TUMOR ABDOMINAL FETAL

Ulloa Antonietti Valeria, Torroba Marcelo, Osores Oscar, Guilburd Guillermo, Ibarreche Guillermo, Nuñez Maria Paz, Sinner Ricardo, Vargas Karina.

Servicio de Tocoginecología - Servicio de Diagnóstico por Imágenes
Clínica San Jorge - Ushuaia - Tierra del Fuego

Presentación del caso

Paciente femenina, 32 años de edad, primigesta, ,peso 62kg - 1,65 M, sin antecedentes patológicos. Los controles prenatales comienzan en nuestra clínica a la semana 30. Todas las Ecografías anteriores eran normales. A la semana 32, se observa imagen anecoica con imagen ecogénica en su interior en hemiabdomen izquierdo que mide 41x37x25 mm, Doppler negativo. Por la topografía y feto fetal se sospecha de tumor simple ovárico. A la semana 35 se controla a la paciente y la imagen continua de las mismas características un poco mas pequeña de 37x34x22 mm. A la semana 37 las características del tumor anexial, cambian haciéndose mas heterogénea, con tabiques y pasa a ser catalogado como tumor mixto de tamaño 32x26x21mm.

A las 38 semanas, nace Rn sexo femenino, apgar9/10'peso 3231g. Se le realiza ecografía abdominal que resulta normal y ecografía ginecológica que informa en topografía anexial izquierda lesión ocupante de espacio, multiloculada, paredes finas, contenido heterogéneo, Doppler negativo, que mide 26x20x36 mm (10cc). A los 21 días postnatales se le realiza nueva ecografía encontrándose tumor mixto de ovi que mide 23x18x26mm. El estado general de la RN es bueno, pero se encuentra en percentilo bajo de peso. Se solicita biopsia y es derivada a centro de mayor complejidad perinatal.

Semana 32 tumor de 41x37x25 mm.

Semana 35 tumor de 37x34x22 mm.

Semana 37 tumor de 32x26x21 mm.

A los 21 días postnatal, mide 23x18x2,69mm.

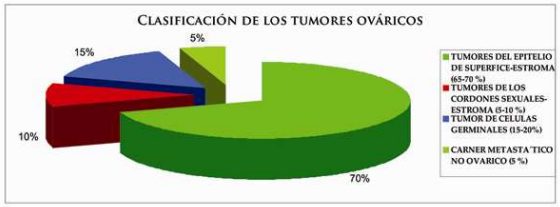

Tabla 1. Clasificacion de los tumores ovaricos (OMS 1993)

TUMORES DEL EPITELIO DE SUPERFICE-ESTROMA (65-70 %)	TUMORES DE LOS CORDONES SEXUALES- ESTROMA (5-10 %)
TUMORES SEROSOS Benignos: Cistoadenoma Cistoadenoma de malignidad borderline Malignos: Cistoadenocarcinoma seroso. TUMORES MUCINOSOS, TIPO ENDOCERVICAL Y TIPO INTERSTICIAL Benignos Borderline Malignos TUMORES ENDOMETRIOIDES Benignos Borderline Malignos Epitelial-Estromal Adenosarcoma Tumor mesodérmico mixto Tumor de células claras Benigno Borderline Malignos Tumores de células transicionales Tumor de Brenner Tumor de Brenner Borderline Tumor de Brenner Maligno Carcinoma de células transicionales (no Brenner)	Tumores de células de la granulosa-estroma Tumores de células de la granulosa Tumores del Grupo teoma-fibroma Tumores de las células de sertoli-estroma, androblastomas Tumore de los cordones sexuales con túbulos anulares Ginandroblastomas Tumor de células esteroideas (lipídicas) TUMOR DE CELULAS GERMINALES (15-20%) Teratoma Inmaduro Maduro (adulto) Sólido Quístico (quiste dermoide) Monodérmico Disgerminoma Tumor del saco vitelino (Tumor del seno endodérmico) Tumor mixto de células germinales page2image7924 page2image8008 page2image8092 CARNER METASTÁTICO NO OVÁRICO (5 %)

Discusión:

Los quistes ováricos no son tan infrecuentes como se pensaba. La introducción de la ecografía como método de estudio prenatal y posnatal nos ha permitido conocer realmente su frecuencia, así como obtener más datos referentes a su evolución. Los quistes foliculares ováricos fetales pueden identificarse ecográficamente a partir de la semana 20 de gestación. Su frecuencia aumenta a medida que progresa el embarazo, de manera que la mayoría se detectan durante el tercer trimestre.

Se consideran patológicos cuando su tamaño es mayor de 2 cm de diámetro. La incidencia estimada del quiste de ovario es de 1 por cada 2.625 recién nacidos. La mayoría de estos quistes involucionan en el transcurso de los primeros meses de vida, por depleción de hormonas maternas, pero pueden presentar complicaciones durante el periodo fetal o neonatal, entre las cuales la torsión ovárica es la más frecuente. La incidencia de torsión en los quistes ováricos detectados en el periodo fetal es del 38%y la incidencia de torsión en los quistes ováricos detectados en el período neonatal es del 50-78%. Su etiología sigue siendo controvertida. La mayoría de los autores los relacionan con una estimulación ovárica por estrógenos maternos y/o feto placentarios, con la gonadotrofina coriónica humana placentaria y con la hormona folículo estimulante fetal.

Conclusiones:

El diagnóstico prenatal ecográfico de patología anexial presentó alta sensibilidad en detección de patología ovárica y permitió la preparación de los padres con información de las posibles causas y pronóstico. Logrando también evitar complicaciones fetales como la torsión, con el seguimiento exhaustivo y búsqueda de patologías asociadas.