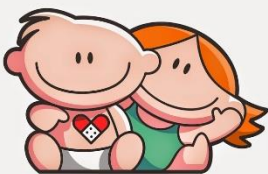




592

# UTILIDAD DEL ULTRASONIDO EN LA RESOLUCIÓN DE LOS QUISTES DE OVARIO PRENATALES

Autores: N. Amoretti, M. Galeano, C. Mónico,  
J. Sancho Cano, C. Roa, E. Dardanelli.



Hospital de Pediatría  
**Garrahan**

Hospital de Pediatría  
“Prof. Juan P. Garrahan”

El quiste de ovario es  
una patología  
perinatal frecuente

**Propósito:** determinar la utilidad de  
la ecografía posnatal para la  
valoración terapéutica de los quistes  
de ovario complejos o de gran  
tamaño.

Estudio retrospectivo,  
entre 2004 al 2018, se  
evaluaron 27  
pacientes.

27 pacientes

89%  
diagnóstico  
prenatal

11%  
diagnóstico  
posnatal

# Presentación clínica

85%  
asintomáticos

11%  
distensión  
abdominal

4% masa  
palpable

Ubicación

Tamaño

Ecoestructura

Vascularización

Puntos de valoración  
ecográficos

Ecogenicidad

Niveles

Tabiques

Presencia de  
imágenes ecogénicas  
en su interior o pared

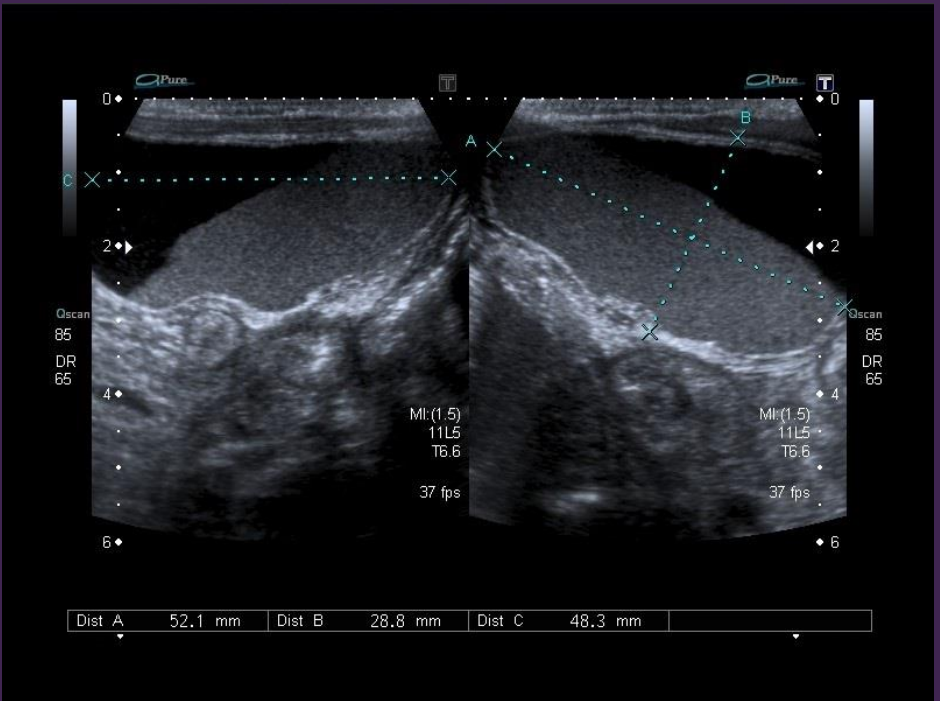


Imagen quística de paredes finas con nivel líquido – líquido en su interior, sin vascularización al examen Doppler color. Microscopía: quiste de ovario simple con necrosis isquémica – hemorrágica vinculable a cambios por torsión (necrosis, hemorragia y abundantes calcificaciones).



Imagen quística de bordes definidos, paredes finas, sin vascularización al examen Doppler color, en contacto con ovario derecho, mide: 5.5 x 5.2 x 3 cm (L x T x AP). Microscopía: quiste simple con necrosis y calcificación.

