



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”**

**T E S I S**

**ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DE TUMORES ABDOMINALES EN EL RECIEN NACIDO EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:**

**NEONATOLOGIA**

**PRESENTA:**

**DRA. BRENDA BLASCO PONCE**

**TUTORA:**

**DRA. ROSA ERENDIRA DURÁN RUÍZ  
PEDÍATRA-NEONATOLOGA  
COORDINADORA DE SEGUIMIENTO NEONATAL  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “EDUARDO LICEAGA”**

**MEXICO, D.F NOVIEMBRE 2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

**DR. MARIO PINEDA OCHOA  
JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO DE NEONATOLOGÍA  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “EDUARDO LICEAGA”**

---

**DRA. MARIA TERESA CHAVARRIA JIMENEZ  
COORDINADORA DE ENSEÑANZA  
SERVICIO DE PEDIATRÍA  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “EDUARDO LICEAGA”**

---

**DRA. ROSA ERENDIRA DURÁN RUÍZ  
PEDIÁTRA-NEONATOLOGA  
COORDINADORA DE SEGUIMIENTO NEONATAL  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “EDUARDO LICEAGA”  
TUTORA DE TESIS**

## AGRADECIMIENTOS

**A Dios** por permitirme llegar hasta aquí con salud y fuerza para seguir adelante y darme esa entrega a mis pacientes, que son la inspiración y recompensa de cada noche de desvelo.

**A mi madre** quien ha estado a mi lado en cada paso, me ha confortado en cada momento de debilidad y animado a seguir, me ha enseñado a luchar por mis ideales y a no rendirme por nada ni por nadie.

**A mi familia**, en especial a mi abuela, y tía quienes han estado conmigo en este largo camino de desvelos, me han comprendido y apoyado en cada ocasión especial que no las he podido acompañar, y que sin importar la distancia están conmigo.

**A mis compañeras** quienes se volvieron mi segunda familia, me permitieron entrar en su vida y aportarles ese pequeño granito de arena para su vida profesional y personal, se convirtieron en mis compañeras de aventura.

**A mis amigos** que a pesar de no conocer la dinámica médica, continuaron a mi lado a pesar de las guardias y el poco tiempo que pudiera brindarles.

**A la Dra. Rosa Eréndira Durán Ruíz** por apoyarme en este último paso y ser un ejemplo de persona y médico, por permanecer hasta tarde y demostrar esa entrega al servicio, a los niños y a nosotras, por creer en que podíamos. Dios la bendiga siempre donde este.

## INDICE

Marco teórico.....	5
Planteamiento del Problema.....	14
Justificación.....	15
Objetivos.....	16
Criterios.....	17
Material y Metodos.....	18
Resultados.....	19
Discusión .....	21
Conclusiones.....	24
Bibliografía.....	25
Anexos .....	29

## MARCO TEORICO

### CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Desde el siglo pasado había ya interés por clasificar a los recién nacidos respecto a la morbilidad que pudieran manifestar, según su edad de gestación. Es en este sentido que Arvo Ylppo<sup>1</sup> propuso definir como prematuros a los neonatos con menos de 36 semanas de gestación, calculadas a partir de la última menstruación. Luego Budin<sup>2</sup> pensó que era más fácil pesar a los niños y clasificó como *prematuros* a aquellos que al nacer tuviesen un peso menor de 2,500g y de *término* a los que tuviesen un peso mayor. Este criterio fue avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), hasta que en los años 60 se empezó a juzgar no satisfactorio, al considerar como niños a término a los prematuros nacidos de madres diabéticas que llegan a pesar de 2,500 g o más y como pretérmino a los niños maduros por edad de gestación y desnutridos *in utero* pero con poco peso.<sup>2</sup>

La Academia Americana de Pediatría (APP) y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), definen al recién nacido pretérmino (RNPT) como a todo recién nacido menor de 37 semanas de gestación (SDG), contando desde el primer día después de la fecha de la última menstruación. A pesar de que existe unanimidad en la definición del recién nacido pretérmino, hay controversia para definir los subgrupos de prematurez. La terminología de los subgrupos comúnmente usada es: Recién nacido moderadamente prematuro (de 32 a 36

semanas). Recién nacido muy prematuro (menor a 32 semanas) y Prematuro extremo (menor a 28 semanas). Sin embargo, no existe consenso para definir al prematuro tardío, llamado también recién nacido cercano a término, pretérmino marginal, pretérmino moderado, pretérmino mínimo y pretérmino medio. En el 2005, el National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) sugirió un rango de 34 0/6 a 36 6/7 SDG, (239-259 días) para designar a este grupo de recién nacidos nombrándolo ahora prematuro tardío<sup>3,6,7</sup>

