

Peritonitis química aguda secundaria a teratoma de ovario roto

Drs. Eduardo Reyna-Villasmil,¹ Duly Torres-Cepeda,² Martha Rondon-Tapia.³

RESUMEN

La rotura espontánea del teratoma quístico maduro de ovario es rara, pero puede llevar a la aparición de peritonitis química aguda. Una vez que se realiza el diagnóstico, es necesario realizar inmediatamente la cirugía. La resección del tumor y el lavado peritoneal son generalmente suficientes para revertir los efectos. Se presenta un caso de paciente de 35 años quien presentó síntomas de abdomen agudo secundario a peritonitis química aguda de dos días de evolución. Se realizó laparoscopia de emergencia encontrándose aproximadamente 1000 mL de líquido ascítico de color amarillento, no fétido en la cavidad peritoneal y tumoración quística que se originaba del ovario izquierdo. Se realizó salpingooforectomía izquierda y lavado peritoneal. La evaluación anatomopatológica confirmó el diagnóstico de teratoma quístico maduro de ovario.

Palabras clave: Peritonitis química; Teratoma quístico maduro, Rotura; Abdomen agudo.

SUMMARY

Spontaneous rupture of mature cystic teratoma of the ovary is rare, but it can lead to the appearance of acute chemical peritonitis. Once diagnosis is made, it is necessary to perform surgery immediately. Tumor resection and peritoneal lavage are generally sufficient to reverse effects. We present a case of a 35-year-old patient who presented with symptoms of acute abdomen secondary to acute chemical peritonitis of two days of evolution. Emergency laparoscopy was performed with approximately 1000 mL of yellowish, non-fetid ascitic fluid in peritoneal cavity and cystic tumor originating from the left ovary, performing left salpingo-oophorectomy and peritoneal lavage. The anatomopathological evaluation confirmed the diagnosis of mature ovarian cystic teratoma.

Keywords: Chemical peritonitis; Mature cystic teratoma; Rupture; Acute abdomen.

INTRODUCCIÓN

Los teratomas son neoplasias compuestas de tejidos de todas las capas germinales con origen histogenético desconocido. El teratoma quístico maduro es un tumor ovárico frecuente, que constituye 20 % de los tumores de ovarios en mujeres y 50 % en niñas. Se presenta con mayor frecuencia durante la edad reproductiva y

puede ser bilateral en 8 % a 15 % de los casos. Su tamaño generalmente es de 5-10 centímetros, pero puede alcanzar los 50 centímetros (1). Las principales complicaciones que producen son torsión (16 %), transformación maligna (1 % - 2 %), rotura (1 % - 2 %) e infección (1 %) (2-5). La rotura espontánea o iatrogénica es rara debido a que generalmente la cápsula del tumor es gruesa, puede conducir a peritonitis química. Se presenta un caso de peritonitis química secundaria a teratoma de ovario roto.

CASO CLÍNICO

Se trata de mujer de 35 años, II gestas, II abortos,

¹Doctor en Medicina Clínica. Especialista en Ginecología y Obstetricia.

²Doctora en Ciencias Médicas. Especialista en Ginecología y Obstetricia.

³Médico especialista. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo.

quien asistió a la emergencia del hospital por presentar dolor abdominal en hipogastrio que posteriormente se extendió a todo el abdomen, de dos días de evolución, acompañado de anorexia, vómitos y fiebre. Negaba antecedentes de hematuria, disuria, flujo vaginal o rectorragia. Refería ciclos menstruales normales.

Al examen físico la paciente estaba febril (38,8 °C), taquicárdica (100 latidos por minuto), hipotensa (100/50 mm de Hg). El abdomen estaba marcadamente distendido, con signos de defensa difuso y dolor a la presión. Los ruidos hidroaéreos estaban disminuidos y el examen rectal fue normal. La evaluación cardiorrespiratoria estaba dentro de límites normales. Los valores de las pruebas de laboratorio fueron: hemoglobina 10,2 g/dL, conteo de leucocitos de 10 300 células/mL con 80 % de neutrófilos y concentraciones de proteína C reactiva de 10,5 mg/dL. Los exámenes de glicemia, orina, electrolitos séricos, funcionalismo renal y hepático fueron normales. La radiografía de tórax no mostró alteraciones y la radiografía simple de abdomen evidenció algunas asas intestinales distendidas. La ecografía reveló tumoración pélvica central poco penetrada que medía 16 x 9 centímetros con ascitis ecogénica. No se encontraron evidencias de torsión o ruptura de la lesión.

En vista de los hallazgos clínicos y de laboratorio se realizó laparoscopia ginecológica, en la cual se encontró aproximadamente 1000 mL de líquido ascítico de color amarillento, no fétido, en la cavidad peritoneal. El peritoneo y la superficie del útero y asas intestinales estaban cubiertos por una capa difusa y gruesa de color amarillento (figura 1). En la exploración pélvica se observó tumor quístico que se originaba del ovario izquierdo de aproximadamente 15 x 10 centímetros, del cual salía el líquido a través de un pequeño orificio en la pared. Se realizó salpingooforectomía izquierda y lavado peritoneal. El útero, anexo derecho, apéndice, asas intestinales, hígado y bazo fueron normales. La paciente recibió antibioticoterapia, no presentó complicaciones durante el posoperatorio y fue dada de alta a los 3 días.

