

## Caso Clínico

# MANEJO LAPAROSCOPICO CONSERVADOR DE QUISTE DERMOIDE CONTENIENDO UNA MANDIBULA Y 13 DIENTES\*

Drs. *Jaime Zarhi T. y Juan M. Toso L.*

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital El Pino, San Bernardo

### RESUMEN

Se presenta un caso clínico de quiste dermoide abordado en forma conservadora vía laparoscópica conteniendo maxilar superior y trece dientes, se discute su cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento.

PALABRAS CLAVES: **Quiste dermoide**

### SUMMARY

A case is presented of conservative laparoscopic excision of an ovarian dermoid cyst which contained a superior mandible with thirteen teeth. The clinical issue, diagnosis and treatment are discussed.

KEY WORDS: **Dermoid cyst, laparoscopic surgery**

### INTRODUCCION

El manejo tradicional de las lesiones anexiales ha sido la laparotomía, pero en los últimos 15 años gracias al avance de la cirugía mínimamente invasiva, estos procedimientos se han hecho cada vez mas frecuentes y más conservadores, y en la actualidad, toda cirugía anexial debería ser realizada por laparoscopia en pacientes adecuadamente seleccionadas (1). Dentro de la patología benigna de ovario, los quistes dermoides, endometriósicos y serosos aparecen como los más frecuentes, tanto en la literatura nacional como extranjera (2, 3). El teratoma quístico maduro, es un tumor benigno que deriva desde tres líneas de células embrionarias y pueden contener tejido sebáceo, pelos, hueso o cartilago y ocasionalmente tejido gastrointestinal o respiratorio (3). Se pesquisa habitualmente en la edad reproductiva de la mujer, con una mayor inci-

dencia entre los 20 y 29 años, siendo asintomático en la mayoría de los casos, diagnosticándose sólo ocasionalmente como una complicación del mismo. En caso de rotura inadvertida, debe realizarse una adecuada irrigación y aspiración con abundante suero fisiológico, para evitar la peritonitis química y formación de adherencias que tiene importancia en pacientes que buscan fertilidad (1). La desventaja de esta cirugía, es el riesgo de derrame de células malignas en la cavidad abdominal, en caso de cáncer ovárico inesperado (3, 4, 5).

Se presenta un caso de un quiste dermoide enucleado vía laparoscópica, que contenía maxilar superior y 13 piezas dentarias.

### CASO CLINICO

Paciente de 21 años, nuligesta, sin antecedentes mórbidos de importancia, que es enviada de

\*Trabajo leído en la sesión del 7 de mayo de 2002 de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.

Policlínico con el diagnóstico de lesión anexial derecha por una ecografía realizada en dicho centro, que mostraba una imagen sólida de 62 x 45 x 50 cm. Al ingreso en nuestro servicio, la paciente relata dolor en relación a fosa ilíaca derecha de siete días de evolución, acompañada de sensación nauseosa sin trastornos menstruales. El examen ginecológico mostró masa de consistencia quística, en relación a anexo derecho, móvil, levemente sensible que medía 60 x 50 cm de diámetro. El resto del examen fue negativo. Se realiza ecotomografía transvaginal, que mostró tumor de predominio sólido de 65 x 52 cm con zonas hiperrefringentes en su interior, siendo informado como probable quiste dermoide (Figura 1). Se solicitaron exámenes de rutina y el 29/3/01 por persistencia del dolor, es sometida a cirugía laparoscópica en nuestro servicio con el diagnóstico de probable quiste ovárico torcido.

#### *Técnica quirúrgica y hallazgos intraoperatorio*

Bajo anestesia general endotraqueal, la paciente es colocada en posición de dorsolitotomía con ambas piernas semiflectadas, procediéndose a la asepsia y antisepsia con clorexidina y posterior inserción de un manipulador uterino tipo zumi y cate-rización de vejiga con sonda nélaton. Se ingresa a cavidad abdominal de manera clásica, con aguja de verees hasta presión de 17 mm de mercurio, que es mantenida durante todo el acto quirúrgico. Posteriormente se inserta trocar primario y óptica de visión frontal 10 mm, visualizándose en relación a anexo derecho, ovario aumentado de tamaño, blanco nacarado, no adherido, de 6 x 5 cm de diámetro

