

Manejo Anestésico de Tumor Gigante de Ovario/ Anesthetical Management of a giant ovarian tumor

Jesús Antonio Segreo Verdecia^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-1224-9175>

Daiquelin Durive Perez¹ <https://orcid.org/0000-0003-1768-3920>

Noemí Hernández Díaz¹ <https://orcid.org/0009-0003-5162-1827>

Lucía Aballe Ramírez¹ <https://orcid.org/0009-0001-4392-9309>

Tania Elbis Pérez Vega¹ <https://orcid.org/0009-0009-3000-7821>

¹Hospital General Universitario “Vladimir Ilích Lenin”. Holguín, Cuba.

*Autor para correspondencia: Jesús Antonio Segreo Verdecia.

Correo: jsegreo@gmail.com.cu

Teléfono: 54674399

RESUMEN

Introducción: Las masas tumorales en hemiabdomen inferior son causas frecuentes de consulta ginecológica. Dentro de estas, los quistes de ovario son las más diagnosticadas. Hay muchas clases de tumores del ovario, tanto benignos como malignos. La mayoría de ellos aparecen en mujeres jóvenes, de edades comprendidas entre los 20 y los 48 años. Por lo que se ha evidenciado una alta incidencia de tumores de ovario en la etapa del climaterio, entre los 35 y 65 años de edad.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente al cual se le administro anestesia general orotraqueal para cirugía de tumor gigante de ovario.

Presentación de Caso: Paciente femenina de 53 años programada para cirugía ginecológica por una masa abdominal gigante de probable origen anexial, sin aparentes signos de diseminación. El diagnóstico se realizó mediante TAC sin contraste. Como antecedentes patológicos personales describe: Hipertensión Arterial que lleva tratamiento médico, sensibilización de contacto al Mercurio Cromo y trastorno ansioso depresivo. Como antecedentes quirúrgicos destacan:

Apendicetomía hace aproximadamente 15 años intervenida previamente al diagnóstico. Ingresó a la sala de ginecología del hospital Vladímir Ilích Lenin para someterse a cirugía electiva. Durante las fases del acto quirúrgico no se evidenciaron complicaciones anestésicas, se realizó exitosamente el proceder manteniendo adecuada estabilidad hemodinámica durante el procedimiento con correcto control del medio interno y la volemia. Sin complicaciones posoperatorias.

Conclusiones: La experiencia mostrada aporta elementos a favor de la seguridad del abordaje de un plan anestésico basado en propofol, fentanil y rocuronio, de manera satisfactoria en un paciente con neoplasia gigante de ovario.

Palabras Claves: Tumor de ovario; cirugía; anestesia general orotraqueal; recuperación posanestésica.

ABSTRACT

Introduction: Tumor masses in the lower hemiabdomen are frequent causes of gynecological consultation. Within these, ovarian cysts are the most diagnosed. There are many kinds of ovarian tumors, both benign and malignant. Most of them appear in young women, between the ages of 20 and 48. Therefore, a high incidence of ovarian tumors has been evidenced in the climacteric stage, between 35 and 65 years of age.

Objective: To present the case of a patient who was administered orotracheal general anesthesia for tumor surgery giant ovary.

Case Presentation: A 53-year-old female patient scheduled for gynecological surgery for a giant abdominal mass of probable adnexal origin, with no apparent signs of dissemination. The diagnosis was made by CT without contrast. As personal pathological history, she describes: Arterial Hypertension that requires medical treatment, contact sensitization to Mercury Chromium and anxious depressive disorder. The following surgical antecedents stand out: Appendectomy operated on approximately 15 years ago prior to diagnosis. She entered the gynecology ward of the Vladimir Ilyich Lenin hospital to undergo elective surgery. During the phases of the surgical act, no anesthetic complications were evident, the procedure was successfully performed, maintaining adequate hemodynamic stability during the

procedure with correct control of the internal environment and blood volume. No postoperative complications.

Conclusions: The experience shown contributes elements in favor of the safety of the approach of an anesthetic plan based on propofol, fentanyl and rocuronium, satisfactorily in a patient with giant ovarian neoplasm.

