

## Tratamiento laparoscópico del quiste dermoide de ovario. Factores asociados a la rotura intraoperatoria, trascendencia clínica y resultados

### Laparoscopic treatment of an ovarian dermoid cyst. Factors associated with intraoperative rupture, clinical relevance and results

Sr. Director:

Hemos leído con interés el trabajo de Rodríguez-Oliver et al.<sup>1</sup> que aborda una situación clínica frecuente en la cirugía ginecológica, como son los quistes dermoides ováricos. Presentan su experiencia de 9 años en el tratamiento de este tipo de quistes, con 131 intervenciones realizadas en 119 pacientes. Refieren que en 53 pacientes (44,5%) se produjo derrame de contenido intraquístico, pero en ningún caso se produjo una peritonitis química. Los autores concluyen que si se produce la rotura intraoperatoria del quiste no suele tener trascendencia clínica alguna.

Estando de acuerdo en la mayor parte del artículo y coincidiendo, sustancialmente, en el abordaje laparoscópico de este tipo de tumoraciones ováricas, diferimos de los autores en la afirmación realizada sobre la ausencia de trascendencia de la rotura intraoperatoria del quiste.

Se sabe que la rotura del teratoma puede ocurrir con mayor frecuencia cuando se realiza un abordaje laparoscópico que cuando se realiza una laparotomía<sup>2</sup> y por ello el riesgo de presentar una peritonitis química es mayor. Una revisión de la literatura puso de manifiesto que esta complicación aparece en el 0,2% de las roturas quísticas intraoperatorias<sup>3</sup>. Si bien esta incidencia es muy baja, las potenciales complicaciones de una peritonitis química<sup>4</sup> deben de hacernos estar vigilantes cuando durante la intervención quirúrgica se ha producido la rotura del quiste dermoide. De hecho, se han publicado estrategias quirúrgicas, como la laparoscopia sin gas, para disminuir el riesgo de rotura intraoperatoria<sup>2</sup>.

Nosotros, en una serie de 89 quistectomías ováricas laparoscópicas realizadas por teratoma ovárico, tuvimos un caso de peritonitis química que requirió re intervención. Se

trató de una mujer de 38 años que presentaba un teratoma dependiente del ovario derecho de 120 × 100 mm de diámetro. Durante la cirugía laparoscópica se produjo la rotura del quiste con salida de su contenido, especialmente pelo. Se realizaron lavados profusos con 5.000 cc de suero fisiológico. La paciente fue dada de alta a las 24 h de la intervención y reingresó, con un cuadro de suboclusión intestinal, 9 días después. Se realizó un abordaje laparoscópico en el que encontramos con un abdomen «congelado» por adherencias de epiplón y asas intestinales a la pared abdominal y, posteriormente, realizamos una laparotomía para liberar las asas atrapadas en el proceso inflamatorio.

Dada la posible gravedad del cuadro, pensamos que, tras una cirugía por teratoma ovárico en la que se produce la rotura de este, debemos de estar vigilantes ante la posibilidad de aparición de una peritonitis química.

### Bibliografía

1. Rodríguez-Oliver AJ, Aguilar MT, Carrillo MP, Fernández J, Montoya F. Tratamiento laparoscópico del quiste dermoide de ovario, Factores asociados a la rotura intraoperatoria, trascendencia clínica y resultados. *Prog Obstet Ginecol*. 2011;54:358–62.
2. Kruschinski D, Homburg S, Landge SKapur A. Dermoid tumors of the ovary: evaluation of the gasless lift-laparoscopy approach. *Surg Tech Int*. 2008;17:203–7.
3. Nezhat CR, Kalyoncu S, Nezhat CH, Johnson E, Berlanada N, Nezhat F. Laparoscopic management of ovarian dermoid cysts: ten year's experience. *J Society Lapar Surgeons*. 1999;3:179–84.
4. Da Silva BB, Dos Santos AR, Lopes-Costa PV, Sousa-Junior EC, Correa-Lima MV, Pires CG. Ovarian dermoid cyst with malignant transformation and rupture of the capsule associated with chemical peritonitis: a case report and literature review. *Eur J Gynecol Oncol*. 2009;30:226–8.

Iñaki Lete\*, Juan Manuel Marín y Sandra Guerra

*Servicio de Ginecología, Hospital Santiago, Vitoria-Gasteiz, Álava, España*

\*Autor para correspondencia

Correo electrónico: [luisignacio.letelesa@osakidetza.net](mailto:luisignacio.letelesa@osakidetza.net) (I. Lete).

doi:10.1016/j.pog.2011.11.004