

Cirugía urgente de causa ginecológica

Arrazoi ginekologikoa fuen kirurgia urgentea

A. Villanueva Mateo, B. Azkunaga
Santibáñez, M.J. Martín Sierra, J. Arana
García, J. Jiménez, A. Nogués

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital de Aránzazu.

Correspondencia: Servicio de Cirugía
Pediátrica, Hospital de Aránzazu,
C/ Dr. Beguiristain s/n, San Sebastián.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la eficacia de la ecografía bilitako tratamendu kirurgikoa alde bateko fía abdominal, en los procesos quirúrgicos ur-ooforektomia izan zen %56 (9 paziente).
Ondorioa: Gure artean, eta patología urgente ginekologikoa diagnostikatzeari dagokionez, abdomeneko ekografiak bere-

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de 16 historias clínicas del período 1989-1999. zitasun eta sentiberatasun handiak erakutsi ditu; metodo horrek, izan ere, %80 tik gora kasutan asmatu egin du.

Resultados: Se han distinguido claramente 3 grupos según la edad diagnóstica: neonatal (4 pacientes); antepuberal (3 pacientes) y puberal (9 pacientes). El diagnóstico ecográfico más habitual ha sido quiste de ovario, 9 casos (64%) meneko mina.

Las características ecográficas de los quistes de ovario y el dolor abdominal fueron determinantes para la intervención. El tratamiento quirúrgico más habitual fue la ooforectomía unilateral, 56% (9 pacientes).

Conclusión: En nuestro medio, la ecografía patología ginecológica infantil se creía poco frecuente y se consideraba causa de inespecificidad y sensibilidad en el diagnóstico de intervención quirúrgica, debido al riesgo de la patología urgente ginecológica, pues su nivel de complicaciones. La utilización rutinaria de la ecografía, durante el embarazo ha supuesto un aumento de pacientes con patología ovárica y una actitud más conservadora en su tratamiento, ya que la mayoría de los quistes pueden involucionar⁽¹⁻³⁾. Asimismo, su disponibilidad en los servicios de urgencia, ha permitido una mayor exactitud diagnóstica en el contexto de dolor abdominal infantil⁽⁴⁾. Con el fin de conocer su validez en nuestro medio, se han revisado los pacientes intervenidos de urgencia, por causa ginecológica en los últimos 10 años.

PALABRAS CLAVE

Ecografía; Quiste de ovario; Dolor abdominal.

LABURPENA

Helburua: Abdomeneko ekografiaren eragingarritasuna ezagutzea, arrazoi ginekologikoa duten prozesu kirurgiko urgentetan, adin pediatrikoan.

Materiala eta metodoak: 1989-1999 denboraldiko 16 historia klinikoren azterketa deskribatzaile eta atzera begirakoa.

Emaitzak: Pazienteak 3 taldetan banatu ditugu, diagnostikoa egitean zuten adinaren arabera. Lehen taldean, jaioberriak (4 paziente); bigarrenean, pubertaroaren aurreko aldian zeudenak (3 paziente), eta hirugarren taldean pubertaroan zeudenak (9 paziente). Ekografiaren ondorioz egin diren diagnostiko gehienak obulutegiko kisteak izan dira. Ezaugarri ekografikoak eta abdomeneko mina izatea erabakigarriak

FUNTSEZKO HITZAK

Ekografia; Obulutegiko kistea; Abdomeneko mina.

INTRODUCCIÓN

Previo a la llegada de la ecografía, la patología ginecológica infantil se creía poco frecuente y se consideraba causa de inespecificidad y sensibilidad en el diagnóstico de intervención quirúrgica, debido al riesgo de la patología urgente ginecológica, pues su nivel de complicaciones. La utilización rutinaria de la ecografía, durante el embarazo ha supuesto un aumento de pacientes con patología ovárica y una actitud más conservadora en su tratamiento, ya que la mayoría de los quistes pueden involucionar⁽¹⁻³⁾. Asimismo, su disponibilidad en los servicios de urgencia, ha permitido una mayor exactitud diagnóstica en el contexto de dolor abdominal infantil⁽⁴⁾. Con el fin de conocer su validez en nuestro medio, se han revisado los pacientes intervenidos de urgencia, por causa ginecológica en los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han estudiado las historias clínicas de pacientes, intervenidos de urgencia por abdomen agudo en los últimos 10 años (enero 89 a enero 99), y se ha realizado un estudio retrospectivo de los operados por causa ginecológica.