Keywords: Ovarian tumor; surgery; orotracheal general anesthesia; post-anesthetic recovery

Introducción

Los tumores anexiales son los más difíciles de todos los problemas en ginecología. La sutil transición de una lesión benigna a otra maligna en un ovario, es uno de los grandes misterios de dicha especialidad médica. Como bien se conoce, el ovario es un órgano de caracteres polimorfos interrelacionados. Diversos factores genéticos, embriológicos, estructurales y funcionales, experimentan una interacción de la cual puede emanar una enorme capacidad tumoral, ya sea benigna o maligna. ⁽¹⁾

Masa anexial es aquella masa encontrada ya sea en las trompas de Falopio, el ligamento redondo, los ovarios y las estructuras internas del ligamento ancho. Así como órganos adyacentes que pueden estar involucrados. Sin embargo, el término masa anexial es inespecífico en la práctica clínica y frecuentemente se asocia con tumor o quiste ovárico, ello debido a que la patología tubarica es poco prevalente. ⁽¹⁾

Los tumores del ovario no son tan frecuentes como los del útero y los de la mama. Constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. Hay tumores pequeños macroscópicamente y tumores masivos que ocupan toda la pelvis e incluso la cavidad abdominal. ⁽²⁾

El riesgo de presentar tumores epiteliales se incrementa con el paso de la edad, pese a que la declinación de la función ovárica marca el envejecimiento gonadal progresivo, el ovario humano nunca pierde su capacidad para generar tumores. Por lo general cuando es detectado su tamaño es grande, por lo que los estudios imagenológicos pueden ayudar en el diagnóstico. ⁽²⁻⁴⁾

Son una enfermedad frecuente dentro del contexto de las afecciones femeninas que motivan la asistencia a consultas, tanto de las especialidades de Ginecología como de Cirugía, de un grupo elevado de mujeres, cuyas edades oscilan desde las tempranas hasta las ya avanzadas. ⁽⁵⁾

Por lo que es importante para el anestesiólogo conocer sus particularidades para poder realizar una conducción anestésica adecuada.

Se presentó el caso y manejo anestésico-quirúrgico exitoso de una paciente con un tumor gigante de ovario

Presentación de Caso: Se trata de una mujer de 53 años programada para cirugía ginecológica por una masa abdominal gigante de probable origen anexial, sin aparentes signos de diseminación. El diagnóstico se realizó mediante TAC sin contraste. Como antecedentes médicos describe: Hipertensión Arterial que lleva tratamiento médico, sensibilización de contacto al Mercurio Cromo y trastorno ansioso depresivo. Como antecedentes quirúrgicos destacan: Apendicetomía hace aproximadamente 15 años intervenida previamente al diagnóstico y curso sin incidencias. La paciente ingresó el día antes de la cirugía para la confección del chequeo preanestésico donde se evidencio: la exploración de la vía aérea no mostró datos predictores de vía aérea difícil y se clasificó como ASAll.

Examen Físico:

Mucosas: normocoloreadas y normohídricas.

Tejido celular subcutáneo: no infiltrado.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular audible, no estertores, frecuencia respiratoria de 15 respiraciones por minuto.

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos y bien golpeados, no soplos, frecuencia cardíaca de 78 latidos por minuto, Tensión Arterial: 130/80 mm Hg.

Abdomen: Inspección: globuloso. Auscultación: Ruidos hidroaéreos poco audibles por existencia de masa abdominal. Palpación: No depresible, se palpa masa tumoral que sobrepasa aproximadamente 5cm la región supraumbilical, no doloroso.

Percusión: matidez a la palpación.

Complementarios: Hb: 10g/l; Hto: 0,30/l; Eritrosedimentación: 110 ml/h; Leucograma: $8,5 \times 10^9$ mmol/l (seg: 0,64; mono: 0,01; linf: 0,35); Glicemia: 4,7mmol/l; Creatinina: 74,7mmol/l; Proteína C reactiva: negativa; Exudado vaginal, Coloración de Gram y Cultivo de Cuello: negativos. EKG: Ritmo Sinusal. Rx Tórax: Sin alteraciones.

