

Quiste paraovárico torsionado en Pediatría

P. Abad¹, J. Obradors², P. Ortuño³, E. Ametller⁴, E. Jiménez⁴

¹Servicio Cirugía pediátrica. ²Servicio Ginecología y Obstetricia. ³Servicio Radiología. ⁴Servicio Pediatría. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta Girona.

RESUMEN: Los quistes paraováricos son poco frecuentes en la población pediátrica. Se describe un caso de torsión, comprobada en la cirugía, así como las dificultades del diagnóstico preoperatorio. Es importante considerar la posibilidad de la torsión como complicación del quiste paraovárico para intentar prevenir la salpingectomía.

PALABRAS CLAVE: Quiste paraovárico; Torsión.

TORSION OF PARAOVARIAN CYST IN PEDIATRICS

ABSTRACT: The paraovarian cyst ploughs to little frequency in pediatric population. We report a case of twist proved at surgery, and the difficulty of preoperative diagnosis. It is very important to consider the possibility of twist to be a complication of a paraovarian cyst to try to prevent salpingectomy.

KEY WORDS: Paraovarian cyst; Torsion.

INTRODUCCIÓN

Los quistes paraováricos se originan del ligamento paraovárico, entre la trompa de Falopio y el ovario. Son muy raros en la edad pediátrica y el diagnóstico preoperatorio es difícil. Las posibles complicaciones son hemorragia, perforación, torsión y malignización. Se describe el caso de una paciente con quiste paraovárico torsionado comprobado quirúrgicamente.

CASO CLÍNICO

Una paciente de 13 años, sin historia previa de menstruación irregular ni dolor abdominal, acude a urgencias de

su centro de salud por dolor abdominal de inicio brusco en fosa ilíaca derecha e hipogastrio. Tras unas horas mejora el dolor, pero se reanuda más intenso, con vómitos. Al tercer día de dolor cólico que no cede con antiinflamatorios consulta en urgencias de nuestro hospital. A la exploración física destaca la actitud en flexión de las piernas, palidez cutánea mucosa y crisis de dolor. El abdomen es doloroso con defensa en hemiabdomen derecho con signos de irritación peritoneal. Exploraciones complementarias: analítica normal. Ante la posibilidad de un cuadro agudo quirúrgico probablemente compatible con una apendicitis aguda se realiza una ecografía abdominal (Fig 1).

La ecografía muestra un enorme quiste de 7,9 x 6,8 cm a la derecha de la vejiga y permite identificar, aunque con dificultad, ambos ovarios. No hay posibilidades de realizar TAC ni RMN.

Basándonos en la clínica y los hallazgos ecográficos se indica la cirugía con sospecha de torsión de quiste de ovario derecho. Se plantea el abordaje laparoscópico pero se decide hacer cirugía abierta porque la paciente lleva una *pearsing* infectado umbilical y se intentará hacer cirugía conservadora del ovario.

En la exploración abdominal bajo anestesia general previa a cirugía se palpa una masa elástica, móvil en hipogastrio.

Vía incisión transversa inferior tipo Pfannenstiel se observa abundante líquido serohemático, y un gran quiste a tensión de unos 8 cm, aspecto azulado, necrótico, contenido líquido cuya base es la trompa de Falopio derecha, torsionada dos vueltas. Se destorsiona. Se identifica el ovario derecho, de aspecto normal, con una pequeña hemorragia pero que no está implicado en la torsión. Se practica salpingectomía de una trompa necrótica y exéresis del quiste. El estudio anatomopatológico confirmó que se trataba de un quiste paraovárico. El postoperatorio fue favorable sin complicaciones.

Al rehistoriar a la paciente hay antecedentes familiares de tía materna intervenida de gran quiste que se diagnosticó

Correspondencia: Pilar Abad Calvo, Reggio Emilia 17, Girona, 17003.

E-mail: 29084mac@comb.es

Recibido: Febrero 2004

Aceptado: Junio 2004



Figura 1. Lesión quística y ovario derecho.

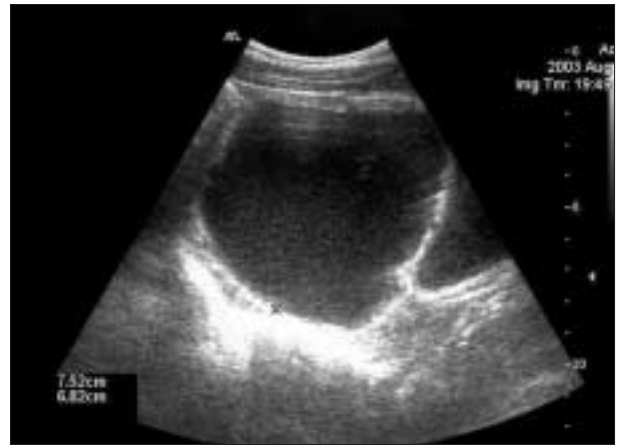


Figura 2. Lesión quística y ovario izquierdo.

de embarazo ectópico, y la abuela materna fue intervenida hace años de un carcinoma de ovario.

