

Reporte de caso clínico: manejo laparoscópico de quiste de ovario

Clinical case report: management of laparoscopic ovarian cyst

Reporte de caso clínico: manejo laparoscópico de cisto de ovário

Jerry Jácome Pinela¹, Gladys Verdezoto Cabrera¹, Carlos González Andrade²

¹Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. Guayaquil. Ecuador

²Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil. Ecuador

RESUMEN

La mayoría de mujeres tiene algún quiste ovárico alguna vez en la vida. Suelen aparecer en la edad reproductiva de la mujer y raramente son malignos (alrededor de un 3 %). Se pueden definir como “sacos” llenos de líquido que aparecen dentro de los ovarios o en su superficie. Suelen producirse cuando el folículo, encargado de liberar el óvulo, no se rompe y continua creciendo, convirtiéndose en un saco lleno de líquido transparente. Este tipo de quistes se llaman foliculares, no suelen ser dolorosos y desaparecen de forma espontánea. Otro quiste frecuente es el de cuerpo lúteo, que se produce cuando la apertura del folículo se cierra lo que genera el que se acumule líquido. También suele desaparecer sin más, pero algunas veces puede crecer y provocar dolor y hemorragia. Estos dos quistes, los foliculares y los de cuerpo lúteo, son funcionales, es decir, que se producen en el proceso normal del ciclo menstrual. Otro tipo de quistes, no tan frecuentes, son los orgánicos, que no son causados por el funcionamiento normal del ovario. Pueden ser de varios tipos: teratomas, endometriomas, cistoadenomas, etc. Algunos son de nacimiento, como los teratomas, y otros aparecen en el curso de los años, muchas veces sin una causa que los origine. En algunos casos, si provocan dolor o si su ginecólogo lo considera necesario, se realizará una intervención quirúrgica por laparoscopia, que permite extraer el quiste conservando el ovario, manteniendo así la fertilidad de la mujer; así como revisar las consideraciones técnicas, indicaciones, riesgos y beneficios de este tipo de abordaje en masas pélvicas. Se presenta un caso en el que se realizó el abordaje laparoscópico de una masa quística ovárica.

Palabras clave: Ovario. Quiste Folicular. Cuerpo Lúteo. Quistes Ováricos.

ABSTRACT

Most women suffer from some kind of ovarian cyst at least once in their lives. They usually appear during the reproductive age of women and are rarely malignant (about 3 %). They can be defined as “bags” full of liquid which appear within the ovaries or on their surface. They are usually produced when the follicle, responsible for releasing the egg, does not break and continues growing, turning into a bag full of transparent liquid. This type of cyst is called follicular cyst; it is not usually painful and disappears spontaneously. Another frequent cyst is the corpus luteum, which occurs when the opening of the follicle closes and fluid is accumulated inside. This also can suddenly disappear, but sometimes it grows and causes pain and bleeding. These two cysts, the follicular and corpus luteum, are functional, which means that they are produced during the normal process of the menstrual cycle. Other types of cysts, not so frequent, are organic, which are not caused by the normal functioning of the ovary. They can be of several types: teratomas, cystadenomas, endometriomas, etc. Some of them are from birth, like teratomas, and others appear in the course of the years, usually without a cause of origin. In some cases, if they cause pain or if the gynecologist considers it necessary, a laparoscopy surgery is performed, which allows extracting the cyst preserving the ovary, without affecting fertility. Being a minimally invasive technique, the patient can recover quickly staying 24 hours in hospital. Within a week the patient will be able to restart her normal activity. Obviously, this type of technique must be performed by experienced physicians, so it is imperative to go to a medical center which provides all the guarantees. Technical issues, indications, risks and benefits of this type of approach in pelvic masses should be revised. A case is presented in which laparoscopic ovarian cystic mass removal was performed.

Keywords: Ovary. Follicular Cyst. Corpus Luteum. Ovarian Cysts.