Durante el preoperatorio fueron administrados: Cefalosporinas, Metronidazol y Gentamicina, antibióticos de amplio espectro, como uso profiláctico. Tras canalizar dos vías periféricas de 18 G, se premedicó a la paciente con 2 mg de midazolam, 20 mg de difenhidramina, y 4 mg de dexametasona, además de fluidoterapia con suero fisiológico al 0,9 % (20 ml/kg). Dado que iba a ser una cirugía abierta, se le ofreció la posibilidad de colocación de un catéter epidural para la analgesia postoperatoria, pero la paciente se negó. Acto seguido, se realizó la monitorización de tensión arterial (TA no invasiva), ECG, pulsioximetría, diuresis. Tras preoxigenar a la paciente durante 3 minutos con O₂ al 100 %, se procedió a la inducción anestésica administrándose fentanil i.v. 5 µg/kg, propofol a 2.5 mg/kg y rocuronio 0,6 mg/kg. Se intubó a la paciente con un tubo del número 7,0 G, visualizándose un Cormack Lehane de II/IV a la laringoscopia directa y se conectó a la paciente a ventilación mecánica controlada por volumen.

El procedimiento transcurrió sin incidencias. El mantenimiento se realizó con propofol en perfusión continua a 7 mg/kg/h, fentanil 1-2 µg/kg/min y rocuronio 0,3 mg/kg. Dada la extensión de la masa tumoral se le practicó finalmente una histerectomía con doble anexectomía, con toma de biopsias peritoneales múltiples. El peso total de la masa tumoral fue de 13 kg. Durante las 3 h de intervención la paciente se mantuvo en todo momento hemodinámicamente estable y normocápnic. Las dosis anestésicas totales fueron 590 µg de fentanil, 50 mg de rocuronio y 990 mg de propofol. Como analgesia previa a la salida del quirófano se le administraron 100 mg de tramadol junto con 4 mg de ondansetrón. La paciente pudo ser extubada sin incidencias y se trasladó a la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) las siguientes dos horas, mantuvo una evolución favorable con parámetros hemodinámicos dentro de los valores fisiológicos. En las próximas

horas la paciente fue trasladada a la planta de ginecología. Su evolución en la planta fue satisfactoria, y fue dada de alta sin evidencia de complicaciones.

Fig. 1. Tumor de ovario



Discusión:

El ovario es un órgano de caracteres polimorfos que se encuentran interrelacionados. La interacción entre factores genéticos, embriológicos, ontogenéticos, estructurales y funcionales pueden generar proliferación neoplásica benigna o maligna. ⁽⁶⁾

Los quistes ováricos son más frecuentes en el período comprendido entre los 20 y los 48 años, en el caso de esta paciente 53 años. Alrededor del 75 % de los tumores de ovario son benignos o de malignidad limítrofe y 25 % son malignos. El riesgo de presentar tumores epiteliales se incrementa con el paso de la edad, pese a que la declinación de la función ovárica marca el envejecimiento gonadal progresivo, el ovario humano nunca pierde su capacidad para generar tumores. Por lo general cuando es detectado su tamaño es grande, por lo que los estudios imagenológicos pueden ayudar en el diagnóstico. ⁽²⁾

El riesgo de degeneración maligna es muy variable y está relacionado con la edad. Estos tienen características histopatológicas definidas de bajo potencial de malignidad, pero representan hasta el 50 % de las neoplasias epiteliales ováricas en jóvenes o niñas. Suelen ser de gran tamaño, pueden causar dolor abdominal,

hidronefrosis secundaria o abdomen agudo por torsión. Son más frecuentes en el ovario izquierdo y menos del 15 % son bilaterales. ⁽³⁾

El tumor suele estar limitado al ovario en el momento del diagnóstico, sin invasión capsular ni peritoneal. La Sociedad Canadiense de Ginecología y Obstetricia aconseja la apendicectomía en los tumores ováricos epiteliales mucinosos, por el riesgo de sincronía de neoplasias mucinosas apendiculares y de pseudomixoma peritoneal metastático. En los cistoadenomas fronterizo o *borderline* según su denominación en inglés (CAdB), la biopsia por congelación tiene menor sensibilidad diagnóstica que en tumores benignos o malignos. En el caso reportado el examen histológico diferido demandó varios días de estudio antes de asegurar el diagnóstico de CA dB. El tamaño del tumor y la necesidad de un muestreo completo, hacen muy difícil que una biopsia por congelación intraoperatoria asegure el diagnóstico de CA dB. ⁽⁷⁾

