughter cyst» sign: A sonographic finding of ovarian cyst in neonates, infants, and young children. AJR Am J Roentgenol 174: 1013-1015, 2005.
8. Luzzatto C: Neonatal ovarian cysts: management and follow-up. Pediatr Surg Int 16: 56-59, 2000.
9. Nelson W: Tratado de Pediatría 16º Ed. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill, México, 2000.
10. Pérez A: Diagnóstico diferencial a propósito de una masa abdominal en un neonato Rev. Mexicana de Pediatría 72: 133-5, 2005.
11. Rodríguez G: Diagnóstico prenatal de quiste de ovario fetal, resolución espontánea neonatal Rev Gin-Obs Mex 68: 349 - 52, 2000.
12. Siegel MJ. Ecografía pediátrica. Cap. 12. 2a Ed. Marban. Madrid. España 2004.
13. Strickland JL: Ovarian cysts in neonates, children and adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol 14: 459-465, 2002.
14. Templeman C: Non-inflammatory ovarian masses in girls and young women. Obstet Gynecol. 96: 229-233, 2000.
15. Vogtlander MF: Neonatal ovarian cysts. Acta Pediatr 92: 498-501, 2003.

**Dra. Martha García González**  
**Teléfonos: 593-04-2348856; 097302278**  
**Correo electrónico: dragarciagonzalez@hotmail.com**  
**Fecha de presentación: 24 de enero de 2008**  
**Fecha de publicación: 31 de marzo de 2008**  
**Traducido por: Dr. Gonzalo Clavijo E.**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL