

REPORTE DE CASO

Expectant Management of a Presumed Functional Adnexal Cyst during Pregnancy: A Case Report

Manejo expectante de un quiste anexial de probable origen funcional durante el embarazo: reporte de caso

Conduta expectante de um cisto anexial de provável origem funcional durante a gestação: relato de caso

José Luis Quezada Galindo¹✉; Vanessa Balbuca Rojas²; Santiago Naranjo Riofrio²; Danilo Fabricio Agila Sánchez³; Iván Alejandro Espinosa Obando³

¹Médico especialista en Ginecología, Centro Clínico Quirúrgico Servimed, Gualaquiza, Ecuador.

²Médico investigador independiente.

³Interno de Medicina, Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador.

Citación sugerida: Quezada Galindo JL, Balbuca Rojas V, Naranjo Riofrio S, Agila Sánchez DF, Espinosa Obando IA. Manejo expectante de un quiste anexial de probable origen funcional durante el embarazo: reporte de caso. Rev Méd Loja. 2026;1(2):46-51. doi:[10.67370/h4jv2z30](https://doi.org/10.67370/h4jv2z30)

Recibido: 10-07-2026

Aceptado: 30-09-2026

Publicado: 20-10-2026

Editor: Dr. Miguel David Alvarez

Autor de correspondencia: José Luis Quezada Galindo✉

ABSTRACT

Adnexal masses detected during pregnancy require assessment integrating symptoms, ultrasound findings, and clinical course. We report the case of a 35-year-old pregnant woman who presented during the first trimester with a nine-day history of left iliac fossa pain. Initial assessment described a viable intrauterine pregnancy and a left adnexal cystic lesion measuring approximately 6 cm, clinically interpreted as a corpus luteum cyst. The patient remained hemodynamically stable and received analgesia and inpatient observation for three days, followed by outpatient monitoring. A follow-up image obtained at 13 weeks and 4 days showed a measurement of 5.70 cm and was labelled as a follicular cyst. According to the recorded clinical course, the lesion persisted at approximately 14 weeks and was no longer visualized at the 18-week assessment. The last reported follow-up was in the third trimester, without associated obstetric complications. The course was consistent with a presumed functional cyst; the available information does not establish its specific subtype conclusively. This case illustrates a favorable course during expectant management and highlights the importance of consistent diagnostic characterization and follow-up documentation of adnexal masses during pregnancy.

Keywords: Ovarian Cysts; Pregnancy; Ultrasonography; Case Reports.

RESUMEN

Las masas anexiales detectadas durante el embarazo requieren una evaluación que integre la sintomatología, los hallazgos ecográficos y la evolución clínica. Se presenta el caso de una gestante de 35 años que consultó durante el primer trimestre por dolor en la fosa ilíaca izquierda de nueve días de evolución. La valoración inicial describió un embarazo intrauterino viable y una lesión quística anexial izquierda de aproximadamente 6 cm, interpretada clínicamente como quiste de cuerpo lúteo. La paciente permaneció hemodinámicamente estable y recibió analgesia y vigilancia hospitalaria durante tres días, seguidas de controles ambulatorios. Una imagen de seguimiento, obtenida a las 13 semanas y 4 días, mostró una medición de 5,70 cm y el rótulo de quiste folicular. Según la evolución clínica consignada, la lesión persistía alrededor de la semana 14 y dejó de visualizarse en el control de la semana 18. El último seguimiento descrito correspondió al tercer trimestre, sin complicaciones obstétricas asociadas. La evolución fue compatible con un quiste de probable origen funcional; la información disponible no permite establecer de manera concluyente su subtipo. Este caso ilustra una evolución favorable durante el manejo expectante y la importancia de documentar de forma consistente el diagnóstico y el seguimiento de las masas anexiales durante la gestación.

Palabras clave: Quistes Ováricos; Embarazo; Ultrasonografía; Informes de Casos.