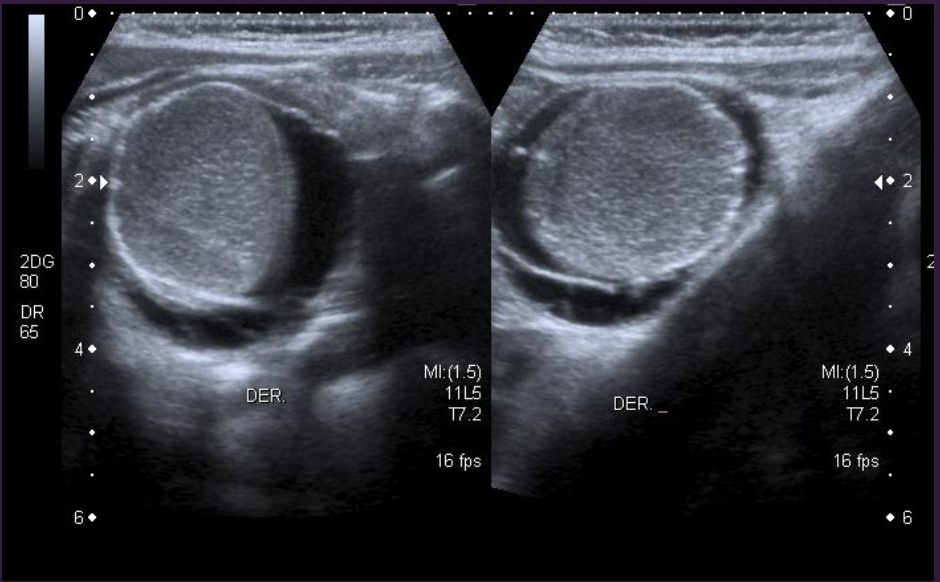
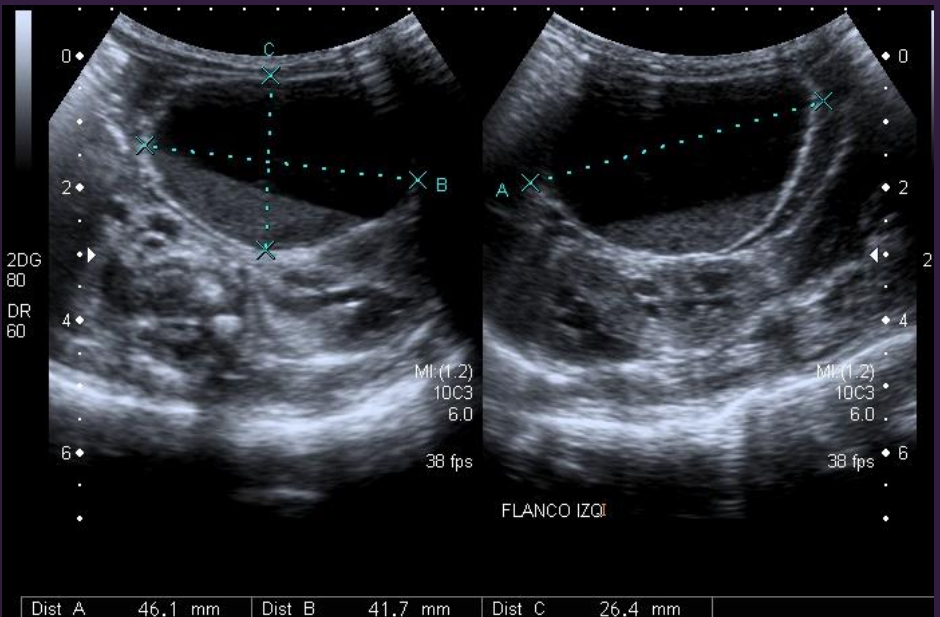
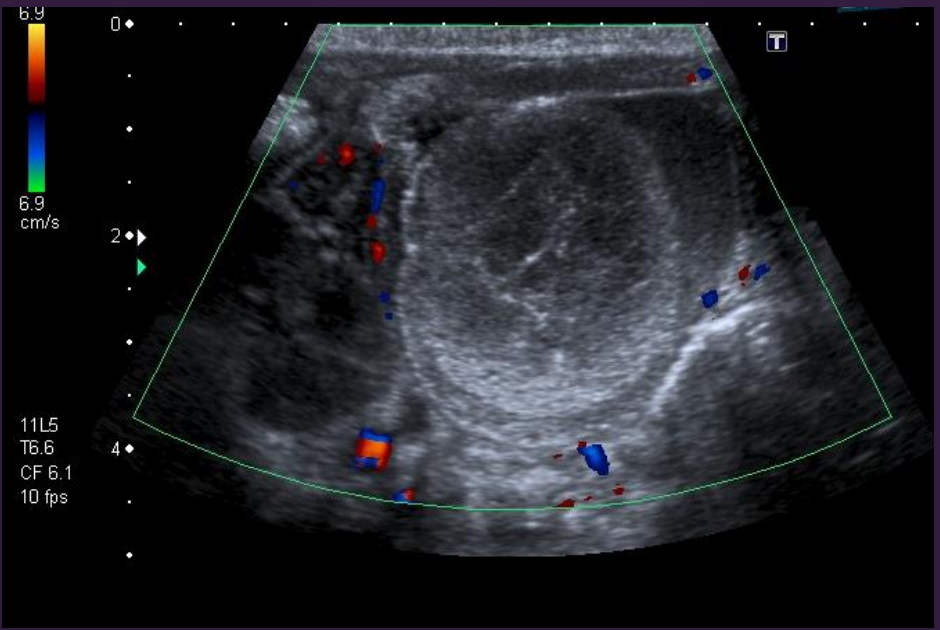


