



REVISTA CHILENA DE PEDIATRÍA

www.elsevier.es/RCHP



CASO CLÍNICO

Quiste paraovárico gigante en la infancia. Reporte de un caso



Janina Torres P.*, Rodrigo Íñiguez D.

Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

Recibido el 25 de junio de 2014, aceptado el 2 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Patología anexial;
quiste paraovárico;
laparoscopia;
infancia

KEYWORDS

Adnexal Pathology;
Paraovarian Cyst;
Laparoscopy;
Childhood

Resumen

Introducción: Los quistes paraováricos son de diagnóstico infrecuente en la edad pediátrica. **Objetivos:** Dar a conocer un caso clínico de quiste paraovárico gigante en la infancia y su manejo a través de una técnica laparoscópica modificada. **Caso Clínico:** Paciente de 13 años con cuadro de dolor abdominal intermitente de 15 días de evolución, localizado en el hemiabdomen izquierdo, asociado a aumento de volumen abdominal progresivo. Las imágenes diagnósticas no fueron concluyentes, describiendo una formación quística gigante que ocupaba todo el abdomen, sin precisar su origen. Exámenes de laboratorio y marcadores tumorales dentro de los parámetros normales. Se realizó quistectomía transumbilical videoasistida, un procedimiento laparoscópico modificado, con intención diagnóstica y terapéutica con resultado exitoso. Estudio histológico compatible con quiste paraovárico gigante. El examen citológico resultó negativo para células tumorales. La paciente permaneció asintomática durante el seguimiento postoperatorio. **Conclusiones:** La quistectomía transumbilical videoasistida es una técnica segura y constituye una excelente alternativa diagnóstica y terapéutica para el tratamiento de quistes paraováricos gigantes.

© 2015 Sociedad Chilena de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

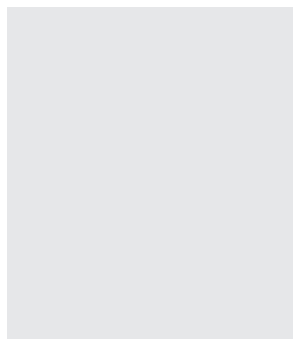
Giant paraovarian cyst in childhood - Case report

Abstract

Introduction: Paraovarian cysts are very uncommon in children. **Objective:** To present a case of giant paraovarian cyst case in a child and its management using a modified laparoscopic-assisted technique. **Case report:** A 13-year-old patient with a 15 day-history of intermittent abdominal pain, located in the left hemiabdomen and associated with progressive increase in abdomi-

*Autor para correspondencia:

Correo electrónico: j2tp@hotmail.com (J. Torres P.).



nal volume. Diagnostic imaging was inconclusive, describing a giant cystic formation that filled up the abdomen, but without specifying its origin. Laboratory tests and tumor markers were within normal range. Video-assisted transumbilical cystectomy, a modified laparoscopic procedure with diagnostic and therapeutic intent, was performed with a successful outcome. The histological study reported giant paraovarian cyst. Cytology results were negative for tumor cells. The patient remained asymptomatic during the postoperative follow-up. **Conclusions:** The video-assisted transumbilical cystectomy is a safe procedure and an excellent diagnostic and therapeutic alternative for the treatment of giant paraovarian cysts.

© 2015 Sociedad Chilena de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons CC BY-NC ND Licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los quistes paraováricos o paratubáricos son infrecuentes en la edad pediátrica¹ y su diagnóstico preoperatorio es difícil². Son quistes simples de pequeño tamaño ubicados en el mesosalpinx, ligamento ancho o sobre la propia trompa de Falopio.

Aproximadamente el 80% son asintomáticos y se diagnostican incidentalmente cuando se explora la cavidad abdominal en forma electiva o por sospecha de abdomen agudo. Rara vez sintomáticos, pueden manifestarse con dolor abdominal hipogástrico, náuseas y vómitos, lo cual se debe a sus complicaciones como torsión, hemorragia, perforación, crecimiento rápido del quiste y malignización^{1,3}.