Por otro lado, en la estimación de la edad gestacional fueron desarrolladas por Saint-Anne-Dargassies, Amiel-Tison y Dubowitz y cols.<sup>7</sup> y Ballard y cols.<sup>3,4,5,7</sup>, en esta última se suman los valores de seis signos físicos y seis signos neuromusculares y la calificación obtenida se compara con la escala de madurez con las que estiman las semanas de edad gestacional. Tal vez la más empleada en la práctica diaria es la valoración propuesta por Capurro y cols.<sup>3,4</sup>. La que utiliza cinco características somáticas: 1) La formación del pezón, 2) La textura de la piel, 3) La forma de la oreja, 4) El tamaño de la mama y 5) Los surcos plantares.

De acuerdo con el peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se clasifican como: De bajo peso (hipotrófico): Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación. De peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación. De peso alto (hipertrófico): Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación.<sup>6</sup>

Así mismo debemos considerar el *retardo en el crecimiento intrauterino* (RCIU) teniendo como definición un peso menor al percentil 3 de acuerdo la edad gestacional, <sup>7</sup> describiéndose dos tipos: RCIU tipo I, armónico, proporcionado o simétrico donde el peso, la talla y el perímetro cefálico se encuentran en percentiles similares. RCIU tipo II, no armónico, desproporcionado o asimétrico donde el peso se encuentra más afectado que la talla y el perímetro cefálico.<sup>3</sup> Es importante considerar un crecimiento armónico somático estimándose mediante el índice de Miller-Hassanein, que considera la relación entre la talla y el perímetro cefálico cuyos puntajes de normalidad ocurren entre 1.36 y 1.54.<sup>6</sup> En los niños nacidos de madres con preeclampsia-eclampsia hay habitualmente una desviación a la izquierda (menor de 1.36), mientras que en los niños cuyas madres tienen diabetes mellitus hay una desviación a la derecha (mayor de 1.54).<sup>6,9</sup>

Cabe mencionar que niños con crecimiento disarmónico o con alteraciones fenotípicas, deben ser valorados por genética debido a probable síndrome dismórfico.<sup>10</sup>

El Síndrome dismórfico “es un patrón clínico peculiar que se reconoce en la exploración física y corresponde a una enfermedad congénita particular, en las que se encuentran una o más anormalidades mayores y un número variable de anormalidades menores aunque suele haber variaciones fenotípicas en los pacientes” .<sup>10</sup>

## MASAS ABDOMINALES

Las masas abdominales en la infancia se presentan con relativa frecuencia, siendo en su mayoría hallazgos casuales en el curso de una revisión de rutina o exploración por otra causa. En el periodo neonatal tiene importancia el diagnóstico por ecografías prenatales que diagnostican con elevada sensibilidad este tipo de patologías.<sup>11</sup>

Las masas abdominales en el recién nacido se clasifican ecográficamente en masas de flanco quísticas como son la displasia renal multiquística, hidronefrosis, quiste de colédoco; Sólidas como son riñón poliquístico, neuroblastoma congénito, Nefroblastoma, Tumores hepáticos; Sólido quísticas como la hemorragia suprarrenal; Otras masas abdominales quísticas como quiste de ovario, quiste del mesenterio y linfangioma retroperitoneal; Sólidas como teratoma retroperitoneal, Riñón ectópico; Sólido quísticas como duplicación intestinal, Ileo meconial, Megacolon; y Masas Pelvianas quísticas como quiste de ovario, mega vejiga e hidrocolpos; y Sólidas como rabdomiosarcoma y teratoma sacrococcigeo de predominio abdominal.<sup>11</sup>

Con frecuencia se trata de masas de naturaleza quística, habitualmente benignas que se resuelven con actitudes conservadoras o quirúrgicas poco agresivas.<sup>10</sup>

La primera descripción de un quiste de ovario neonatal la hizo Doran en 1889 en un mortinato de 7 meses de gestación, quien presentó esta patología en forma bilateral.<sup>12</sup> En 1957, Tietz y Davis describieron el caso de una recién nacida con un quiste de ovario roto sometida a laparotomía, en la cual el ovario y la trompa de Falopio se removieron. En 1997 alrededor de 400 casos ya habían sido reportados.<sup>13</sup>