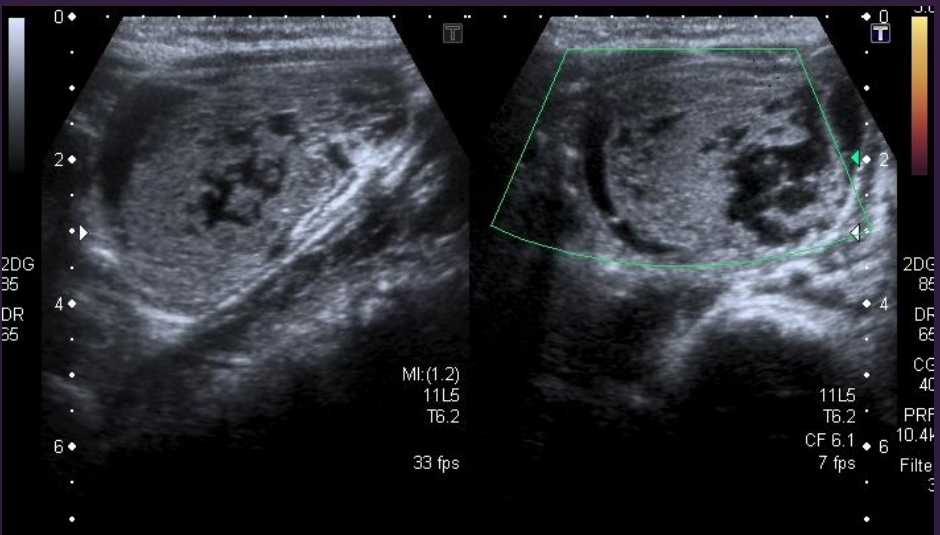
Imagen sólido – quística sin vascularización en región aneal derecha, 6.3 x 3.2 x 6.1 cm (L x T x AP). Anatomía patológica: macroscopía quiste aneal libre en cavidad, trompa amputada. Microscopía: Quiste simple con necrosis coagulativa y calcificación, no se reconoce parénquima ovárico remanente.



Tumoración quística con nivel líquido – líquido en hemiabdomen izq. Macroscopía: Ovario izquierdo torcido, aumentado de tamaño con aspecto necrótico, preservando resto ovárico. Microscopía: extensa necrosis y calcificaciones.