El tratamiento de elección es la cistectomía con preservación del ovario. La punción aspirativa no está recomendada dado el riesgo de recidiva y eventual malignización de la lesión a largo plazo⁴.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer un caso clínico de una paciente tratada en nuestro servicio con quiste paraovárico gigante y su manejo a través de una técnica laparoscópica modificada.

Caso Clínico

Paciente de 13 años, sin antecedentes mórbidos, que consultó por cuadro de dolor abdominal intermitente de 15 días de evolución, localizado en el hemiabdomen izquierdo, de moderada a gran intensidad, asociado a aumento de volumen abdominal progresivo, sin otra sintomatología asociada. Menarquía a los 12 años, con ciclos menstruales regulares.

En el examen físico, la paciente se encontraba asintomática, hemodinámicamente estable; destacaba un abdomen distendido, ocupado por gran masa, que abarcaba todo el abdomen, desde el epigastrio al hipogastrio, de consistencia dura, poco depresible, superficie regular, no dolorosa a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.

La ecografía abdominal mostró gran imagen quística intraabdominal, de pared fina, sin elementos sólidos evidentes, que se extendía desde el epigastrio hasta el hipogastrio, desplazando las estructuras intraabdominales, de 19 x 7 x 20 cm de diámetro, de posible origen anexial izquierdo. Se observó además una moderada hidronefrosis bilateral (fig. 1).

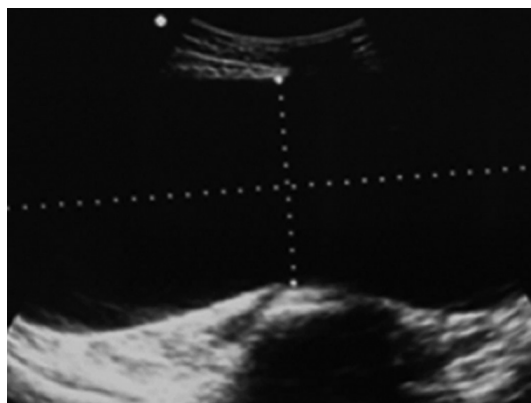


Figura 1 Ecografía abdominal transversal. Se observa una gran formación quística simple de la pared fina que ocupa gran parte del abdomen.

La tomografía computarizada (TC) abdominal y pélvica mostró formación quística intraperitoneal que ocupaba todo el abdomen, homogénea, sin tabiques, de 23 x 20 x 8,7 cm, de probable origen anexial. Por su gran tamaño, determinar su origen era difícil; otros orígenes podían ser mesentérico o intestinal. Adicionalmente se observó hidroureteronefrosis bilateral secundaria a la compresión del quiste (figs. 2, 3 y 4).

Los exámenes de laboratorio hemograma, velocidad de eritrosedimentación (VHS) y perfil bioquímico fueron normales. Los marcadores tumorales, tomados en dos oportunidades, se encontraban dentro de los parámetros normales: gonadotropina coriónica humana (bHCG), alfafetoproteína, antígeno carcinoembrionario (CEA) y Ca125.

Ante la sospecha de una masa de origen anexial se programó cirugía laparoscópica, con intención diagnóstica y terapéutica. Se realizó un abordaje transumbilical de 10 mm, ampliando aponeurosis, y se encontró una gran masa quística redondeada, de paredes lisas. Se procedió a realizar una aspiración contenida para evitar contaminación de la cavidad abdominal, obteniéndose 3 l de líquido citrino “agua de roca”; se envió la muestra a examen citológico. A continuación, bajo visión laparoscópica, se traccionó el quiste, observándose que su base nacía de la trompa izquierda; no se logró ver la fimbria; el ovario izquierdo estaba sano. El útero, la trompa y el ovario derecho eran normales. El resto de la cavidad, sin hallazgos. Se exteriorizó el quiste a través

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4175853>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4175853>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)