RESUMO

As massas anexiais detectadas durante a gestação exigem uma avaliação que integre a sintomatologia, os achados ultrassonográficos e a evolução clínica. Apresenta-se o caso de uma gestante de 35 anos que consultou no primeiro trimestre por dor na fossa ilíaca esquerda com nove dias de evolução. A avaliação inicial descreveu uma gestação intrauterina viável e uma lesão cística anexial esquerda de aproximadamente 6 cm, interpretada clinicamente como cisto de corpo lúteo. A paciente permaneceu hemodinamicamente estável e recebeu analgesia e vigilância hospitalar durante três dias, seguidas de controles ambulatoriais. Uma imagem de seguimento, obtida com 13 semanas e 4 dias, mostrou uma medida de 5,70 cm e o rótulo de cisto folicular. Segundo a evolução clínica registrada, a lesão persistia por volta da 14ª semana e deixou de ser visualizada no controle da 18ª semana. O último seguimento descrito correspondeu ao terceiro trimestre, sem complicações obstétricas associadas. A evolução foi compatível com um cisto de provável origem funcional; as informações disponíveis não permitem estabelecer de forma conclusiva o seu subtipo. Este caso ilustra uma evolução favorável durante o manejo expectante e a importância de documentar de forma consistente o diagnóstico e o seguimento das massas anexiais durante a gestação.

Palavras-chave: Cistos Ovarianos; Gravidez; Ultrassonografia; Relatos de Casos.

INTRODUCCIÓN

La detección de una masa anexial durante el embarazo plantea decisiones sobre su caracterización y la necesidad de observación o intervención. La valoración debe integrar la presentación clínica, el aspecto ecográfico y la evolución de la lesión, junto con los riesgos de complicaciones y de una eventual cirugía. Aunque numerosas masas presentan una evolución benigna, la presencia de síntomas exige una evaluación individualizada.⁽¹⁾

La resolución espontánea está documentada en estudios de seguimiento. En una cohorte prospectiva de 274 gestantes con masas anexiales, aproximadamente el 74,2% de las lesiones se resolvió espontáneamente. Este resultado describe la evolución de una población heterogénea y no permite predecir, por sí solo, el desenlace de una paciente particular.⁽²⁾

La ecografía permite caracterizar la localización, el tamaño y la morfología de las masas, así como orientar el diagnóstico diferencial entre lesiones funcionales y otras entidades anexiales. La interpretación de un quiste como folicular o de cuerpo lúteo debe sustentarse en sus características y en el contexto gestacional.⁽³⁾ Además, el tamaño y la complejidad ecográfica se han asociado con la persistencia de estas masas durante el embarazo.⁽⁴⁾

Se describe la evolución de una gestante con dolor abdominal y un quiste anexial izquierdo de aproximadamente 6 cm, tratado mediante vigilancia clínica y ecográfica. El interés del caso reside en la evolución observada y en la necesidad de mantener concordancia entre el diagnóstico clínico,

el rótulo ecográfico y las conclusiones del seguimiento. La presentación narrativa se organizó tomando como referencia los elementos de las recomendaciones CARE.⁽⁵⁾

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 35 años, ama de casa, con embarazo en el primer trimestre y antecedente de dos partos, con un período intergenésico referido de cinco años. Entre los antecedentes quirúrgicos constaban exéresis de un ganglio axilar y amigdalectomía. Acudió al servicio de Ginecología y Obstetricia por dolor abdominal de nueve días de evolución, localizado en la fosa ilíaca izquierda, de intensidad moderada, carácter opresivo e irradiación lumbosacra. En otra institución se le había planteado tratamiento quirúrgico.

Al ingreso se registraron presión arterial de 110/69 mmHg, frecuencia cardiaca de 79 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 21 respiraciones por minuto, temperatura de 36,4 °C y saturación periférica de oxígeno del 96% al aire ambiente. El peso fue de 75,1 kg y la talla de 1,64 m, con un índice de masa corporal de 27,92 kg/m². La paciente se encontraba lúcida, orientada y normohidratada. La auscultación cardiopulmonar no mostró alteraciones descritas. El abdomen era suave y depresible, con ruidos hidroaéreos conservados y dolor a la palpación superficial y profunda en el hipogastrio. No se observaron pérdidas vaginales.

