

11217
29
20j
J



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

Hospital de Gineco-obstetricia No. 4

"Dr. Luis Castelazo Ayala"

TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título en la Especialidad de:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

p r e s e n t a

DR. VALENTIN GARCIA SILVA



IMSS
INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

México, D. F.

**TESIS CON
REGISTRO DE ORIGEN**

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Página
1.- INTRODUCCION	1
2.- JUSTIFICACION	3
3.- MATERIAL Y METODOS	4
4.- RESULTADOS	4
a) Frecuencia	4
b) Edad	6
c) Paridad	7
d) Diagnóstico	8
e) Diagnóstico Diferencial	9
f) Diagnóstico Histopatológico	10
g) Complicaciones	12
h) Tratamiento	13
5.- CONCLUSIONES	16
6.- COMENTARIOS	19
7.- BIBLIOGRAFIA	30

I N T R O D U C C I O N

La asociación de tumoración de ovario y embarazo es relativamente rara, pero cuando se presenta puede dar serias complicaciones.

Realmente existe poca literatura al respecto a pesar de ser un problema conocido y enfrentado por la mayoría de Obstetras, por tanto la casuística no es abundante y además que una gran cantidad de las publicaciones no es reciente, pero la experiencia acumulada es suficiente para resolver en forma apropiada los tumores de ovario que se asocian al embarazo.

También es bueno mencionar que es difícil hacer el diagnóstico adecuado de las tumoraciones ováricas en pacientes fuera del embarazo, - si no se hace una búsqueda intencionada con una buena exploración ginecológica, siendo aún más difícil cuando se asocian al embarazo.

Una vez que nos enfrentamos a esta asociación, definitivamente que es más benéfico para la paciente y menos complicado para el médico; - el intervenir en forma electiva al paciente que en forma urgente, previniendo de esta forma que se presenten o se agreguen posibles complicaciones.

En la actualidad se está tomando la conducta de intervenir toda masa ovárica que persiste y no desaparece o no disminuye su tamaño, - que crece o es mayor de 5 cm. de diámetro; de ser posible se interviene en forma electiva cuando ya se conoce el problema o en forma urgente si presenta alguna complicación, tal conducta esta justificada aún más cuando se asocia al embarazo.

Se ha visto que en poco tiempo han cambiado las conductas en el manejo de esta asociación, obteniendo con la experiencia acumulada --

buenos resultados cuando se diagnostica el tumor y se trata en forma adecuada y oportuna.

También es sabido por todos que el Ultraecsonograma y la Tomografía computarizada no son muy confiables para diagnosticar una masa -- que se asocia al embarazo y menos aún si el embarazo está avanzado; tales estudios son más confiables en embarazos tempranos y en mujeres fuera de la gestación.

por otro lado la posibilidad o el riesgo de que el tumor sea -- maligno es bajo, pero clínicamente es muy difícil establecerlo, siendo -- otra razón más para actuar en forma quirúrgica, evitando al mismo tiempo que se presenten otras complicaciones como: Torsión, Hemorragia o Infección del Tumor durante el embarazo, o al final pueda ser causa de alguna distocia.

Con esta semblanza queremos destacar la importancia que tiene para el Obstetra el conocer la forma de diagnosticar, tratar y prevenir complicaciones en las pacientes en que encontramos un tumor ovárico asociado al embarazo.

J U S T I F I C A C I O N

Las razones que nos dieron la pauta para estudiar este problema fueron:

Conocer la incidencia que hay en nuestro Hospital de tal asociación, el tipo de manejo que se les dá y los resultados obtenidos, relacionándolos con los reportes de otros Hospitales.

El saber lo anterior nos puede demostrar si el manejo y los resultados obtenidos son similares a los diferentes reportes o es necesario modificar algunas conductas o métodos para el manejo de esta situación.

El saber que no hay estudios previos en la Unidad y hacer el intento por lograr que el diagnóstico de una tumoración ovárica asociada al embarazo no sea un hallazgo operatorio sino un diagnóstico sospechado, y conocido; para que las conclusiones finales a las que llegemos tengan una base respaldada por experiencias propias.

M A T E R I A L Y M E T O D O

El estudio se hizo en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de México, D.F., el período comprendió 18 meses, fué un estudio retrospectivo, iniciándose la revisión el 1.º de Enero de 1985 y concluyendo hasta el 30 de junio de -- 1986.