que nos impresionó como dermoide. La evaluación pélvica y abdominal no reveló la presencia de ninguna lesión sospechosa. El anexo izquierdo y útero se visualizaron normales. Se realizan tres punciones accesorias, dos laterales por fuera de los vasos epigástricos y una suprapúbica medial, 2 cm sobre la incisión de Pfannestiel. Con pinza Hook se procede a abrir albugínea hasta la pared del quiste, procediéndose a la enucleación completa por medio de la tracción y contratracción con pinzas de agarre. Posteriormente el trocar suprapúbico de 5 mm es reemplazado por trocar de 13 mm, a través de cual se introduce bolsa de polietileno a la cavidad abdominal. El quiste enucleado es colocado dentro de la bolsa, procediéndose a su ruptura y aspiración, apreciándose salida de líquido espeso y grasoso con abundantes pelos. Posteriormente se procede a la extracción de la bolsa aspirada a través del trocar de 13 mm, que se vio dificultada por la existencia de tejido duro que rompió la bolsa, comprobándose que se trataba de maxilar superior y 13 piezas dentales entre incisivos, premolares y molares (Figuras 2 y 3). El ovario no fue suturado y la hemostasia se realizó usando coagulación bipolar. Posteriormente se procedió a irrigación y aspiración de la cavidad abdominal y pélvica con tres litros de suero glucosado tibio al 5%, extrayéndose grasa y pelos en su totalidad.

El tiempo operatorio fue de 40 minutos y no hubo complicaciones intratraoperatoria ni postoperatoria, siendo dada de alta al día siguiente. El informe histopatológico confirmó la presencia de un teratoma quístico maduro con maxilar y piezas dentarias. Los controles postoperatorio, no han mostrado recurrencia del quiste hasta la fecha.



Figura 1. Tumor dermoide con zonas hiperrefringentes en su interior. Dimensiones: 60 x 53 mm.

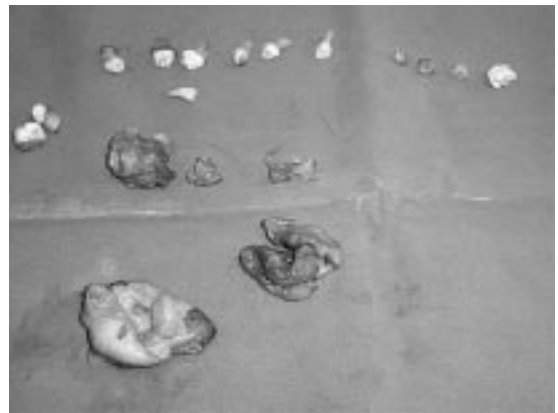


Figura 2. Maxilar superior, cápsula del quiste y trece dientes.



Figura 3. Maxilar superior, cápsula del quiste, dientes y pelos.

## DISCUSION

El manejo laparoscópico de las masas anexiales, permanece contradictorio, a causa de los riesgos potenciales de diseminación en casos de cancer de ovario no diagnosticados (6). En pacientes con tumores anexiales, una adecuada selección de pacientes que incluye antecedentes familiares, anamnesis y examen físico, ecotomografía transvaginal, marcadores tumorales y laparoscopia, permite al cirujano laparoscopista tener la tranquilidad de encontrarse con una lesión benigna en un 97% de los casos (7).

Aunque la presencia de huesos y dientes dentro del quiste dermoides, ha sido reportado en varias publicaciones tanto europeas como americanas, la presencia de maxilar superior con 13 piezas dentales incluidos molares, incisivos y caninos, es el primer caso de abordaje vía laparoscópica publicado tanto en la literatura nacional como extranjera (3).

El quiste dermoides es uno de los tumores benignos mas comunes diagnosticados en mujeres en edad reproductiva, pero tiene el inconveniente de su rotura intraperitoneal y consecuentemente cuadro clínico de peritonitis química, además puede sufrir torsión y ocasionalmente en 1-2% una transformación maligna especialmente en mujeres postmenopáusicas (7, 8). Koonings y col encontraron que el 58% de las neoplasias ováricas benignas, excluyendo los quistes funcionales y endometriomas, correspondían a los teratomas quísticos (9). Sin embargo la incidencia de estas complicaciones potenciales son muy bajas, y la mayoría de los quistes dermoides pueden ser manejados en forma segura por laparoscopia.