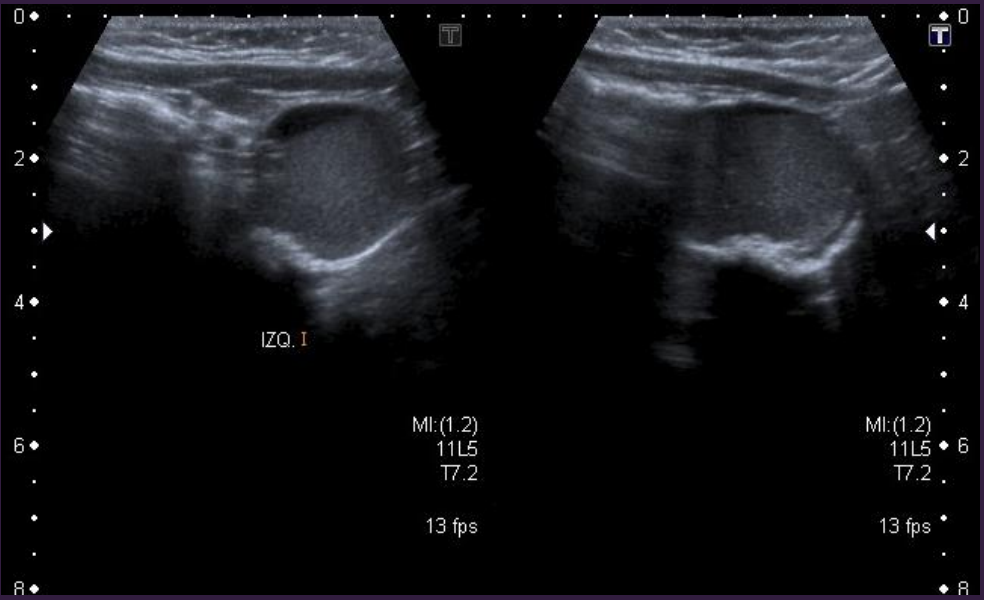


Gran formación de morfología ovalada con límites definidos, heterogénea, sin vascularización al examen Doppler color. Mide: 4.9 x 3.3 x 3.1 cm. Microscopía: Pared revestida por mesotelio, en la que se identifican folículos primordiales, con necrosis de tipo coagulativa, infiltrado inflamatorio mono y polimorfonuclear, fibrosis, hemorragia y focos de calcificación.

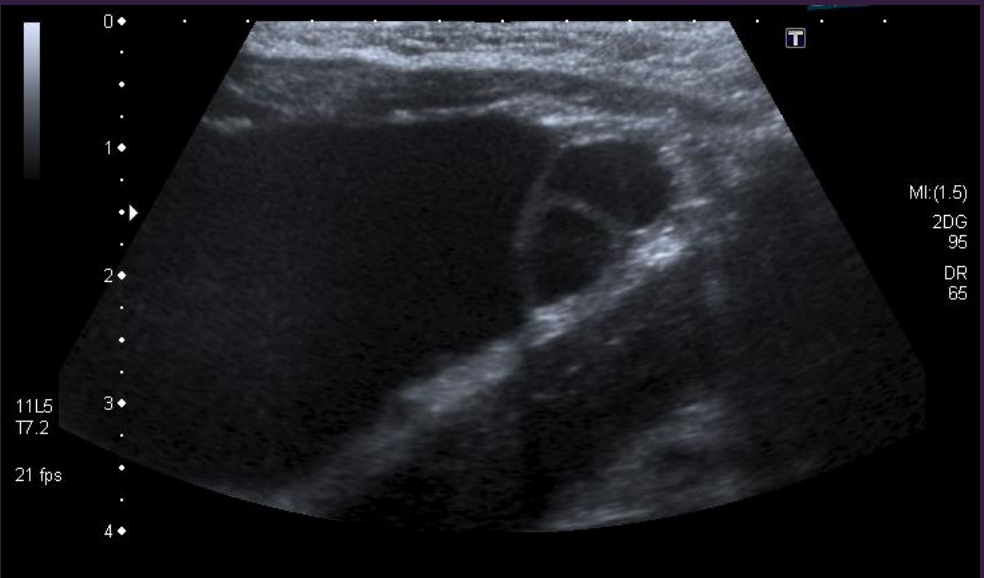


Formación mixta, sin vascularización al examen Doppler color, de aprox. 3.7 x 4.6 x 3.2 cm. Microscopía: Pared de tejido fibroconectivo que carece de epitelio de revestimiento. Se observa, adherido a una de las caras de la pared, material amorfo acelular fibrinoide necro/hemorrágico.





En región anexial izquierda quiste con contenido con ecos móviles en su interior y nivel líquido – líquido, en la pared del mismo se visualizan quistes hijos. Conducta expectante. Ecografía a los 5 meses con ovarios de características normales.



