

Notas clínicas

Quiste ovárico gigante como causa de incarceration paraostomal

Giant ovarian cyst as a cause of parastomal incarceration

Gómez Sánchez J, Jurado Prieto FJ, Daban López P, Nania A, Hernandez García MD, Mirón Pozo B

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

RESUMEN

Los quistes ováricos gigantes son tumores de más de 10 cm de diámetro que pueden generar una variedad de síntomas importante. La distensión abdominal progresiva, el dolor abdominal difuso inespecífico y la compresión de órganos (estreñimiento, vómitos y micción frecuente) son sus principales formas de manifestación, y su tratamiento suele ser quirúrgico. Por otro lado, una de las complicaciones más frecuentes de las amputaciones abdominoperineales, tras la confección de un estoma, es su consiguiente hernia paraostomal. En muchas ocasiones dichas hernias pueden presentar episodios de complicación como obstrucción intermitente, dolor, y menos frecuente, episodios de incarceration.

La combinación de ambas patologías es algo infrecuente, y que puede requerir una actuación urgente. Presentamos paciente con hernia paraostomal no complicada que por crecimiento de quiste ovárico gigante presentó episodio de incarceration y obstrucción requiriendo cirugía urgente con funestos resultados.

Palabras clave: quiste ovárico gigante, hernia paraostomal, obstrucción intestinal, isquemia.

ABSTRACT

Giant ovarian cysts are tumors larger than 10 cm in diameter that can cause a variety of important symptoms. They manifest with progressive abdominal distension, diffuse abdominal pain and organ compression (constipation, vomiting and micturition urgency). Its treatment is usually surgical. On the other hand, one of the most frequent complications of abdominoperineal amputations, after making a stoma, is its consequent parastomal hernia. On many occasions, these hernias can present complicating episodes such as intermittent obstruction, pain, and less frequently, episodes of incarceration.

CORRESPONDENCIA

XREF

Javier Gomez Sanchez
Hospital Universitario San Cecilio
18016 Granada
javiergomezsanchez.jg@gmail.com

CITA ESTE TRABAJO

Gómez Sánchez J, Jurado Prieto FJ, Daban López P, Nania A, Hernandez García MD, Mirón Pozo B. Quiste ovárico gigante como causa de incarceration paraostomal. Cir Andal. 2024;35(1):50-52. DOI: 10.37351/2024351.9

The combination of both pathologies is rare, and may require urgent action. We present a patient with an uncomplicated parastomal hernia who, due to the growth of a giant ovarian cyst, presented an episode of incarceration and obstruction, requiring urgent surgery with poor outcome.

Key words: gigant ovarian cyst, parastomal hernia, intestinal obstruction, ischemia.

INTRODUCCIÓN

Los quistes pélvicos femeninos provienen principalmente del ovario y son asintomáticos cuando su tamaño es pequeño. Los quistes ováricos gigantes son tumores de más de 10 cm de diámetro o aquellos quistes que superan la línea umbilical, y general una variedad importante de síntomas. La distensión abdominal progresiva, el dolor abdominal difuso inespecífico y la compresión de órganos (estreñimiento, vómitos y micción frecuente) son los principales síntomas clínicos de los quistes ováricos¹. La mayoría de los quistes ováricos gigantes se tratan con cirugía². Las indicaciones quirúrgicas incluyen un quiste de crecimiento rápido o sintomático, y cuando no se puede excluir su potencial maligno³.

Por otro lado, una de las complicaciones más frecuentes de las amputaciones abdominoperineales, tras la confección de un estoma, es su consiguiente hernia paraostomal. En muchas ocasiones dichas hernias pueden presentar episodios de complicación como obstrucción intermitente, dolor, y menos frecuente, episodios de encarceración⁴.

La combinación de ambas patologías es algo infrecuente, y que puede requerir una actuación urgente. A continuación describimos el caso de una paciente con hernia paraostomal no complicada que por crecimiento de quiste ovárico gigante presentó episodio de encarceración y obstrucción requiriendo cirugía urgente con funestos resultados.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 87 años con antecedentes de diabetes mellitus, obesidad, y de amputación abdominoperineal laparotómica en 2002 por neoplasia de recto Pt2PN0M0, que asociaba hernia paraostomal desde 2005 no complicada y sin deseo de intervención reparadora. La paciente consultó en Urgencias por dolor abdominal, distensión y ausencia de deposiciones tras episodios de tos durante varios días. Se realizó tomografía abdominal que informó de gran quiste anexial derecho de 21x28x24cm y a nivel de la hernia paraostomal presentaba obstrucción en asa cerrada del asa de colostomía probablemente secundaria a la hiperpresión intraabdominal acaecida por el quiste ovárico. Dada la ausencia de mejoría clínica, incapacidad de reducción de la hernia paraostomal y el empeoramiento analítico se decidió laparotomía exploratoria urgente.