El hemograma mostró leucocitos de $13,95 \times 10^3/\mu\text{L}$, con neutrófilos del 81%, linfocitos del 15%, monocitos del 3,4% y basófilos del 0,1%; hemoglobina de 13,5 g/dL; hematocrito del 39,9%; y plaquetas de 341.000/ μL . La química sanguínea reportó glucosa de 90,36 mg/dL, urea de 30,6 mg/dL y creatinina de 0,76 mg/dL. El tiempo de protrombina fue de 13,01 segundos, el INR de 1,09 y el tiempo de tromboplastina parcial de 29 segundos. Las pruebas para VIH y VDRL fueron negativas.

El examen de orina informó densidad de 1,038, pH de 6,5, bacterias (+), leucocitos de 12–15 por campo y células epiteliales de 8–10 por campo, sin hematíes. No se dispone de un resultado de urocultivo ni de información que permita establecer si estos hallazgos se relacionaron con el dolor abdominal.

La valoración ecográfica inicial describió un embarazo intrauterino con embrión único y actividad cardiaca de 111 latidos por minuto, sin hematomas intrauterinos. En el anexo izquierdo se identificó una lesión quística de aproximadamente 6 cm de diámetro, interpretada clínicamente como un quiste de cuerpo lúteo. La información disponible no incluye una descripción completa de sus paredes, septos, componentes sólidos o vascularización Doppler.

Durante la hospitalización se optó por manejo expectante, con vigilancia clínica y paracetamol de 1 g por vía intravenosa cada 8 horas para el control del dolor. La paciente permaneció hemodinámicamente estable y presentó mejoría clínica. Tras tres días de hospitalización se indicó el alta, con seguimiento por consulta externa.

Los controles ambulatorios se describieron como mensuales e incluyeron evaluación ecográfica. La imagen aportada de uno de estos controles indica una edad gestacional de 13 semanas y 4 días, una medición de 5,70 cm y la denominación de quiste folicular del anexo izquierdo (Figura 1). Esta imagen corresponde al seguimiento y no a la evaluación inicial.



Figura 1. Imagen ecográfica de seguimiento de la lesión anexial izquierda. La pantalla indica 13 semanas y 4 días de gestación y una medición de 5,70 cm; conserva el rótulo original de «quiste folicular». Fuente: Centro Clínico Quirúrgico Servimed.

Según la evolución consignada, la lesión persistía alrededor de la semana 14 y no se visualizó en el control de la semana 18, hallazgo compatible con resolución espontánea. No se dispone de la imagen o del informe ecográfico completo de este último control para corroborar de forma independiente la evaluación anexial. En el último seguimiento descrito, durante el tercer trimestre, se informó evolución materno-fetal favorable, sin complicaciones obstétricas asociadas. No se aportaron datos del parto ni del período posparto.

DISCUSIÓN

La evolución descrita es compatible con una lesión anexial de probable origen funcional. Sin embargo, la interpretación clínica inicial como quiste de cuerpo lúteo difiere del rótulo de quiste folicular presente en la imagen de seguimiento. Por ello, el diagnóstico se mantiene en un nivel de certeza clínico-ecográfica y no se atribuye un subtipo definitivo. La caracterización incompleta impide explicar con precisión la discrepancia entre ambas denominaciones.⁽³⁾

La estabilidad hemodinámica y la mejoría del dolor durante la observación permiten comprender la decisión conservadora descrita en este caso. La literatura contempla la vigilancia de masas quísticas seleccionadas cuando la valoración clínica y por imagen no plantea una indicación de intervención.^(1,6) No obstante, la información disponible no permite reconstruir completamente la valoración de torsión, hemorragia u otras causas del dolor. Tampoco permite establecer una relación causal entre la lesión y los síntomas. Los hallazgos urinarios añaden incertidumbre, sin que pueda diagnosticarse una infección urinaria a partir de los datos aportados.

La persistencia de una masa no determina por sí sola su naturaleza. Bernhard y colaboradores identificaron el tamaño y el aspecto ecográfico complejo como predictores de persistencia; aun así, numerosas lesiones grandes o complejas se resolvieron durante el seguimiento.⁽⁴⁾ De forma concordante, la cohorte de Gaughran y colaboradores documentó resolución espontánea en una proporción elevada de las masas observadas.⁽²⁾ Estos resultados ofrecen contexto para la evolución del caso, pero no constituyen una comparación directa con la conducta quirúrgica.