Se clasificó como quiste ovárico gigante debido a que cumplía los requisitos para ello, como un diámetro superior a 10 cm² y un peso mayor a 13 kg. Paciente asintomática con gran masa abdominal. Durante el acto quirúrgico la descompresión brusca del abdomen puede producir vasodilatación esplácnica con hipotensión aguda, incremento del retorno venoso e insuficiencia cardíaca; así como dificultad respiratoria secundaria a la distensión diafragmática, lo que no ocurrió en esta paciente. ⁽⁷⁾

El cistoadenoma seroso de ovario es el tumor más frecuente de aquellos que provienen del epitelio celómico superficial, por lo general, es asintomático y cuando es detectado su tamaño es grande y en donde la imagenología hace el diagnóstico. Los tumores sintomáticos deben ser valorados con prontitud. La intervención quirúrgica se justifica en caso de dolor intenso o sospecha de malignidad. Si se sospecha un quiste maligno a cualquier edad, deberá efectuarse con prontitud laparotomía. ⁽⁸⁾

Conclusiones: La experiencia mostrada aporta elementos a favor de la seguridad del abordaje de un plan anestésico basado en propofol, fentanil y rocuronio, de manera satisfactoria en un paciente con neoplasia gigante de ovario.

Referencias Bibliográficas.

1. Sequeira Robles GC. Epidemiología del cáncer de ovario en pacientes intervenidas por servicios no oncológicos referidas a oncología del Hospital Bertha Calderon Roque en el periodo de enero del 2015 a diciembre del año 2017. (Tesis). UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA 2018 (Citado 26 feb 2023). P (87). Disponible en: <HTTP://repositorio.unan.edu.ni/9051/1/98741.pdf>.
2. Martínez-Rosales Orlando, Solarana-Ortiz Joaquín Alejandro, Ángeles-Ritchie Aniusky de los. Cistoadenoma mucinoso fronterizo gigante del ovario en una paciente posmenopáusica. AMC [Internet]. 2022 [citado 2023 Feb 23]; 26: e8253. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100012&lng=es. Epub 10-Feb-2022.
3. Momenimovahed Z, Tiznobaik A, Taheri S, Salehiniya H. Ovarian cancer in the world: epidemiology and risk factors. International Journal of Women's Health [Internet]. 2019 Abr [citado 23 Feb 2023]; 11:287-299. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/332747210_Ovarian_cancer_in_the_world_Epidemiology_and_risk_factors.
4. Heller D, Nguyen L, Goldsmith LT. Association of cervical microglandular hyperplasia with exogenous progestin exposure. J Low Genit Tract Dis [Internet]. 2016 Abr [citado 20 enero 2023]; 20(2): 162-164. Disponible en: https://scholarship.libraries.rutgers.edu/discovery/fulldisplay/alma991031550137804646/01RUT_INST:ResearchRepository.
5. López Carpintero N, Salazar Arquero FJ, Ibáñez Santamaría A, Fuente Valero J de la, Aramendi Sánchez T, Hernández Aguado JJ. Tumor ovárico benigno proliferante mucinoso de tipo endocervical con hiperplasia microglandular. Ginecol obstet Méx [Internet]. 2018 [citado 08 feb 2023];86(4):281-88. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000400281&lang=pt.
6. Gonzales Rivera Ada, Jiménez Puñales Sandi, Luna Alonso Marilyn Caridad. Quistes gigantes de ovario: una complicación infrecuente. Medicentro Electrónica [Internet]. 2015 Mar [citado 24 Feb 2023]; 19 (1): 49-52. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-304320015000100012&ing=es.

7. Cortés Morera A, Ibáñez Morera M, Hernández Lara A, García a Carranza MA. Cáncer de Ovario. Tamizaje y diagnóstico imagenológico. Rev Med leg Costa Rica [Internet]. Mar 2020 [citado 23 Feb 2021];37. Disponible en: Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152020000100054.

8. Brismat-Remedios I, Gutiérrez-Rojas A. Quiste gigante de ovario. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2020 [citado 24 Feb 2023]; 49 (3) Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/457>.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.