

Cirugía de mínimo acceso en los quistes dermoides del ovario. Ocho años de experiencia

Dr. Alberto Erice Candelario¹, Dr. Ahmed Menocal Alayon², Dr. José R. Silvera³

Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras
Ciudad de la Habana, Cuba

¹Profesor Auxiliar de Ginecología, Especialista de II Grado, ²Instructor de Ginecología, Especialista de I Grado, ³Especialista de I Grado en Cirugía General

RESUMEN

Objetivos: Determinar la seguridad y eficacia del manejo laparoscópico de los quistes dermoides del ovario basado en los ocho años de experiencia.

Método: Fueron revisadas de forma retrospectiva las historias clínicas de las 50 pacientes a las que se les realizó por vía laparoscópica la extracción del quiste(s) dermoide(s) del ovario desde febrero de 1996 en el Hospital Hermanos Ameijeiras.

Resultados: 58 quistes dermoides con un diámetro medio de 55mm fueron extraídos de 50 pacientes. Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron: Ooforectomía en 34 quistes, Cistectomía en 19 quistes y Salpingooforectomía en 5 quistes.

20 quistes fueron extraídos, después de la aspiración a través del trocar, 27 fueron colocados dentro de una endobolsa impermeable y luego aspirados dentro de ella antes de su extracción; para la extracción de un quiste se amplió la incisión umbilical. Tuvimos un total de 7 rupturas (derrames) del contenido del quiste dentro de la cavidad abdominal (12%).

El índice de derrame varío según la técnica utilizada para la extracción del quiste, a través del trocar 6 (30%) y solo un caso cuando la extracción se realizó en una endobolsa.

La estancia hospitalaria tuvo una media de 1,07 días y no aparecieron complicaciones intra operatorias, ni postoperatorias.

Conclusiones: Incluyendo este y otros 23 estudios revisados de la literatura, revelan 0,26% de incidencia de peritonitis química que siguieron a la extracción laparoscópica de un quiste dermoide. Nosotros concluimos que el manejo laparoscópico de los quistes dermoides es un método seguro y beneficioso, en pacientes seleccionados, cuando se realiza por cirujanos entrenados.

INTRODUCCIÓN

Los quistes dermoides del ovario, también conocidos como teratomas quísticos benignos, son tumores de células germinales, que representan entre un 20-25 % de los tumores ováricos y son bilaterales entre un 10-15 % de los casos ⁽¹⁾. La posibilidad de malignización se encuentra entre 1-3 % ^(2,3).

Casi siempre asintomático, son descubiertos por un examen físico casual, o más recientemente por vía ultrasonográfica; Dada la posibilidad de complicaciones como torsión, rotura espontánea,

riesgo de peritonitis química y malignización su tratamiento es quirúrgico, una vez que se diagnostican.

Tradicionalmente el tratamiento ha consistido en la extirpación del quiste o la ooforectomía por laparotomía. Desde hace más de una década el abordaje laparoscópico ha ido ganando terreno ⁽⁴⁾.

La mayoría de las pacientes aquejadas de un quiste dermoide no tienen hijos o no han completado su paridad, por lo que se hace necesario ser conservador. La laparoscopia al disminuir al mínimo la formación de adherencias y por tanto reducir las

probabilidades de afectar la fecundidad, se convierte en un método ideal.

Desde 1996 en nuestro hospital se introdujo esta vía de abordaje (laparoscópica) en el manejo de los quistes dermoides del ovario.

En el presente estudio hemos evaluado la seguridad y eficacia de este método basándonos en los mas de ocho años de experiencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Fueron incluidas en el estudio 50 pacientes con diagnóstico preoperatorio de quiste dermoide del ovario uní o bilateral operadas entre febrero del 1996 y enero del 2004, para un total de 58 quistes.

Todas las operaciones se llevaron a efecto en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras (Ciudad de la Habana, Cuba).

Se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes para evaluar los datos personales, síntoma principal, antecedentes, estudios preoperatorios, técnicas quirúrgicas, indicios de ruptura del contenido del quiste, modo de extracción, perdida de sangre, duración de la operación, estancia hospitalaria, informe de Anatomía Patológica y seguimiento.

Todas las operaciones se efectuaron bajo anestesia general con intubación endotraqueal.

