



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Tumoración anexial gigante en paciente con obesidad mórbida: abordaje multidisciplinario

Juan Gilabert Estellés^{a,*}, Jose Manuel Castelló Tomás^a, Juan José Mañes Fortich^a,
Ricardo Baquero^b y Alberto Romeu Sarrió^a

^a Servicio de Ginecología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

Recibido el 24 de agosto de 2009; aceptado el 5 de mayo de 2010

Accesible en línea el 1 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Obesidad mórbida;
Fibroma ovárico gigante;
Laparoscopia

KEYWORDS

Morbid obesity;
Giant ovarian fibroma;
Laparoscopy

Resumen

Objetivo: Describir el manejo clínico y terapéutico de las masas anexiales gigantes en pacientes con alto riesgo operatorio debido a obesidad mórbida.

Sujetos y métodos: Se presenta una paciente con un índice de masa corporal > 60, afectada de un fibroma ovárico de 13 kg que ocupa toda la cavidad abdominal.

Resultados: La imposibilidad de utilizar técnicas de imagen accesorias llevó a realizar un abordaje laparoscópico para descartar malignidad. Se procedió una histerectomía con doble anexectomía laparotomía por un equipo quirúrgico multidisciplinario sin complicaciones.

Conclusiones: El manejo de las pacientes con obesidad mórbida y patología anexial gigante por un equipo multidisciplinario es seguro y eficaz.

© 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Giant adnexal mass in a morbidly obese patient: multidisciplinary approach

Abstract

Objective: To describe the clinical and therapeutic management of giant adnexal masses in morbidly obese patients at high surgical risk.

Subjects and methods: We report the case of a patient with a body mass index of over 60 and a 13-kg ovarian fibroma occupying the entire abdominal cavity.

Results: Due to the impossibility of using accessory imaging techniques, we employed a laparoscopic approach to exclude malignancy. Hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy was performed by a multidisciplinary team without complications.

Conclusions: Morbidly obese patients with giant adnexal masses can be safely and effectively managed by a multidisciplinary team.

© 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juangilaeste@yahoo.es (J. Gilabert Estellés).

Introducción

La obesidad en los países desarrollados ha alcanzado la categoría de epidemia. La prevalencia de la obesidad en estos países ha ido aumentando desde los años 1980 hasta la actualidad, pasando de una prevalencia del 9% en 1980 a una prevalencia del 35% en la actualidad¹. La obesidad se considera como la segunda causa de muerte prevenible, después del tabaco¹ y la existencia de un grado extremo de la misma supone dificultades añadidas ante la presencia de cualquier enfermedad. La obesidad mórbida en la paciente ginecológica presenta la dificultad añadida de los controles periódicos y de la toma de decisiones² en presencia de masas anexiales benignas y malignas. Los ginecólogos tenemos que estar preparados para el manejo específico diagnóstico y terapéutico de este tipo de pacientes.

Caso Clínico

Se remitió a nuestro servicio de ginecología una mujer multipara (gesta 3, para 3) de raza blanca de 54 años, con menopausia natural a los 51 años por metrorragia posmenopáusica.

La exploración física revelaba una obesidad mórbida con un índice de masa corporal (IMC) de 60,4. Como enfermedad de interés refería un hipotiroidismo tratado con levotiroxina vía oral (100 mg/día) e hipertensión arterial en tratamiento con enalapril (10 mg/día). La paciente estaba apendicectomizada y no había sido sometida a ningún otro tipo de intervención quirúrgica. Se realizó una ecografía transvaginal en el centro de especialidades que informa de útero de 82 x 60 x 56 con LE de 10 mm, con mioma submucoso de 3 cm de diámetro y sin conseguir visualizar anexos por mala transmisión. En la analítica general destacaba un valor de hemoglobina de 9 g/dl y un CA125 de 121,7 U/ml. Se realizó una histeroscopia diagnóstica que confirma la existencia de mioma submucoso tipo II³ y un pólipo endometrial que se biopsia. La anatomía patológica informó de hiperplasia sin atipias. La ecografía Doppler abdominal fue realizada por la unidad de diagnóstico por la imagen, que constató de la existencia de una tumoración sólido-quística gigante de unos 30 cm, que ocupaba todo el abdomen, con aumento de vascularización en el Doppler y que parecía de origen ovárico. Se detectó una ascitis moderada. Ante los hallazgos de la ecografía abdominal se solicitó resonancia magnética nuclear (RMN) que no se pudo realizar por las condiciones físicas de la paciente.