Los quistes de ovario y anormalidades del tracto genitourinario equivalen a un 20% aproximadamente de los tumores de abdomen en la etapa neonatal (5 MIO) Actualmente la tasa de detección de quistes de ovario neonatales se ha elevado debido al uso incrementado de la ultrasonografía.<sup>14</sup>

Los quistes ováricos fetales tienen una incidencia de detección prenatal de 1 en 2,500 recién nacidos; casi siempre son unilaterales y localizados más frecuentemente a la izquierda (57%); existen pocos casos reportados de bilateralidad (7%). Habitualmente se detectan en el tercer trimestre y su tamaño en general no cambia a través de la gestación.<sup>15,16,17</sup>

Los neonatos pueden tener pequeños quistes de ovario simples, menores de 4 cm, como resultado de hormonas maternas (estrógeno), placentarias (hcg), o fetales (FSH) Los quistes funcionales no son verdaderas neoplasias, pero pueden considerarse una variación del proceso fisiológico normal que incluye los foliculares, del cuerpo lúteo y los tecaluteínicos. Los quistes foliculares se forman por la distensión de folículos desarrollados y no suelen exceder de 10 cm de

diámetro; los menores de 2 cm se clasifican como normales y cuando exceden esta medida son foliculares. Después del parto, la disminución de la estimulación hormonal puede producir resolución espontánea del quiste.<sup>18,19</sup>

La etiopatogenia no es clara, los quistes foliculares se presentan en un tercio de las neonatas normales. La formación del Quiste depende de la estimulación ovárica generada por la gonadotropina coriónica humana (HCG) placentaria, y por los estrógenos maternos. Su origen obedecería a una mayor estimulación folicular, por hipersecreción de HCG o por una alteración de la actividad de la gonadotropina.<sup>19</sup>

En general, el diagnóstico se hace en el tercer trimestre (30sdg), pero se han reportado hallazgos desde las 19 semanas.<sup>17</sup> Se demuestran polihidramnios entre 10 y 15% de los quistes ováricos fetales<sup>16</sup> Ultrasonográficamente, las imágenes quísticas ováricas observadas normalmente se clasifican según su tamaño en microquistes, menores de 9 mm de diámetro, y macroquistes, que miden más de 9 mm. Por otra parte, se describen como quistes foliculares normales aquellos que miden hasta 2 cm de diámetro, en el contexto de un desarrollo hormonal concordante.<sup>17</sup>

Los quistes ováricos también se pueden agrupar, independientemente de su tamaño; de acuerdo a sus características en quistes simples, aquellos que presentan contenido líquido anecoico, homogéneo y paredes finas, y los quistes complejos, que tienen contenido habitualmente ecogénico heterogéneo, a veces

con nivel líquido/detritus, coágulos y/o tabiques finos en su espesor. Se considera como patognomónico de quiste de origen ovárico la presencia de un «quiste hijo».<sup>17, 20,</sup>

El diagnóstico diferencial debe incluir quiste renal y de vía ureteral, pseudoquiste meconial, quiste de duplicación intestinal. Más raros son hidrocolpo o hidrometrocolpo, quiste mesentérico, divertículo de Meckel, quiste uracal, quiste del colédoco, teratoma sacrococcígeo. También se ha descrito riñón ectópico con hidronefrosis.<sup>21,22</sup>

Aunque la mayoría de estos neonatos son asintomáticos al nacimiento, los quistes de ovario pueden acarrear un riesgo potencial de complicaciones serias; las más graves son torsión del pedículo, la cual puede resultar en pérdida del ovario afectado.<sup>23</sup> Luego del parto puede ocurrir una resolución espontánea del quiste ovárico, hasta en seis meses, debido a la caída en los niveles de HCG y estrógenos. FSH y LH permanecen elevadas hasta los tres meses postparto y luego descienden.<sup>15</sup>

Las opciones de tratamiento incluyen el manejo conservador, aspiración antenatal y neonatal del quiste, quistectomía laparoscópica y laparotomía postnatal. El tratamiento del quiste de ovario neonatal no está estandarizado y frecuentemente se basa en el tamaño del quiste y en su apariencia en la exploración ultrasonográfica.<sup>23</sup>

El tratamiento de los quistes ováricos simples, diagnosticados de manera prenatal, puede ser conservador cuando miden menos de 5 cm, ya que muchos de ellos involucionan. En estos casos debe hacerse seguimiento sonográfico para ver si aumentan el tamaño o cambian a imagen sugerente de complicaciones; la persistencia del quiste motiva cirugía postnatal. Los mayores de 5 cm tienen alto riesgo de torsión, por lo que deben ser intervenidos. Cuando los quistes son iguales o mayores a 5 cm algunos autores recomiendan la descompresión intrauterina para evitar complicaciones como la torsión ovárica; otros realizan aspiración posterior al parto con el mismo fin.<sup>13,15,24</sup>