Previamente formado el neumoperitoneo, la laparoscopia diagnóstica sirvió para evaluar las características de la pelvis y del hemiabdomen superior, inmediatamente se examinan los ovarios minuciosamente en busca de indicios macroscópicos de malignidad y se prepararon cortes por congelación de cualquier lesión sospechosa.

Se realizaron 34 ooforectomias, 5 salpingooforectomias, 19 cistectomias creando un plano de separación entre el quiste y el estroma ovárico mediante la hidrodisección y luego se enucleaba quiste.

En todos los casos tratamos de reducir al mínimo la posibilidad de ruptura del contenido del tumor, si se producía, se efectuaba la irrigación de la cavidad abdominal con solución salina isotónica (CL Na 0.9%) y aspiración para eliminar por enjuague el contenido del quiste.

Se utilizaron dos técnicas, fundamentalmente para la extracción de los quistes, 20 de ellos después de aspirados por una aguja laparoscópica, fueron extraídos a través del trocar, otros 27 fueron colocados dentro de una endobolsa impermeable y aspirados dentro de ella antes de su extracción, para

la extracción de un quiste se amplió la incisión umbilical.

Después de extraer el quiste, mediante la aplicación del electro cauterio monopolar, se realizaba la hemostasia.

Ningún caso necesitó conversión a la laparotomía.

Se realizó biopsia por congelación a todos los quistes extraídos.

RESULTADOS

Cincuenta y ocho quistes dermoides fueron extraídos laparoscópicamente de cincuenta pacientes, el menor de ellos de 30 mm de diámetro y el mayor de 100 mm con un diámetro medio de 55 mm.

El por ciento de ruptura por pacientes fue de 14% (7 rupturas en 50 pacientes) pero la incidencia total fue de 12% (7 rupturas en 58 quistes). Dichos por cientos variaron según el método de extracción: 30%⁽⁶⁾ cuando se puncionó y se extrajo a través del trocar (sin usar endobolsa) y 3,7%⁽¹⁾ cuando se aspiró dentro de la endobolsa y se extrajo dentro de ella.

El ruptura no guardó relación con el tamaño del quiste; el diámetro de los quistes con ruptura tuvo

Ooforectomias	34
Cistectomias	19
Salpingooforectomias	5
Total	58

Tabla 1. Técnicas Quirúrgicas

una media de 50 mm y el de los quistes sin ruptura de 51 mm.

La pérdida de sangre fue de 46 +-32 ml, y la duración de las operaciones fue de 50+-15 minutos.

Forma de Extracción	Ruptura			
	si	%	no	%
Trocar (20)	6	30%	14	70 %
Endobolsa(27)	1	3,7%	26	96,2 %
Amp. de la herida (1)			1	100 %
Total (50)	7	14%	43	86 %
Total de quistes (58)	7	12%	51	88 %

Tabla 2. Ruptura (derrame) del contenido y forma de extracción del quiste

Tuvimos un enfisema subcutáneo pequeño como única complicación transoperatoria.

Todas las biopsias por congelación fueron negativas, comprobándose mas tarde Teratomas Quísticos Maduros en todos los casos.

La media de la estancia hospitalaria fue de 1,07 días y no se reportaron complicaciones postoperatorias.

DISCUSIÓN

El riesgo mas importante en el tratamiento laparoscopico de los quistes dermoides es la ruptura y ruptura del contenido, que pudiera ocasionar peritonitis química o propagación de una neoplasia maligna.

En una revisión bibliografica de 24 estudios, incluido el presente, se efectuaron exéresis de quistes dermoides, por cirugía de mínimo acceso, a un total de 1158 pacientes, produciéndose ruptura del contenido en 381 casos (33 %). Sin embargo solo se observaron dos casos con peritonitis granulomatosa crónica y otro con carcinoma de células escamosas.

Por lo que concluimos que la incidencia de peritonitis química con manifestaciones clínicas, consecutivas al ruptura del contenido de un quiste dermoide, durante su extirpación laparoscopica fue de 0,26 %.

En el seguimiento realizado a estas pacientes no hemos encontrado ningún caso de neoplasia maligna. Aunque se afirma que la rotura del quiste del ovario maligno quizá no altere el pronostico del cáncer ovárico⁽²¹⁻²²⁾ la propagación de una neoplasia maligna sigue siendo un problema en potencia del tratamiento laparoscopico. La ruptura, debe evitarse en lo posible, mediante la aspiración cuidadosa o el empleo de una endobolsa impermeable.

