

Anestesia combinada en cirugía para extirpar quiste gigante de ovario

Combined anesthesia in surgery to remove giant ovarian cyst

Yaisel Jesús Rodríguez-Paneque^{1,2} , Lourdes Liliana Labrada-Batchelor^{1,2} 

¹Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo. ²Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo. Granma. Cuba.

Recibido: 18 de septiembre de 2023

Aprobado: 14 de diciembre de 2023



RESUMEN

Las masas tumorales en hemiabdomen inferior, son motivo de consulta ginecológica, siendo los quistes de ovarios, los que se diagnostican con mayor frecuencia; su diagnóstico suele ser fortuito, pues la mayoría son asintomáticos, los métodos de imagen son los exámenes de elección para su estudio. El tratamiento quirúrgico es una de las alternativas terapéuticas más utilizadas. Se presenta el caso de una paciente femenina, de 56 años de edad, de procedencia rural, menopausia a los 51 años de edad, que refiere aumento de volumen del abdomen, progresivo, insidioso, de dos años de evolución. Se diagnostica masa quística dependiente de ovario. Es anunciada por los servicios de ginecología y cirugía general para realizar extirpación de tumor de ovario. Se recogen antecedentes de asma bronquial moderada, persistente, tratada con beclometasona y salbutamol en aerosol durante las crisis, se constata última crisis hace unos dos meses. Se decide emplear técnica anestésica combinada, bupivacaína al 0,25 % con infusión endovenosa de propofol y ketamina. El transoperatorio transcurrió sin complicaciones, se constató una tumoración quística de ovario que en el análisis histopatológico se informa como un cistoadenoma seroso de ovario. La anestesia combinada es una excelente técnica para cirugías intraabdominales prolongadas y complejas, como los casos de tumores gigantes de ovario, proporcionando beneficios para el cirujano, anestesiólogo y el paciente.

Palabras clave: ANESTESIA; ANESTESIA COMBINADA; TUMORES DE OVARIOS.

Descriptores: ANESTESIA; QUISTES OVÁRICOS; CISTADENOMA SEROSO.

INTRODUCCIÓN

Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer; la experiencia clínica revela un mayor diagnóstico durante la etapa climatérica, siendo infrecuente en las primeras décadas de la vida. Las masas tumorales en hemiabdomen inferior, son motivo de consulta ginecológica, siendo los quistes de ovarios los que se diagnostican con mayor

SUMMARY

The tumor masses in the lower hemiabdomen are the reason for gynecological consultation, being the ovarian cysts the most frequently diagnose. Their diagnosis is usually fortuitous, as most cysts are asymptomatic. Imaging methods are the tests of choice for their study. Surgical treatment is one of the most widely used therapeutic alternatives. We present the case of a female patient, 56 years of age, of rural origin, menopause at 51 years of age, who reported an increase in volume of the abdomen, progressive, insidious, of two years of evolution. Cystic mass dependent on ovary is diagnosed. It is announced by the gynecology service and general surgery to perform ovary tumor removal. History of persistent moderate bronchial asthma, treated with beclomethasone and salbutamol aerosol during crises, last crisis was observed about two months ago. It was decided to use a combined anaesthetic technique, bupivacaine at 0.25 % with intravenous infusion of propofol and ketamine. The transoperative procedure passed without complications, and a cystic tumor of the ovary was found, which in the histopathological analysis is reported as a serous cystadenoma of the ovary. Combined anesthesia is an excellent technique for long and complex intrabdominal surgeries, such as giant ovarian tumors, provide benefits for the surgeon, anesthesiologist and patient.

Keywords: ANESTHESIA; COMBINED ANESTHESIA; OVARIAN TUMORS.

Descriptors: ANESTHESIA; OVARIAN CYSTS; CYSTADENOMA, SEROUS.