Los pacientes se clasificaron en tres gru-

TABLA I. GRUPO NEONATAL

Nº	Edad-clínica	Motivo de intervención	Hallazgos	A. patológica
1	7 días. Asintomática	Quiste ovario izq. complejo	Ovario torsionado	Infarto hemorrágico ovárico.
2	15 días. Asintomática	Quiste de mesenterio u omental	Ovario d. torsionado.	Infarto hemorrágico ovárico. Salpingitis aguda
3	21 días. Asintomática	Quiste ovario d. complejo	Ovario torsionado	Infarto hemorrágico ovárico.
4	133 días. Asintomática (2 punciones previas)	Quiste de ovario simple (Ø 4,5 cm)	Ovario d. torsionado 180º	No

Abreviaturas utilizadas en las tablas: izq. = izquierdo; d = derecho; Ø = diámetro del quiste; abd = abdominal.

pos según la edad diagnóstica: neonatal, antepuberal y puberal.

Ecográficamente el quiste se ha considerado: simple, si es anecoico y de paredes lisas; complejo, cuando existen paredes gruesas o niveles y patrón ecogénico⁽⁵⁾.

Se ha revisado descriptivamente: la clínica, el diagnóstico ecográfico, los hallazgos operatorios y el estudio anatomopatológico valorando su correlación.

RESULTADOS

En estos diez años se han intervenido por abdomen agudo 1576 pacientes, de los cuales 16 (1%) tenían origen ginecológico.

El primer grupo (Tabla I). Todas las pacientes tenían diagnóstico ecográfico prenatal, tres etiquetadas de quiste de ovario y otra de quiste de mesenterio u omental (Fig. 1). La intervención se realizó entre los 7 días y los cuatro y medio meses (x media= 57,5 días), encontrándose durante la operación: una torsión incompleta de ovario que se recuperó tras la detorsión; una torsión completa de ovario y trompa, se realizó ooforo-salpingectomía; y dos torsiones completas de ovario, realizándose ooforectomía. El diagnóstico anatomopatológico fue infarto hemorrágico y salpingitis aguda. En el 75% de los casos existió correlación entre el diagnóstico ecográfico y los hallazgos operatorios (Tabla I).

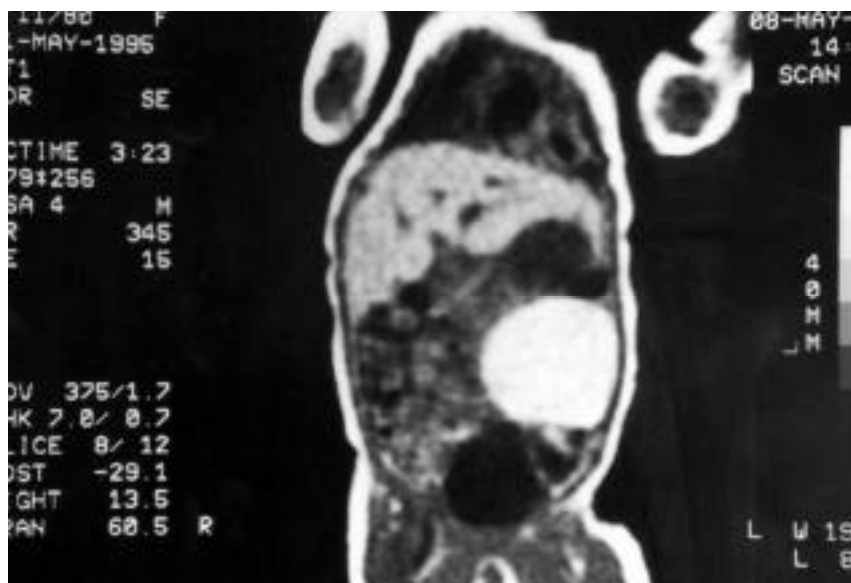


Figura 1. Resonancia magnética. Masa quística homogénea de paredes regulares, de 5 cm, situada en flanco anterior izquierdo.