Aun sigue siendo difícil el diagnóstico preoperatorio de una neoplasia ovárica maligna. Por esta razón seguimos preconizando el estudio de cortes congelados de los quistes y lesiones sospechosas.

Una de las grandes ventajas de la cirugía de mínimo acceso en los quistes dermoides es que se forman menos adherencias, lo que puede resultar determinante para la futura fertilidad de estas pacientes, por lo regular jóvenes que no han completado su paridad.

La duración de la operación en nuestro estudio se compara muy favorablemente con la de otros estudios que utilizan la vía laparoscopica⁽²⁰⁾ y aun mejor que la de otros investigadores por vía de la laparotomía⁽¹²⁾.

La estancia hospitalaria, la pérdida de sangre, la morbimortalidad y los resultados estéticos son mucho mejores en la laparoscopia, en comparación con la laparotomía.

CONCLUSIONES:

Teniendo como base los mas de ocho años de experiencia en el tratamiento laparoscopico de los quistes dermoides del ovario, creemos que puede ser un método inocuo y beneficioso en manos de un cirujano experimentado.

BIBLIOGRAFÍA:

- Peterson WF, et al. Bening cystic teratoma of the ovary: a clinico-statistical study of 1007 cases with review of the literature. Am J Obstet Gynecol 1957;72:1094

Tabla J. Ruptura y neoplasias Post-operativas

Autor	No. de Pacientes	No. de Derrames	Incidencia de Peritonitis		
Nezhat	1989	9	78%	0	
Reich	1992	25	11	44%	0
Bollen	1992	14	14	100%	0
Chen	1992	18	15	83%	0
Yuen	1993	6	0	-	0
Rempem	1993	9	3	33%	0
Chapron	1994	56	41	73%	0
Mengeshikar	1995	97	97	100%	0
Cristoforoni	1995	24	8	33%	1
Howard	1995	8	5	62%	0
Lin	1995	29	29	100%	0
Luzman	1996	41	6	15%	0
Teng	1996	44	29	66%	0
Remorgida	1998	40	0	-	0
Rosen	1998	18	10	56%	0
Campo	1998	55	14	25%	0
Nezhat	1999	81	39	48%	0
Mecke	2001	340	?	-	0
Mayr	2002	?	?	-	1*
Berg	2002	83	47	57%	0
Fasolino	2003	55	?	-	0
Ferrari	2003	56	?	-	0
Clement	2003	?	?	-	1
Erice	2004	50	7	16%	0
Total	1158	381	33%	0.26%	

* Carcinoma de células escamosas

- Curling OM, et al. Malignan change in bening cystic teratoma of the ovary. Br J Obstet Gynecol 1979;86:399-402
- Richardson G, et al Malignan transformation occurring in mature cystic teratomas of the ovary. Can J Surg 1990;33:499-503
- Nezhat CR, et al. Laparoscopic removal of dermoid cysts. Obstet Gynecol 1989;73(2):278-281
- Reich H, et al. Laparoscopic management of ovarian dermoid cysts. J Reprod Med 1992;37(7):640-644
- Bollen N, et al. Laparoscopic removal of bening mature teratoma. Hum Reprod 1992; 7(10):1429-1432
- Chen JS, et al. Operative laparoscopic in bening cystic teratoma of the ovary. Chung Hua I Hsueh Tsa Chih (Taipei) 1992; 50(3): 194-197
- Yuen PM, et al. Laparoscopic removal of dermoid cysts using endopouch. Aust NZ Obstet-Ginecol 1993; 33(4): 397-399
- Rempem A, Laparoscopic removal of dermoid cysts. Geburtshilfe Frauenheilkd 1993; 53(10): 700-704

