



<https://doi.org/10.24245/rmmr.v12id.6939>

Tratamiento laparoscópico de un quiste ovárico gigante en una adolescente

Laparoscopic treatment of a giant ovarian cyst in an adolescent girl.

Valencia-Torres MA, Montes-Hernández D, Pichardo-Cuevas M, Flores-Rosas EM, Ibañez G, Hernández-Valencia M.

Resumen

ANTECEDENTES: Los tumores mucinosos de ovario son el segundo tipo más común de tumores epiteliales y el 1% de los tumores en niños y adolescentes. Pueden alcanzar grandes dimensiones. La cirugía laparoscópica es más benéfica que la laparotomía debido a mejores desenlaces cosméticos, menores pérdida de sangre y requerimiento analgésico posoperatorio, movilización más temprana y alta hospitalaria más rápida. Estas ventajas se reflejan en la reanudación más pronta de las actividades de la vida diaria.

CASO CLÍNICO: Paciente de 17 años, con aumento de la circunferencia abdominal en los últimos ocho meses. La ecografía transabdominal reveló un gran tumor surgido del ovario que se extirpó por vía laparoscópica. Diagnóstico final: quiste de ovario gigante.

PALABRAS CLAVE: Tumores mucinosos del ovario; tumores epiteliales; niños; adolescentes; cirugía laparoscópica; laparotomía; analgésicos; ultrasonido transabdominal.

Abstract

BACKGROUND: Mucinous ovarian tumors are the second most common type of epithelial tumors and 1% of tumors in children and adolescents. They can reach large dimensions. Laparoscopic surgery is more beneficial than laparotomy due to better cosmetic results, less blood loss and postoperative analgesic requirement, earlier mobilization, and faster hospital discharge. These advantages are reflected in earlier resumption of activities of daily living.

CLINICAL CASE: 17-year-old female patient with increased abdominal circumference in the last eight months. Transabdominal ultrasound revealed a large tumor arising from the ovary which was removed laparoscopically. Final diagnosis: giant ovarian cyst.

KEYWORDS: Mucinous ovarian tumors; Epithelial tumors; Children; Adolescents; Laparoscopic surgery; Laparotomy; Analgesic; Transabdominal ultrasound.

Departamento de Cirugía Laparoscópica, Hospital de la Mujer, Salud, Ciudad de México.

Recibido: septiembre 2021

Aceptado: octubre 2021

Correspondencia

Pichardo-Cuevas, M.
mauri63_2005@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como: Valencia-Torres MA, Montes-Hernández D, Pichardo-Cuevas M, Flores-Rosas EM, Ibañez G, Hernández-Valencia M. Tratamiento laparoscópico de un quiste ovárico gigante en una adolescente. Reproducción (México) 2021; 12: 26 de noviembre 1-5.

ANTECEDENTES

El 50% de los tumores benignos del ovario se originan en el epitelio y representan, aproximadamente, el 1% de todos los tumores en niños y adolescentes. Los tumores mucinosos son el segundo tumor más común de los epiteliales y representan del 8 al 10% de los tumores de ovario. Pueden alcanzar grandes dimensiones. Las opciones de tratamiento dependen de la edad, el tamaño y naturaleza histopatológica. Cuando las lesiones son benignas y las pacientes son jóvenes se prefiere la cirugía conservadora, como la cistectomía ovárica, en vez de la salpingooforectomía.^{1,2}

CASO CLÍNICO

Paciente de 17 años, 160 cm de estatura, 79.1 kg e IMC de 32.5 y circunferencia abdominal de 105 cm. Menarquia a los 11, con ciclos regulares, sin antecedentes familiares o personales relevantes, sin vida sexual activa. Ingresó al Hospital de la Mujer de la Ciudad de México con antecedente de ocho meses de aumento progresivo del volumen abdominal. Inicialmente se le diagnosticó colon irritable, con indicación de tratamiento farmacológico no especificado. Al ingreso al hospital refirió dolor abdominal severo y dificultad respiratoria. Se envió a cuidados intensivos por probable tromboembolismo pulmonar, que se descartó en la angio TAC. Ante la persistencia de los síntomas se indicó un ultrasonido con el que se le diagnosticó: probable tumor pélvico-abdominal, quizá dependiente del ovario.