Se revisaron los expedientes de 38,821 embarazadas, tomados del archivo clínico de la unidad, con apoyo del archivo del servicio de Anatomía Patológica para la confrontación de los resultados. Se encontraron 34 pacientes embarazadas que además tenían un tumor de ovario, lo que dió -- una incidencia de un tumor por cada 1,147 embarazadas.

R E S U L T A D O SF R E C U E N C I A

Revisando la literatura en lo que se refiere a la presencia de masas anexiales asociadas al embarazo, mencionaremos algunos reportes:

White¹², en un estudio de diez años de 35,461 embarazadas encontró una frecuencia de 1 por cada 958 pacientes con tal asociación en -- 1973.

Chung³, también en 1973 en un estudio de 20 años encontró en -- 160,889 embarazadas 199 tumores de ovario lo que dió una incidencia de un tumor por cada 800 embarazos.

Nava y Colab.⁸, en un estudio realizado en México en 1977, de -- 163,230 pacientes embarazadas atendidas en 10 años en el Hospital de Gineco-Obstetricia # 3 del I.M.S.S., encontró una incidencia de 1 tumor por --

cada 2,720 embarazadas.

En la revisión realizada en el presente estudio de 38,821 embarazadas encontramos una incidencia de 1 tumor por cada 1,141 pacientes - atendidas.

Como podemos observar los resultados obtenidos en lo que se refiere a incidencia, se acerca a los obtenidos y mencionados por otros - autores. (Ver cuadro No. 1)

F R E C U E N C I A
Cuadro No. 1

Autor	Año	Período	Embarazos	Casos	Frecuencia	Lugar
Ballard	1984	12 años	55,278	93	1:594	Los Angeles
Hill	1975	17 "	25,189	57	1:442	Rochester, M
Nava	1977	10 "	163,230	60	1:2,720	México
Struyk	1984	29 "	57,639	90	1:640	Amsterdam
White	1973	10 "	35,461	38	1:958	Long Beach
Chung	1973	20 "	160,889	199	1:800	New York
H.G.O.*	1986	1 ¹ / ₂ "	38,821	34	1:1,141	México

* Fuente : Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 del IMSS, México, D.F. -
Estudio de pacientes, archivo de expedientes clínicos y de -
Anatomía Patológica.

E D A D

Los resultados que obtuvimos en las pacientes estudiadas fueron las siguientes: la de menor edad tuvo 20 años y la de mayor 38 años, el promedio de edad fué de 29.5 años. Estos datos coinciden con los obtenidos por otros autores como se puede ver. (Cuadro No. 2).

E D A D
Cuadro No. 2

EDAD	No.DE PACIENTES	%
20 a 24 años	10	29.7
25 a 30 "	16	47.0
31 a 34 "	6	17.6
35 o más "	2	5.8
T O T A L	34	100.0

Promedio : 29.5 Años

Rango : 20 a 38 Años

	H.G.O.- 4	Ballard	Nava	Novak	Struyk
Promedio :	29.5 años	25 años	29.1 años	29.5 años	25 años
Rango :	20 a 38 "	15 a 42	18 a 42	17 a 43	22 a 29

P A R I D A D

El rango obtenido entre la de mayor gestaciones y la menor fueron las primigestas y una paciente que tuvo VIII gestaciones.

La gran mayoría tuvo entre I y IV embarazos.

Estos resultados coinciden con los de otros autores. (Ver cuadro No. 3).

P A R I D A D

Cuadro No. 3

Gestas	No. de Pacientes
I	8
II	7
III	9
IV	10
T o t a l	34

Antecedentes Obstétricos

El antecedente de aborto en las pacientes estudiadas lo encontramos en el 41.1%, comparada con el de la población en general es muy alta, reportada entre el 10 y 15%; otros estudios también mencionan cifras altas.

El antecedente de cesarea también se encontró en el 41.1% de las pacientes. El cual también esta por encima de lo reportado en la literatura que es en promedio de un 20%.

Una de las pacientes (2.9%) tuvo el antecedente de un embarazo molar y una más el antecedente de exéresis de un quiste de ovario duran-

te una cesarea anterior.

Ninguna de nuestras pacientes tuvo el antecedente de esterilidad o dismenorrea como lo citan algunos autores.