Ovario derecho con imagen quística de aspecto simple, paredes finas, sin vascularización al examen Doppler color. Mide: 4.6 cm de diámetro mayor. Microscopía: Paredes fibroconjuntivas revestidas por epitelio cúbico o plano simple, focalmente estratificado sin atipía, y áreas dilatadas revestidas por un epitelio similar, formando una estructura quística o sacular con abundante hemorragia interior. Diagnóstico anatomopatológico: Quiste hemorrágico (Quiste de Whartom)

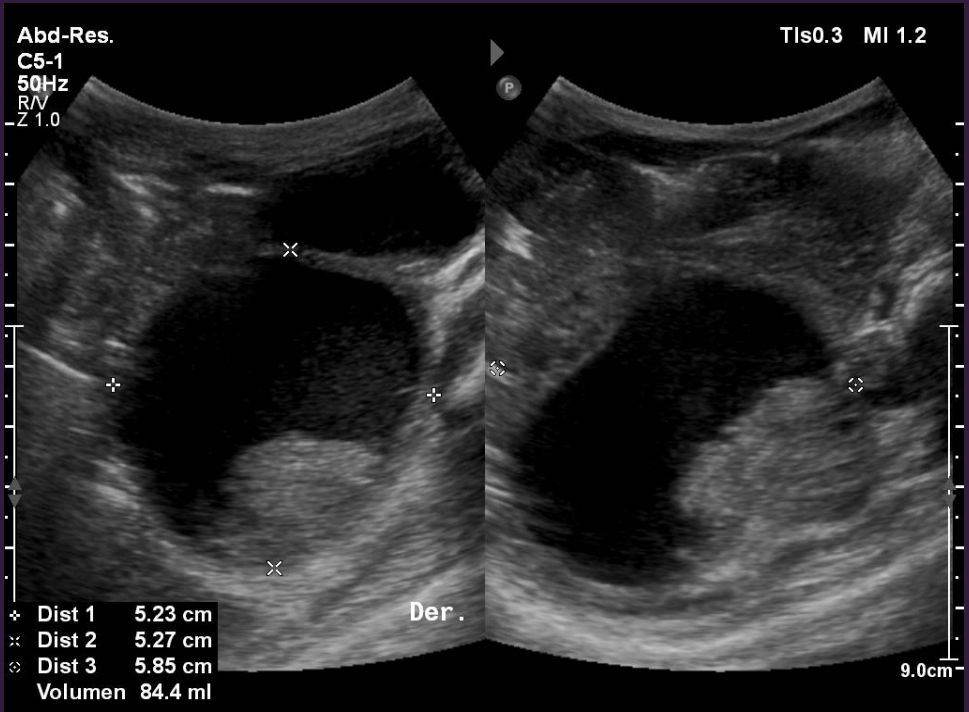
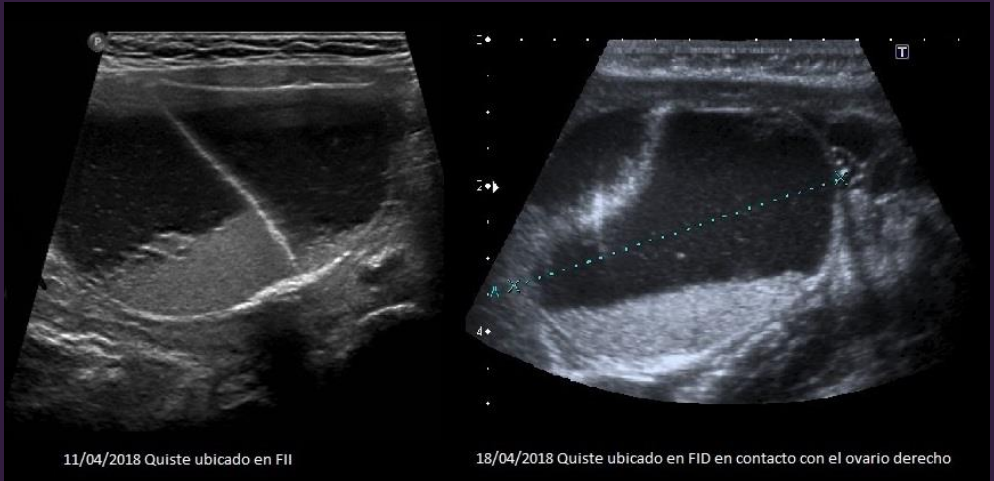


Imagen mixta quística, redondeada, de pared fina, con finos ecos móviles en su interior, presenta nódulo mural periférico ecogénico, sin flujo al Doppler color.