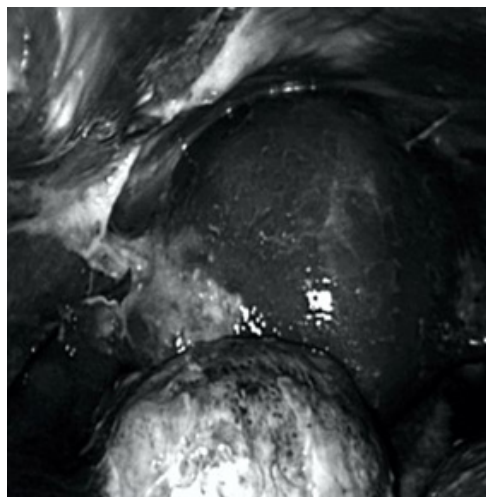


Figura 1. Hallazgos operatorios que muestran la lesión en ovario izquierdo. El peritoneo y la superficie del útero y asas intestinales están cubiertos por una placa difusa y gruesa de color amarillento.

La citología del líquido peritoneal tenía características inflamatorias con gran cantidad de neutrófilos e histiocitos sin células neoplásicas. El examen microscópico mostró pared quística de 6 milímetros de espesor con epitelio lineal, epidermis queratinizada, folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas, tejido conectivo y elementos cartilaginosos. No se encontró evidencia de malignidad ni presencia de tejido ovárico, confirmando el diagnóstico de teratoma quístico benigno de ovario.

DISCUSIÓN

El término abdomen agudo abarca un grupo de afecciones médicas y quirúrgicas, por lo cual es necesario un enfoque metódico y cuidadoso para llegar al diagnóstico correcto. La peritonitis aguda constituye una causa importante del abdomen agudo debido a la naturaleza potencialmente mortal si se maneja de manera inadecuada (6). Esta condición es común y requiere de cirugía inmediata. Sus manifestaciones clásicas son dolor, defensa, rigidez

y aumento de sensibilidad abdominal. La inflamación del peritoneo puede ser secundaria a exposición al contenido intestinal, bilis, sangre, orina o secreción purulenta. En muchos casos, el diagnóstico definitivo se realiza durante la cirugía. Un quiste de ovario roto o una torsión del quiste ovárico pueden presentarse, con frecuencia, con síntomas similares a los de una peritonitis química (7).

La fuga de material sebáceo por rotura del teratoma quístico maduro causa una reacción peritoneal inflamatoria aséptica (peritonitis química). La incidencia de peritonitis química después de la rotura o fuga de líquido quístico al peritoneo es inferior de 0,5 % (8-10). Los síntomas y signos de la peritonitis química aguda pueden ser sutiles y marginales en la fase temprana. Sin embargo, las pacientes pueden referir distensión abdominal progresiva, dolor abdominal en hemiabdomen inferior y trastornos gastrointestinales como anorexia, náuseas, vómitos y diarrea (8), por lo que el diagnóstico en estos casos debe ser oportuno y preciso para evitar el posible retraso en el tratamiento definitivo. Los elementos esenciales para el diagnóstico son la historia completa y un examen físico. La mayoría de los pacientes con teratoma son asintomáticos y la tumoración anexial generalmente se descubre en un examen ecográfico de rutina o con calcificaciones en la radiografía abdominal de rutina (9).

Existen dos presentaciones clínicas asociadas con la rotura del teratoma quístico maduro; puede ser aguda o crónica (10). La primera es la peritonitis aguda causada por ruptura repentina del tumor, con salida del contenido del mismo, que puede ocurrir en forma espontánea o, más comúnmente, asociada a torsión con infarto del tumor, traumatismo directo, presión interna por rápido crecimiento del quiste, infección del contenido dermoide, cambios malignos o presión prolongada durante el parto se consideran como causas posibles (11). Esta se asocia a la aparición de dolor abdominal y choque grave. La segunda presentación clínica es como peritonitis granulomatosa crónica, que es más común que un episodio agudo, secundaria a

fugas lentas y crónicas del contenido a través de una perforación en la cápsula del quiste. Esta variedad se caracteriza por una lesión de placa gruesa de color blanco a amarillento en el peritoneo visceral, especialmente en la superficie de útero y recto, adherencias densas y ascitis variable, cuya apariencia macroscópica es idéntica a la del carcinoma de ovario metastásico o peritonitis tuberculosa (1).

Los estudios por imágenes pueden diagnosticar en forma precisa la rotura del teratoma ovárico cuando se observa la discontinuidad de la pared de la lesión. La presencia de ascitis y/o distorsión también sugieren la rotura de este. El diagnóstico por tomografía computada es bastante sencillo ya que es muy sensible para la detección de implantes grasos intraperitoneales, comúnmente alrededor de la superficie del hígado. Sin embargo, el diagnóstico temprano es difícil. Tanto la peritonitis aguda como la crónica pueden manifestarse como ascitis, inflamación focal o difusa del epiplón y lesiones inflamatorias que involucran epiplón e intestino (12).