Cuando los quistes tienen alguna complicación, o son mayores de 5 cm, se recomienda exéresis, ya sea por laparotomía o por abordaje laparoscópico.<sup>13,15,24</sup>

Las medidas conservadoras resultan en una mejoría en los resultados como medidos por preservación del tejido ovárico y reducción de las intervenciones quirúrgicas. Algunos autores recomiendan la aspiración guiada por ultrasonido de quistes de ovario grandes, asintomáticos, y sugieren que la cirugía debería de ser reservada para pacientes con complicaciones agudas (p. Ej. Torsión, ruptura). La vía del parto no es modificable por esta enfermedad, de modo que serán las condiciones obstétricas las que determinen, ya que la distocia de tejidos blandos es rara.<sup>25,26</sup>

Las neoplasias en niños son raras, menos de 3 por 100000 niñas por año, la mayoría de estos tumores epiteliales son cistoadenomas serosos o mucinosos, son benignos y comúnmente sin malformación asociada<sup>27</sup>, sin embargo cabe

mencionar la existencia de un caso en 1998 donde se reporta cistoadenoma asociado a extrofia de la cloaca, por lo que no se descarta la presencia de malformaciones asociadas<sup>15</sup>.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde décadas previas se han detectado tumores abdominales los cuales conforme ha avanzado la tecnología médica, ha incrementado la tasa de detección favoreciendo así el manejo temprano de estas, siendo posible actualmente un abordaje multidisciplinario, ofreciendo beneficios a largo plazo y seguimiento temprano para la prevención de complicaciones.

En base a esto, surge la pregunta de investigación ¿Es mejor el abordaje actual de tumores abdominales al que se realizaba anteriormente?

## JUSTIFICACION

Se realiza dicho estudio para ampliar abordajes en pacientes con masas abdominales de manera multidisciplinaria, debido a que en años previos únicamente se valoraba el diagnóstico, sin valorar la búsqueda tanto oncológica como genética para descartar posibles complicaciones en etapas posteriores.

## OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar el abordaje de los tumores abdominales en el recién nacido en el Hospital General de México "Eduardo Liceaga".

## OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Factores de riesgo asociados en la etapa perinatal
- Incidencia de mortalidad de los niños con tumores abdominales

## CRITERIOS DE INCLUSION

- Recién Nacido que haya nacido en el Hospital General de México “Eduardo Liceaga” en el servicio de Gineco-obstetricia y haya sido hospitalizado en el área de Neonatología
- Recién Nacido que nació en el periodo del 1º de Junio 2014 a 30 de Junio de 2015
- Recien Nacido que cuente con estudios de gabinete y laboratorios realizados en el Hospital General de México “Eduardo Liceaga”

## CRITERIOS DE EXCLUSION

- Recién nacido que se atendiera con diagnóstico prenatal de tumor abdominal que no se corroborara el diagnostico al nacimiento

## CRITERIOS DE ELIMINACION

- Fallecimiento durante el periodo de investigación multidisciplinario y no completara estudio.

## MATERIAL Y METODOS

### DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo

### UNIVERSO

Recién nacido que nació en el Hospital General de México “Eduardo Liceaga” en el servicio de gineco-obstetricia en el periodo del 1º de junio de 2014 al 30 de junio de 2015 y haya sido hospitalizado en la unidad de Neonatología.

## RESULTADOS

En el Hospital General de México "Eduardo Liceaga" se reportaron en el servicio de Gineco-obstetricia 4359 nacimientos siendo 4213 nacidos vivos y 146 defunciones. Del total de pacientes nacidos se reportaron 579 pretérmino y 3634 de término.(gráfica 2) Con reporte de 2257 del género masculino, 2061 del género femenino y 41 indiferenciados. (gráfica 1)Del total de pacientes nacidos vivos se encontraron 3 casos con diagnostico presuntivo de tumor abdominal, siendo los tres del género femenino.(gráfica 3)

De estos tres casos se excluyen dos dado no tener compromiso de tumor abdominal, quedando un solo caso.

De este único caso, los reportes de su abordaje son los siguientes:

Se toman paraclínicos prequirurgicos con Biometría Hemática con leucocitos de 13800, neutrófilos 7500, linfocitos 4600, monocitos 1100, hemoglobina 15.6, hematocrito 47.2, Plaquetas 160mil, tiempo de protrombina 16.9, tiempo de protrombina 48.8, INR 1.4, fibrinógeno 177.

