

# MANEJO POR VIDEO LAPAROSCOPIA DE UN QUISTE GIGANTE DE OVARIO REPORTE DE CASO

*Video by laparoscopic management of a giant ovarian cyst, case report*

Mario Roberto Pinto Romero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institución: Departamento de Ginecología, Hospital Militar Regional, San Pedro Sula, Honduras.

**RESUMEN. Antecedentes.** Los quistes gigantes de ovario son poco frecuentes, están relacionados a tumores malignos y el tratamiento quirúrgico incluye una laparotomía exploradora. **Caso Clínico.** Se presenta el caso de una paciente en la quinta década de la vida con antecedentes gineco-obstétricos de: gestas: 3, partos: 2, abortos:1, histerectomía abdominal total hace 15 años, presenta masa abdominal de 9 meses de evolución, de aproximadamente 182 milímetros (ml) x 203 milímetros, de aspecto ovalado que inicia en mesogastrio y llega hasta el hueco pélvico, con marcadores tumorales normales; fue intervenida quirúrgicamente a través de la video laparoscopia ginecológica operatoria con la técnica de Hasson. Dándole de alta al día siguiente de la cirugía practicada, en excelentes condiciones generales. **Conclusión:** La video laparoscopia ginecológica es una técnica quirúrgica que ayuda a nuestros pacientes, a una recuperación más pronta, con menos días intrahospitalarios y menor costo para las instituciones donde se realiza el procedimiento.

**Palabras clave:** neoplasia, ovariectomía, laparoscopia.

**ANTECEDENTES:** Las masas anexiales son comúnmente encontradas en la práctica ginecológica y es un dilema diagnosticar y dar tratamiento a cada una de ellas; algunas requieren un tratamiento quirúrgico inmediato por presentarse como una torsión de quiste o ruptura de la masa y otras son detectadas en forma incidental. Es en estos casos donde el médico puede tener sospecha razonable si una masa es benigna o maligna, al tener a su disposición marcadores tumorales y las imágenes tanto de ultrasonido como de tomografía.<sup>1</sup> Con la ayuda de la cirugía laparoscópica ginecológica pueden manejarse muchos de estos tipos de masas anexiales.

El diagnóstico de masas anexiales incluyen las de origen ginecológico y no ginecológico;<sup>1</sup> entre los de origen ginecológico, pueden ser: benignos ej. Quiste funcional, leiomioma, endometrioma, absceso tubarico, embarazo ectópico, teratoma maduro, cistoadenoma seroso, cistoadenoma mucinoso, hidrosalpinx .etc y Malignos ej. Tumor de células germinales, tumor del estroma, carcinoma epitelial.

Entre los de origen no ginecológicos: benignos como absceso diverticular, absceso apendicular o mucocoele, diverticulosis ureteral, riñón pélvico, divertículo vesical, etc. y Malignos: cáncer gastrointestinal, sarcoma retroperitoneal entre otros.

El riesgo de una mujer de desarrollar cáncer de ovario es aproximadamente uno en 70 (2). Se estima que en los Estados Unidos de América hay aproximadamente 22,430 nuevos casos de cáncer de ovario y que 15,280 fallecerán por esta causa.<sup>3,4</sup>

En el examen físico, es muy importante el examen pélvico incluyendo un examen rectal algunas veces bajo anestesia, cuando hay un índice de masa corporal arriba de 30% que limita la habilidad de lograr identificar alguna masa anexial.<sup>5</sup>

La información obtenida por el ultrasonido debería incluir el tamaño, consistencia de la masa (quístico, solido o mixto), si es unilateral o bilateral, presencia de absceso o septos, nódulos murales, excrescencias papilares, y liquido libre en el hueco pélvico.<sup>6</sup> La tomografía computarizada puede detectar metástasis omental, implantes peritoneales, metástasis hepática, nódulos linfáticos peri aórticos agrandados, etc.<sup>7-10</sup>

