Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2020 febrero;88(2):118-122.

Quiste gigante de Naboth como diagnóstico diferencial de los tumores anexiales. Reporte de un caso

Giant Naboth cyst as a differential diagnosis of adnexal tumors. A case report.

Patricia Ramírez-López,[1] José Del Carmen Pérez-López,[2] Gabriel Juan Mandujano-Álvarez,[3] Clara Magdalena Martínez-Hernández,[3] Aziru Noris-Martínez,[1] María De Guadalupe Romero-Soto[5]

Resumen

ANTECEDENTES: Los quistes de Naboth son tumoraciones benignas del cuello uterino, casi siempre son asintomáticos, por excepción son gigantes y de localización intraabdominal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 44 años, acudió a consulta debido a sangrado uterino anormal de 7 años de evolución, flujo transvaginal hialino abundante y continuo, sensación de pesantez pélvica, aumento del tamaño abdominal y dificultad para orinar. En la exploración física el abdomen se encontró blando, depresible, el útero no delimitado, con el anexo derecho aumentado de tamaño. La tomografía abdominopélvica reportó una lesión compleja en el anexo derecho. Debido a la sospecha diagnóstica de tumoración del anexo, dependiente del ovario, se solicitaron los marcadores tumorales Ca 125 que se reportaron con valores en límites normales; la citología cervicovaginal fue negativa para displasia. En la laparoscopia se encontró integridad de los anexos y útero macroscópicamente normal, con un quiste en la cara anterior, adherido al espacio paravesical. De la cistectomía con punción del quiste se obtuvo material mucinoso, se observó comunicación entre el quiste y el canal vaginal de aproximadamente 6 cm. Con base en esos hallazgos se decidió la histerectomía total por vía abdominal. El reporte histopatológico fue de: quiste complejo de Naboth, profundo hasta la pared en el segmento y parametrios, sin evidencia de malignidad.

CONCLUSIONES: Los quistes gigantes de Naboth son sintomáticos, de origen compresivo y abundante descarga vaginal. Debe sospecharse entre las tumoraciones anexiales; el diagnóstico definitivo se establece por histopatología.

PALABRAS CLAVE: Tumor gigante de cérvix, quiste de Naboth, tumoraciones anexiales.

Abstract

BACKGROUND: Naboth cysts are benign tumors of the uterine cervix, usually asymptomatic, exceptionally present as giant cysts and rarely intra-abdominal location.

CLINICAL CASE: A 44-year-old female who came to present with abnormal 7-year-old uterine bleeding, a feeling of pelvic heaviness, an increase in abdominal size, difficulty in urination and the presence of abundant and continuous transvaginal hyaline flow. On physical examination, a depressible soft abdomen, an unmarked uterus, with an enlarged right appendix was found. Abdominopélvica computed axial tomography reported a complex lesion in the right annex. An annex tumor was suspected, mainly ovarian-dependent, so tumor markers Ca 125 were requested with values within normal ranges, cervicovaginal cytology was negative for dysplasia. Laparoscopy was performed finding the integrity of the annexes and macroscopically normal uterus with presence of cyst in the anterior face adhered to the paravesical space, cystectomy was performed with puncture of the cyst obtaining mucinous material, communication was observed between the cyst and the vaginal canal of approximately 6 cm, So it was decided to perform total hysterectomy via abdominal. The histopathological report: complex cyst of deep Naboth to wall in the segment and parametria without evidence of malignancy.

[1] Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
[2] Médico adscrito al Departamento de Ginecología.
[3] Jefe del servicio de Patología.
[4] Jefa de Investigación.
[5] Residente de segundo año de Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Villahermosa, Tabasco, México.