Translated into English by:
Julio César Salazar Ramírez 

frecuencia; su diagnóstico es de modo fortuito, pues la mayoría son asintomáticos, los métodos de imagen son los exámenes de elección para su estudio. ⁽¹⁾

Los ovarios son órganos polimorfos, que constituyen un sitio frecuente de desarrollo de procesos tumorales; la interacción de los factores genéticos, embriológicos, ontogenéticos, estructurales y



Citar como: Rodríguez-Paneque YJ, Labrada-Batchelor LL. Anestesia combinada en cirugía para extirpar quiste gigante de ovario. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2024; 49: e3529. Disponible en: <https://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/3529>.



funcionales determinan la capacidad tumoral: benigna o maligna. El cáncer de ovario en la actualidad ocupa el séptimo lugar en incidencia, con 10,1 por 100000 mujeres entre 20 y 74 años, una tasa de mortalidad estimada de 8,4 y una cifra de mortalidad de alrededor de 168752 mujeres por esta enfermedad en el mundo. ⁽¹⁾

La sintomatología, usualmente es inespecífica, suelen presentarse en etapas avanzadas, siendo los más comunes: dolor de espalda, fatiga, dolor/distensión abdominal, constipación o síntomas urinarios, que se presentan al menos tres meses antes del diagnóstico. Con la intención de mejorar el pronóstico de la enfermedad, se han implementado estrategias que favorecen la detección temprana. Actualmente, los estudios se centran, en el uso de marcadores tumorales, como el CA-125 y en diversos métodos de diagnóstico de imagen, cuyo principal objetivo consiste, en ayudar a diferenciar entre lesiones benignas o malignas y favorecer el diagnóstico oportuno de estas. ^(2,3)

El tratamiento quirúrgico es una de las alternativas terapéuticas en el manejo de los tumores de ovario. Diversos son los métodos anestésicos empleados en los procedimientos quirúrgicos intraabdominales por tumores; en los últimos años hay mayor tendencia al uso de la anestesia combinada, ya que proporciona condiciones quirúrgicas óptimas, reduce el riesgo de sangrado, de eventos tromboembólicos, garantiza analgesia postoperatoria, posibilita una recuperación más rápida, además de proporcionar, un estado de inconsciencia y amnesia; cierto grado de relajación muscular y disminuye la necesidades de transfusiones. ⁽⁴⁾

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 56 años de edad, de procedencia rural, gesta dos, dos partos anteriores (fisiológicos), no aborto, menopausia a los 51 años de edad. Es anunciada por los servicios de ginecología y cirugía general, para realizar extirpación de tumor de ovario. Se recogen antecedentes de asma bronquial moderada persistente, para lo que lleva tratamiento con beclometasona (50 mcg/ inhalación), 2 puff cada 12 horas y salbutamol en aerosol, durante la crisis, se constata última crisis hace más menos dos meses. La paciente refiere que hace un año, comenzó a notar aumento de tamaño del abdomen que fue incrementando con el paso del tiempo. Hace dos meses, viene presentando síntomas urinarios, micciones frecuentes, dolor de espalda de moderada intensidad que se irradia a región posterior de las piernas, fatiga fácil, defeca sin dificultad y se alimenta bien.

No refiere: antecedentes patológicos familiares, haber recibido transfusiones, operaciones, tener hábitos tóxicos, reacciones a medicamentos.

Antecedentes anestésicos: anestesia local sin complicaciones.

Peso: 58 kilogramos y talla: 156 centímetros

Examen físico

Mucosas normocoloreadas y húmedas.

Aparato respiratorio: expansibilidad torácica normal, no disnea, no cianosis, no tiraje. Murmullo vesicular normal, no se auscultaron estertores. Vibraciones vocales conservadas. Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto.

Aparato cardiovascular: no disnea, no cianosis. Ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad, no se auscultaron soplos. Pulsos periféricos fuertes, llenos, rítmicos, sincrónicos. No gradiente térmico. No ingurgitación yugular. Frecuencia cardíaca de 84 latidos por minuto. Tensión Arterial: 130/80 mmHg.

Abdomen: globuloso, sigue los movimientos respiratorios, doloroso a la palpación, se constata tumoración que se extiende, desde hipogastrio y abarca todo el abdomen, a ambos lados de la línea media, con bordes bien definidos, superficie lisa.

Tejido celular subcutáneo: infiltrado por edema en ambos miembros inferiores.

Sistema nervioso central: vigil, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no focalización motora, no alteraciones psíquicas.

Exámenes complementarios

Hematocrito 0,38 %; hemoglobina 115 g/L; eritrosedimentación 8 mm/h; coagulograma mínimo: tiempo de sangramiento un minuto, tiempo de coagulación ocho minutos; conteo de plaquetas 250 x 10⁹ /L; coágulo retráctil; glucemia 4,5 mmol/L.

HIV negativo; serología no reactiva; grupo y factor B+; TGO 6,0 UI; TGP 8,0 UI; creatinina 86 mmol/L.

