

Quiste Paratubárico Gigante en Adolescente. Reporte de un caso de difícil diagnóstico y revisión de la literatura.

Natalia Contreras C.¹, Pamela Betancourt A.¹, Pamela Córdoba M.¹, Dra. Yumarlin Torres M.²

¹Interna de Medicina 7° año, Universidad Autónoma de Chile, sede Talca. ²Gineco-obstetra Infante Juvenil, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Base Linares.

RESUMEN

Introducción: Los quistes paratubáricos son infrecuentes, crecen lento y progresivamente. Su tamaño es entre 1-8 cm, mayor a esto se considera como gigante. Se presenta un caso de quiste paratubárico gigante de difícil diagnóstico preoperatorio.

Caso clínico: paciente de 16 años, consultó por dismenorrea y sangrado uterino anormal, se realizó ecografía transabdominal la cual informó ovario derecho con lesión de sugerente de tejido graso, medidas 29x24 mm. La ecografía de control informó tumoración quística en flanco derecho, móvil. Tercera ecografía, evidenció lesión quística de 100 mm. Se realizó TAC abdomen y pelvis, observándose quiste simple de 14 cm. Destacaba en el estudio preoperatorio anemia con marcadores tumorales negativos. Se realizó cirugía vía laparoscópica apreciándose tumor quístico de aproximadamente 14 cm, torsión en su eje en dos vueltas con compromiso de trompa y fimbria izquierda. Se efectuó quistectomía y salpingectomía izquierda. Informe de biopsia describió formación quística sin signos de malignidad.

Discusión: Quistes paratubáricos son estructuras redondeadas, lisas, de contenido seroso. Generalmente asintomáticos, pueden presentar dolor abdominal intermitente y aumento de volumen; si se complican, presentan dolor abdominal intenso, asociado a náuseas, vómitos y/o fiebre. El estudio se inicia con ecotomografía ginecológica, y en forma complementaria, TAC de abdomen y pelvis y/o Resonancia Magnética. Las complicaciones son hemorragia, perforación, torsión y malignización. El tratamiento depende del tamaño y características, pudiendo ser expectante o quirúrgico. Deben considerarse siempre en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo.

PALABRAS CLAVE: quiste paratubárico, quiste paraovárico, patología anexial, torsión anexial, laparoscopia.

Abstract

Giant paratubal cyst in a Female Teenager, review of the literature and a case report of difficult diagnosis.

Introduction: Paratubal cysts are infrequent, they grow slowly and progressively. Its size is between 1-8 cm, greater than this it is considered as giant. We present a case of a giant paratubal cyst with difficult preoperative diagnosis.

Clinical case: 16-year-old patient, consulted due to dysmenorrhea and abnormal uterine bleeding, transabdominal ultrasound was performed, which reported a right ovary with a lesion suggestive of fatty tissue, measures 29x24 mm. Control ultrasound reported a mobile right flank cystic tumor. Third ultrasound, showed a cystic lesion of 100 mm. A CT scan of the abdomen and pelvis was performed, observing a simple 14 cm cyst. Anemia with negative tumor markers stood out in the preoperative studies. Surgery was performed laparoscopically, appreciating a cystic tumor of approximately 14 cm, twist in its axis in two turns, with involvement of the tube and left salpingectomy. A cystectomy and left salpingectomy were performed. Biopsy report described cystic formation without sign of malignancy.

Discussion: Paratubal cysts are smooth, rounded structures with serous content. Generally asymptomatic, they may present intermittent abdominal pain and increased volume; if they are complicated, they present intense abdominal pain, associated with nausea, vomiting and / or fever. The study begins with gynecology ultrasound, and in a complementary way, CT of the abdomen and pelvis and / or Magnetic Resonance. Complications are bleeding, perforation, torsion, and malignancy. The treatment depends on the size and characteristics, and can be expectant or surgical. They should always be considered in the differential diagnosis of the acute abdomen.

KEYWORDS: paratubal cyst, paraovarian cyst, adnexal pathology, adnexal torsion, laparoscopy.

