

Quiste de ovario errante

Erratic ovarian cyst

Ana Bertha López Milhet,^I Rosalba Roque González,^{II} Ingrid Quintana Pajón,^{III} Jorge Gerardo Pereira Fraga,^{IV} Enrique Olazábal García,^V Liliana Pernia González^{VI}

^I Especialista de I Grado en Cirugía General. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

^{II} Doctora en Ciencias Médicas. Máster en Educación Médica Superior. Especialista de I y II Grado en Cirugía General. Profesora Auxiliar. Investigadora Auxiliar. Centro de Estudios de Postgrado. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor de Cirugía General. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

^V Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

^{VI} Especialista de I Grado en Imaginología. Asistente. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 52 años de edad, que ingresó en el Centro Nacional de Cirugía Endoscópica a causa de un dolor constante y sensación de pesadez en el bajo vientre, además de trastornos dispépticos. Después de los estudios de laboratorio e imaginológicos se diagnosticó un quiste de ovario derecho de 5-8 cm y varios cálculos menores de 10 mm en la vesícula biliar. Durante la intervención quirúrgica se encontró un quiste (ecolúcido), necrosado, adherido al mesocolon e independiente del ovario. Se practicó su exéresis y una colecistectomía. Por resultar una localización infrecuente de un quiste de ovario, se decide exponer las características clínicas y los resultados quirúrgicos y anatomopatológicos de este caso a la comunidad científica nacional e internacional. Se hace referencia además a la posibilidad que brindó el acceso por cirugía

laparoscópica de realizar procedimientos asociados en un mismo paciente: colecistectomía y exéresis del quiste de ovario errante.

Palabras clave: Quiste de ovario, quiste del mesenterio, procedimientos combinados.

ABSTRACT

The case of a female patient aged 52 is presented, admitted in the National Endoscopy Surgery Center due to a persistent pain and heaviness sensation in the lower stomach as well as dyspeptic disorders. After laboratory and imaging studies a cyst in right ovary of 5-8 mm diameter (echolucid), necrotic and adhered to mesocolon was diagnosed. A exeresis and a cholecystectomy were performed. Due to its infrequent location of a ovarian cyst the clinical features and the surgical and anatomical and pathological results are presented to national and international scientific community. Authors also make reference to the possibility allowed by the laparoscopic surgery approach to carry out procedures associated in a same patient: cholecystectomy and exeresis of erratic ovarian cyst.

Key words: Ovarian cyst, mesentery cyst, combined procedures.

INTRODUCCIÓN

Es el ovario el asiento de muchos tumores histológicamente diferentes, ya sean benignos o malignos, cuyo diagnóstico es en ocasiones muy difícil pues la mayoría transcurre de forma asintomática.

En la bibliografía ginecológica revisada se han encontrado como tumores errantes todos aquellos pediculados que han perdido su relación nutricia con el órgano afecto para alimentarse de otro u otros órganos a los cuales se adhieren íntimamente, para que éstos los conserven en su crecimiento. El epiplón gastrocólico es el elemento vascular por excelencia, y si a ello se añade su destreza o facilidad de adherencia, es a él a donde con mayor periodicidad se arriman estos tipos de tumores. Se ha demostrado que los tumores de ovario errantes son menos frecuentes, pues los que más se han descrito en la literatura son los miomas uterinos pediculados.¹

El objetivo de este trabajo es exponer las características clínicas y los resultados quirúrgicos y anatomopatológicos de este caso a la comunidad científica nacional e internacional.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 52 años de edad, de la raza blanca, con antecedentes de salud, que comenzó a notar aumento progresivo del abdomen y sensación de molestia en el

hipogastrio desde hacia aproximadamente un año, además de trastornos dispépticos. Datos positivos al examen físico:

- Abdomen: Aumento ligero de volumen. Se palpaba una masa tumoral, no pétreo, no dolorosa, que ocupaba el hipogastrio.
- Tacto vaginal: Tumor movable, centralizado y ligeramente lateralizado a la derecha, de superficie lisa, ligeramente doloroso, útero pequeño en anterversión. No había otras alteraciones.

Resultados de los exámenes realizados:

- Hemoglobina: 13,5g/L
- Hematócrito: 0,44
- Coagulación: 8´
- Sangramiento: 1´
- Eritrosedimentación: 20 mm
- Glicemia: 3,6 mmol/L
- Fosfatasa alcalina: 192 u/L
- GGT: 14 u/ L
- TGP: 1 u/ L
- Amilasa sérica: 92 u/ L
- Bilirrubina: 18,3 u/L y D: 2,3 u/L
- Citología vaginal: Negativa.
- Exudado vaginal: Negativo.
- Ecografía: Se realizó una exploración transvaginal con transductor endocavitario y se encontró un útero pequeño de aspecto normal e imagen quística en proyección anexial derecha, de 71,7 x 45,1 mm (136 mL) ([figura 1](#)). Vejiga normal.