Tras comentar los riesgos quirúrgicos con la paciente y ante la sospecha de tumoración anexial gigante se decidió realizar una intervención quirúrgica. Ante la posibilidad de tratarse de una patología ovárica maligna se decidió realizar una laparoscopia exploradora y tomar biopsias para valorar reseccabilidad. En caso de existir una tumoración maligna irresecable esta actitud permitiría iniciar el tratamiento quimioterápico de forma precoz. Se realiza un acceso laparoscópico subcostal izquierdo sin dificultad, mediante la insuflación de CO₂ con aguja de Verres 1 cm bajo la última costilla en la línea medio claviclar. En esta localización se introduce un trocar óptico helicoidal tipo ternamian (Endo-tip, Karl Storz, Germany). Se evidencia una tumoración intraperitoneal gigante, de posible origen ovárico, sin exis-



Figura 1 Visión externa del abdomen de la paciente 4 semanas después de la intervención.

tencia de implantes peritoneales indicativos de malignidad. Se toma muestra de líquido ascítico que informa de negativo para células malignas. Tras examinar el abdomen de la paciente, se constata que el ombligo está situado por debajo de la sínfisis púbica, por lo que se procede a realizar una incisión media subxifoidea-supraumbilical (fig. 1). Se aspiran 2 l de líquido ascítico y se identifica una masa de unos 50 cm de diámetro dependiente del ovario derecho. En colaboración con el cirujano general se procede a la movilización de la masa, identificándose adherencias densas de su cara posterior a epiplón y asas intestinales. Se consigue extracción completa de la pieza sin rotura intraoperatoria y se decide, ante la coexistencia de patología intrauterina, realizar una histerectomía con doble anexectomía, dejando un drenaje sub-supra aponeurótico. La pieza patológica pesó 13 kg (fig. 2). El cierre de la pared se realiza con la técnica de Smead Jones consistente en una sutura continua que engloba peritoneo, músculo recto abdominal y aponeurosis con sutura de reabsorción lenta. Puntos sueltos en tejido celular subcutáneo para evitar la formación de seromas y agrafes en piel. Durante la intervención se realizó la administración de 4 unidades de concentrados de hematies y una unidad de plasma fresco congelado de forma precoz ante la anemia preoperatoria y la previsible pérdida hemática derivada de la



Figura 2 Fibroma ovárico gigante tras extracción quirúrgica.

cirugía. La pérdida hemática intraoperatoria estimada fue de 300 cc. La paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos durante 24 h, procediendo al alta por evolución favorable. Se realizó profilaxis de tromboembolia con 80 mg de enoxaparina subcutánea durante 4 días y posteriormente se mantuvo 40 mg al día durante 2 semanas más. El curso postoperatorio cursó de forma satisfactoria y sin complicaciones. La anatomía patológica de la masa tumoral se informó de fibroma de ovario con áreas de necrosis sin existencia de células sugestivas de malignidad.

Discusión

La obesidad se clasifica clínicamente en 4 grados, en función del IMC (tabla 1)¹. Sin embargo, la existencia de una obesidad mórbida engloba a un amplio rango de pacientes con diferentes condiciones anatómicas y riesgo quirúrgico muy variable.

La anestesia general está condicionada en estas pacientes por el IMC, aumentado muy significativamente los riesgos a partir de un valor de 40¹. Esto es debido fundamentalmente a que la ventilación se ve dificultada por el aumento de las resistencias elásticas, al incrementarse la masa corporal, y a un aumento de la presión abdominal. La coexistencia de una tumoración abdominal gigante puede incrementar la dificultad anestésica por un efecto masa y una hiperpresión abdominal añadida. Además, la localización de las venas y su canalización se ve dificultada por el aumento de la grasa subcutánea. Las pacientes obesas tienen un aumento del territorio vascular debido al incremento de tejido graso. El aumento de la volemia no es proporcional. Nos encontramos ante una hipovolemia relativa que condicionará una mala tolerancia a las pérdidas hemáticas¹. Se recomienda premedicar a las pacientes con atropina y realizar transfusiones precoces en caso de anemia e intervención quirúrgica. La intubación de estas pacientes es en ocasiones dificultosa, por lo que se realiza con un anestesista experimentado y con disponibilidad de fibrobroncoscopio. Además, en estos casos se produce con mayor frecuencia aspiración de contenido gástrico, por lo que se recomienda premedicación con anti-H₂¹ y la aspiración del contenido gástrico mediante sonda. La anestesia locorregional es una opción en algunos casos y puede requerir el uso de ecografía con sonda de 5 MHz para calcular la distancia desde la piel¹. En nuestro caso se optó por una anestesia general dado el volumen de la tumoración intraabdominal.

Por otra parte, las mesas de quirófano tienen un peso máximo por debajo del cual está garantizada la resistencia,

pero si lo superamos, será responsabilidad del cirujano cualquier rotura de la misma y lesión subsiguiente de la paciente por traumatismo. Tenemos por tanto que conocer cuál es el límite ponderal de nuestra mesa de quirófano.