Correspondencia:

Natalia Contreras

natalia.contreras1992@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los quistes paratubáricos o paraováricos son tumoraciones mayoritariamente benignas, se reporta una incidencia del 10%¹. Estos quistes se localizan en el ligamento ancho del útero, entre el ovario y la trompa de Falopio². Generalmente son asintomáticos, detectados como hallazgos ecográficos o incidentalmente durante cirugía. Su crecimiento es lento y progresivo, e infrecuentemente, aumentan rápidamente de tamaño³. Pueden manifestarse con dolor abdominal y/o aumento de volumen del hemiabdomen inferior, complicándose en aproximadamente un 3% de los casos²⁻⁴. Se presenta el caso de una paciente adolescente con un quiste paratubárico gigante que representó un desafío diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, menarquia a los 14 años, nulípara. Consultó por cuadro de varios meses de evolución de dismenorrea y sangrado uterino anormal, sin otros síntomas asociados. Se realizó ecografía ginecológica transabdominal, informándose ovario derecho de aspecto quístico con una lesión intraparenquimatosa densa sugerente de presencia de tejido graso, de 29 x 24 mm, sin fenómenos de neoangiogénesis, el ovario izquierdo de aspecto poliquístico y endometrio de 10 mm, concluyendo probable Teratoma ovárico. Posteriormente, se solicitó otra ecografía para confirmar el diagnóstico, la cual informó tumoración quística a nivel de flanco derecho que alcanza a hipocondrio derecho, móvil, doloroso a la presión del transductor, sin imágenes sólidas ni neovascularización, ambos ovarios de aspecto poliquístico.

Posterior a última ecografía, paciente comenzó con dolor en región de hipocondrio y flanco izquierdo, asociado a aumento de volumen progresivo en la zona. Se realizó una tercera ecografía, evidenciándose endometrio 20 mm, ovarios de características normales, en hipocondrio y flanco izquierdo se apreciaba una lesión quística de 100 mm de diámetro a 20 mm de la piel, sin neovascularización. Se complementó estudio con TAC de abdomen y pelvis, que mostró imagen de quiste simple, de 10 x 14 cm (figura 1).

El estudio preoperatorio presentó: Hemoglobina de 10.0 g/dL, hematocrito 32.1%, resto dentro de parámetros normales; marcadores tumorales Ca-125, Ca 19-9, CEA, Alfa-fetoproteína, LDH, B-HCG normales. Se indicó tratamiento con sulfato ferroso oral para anemia y se programó quistectomía izquierda vía laparoscópica (VLP).

Se realizó cirugía VLP, se evidenció tumor quístico de aproximadamente 14 cm de diámetro, con torsión sobre su eje en dos vueltas, que involucró trompa y fimbria izquierda, la cual se encontraba deformada; a su vez se observó ovario izquierdo indemne, útero, trompa y ovario derecho de aspecto normal, resto de la cavidad pelviana sin alteraciones. Se realizó aspiración de 300 cc de contenido líquido seroso, luego se completó la quistectomía y salpingectomía izquierda, sin complicaciones (figura 2). La pieza fue enviada a estudio histopatológico. Durante el postoperatorio la paciente evolucionó de forma favorable, sin complicaciones, por lo que fue dada de alta al tercer día.

La biopsia describió formación quística de 12 cm de diámetro mayor, superficie externa lisa, grisáceo con tractos vasculares evidentes; al corte, contenido líquido cetrino; pared con 0.2 cm de espesor; superficie interna lisa, grisácea; trompa de 8 cm de longitud por 0.6 cm de diámetro, sin signos de malignidad.

Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis muestra gran quiste (Q) de 10 por 14cm ocupando la cavidad abdominal. (V) vejiga.

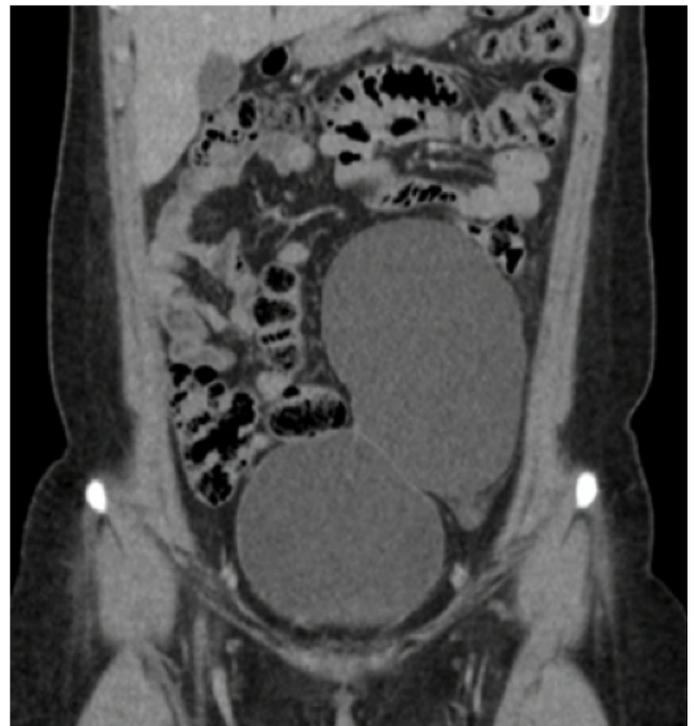


Figura 2. Aspecto del quiste paraovárico gigante en postoperatorio inmediato.



