

Cirurgía

Tratamiento quirúrgico de los teratomas ováricos mediante cirugía mayor ambulatoria

Outpatient surgery in ovarian teratoma treatment

Cañete P*, Abad A*, Izquierdo D*, Viñoles J**, Pellicer A*

*Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Dr. Peset.

**Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario Dr. Peset.

Resumen

La laparoscopia facilita la cirugía mayor ambulatoria en el tratamiento de los teratomas, siendo la quistectomía y anexectomía procedimientos frecuentes.

El objetivo del estudio es realizar una revisión de las pacientes intervenidas en el Hospital universitario Dr Peset de Valencia mediante cirugía mayor ambulatoria por teratomas ováricos en la Unidad de Cirugía sin ingreso (UCSI) desde Enero 2006 a Diciembre 2007.

Los resultados obtenidos fueron: se intervinieron vía laparoscopia en la UCSI un total de 37 mujeres por teratomas: 27 (67%) quistectomías y 13 (33%) anexectomías. Hubieron 3 casos de mujeres con teratomas bilaterales. De las pacientes intervenidas, obtuvieron el alta el día de la cirugía 34 (92%), siendo los tiempos quirúrgicos en todas ellas inferiores a 90 min y no presentaron complicaciones quirúrgicas ni anestésicas. Únicamente 3 mujeres ingresaron por dolor y/o prolongación del tiempo quirúrgico.

El porcentaje de rotura intraoperatoria del quiste fue del 67%. En aquellos casos en los que se practicó quistectomía se rompieron 24 (89%) quistes, y en los casos de anexectomía 3 (23%). En todas las mujeres, se realizó lavado abundante y revisión exhaustiva de la cavidad, y se utilizaron bolsas laparoscópicas para la extracción de las piezas, especialmente en las rotura quísticas. Hubo una peritonitis química que se resolvió con tratamiento corticoideo.

Las intervenciones de la UCSI son realizadas en su inmensa mayoría por médicos en formación de cirugía endoscópica, lo cual contribuye a la alta tasa de rotura quística intraoperatoria sin comprometer el resultado final de la intervención.

Con todo ello, podemos concluir que la cirugía mayor ambulatoria es una opción válida y con buenos resultados para el tratamiento de los teratomas ováricos vía laparoscópica.

La alta tasa de rotura intraoperatoria de los teratomas no compromete el éxito de la cirugía mayor ambulatoria en el tratamiento de los mismos vía laparoscópica.

Palabras clave: Teratomas ováricos. Laparoscopia. Cirugía mayor ambulatoria.

Correspondencia: Dra. Patricia Cañete
Hospital Universitario Dr. Peset
Av. Gaspar Aguilar, 90
46017 Valencia
e-mail: patricia@comv.es

Summary

Laparoscopic approach makes easy the one-day surgery ovarian teratoma treatment, being cystectomy and anexectomy common procedures.

The aim of this study is to review all the ovarian teratomas treated in our Outpatient Surgery Unit, Ob/Gyn Department, Dr. Peset Hospital, from January 2006 to December 2007.

The outcomes were: 37 women were operated, cystectomy in 26 (67%) and anexectomy in 13 (33%). There were 3 patients with bilateral ovarian teratoma.

Thirty-four of the patients were not admitted (92%), being operation time less than 90 minutes and no complications, neither laparoscopic nor anaesthetic ones. Only 3 patients were admitted due to pain or prolonged operation time. The cyst rupture incidence was 67% (27 out of 40), being 89% in cystectomies and 23% in anexectomies. Considerable washing and exhaustive review were performed in every patient, and plastic laparoscopic bags were used for tissue extractions, specially when cyst rupture was identified. There was one case of chemical peritonitis that was finally solved with corticoids treatment.

Due to most of the ambulatory surgery procedures are performed by gynecologists in their Residence Programme or in Endoscopy Technique Training Courses we can observe a high rupture cyst ratio, being not relevant for the final procedure outcome.

Therefore, we may conclude that ambulatory surgery for ovarian teratoma laparoscopic approach is an useful option and has optimal outcomes.

Key words: Ovarian teratoma. Laparoscopy. Ambulatory surgery.