En los últimos años, la ultrasonografía trans-

vaginal ha permitido que estos tumores se diagnostiquen con una alta especificidad, teniendo una muy buena correlación con los resultados histopatológicos, debido a que se les han descritos características propias que lo pueden diferenciar de otros tumores ováricos (8, 9, 10). En nuestro caso clínico, la ecotomografía transvaginal reveló la presencia de un tejido densamente ecogénico, que sugería la presencia de tejido óseo, además de ecos de bandas delgadas ecogénicas altamente sugerente de quiste dermoide.

El abordaje laparoscópico de los quistes dermoide, puede incluir la excisión completa o quistectomía, el drenaje e extirpación de la cápsula, ooforectomía y la anexectomía, que esta indicada en pacientes postmenopáusica o pacientes con sospecha de tumores borderline (11). En pacientes premenopáusicas y especialmente jóvenes que buscan fertilidad, el abordaje laparoscópico conservador es el de elección, por todos los beneficios que le significan en relación al dolor postoperatorio, altas precoces, resultados cosméticos y tiempos operatorios incluso menores que por laparotomía (5, 9, 12). El principal problema en el tratamiento conservador de estos tumores, es la rotura de la cápsula durante la disección, con el consiguiente derrame de su contenido ocasionando peritonitis química y un cuadro granulomatoso peritoneal adherencial, que si no se toman precauciones como es la irrigación y aspiración con abundante suero tibio fisiológico, podrían dejar secuelas posteriores. La rotura del quiste puede también ocurrir cuando la excisión se hace por laparotomía, pero esta al ser abierta, no tiene el inconveniente de la rotura durante la extracción de la pieza operatoria, que sí puede ocurrir en el caso de la cirugía laparoscópica, que es la rotura de la bolsa durante la extracción por la punción suprapúbica (3, 13, 16). Para evitar el derrame del contenido, se han ideado diferentes técnicas para la extracción del quiste enucleado desde la cavidad peritoneal, como es la ampliación de la punción suprapúbica, punción evacuadora y extracción, bolsas de politileno (endobag), uso del diafragma pélvico y la extracción a través del fondo de saco anterior y posterior con asistencia laparoscópica (3, 6, 8, 14, 16).

En nuestro caso clínico, por tratarse de una mujer de 21 años, nuligesta, se realizó una quistectomía, lográndose la enucleación completa sin la rotura de su pared, procediéndose a su colocación dentro de bolsa de politileno introducida con posterioridad a través del trocar N° 12 suprapúbico. Inmediatamente, se realiza la aspiración del contenido y su extracción a través del trocar suprapúbico,

que se vio dificultada por la resistencia ofrecida por el tejido óseo, alveolos y dientes (Protuberancia de Rokitansky). El ovario no fue suturado. Algunos autores recomiendan la colocación de 1 a 2 puntos de vicril 3-0 en caso que el que los bordes del ovario queden muy separados (8, 11).

El tiempo operatorio fue de 40 minutos, que esta de acuerdo con las publicaciones tanto nacionales como extranjeras (15, 17). El resultado anatómopatológico, mostró un teratoma quístico maduro puro, que es lo que uno debe esperar en pacientes jóvenes como en este caso clínico, ya que el riesgo de malignidad es mas alto en mujeres postmenopáusicas.

## CONCLUSION

El abordaje quirúrgico de la mayoría de lesiones anexiales, debe ser realizado vía laparoscópica, en pacientes adecuadamente seleccionadas, ya que la posibilidad de encontrarse con una lesión maligna es muy baja (1-2%).

En caso de pacientes con lesiones anexiales dudosas en cuanto a benignidad, el abordaje laparoscópico diagnóstico, muchas veces evita una laparotomía, ya que la alta sensibilidad y especificidad de esta examen, permite confirmar o descartar la presencia de un cancer en la mayoría de los casos.

En caso de rotura de la pared del quiste, que puede ocurrir tanto por laparoscopia como por laparotomía, debe realizarse una rápida y adecuada aspiración e irrigación con abundante suero fisiológico, para evitar la peritonitis química en caso de quiste dermoide y la diseminación de células malignas, en caso de tumor ovárico no diagnosticado.

