

CASOS CLÍNICOS

Quiste de ovario gigante en adolescente extirpado vía laparoscópica

E. González-Bosquet, A. Torrent, E. Quesada, F. Domínguez, J. Callejo y J.M. Lailla

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. España.

SUMMARY

Ovarian cysts are frequent in the reproductive age and may occasionally appear during adolescence, although they are more difficult to diagnose. In the majority of cases laparoscopic surgery has displaced laparotomy in the treatment of adnexal masses, although size and the suspicion of malignancy are limitations for laparoscopic use. With good patient selection, laparoscopic treatment of large ovarian cysts is possible. We present the case of an adolescent with a 22 cm ovarian cyst treated with laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

La presencia de quistes ováricos es relativamente frecuente en las adolescentes¹, ya que esta patología es más prevalente en mujeres en edad reproductiva, hasta un 78,9% en algunas series². La laparoscopia ha pasado de ser una alternativa a la laparotomía en el tratamiento de los quistes ováricos a ser la técnica de elección. Existen algunas situaciones en las que su indicación está restringida, cuando el tamaño tumoral es superior a 10 cm^{3,4} y cuando existe una sospecha de malignidad⁵.

Presentamos un caso de un quiste ovárico de más 20 cm tratado por vía laparoscópica.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 15 años de edad remitida a nuestro centro desde el ambulatorio por presentar una tumoración abdominal sugestiva de tumor ovárico. La paciente no tiene antecedentes patológicos de interés y

entre los antecedentes familiares destaca sólo que su padre es hipertenso. Tuvo la menarquia a los 11 años y presentaba ciclos menstruales regulares (5/28). La sintomatología se inició hace 8 meses con un aumento de distensión abdominal en ausencia de dolor, que es catalogada por su médico de cabecera como aerofagia y tratada con Aerored®. Debido a la no mejoría del cuadro y al progresivo aumento de la distensión abdominal, se practica una ecografía abdominal. En la ecografía se observa una tumoración anecogénica de diámetros 20 × 9 × 20 cm sugestiva de tumoración quística ovárica izquierda, el útero mide 69 × 32 × 56 cm y el ovario derecho 40 × 21 cm. Con este diagnóstico es remitida a nuestro centro donde se solicita nueva ecografía abdominal en la que se confirma la tumoración de más de 20 cm de diámetro (fig. 1). Se observa una pequeña papila intraquística bien definida y no hay líquido libre en cavidad peritoneal. Se practica análisis de sangre cuyo resultado es normal (hemoglobina 13,6 g/dl, hematocrito del 40,3% y plaquetas, 152.000/ l), excepto discreto aumento del Ca-125 de 42 U/ml (normal < 32), el Ca-19,9, y antígeno carcinoembrionario tienen valores normales (3 U/ml y 0,7 g/l, respectivamente).

Con diagnóstico de probable tumoración benigna, y teniendo en cuenta la edad de la paciente, se decide realizar quistectomía por laparoscopia. Se practica laparoscopia a cielo abierto, según técnica de Hasson et al 1974⁶, mediante incisión periumbilical y disección progresiva de la pared abdominal hasta llegar al peritoneo, se introduce el trócar observando una tumoración que ocupa prácticamente toda la cavidad abdominal y ausencia de ascitis, se realizan lavados peritoneales mediante una sonda estéril recogiendo líquido para estudio citológico. Bajo visión laparoscópica se introduce un segundo trócar pélvico puncionando la tumoración y aspirando el líquido mediante aspiración continua, recogiendo 3.700 ml, no se observa en ningún momento vertido del contenido líqui-

Aceptado para su publicación el 9 de abril de 2002.

Fig. 1. Ecografía abdominal en la que podemos observar parte del quiste ovárico, el útero y la vejiga.

do del quiste a la cavidad peritoneal. La exploración minuciosa de la cavidad abdominal es normal y el útero y el ovario contralateral son de estructura y tamaño normales, no hay evidencias de implantes tumorales. Dado que el quiste ocupa la práctica totalidad del ovario incluyendo la trompa que se encuentra adherida a éste, se decide practicar anexectomía, que se realiza mediante coagulación bipolar y corte mediante tijeras. Posteriormente, se extrae el quiste a través de una segunda punción de 10 mm realizada previamente. Debido al gran tamaño de la tumoración se extrae sin utilizar endovag. Se comprueba la hemostasia y se finaliza la laparoscopia, y se dan puntos en la fascia en las dos incisiones de los trocares de 10 mm de diámetro (fig. 2).

El postoperatorio cursa con normalidad, siendo dada de alta a las 48 h de la intervención con buen estado general. El alta se retrasó 24 h debido a una erupción cutánea intensa (que respondió al tratamiento con corticoides intravenosos) que tuvo la paciente durante la inducción anestésica, que requirió estudio por unidad de inmunología y que fue catalogada de hipersensibilidad a la atropina. El resultado anatomopatológico de la tumoración fue cistoadenofibroma y los lavados peritoneales fueron negativos (fig. 3).

DISCUSIÓN

El diagnóstico de un quiste ovárico no es fácil en la adolescencia, sobre todo cuando no producen una sintomatología específica. Generalmente, el diagnóstico suele realizarse por dolor abdominal o abdomen agudo⁷ o en una revisión ginecológica debido a trastornos del ciclo, ya que generalmente las mujeres no inician las revisiones ginecológicas rutinarias hasta el inicio de las relaciones sexuales, si es que lo hacen. En

Fig. 2. Incisiones abdominales tras la anexectomía.