DISCUSIÓN

Los quistes paraováricos o paratubáricos (QP) suelen ser encontrados en el mesosálpinx, entre el ovario y las trompas de Falopio. Son poco frecuentes, representando alrededor del 10% de las lesiones anexiales^{1,3}. Un estudio realizado en Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, mostró que en hallazgos anatomopatológicos en pacientes operadas por tumor anexial, las lesiones paratubarias/paraováricas representaban el 12%¹.

Éstas lesiones se clasifican según su histología en quistes serosos o simples, y según su origen embrionario en quistes mesoteliales (68%), müllerianos (30%) y wolffianos (2%). Con mayor frecuencia se diagnostican entre los 30-40 años, y aunque es difícil de identificar en edades pediátricas, existen algunos casos descritos en niñas peripuberales, en las que la estimulación hormonal provocaría cambios en el quiste y podrían producir síntomas⁵.

Los QP son estructuras redondeadas, lisas, llenas de líquido seroso, normalmente miden entre 1 a 8 cm², pero se han descrito de mayor tamaño, como es el caso presentado, que en el resultado de la biopsia indica de 12 cm de diámetro mayor, posterior a la aspiración de 300 cc de líquido intraoperatorio.

Generalmente son asintomáticos, pero cuando presentan manifestaciones clínicas, estas son dolor abdominal bajo, sensación de pesadez o aumento de volumen en región hipogástrica, que puede ser ligero, pasajero o en ocasiones frecuente pero tolerable, o en el caso de presentar una torsión parcial pueden referir dolor abdominal intermitente acompañado de náuseas y vómitos, y a veces fiebre que podría indicar la presencia de tejido necrótico^{2,3}; otras manifestaciones son polaquiuria y estreñimiento³. En menos de un 3% de los casos pueden presentar dolor abdominal agudo, debido a la torsión del quiste, siendo una urgencia ginecológica. El anexo derecho suele sufrir torsiones con mayor frecuencia que el izquierdo, en una relación 3:2⁵. En el caso descrito fue un hallazgo ecográfico, que en un comienzo no presentaba síntomas, pero a medida que pasaron los meses, la paciente presentó dolor abdominal en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, con aumento de volumen progresivo en la región pelviana.

El estudio inicial es con ecotomografía transabdominal o transvaginal. El diagnóstico preoperatorio es difícil, siendo identificados correctamente solo en un 30-44% previo a la cirugía⁴, tal como ocurrió en este caso, donde fue necesario realizar varias ecografías por falta de concordancia en las impresiones diagnósticas. La dificultad del diagnóstico radiológico, está dada por la complejidad de distinguirlo de un cistoadenoma o de quistes foliculares⁴. En la ecografía se puede observar una lesión parauterina o anexial, de paredes finas, contenido anecoico sin tabiques, además se visualiza en su totalidad al ovario ipsilateral². Se puede solicitar un TAC de abdomen y pelvis y/o resonancia magnética, teniendo éste último un mejor rendimiento, ya que se visualiza como una lesión unilocular simple, hipointensa en T1, hiperintensa en T2, sin refuerzo de contraste, adyacente al ovario y localizada dentro del ligamento ancho. En el caso expuesto se solicitó TAC de abdomen y pelvis para corroborar el diagnóstico y el tamaño de la tumoración.

Las complicaciones asociadas a este tipo de tumores pueden ser el crecimiento rápido, hemorragia intraquística, perforación con hemoperitoneo, torsión (más frecuentemente descrito en edades pediátricas y que puede involucrar el quiste, especialmente si este mide más de 5 cm, y/o las estructuras adyacentes, incluyendo la trompa de Falopio, ligamento ancho u ovario) y malignización (que ocurre alrededor de 3% de todos los casos)^{4,5}. En el caso descrito, hubo un rápido crecimiento, desde la primera ecografía hasta el TAC aumentó en 11 cm. Además, durante la cirugía se evidenció torsión en su eje en dos vueltas, por lo que, si no hubiese sido intervenida prontamente, eventualmente podría haberse presentado como un cuadro de abdomen agudo.