Intraoperatoriamente se evidenció un gran cuadro adherencial que requirió adhesiolisis masiva, identificando tras ello el quiste ovárico gigante, procediendo a su aspirado mediante el uso de un trocar de laparoscopia de 5mm para evitar su contaminación intraabdominal, drenando 9 litros de material marrónáceo seroso. Posteriormente se realizó resección completa del quiste.

Tras la resección, se redujo a cavidad abdominal el paquete intestinal involucrado en la hernia paraostomal, así como identificando en el mismo paquete herniario de un segmento colónico con signos de isquemia. Se efectuó hemicolectomía izquierda con posterior resección de la fascia medial de la hernia paraostomal y confección de nueva colostomía en flanco izquierdo.

Durante la intervención la paciente presentó inestabilidad hemodinámica, requiriendo de drogas vasoactivas, y finalmente la paciente falleció a las 48 horas de la intervención.

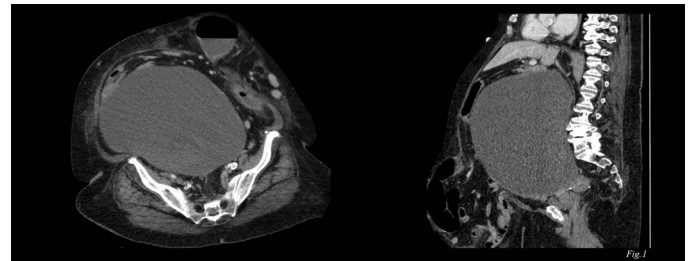


Figura 1

Tomografía abdominal dónde se evidencia el quiste ovárico gigante desplazando el paquete intestinal a la hernia paraostomal.

DISCUSIÓN

Los quistes pélvicos femeninos son una enfermedad ginecológica muy común en las mujeres. Las manifestaciones clínicas aparecen cuando los quistes alcanzan dimensiones considerables, estableciéndose como quistes ováricos gigantes aquellos tumores de más de 10 cm de diámetro². Debido a la evolución de las técnicas de imagen, los quistes abdominales gigantes se han vuelto cada vez más raros. Los pacientes pueden presentar complicaciones raras como torsión, obstrucción intestinal e hidronefrosis además de causar distensión abdominal inespecífica, dolor, náuseas y vómitos y cambios en los hábitos de defecación⁵.

Por otro lado, en pacientes intervenidos con colostomía, existen una serie de complicaciones tardías como son problemas cutáneos, retracción, estenosis, prolapso, obstrucción o hernia. La hernia paraestomal es definida como la hernia incisional relacionada con un estoma abdominal, con una incidencia variable según la bibliografía del 27-53% apareciendo la mayoría de las veces durante los dos años siguientes a su realización⁶.

Esta hernia paraostomal aparece con más frecuencia en colostomía y estomas terminales, como es el caso de la paciente que describimos, y habitualmente son asintomáticas o cursan solo con molestias locales y en aplicación de dispositivo colector. La obstrucción intestinal puede presentarse hasta en 40% de los pacientes y en ocasiones, como en nuestro paciente, asociado a episodios de encarceración incluso isquemia intestinal. El diagnóstico es clínico, siendo la tomografía axial computarizada recomendable en hernias voluminosas, patologías asociadas y en urgencias⁷. Las opciones quirúrgicas dependen de los hallazgos: abordaje local o laparotómico, reubicación de estoma o no, prótesis o cierre simple.

En el caso de nuestra paciente, la complicación de la hernia paraostomal fue multifactorial. Se debía fundamentalmente a la negativa a un tratamiento cuando fue diagnosticada, y por otro lado, debido al aumento de presión intraabdominal ocasionado por el quiste ovárico gigante, que producía la imposibilidad de la reducción herniaria a la cavidad abdominal, así como una dificultad en su correcta perfusión. Por lo que existía una doble problemática quirúrgica, en la que no se podía reparar la hernia paraostomal, sin resecar el quiste ovárico. Es por ello que dado que se trataba de una paciente frágil, en situación de shock séptico, se decidió la resección intestinal, y para la posterior reparación herniaria se efectuó una reparación simple, con reubicación del estoma, y resección fascial tras la remodelación por la exéresis del quiste ovárico. No se colocó material protésico ante la isquemia intestinal y riesgo de infección.