Un segundo grupo compuesto por 3 pacientes (Tabla II), con edades comprendidas entre 4 y 8 años. Todas manifestaron dolor abdominal y vómitos, una consecutivo a traumatismo banal en la que no se realizó ecografía. Esta paciente presentaba la trompa y el ovario torsionados por un quiste hemorrágico que precisó ooforosalingectomía. Las otras 2 tenían, como diagnóstico ecográfico, quiste complejo de ovario y tumoración ovárica.; los hallazgos operatorios fueron ovario torsionado y masa ovárica con torsión tuboovárica que precisaron ooforectomía y salpingooforectomía respectivamente. El estudio anatomopatológico informó de infarto hemo-

rrágico en una paciente y de infarto hemorrágico tuboovárico en las otras dos, siendo la causa de una de ellas el teratoma sólido. La correlación entre diagnóstico ecográfico y hallazgos operatorios fue del 100% (Tabla II).

Un tercer grupo compuesto por 9 pacientes (Tabla III), con edades entre los 11 y 14 años. Todas ellas presentaron dolor abdominal, tres de tipo crónico y algunas vómitos.

Todas tenían estudio ecográfico previo, excepto la paciente de 11 años, intervenida por sospecha de apendicitis aguda. En 5 casos la ecografía implicó al ovario y/o trompa como justificante del cuadro y en 1 con-

TABLA II. GRUPO ANTEPUBERAL

N°	Edad-clínica	Motivo intervención	Hallazgos	A. patológica
5	4 años. Dolor abd. cólico de 5 días y vómitos	Quiste ovario izq. complejo	Ovario torsionado izq.	Infarto hemorrágico ovárico
6	5 años. Dolor abd. violento tras golpe y un vómito	Dolor abdominal. Masa en fosa ilíaca derecha	Ovario y trompa d. torsionadas Quiste hemorrágico	Infartos hemorrágicos de trompa y ovario
7	8 años. Dolor abdominal agudo y vómitos a- fetoproteína ≠	Tumoración ovárica	Ovario y trompa d. torsionadas por tumoración	Teratoma sólido ovárico. Infarto hemorrágicos de trompa y ovario

TABLA III. GRUPO PUBERAL

N°	Edad-clínica	Motivo intervención	Hallazgos	A. patológica
8	11 años. Dolor abd. de 4 días y vómitos	Apendicitis aguda	Ovario y trompa d. torsionados. Quiste hemorrágico	Infarto hemorrágico de trompa y ovario
9	12 años. Dolor abd. (2 meses)	Malrotación intestinal. Quiste de ovario izq. complejo	Tumoración quística ovárica	Teratoma quístico ovárico. Ooforectomía parcial
10	12 años. Dolor abd. (15 días)	Quiste de ovario d. complejo	Tumoración quística ovárica	Quiste. Ovario y trompa normal
11	12 años. Dolor abd. agudo y vómitos	Quiste de ovario izq. complejo	Tumoración quística ovárica.	Teratoma quístico ovárico. Ooforectomía parcial
12	12 años. Dolor abd. agudo	Quiste de ovario izq. complejo	Tumoración quística ovárica	No (aspiración)
13	13 años. Dolor abd. (2 meses)	Absceso en Douglas.	Quiste de paraóforo izquierdo torsionado	Infarto hemorrágico de trompa con quiste
14	13 años. Dolor abd. agudo	Quiste de ovario izq. complejo	Tumoración quística	Teratoma quístico. Trompa y ovario normales
15	13 años. Dolor abd. (1 mes)	Dolor abdominal	Quiste de paraóforo dcho torsionado	Quiste de paraóforo
16	14 años. Dolor abd. agudo	Himen imperforado	Hidrometrocolpos	No

firmó el diagnóstico de hidrometrocolpos. En los otros 2 casos el diagnóstico ecográfico fue: absceso en el espacio de Douglas y líquido libre en fosa ilíaca derecha y Douglas, ambos pacientes presentaban quiste de paraóforo.