INTRODUCCIÓN

Los quistes dermoides benignos ováricos constituyen el 10-13% de todos los tumores ováricos y representan el tumor ovárico benigno de células germinales más frecuente (1) en mujeres jóvenes, y por ello típicamente se diagnostican en la adolescencia y juventud, de manera incidental en muchos casos. Además de cómo hallazgo casual, presentan un amplio abanico de presentaciones clínicas que oscilan desde un simple dolor abdominal, hasta otros cuadros más complicados como son: la torsión ovárica (3%), la rotura del quiste (1-3%), o el poco frecuente caso de peritonitis química (2). La bilateralidad se da aproximadamente en el 12% de los casos (1). La complicación más seria y preocupante es la posibilidad de malignización de los mismos cuya incidencia oscila entre el 0,7 y el 3% de los quistes (1; 2).

El tratamiento definitivo es quirúrgico mediante la realización de una quistectomía o anexectomía vía laparoscópica o laparotómica. Actualmente, existe una tendencia al manejo laparoscópico con tiempos de recuperación postquirúrgicos menores e incisiones pequeñas (3). En casos seleccionados estaría justificado realizar controles ginecológicos periódicos y seguimiento de los mismos. Los principales motivos por los que se tiende más a la cirugía son el pequeño pero existente riesgo de malignización, y el riesgo de peritonitis química por rotura espontánea del mismo.

La Cirugía Mayor Ambulatoria es una modalidad técnico-organizativa cuyo objetivo es dar solución a determinadas patologías quirúrgicas evitando el ingreso hospitalario del paciente (4). Este tipo de cirugía ha supuesto un cambio en la labor asistencial con varias repercusiones tanto para el paciente, como para el profesional médico y la administración.

Los objetivos del presente trabajo son describir la actividad de cirugía mayor ambulatoria realizada en la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI) en el Servicio de Ginecología del Hospital universitario Dr Peset de Valencia, durante los años 2006 y 2007, y centrar los resultados en la evaluación del tratamiento y complicaciones de los quistes dermoides maduros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión y análisis retrospectivo de las pacientes intervenidas mediante cirugía mayor ambulatoria en la UCSI del Hospital Universitario Dr Peset de Valencia desde Enero 2006 a Diciembre 2007, por presentar teratomas ováricos subsidiarios de tratamiento quirúrgico laparoscópico.

Las pacientes subsidiarias de cirugía mayor ambulatoria en la Unidad de Cirugía sin Ingreso, debían cumplir criterios ginecológicos y anestésicos. Desde el punto de vista anestésico los requisitos a cumplir

fueron: estado físico ASA I-II; edad entre 7 y 65 años, compresión adecuada; ausencia de embarazo; ausencia de drogodependencias; domicilio localizado a menos de 30 minutos en coche del hospital; condiciones adecuadas del domicilio de accesibilidad (existencia de ascensor), higiene y disponibilidad de teléfono y posibilidad de atención por parte del enfermo el día de la intervención y el día después por una persona responsable. Existe diversa patología ginecológica susceptible de cirugía vía UCSI, ahora bien centrándonos en la patología anexial debemos mencionar: todas las laparoscopias diagnósticas por algias pélvicas y esterilidad y las laparoscopias quirúrgicas para la planificación familiar y para la patología anexial benigna. Así pues, los quistes dermoides benignos son subsidiarios de este tipo de intervención, siempre que la paciente cumpla los criterios anestésicos y se haya descartado, en principio, malignidad del quiste. Se analizó el caso concreto haciendo hincapié en la edad y deseos reproductivos de la paciente, el tamaño del quiste y la posible bilateralidad. De esta forma, se intervinieron quistes dermoides de hasta 6-7 cm en el caso de anexectomía, y de hasta 4-5 cm si la indicación fue quistectomía. La bilateralidad no fue una contraindicación para la UCSI, se valoró el tipo de cirugía y los tamaños de los quistes a la hora de la aceptación de la paciente, y en los casos en los que se predijo una intervención prolongada se rechazó para cirugía mayor ambulatoria, proponiéndose cirugía programada con ingreso.

En el caso de los teratomas, la cirugía se realizó en todos los casos mediante vía laparoscópica, practicándose anexectomía en aquellos casos de mujeres postmenopáusicas o perimenopáusicas, mientras que se llevó a cabo quistectomía en mujeres con deseos genésicos.