Los diagnósticos diferenciales incluyen apendicitis aguda, hidrosálpinx, hernia incarcerada, embarazo ectópico, infección urinaria, litiasis renal y enfermedad inflamatoria pélvica en el caso de abdomen agudo⁵ y, como diagnóstico diferencial de quiste homogéneo unilocular en adolescentes, incluyen quiste ovárico o paratubárico, quiste mesentérico y linfangioma abdominal o pélvico^{3,6}.

El tratamiento depende principalmente de su tamaño, características y sospecha de malignidad. En el caso de quistes pequeños, uniloculares y simples se pueden manejar de manera expectante, mientras que los quistes de gran tamaño, de paredes gruesas con proyecciones papilares deben ser manejados de manera quirúrgica⁵. La mayoría de las investigaciones sugieren la resección de quistes paratubáricos grandes, mayores de 3 cm. El abordaje laparoscópico es de elección, preservando trompas y ovarios^{4,5,7}, se prefiere ya que permite la confirmación diagnóstica a través de un método mínimamente invasivo, con un efecto positivo respecto a preservar la fertilidad, con menor pérdida de sangre, trauma tisular mínimo, disminución en creación de adherencias, reducción dolor postoperatorio y favorecer el alta precoz⁷, además de presentar un mejor resultado estético. Sus limitaciones podrían ser el tamaño del quiste y la sospecha de malignidad, donde se podría considerar laparotomía abdominal. La punción aspirativa no se recomienda debido al riesgo potencial que sea una lesión maligna, o favorezca la recidiva.⁴

En este caso se procedió por VLP dada las imágenes diagnósticas no concluyentes respecto al origen del quiste, con marcadores tumorales negativos. Para poder realizar la extracción del quiste, fue previamente aspirado y extraído por uno de los puertos. Además, se extirpó parte de la trompa izquierda, producto de la deformación que presentaba por compresión y torsión del quiste de gran tamaño.

CONCLUSIÓN

Los quistes paratubáricos o paraováricos ocurren en un 10% aproximadamente de todas las lesiones anexiales y plantean un reto diagnóstico clínico y radiológico, debido a ausencia o escasa sintomatología, la cual sería sugerente de complicación, tal como una torsión del mismo o de estructuras adyacentes, que podría significar un compromiso de la fertilidad de la paciente si no es intervenida quirúrgicamente a tiempo. Si bien la ecografía es el examen de elección para iniciar el estudio, suelen surgir dificultades interoperatorio al momento de realizar el diagnóstico, sugiriéndose complementar con RM de abdomen y pelvis.

Es importante además tener en cuenta los variados diagnósticos diferenciales de dolor abdominal agudo, entre ellos el embarazo ectópico roto, torsión ovárica y apendicitis aguda.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de la paciente referida en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia referidos en el artículo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. M. Cuello, P. Merino, A. Etchegaray, J. P. Ortega. Distribución de la patología anexial en mujer chilena: experiencia de la Universidad Católica de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004; 69(6): 429-440.
2. Z. Toufqa, O. Ayouché, R. Dafiri, L. Chat. Paratubaire ou annexiel? *Presse med.* 2019;48(3 Pt 1): 336-449.
3. F. Jiménez, A. Rascón, R. Fimbre. Adolescente con quiste paraovárico. Tratamiento quirúrgico. *Cirugía y Cirujanos.* 2017;85(6):535-538.
4. J. Torres, R. Ñíguez. Quiste paraovárico gigante en la infancia. Reporte de un caso. *Rev. Chil. Pediatr.* 2015;86(2):117-120.
5. M. Rondón-Tapia, E. Reyna-Villasmil, D. Torres-Cepeda. Torsión de quiste paratubárico. Reporte de caso. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet.* 2016;62(4):463-466.
6. E. A. Asare, S. Greenberg, S. Szabo, T. T. Sato. Giant Paratubal Cyst in Adolescence: Case Report, Modified Minimal Access Surgical Technique and Literature Review. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015;28(5):143-145.
7. C. Mărginean, C. Mărginean, L. Melit, V. Săsăran. An incidental diagnosis of a giant paraovarian cyst in a female teenager. *Medicine.* 2018; 97(48):e13406.