Orina: no contiene proteinuria, leucocituria 10000 x mL, hematuria 0 x mL, cilindruria 0 x mL.

Ultrasonido abdominal: útero en anteversoflexión con endometrio engrosado de 13 mm, se observa imagen ecolúcida, de bordes nítidos, contornos bien definidos, sin ecos ni tabiques en su interior, con reforzamiento posterior del sonido, de aspecto quístico, que ocupa todo el abdomen. No se visualizan adenopatías intraabdominales, no se constata líquido ascítico (**imagen 1**).

IMAGEN 1. Ultrasonido abdominal



Radiografía de tórax: partes blandas, partes óseas sin alteraciones. Índice cardiotorácico dentro de los límites fisiológicos, botón aórtico normal. Ensanchamiento de los espacios intercostales, ligera inclinación horizontal de las costillas, reforzamiento de la trama bronco vascular en ambos campos pulmonares.

Electrocardiograma: ritmo sinusal.

Valoración anestésica

Es un caso anunciado como cirugía electiva, con antecedentes de asma bronquial moderada persistente, con la última crisis hace dos meses; el examen físico de los sistemas cardiovascular y respiratorio sin alteraciones; exámenes complementarios negativos, excepto el ultrasonido abdominal, que evidencia una masa tumoral, de aspecto quístico, que ocupa todo el abdomen, y la radiografía de tórax que muestra alteraciones propias de su enfermedad de base, se reporta consumo de esteroides inhalatorios por periodo prolongado, se decide:

Premedicación con midazolam (10 mg | 2 mL) 0,01 mg/Kg de peso, diluido en 20 cc de suero fisiológico endovenoso lento.

Hidrocortisona (100 mg) 100 mg diluido en 20 cc de suero fisiológico endovenoso lento.

Técnica anestésica: anestesia combinada, peridural lumbar y sedoanalgesia con propofol y ketamina con uso máscara laríngea. Agente anestésico local usado en la peridural: bupivacaína 0,25 % por jeringa perfusora a 15 mL por hora.

Se explica al paciente la técnica anestésica que se va a utilizar y se obtiene su consentimiento.

Después de monitorizar la tensión arterial, saturación arterial de oxígeno y electrocardiográfica, se constata signos vitales dentro de los límites fisiológicos. Se colocó en posición de sentado, se realizó desinfección mecánica y química de la zona, con solución yodada. Se extendió campo estéril, se infiltró anestésico local por planos. Se realizó técnica de anestesia peridural con método de pérdida de resistencia, se administra dosis de prueba 3 mL de lidocaína al 1,5 % y 15 mcg de epinefrina, no se evidenciaron cambios y se procede a la administración de 20 mL de bupivacaína al 0,25 %, se comprueba nivel anestésico hasta la altura de T4 y se acopla el catéter de peridural a jeringa perfusora, a ritmo de infusión de 15 mL por horas, se realiza inducción anestésica con propofol a 1,5 mg/Kg, se coloca máscara laríngea y se acopla a máquina de anestesia.

Durante el transoperatorio, el nivel anestésico, se mantuvo con infusión de propofol a 50 mcg/Kg y ketamina 25 mcg/Kg. La cirugía transcurrió sin complicaciones, se realizó resección de quiste gigante de ovario (**imagen 2**), con pérdidas hemáticas mínimas, el paciente se mantuvo hemodinámicamente estable, con respiración espontánea. Se reportó un tiempo quirúrgico de 1 hora 40 minutos.

IMAGEN 2. Resección del quiste gigante de ovario



Al concluir la cirugía, el paciente fue trasladado a sala de cuidados posoperatorios, donde se realizó monitorización continua, se aplica analgesia multimodal con 150 mg de diclofenaco de sodio en 250 mL de suero fisiológico, en infusión intravenosa a goteo a 7 gotas por minuto. No se registraron complicaciones posoperatorias.

DISCUSIÓN

En la literatura no se encuentran estudios importantes con resultados precisos, comparando la seguridad y/o efectividad entre las diferentes técnicas anestésicas a disposición, para la extirpación de quistes gigantes de ovario. La técnica de anestesia combinada, se escogió dependiendo de numerosas variables subjetivas, con importantes limitaciones, como la falta de experiencia y la ausencia de protocolos establecidos.