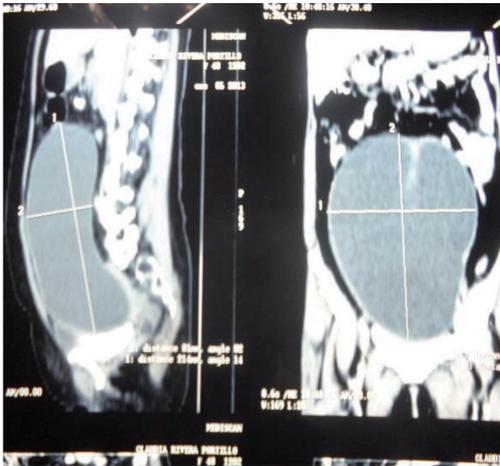
El marcador serológico más extensamente estudiado por asociarlo a malignidad en presencia de una masa pélvica es el CA 125; esta elevado en el 80% de los casos de cáncer epitelial de ovario, pero solamente el 50% de los pacientes en estadio I se diagnostican a tiempo.<sup>11</sup>

**CASO CLÍNICO:** describimos el caso de una paciente de 49 años de edad con antecedentes gineco obstétricos de embarazos: 2, abortos: 0, hijos vivos: 2, ambos partos vaginales, a quien se realizó hace 15 años una histerectomía total por presentar "miomas y sangrado uterino anormal". Refiere que hace 9 meses presenta aumento del perímetro abdominal en forma lenta, por lo que visito galeno en su oportunidad y le indico medicamentos sin ningún resultado, refiere que hace 6 meses visito gastroenterólogo por presentar constipación, se le indico radiografía de abdomen y ultrasonido abdominal, encontrando, masa de aproximadamente 30 centímetros (cms) x 35 cms con un volumen aproximado de 2000 ml sin septos en su interior y paredes lisas; se le realizo tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen, encontrando los mismos hallazgos,

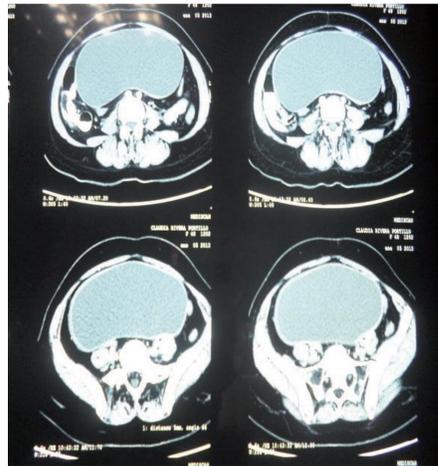
Recibido para publicación el 02/14, aceptado el 06/14

Dirección para correspondencia: Mario Roberto Pinto Romero Residencial San Ángel, Villanueva, Cortés

Correo electrónico: mario1391pinto@yahoo.com



**Figura 1.** Masa Anexial visualizada en tomografía axial computarizada, corte sagital y coronal, con desplazamiento del intestino a la periferia de la masa.



**Figura 2.** Masa Anexial visualizada en tomografía axial computarizada, corte axial.



**Figura 3.** Masa anexial gigante, con superficie lisa y aspirando 3,100 ml de líquido cetrino dentro de su cavidad.



**Figura 4.** Masa anexial gigante utilizando el disector y la tijera mono polar para realizar los cortes a nivel de la superficie del mismo, sin presencia de septos en su interior.

igualmente se le realizó marcadores tumorales preoperatorios: CA125, Antígeno carcinoembrionario (CAE), Fracción Beta de Hormona gonadotropina corionica (HCG), Estradiol, Alfa Feto Proteína y Deshidrogenasa láctica (LDH), sin alteraciones en ninguno de ellos. Se realizó procedimiento laparoscópico con puerto principal con la técnica de Hasson (cielo abierto), se introduce CO<sub>2</sub> a una presión de 12 mm de Mercurio y a una velocidad de flujo de 1 litro por minutos, se colocan tres puertos accesorios ( dos a nivel de flanco izquierdo de 10 mm cada uno y otro a nivel del flanco derecho de 5 mm), se realiza incisión del quiste con cauterio y se extrae aproximadamente 3,100 ml de líquido cetrino, se localiza pedículo del quiste que es a nivel del ligamento infundibulo-pelvico izquierdo, se corta con tijera y cauterio bipolar, se verifica hemostasia a satisfacción y se extrae la pieza a través del puerto principal, sin complicaciones, se le egresa de la institución al día siguiente en óptimas condiciones generales; se envió la pieza a patología reportando cistoadenoma seroso papilar benigno de ovario izquierdo con capsula



**Figura 5.** Muestra donde se extrajo la masa anexial, a través del puerto principal, y se verifica la hemostasia a nivel del hueco pélvico.

rota, no se observa neoplasia maligna. Se le realiza seis meses después nueva valoración ginecológica acompañada de ultrasonido pélvico, encontrando a la paciente sin recidiva de masa anexial, dándole de alta por ginecología.<sup>11-13</sup>

## CONCLUSIÓN

Los avances en las valoraciones preoperatorias de las masas pélvicas permiten llegar con un alto grado de confianza a

inferir si una masa es benigna o maligna en cada uno de los casos.