Microscopía: Pared quística con reacción gigantocelular focal de tipo cuerpo extraño. Tejido de granulación con vasos de neoformación, hemorragia reciente y antigua, fibrosis e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario.

Diagnóstico anatomopatológico: Pared quística con reacción gigantocelular de tipo cuerpo extraño.

Ubicación:  
41% de ubicación libre en cavidad



Ecografía realizada con una semana de diferencia, en la que se visualiza su posición inicial en FII y la siguiente en FID, que posteriormente correspondió a una torsión intrauterina con pedículo amputado.

## Tratamiento

Todos los pacientes tuvieron resolución quirúrgica con una excepción que se mantuvo conducta expectante con ovarios normales a los 5 meses.

# Complicaciones

```
graph TD; A[Complicaciones] --> B[Torsión de ovario 76%]; A --> C[Autoamputación 30%]; A --> D[Hemorragia intraquística 52%]; B --> E[90% intraútero]; B --> F[10% período perinatal];
```

Torsión de ovario 76%

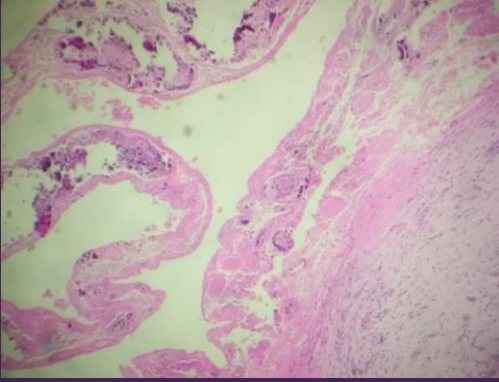
90% intraútero

10% período perinatal

Autoamputación 30%

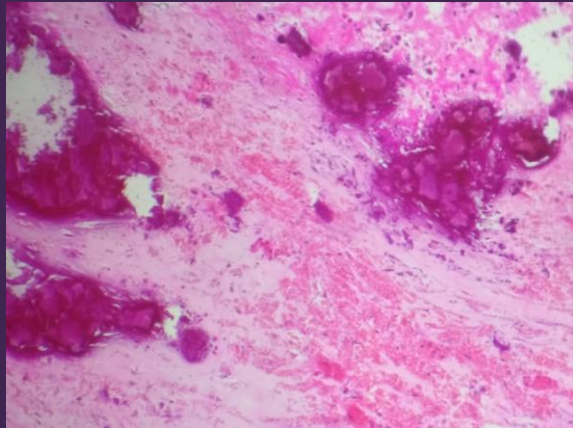
Hemorragia intraquística 52%

# Anatomía Patológica

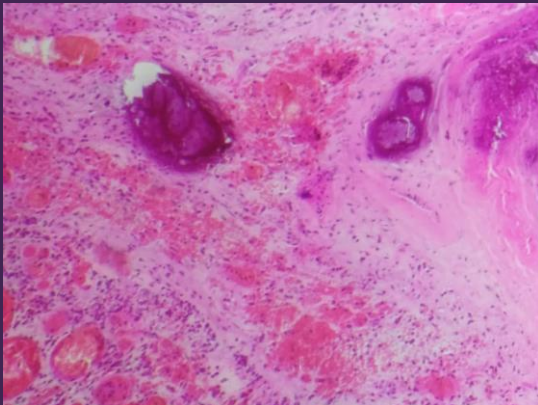


Hemorragia  
necrosis y  
calcificación

15 pacientes  
con torsión  
de ovario  
intrauterina



Correlación  
entre los  
hallazgos  
ecográficos y  
anatomopatológicos



# Conclusiones

La torsión de ovario es la complicación más frecuente de los quistes de ovario, y ocurre en mayor proporción en el período intrauterino.

La ecografía posnatal resulta un excelente método de evaluación para la planificación prequirúrgica de los quistes de ovario complicados.

## Bibliografía:

Imaging Findings of Fetal-Neonatal Ovarian Cysts Complicated With Ovarian Torsion and Autoamputation, ARJ, 2015.

Fetal and neonatal ovarian cysts: is surgery indicated?, Prenat Diag, 2008.