En el hospital "Celia Sánchez Manduley", no hay estadísticas, en cuanto a técnicas anestésicas utilizadas en procedimientos quirúrgicos de extirpación de quistes gigantes de ovario, y teniendo en cuenta las relevantes ventajas que ofrece la anestesia combinada en este procedimiento, se optó por ella, esperando sentar un precedente para posteriores comparaciones.

En el estudio de Esnaola Iriarte et al ⁽⁵⁾ en una paciente, con síndrome de sensibilidad química múltiple, utilizaron un método de anestesia general, esto puede haber estado condicionado, por la necesidad, de mantener la vía aérea segura en los pacientes con síndrome de sensibilidad química múltiple, ya que, pueden presentar reacciones alérgicas a diversos agentes desconocidos hasta el momento de la exposición, la utilización de métodos anestésicos neuroaxiales en estos pacientes puede provocar bloqueos simpático, lo que lleva a una actividad parasimpática sin antagonismo, lo que puede precipitar eventos obstructivos de la vía aérea durante la anestesia, dificultando el intercambio de gases e incremento de las presiones de ventilación, en caso de requerirse el abordaje de la misma, lo que traería consecuencias adversas para el paciente, como pueden ser barotrauma, traumatismos por la instrumentación, alteraciones de los gases sanguíneos y dificultar el adecuado desarrollo del procedimiento quirúrgico; en nuestra investigación utilizamos la anestesia combinada, que nos

garantiza la seguridad de la vía aérea, minimizando el uso de fármacos y una adecuada analgesia durante la cirugía y en el postoperatorio.

En la investigación de Pino Pérez et al ⁽⁶⁾ se utilizó un método de anestesia general. La decisión de este método está condicionado por las dimensiones del tumor, la duración de la intervención quirúrgica y el estado de la presión intraabdominal, anormalmente aumentada por la presencia de una masa tumoral que crea un conflicto de espacio, esto condiciona que durante la anestesia neuroaxial, con el uso de volúmenes anestésicos pequeños, se logre un nivel más alto que en condiciones fisiológicas, lo que requiere ajustes específicos de dosis, para evitar toxicidad y efectos adversos, derivados del uso de anestésicos locales. Con el método de anestesia general el investigador garantiza un control anestésico total durante todo el procedimiento quirúrgico, difiere del método utilizado en la presente investigación que fue anestesia combinada, en la que se agrupan las ventajas que proporciona la anestesia general y las que brinda la anestesia neuroaxial, reduciendo el riesgo de sangrado, eventos tromboembólicos y la exposición a fármacos por vía sistémica, garantizando una excelente analgesia postoperatoria.

En el caso reportado por Arroyo Díaz et al ⁽⁷⁾ utilizan un método de anestesia general, en la operación de un quiste de ovario gigante, similar al presente caso, lo que puede estar dado por ser considerado como urgencia quirúrgica, con hemorragia intraquiste; en estas situaciones se dispone de menor tiempo para la determinación del método anestésico y la preparación del paciente no es la más adecuada; ⁽⁸⁾

cuando hay pérdidas importantes de sangre que pueden comprometer la hemodinámica del paciente, los métodos neuroaxiales no son una buena elección, ya que, pueden agravar la inestabilidad hemodinámica por el bloqueo de la actividad simpática, además las pérdidas hemáticas y reanimación con volumen, que exige la terapéutica en estos pacientes, puede condicionar la aparición de coagulopatía, lo que desaconseja el uso de anestesia neuroaxial, por el riesgo de hematomas espinales como complicación grave, este método anestésico difiere del utilizado en el actual estudio.

En los casos presentados por Martín Aguirre et al ⁽⁹⁾ y Millan Cantero et al ⁽¹⁰⁾ se realizaron bajo anestesia general, ya que es de elección cuando se utilizan métodos laparoscópicos, en los que se insufla la cavidad peritoneal con dióxido de carbono; en estos casos la anestesia general, permite control de la vía aérea y manejar la ventilación, garantizando un adecuado aclaramiento del CO₂ y mantener los niveles dentro de los rangos considerados como normal, evitando cambios bruscos en la concentración de gases en sangre y desequilibrios ácido-base.