Las pacientes acudieron al hospital el día de la intervención, tras realizar las consultas previas pertinentes, tanto por el servicio de anestesia, como por el de ginecología. Tras la intervención quirúrgica realizada en horario de mañana, las mujeres fueron dadas de alta tras una revisión y tras haber superado el control médico y anestésico. En los casos en los que se produjo el ingreso de la paciente, los motivos fueron tiempo quirúrgico mayor a 90 minutos; dolor intenso que imposibilitara la movilización; inestabilidad hemodinámica y complicaciones quirúrgicas o anestésicas durante la cirugía.

RESULTADOS

Un total de 914 mujeres fueron intervenidas en la UCSI por nuestro servicio en el periodo comprendido

entre Enero 2006 y Diciembre 2007. De ellas, 221 (24%) fueron cirugías laparoscópicas, de las cuales 37 (16%) fueron debido a teratomas ováricos. Se realizó cirugía de ambos anexos por teratomas bilaterales en 3 (9%) de las mujeres.

De las 37 cirugías laparoscópicas por quistes dermoides, hubo 3 (8%) ingresos frente a 34 (92%) éxitos de la cirugía mayor ambulatoria, logrando el alta el día de la cirugía.

Al centramos en los 40 quistes dermoides maduros intervenidos tenemos 27 (67%) casos en los que se realizó quistectomía frente a 13 (33%) anexectomías. Hubo un total de 27 roturas de quiste, lo que supone un 67% de los teratomas intervenidos. De los teratomas en los que se practicó quistectomía, un total de 24 (89%) se rompieron intraoperatoriamente, en el resto se logró la disección y extracción completa del quiste sin rotura ni salida de material a cavidad abdominal del mismo. Un total de 3 de los quistes dermoides maduros en los que se realizó anexectomía sufrieron rotura de quiste, frente a los 10 (77%) casos en los que la extirpación ovárica se llevó a cabo sin rotura quística. Requirieron ingreso 3 casos de cirugía laparoscópica por teratomas, dándosele el alta domiciliaria el día de la intervención a 34 (92%) de las mujeres intervenidas de quistes dermoides maduros. No hubo ningún caso de reconversión a laparotomía.

Únicamente hubo una complicación mayor durante todo el tiempo estudiado de actividad de cirugía mayor ambulatoria. Se trató de una mujer de 35 años intervenida por teratomas ováricos bilaterales en la que se realizó una quistectomía del ovario izquierdo y una anexectomía en el ovario derecho. Se produjo rotura de ambos quistes y salida de material a cavidad, realizándose la extracción de las piezas con bolsas endoscópicas y la limpieza posterior de la cavidad con abundante líquidos. La cirugía fue complicada y prolongada por lo cual la mujer fue ingresada. Su evolución inicial fue tórpida y se complicó con una peritonitis secundaria que requirió cuidados hospitalarios especiales y que se resolvió con corticoides tras 71 días de ingreso.

DISCUSIÓN

La literatura muestra tasas de rotura en la cirugía laparoscópica de los teratomas de ovario que oscilan entre el 13 y el 100% (5), tal y como se muestra en la Tabla 1, aunque en muchos de los estudios publicados no se hace referencia de la técnica empleada (quistectomía o anexectomía).

Debido al crecimiento continuo y a las posibles complicaciones, como son rotura, torsión, infección, malig-

Tabla 1*Resultados de estudios publicados sobre resección laparoscópica de teratomas ováricos*

	Pacientes (n)	Tamaño quiste (cm)	Porcentaje rotura(%)	Complicaciones mayores
Nezhat et al (1989) (6)	9	5-8	33	0
Reich et al (1992) (7)	25	1-10	56	0
Bollen et al (1992) (8)	14	1-8	100 ^a	0
Chapron et al (1994) (9)	56	3-11	66	0
Howard (1995) (10)	8	3-12	No información	0
Lin et al (1995) (11)	29	4-5	100	0
Teng et al (1996) (12)	30	4-10	77	9
Shalevet al (1998) (5)	84	2-15	13	0
Mag dy et al (1999) (13)	64	3'5-7	42'2	0
Mecke et al (2001) (14)	340	1-10	93	0
Laberge et al (2006) (15)	100	Media 5'94	18	0
Estudio actual (2008)	37	4-8	67	1