Fig. 3. Fotografía del anejo extirpado.

nuestro caso, la chica, que presentaba un himen íntegro, tenía una sintomatología de distensión abdominal sin dolor, que hizo sospechar a su médico de cabecera que se trataba de un problema funcional digestivo.

Los avances que en los últimos años han experimentado los instrumentos utilizados en la laparoscopia y la mejora en las técnicas quirúrgicas laparoscópicas, así como la mayor experiencia de los cirujanos, han hecho que esta técnica quirúrgica haya extendido su uso y sus indicaciones. Si al inicio de la laparoscopia su principal indicación fue el diagnóstico, en la actualidad se ha pasado de la realización de pequeñas intervenciones como la ligadura tubárica o la exéresis de pequeños quistes ováricos, a su utilización en la ginecología oncológica para el tratamiento y estadificación de los tumores malignos ginecológicos⁸.

Las ventajas de la laparoscopia frente a la laparotomía en cuanto a la disminución de días de ingreso y recuperación más rápida han sido demostradas por diversos estudios^{8,9}.

Existen dos limitaciones principales para el uso de la laparoscopia: el primero es el tamaño de la tumoración, y el segundo, principalmente ligado al tratamiento de las masas anexiales, es la rotura de un cáncer de ovario con el cambio de estadio que ello supone.

Respecto al primer problema, en la bibliografía no encontramos mucha información sobre la exéresis de grandes quistes ováricos por laparoscopia. Eltabbakh y Kaiser⁵ presentan un caso y revisan la bibliografía. Las principales técnicas para facilitar el abordaje laparoscópico son: la administración de análogos cuando se trata de endometriomas para reducir su tamaño¹⁰, la punción y vaciamiento total o parcial del quiste guiada ecográficamente¹¹, la punción mediante un catéter suprapúbico⁵ o la punción guiada por laparoscopia¹². La extracción del quiste o anejo puede realizarse a través de la pared abdominal o de la vagina mediante una colpotomía en el fondo de saco vaginal posterior.

Roman et al¹³, en un estudio prospectivo, concluyeron que el tamaño tumoral y la apariencia ecográfica eran los mejores marcadores de malignidad de una tumoración pélvica; en nuestro caso la apariencia ecográfica fue de benignidad.

En este caso la laparoscopia a cielo abierto nos permitió explorar la cavidad abdominal y realizar lavados peritoneales previos a la punción del quiste y posterior vaciamiento bajo visión directa, con lo que no hubo salida de líquido a la cavidad abdominal. La laparotomía en este caso no hubiera evitado la necesidad de puncionar el quiste, ya que en caso contrario se tendría que haber realizado una incisión media que hubiera llegado prácticamente a xifoides para extraer un quiste que en principio no tenía signos clínicos de malignidad.

RESUMEN

Los quistes ováricos son frecuentes en la edad reproductiva y en ocasiones pueden aparecer en la adolescencia, siendo entonces su diagnóstico más difícil-

toso. La cirugía laparoscópica ha desplazado, en la mayoría de los casos, a la laparotomía en el tratamiento de las masas anexiales, aunque el tamaño y la sospecha de malignidad son limitaciones para el uso de la laparoscopia. Con una selección adecuada, es posible el tratamiento laparoscópico de grandes quistes ováricos. Presentamos un caso de una adolescente con un quiste ovárico de 22 cm de diámetro extirpado vía laparoscópica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grazyna MB, Malgorzata J, Andrzej M, Marek N, Marian S. Ovarian cysts in adolescent girls: report of 196 cases. *Ginecol Pol* 1998;69:1218-22.
2. González-Bosquet E, Ibrahim M, Mettler L. Papel de la laparoscopia en la cirugía conservadora de los quistes ováricos. *Clin Invest Gin Obst* 1997;24:318-21.
3. Yuen PM, Yu KKM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang A. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in management of benign ovarian masses. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:109-14.
4. Lin P, Falcone T, Tulandi T. Excision of ovarian dermoid cyst by laparoscopy and by laparotomy. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:769-71.
5. Eltabbakh GH, Kaiser JR. Laparoscopic management of a large ovarian cyst in an adolescent. A case report. *J Reprod Med* 2000;45:231-4.
6. Hasson HM. Open laparoscopy: a report of 150 cases. *J Reprod Med* 1974;12:234-8.
7. Litovkoa VK, Zhurilo IP, Kononuchenko VP, Moskalenko VZ, Kharagezov AM. Clinical course, diagnosis and treatment of ovarian tumors and cysts in children. *Klin Khir* 1998;6:28-9.
8. Magriña JF. El uso de la laparoscopia en ginecología oncológica. En: González-Merlo J, editor. *Ginecología oncológica*. 2.ª ed. Barcelona: Masson, 2000; p. 421-53.
9. Gal D, Lind L, Lovecchio JL, Kohn N. Comparative study of laparoscopy vs laparotomy for adnexal surgery: efficacy, safety, and cyst rupture. *J Gynecol Sur* 1995;11:153-8.
10. Donnez J, Nisolle M, Gilet N, Smets M, Bassil S, Casanas-Roux F. Large ovarian endometriomas. *Hum Reprod* 1996;11:641-6.
11. Nagele F, Magos AL. Combined ultrasonographically guided drainage and laparoscopic excision of large ovarian cyst. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1377-8.
12. Howard FM. Surgical management of benign cystic teratoma. Laparoscopy vs laparotomy. *J Reprod Med* 1995;40:495-9.
13. Roman LD, Muderspach Li, Stein SM, Laifer-Narin S, Groshen S, Marrow P. Pelvic examination, tumor marker level, and gray-scale and Doppler sonography in the prediction of pelvic cancer. *Obstet Gynecol* 1997;89:493-500.