Recibido: junio 2019
Aceptado: octubre 2019

Correspondencia
Patricia Ramírez López
ramirezlopezpatricia55@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Ramírez-López P, Pérez-López JC, Mandujano-Álvarez GJ, Martínez-Hernández CM, Noris-Martínez A, Romero-Soto MG. Quiste gigante de Naboth como diagnóstico diferencial de los tumores anexiales. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2020 febrero;88(2):118-122.
https://doi.org/10.24245/gom.v88i2.3320

CONCLUSIONS: Naboth's giant cysts usually cause symptoms especially of compressive origin and abundant vaginal discharge, it should be suspected among the adnexal tumors, the definitive diagnosis is made by histopathology.

KEYWORDS: Giant cervical tumor, Naboth cyst, adnexal tumors.

ANTECEDENTES

Los quistes de Naboth (de retención, mucinosos o epiteliales) son frecuentes en la unión escamosa del cuello uterino.[1] Aparecen en mujeres en edad reproductiva, son hallazgos ginecológicos comunes y raras veces tienen importancia clínica. Estos quistes se forman cuando una hendidura del epitelio columnar se cubre de células escamosas y las células columnares siguen secretando material mucoide. Generalmente son pequeños y asintomáticos. Son lesiones quísticas multiloculares que aparecen en el cuello uterino. Pueden variar de benignos a malignos porque cualquier proliferación glandular cervical puede mostrar espacios multiquísticos.[2,3] Los quistes pequeños de Naboth son clínicamente asintomáticos y los grandes son aún más raros. Los gigantes pueden confundirse con tumoraciones malignas, como el adenoma maligno, que es productor de mucina.[4] Existen reportes de quistes gigantes de Naboth que se manifiestan como una tumoración intraabdominal; el diagnóstico diferencial son las masas anexiales (tumoraciones del ovario, trompas de Falopio o tejido conectivo circundante).[2,5]

CASO CLINICO

Paciente de 44 años, con índice de masa corporal de 38. Antecedentes obstétricos de dos embarazos y dos cesáreas. Acudió a consulta debido al sangrado uterino anormal de 7 años de evolución, flujo transvaginal hialino abundante y continuo, sensación de pesantez pélvica, aumento del tamaño abdominal y dificultad para orinar.

En la exploración física se encontró el abdomen blando, depresible, útero no delimitado, con anexo derecho aumentado de tamaño. En el ultrasonido pélvico se observó una tumoración en el anexo derecho, multiloculada, de aspecto complejo (**Figura 1**). La tomografía axial computada abdominopélvica reportó una lesión compleja, multiloculada, de paredes y septos gruesos, desplazamiento del útero hacia la izquierda, de aproximadamente 9.3 x 7.2 x 10.1 cm (**Figuras 2 y 3**). Se sospechó una tumoración de anexo, sobre todo dependiente del ovario. Por eso se solicitó la cuantificación del marcador tumoral Ca 125 que se reportó con valores dentro de límites normales. La citología cervicovaginal fue negativa para displasia.

La intervención se efectuó por vía laparoscópica, ante la sospecha de un tumor en el anexo derecho. Los anexos se encontraron íntegros, el útero macroscópicamente normal, con un quiste en la cara anterior, de 15 x 12 x 18 cm, adherido al espacio paravesical (**Figura 4**). La cistectomía se efectuó con punción del quiste del que se obtuvo material mucinoso. Se observó la comunicación entre el quiste y el canal vaginal de aproximadamente 6 cm. Ante estos hallazgos se decidió convertir la cirugía laparoscópica en cirugía abierta para efectuar la histerectomía total.



Figura 1. Ultrasonido pélvico: anexo derecho multilobulado de 9 x 7 x 10 cm, ovario izquierdo normal.



Figura 2. TAC, corte coronal: tumoración pélvica compleja, multiloculada de paredes gruesas, desplazamiento del útero, compresión de la pared de la vejiga urinaria.

El reporte histopatológico de la muestra fue de: quiste complejo de Naboth, profundo hasta la pared en el segmento y parametrios, sin evidencia de malignidad (**Figuras 5, 6 y 7**); adenomiosis uterina, sin evidencia de malignidad.



Figura 3. TAC, corte transversal donde se observa una tumoración pélvica, sin componente sólido, de apariencia multiquística.