Los hallazgos operatorios fueron: 6 pacientes con tumoraciones quísticas, cuyas características anatomopatológicas eran 3 teratomas quísticos benignos y 3 quistes foliculares (dos hemorrágicos); 2 pacientes con quistes de paraóforo y 1 paciente con hidrometrocolpos.

Las intervenciones realizadas fueron:

una apertura de himen; una salpingectomía; una excisión de quiste de paraóforo; una aspiración de quiste folicular hemorrágico; dos ooforectomías parciales y tres salpingooforectomías. En el 75% de los casos existió correlación entre el diagnóstico ecográfico y los hallazgos operatorios (Tabla III).

DISCUSIÓN

La utilización de la ecografía ha supuesto un aumento en el diagnóstico de la

patología ovárica, una actitud menos intervencionista en el tratamiento de los quistes y una mayor exactitud diagnóstica en el abdomen agudo⁽¹⁻⁴⁾.

La mayoría de los quistes de ovario se detectan en los primeros meses de vida y durante la menarquía. Los primeros son consecuencia de la estimulación ovárica por las hormonas gonadotrópicas y los estrógenos maternos⁽⁶⁾. Durante la pubertad los quistes foliculares están ligados a la estimulación de origen hipofisario⁽¹⁾. El desarrollo de quistes de ovario, en otras épocas de la vida, nos debe hacer sospechar la

posible existencia de una liberación hormonal secundaria a patología endocrina o tumoral⁽⁶⁾.

El tamaño, la sintomatología y la clasificación de los quistes, según sus características ecográficas, en simples y complejos son determinantes para la actitud terapéutica⁽⁵⁻⁸⁾.

La involución espontánea de los quistes simples neonatales, por su carácter funcional y transitorio, es la base del tratamiento conservador que requiere un seguimiento, fundamentalmente ecográfico, no superior a 6 meses. Sin embargo, los quistes neonatales simples, > 5 cm., de diámetro o 25 cc. de volumen, deben puncionarse para reducir su tamaño y disminuir la posibilidad de graves complicaciones^(6,7,9,10). La laparotomía se reserva para los quistes recidivantes post-punción y para los quistes complejos⁽⁷⁾. Los quistes, en estas edades no suelen dar síntomas, siendo bien tolerados a pesar de su gran tamaño o existir torsión⁽⁸⁾. La torsión habitualmente se produce en el feto⁽¹¹⁾ condicionando una cirugía mutilante (2 ooforectomías y 1 salpingooforectomía en nuestra serie). Por ello, hay autores que recomiendan el tratamiento intraútero en casos seleccionados⁽¹²⁾. Es excepcional la manifestación de un cuadro oclusivo consecuente al síndrome ovárico-intestinal⁽¹⁾.

Conforme avanza la edad, el dolor abdominal es el síntoma predominante, apareciendo signos de abdomen agudo que pueden ser interpretados como apendicitis aguda⁽⁴⁾.

En el período prepuberal, el riesgo de existencia de un tumor maligno es mayor. Por ello el tratamiento conservador de los quistes simples, asintomáticos (hasta 7 cm de diámetro) no debe superar las dos semanas. Si en quince días el quiste no disminuye o desaparece en los controles ecográficos, debe intervenir. Igualmente se operarán todas las pacientes con sintomatología (dolor, fiebre, vómitos), indepen-

dientemente del tamaño del quiste y los quistes complejos. En este grupo es conveniente realizar estudios complementarios tanto radiológicos (tomografía computarizada abdomino-pélvica), como analíticos (a-fetoproteína, b-HCG, etc.) para descartar la posible patología tumoral o endocrina^(2,6).

En el período puberal la posibilidad de que el quiste sea benigno es mucho mayor que en el grupo prepuberal. Teniendo en cuenta que algunas pacientes han podido tener relaciones sexuales, es conveniente descartar enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico⁽⁶⁾.