Durante el examen físico el abdomen se encontró distendido, con una masa quística de 30 cm, sin signos de irritación peritoneal. El examen genital externo no reportó anormalidades. Las pruebas de laboratorio informaron: hemoglobina 12.7 g/dL, 6400 leucocitos, 350,000 plaquetas, 0.8 mg/dL de creatinina, 149 mg/dL de HDL, 138

mEq/L de sodio, 3.9 mEq de potasio y el electrocardiograma sin alteraciones. La radiografía de tórax mostró elevación de ambos hemidiafragmas, por compresión. En la ecografía se advirtió un tumor abdomino-pélvico, de componentes mixtos, con predominio quístico, paredes bien definidas que cubrían por completo la cavidad abdominal, de 381 x 166 x 259 mm, volumen de 8575 cc, forma general irregular. En el Doppler, los septos se observaron con un espesor máximo de 4 mm, un componente sólido de 25 x 18 mm y otro interquístico multilocular de 162 x 75 mm avascular.

El tumor desplazaba al útero, la vejiga y las asas intestinales. La ecografía de Doppler venosa profunda no mostró trombosis en el momento del estudio. Marcadores tumorales: CA125: 72.8 UI/mL, an CA19-9: 10.8 UI/mL, CA-15-3: 5.4 UI/mL, alfafetoproteína: 1.1 UI/mL, antígeno carcinoembrionario: 0.62 ng/mL.

A la paciente se le proporcionó la información necesaria y por ello firmó el consentimiento de la cistectomía ovárica laparoscópica u ooforectomía y laparotomía, de ser necesaria. Se intervino en posición de decúbito supino, previo drenado de la vejiga, con una sonda de Foley, asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles, con técnica de Palmer cerrada. La entrada fue directa, transumbilical, con un trocar de 5 mm, primario, transumbilical. Después de la colocación del trocar se inició con neumoperitoneo con CO₂ a una presión de 12 mmHg, flujo continuo de 1.5 litros por minuto. Se efectuó una revisión panorámica de la cavidad pélvica y abdominal, sin observar ascitis ni tumor ovárico o implantes.

Se colocaron los trocates accesorios, o secundarios, con visión directa por transiluminación: una derecha de 10 mm y otra izquierda de 5 mm. La revisión con energía bipolar del tumor dependiente del ovario izquierdo se encontró sin datos de malignidad. Se hizo una incisión a



la altura de la corteza ovárica hasta la cápsula del quiste. Se drenaron 11.5 L de líquido citrino. Con energía bipolar y armónica, y una pinza, se cortaron y coagularon los ligamentos útero-ováricos e infundíbulo-pélvicos y se liberó la salpinx izquierda. La pieza quirúrgica se extrajo por el puerto derecho, mediante fragmentación (**Figuras 1 y 2**). La muestra obtenida se envió para su estudio histopatológico. En la revisión de la cavidad abdominopélvica no se observaron datos de malignidad. Se verificó la hemostasia y se extrajeron los trócares, con visión directa, y se hizo el cierre de la fascia con vicryl del número 1.

El informe histopatológico final fue: cistoadenoma mucinoso de ovario, sin evidencia de malignidad en el líquido ovárico. En el seguimiento posoperatorio a los seis meses la paciente permanecía asintomática, con ciclos menstruales regulares y en el estudio ecográfico sin evidencia de alteraciones abdominales o pélvicas.

DISCUSIÓN

Los tumores de ovario benignos son de origen epitelial en el 50% de los casos y representan



Figura 1. Extracción del quiste y remanente ovárico con *endobag*.



Figura 2. Extracción del tejido ovárico por el puerto derecho.

alrededor del 1% de todos los tumores en niños y adolescentes. Los tumores mucinosos son el segundo tumor más común de los epiteliales y representan alrededor del 8 a 10% de los tumores de ovario. Pueden alcanzar grandes dimensiones y son benignos en 77 a 87% de los casos. Suelen ser quísticos, con líquido mucoso y el 76% son multiloculares. Los tumores mucinosos pueden tornarse extremadamente grandes y ocupar toda la cavidad abdominopélvica; a veces pueden originar obstrucción ureteral o síndrome compartimental abdominal.

Los grandes cistoadenomas mucinosos de ovario son característicamente unilaterales; solo el 5% son bilaterales. La conducta terapéutica ante pacientes con quistes ováricos dependerá de sus características y síntomas. Es posible que se requiera una intervención quirúrgica para determinar la naturaleza de la masa anexial. Los quistes ováricos gigantes siempre requieren resección debido a los síntomas asociados con el efecto de masa.

Debe concederse especial atención a la monitorización hemodinámica y ventilatoria, lo mismo

que al control de los líquidos intraoperatorios. La edad de la paciente, el estado menstrual, el tamaño y la estructura del quiste, el riesgo de malignidad y los síntomas son decisivos para elegir las estrategias de tratamiento.