La referencia anatómica del ombligo en las pacientes obesas cambia. El ombligo desciende e incluso puede encontrarse por debajo del pubis. La incisión infraumbilical suprapúbica es impracticable¹ pues se encuentran en un mismo plano un pliegue anterior y posterior de la pared. La incisión de Pfannenstiel está contraindicada en pacientes con obesidad mórbida extrema debido a que es una zona poco vascularizada y húmeda que tenderá a macerarse¹.

La incisión de Maylard es una variante de la transversa suprapúbica pero desplazada cranealmente hasta las espinas ilíacas anterosuperiores, que permite mejorar el acceso al útero. Para mejorar el acceso a la cavidad pélvica, se puede disecar el bode externo de los músculos rectos, localizar las arterias epigástricas en su recorrido por la cara posterior de dichos músculos y se procede a cortarlas, protegiendo las arterias⁴. En las incisiones transversas se recomienda no cerrar el peritoneo ya que se regenera en 24 h y se producen menos adherencias⁵. En el presente caso se descartaron las incisiones transversas debido al gran volumen de la tumoración ovárica, a su predominio sólido y al requerimiento de su extracción sin rotura de la cápsula.

En las incisiones medias se recomienda utilizar la técnica de Smead Jones, consistente en unir, con sutura continua, aponeurosis, músculo recto abdominal y peritoneo⁴. Los puntos en aponeurosis deben colocarse separados 1-1,5 cm uno de otro y englobando el borde en masa con una separación de la incisión de al menos 1,5-2 cm⁴.

Se puede realizar una paniclectomía asociada a la intervención ginecológica. La técnica consiste en incidir en la zona craneal y caudal del faldón abdominal, dejando suficiente piel para después cerrar la incisión. En nuestro caso la presencia de ascitis, un gran volumen tumoral y anemia preoperatoria desaconsejó realizar una exéresis amplia de tejido celular subcutáneo.

El abordaje laparoscópico no está en absoluto contraindicado en pacientes con obesidad mórbida⁶. Hay que tener en cuenta que la relación del ombligo con la bifurcación de la aorta se ve afectada por el descenso progresivo del ombligo y la mala tolerancia ventilatoria de la paciente a las altas presiones intraabdominales. Además, se requiere de material adaptado a la paciente, con agujas de Verres y trocares más largos. La angulación de la aguja de Verres para alcanzar el peritoneo se ha de modificar, aumentando el ángulo hasta los 90 grados^{1,4}. La utilización de trocares con control óptico, como el utilizado en nuestro caso, disminuye el número de complicaciones. La laparoscopia permite una cicatrización abdominal rápida y un inicio del tratamiento quimioterápico precoz en caso de confirmación de malignidad. Aunque no exista sospecha de malignidad intraoperatoria, el aumento de marcadores tumorales y el predominio sólido de la tumoración hacen recomendables su extracción sin rotura. En este caso la presencia de un equipo multidisciplinario de ginecólogo, endoscopista y cirujano general permitió realizar con éxito el tratamiento quirúrgico.

Por último, es importante un estricto control postoperatorio. Se debe de alentar a una deambulación lo más precoz posible. La deshidratación será mal tolerada por la paciente obesa, pues como se ha comentado, hay una situación de

Tabla 1 Grados de obesidad según el índice de masa corporal

Grados de obesidad	IMC	Clase
Grado 0	20-24,9	Normal
Grado 1	25-29,9	Media
Grado 2	30-39,9	Moderada
Grado 3	> 40	Severa-mórbida

hipovolemia relativa. La tromboprofilaxis requiere dosis mayores que en pacientes no obesas. Alexander y Liston¹ recomiendan en una reciente revisión dosis de 80 mg de enoxaparina diaria durante el ingreso, y 14 días tras el alta de 40 mg.

En conclusión, el manejo de las pacientes con obesidad mórbida y tumoración anexial gigante se puede realizar de forma segura en presencia de un equipo multidisciplinario. El conocimiento de las condiciones especiales médicas, anestésicas y anatómicas de estas pacientes es imprescindible para conseguir un éxito del abordaje quirúrgico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Alexander C, Liston W. Operating on the obese woman, a review. *BJOG*. 2006;113:1167–72.
2. Haslam DW, James WPT. Obesity. *Lancet*. 2005;366:1197–209.
3. Wamsteker K, Emanuel MH, de Kruif JH. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: Results regarding the degree of intramural extension. *Obstet Gynecol*. 1993;82:736–40.
4. McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Bunton AJ. Screening and interventions for obesity in adult: summary of the evidence of the US preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2003;139:939–49.
5. Papadia A, Ragni N, Salom EM. The impact of obesity in gynecological oncology: a review. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16:944–52.
6. Sagiv R, Golan A, Glezerman M. Laparoscopic management of extremely large ovarian cysts. *Obstet Gynecol*. 2005;105:1319–22.