

# Reporte de un Caso de Abdomen Agudo por Quiste Dermoide Perforado de Ovario Derecho y Peritonitis Difusa con Ileo Paralítico

por

Dr. E. A. López Varela\*

Dr. Rafael A. Coto Ch.\*\*\*

Dr. A. V. Guzmán C.\*\*

Dr. I. A. Alfaro\*\*\*\*

Nombre O. N. N., de 64 años de edad, procedente de Colonada de Turrialba, que ingresa al Hospital Central de la C. C. S. S., el 13 de Julio de 1961; Historia Clínica N° 181.288. Diagnóstico de admisión: oclusión intestinal alta.

## Antecedentes personales:

No se consignan en la historia.

## Enfermedad actual:

Paciente senil, ingresó de emergencia por cuadro abdominal agudo que habría empezado tres días antes, seguido de vómitos y supresión completa de gases por el recto. Hace 2 meses, presentó deposiciones sanguinolentas, acompañadas de vómitos. Pérdida de peso progresiva.

## Examen físico:

Alebril, conciente, palidez marcada. P. A. 95-60, pulso 75 x min., respiraciones 26 x min. Facies hipocrática y marcado estado de desnutrición. Boca: prótesis superior, resto en malas condiciones de higiene. Tórax: sin datos patológicos. Area precordial, taquicardia. Abdomen: doloroso, muy especialmente en el hemiabdomen derecho. Diagnóstico del Médico Interno: probable oclusión intestinal, Ca. gástrico?

\* Jefe del Servicio de Cirugía B- Hospital Central C.C.S.S.

\*\* Jefe de Clínica del Servicio Cirugía B- Hospital C.C.S.S.

\*\*\* Pre-Asistente del Servicio Cirugía B- Hospital C.C.S.S.

\*\*\*\* Asistente del Servicio Cirugía B- Hospital C.C.S.S.

**Evolución:**

El estado general de por si precario se empeora, hay anemia expresada por la palidez de conjuntivas y tegumentos y el Hematocrito es de 26 cc /100cc y la Hb de 7.97 gramos / 100 cc. Pulso de 100 x minuto, temperatura de 37.5: C y acentuación de su signología y sintomatología abdominal: distensión, blando con esbozo de defensa especialmente en flanco derecho. El dolor a la palpación es difuso. La auscultación abdominal revela ausencia de peristaltismo. Hay leucocitosis. La impresión que impera es la de que se trata de obstrucción intestinal, probablemente producida por un neoplasma bajo del intestino. Debido a su condición precaria se le indica terramicina 100 mgrs. i. m. c/6 horas. Evacuador gástrico primero, luego se le pasa sonda de Miller-Abbot, transfusión de 500 cc. de sangre, luego 1250cc. en dosis de 500 cc. cada una, antes de la intervención 250 cc. de sangre. Sonda rectal.

Al practicarle un enema opaco se observa que "existe deformación y desplazamiento de colón descendente en su tercio superior por compresión extrínseca, además se aprecia una enorme tumoración en parte quística, situada en flanco derecho, traducida por aumento de densidad en ese flanco". Al verificar la observación de esta placa uno de nosotros interpreta unas imágenes densas como sospechosas de corresponder a piezas dentarias, lo que plantea el diagnóstico de quiste dermoide gigante que empuja y desplaza el colon y produce el síndrome oclusivo, así como la posibilidad de su perforación y el cuadro de peritonitis e íleo paralítico.

Una radiografía simple del abdomen muestra dilatación de asas delgadas que se disponen en "escalera" por oclusión intestinal baja.