RESUMO

A maioria das mulheres tem algum cisto ovariano alguma vez na vida. Costumam aparecer na idade reprodutiva da mulher e raramente são malignos (ao redor de um 3 %). Podem-se definir como “sacolas” cheias de líquido que aparecem dentro dos ovários ou na sua superfície. Soem se produzir quando o folículo, encarregado de liberar o óvulo, não se rompe e continua crescendo, convertendo-se numa vesícula cheia de líquido transparente. Estes tipos de cistos chamam-se foliculares, não costumam ser dolorosos e desaparecem de forma espontânea. Outro cisto frequente é o de corpo lúteo, que se produz quando a abertura do folículo se fecha e acumula-se líquido dentro. Também acostuma desaparecer espontaneamente, porem algumas vezes pode crescer e provocar dor e hemorragia. Estes dois cistos, os foliculares e os do corpo lúteo, são funcionais, quer dizer, que se produzem no processo normal do ciclo menstrual. Outro tipo de cisto, não tão frequente, é o orgânico, que não são causados pelo funcionamento normal do ovário. Podem ser de vários tipos: teratomas, endometriomas, cistoadenomas, etc. Alguns são de nascimento, como os teratomas e outros aparecem ao longo dos anos, muitas vezes sem uma causa que os origine. Em alguns casos, se provocassem dor ou se seu ginecólogo o considera necessário, realizar-se-á uma intervenção cirúrgica por laparoscopia, que permite extrair o cisto conservando o ovário, mantendo assim a fertilidade da mulher. Ao ser uma técnica minimamente invasiva, a paciente pode se recuperar rapidamente, com 24 horas de permanência no hospital. Numa semana poderá recuperar sua atividade normal. Evidentemente, este tipo de técnica deve ser realizado por pessoal experimentado, pelo que é imprescindível acudir a um centro médico que conte com todas as garantias. Revisar as considerações técnicas, indicações, riscos e benefícios deste tipo de abordagem em massas pélvicas. Apresenta-se um caso no que se realizou a abordagem laparoscópica de uma massa cística ovariana.

Palavras-chave: Ovário. Cisto Folicular. Corpo Lúteo. Cistos Ovarianos.

Introducción

Los quistes de ovario son de diagnóstico infrecuente en la edad pediátrica, son la estructuras quísticas más comunes halladas en los ovarios, no son neoplásicos (tabla 1); los tumores son el resultado de la falta de eclosión de un folículo maduro dominante o de insuficiencia de un folículo inmaduro para sufrir el proceso normal de atresia, sin reabsorción del líquido folicular.

Como factor etiológico se ha postulado la liberación de gonadotrofinas de la hipófisis anterior,⁹ muchos quistes foliculares pierden la capacidad de producir estrógenos; en otros casos las células de la granulosa siguen siendo productivas y segregando estrógenos en forma prolongada. Derivan de tejido mesotelial, aunque en algunas ocasiones pueden provenir de restos embrionarios, normalmente del paramesonefros y, rara vez del mesonefros.¹¹

Tabla 1. Criterios ecográficos de benignidad y malignidad de las masas ováricas

Hallazgos ecograficos	Sugiere benignidad	Sugiere malignidad
Tamaño de la masa	Menor de 5 cm	Mayor de 10 cm
Contornos externos	Bordes finos y definidos	Bordes gruesos e irregulares
Aspecto	Exclusivamente líquido	Sólido mixto, de aspecto complejo
Septos o papilas	Ausentes	Gruesos irregulares Nodulaciones papilomatosas
Adherencias a paquete intestinal	No	Si
Hallazgos a distancia: -Ascitis, -Hidronefrosis -Metástasis	No	Si

Fuente: Durán Rodríguez FJ. Valoración ecográfica de la patología ovárica. EuroEco 2010;1(3):55-5

Los quistes foliculares solitarios son comunes y pueden ocurrir durante todos los estadios del crecimiento, desde la vida fetal hasta la menopausia. Mediante la ecografía, pueden encontrarse en 68 % de los ovarios premenárquicos (usualmente tienen menos de 10 mm de diámetro). Los quistes tienen paredes delgadas, son uniloculares y su tamaño va desde algunos milímetros hasta 8 cm de diámetro, con un promedio de 2 cm. Los quistes foliculares están recubiertos por una capa interna de células de la granulosa y una capa externa de células de la teca interna.

La mayoría de los quistes foliculares son asintomáticos y muchos son descubiertos en forma circunstancial.

La pared delgada que rodea a la tumoración predispone a su ruptura; por ejemplo, durante el examen de la pelvis. Durante el examen clínico se puede detectar una masa ocupante pélvica o la paciente puede tener síntomas relacionados con la mayor síntesis de estrógenos, como la precocidad sexual, los trastornos menstruales o la hiperplasia del endometrio. Los quistes foliculares o del cuerpo lúteo con signos de ruptura o hemorragia intraperitoneal son menos frecuentes. Aunque habitualmente esta hemorragia no tiene significado clínico, a veces puede ser masivo y requerir la intervención quirúrgica. Esta complicación es más común en las pacientes con predisposición a las hemorragias, como las que están bajo tratamiento anticoagulante o sufren diátesis hemorrágica.