^ala punción, aspiración y lavado formaron parte de la técnica

nidad o degeneración maligna, los quistes demoides tienden a ser extirpados quirúrgicamente. En la cirugía de los quistes demoides maduros, a los riesgos de la intervención quirúrgica ya sea vía laparotómica o laparoscópica, debemos añadir los derivados de la naturaleza del quiste. El contenido del quiste demoide puede causar una peritonitis química granulomatosa en algunos casos de rotura quística y salida del material a cavidad abdominal, esta complicación aunque poco frecuente no hay que olvidarla. Es fundamental tenerla en cuenta ante una paciente que realiza un postoperatorio tórpido y comienza con fiebres elevadas y un abdomen con signos de irritación. Debemos descartar las complicaciones más frecuentes propias de la cirugía como es una lesión intestinal; pero recordar la posibilidad de la situación especial de los

teratomas como agentes causantes de una peritonitis química, ya que marcará el tratamiento. Suelen responder a corticoides con más o menos éxito, como ocurrió en nuestro caso. El diagnóstico puede retrasarse y enmascarse por otros posibles diagnósticos y tratamientos que no vayan dirigidos a esta rara complicación.

La principal discusión en la cirugía de los teratomas, reside en la vía de abordaje quirúrgico (laparoscopia versus laparotomía) y en la agresividad quirúrgica (anexectomía versus quistectomía). Es difícil dar directrices válidas y universales, ya que es fundamental la individualización de cada caso y situación teniendo en cuenta el quiste y sus características, y la situación personal de la mujer. La tendencia actual va dirigida a ser los más conservadores posibles en cuanto

al tratamiento del tejido ovárico sano, sobre todo en mujeres jóvenes y/o sin deseo genésico cumplido.

Existe un único estudio prospectivo randomizado que reporte las tasas de rotura durante el manejo de los masas ováricas benignas, mostrándonos unas cifras similares para los procedimientos laparoscópicos (27%) que laparotómicos (30%). En este estudio se incluyeron todo tipo de masas ováricas benignas, predominando los quistes endometriósicos y demoides, realizándose quistectomía en más del 70% de los casos, tanto en el grupo laparoscópico, como laparotómico. Ahora bien, en concreto de los 102 pacientes randomizados sólo un total de 20 quistes teratomas benignos tratados con quistectomía (3). Existe evidencia científica variada que presenta la no influencia del método de acceso quirúrgico (laparotómico versus laparoscópico) en las tasas de rotura del teratoma (13).

Con la realización de anexectomía la tasa de rotura quística intraoperatoria del teratoma es menor (13), ahora bien, este hecho no debe cambiar nuestra actitud respecto a la preservación de la fertilidad mediante la conservación del ovario en mujeres jóvenes o que deseen preservar su función ovárica. Sin embargo, también hay literatura que nos muestra que la laparoscopia en los casos de quistectomía ovárica está asociada con mayor incidencia de salida de material intraquístico a cavidad que la laparotomía, aunque sin que esto se asocie con un aumento de la morbilidad (14). Nuestros resultados, todos ellos vía laparoscópica, muestran altas tasas de rotura sobre todo en los casos quistectomía (90%), siendo menores en las anexectomías (20%).

En laparoscopia es fundamental la pericia y experiencia del cirujano, y esto se ve reflejado en las tasas de rotura de los quistes ováricos, siendo menores a mayor experiencia quirúrgica endoscópica del cirujano (13). En el caso de la cirugía laparotómica no se observa un beneficio tan marcado de la experiencia del cirujano en las quistectomías. El Hospital Dr Peset es un hospital universitario, donde la docencia juega un papel muy destacado, así pues este tipo de cirugías de tipo mayor ambulatorio, son realizadas en la inmensa mayoría de los casos por médicos en formación, lo que podría explicar las altas tasas de rotura.

Pese a la alta tasa de salida de material intraquístico a cavidad, la cirugía de los teratomas ováricos vía UCSI en nuestro hospital obtiene buenos resultados, con una tasa de alta el día de la intervención del 92%. Esto refleja que la cirugía laparoscópica anexial por quistes dermoides es un cirugía susceptible de formar parte de la curva de aprendizaje de los ginecólogos en formación de cirugía laparoscópica, ya que pese a te-

ner un 60% de roturas quísticas intraoperatorias, los buenos resultados son muy altos.