Los marcadores tumorales, en combinación con la evaluación por imágenes: ecografía de Doppler, tomografía computada o la resonancia magnética pueden ayudar a determinar la naturaleza de los quistes ováricos antes de decidir el plan de tratamiento. En las niñas, el tratamiento quirúrgico de las masas anexiales requiere un enfoque único y cuidadoso. Uno de los principales objetivos es preservar las funciones reproductivas y hormonales de los ovarios.⁵ Con una selección adecuada de las pacientes con quistes ováricos benignos grandes, la cirugía laparoscópica es segura, con menos dolor, efectos adversos y permanencia hospitalaria que las técnicas quirúrgicas abiertas.⁶

La técnica laparoscópica se asocia con mayor preservación del tejido ovárico (55.66 vs 17.44% en los casos de laparotomía). Se han propuesto varias técnicas laparoscópicas: la aspiración mediante minilaparotomía paraumbilical o la aspiración dentro de una *endobag*, sutura en bolsa de tabaco para asegurar la pared quística alrededor de la aguja de aspiración, la punción intraabdominal con un trocar de 5 mm y cierre del sitio de punción con una *endoloop*, aspiración guiada por laparoscopia, la cistectomía extracorpórea y la aspiración guiada por laparoscopia con un catéter suprapúbico.^{4,9}

La técnica, cuando la ejecuta un cirujano experimentado, es segura, eficaz y asociada con menos morbilidad que las técnicas abiertas.¹⁰ **Figura 3**

CONCLUSIÓN

El tratamiento de los quistes ováricos gigantes en adolescentes sigue siendo un desafío, su



Figura 3. Punción del quiste.

extirpación laparoscópica completa es factible y eficiente si la selección de la paciente es adecuada y la experiencia de los cirujanos suficiente. Puesto que la cirugía laparoscópica ofrece múltiples ventajas, siempre podrá ser un tratamiento alternativo, con mejores resultados quirúrgicos generales y pocas repercusiones en la fertilidad de una paciente joven.

REFERENCIAS

1. Ahmed Samy El-Agwany. Recurrent Bilateral Mucinous Cystadenoma: Laparoscopic Ovarian Cystectomy with Review of Literature. *Indian J Surg Oncol* 2018; 9 (2): 146-49. <https://doi.org/10.1007/s13193-018-0726-x>
2. Baradwan S, Sendy F, Sendy S. Complete Laparoscopic Extirpation of a Giant Ovarian Cyst in an Adolescent. *Hindawi Case Reports in Obstetrics and Gynecology*. Volume 2017, Article ID 7632989. doi.org/10.1155/2017/7632989
3. Brown J, Frumovitz M. Mucinous Tumors of the Ovary: Current Thoughts on Diagnosis and Management. *Curr Oncol Rep* 2014; 16: 389. <https://doi.org/10.1007/s11912-014-0389-x>
4. Kim SK, Jong-Soo Kim, Park CH, Park JW. A case of giant ovarian cyst managed successfully through laparoscopic surgery. *Korean J Obstet Gynecol* 2012; 55 (7): 534-37. <https://doi.org/10.5468/KJOG.2012.55.7.534>
5. Seckin B, Ozdener T, Tapisiz OL, Batioglu S. Laparoscopic Treatment of Ovarian Cysts in Adolescents and Young Adults. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011; 24: 300-3. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2011.05.006>



6. Tuczak J, Bagfaj M. Selecting treatment method for ovarian masses in children – 24 years of experience. *Journal of Ovarian Research* 2017; 10: 59. <https://doi.org/10.1186/s13048-017-0353-0>
7. Takeda A, Imoto S, Nakamura H. Management of pediatric and adolescent adnexal masses by gasless laparoendoscopic single-site surgery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2014; 181: 66-71. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.07.021>
8. Qazi S, Jeelani S, Dogar S, et. al. Approaches to the management of pediatric ovarian masses in the 21st century: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Surgery* 2020; (55): 357-68. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2019.09.003>
9. Gothwal M, Nalwa A, Yadav G, et al. Laparoscopic management of giant ovarian cyst in young woman: a case report. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2018; 7 (4): 1660-62. <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20181377>
10. Vlahos NF, Lavazzo C, Marcopoulos C, et al. Laparoscopic Management of Large Ovarian Cysts. *Surgical Innovation* 2012; 19 4): 370-74. [10.1177/1553350611432722](https://doi.org/10.1177/1553350611432722)