Diversos trastornos neoplásicos y no neoplásicos provocan aumento del volumen ovárico; alrededor de un tercio de las lesiones ováricas infantiles no son neoplásicas. Los tumores de ovario representan junto a las alteraciones de las vías urinarias, las malformaciones más frecuentes detectadas en las niñas, en el periodo neonatal constituyendo del 3 al 16 % del total de tumores abdominales. La mayoría de los pacientes pediátricos con tumores ováricos se diagnostican entre 10 y 14 años de edad.¹

Si la masa anexial es unilateral, quística, unilocular, de superficie lisa, pared delgada, sin partículas sólidas internas y sin ascitis, el riesgo de malignidad es muy bajo. En general, los tumores malignos son masas de tejido blando, con bordes irregulares, necrosis central, aspecto mal definido, septos gruesos y papilas en el interior. Igualmente pueden tener vegetaciones internas o externas.⁵

Para el diagnóstico el ultrasonido y sus parámetros tienen una sensibilidad de 80 % y una especificidad del 93 %, lo que ha hecho que este examen sea el estándar de oro para diagnóstico de masas ováricas. La ultrasonografía transvaginal ha demostrado ventaja considerable sobre la sonografía transabdominal convencional.¹⁰ Cuando se sospecha de un quiste folicular, su manejo es conservador. Muchos de ellos se resuelven dentro de las 8 a 12 semanas de observación.

Existen herramientas adicionales, como el índice de riesgo de malignidad de Jacobs, que permiten exactitud en el diagnóstico y excluyen del manejo laparoscópico a pacientes con masas malignas.⁶

La remoción laparoscópica de masas anexiales malignas puede ser evitada con una cuidadosa selección prequirúrgica de la paciente (figura 1). Si la evaluación antes del procedimiento eleva la sospecha de malignidad, se deberá optar por realizar una laparotomía.



Figura 1. Quiste ovárico.

Algunos autores han limitado el abordaje laparoscópico en niñas,⁷ ya que impone algunos retos para el cirujano que lo aborde por laparoscopia, como son: la insuflación y la inserción del trocar, que no deben ser realizados de la manera usual, y el espacio disminuido, lo cual hace la instrumentación más difícil e incrementa el riesgo de ruptura.⁸ Aunque la remoción laparoscópica total es posible, existen reportes de técnicas combinadas para el abordaje en estas pacientes.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 9 años de edad, con cuadro clínico de dos años de evolución caracterizado por dolor abdominal de moderada a gran intensidad, tipo cólico, acompañado de náuseas; se realiza ecografía abdomino-pélvica, reportando quiste tabicado de 8x6 cm de zona anexial izquierda, donde indican intervención quirúrgica pero madre se niega y administra productos naturales observando ligera mejoría.

Cuadro clínico se exagera y le realizan otro ECO y observan que el quiste aumenta de tamaño 9x6 cm, acudiendo a consulta externa de cirugía pediátrica del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, donde se la valora al examen físico abdomen blando depresible, no doloroso, con ruidos hidroaéreos presentes a nivel de abdomen inferior; en fosa iliaca izquierda se palpa una masa no dolorosa, móvil de consistencia blanda de aproximadamente 6x5 cm, se le explica que el tratamiento es quirúrgico y de primera elección laparoscópica y se programa cirugía (30/08/2013) (figura 3).

Paciente hemodinámicamente estable, dentro de su patología, luce hidratada, activa, reactiva a estímulos, cardiorrespiratorio suficiente, FC: 90 x', FR: 22 x', saturación de oxígeno 98 %, peso 24 kg., con glasgow 15/15.

Eco abdomino-pélvico

Hígado de tamaño y forma normal, bordes regulares. Vesícula distendida de paredes finas y bordes regulares sin cálculos, vías biliares no dilatadas, colédoco mide 4 mm.

Bazo normal ecográficamente.

Páncreas aumento de la ecogenicidad.

Riñón izquierdo de tamaño y forma normal sin alteración de la relación cortico-medular.

Riñón derecho de tamaño y forma normal sin alteración de la relación cortomedular.