Marcadores tumorales alfafetoproteína >3000 antígeno ca125 7.8 antígeno carcinoembrionario 1.74 fracción beta de hormona gonadotropina corionica 11.38, controles alfafetoproteína 72938 antígeno ca125 11.3 antígeno carcinoembrionario 2.22, fracción beta de la hormona gonadotropina corionica 3,61, controles

postquirúrgicos alfafetoproteína 42686 antígeno ca125 18.2 antígeno carcinoembrionario 2.53 fracción beta de hormona gonadotropina corionica 0.77

Cuenta con perímetro cefálico de 36cm (percentil 90)por lo que se realiza ultrasonido transfontanelar reportándose estudio sin alteraciones ecográficas. Se realiza radiografía de abdomen mala distribución de aire, sin datos de perforación con imagen redonda en hemiabdomen izquierdo radiopaca de bordes regulares y radiografía de huesos largos sin alteraciones (figura 1), tomografía de abdomen con reporte de ectasia renal y probable quiste mesentérico (figura 2), valoración por genética quien reporta síndrome dismorfico en estudio comparando características clínicas con familiar (madre) encontrando que comparten rasgos faciales refiriéndose aparentemente sana, tumoración en estudio.

## DISCUSION

Se realiza el abordaje de tres pacientes detectadas, de las cuales solo una presenta diagnóstico certero de tumor abdominal realizándose los siguientes hallazgos: paciente sin control prenatal valorada por el servicio de perinatología y terapia intensiva ginecológica por enfermedad hipertensiva del embarazo, con mala respuesta al manejo hospitalario, por lo que se interrumpe embarazo obteniéndose producto de la gesta 4, cuyos previos embarazos no habían presentado malformación alguna, producto femenino único vivo que lloró y respiró al nacimiento, respondió a pasos iniciales de la reanimación, se otorgó APGAR 8/8, un CAPURRO 36.6SDG, PESO 2.85KG, TALLA 45CM, PC 36CM, PT 31CM, PA 33CM, presenta cianosis central ameritando oxígeno suplementario, mejorando la coloración. A la exploración paciente hipoactiva, con tono muscular disminuido, macrocefalia, hipertelorismo, implantación baja de pabellones auriculares, puente nasal deprimido, cuello corto, abdomen globoso a expensas de tumoración abdominal, se palpa aumento de volumen en mesogastrio, tumoración de consistencia blanda móvil, no adherida a planos profundos, con red venosa colateral, cordón umbilical sin alteraciones, extremidades presentan húmero y fémur bilateral aparentemente cortos, ligeramente hipotónicos, llenado capilar 2-3 segundos, genitales femeninos sin alteraciones, ano permeable, columna integra. Paciente con valoración de Silvermann – Andersen de 3, presenta al llanto cianosis central con desturaciones hasta 86% y patrón restrictivo abdominal, por lo que se coloca oxígeno suplementario, se ingresa a terapia para protocolo de estudio, realizándose así el abordaje por el servicio de Neonatología, se

interconsulta al servicio de Cirugía solicitándose radiografía de abdomen con mala distribución de aire, sin datos de perforación con imagen redonda en hemiabdomen izquierdo radiopaca de bordes regulares. (figura 1) Tomografía de abdomen, se encuentra ectasia renal bilateral de predominio derecho, probable quiste mesentérico (figura 2-3), se realiza Ultrasonido renal corroborándose la ectasia renal, (figura 4-5) por lo que se valora por Urología pediátrica comentando no se requiere manejo por el momento. Se solicita valoración por genética por probable síndrome dismórfico debido a presencia de frontal prominente, hipertelorismo, puente nasal deprimido, pabellones auriculares de implantación baja, cavidad oral con presencia de nódulos de Bohn, cuello corto, solicitándose radiografía de huesos largos, columna y cráneo las cuales no mostraron alteraciones, se solicitan marcadores tumorales con primer reporte de alfafetoproteína >3000ng y antígeno carcinoembrionario 1.74, solicitándose valoración por el servicio de oncología pediátrica por encontrarse elevados, quien solicita nuevos marcadores por probable Teratoma Quístico con controles de alfafetoproteína 72938ng (48,406 \* 34,718) , antígeno carcinoembrionario 2.22ng, (0.0 – 3.0 ng/L), pasa a exeresis de tumoración reportándose posteriormente por patología estudio histopatológico de Cistoadenoma Seroso de Ovario, control de marcadores tumorales postquirúrgicos de alfafetoproteína en 42686ng, antígeno carcinoembrionario de 2.53. Evoluciona de manera satisfactoria manejándose por clínica del dolor en el postquirúrgico sin complicaciones relacionadas como abstinencia, vista por Odontopediatría por nódulos de Bohn sin manejo requerido. Cuenta con un perímetro cefálico por arriba de la percentila 90 por lo que se realiza ultrasonido transfontanelar el cual se reporta como estudio sin alteraciones