Por otro lado, el tratamiento de los quistes de ovario depende de la edad de la paciente, el tamaño del quiste y su característica histopatológica. La mayoría de los quistes ováricos gigantes son benignos y generalmente se tratan mediante extirpación quirúrgica mediante una salpingo-ooforectomía⁸. Además es de suma importancia excluir cualquier posibilidad de tumor maligno antes de la operación.

La hernia paraostomal es un proceso inherente a la realización de un estoma, que si bien en muchas ocasiones es debido a la propia confección y técnica del estoma, en otras puede verse agravada por la existencia de lesiones intraabdominales gigantes que ocupan la cavidad abdominal provocando que el contenido de la hernia paraostomal sea irreductible y el subsiguiente proceso isquémico que conlleva.

En un 10-20 % de los casos se puede necesitar cirugía urgente por oclusión o incarceration^{4,9,10}. No existe una clara indicación sobre la técnica quirúrgica en estos casos, por falta de estudios que evalúen la cirugía de urgencias de la hernia paraostomal¹¹. Dado que normalmente requieren una resección intestinal por isquemia o sufrimiento intestinal, se prefiere evitar el uso de mallas en esas condiciones¹¹.

La cirugía de urgencias se ha asociado a una mayor tasa de infección de herida, shock séptico y complicaciones pulmonares, incluso también se ha observado un aumento de la mortalidad en pacientes mayores de 70 años¹⁰. Situación que ocurrió en la paciente que presentamos, por lo que se puede concluir que las complicaciones de la hernia paraostomal conllevan un aumento en la morbimortalidad de los pacientes, que se puede ver incrementada cuando se combina con otras patologías como los quistes ováricos gigantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Cîrstoiu MM, Sajin M, Secară DC, Munteanu O, Cîrstoiu FC. Giant ovarian mucinous cystadenoma with borderline areas: a case report. *Rom J Morphol Embryol*. 2014;55(4):1443-7. PMID: 25611279.
- Jiang L, Zhao X, Han Y, Liu K, Meng X. Giant Ovarian Cysts Treated by Single-Port Laparoscopic Surgery: A Case Series. *Front Oncol*. 2021 Dec 9;11:796330. doi: 10.3389/fonc.2021.796330. PMID: 34956907; PMCID: PMC8695676.
- Leite C, Barbosa B, Santos N, Oliveira A, Casimiro C. Giant abdominal cyst in a young female patient: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2020;72:549-555. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.06.085. Epub 2020 Jun 24. PMID: 32698286; PMCID: PMC7327878.
- Lloveras, Anna; Serra-Aracil, Xavier; Mora, Laura; Pla, Sheila; Gálvez, Ana. Revista Hispanoamericana de Hernia Actualización de las hernias paraestomales: diagnóstico, tratamiento y prevención Parastomal hernia update: diagnosis, treatment and prevention. *10.20960/rhh.23*. (2019).
- Kim TJ, Yeh YT, Zobair K. Impending abdominal compartment syndrome from a giant ovarian cyst torsion. *ANZ J Surg*. 2019 Apr;89(4):E164-E165. doi: 10.1111/ans.14147. Epub 2017 Sep 18. PMID: 28922702.
- Köhler G, Mayer F, Wundsam H, Schrittwieser R, Emmanuel K, Lechner M. Changes in the surgical management of parastomal hernias over 15 years: results of 135 cases. *World J Surg*. 2015;39:2795-804.
- Jänes A, Weisby L, Israelsson LA. Parastomal hernia: clinical and radiological definitions. 2011;15:189-92.
- Ou CS, Liu YH, Zabriskie V, Rowbotham R. Alternate Methods for Laparoscopic Management of Adnexal Masses Greater Than 10 Cm in Diameter. *J Laparoendoscopic Adv Surg Tech Part A(2001)* 11(3):125-32. doi: 10.1089/1092642015238925.
- Hansson BME, Slater NJ, Van der Velden AS, Groenewoud HMM, Buyne OR, de Hingh IHJT et al. Surgical techniques for parastomal hernia repair. A systematic review of the literature. *Ann Surg*. 2012;255:685-95
- Gregg ZA, Dao HE, Schechter S, Shah N. Paracolostomy hernia repair: who and when? *J Am Coll Surg*. 2014;218:1105-12.
- Hotouras A, Murphy J, Thaha M, Chan CL. The persistent challenge of parastomal herniation: a review of the literature and future developments. *Colorectal Dis*. 2013;15:e202-14.