10. Chapron C, et al. Treatment of ovarian dermoid cysts. Place and modalities of operative laparoscopic. Surg Endosc 1994; 8(9): 1092-1095.
11. Mengeshikar PR, Laparoscopic management of benign ovarian dermoid cysts. J Am Assoc Gynecol Laparoscopic 1995; 2(4) Supplement: 528-529
12. Cristoforoni P. et al, Ovarian cysts teratoma; to scope or not to scope? J Gynecol Tech 1995;1(3):153-156
13. Howard FM, Surgical management of benign cysts teratoma J Reprod Med 1995; 40(7): 495-499
14. Lin P, Excision of ovarian dermoid cysts by laparoscopic and by laparotomy. Am J Obstet Gynecol 1995; 173(3Pr1) 769-771
15. Luxman D, Laparoscopic conservative removal of ovarian dermoid cysts. J Am Assoc Gynecol Laparoscopy 1996; 3(30) 409-411
16. Teng FY, et al. A comparative study of laparoscopy and colpotomy for the removal of ovarian dermoid cysts. Obstet Gynecol 1996; 87(6) 1009-1013
17. Remorgida V, et al. Four year experience in laparoscopic dissection of intact ovarian dermoid cysts. J Am Coll Surg 1998; 187: 519-521
18. Rosen D, et al. The safety of laparoscopic treatment for ovarian dermoid tumors. Aust NZ Obstet Gynecol 1998; 38(1): 77-79.
19. Campo S, et al. Laparoscopic conservative escisión of ovarian dermoid cysts with and without endobag. J Am Assoc Gynecol Laparoscopy 1998; 5(2): 165-170
20. Nezhat CR, et al. Laparoscopic management of ovarian dermoid cysts: ten years experience J S L S 1999;3(3) 179-184
21. Dembo AJ, et al. Prognostic factors in patients with stage I epithelial ovarian cancer. Obstet Gynecol 1990; 75: 263-273.
22. Grogan R, Accidental rupture of malignant ovarian cysts during surgical removal. Obstet Gynecol 1967; 30: 716-720.
23. Mecke H, et al. Laparoscopy surgery of dermoid cysts – intraoperative spillage and complications. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 96(1) : 80-84
24. Mayer C, et al. Peritoneal implantation of squamous cell carcinoma following rupture of dermoid cyst during laparoscopy removal. Gynecol Oncol 2002; 84(!) : 180-183.
25. Berg C, et al. Laparoscopy management of ovarian dermoid cysts. A series of 83 cases. Arch Gynecol obstet 2002; 266(3) : 126-129.
26. Fasolino A, et al. Laparoscopic conservative treatment of ovarian dermoid cysts. Merva Ginecol 2003; 55(3) : 275-277.
27. Ferrari MM, et al. Surgical treatment of ovarian dermoid cyst: a comparison between laparoscopic and vaginal removal. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003; 1;109(1) : 88-91.
28. Clement D, et al. Chemical peritonitis: a rare complication of an iatrogenic ovarian dermoid cyst rupture. Surg Endosc 2003;17(4) : 658.

Microcápsula Médica

UN ESTUDIO RECIENTE ASOCIA EL CONSUMO DE ESTRÓGENOS CON MAYOR RIESGO DE ALZHEIMER

De acuerdo con una reciente publicación de la revista Journal of the American Medical Association, los suplementos de estrógenos, usualmente utilizadas en mujeres pos menopáusicas, podrían aumentar el riesgo de contraer el mal de Alzheimer, así como también de otras formas de demencia.

El estudio, auspiciado por el gobierno de Estados Unidos, concluyó que la creencia de que las píldoras de estrógeno ayudan a mantener en buena forma la mente de las mujeres de edad avanzada, es errónea.

La investigación se llevó a cabo con unas tres mil mujeres de entre 65 y 79 años, que habían sufrido histerectomías y habían tomado diariamente píldoras de estrógeno como terapia de reemplazo hormonal, por un periodo de cinco años. El resultado: a 28 de las mujeres que tomaron estrógeno se les diagnosticó demencia senil, mientras que sólo 19 de las que tomaron placebos recibieron igual diagnóstico.

El estrógeno es una hormona producida por el cuerpo, necesaria para el crecimiento normal y el desarrollo de los órganos sexuales femeninos, y para permitir la reproducción. Durante la menopausia, la cantidad de estrógeno producida por el cuerpo se reduce, provocando síntomas característicos tales como sofocos, concentración deficiente e irritabilidad.

fuentes: <http://www.bbmundo.com/bbnoticias/leerNota.asp?idSub=1&idArt=1212>