



## P-586 - Abdomen agudo tras traumatismo abdominal por teratoma ovárico roto

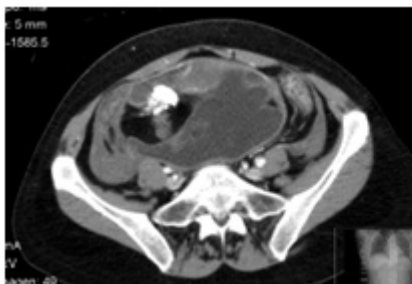
E. Soliveres Soliveres<sup>1</sup>, A. García Marín<sup>2</sup>, S. Pérez Bru<sup>2</sup>, C. Nofuentes Riera<sup>2</sup>, M. Mella Laborde<sup>2</sup>, R. Martínez García<sup>2</sup>, M. Morales Calderón<sup>2</sup> y S. García García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Vega Baja, San Bartolomé, Orihuela. <sup>2</sup>Hospital Universitario del S.V.S. de San Juan, Sant Joan d'Alacant.

### Resumen

**Objetivos:** Los teratomas suponen el 10-25% de los tumores ováricos. Pueden asociar distintos tipos de complicaciones tales como torsión (16%), transformación maligna (1-2%), infección (1%) o rotura (1-4%). La rotura del teratoma suele ser secundaria a una torsión, infección o traumatismo abdominal previo causando la salida de su contenido y, produciendo una hemorragia intraabdominal o una peritonitis química. El objetivo es la presentación de una rotura traumática de teratoma ovárico como forma de presentación inicial. Revisión de la literatura a propósito de un caso.

**Caso clínico:** Mujer de 46 años que ingresó en Urgencias por dolor abdominal difuso, sudoración y palidez tras caída accidental golpeándose contra el soporte posterior de un camión. En la atención extrahospitalaria sus constantes fueron TA de 100/70 y FC 76 lpm, iniciando solución salina (500 cc) y remitiéndola al centro hospitalario. A su llegada, vía aérea y ventilación sin alteraciones, TA 108/75, FC 67 lpm, con una exploración abdominal dolorosa de forma difusa y signos de irritación peritoneal en cuadrantes inferiores. Se inició la reanimación mediante sueroterapia a través de dos vías periféricas con una analítica que mostró Hb 12,7 g/dL, hematocrito 38%, leucocitos 11.500/mm<sup>3</sup> (47,5% neutrófilos) y un índice de Quick 100%. Se realizó un TC abdominal que observó masa de 12,4 × 8,8 cm compatible con teratoma ovárico con solución de continuidad en su pared posterior con líquido libre en ambas gotieras paracólicas y en pelvis compatible con hemoperitoneo, por lo que se decidió intervención quirúrgica realizando revisión y lavado de la cavidad y una ooforectomía izquierda con exéresis de la masa. En el postoperatorio presentó íleo prolongado resuelto de forma conservadora. El estudio anatomopatológico confirmó que se trataba de un teratoma maduro con rotura capsular. En el seguimiento la paciente está asintomática y sin recurrencia del mismo.



*Tomografía computarizada: masa de 12,4 × 8,8 cm con áreas de densidad grasa, focos de calcificación distrófica y contenido líquido heterogéneo. Paredes lisas que realzan contraste con*

*solución de continuidad en pared posterior. Pieza quirúrgica: teratoma ovárico izquierdo con rotura capsular.*

**Discusión:** La rotura del teratoma ovárico es una entidad poco frecuente que puede ser secundaria a un traumatismo abdominal directo. Los estudios radiológicos objetivan discontinuidad de la pared, ascitis e inflamación del omento difusa o focal. La indicación quirúrgica se estableció ante la sospecha de rotura del teratoma sin poder descartar otro tipo de lesiones debido al traumatismo previo. El diagnóstico diferencial debe hacerse con un quiste ovárico roto, torsión ovárica, endometrioma y todas las lesiones benignas o malignas dependientes de ovario. El tratamiento de elección es la realización de laparotomía con revisión de cavidad y exéresis de la masa para evitar complicaciones como la peritonitis química.