ecográficas, denominado por genética como plagiocefalia. Dentro del punto de vista nutricional en ayuno previo a cirugía y 48 horas posteriores con manejo parenteral, presentando adecuada tolerancia al estímulo enteral completando capacidad gástrica en base a leche humana. Se egresa con evolución satisfactoria y seguimiento por consulta externa por los servicios siguientes: Seguimiento Pediátrico, Lactancia, Cirugía pediátrica, urología pediátrica, genética y cardiología pediátrica.

## CONCLUSION

Encontramos, como referimos en marco teórico, un caso semejante en este hospital hace 13 años, el abordaje fue diferente dado no tenerse los recursos actuales. Con el avance médico y tecnológico, existe la posibilidad de ampliar el campo de estudio para cada paciente y realizarlo de manera integral, pudiéndose así otorgar una mejor detección, abordaje y prevención, mejorando desde la atención prenatal con la realización de ecografía temprana hasta el corroborar los diagnósticos ya sea con una ecografía simple o hasta un doppler extra uterina o bien con tomografía. Así mismo, como se observa en nuestro estudio actualmente contamos con más especialidades pediátricas por lo que podemos apoyarnos de un modo multidisciplinario para dar así un mejor manejo integral inmediato, mediato y tardío con adecuado control de compromisos del momento como el de secuela., En el caso de nuestro paciente fue valorado por diferentes especialidades como cirugía pediátrica para la resección del tumor de manera adecuada, urología pediátrica por el hallazgo ecográfico de ectasia renal para su manejo posterior; genética por el síndrome dismórfico y descartar genopatía como la temprana asesoría genética de futuros embarazos, hasta valoración por odontopediatría y con la recepción previa a su egreso del área de seguimiento pediátrico para mantener manejo ideal. De tal modo que a su egreso la familia tenía la seguridad del cuidado del recién nacido.

Consideramos el manejo actual fue más completo que el de hace años, consientes del avance de la ciencia y tecnología. Pero lo más importante y ético

es que estos pacientes se atiendan desde antes de su nacimiento en centros de alto nivel como el como el nuestro. Como este recién nacido con corta estancia y estudios integrales, cuyo beneficio fue excelente disminuyendo complicaciones posteriores y reingresos múltiples.

Se agradece al equipo multidisciplinario tratante de nuestro recién nacido en conjunto con el equipo de enfermería quienes hicieron que la evolución de nuestro paciente fuera satisfactoria y se egresara en las mejores condiciones para el bebé y la satisfacción de la familia.