Región pélvica se observa en el anexo izquierdo una imagen heterogénea de predominio anecoico encapsulado circular que no capta doppler, en su interior se aprecia una imagen hiperecogénica de aproximadamente 2 cm y tabiques, la imagen mide 5.7 x 7 x 7.6 cm. con un volumen de 176 cc, subjetiva de quiste complejo-citoadenoma de anexo izquierdo.

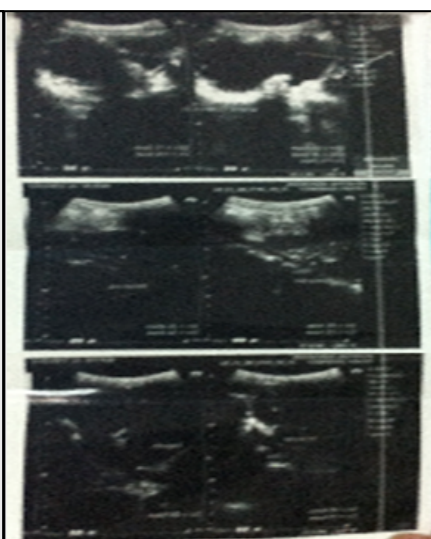


Figura 3. Eco abdomino-pélvico.

El (30/08/2013) se realiza intervención quirúrgica: ooforectomía de quiste ovárico izquierdo por laparoscopia, con diéresis de T1 ubicada en región umbilical, T2 en fosa ilíaca izquierda, T3 en fosa ilíaca derecha; se hace una incisión muy pequeña en el abdomen, debajo del ombligo; se diseña el tejido celular subcutáneo y llegan a la aponeurosis.

A través de esta incisión, el cirujano inserta T1 un trocar tipo Hasson y se pasa el laparoscopio, y una vez revisada la cavidad abdominal, se procede a conectar la goma de neumó al insuflador con 10 litros de CO₂.

Una vez que se ha conseguido la presión intra-abdominal que deseamos, se usa el laparoscopio para localizar el quiste, bajo visión directa. Luego de localizado, se hacen una o dos pequeñas incisiones más; se insertó un trocar T2, y se aspira 10 litros de líquido amarillo claro, hasta colapsar totalmente el quiste. T3 con energía bipolar a 25 watts y corte con tijera, se realizó una ooforectomía izquierda. Una vez que el cirujano ha extirpado el quiste se extrae por una de las incisiones practicadas. Se procede a limpiar toda la cavidad abdominal (figura 2).



Figura 2. Extracción del quiste folicular.

La evaluación del ovario contralateral, el apéndice cecal, el epiplón, el estómago y el resto de vísceras intra-abdominales, no revelaron patología diagnosticable por este medio. El anexo fue extraído sin dificultad por la incisión practicada.

No hubo complicaciones y la paciente fue dada de alta, 48 horas después de la intervención.

En la revisión posoperatoria (figura 3), once días más tarde, la paciente refirió mejoría total de sus síntomas y dijo sentirse satisfecha con el tratamiento.



Figura 3. Post-operatorio.

La anatomía patológica reportó lesión quística benigna tapizada por epitelio cilíndrico compatible con cistadenoma seroso; y la citológica, con hallazgos quirúrgicos de quiste ovárico izquierdo, poliquístico de componente mixto de 15 a 20 cm de diámetro.

Discusión

Cuando se opera un quiste de ovario, debe evitarse al máximo el escape del líquido a la cavidad peritoneal. Los implantes del tumor en la pared abdominal ocurren en el 1,1 % de las pacientes.¹² Se ha sugerido que los quistes pueden ser removidos por vía laparoscópica, si cumplen varias condiciones, a saber:

1. Evaluación prequirúrgica que indique baja probabilidad de malignidad.
2. Remoción intacta del quiste ovárico.
3. Cuidadosa aspiración del quiste y sus contenidos.
4. Buen lavado peritoneal, si hay ruptura del quiste.¹³

La técnica recomendada incluye la utilización del punto de Palmer para ingresar a la cavidad abdominal. Después de realizar la insuflación, se debe valorar la cavidad abdominal entera, inspeccionando el hígado, goteras parietocólicas, superficies peritoneales, estómago, intestino, la cápsula del quiste y el ovario contralateral. Si se considera necesario, se deben tomar muestras de líquido peritoneal.