Practicados los exámenes de rutina y logrado un mejor balance hidroelectrolítico mediante transfusiones de sangre, sueros, así como verificada la descompresión abdominal (evacuador gástrico y sonda de Miller-Abbot) se interviene nueve días después de su ingreso, encontrando un quiste dermoide perforado a cavidad peritoneal con la consiguiente peritonitis. El abdomen se encontraba enormemente distendido por gran cantidad de líquido purulento, tabicado entre las asas intestinales y el epiplón, por extensas membranas de fibrina y tejido necrótico perteneciente al epiplón. Hacia el hipocondrio derecho y adherido al duodeno se encuentra una masa de consis-

tencia ósea con otra masas pequeñas limitando una perforación del quiste dermoide al cual pertenecían. Despegado este quiste se comprobó que las masas duras estaban constituidas por piezas dentarias, las cuales habían perforado el quiste y producido la peritonitis. A la exploración de la pelvis se encontró útero senil y ovario izquierdo normal.

El reporte de la pieza extirpada emitido por el Laboratorio de Anatomía Patológica fue el siguiente. quiste de 8 cms. de diámetro con una capa de fibrina en la superficie externa, que contiene material pastoso, blanco amarillento. De la superficie interna se desprenden mechones de cabellos. Hay también tres piezas dentarias bien formadas. La pared del quiste muestra tejido fibroso denso con infiltración inflamatoria crónica. Algunas células gigantes multinucleadas y zonas hemorrágicas. La superficie interna está recubierta en parte por epitelio pavimentoso estratificado. Diagnóstico: QUISTE DERMOIDE OVARICO INFLAMADO.

El post-operatorio es muy tormentoso, pues a la hiponutrición previa, se agrega la condición de peritonitis, el desbalance hidroelectrolítico, todo lo cual se logra controlar gracias a los antibióticos de amplio espectro, transfusiones de sangre y sueros glucosado y electrolisal. En estas condiciones solicitamos la colaboración del Dr. Fernando Vinocour G., quien planteó la posibilidad de deshidratación y probable acidosis metabólica de la cual salió la paciente gracias al tratamiento mencionado.

Hubo complicación a nivel de la herida operatoria ya que se fistulizó, aunque con tendencia a cerrar, así como una tromboflebitis de la pierna izquierda que se trató con Varidasa sublingual, Quimar y Butazolidina. La paciente es dada de alta, en vías de completa recuperación y sólo queda una pequeña fistula en la parte media de la herida operatoria.

Deseamos aprovechar la presentación de este caso, para hacer un revisión somera de la bibliografía y hacer algún resumen y conclusiones al respecto.

WILMS, cree que los quistes dermoídes son debidos a la partenogénesis de un óvulo no fecundado a cuya opinión se adhiere Goodall.

Según BROCC P., y ROBERT HENRY G., los quistes dermoídes son muy frecuentes, uni o bilaterales, y se caracterizan por la presencia de:

1° Producciones ectodérmicas: cabellos, dientes más o menor formados.

2° Producciones mesenquimatosas: hueso, cartílago, etc.

3° Producciones endodérmicas: intestino, fragmentos glandulares. Esta clasificación de tejidos incluidos en los quistes dermoides no prejuzga acerca de su origen teratológico, siendo posible que los procesos de metaplasia juegan un papel de importancia.

CURTIS A. H., los describe como masas quísticas redondeadas, de tamaño variable, raramente mayor que una cabeza de niño pequeño. Su desarrollo es lento y se hallan con mayor frecuencia durante el período de madurez sexual. Tienen pared lisa o irregular y varían mucho de consistencia. El contenido está formado en gran parte por líquido grasiento, mezclados con estos detritus grasos hay masas de cabellos, dientes, trozos de cartílago, hueso, etc., A menudo son pediculados y la torsión es relativamente frecuente. La ascitis es rara. Las complicaciones más frecuentes son: infección, degeneración maligna (1 a 2%) y la perforación, la que puede ocurrir a cavidad abdominal, vejiga u otras vísceras incluyendo el intestino.