DISCUSIÓN

Los quistes paraováricos representan entre el 17 y el 33 % de los quistes benignos que se localizan en los anexos considerando en conjunto la población pediátrica y adultos⁽¹⁾. Estos quistes paraováricos son muy poco frecuentes en la edad pediátrica, teniendo el pico de incidencia entre los 30 y los 40 años de edad. Se localizan en el ligamento entre la trompa de Falopio y el ovario⁽²⁾, y la mayoría de ellos son un hallazgo casual cuando se interviene el área pélvica. El diagnóstico preoperatorio es muy difícil porque clínica y radiológicamente⁽³⁾ ya sea mediante ecografía abdominal o transvaginal^(4,5) es difícil distinguirlos de los cistoadenomas, quistes de ovario o de los quistes foliculares. Debe sospecharse cuando se identifica un quiste, localizado al lado del útero y se consiguen identificar bien ambos ovarios. En nuestra paciente, a pesar de conseguir identificar ecográficamente ambos ovarios, seguíamos pensando que se trataba de un quiste de ovario torsionado. Las complicaciones del quiste paraovárico son el rápido crecimiento⁽⁶⁾, la torsión⁽⁷⁾ que puede llevar a torsión secundaria de la trompa, y la malignización⁽⁸⁾. Es por esto que se recomienda la exéresis cuando se encuentran en la cirugía realizada por otros motivos. Es importante recordar esta entidad, puesto que en la cirugía, el ovario puede ser normal y no está indicada la ooforectomía, sino que es la trompa de Falopio la que puede verse afectada, como en nuestra paciente, en la que llegamos tarde al diagnóstico y hubo que realizar la salpingectomía.

Las causas que predisponen a la torsión tubárica son el hidrosálpinx, traumatismos, intervenciones previas, y los quistes de ovario y paraováricos, así como el embarazo y otras causas idiopáticas⁽⁹⁻¹¹⁾, que son muy poco frecuentes⁽¹²⁾.

Algunos autores preconizan el tratamiento con control de ultrasonidos, realizando la punción aspiración con aguja fina

para definir el tipo de quiste⁽¹³⁾ siempre y cuando no aparezcan complicaciones, como en nuestro caso.

La laparoscopia también puede ayudarnos a determinar la naturaleza del quiste o realizar la resección^(14, 15). Lo que ha invitado a algunos autores a resecar quistes desde los 3 cm⁽¹⁶⁾.

La RMN puede ser un buen método para determinar, previo a cirugía, la naturaleza del quiste^(17,18). Aunque en nuestro caso se decidió no retrasar el tratamiento dado el tiempo de evolución de la clínica.

CONCLUSIÓN

La visualización ecográfica homogénea normal de ambos ovarios no nos debe hacer retrasar la cirugía cuando visualizamos un quiste y clínicamente sospechamos una torsión, puesto que puede tratarse de un quiste paraovárico y, por consiguiente, estar en peligro la viabilidad de la trompa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Okada T, Yoshida H, Matsunaga T, Kouchi K, Ohtsuka Y, Takanoh H. Case reports Paraovarian cyst with torsion in children. *J Pediatr Surg* 2002;**37**:937-940.
2. Berlin SC, Morrison SC, Myers MT et al. Pediatric case of the day. Paraovarian cysts. *AJR* 1997;**169**:306-310.
3. Korbin CD, Brown DL, Welch WR. Paraovarian cystadenomas and cystadenofibromas: sonographic characteristics in 14 cases. *Radiology* 1998;**208**(2):459-62.
4. Barloon TJ, Brown BP, Abu-Yousef MM, Warnock NG. Paraovarian and paratubal cysts: preoperative diagnosis using transabdominal and transvaginal sonography. *J Clin Ultrasound* 1996;**24**(3):117-22.
5. Lurie S, Golan A, Glezerman M. Adnexal torsion with a paraovarian cyst in a teenag girl. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001;**8**(4):597-9.

6. Azzena A, Quintieri F, Salmaso R. A voluminous paraovarian cyst. Case report. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1994;**21**(4):249-52.
7. Pepe F, Panella M, Pepe G, Panella P. Paraovarian tumors. *Eur J Gynaecol Oncol* 1986;**7**(3):159-61.
8. Altaras MM, Jaffe R, Corduba M, Holtzinger M, Bahary O. Primary paraovarian cystadenocarcinoma: clinical management aspects and literature review. *Gynecol Oncol* 1990;**38**(2):268-72.
9. Lineberry TD, Rodriguez H. Isolated torsion of the fallopian tube in an adolescent. case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000;**13**(3):135-7.
10. Milki A, Jacobson DH. Isolated torsion of the fallopian tube. A case report. *J Reprod Med* 1998;**43**(9):836-8.
11. Rizk DE, Lakshminarasimha B, Joshi S. Torsion of the fallopian tube in an adolescent female. Case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002;**15**(3):159-61.
12. Yalcin OT, Hassa H, Zeytinoglu S, Isiksoy S. Isolated torsion of fallopian tube during pregnancy: report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;**74**(2):179-82.
13. Allias F, Chanoz J, Blache G, Thivolet-Bejui F, Vancina S. Value of ultrasound-guided fine needle aspiration in management of ovarian and paraovarian cysts. *Diagn Cytopathol* 2000;**22**(2):70-80.
14. Kim JS, Woo SK, Suh SJ, Morettin LB. Sonographic diagnosis of paraovarian cysts: value of detecting a separate ipsilateral ovary. *Am J Roentgenol* 1995;**164**(6):1441-4.
15. Huang FJ, Chang SY, Lu YJ. Laparoscopic treatment of isolated tubal torsion in premenarchal girl. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;**6**(2):209-11.
16. Darwish AM, Amin AF, Mohammad SA. Laparoscopic management of paratubal and paraovarian cysts. *JSLs* 2003;**7**(2):101-6.
17. Abad P, Rigol S, Ezzedine H, Durán C, Ortega D, Martí M, Pinoyot J. Cirugía conservadora de la torsión de ovario en pediatría. *Cir Ped* 2003;**16**(4):200-202.
18. Kishimoto K, Ito K, Awaya H, Matsunaga N, Outwater EK, Siegelman ES. Paraovarian cyst: MR imaging features. *Abdom Imaging* 2002;**27**(6):685-9.