De cara a la prevención de complicaciones es fundamental la individualización de cada caso, en función de la situación personal de la mujer y sus deseos reproductivos, de posibles cirugías ováricas previas, de su edad, de las características de la tumoración ovárica, a destacar, entre ellas el tamaño y la naturaleza del quiste (descartar malignidad). La experiencia en cirugía endoscópica del cirujano es un hecho que se refleja a posteriori en los resultados. En nuestro caso este tipo de cirugía como ya se ha comentado la llevan a cabo médicos en formación, ahora bien siempre bajo la supervisión de expertos en laparoscopia. El uso de bolsas laparoscópicas para la extracción de las piezas está estandarizado en la UCSI, y lo consideramos crucial a la hora de disminuir complicaciones posteriores. De manera similar, damos mucha importancia a la revisión exhaustiva de la cavidad y a la realización de un abundante lavado de todo el campo quirúrgico para minimizar los posibles problemas derivados de esta cirugía. Con todas estas premisas, aún con tasas de rotura elevadas, logramos una alta tasa de éxito de la cirugía mayor ambulatoria, consiguiendo el alta hospitalaria en la inmensa mayoría de nuestras pacientes. La cirugía mayor ambulatoria en el tratamiento de los teratomas ha supuesto un tremendo impacto en la actividad de nuestro Servicio de Ginecología, y ha supuesto un cambio en la visión del esquema clásico de asistencia en cirugía.

CONCLUSIÓN

Los teratomas ováricos son un patología subsidiaria de recibir tratamiento quirúrgico vía laparoscópica con éxito, así como de tratarse en la unidad de cirugía mayor ambulatoria con buenos resultados.

La correcta selección e individualización de cada caso es crucial para conseguir resultados aceptables en la unidad de cirugía mayor ambulatoria, y en concreto en el tratamiento de los teratomas en esta unidad.

La UCSI en nuestro hospital logra una alta tasa de éxito en el tratamiento de los teratomas ováricos vía laparoscópica pese a la alta de rotura intraoperatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Peterson WF, Prevost EC, Edmunds FT, Hundley JM, Morris FK.:** Benign cystic teratomas of the ovary. *Am J Obstet Gynecol* 1955; 70: 368-81.
2. **Commerci JT, Licciardi F, Bergh P et al.:** Mature

- cystic teratoma: a clinicopathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 22-28.
3. **Yuen P, Yu K, Yip S et al.:** A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 109-114.
 4. **Pardo JF, Crespo J, Viñoles J, Izquierdo D, Soliveres J, Pellicer A.:** Cirugía mayor ambulatoria: su repercusión en la asistencia ginecológica. *Ginecología Clínica y Quirúrgica* 2001; 2(2): 78-81.
 5. **Shalev E, Bustan M, Romano S, Goldberg Y, Ben-Shlomo I.:** Laparoscopic resection of ovarian benign cystic teratomas: experience with 84 cases. *Human Reproduction* 1998; 13(7): 1810-12.
 6. **Nezhat C, Weiner WK, Nezhat F.:** Laparoscopic removal of dermoid cysts. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 278-280.
 7. **Reich H, McGlynn F, Sekel L.:** Laparoscopic management of ovarian dermoid cysts. *J Reprod Med* 1992; 37: 640-647.
 8. **Bollen N, Camus M, Toumays H.:** Laparoscopic removal of benign mature teratoma. *Hum Reprod* (1992); 7: 1429-1432.
 9. **Chapron C, Dubuisson JB, Samouth N.:** Treatment of ovarian dermoid cysts. Place and modalities of operative laparoscopy. *Surg Endosc* 1994; 8: 1092-1095.
 10. **Howard FM.:** Surgical management of benign cystic teratoma. Laparoscopy vs laparotomy. *J Reprod Med* 1995; 40: 495-499.
 11. **Lin P, Falcone T, Tulandi T.:** Excision of ovarian dermoid cyst by laparoscopy and by laparotomy. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 173: 769-771.
 12. **Teng FY, Musznai D, Perez R.:** A comparative study of laparoscopy and colpotomy for removal of ovarian dermoid cysts. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 1009-1013.
 13. **Magdy P, Olson E.:** Factors that increase the risk of leakage during surgical removal of benign cystic teratomas. *Human Reproduction* 1999; 14(9): 2264-67.
 14. **Mecke H, Savvas V.:** Laparoscopic surgery of dermoid cysts - intraoperative spillage and complications. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2001; 96: 80-84.
 15. **Laberge PY, Levesque S.:** Short-term morbidity and long-term recurrence rate of ovarian dermoid cysts treated by laparoscopy versus laparotomy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006 Sep; 28(9): 789-93.