Los tiempos quirúrgicos en relación a la laparotomía se han igualado, incluso, son menores, con las ventajas que significa un menor dolor postoperatorio, menor morbilidad infecciosa, altas precoces y mejores resultados cosméticos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Mirjam Weemhoff and Johannes J: Van Beek. Follow-up complaints and recurrence after laparoscopic surgery of benign adnexal tumours. *Gynaecol Endosc* 2000; 9: 91-4.
2. López J, Neumann T, Garrido J, Herane E, Aliaga P, Silva F: Cirugía laparoscópica en lesiones anexiales. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2000; (1): 28-33.
3. Campo S, Marone M, Gambodauro P, Garcea N: Laparoscopic conservative excision of a rare asymptomatic 11cm ovarian dermoid cyst containing a

mandible with seven teeth. *Gynaecol Endosc* 2000; (9): 65- 8.

4. Vos C, Brolmann H and Bal H: Distinguishing the benign and the malignant anexal mass: the predictive value of transvaginal ultrasonography, transvaginal colour Doppler flow and serum Ca 125 level. *Gynaecol Endosc* 1995; (4): 183-7.
5. Rasmussen C, Englund K, Lindblom B: Management of cystic ovarian masses by laparoscopic surgery: results of 275 cases. *Gynaecol Endosc* 1999; (8): 35-9.
6. Volz J, Köster S, Melchert F: Laparoscopic treatment of ovarian cysts: experiences with different technique to avoid spillage. *Gynaecol Endosc* 1995 (4): 177-81.
7. Caspi B, Levi R, Golman G, Hagay Z: Conservative management of ovarian cistic teratoma during pregnancy and labor. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182(3).
8. Prado J, Bravo E, Bennett C, Frank K: Resección de quiste dermoide por vía vaginal con asistencia laparoscópica. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2001; 66(3): 165-70.
9. Guerriero S, Ajossa S, Mais V y Cols: Prelaparoscopic asseessment of ovarian cysts in reproductive-age women. *Gynaecol Endosc* 1997 (6): 157-67.
10. Amor F, Vaccaro H, Martínez J y cols: Rendimiento de la ultrasonografía en patología anexial. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2001; 66(2): 104-10.
11. Wong Y-M, Amer S, Li T, Cooke I: Laparoscopic management of ovarian cysts *Gynaecol Endosc* 2000; (9): 79-90.
12. Parker W: Magenement of the adnexal mass in the year 2000. *Am Associat Gynecol Laparosc* 2000; 7(4): 453-4.
13. Argenta P, Nezhat F: Approaching the adnexal mass in the new millennium. *J Am Associat Gynecol Laparosc* 2000; 7.
14. Miranda C: Cirugía endoscópica del ovario. Resección de teratoma quístico maduro: Ooforectomía translaparoscópica. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 1992; 57(2) 107-08.
15. Damiani G, Campo S, Dargenio R, Garcea N: Laparoscopic vs Laparotomic ovarian cystectomy in reproductive age women: an economic evaluation. *Gynaecol Endosc* 1998; 7: 19-23.
16. Kuhn T, Mangold R, Santjohanser C y Cols. Complete resection of adnexal masses with endobag extraction: the risk of involuntary tumour rupture. *Gynaecol Endosc* 2000; 9: 59-63
17. Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang A: A Randomized Prospective Study of Laparoscopy and Laparotomy in Management of Benign Ovarian Masses. *Gynaecol Endosc* 1997; (6 Suppl): 23.

## DISCUSION

Dr. **P. Aliaga**: Pregunta sobre el rol del estudio radiológico preoperatorio y sobre los criterios diagnósticos para una peritonitis química alejada.

Dr. **E. Bravo**: Resalta la destreza quirúrgica necesaria para la realización de este tipo de cirugías y la necesidad de los equipos adecuados. Recuerda la experiencia del Hospital Van Buren de Valparaíso en la realización de una técnica combinada laparoscópica con tiempo vaginal en este tipo de pacientes, con buen resultado incluso desde el punto de vista de fertilidad posterior.

Dr. **E. Guzmán**: Comenta sobre el tamaño crítico en la decisión de la vía de abordaje quirúrgico.

Dr. **E. Oyarzún**: Pregunta sobre los criterios de inoperabilidad laparoscópica y sobre la necesidad de estudio biopsico intraoperatorio.

Dr. **J. Zarhi**: En su experiencia personal no han existido pacientes que hayan desarrollado peritonitis química. En este trabajo no se realizó estudio radiológico previo, sin embargo puede ser de utilidad.

No se realizó biopsia intraoperatoria, la decisión de cambiar el abordaje quirúrgico se efectuó de acuerdo al aspecto macroscópico del tumor.

---