Figura 4. Tumoracion pélvica adherida al espacio paravesical, con salida de líquido de aspecto mucinoso.

DISCUSIÓN

En este caso se inició el protocolo de estudio de las masas anexiales porque la localización del quiste era intraabdominal. Conforme a

https://doi.org/10.24245/gom.v88i2.3320

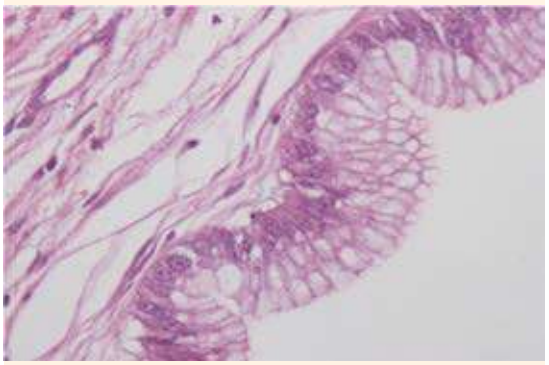


Figura 5. Epitelio cilíndrico, bien diferenciado, sin cambios atípicos (benignos).

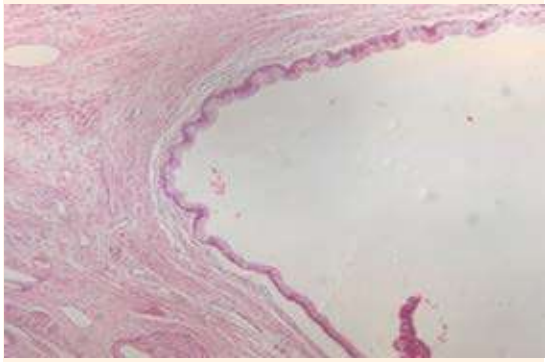


Figura 6. Quiste cervical, con revestimiento epitelial cilíndrico, mucoprotector.

los lineamientos al respecto del ACOG la evaluación de las masas anexiales incluye el ultrasonido pélvico como primera línea en imagen y Ca-125 para descartar malignidad.[6] El ultrasonido de la paciente reportó datos ultrasonográficos de sospecha de malignidad, por eso se complementó con una TAC y marcador tumoral Ca 125 que reportaron parámetros normales; por eso se decidió el acceso laparoscópico.

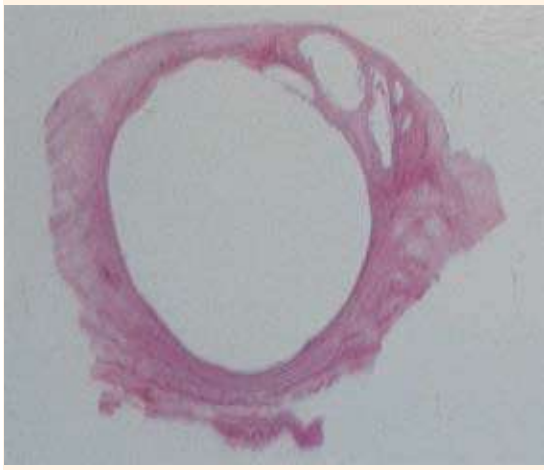


Figura 7. Fotomicrografía de montaje, con múltiples quistes mucosos en todo el espesor de la pared.

Conforme a lo que se señala en la bibliografía, la mejor vía de acceso para masas anexiales es mediante laparoscopia.[7] En el caso aquí reportado se llevó a cabo, inicialmente, por vía laparoscópica ante la sospecha de patología anexial. Durante el procedimiento se documentó la comunicación entre la vagina y la cavidad abdominal y por eso se decidió la histerectomía total asistida por vía abdominal, con reporte histopatológico de quiste de Naboth.