La indicación y el momento de una intervención deben individualizarse. Una cirugía necesaria por una complicación o sospecha relevante no debe posponerse únicamente por la edad

gestacional; cuando la intervención es programable, el segundo trimestre puede facilitar su planificación.⁽¹⁾ El presente caso no permite determinar cuál habría sido el resultado de una intervención ni afirmar que la observación redujo riesgos obstétricos respecto de esa alternativa.

La principal limitación es la caracterización incompleta de la lesión: se dispone de una imagen de seguimiento, pero no de documentación ecográfica seriada que permita comparar de forma consistente el tamaño, la morfología y la vascularización. La ausencia de visualización descrita en la semana 18 debe interpretarse con cautela, pues no se cuenta con información suficiente sobre la evaluación de ambos anexos en ese control. El seguimiento termina durante el embarazo y no incluye desenlaces del parto o del posparto, una evaluación sistemática de tolerabilidad ni la perspectiva de la paciente. Estas limitaciones restringen la certeza diagnóstica y la generalización de los resultados.

El aporte educativo consiste en mostrar una evolución favorable durante la vigilancia de una lesión quística sintomática y en subrayar la importancia de documentar los elementos que sustentan la selección de esa conducta. La consistencia terminológica, la descripción ecográfica y la trazabilidad de los controles son necesarias para que el lector valore adecuadamente el diagnóstico y el desenlace.^(3,5)

CONCLUSIÓN

En esta gestante, un quiste anexial izquierdo de probable origen funcional presentó una evolución clínica favorable durante el manejo expectante, con ausencia de visualización descrita hacia la semana 18 y seguimiento sin complicaciones obstétricas asociadas hasta el tercer trimestre. La información disponible no permite confirmar su subtipo ni establecer la superioridad de la vigilancia frente a la cirugía. El caso destaca la importancia de individualizar la conducta y documentar de manera consistente la evaluación ecográfica y los desenlaces.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cathcart AM, Nezhat FR, Emerson J, Pejovic T, Nezhat CH, Nezhat CR. Adnexal masses during pregnancy: diagnosis, treatment, and prognosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228(6):601-612. doi:10.1016/j.ajog.2022.11.1291.
2. Gaughran J, Magee C, Mitchell S, Knight CL, Sayasneh A. Adnexal masses in pregnancy: a single-centre prospective observational cohort study. *Diagnostics (Basel)*. 2024;14(19):2182. doi:10.3390/diagnostics14192182.
3. Kim J, Lim J, Sohn JW, Lee SM, Lee M. Diagnostic imaging of adnexal masses in pregnancy. *Obstet Gynecol Sci*. 2023;66(3):133-148. doi:10.5468/ogs.22287.
4. Bernhard LM, Klebba PK, Gray DL, Mutch DG. Predictors of persistence of adnexal masses in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1999;93(4):585-589. doi:10.1016/s0029-7844(98)00490-6.
5. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *J Med Case Rep*. 2013;7:223. doi:10.1186/1752-1947-7-223.
6. Leiserowitz GS. Managing ovarian masses during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2006;61(7):463-470. doi:10.1097/01.ogx.0000224614.51356.b7.

FINANCIACIÓN

El trabajo se financió con fondos propios de los autores.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la publicación de este reporte de caso y de la imagen ecográfica que lo acompaña.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: José Luis Quezada, Vanessa Balbuca, Santiago Naranjo.

Metodología: José Luis Quezada, Vanessa Balbuca, Santiago Naranjo.

Investigación: José Luis Quezada, Vanessa Balbuca, Santiago Naranjo.

Redacción – borrador original: Vanessa Balbuca, Santiago Naranjo.

Redacción – revisión y edición: José Luis Quezada, Vanessa Balbuca, Santiago Naranjo, Danilo Agila, Iván Espinosa.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial en la elaboración de este manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Universidad Técnica Particular de Loja, al Centro Clínico Quirúrgico Servimed y a la paciente por su colaboración.