El tratamiento de elección, una vez que se diagnostica la rotura de un teratoma quístico ovárico, es la cirugía. Los casos de peritonitis química aguda por rotura de teratoma quístico maduro tienen pronóstico favorable, si no se observan signos obvios de peritonitis intraoperatoria, ya que la extirpación rápida de la lesión ovárica junto al lavado peritoneal completo es suficiente para prevenir la peritonitis química prolongada. La mayoría de los casos se pueden tratar de forma conservadora si el contenido del quiste se elimina por completo durante la cirugía (9).

En los casos de peritonitis granulomatosa, pueden ocurrir secuelas, como adherencias pelvianas causadas por el material sebáceo, y existe poca información sobre los potenciales tratamientos. Hay informes de que el uso de corticosteroides sistémicos puede mejorar la resolución posoperatoria de estos casos (9, 13). Por otra parte, los teratomas que sufren transformación maligna y que se complican con rotura/derrame intraperitoneal de su contenido tienen un peor

pronóstico (14). Además, en algunos casos de rotura de teratomas quísticos maduros se ha demostrado que puede causar obstrucción intestinal o perforación de otros órganos como vejiga urinaria, recto, asas intestinales, colon sigmoides, vagina e, incluso, pared abdominal (15).

En conclusión, aunque la peritonitis química aguda secundaria a rotura espontánea de un teratoma quístico de ovario maduro es una condición rara, el diagnóstico correcto es importante.

REFERENCIAS

- Huang DQ. Classic mature cystic teratoma of the ovary in a 17-year-old adolescent girl. *Ultrasound Q.* 2015; 31(3):230-231.
- Pascual MA, Graupera B, Pedrero C, Rodríguez I, Ajossa S, Guerriero S, *et al.* Long-term results for expectant management of ultrasonographically diagnosed benign ovarian teratomas. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(6):1244-1250.
- Brandão AC, Silva AO. Diseases of the female pelvis: advances in imaging evaluation. *Magn Reson Imaging Clin N Am.* 2013; 21(2):447-469.
- Mock D, Menolascino F, Naranjo M, García V. Tumores germinales del ovario: estudio clínico-patológico de 131 casos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1998; 58(2):83-93.
- Mijares A, Anzola F, Suarez C, Palacios P, Medina F, Uribe A, *et al.* Teratoma maligno de ovario en el oncológico Padre Machado: estudio retrospectivo 1989-1999. *Rev Venez Oncol.* 2001; 13(1):9-21.
- Pooler BD, Replinger MD, Reeder SB, Pickhardt PJ. MRI of the nontraumatic acute abdomen: description of findings and multimodality correlation. *Gastroenterol Clin North Am.* 2018; 47(3):667-690.
- Murata A, Okamoto K, Mayumi T, Maramatsu K, Matsuda S. Age-related differences in outcomes and etiologies of acute abdominal pain based on a national administrative database. *Tohoku J Exp Med.* 2014; 233(1):9-15.
- Badru F, Saxena S, Munoz-Abraham AS, Guzman MA, Bansal S, Chatoorgoon K. Peritoneal nodules in a pediatric patient with benign teratoma. A case report and review of literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018; 31(6):632-636.
- El Moussaoui M, Closon F, Brichant G, Kotzampassakis N, Nisolle M. Chemical peritonitis complicating the spontaneous rupture of a dermoid cyst of the ovary. *Rev Med Liege.* 2018; 73(7-8):413-418.
- Blackwood BP, Hunter CJ, Browne M. 10-Year analysis of benign ovarian teratomas: outcomes and follow-up. *Am Surg.* 2017; 83(3):e90-e92.
- Iwata A, Matsubara K, Umemoto Y, Hashimoto K, Fukaya T. Spontaneous rupture of benign ovarian cystic teratoma in a premenarcheal girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2009; 22(5):e121-123.
- Minato T, Toyoshima M, Imai N, Kasai A, Yaegashi N. Mature ovarian cystic teratoma with disseminated nodular lesions in the pleural and peritoneal cavities: A case report. *Radiol Case Rep.* 2018; 13(3):671-675.
- Özcan HÇ, Uğur MG, Gündüz R, Bozdağ Z, Kutlar İ. Parasitic omental ovarian dermoid tumour mimicking an adnexal mass: A report of two very unusual cases. *Turk J Obstet Gynecol.* 2015; 12(4):251-253.
- Gadducci A, Pistolesi S, Guerrieri ME, Cosio S, Carbone FG, Naccarato AG. Malignant transformation in mature cystic teratomas of the ovary: case reports and review of the literature. *Anticancer Res.* 2018; 38(6):3669-3675.
- von-Walter AR, Nelken RS. Benign cystic ovarian teratoma with a fistula into the small and large bowel. *Obstet Gynecol.* 2012; 119(2 Pt 2):434-436.

Recibido 24 de enero de 2019
Aprobado 25 de marzo de 2019