El tratamiento de los quistes simples, hemorrágicos y complejos menores de 7 cm de diámetro es observación durante 1 ó 2 semanas. El tratamiento quirúrgico se reserva para cualquier tipo de quiste mayor de 7 cm; para los quistes que no disminuyen de tamaño en el período de observación; para los quistes con sintomatología y para los quistes cuyo origen ovárico no está claro⁽⁶⁾. La punción evacuadora no está indicada por la alta tasa de recidivas⁽¹³⁾ ni tampoco la contracepción oral⁽⁶⁾. A esta edad la tumoración ovárica más frecuente es el teratoma quístico benigno (3 pacientes en nuestra serie)⁽¹⁴⁾.

En la cirugía de los quistes, independientemente de la edad, el objetivo será respetar al máximo posible el tejido ovárico. Hay controversia, sobre la conveniencia o no, de la fijación del ovario y/o trompa contralaterales⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ y de la realización de apendicectomía profiláctica, durante el curso de la cirugía⁽⁴⁾.

Creemos que la ecografía en nuestro medio es un instrumento muy útil para un correcto diagnóstico y seguimiento. El conocimiento de la fisiopatología de los quistes de ovario es importante para evitar cirugías mutilantes innecesarias, como las sufridas por 2 de nuestros pacientes en edad puberal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez C, Nuñez R, Cabrera R, et al. Quistes de ovario en la infancia. *Cir Pediatr*1995;**8**:102-104.
2. Haase GM, Vinocur CD. Ovarian tumors. In: O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds). *Pediatric Surgery* 5th ed. St. Louis, Missouri: Mosby 1998; p. 513-540.
3. Matute JA, Gómez A, Cano I, et al. Tratamiento conservador de los quistes ováricos neonatales. *An Esp Pediatr*1990;**33**:549-553.
4. Anderson KD, Parry RL. Appendicitis. In: O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds). *Pediatric Surgery* 5th ed. St. Louis, Missouri: Mosby 1998; p. 1369-1379.
5. Nussbaum AR, Sanders RC, Gartman DS, et al. Neonatal ovarian cysts: Sonographic-pathologic correlation. *Radiology*1988;**168**:817-821.
6. Helmrath MA, Shin CE, Warner BW. Ovarian cyst in pediatric population. *Semin Pediatr Surg* 1998;**7**:19-28.
7. Dolgin SE. Ovarian masses in the newborn. *Semin Pediatr Surg*2000;**9**:121-127.
8. Meyer JS, Harmon CM, Harty MP, et al. Ovarian torsion: clinical and imaging presentation in children. *J Pediatr Surg*1995;**30**:1437-1439.
9. Guileyardo JM. Clinical memoranda. Neonatal ovarian torsion. *Am J Dis Child*1982;**136**:945-946.
10. Mordehai J, Mares AJ, Barki Y, et al. Torsion of uterine adnexa in neonates and children: a report of 20 cases. *J Pediatr Surg*1991;**26**:1195-1199.
11. Hengster P, Menard G. Ovarian cysts in the newborn. *Pediatr Surg Int*1992;**7**:372-375.
12. Crombleholme TM, Craigo SD, Garmel S, et al. Fetal ovarian cyst decompression to prevent torsion. *J Pediatr Surg*1997;**32**:1447-1449.
13. Lipitz S, Seidman DS, Menczer J, et al. Recurrence rate after fluid aspiration from sonographically benign-appearing ovarian cysts. *J Reprod Med*1992;**37**:845-848.
14. Silva PD, Ripple J. Outpatient minilaparotomy ovarian cystectomy for benign teratomas in teenagers. *J Pediatr Surg*1996;**31**:1383-1386.
15. Weir CD, Brown S. Torsion of the normal fallopian tube in a premenarcheal girl: a case report. *J Pediatr Surg*1990;**25**:685-686.
16. Davis AJ, Feins NR. Subsequent asynchronous torsion of normal adnexa in children. *J Pediatr Surg* 1990;**25**:687-689.
17. Dolgin SE, Lublin M, Shlasko E. Maximizing ovarian salvage when treating idiopathic adnexal torsion. *J Pediatr Surg*2000;**35**:624-626.