Tomando como referente el caso presentado, la anestesia combinada es una excelente técnica para cirugías intraabdominales prolongadas y complejas, proporcionan beneficios tanto para el cirujano, anestesiólogo y el paciente, con menor incidencia de complicaciones, aunque la técnica por sí sola no está libre de ellas. En este caso se obtuvieron excelentes resultados en la calidad del bloqueo, al combinar la bupivacaína al 0,25 % con infusión endovenosa de propofol y ketamina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Brismat-Remedios I, Gutiérrez-Rojas A. Quiste gigante de ovario. Revista Cubana de Medicina Militar [revista en internet]. 2020 [citado 19 de junio 2023]; 49(3). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/457>.
2. González-Fernández H, Morales-Yera R, Santana-Rodríguez S, Reinoso-Padrón L, Heredia-Martínez B. Caracterización clínico-epidemiológica del cáncer de ovario. Revista Finlay [revista en internet]. 2021 [citado 19 de junio 2023]; 11(4): 359-370. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1071>.
3. Cortés-Morera A, Ibáñez-Morera M, Hernández-Lara A, García-Carranza MA. Cáncer de ovario: Tamizaje y diagnóstico imagenológico. Med. Leg. Costa Rica [revista en internet]. 2020 [citado 26 de junio 2023]; 37(1): 54-61. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v37n1/2215-5287-mlcr-37-01-54.pdf>.
4. Seller-Losada JM, Sifre-Julio C, Ruiz-García V. Anestesia combinada general-epidural versus anestesia general, morbimortalidad y eficacia analgésica en cirugía toracoabdominal. Revisión sistemática-metaanálisis. Rev. Española de Anestesiología y Reanimación [revista en internet]. 2008 [citado 6 de junio 2023]; 55(6): 360-366. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0034-9356\(08\)70592-9](https://doi.org/10.1016/S0034-9356(08)70592-9).
5. Esnaola-Iriarte B, Irigoyen-Miró S, Torre-Mollinedo F. Manejo anestésico de histerectomía más doble anexectomía por tumor borderline de ovario izquierdo en paciente con síndrome de sensibilidad química múltiple. RESED [revista en internet]. 2019 [citado 26 de junio 2023]; 26(4): 243-246. Disponible en: <https://doi.org/10.20986/resed.2019.3705/2018>.
6. Pino-Pérez FV, Ledón-Mora M, Moya-Toneut R, Moya-Arechavaleta A, Reyes-Moré CM, Agüero-Chacón L. Quiste de ovario intraligamentario gigante y miomatosis uterina. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. [revista en internet]. 2017 [citado 26 de junio de 2023]; 43(1): 1-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v43n/gin14117.pdf>.

7. Aguilar-Torres CR, Enríquez-Sánchez LB, Ceballos-Arguijo J, Santoscoy-Ibarra JM, Molina-Avilés G, Pérez-Molinar KF, et al. Cistoadenofibroma gigante de ovario: reporte de caso. *Ginecol. Obstet. Mex.* [revista en internet]. 2022 [citado 26 de junio 2023]; 90(7): 599-605. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.5457>.
8. Mille Loera JM, Rocha Machado JF, García Velasco O, Pérez González OR. Anestesia combinada en cirugía oncológica radical: ¿Es la técnica ideal en el paciente con cáncer? *Revista mexicana de Anestesiología* [revista en internet]. 2018 [citado 26 de junio 2023]; 41(1): 117-120. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181ap.pdf>.
9. Martín Aguirre H, Quiala La O A, Torres García G. Cistoadenoma seroso benigno de ovario. *Rev. Electrónica Dr. Zoilo E Marinello Vidaurreta* [revista en internet]. 2014 [citado 26 de junio 2023]; 39(10): e150. Disponible en: <https://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/150>.
10. Millán Cantero H, Franco Márquez M, de Justo Moscardó MJ, de Toro Salas A, Escudero Severín C, Eloy-García Carrasco C. Tumor de la granulosa coexistente con cistoadenoma mucinoso en el ovario contralateral. *Prog. Obstet. Ginecol.* [revista en internet]. 2009 [citado 26 de junio 2023]; 52(9): 533-536. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(09\)72335-0](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(09)72335-0).

Contribución de los autores

Yaisel Jesús Rodríguez-Paneque |  <https://orcid.org/0000-0001-8106-6682>. Participó en: conceptualización e ideas; investigación; validación; metodología; visualización; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Lourdes Liliana Labrada-Batchelor |  <https://orcid.org/0000-0001-6135-0897>. Participó en: conceptualización e ideas; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.