

R. Díez García, M. Prieto Díez,
F. Aguilar Tremoya

An Esp Pediatr 1996;44:397-398.

Introducción

Con la utilización de la ultrasonografía (US) prenatal cada vez es más frecuente el diagnóstico de masas ováricas intraútero y en los primeros controles pediátricos postnatales⁽¹⁻³⁾. Una de cada cuatro masas ováricas diagnosticadas durante la edad pediátrica es de origen no neoplásico^(1,4,5) y dentro de este período de la vida el riesgo de neoplasia aumenta con la edad. La mayoría de los tumores ováricos pediátricos se diagnostican entre los 10 y 14 años, constituyendo éstos el 1% de los tumores malignos del niño⁽⁴⁾.

Caso clínico

Recién nacida a término, con diagnóstico ecográfico prenatal de masa quística abdominal en la que se confirma durante la exploración neonatal la presencia de una masa abdominal móvil y no dolorosa de 6 cm de diámetro a nivel de la fosa ilíaca derecha. Los estudios con US y tomografía axial computarizada (TC) revelan la presencia de una masa quística en el ovario derecho y otra menor (0,5 cm de diámetro), también quística, en el ovario izquierdo; no se apreciaron adenopatías sugerentes de patología tumoral maligna. Simultáneamente se realizaron estudios analíticos: hematológicos, bioquímicos, hormonales (gonadotropina coriónica humana) y de marcadores tumorales (alfafetoproteína) que fueron normales.

Ante la persistencia de la tumoración y su progresivo aumento de tamaño, a la edad de 1 mes, se decidió su abordaje quirúrgico realizándose una incisión transversa a nivel de fosa ilíaca derecha, practicándose una quistectomía bilateral de dos formaciones quísticas de los tamaños descritos y de contenido líquido achocolatado (Fig. 1), preservándose el tejido ovárico no englobado por el quiste. El estudio anatomopatológico del tejido resecado muestra la existencia de formaciones glandulares con contenido hemático tapizadas por epitelio cilíndrico alto; todas ellas rodeadas de estroma laxa de tipo endometrial y un infiltrado inflamatorio mixto (Fig. 2). Todo ello es compatible con el diagnóstico anatomopatológico de endometriosis ovárica.

Servicio de Cirugía Pediátrica, Departamento de Pediatría y Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid. (Jefe de Departamento: Dr. I. Villa Elizaga).
Correspondencia: Dr. Ricardo Díez García.
Camino de los Vinateros 12, 1º D. 28030 Madrid.
Recibido: Octubre 1994
Aceptado: Mayo 1995

Endometriosis ovárica neonatal: Tratamiento conservador

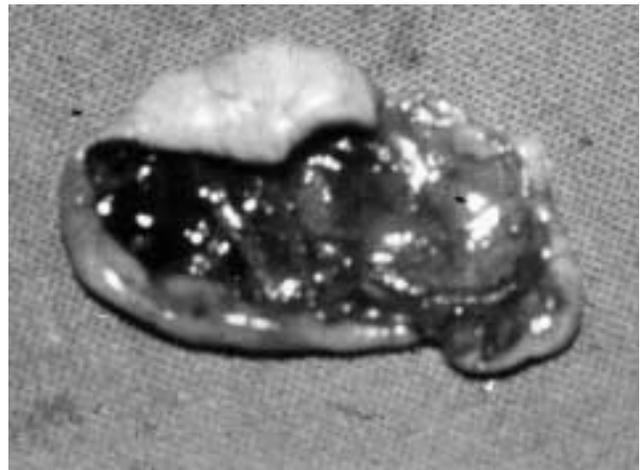


Figura 1. Aspecto macroscópico de una endometriosis ovárica en un neonato.

La evolución con un seguimiento de 24 meses ha sido satisfactoria, no recidivando hasta el momento la enfermedad quística.

Discusión

Más del 90% de las masas ováricas no neoplásicas diagnosticadas durante la infancia y la adolescencia son de naturaleza quística; sin embargo, tres de cada cuatro masas ováricas a esta edad son neoplásicas^(1,2) y de ellas casi el 25% pueden ser quísticas: teratoma quístico maligno, cistoadenocarcinoma, etc.⁽⁴⁾.

Los quistes más frecuentes corresponden a los quistes foliculares que son más frecuentes en adolescentes y excepcionales antes de la menarquia. Cuando se aprecian en neonatos se deben a estimulación por la hormona gonadotropina coriónica humana materna y suelen ser de pequeño tamaño^(4,5).

Es sorprendente la alta incidencia de quistes ováricos asintomáticos en el primer año de vida^(3,4,6,7). El hallazgo casual es el dato clínico más frecuente a esta edad; son, generalmente, lesiones benignas que regresan espontáneamente y por ello no requieren tratamiento; pero si en controles clínicos y ecográficos sucesivos el quiste no regresa debe ser extirpado quirúrgicamente^(6,8). El tratamiento quirúrgico debe ser conservador con el ovario quístico y su trompa siempre que sea posible: la fertilidad en la edad adulta puede depender de ello^(3,9). Es obligado explorar el lado contralateral ya que la enfermedad quística es