## BIBLIOGRAFIA

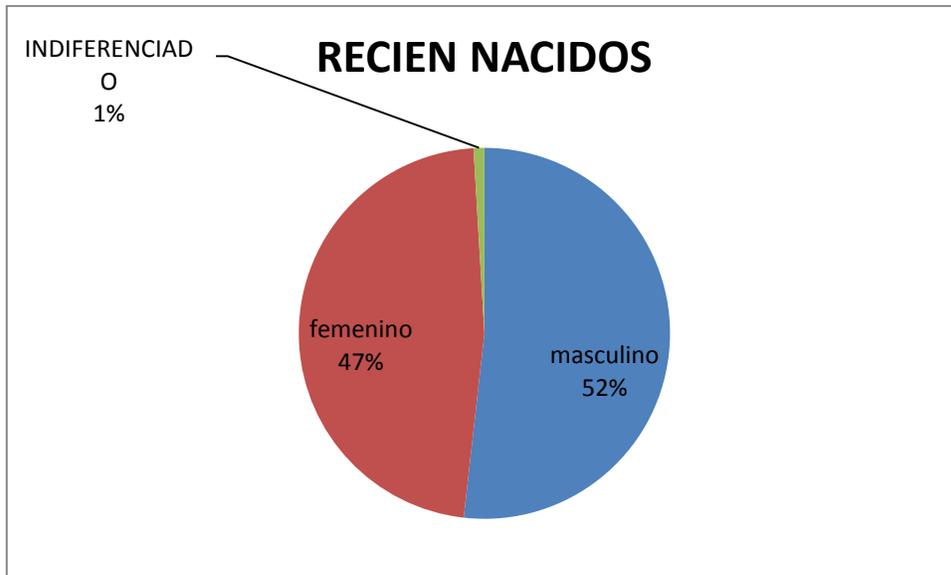
1. Ylppo A. Patologische anatomische studien bei fruheborenen. *ZF Kinderh* 1920; 20: 212-6.
2. Budin P. Les enfants debiles. *Press Med* 1902; 10: 1155-8.
3. T. Alonso Ortiz, M.I. Armada Maresca, J. Arizcun Pineda. Retraso del crecimiento fetal: Epidemiología y velocidad de crecimiento intrauterino. *An Esp Pediatr* 1997;47;521-527.
4. Capurro H., Konichezky S., Fonseca D., Caldeyro – Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr* 1978; 93:120
5. Ballard JL, Khoury JL, Wedig K, Wang L, Eilers – Walsman BL, Lipp R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr* 1991; 119: 417-23
6. Gómez-Gómez Manuel, Danglot-Banck Cecilia, Aceves-Gómez Manuel . Clasificación de los niños recién nacidos. *Rev Mex Pediatr* 2012; 79(1); 32-39
7. Miller HC, Hassanein K. Diagnosis of impaired fetal growth in newborn infants. *Pediatrics* 1971; 48: 515-22.
8. Dubowitz LMS, Dubowitz V, Goldberg C. Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. *J Pediatr* 1970; 77: 1-10.
9. Streeter GL. Weight, sitting height, head size, foot length and menstrual age of the human embryo. Carnegie nutrition of Washington contrib. *Embryol* 1970; 11: 143-6.
10. Aviña fierro JA, Terence Wilson B, Síndrome dismórfico con anomalías congénitas múltiples: clasificación actual. *Rev Mex Pedatr* 2009; 76:3; 132-135.

11. Chanle Jhon C. The neonate with and abdominal mass. *Pediatric Clinic of north america*, 2004; 51:979-997.
12. Treuer AC, Heredia JF. Quiste del ovario en el recién nacido. *Rev Chil Ped* 1976; 2: 181-186.
13. Tietz G, Davis JB. A ruptured ovarian cyst in a newborn infant. *J Pediatr* 1957; 51: 564-565.
14. Apablaza MS, Villagrán E. Recién nacida prematura, quiste ovárico. *Rev Sogia* 2004; 11: 46-47
15. Islas DLP, Cardiel MLE, Ortiz AMR, Chávez GC. Cistoadenoma gigante de ovario en una recién nacida. Reporte de un Caso. *Rev Mex Pediatr* 2003; 70: 19-22.
16. 2mio. Juarez A, Buitrón R, et al. Quiste de Ovario Fetal. Presentación de un caso. *Ginecol Obstet Mez* 2005; 73 212-4
17. Hee-Jung Lee, Seung-Ku Woo, Jung-Sik Kim, Su-Jhi Suh. "Daughter Cyst" Sign: A Sonographic Finding of Ovarian Cyst in Neonates, Infants, and Young Children. *AJR* 2000;174:1013–1015
18. Templeman C, Fallat ME, Blinchevsky A, Hertweck P. Noninflammatory ovarian masses in girls and young women. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 229-233.
19. Fuentealba TI. Quistes ováricos en recién nacidas, niñas y adolescentes: aspectos ultrasonográficos. *Rev Chil Radiol* 2006; 12: 15-20.
20. Schmahmann S, Haller OJ. Neonatal ovarian cyst: pathogenesis diagnosis and management. *Pediatr Radiol* 1997; 27: 101-105.