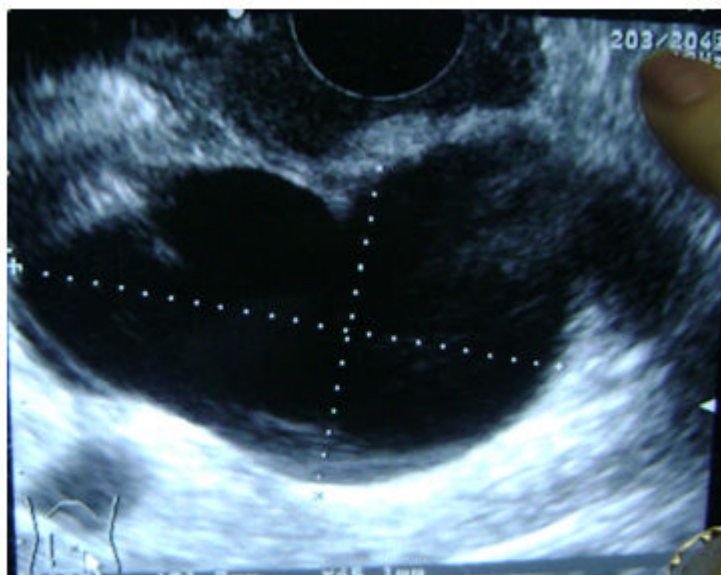


Figura 1. Exploración transvaginal con transductor endocavitario. Se encontró un útero pequeño de aspecto normal y una imagen quística en proyección anexial derecha (de 71,7 x 45,1 mm; 136 mL).

A la exploración de la cavidad abdominal con un transductor sectorial de 3,5 mHz se observó litiasis vesicular múltiple: cálculos menores de 10 mm. Paredes: 3mm; colédoco: 4 mm, sin litiasis en su interior.

Diagnóstico preoperatorio: quiste de ovario derecho, litiasis vesicular.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente mediante cirugía mínimamente invasiva. Se realizó una laparoexploración de toda la cavidad y durante ésta se encontró un tumor de 7 a 10 cm, de color oscuro, ecolúcido adherido al mesenterio; útero y ambos ovarios normales, resto normal ([figura 2](#)). Se realizó la colecistectomía laparoscópica y posteriormente se liberó el tumor del mesenterio y se realizó su exéresis. Se aspiró y se extrajo dentro de una endobolsa, por uno de los puertos de 10 mm.

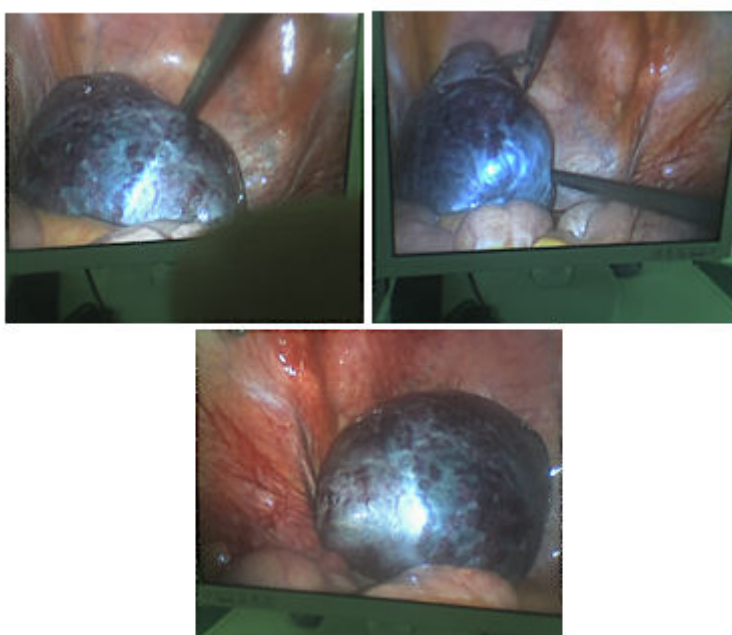


Figura 2. Localización del quiste durante el procedimiento quirúrgico.

La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al día siguiente, con seguimiento por consulta.

El informe anatomopatológico documentó una masa quística que correspondía al ovario, con compromiso vascular y necrosis isquémica. Como otro diagnóstico, colelitiasis.

DISCUSIÓN

En la literatura revisada sólo hemos encontrado la comunicación del Dr. Zúñiga,² con un caso intervenido, cuyo diagnóstico anatomopatológico fue de un quiste de ovario parásito o errante, conocido en la literatura también como *quiste de ovario*

pediculado desprendido. Este autor coincide en lo infrecuente de esta entidad y la considera una curiosidad quirúrgica y patológica.

En nuestro caso tanto los síntomas como el examen físico de la paciente, incluidos los resultados de la ecografía ginecológica, hacían sospechar en la posibilidad de un quiste de ovario derecho. Una vez en el acto quirúrgico, por la localización que tenía la tumoración y sus características macroscópicas, la posibilidad de que fuera dependiente de mesenterio no podía descartarse a pesar de que son tumores poco comunes, no muestran síntomas y son un hallazgo casual durante exploraciones complementarias o cirugías realizadas por otros motivos.^{3,4}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Croasen HS, Croasen RJ. Enfermedades de la mujer. Tomo II. 2da. Ed. México: Editorial Hispano-Americana; 2004.
2. Zúñiga AL. Comunicación de un caso de quiste de ovario dermoide parásito o aberrante. Rev Médica Hondureña. [en línea]. Consultado el 10 de febrero de 2009. 1953;21(1). Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1953/pdf/Vol21-1-1953-6.pdf>
3. Vlazakis SS, Gardikis S, Sanidas E, Vlachakis I, Charissis G. Rupture of mesenteric cyst after blunt abdominal trauma. Eur J Surg. 2000; 166:262-4.
4. Özdogan M. Acute abdomen caused by a ruptured spontaneously infected mesenteric cyst. Turk J Gastroenterol. 2004; 15(2): 120-1.

Recibido: 10 de mayo de 2009.

Aprobado: 26 de julio de 2009.

Ana Bertha López Milhet. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. Calzada del Cerro 1202 entre Infanta y Cruz del Padre, Cerro. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: ana.lopez@infomed.sld.cu