El progreso en la técnica de la cirugía mínimamente invasiva (laparoscopia ginecológica) puede considerarse apropiada y aceptable en el abordaje de las masas pélvicas y hay estudios ya reportados donde se ha realizado procedimientos laparoscópicos en cancer de ovario.

## REFERENCIAS

1. Koonings P, Campbell K, Mishell D, Daniel R, Grimes DA. Relative Frequency of primary ovarian neoplasms: a 10 years review, *Obstet Gynecol* 1989;74(6):921-6.
2. Reis LA, Harkins D, Krapcho M, Mariotto A, Miller BA, Feuer EJ, et al. Editors. SEER cancer statistics review; 1975-2003, Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2006
3. American Cancer Society, Cancer facts and figures 2007, Atlanta (GA): ACS 2007.
4. Heintz AP, Odicino F, Maissoneuve P, Beller U, Benedet JL, Creasman WT, et al, Carcinoma of the Ovary. *Int J Gynaecol Obstet*, 2003;83(supple 1): 135-66.
5. Goff BA, Matthews BJ, Wynn M, Muntz HG, Lishner DM, Baldwin LM. Ovarian cancer: patterns of surgical care across the United States. *Gynecol Oncol* 2006;103:383-90.
6. Bristow RE, Zahurak ML, Diaz-Montes TP, Giuntoli RL, Armstrong DK. Impact of surgeon and hospital ovarian cancer surgical case volume on in-hospital mortality and related short-term outcomes. *Gynecol Oncol* 2009;115:334-8.
7. Bristow RE, Palis BE, Chi DS, Cliby WA. The National Cancer Database report on advanced-stage epithelial ovarian cancer: impact of hospital surgical case volume on overall survival and surgical treatment paradigm. *Gynecol Oncol* 2010;118:262-7.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. The role of the generalist obstetrician-gynecologist in the early detection of ovarian cancer. ACOG Committee Opinion No. 280. *Obstet Oncol* 2002;100:1413-6.
9. Goff BA, Mandel LS, Melancon CH, Muntz HG. Frequency of symptoms of ovarian cancer in women presenting to primary care clinics. *JAMA* 2004;291:2705-12.
10. Smith LH, Morris CR, Yasmeen S, Parikh-Patel A, Cress RD, Romano PS. Ovarian cancer: can we make the clinical diagnosis earlier? *Cancer* 2005;104:1398-407.
11. Goff BA, Mandel L, Drescher CW, Urban N, Gough S, Schurman KM, et al. Development of an ovarian cancer symptom index. *Cancer* 2007;109:221-7.
12. Im S, Gordon A, Buttin B, Leath CA III, Gostout BS, Shah C, et al. Validation of referral guidelines for women with pelvic masses. *Obstet Gynecol* 2005;105:34-41.
13. Dearking AC, Aletti G, McGree M, Weaver AL, Sommerfield M, Cliby WA. How relevant are ACOG and SGO guidelines for referral of an adnexal mass. *Obstet Gynecol* 2007;110:841-8.

**SUMMARY. Introduction.** The giants of ovarian cysts are rare and are related to malignant tumors and the surgical treatment includes an exploratory laparotomy. Clinical Case. This presents the case of a patient in the fifth decade of life with background gynecobstetric gravida:3, deliveries:2, abortions:1, total abdominal hysterectomy 15 years ago, with the presence of abdominal mass of 9 months of evolution, of approximately 182 milliliters (ml) x 203 millimetres. aspect of oval, which starts in mesogastrio until it reaches the pelvic hollow, with normal tumor markers; who underwent surgery through the video gynecologic laparoscopy surgery with the technique of Hasson. Giving high the day after surgery practiced, in excellent condition overall. Conclusion: The video gynecological laparoscopy is a surgical technique that helps our patients, to a more speedy recovery, with fewer days in hospital and therefore less cost to the institutions where the procedure is performed.

**Keywords:** neoplasm, ovariectomy, laparoscopy.