La punción con una aguja laparoscópica y cánula de succión, permiten aspirar y drenar el quiste,

evitando el escape del líquido. Aunque algunos autores consideran que el escape de células a la cavidad peritoneal, cuando se presenta una ruptura intra-operatoria, empeora el devenir en casos de malignidad inadvertida, otros trabajos han sugerido que esto no cambia el pronóstico.

Estos estudios han determinado que los únicos factores que influyen de forma importante en la complicación clínica del tumor son: el grado del tumor, la presencia de adherencias densas o la presencia de ascitis de gran volumen; y además se afirma que no hay diferencia en la tasa de supervivencia de 5 años entre los pacientes a los que se les hace remoción intacta del quiste, comparada con aquellos con ruptura del mismo en la cirugía.¹⁴

La adecuada evaluación pre-quirúrgica con los índices de riesgo y con Doppler en masas anexiales, puede aumentar la sensibilidad para la detección un poco más precisa de la probable naturaleza maligna en este tipo de tumores.¹⁵

Es posible que se necesite extirpar un quiste ovárico si:

- Se cree que el quiste es canceroso (las probabilidades son menores si es una persona joven)
- Es grande (más de 2,5 pulgadas o 6,3 cm de diámetro)
- Es macizo (en lugar de contener solamente líquido)
- Provoca dolor.

Las complicaciones son poco frecuentes, pero ningún procedimiento está completamente libre de riesgos. Si está planificando someterse a una extirpación de quiste ovárico, el médico revisará una lista de posibles complicaciones, que pueden incluir:

- Infección
- Sangrado
- Reparación del quiste después de la extirpación
- Necesidad de extirpar uno o ambos ovarios
- Infertilidad
- Coágulos sanguíneos
- Daño a otros órganos¹³

Referencias bibliográficas

1. Snyder CL, Holder TM. Tumores diversos. En: Holder TM, Ashcraft KW, editors. Cirugía pediátrica. 2da ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1995. p. 925-94.
2. Goh SM, Yam J, Loh SF, Wong A. Minimal access approach to the management of large ovarian cysts. *Surg Endosc* 2007;21:80-3.
3. Yuen PM, Yu KM, Yip SK. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177 (1):109-14.
4. Mais V, Ajossa S, Piras B, Maroingiu D, Guerriero S, Melis GB. Treatment of nonendometriotic benign adnexal cysts: a randomized comparison of laparoscopy and laparotomy. *Obstet Gynecol* 1995;86(5):770-4.
5. Knudsen UB, Tabor A, Mosgaard B, Andersen ES, Kjer JJ, Hahn-Petersen S, Toftager-Larsen K, et al. Management of ovarian cyst. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83 (11):1012-21.
6. Jacobs I, Oram D, Fairbanks J, Turner J, Frost C, Grudzinkas JG. A risk of malignancy index incorporating CA 125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97(10):922-9.
7. Salem HA. Laparoscopic excision of large ovarian cysts. *J Obstet Gynaecol Res* 2002;28(6):290-4.
8. Canarelli JP, Plancq MC, Bob'Oyono JM, Ricard J. [Voluminous ovarian cyst in children. Therapeutic strategy]. *J Chir* 1993;130(12):525-8. Francia.
9. Couse JF, Yates MM, Sanford R, Nyska A, Nilson JH, Korach KS. Formation of cystic ovarian follicles associated with elevated luteinizing hormone requires estrogen receptor-beta. *Endocrinology* 2004;145(10): 4693-702.
10. Schultz K, Ness K, Nagarajan R, Steiner M. Adnexal Masses in Infancy and Childhood. *Clin Obstet Gynecol*. 2006;49(3):464-79.
11. Rhode JM, Advincola AP, Reynolds RK, Bruke WM. A minimally invasive technique for management of the large adnexal mass. *J Minim Invasive Gynecol* 2006;13(5):476-9.
12. Childers JM, Aqua KA, Surwit EA, Hallum AV, Hatch KD. Abdominal-wall tumor implantation after laparoscopy for malignant conditions. *Obstet Gynecol* 1994;84(5):765-9.
13. Vergote I, De Brabanter J, Fyles A, Bertelsen K, Einhorn N, Sevelde P, et al. Prognostic importance of degree of differentiation and cyst rupture in stage I invasive epithelial ovarian carcinoma. *Lancet* 2001;357 (9251):176-82.
14. Loh SF, Yan YL, Huang HF, Yeo GSH. Efficacy of colour Doppler imaging in the pre-operative diagnosis of ovarian malignancy. Free paper FIGO Copenhagen;1997.