Los quistes de Naboth son característicos de la edad reproductiva, como un proceso de reparación e inflamación de cervicitis crónica, después de un traumatismo menor o el parto. La capa submucosa es la localización más común y rara vez son profundos.[8] Son tan frecuentes que se consideran una característica normal de la anatomía del cuello uterino. El epitelio escamoso del cuello uterino prolifera y cubre el epitelio columnar de las glándulas endocervicales. La mucosa secretada por este epitelio forma unos quistes de retención mucinosa denominados de Naboth.[9] Casi siempre son asintomáticos y pueden medir desde milímetros hasta menos de

4 cm de diámetro, pocas veces crecen más de 8 cm de diámetro; provocan síntomas similares a los de los tumores uterinos.[10] En el caso de esta comunicación el quiste midió 15x12x18 cm de diámetro. Lo singular es la rareza de su localización en la cavidad abdominal, por lo que se sospechó una tumoración de anexo derecho.

Entre los síntomas reportados por las pacientes con quistes gigante están: hematometra, sangrado uterino anormal, obstrucción en el canal del parto y compresión rectal.[1] La paciente del caso tuvo sangrado uterino anormal, sensación de pesantez pélvica y salida de material mucinoso por vía vaginal.

Vural y su grupo[11] publicaron el diagnóstico histopatológico de quiste de Naboth por la existencia en la pared del quiste de epitelio cilíndrico columnar, sin atipias, semejante al reportado en nuestra institución.

CONCLUSIÓN

Los quistes de Naboth suelen ser pequeños, asintomáticos y benignos. El que aquí se reporta se originó en el cuello uterino donde abarcó, incluso, la cavidad abdominal, que fue lo que ocasionó los síntomas compresivos. Ante las dimensiones del quiste y la pérdida de la continuidad de la vagina hacia la cavidad se requirió histerectomía total abdominal. Entre las tumoraciones anexiales debe considerarse al quiste gigante de Naboth como diagnóstico diferencial.

REFERENCIAS

1. Barrigón A, Ziadi S, et al. Nabothian cyst content: A potential pitfall for the diagnosis of invasive cancer on Pap test cytology. Diagn Cytopathol 2019; 47 (2): 127-29. doi: 10.1002/dc.24098.
2. Yelikar KA, et al. An unusual presentation of nabothian cyst : a case report. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2015; 4 (5): 1589-91. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20150754
3. El-agwany AS. Large multilocular cystic lesions in the uterine cervix: Differential diagnosis and significance. J Med Ultrasound 2018; 26 (3): 153-56. doi: 10.4103/JMU.JMU 38 18
4. Singhal AJ, et al. Long Nabothian Cyst: Rare Case. Ind J Med Case Rep 2017; 6 (4): 1-2.
5. MacGregor C, Beth Cronin B. Evaluation and management of adnexal masses. Topics in Obstetrics & Gynecology 2016;36(2)1-6.doi: 10.1097/01.PGO.0000479468.64386.d6
6. Sisodia RM, et al. Role of minimally invasive surgery in the management of adnexal masses. Clin Obstet Gynecol 2015; 58 (1): 66-75. doi: 10.1097/GRF.0000000000000086.
7. Durán-Colín AA, et al. Evaluación preoperatoria y resultados quirúrgicos de masas anexiales benignas tratadas con cirugía de mínima invasión. Ginecol Obstet Mex 2017; 85 (10): 668-675. http://dx.doi.org/10.24245/gom.v85i10.1027.
8. Turan G, et al. Spontaneus pregnancy after obstructive nabothian cyst treatment Case Report. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2017; 6 (6): 2625-27. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20172366
9. Sosnovski V, et al. Complex Nabothian cysts: a diagnostic dilemma. Arch Gynecol Obstet 2009; 279 (5): 759-61. doi: 10.1007/s00404-008-0801-6
10. Torky HA. Huge Nabothian cyst causing Hematometra (case report). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016; 207: 238-40. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.10.042
11. Vural F, et al. Large Nabothian cyst obstructing labour passage. J Clin Diagn Res 2015; 9(10): 6-7. doi: 10.7860/JCDR/2015/15191.6630

https://doi.org/10.24245/gom.v88i2.3320