Para EWING, se encuentran en la proporción del 10% de los tumores ováricos. En cambio, HERBUT, da una frecuencia de 5 a 34% de todos los tumores ováricos. Son congénitos; pero no suelen descubrirse sino más adelante, hacia los 30-40 años, cuando por su crecimiento progresivo empiezan a producir síntomas. Se señala como hecho frecuente la ruptura del quiste, el vaciamiento de su contenido sebáceo en la cavidad peritoneal que suscita una reacción intensa de la serosa y la formación de adherencias densas, como ocurrió en nuestro caso.

BLACKWELL y COLS., citados por HERBUT, los definen como tumores benignos; pero ocurre transformación maligna en un 3%. El tumor maligno consiste en carcinoide y epiteloma pavimentoso.

Según MEYER (citado por NOVAK E.), la instalación de un carcinoma secundario en quistes dermoides ocurre raramente y sólo se produce en el 1.7%. Afecta la forma de carcinoma epidermoide pues se origina en los elementos dermoideos de dichos tumores.

CROSSEN y CROSSEN, los encuentran en cualquier edad, desde niñas recién nacidas hasta ancianas de 90 años, de tama-

ño relativamente reducido (raro que alcancen el de una cabeza de feto); pero si más peligrosos que los quistes voluminosos corrientes, pues contraen adherencias más firmes y su contenido es más irritante, que si se escapa por ruptura, causa fácilmente peritonitis.

La radiografía ayuda mucho a precisar su naturaleza ya que suelen contener huesos o dientes.

MORRIS y ROSENTHAL, hallaron estas formaciones óseodentarias en 39 casos de 79, cerca del 50%, deduciendo que "si los Rayos X se emplearan con mayor frecuencia, se diagnosticarían antes de la operación un número mucho mayor de estos tumores".

HERBUT, menciona otro dato radiográfico de interés, que consiste en la presencia de una masa poco densa a los Rayos X, rodeada por una porción periférica más densa.

CROSSEN y CROSSEN, aconsejan el tratamiento quirúrgico tanto por los trastornos que producen cuando alcanzan tamaño notable, como por la posibilidad de la evolución maligna.

### R E S U M E N

Se presenta un caso de quiste dermoide de ovario derecho perforado en una paciente de 64 años.

Fue posible el diagnóstico pre-operatorio gracias al enema opaco que demostró compresiones extrínsecas del descendente, presencia de tumoración en parte quística en flanco derecho y la existencia de piezas dentarias bien formadas.

Se encontró peritonitis fibrino-adhesiva difusa, debido a la irritación provocada por el contenido del quiste.

No se reporta en el estudio histo-patológico signos de malignización.

La paciente evolucionó bien, pese al cuadro de peritonitis y a las pésimas condiciones nutricionales previas.

### C O N C L U S I O N E S

En todo caso de abdomen agudo, en que conocemos la gran utilidad que nos proporcionan los estudios radiológicos, es bueno

tener en mente la búsqueda de imágenes sugestivas de piezas dentarias o huesos, ya que este dato es patognomónico.

Todo quiste dermoide de ovario debe extirparse por el peligro de malignización y/o perforación.

El quiste dermoide de ovario se puede presentar a cualquier edad y en el caso nuestro en una paciente de 64 años de edad.

De las complicaciones mencionadas por otros autores: infección, abscedación, perforación y malignización encontramos en nuestro caso la perforación a cavidad peritoneal y la consiguiente peritonitis.

#### BIBLIOGRAFIA

- BROCQ. P. y ROBERT H. G., *Precis de Gynecologia. Collection de Precis Medicaux. Masson y Cie. Tome II - 448. 1956.*
- CROSSEN H. S., CROSSEN H. J., *Enfermedades de la Mujer. U.T.E.H.A. 2ª Edición-México. Págs. 755-757. 1946.*
- CURTIS A. H., *Ginecología. Salvat Editores S. A. Págs. 413-415. 1953.*
- HERBUT P. A., *Gynecological and Obstetrical Pathology. Lea y Febiger-Philadelphia. Págs. 503-509. 1953.*
- NOVAK E., *Texto de Ginecología. M. V. Fresneda. Pág. 508. 1952.*
-