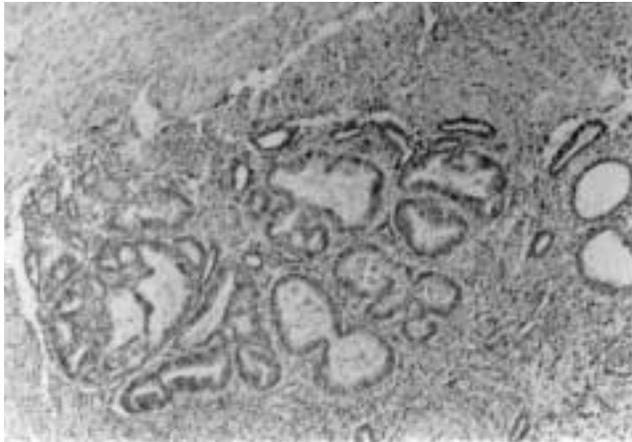


Figura 2. Microscopía óptica de una endometriosis ovárica.

bilateral en el 10% de las enfermas^(4,5). Aun cuando es alta la incidencia de regresión espontánea de estos quistes neonatales, es obligado su estudio y seguimiento clínico: debemos descartar una lesión tumoral maligna, por lo que se solicitarán análisis hematológicos, bioquímicos, hormonales y de marcadores tumorales como los realizados en nuestra paciente. La US es el método inicial de elección para definir el tamaño y la naturaleza de la masa y para su seguimiento^(3,6); la TC se reserva para los casos en que se sospeche tumor maligno o para descartar éste si los restantes estudios no han sido suficientes para establecer el diagnóstico (debe valorarse la clínica y el conjunto de las exploraciones realizadas). La resonancia magnética puede ser también útil en estos casos⁽⁴⁾ pero su uso no está protocolizado. No debe procederse a la punción-aspiración del quiste con fines diagnósticos por el riesgo de diseminación intraabdominal y/o peritonitis^(2,4,9). La laparoscopia es un método útil para el diagnóstico y tratamiento de los quistes ováricos de naturaleza endometrial u otra⁽¹⁰⁾.

La endometriosis ovárica es frecuente en adolescentes, pero es excepcional su diagnóstico neonatal. El tratamiento debe ser conservador a todas las edades, estando indicado el tratamiento hormonal en la adolescencia, y siendo la norma la regresión espontánea del quiste antes de la menarquia; en las enfermas tratadas de este modo, la fertilidad es posible en el 50% de los casos⁽¹¹⁻¹⁴⁾. En contra de lo sucedido en nuestra paciente, en los neonatos el quiste regresa espontáneamente si cesa la estimulación hormonal materna, siendo excepcional el mantenimiento del quiste^(7,15). Si el quiste no regresa o si su tamaño permite su palpación (con el lactante despierto) debe ser extir-

pado, procurando conservar el mayor porcentaje posible de tejido ovárico^(3,8). El 10-12% de los ovarios intervenidos necesita reoperarse^(11,16), aun siendo muy excepcional el tratamiento quirúrgico de la endometriosis durante el período neonatal^(4,6,9,11,12,16).

Concluimos resaltando la importancia del tratamiento quirúrgico conservador, preservando el tejido ovárico sano por su repercusión sobre la ulterior fertilidad de estas niñas.

Bibliografía

- Norris HJ, Jensen RD. Relative frequency of ovarian neoplasms in children and adolescents. *Cancer* 1972;**30**:713-719.
- Ehren IM, Mahour GH, Isaacs H Jr. Benign and malignant ovarian tumors in children and adolescents. A review of 63 cases. *Am J Surg* 1984;**147**:339-344.
- Sapin E, Bary F, Lewin F. Management of ovarian cyst detected by prenatal ultrasounds. *Eur J Pediatr Surg* 1994;**4**:137-140.
- Snyder ChL, Holder T. Miscellaneous tumors. En: Ashcraft KW, Holder T (eds). *Pediatric Surgery*, 2ª edición. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993; págs. 898-922.
- Forfar JO, Arneil GC. Tratado de Pediatría. Barcelona: Salvat Editores S.A. 1986; págs. 1083-1171.
- Ikeda K, Suita S, Nakano H. Management of ovarian cyst detected antenatally. *J Pediatr Surg* 1988;**23**:432-435.
- Domewood MD. Pathophysiology and management of endometriosis. *J Fam Pract* 1993;**37**:68-75.
- Brandt ML, Luks FI, Filiatrault D, Garel L, Desjardins JG, Youssef S. Surgical indications in antenatally diagnosed ovarian cysts. *J Pediatr Surg* 1991;**26**:276-282.
- Díez R, Molina E, Estelles MC, Prieto M, Aguilar F. Quistes ováricos neonatales de origen no tumoral. *Acta Ped Esp* 1994;**52**:496-498.
- Heloury Y, Guibertau V, Sagot P, Plattner V, Baron M, Rogez JM. Laparoscopy in adnexal pathology in the child: a study of 28 cases. *Eur J Pediatr Surg* 1993;**3**:75-78.
- Masterson BJ. Manual of Gynecologic Surgery. En: Masterson BJ (ed). *Comprehensive Manuals of Surgical Specialities*, vol 4. New York: Spring-Verlag, 1979; pp. 140-142.
- Disala PJ, Creasman WT. *Clinical Gynecologic Oncology*. St. Louis, Toronto, London. The CV Mosby Company, 1981; págs. 228-230.
- Kaplan CR, Eddy CA, Olive DL, Schenken RS. Effect of ovarian endometriosis on ovulation in rabbits. *Am J Obstet Gynecol* 1989;**160**:40-44.
- Andrews WC, Larsen DC. Endometriosis: Treatment with hormonal pseudopregnancy and for operation. *Am J Obstet Gynecol* 1974;**118**:643-651.
- Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993;**177**:243-246.
- Williams IJ. The role of surgery in the management of endometriosis. *Mayo Clin Proc* 1975;**50**:198-203.