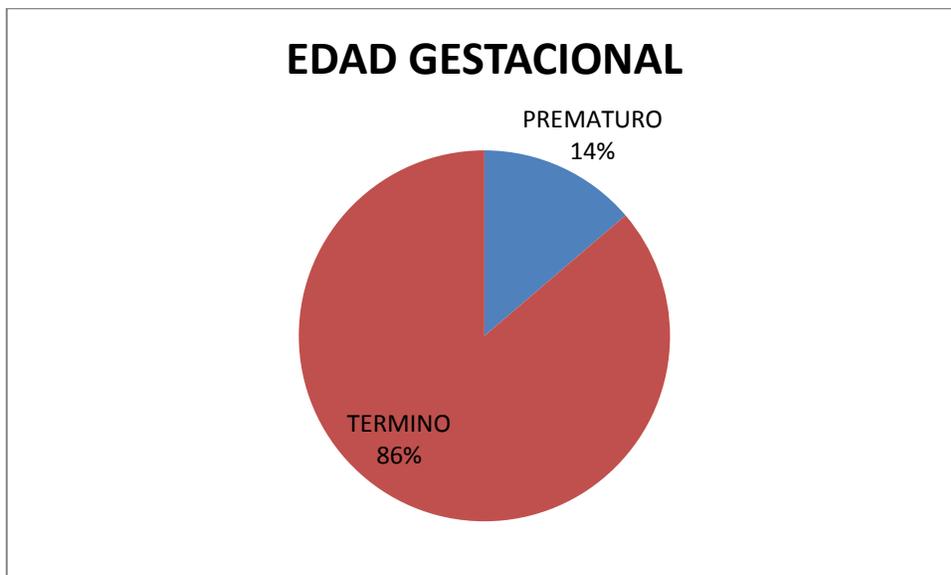
21. Papic Jonathan C., Billmire Deborah F. , Rescorla Frederick J., Finnell S. Maria E. , Leys Charles M. Management of Neonatal Ovarian Cysts and its Effect on Ovarian Preservation Journal of Pediatric Surgery 49 (2014) 990–994
22. Giampiero Soccorso, MBBS, MRCS and Jenny Walker, MBChB, ChM, FRCS. A Giant Ovarian Cyst in a Neonate. J Pediatr Adolesc Gynecol (2009) 22:e17ee20
23. H Ibrahim, D Lewis, GK Harrison, H Tice and G Sangster. Congenital ovarian cyst. Journal of Perinatology (2007) 27, 523–526; doi:10.1038/sj.jp.7211760
24. Arjona Gómez L, Reyes Ramos G, Estrada Gómez E, Barba Ruiz E. Cistoadenoma seroso neonatal. Presentación de un caso. Archivo de investigación materno infantil. 2009; 3:127-131
25. Stephen E. Dolgin. Ovarian Masses in the Newborn. *Seminars in Pediatric Surgery*, Vol 9, No 3 (August), 2000: pp 121-127
26. Rangel Calvillo, Martín Noé. Quiste gigante de mesenterio en un recién nacido:Reporte de un caso. Perinatol Reprod Hum 2014; 28 (1): 49-5
27. Massicot R, Rousseau V , Darwish A, Sauvat F, et al. Serous and seromucinous infantile ovarian cystadenomas—A study of 42 cases. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 142 (2009) 64–67

65

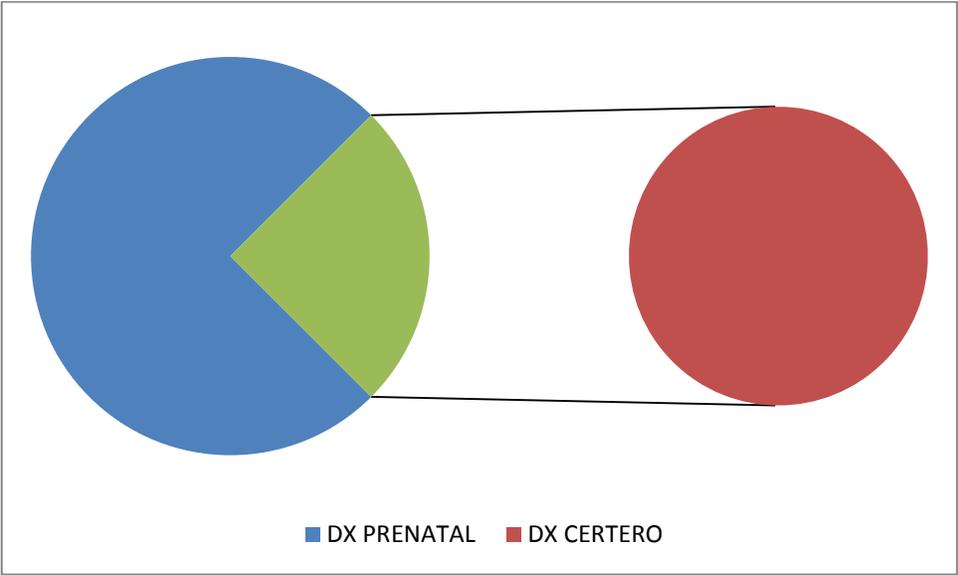
## ANEXOS



Gráfica 1



Gráfica 2



Gráfica 3



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5