D I A G N O S T I C O

Datos clínicos los presentaron 5 pacientes (14.5%) que fué en los cuales se logro hacer el diagnóstico clínico; 2 pacientes presentaron tumor abdominal palpable (5.8%) y 3 se asociaron a dolor abdominal. Dos se presentaron en el primer trimestre y tres en el segundo trimestre. Una de las del primer trimestre presentó abdomen agudo, la cuál se intervino de inmediato.

El hallazgo transoperatorio se hizo en 29 pacientes (85.2%).

El hallazgo transcesárea se hizo en 25 pacientes (73.5%), en 4 pacientes (11.6%) el diagnóstico se hizo en el puerperio; en 2 pacientes el diagnóstico se hizo transalpingoclasia en el postparto inmediato, y -- dos más en el postparto al realizarles una histerectomía abdominal, una por endometritis severa y otra por acretismo placentario. (Ver cuadro -- No. 4).

Como podemos ver en 29 pacientes no se hizo un diagnóstico clínico, sino que fué un hallazgo transquirúrgico, la mayoría durante una cesárea; estas pacientes cursaron asintomáticas.

En las pacientes sintomáticas el dato pivote fué el dolor abdominal, descrito como tipo "Cólico", en las fosas ilíacas, irradiado a hipogastrio o a miembros pélvicos, confirmándose la presencia de la tumoración por ultrasonido en todos los pacientes.

D I A G N O S T I C O

Cuadro No. 4

Hallazgo	No. de Pacientes	Porcentaje
Asistomáticas	29	85.2%
Transcésarea	25	73.3%
Puerperio	4	11.6%
Sintomáticas	5	14.8%
T O T A L	34	100.0%

Los resultados nos dan un 85.2% de pacientes en quién el hallazgo fué transoperatorio y al final del embarazo, lo cuál es muy alto si lo comparamos con los resultados mencionados por otros autores.^{1,8,10,12.}

D I A G N O S T I C O D I F E R E N C I A L

Ya comentamos que en los 5 pacientes (14.8%), en que se hizo el diagnóstico clínico fué confirmado con estudio de ultrasonido en todos -- los casos. El diagnóstico fué correcto en las 5 pacientes y no se confundió con otra patología.

Es evidente, que a pesar que cuando se sospechó el diagnóstico y fué correcto, el porcentaje en las pacientes en las que se hizo es muy alto si lo relacionamos con lo reportado por otros autores, los cuales -- dan como promedio arriba del 50%.^{1,8,10,12.}

Cuando sospechamos una masa ovárica durante el embarazo, debemos diferenciarlo de un útero grávido retrovertido, de un mioma uterino -- pediculado, carcinoma del rectosigmoides, de un riñón pélvico, anomalías uterinas congénitas.

Por otro lado no debemos confundir un embarazo intrauterino con un quiste de ovario por la amenorrea que produce el quiste cuando es productor de hormonas; durante la menopausia por el tumor y la amenorrea que se presentan; cuando haya un sangrado anormal más amenorrea, no confundir lo con un aborto; todo lo anterior es común encontrarlo en el primer trimestre del embarazo.

En la segunda mitad de la gestación debemos descartar un polihidramnios, embarazo múltiple, producto macrosómico, los que además pueden dar dificultad respiratoria, frecuencia miccional aumentada o datos gastrointestinales vagos.

Es más frecuente confundirlos con embarazos ectópicos, apendicitis, un folículo De Graff no roto, cólico ureteral, infección urinaria o un quiste endometriósico, como mencionan algunos autores.³

D I A G N O S T I C O H I S T O P A T O L O G I C O

De los 34 casos estudiados en nuestra revisión los hallazgos de los reportes de Histopatología fueron los siguientes:

12 quistes paraováricos (35.2%); 10 casos de cistadenomas serosos (29.7%); 8 teratomas quísticos maduros (23.5%); 2 cistadenomas mucinosos (5.8%); 1 quiste folicular (2.9%) y 1 quiste luteínico (2.9%). No hubo tumores malignos.

Si lo relacionamos con los reportes de otros autores podemos encontrar algunas diferencias. (Ver Cuadro No. 5)

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO
Cuadro No. 5

Tipo de Tumor	H.G.O.4 %		Hill		Nava		Struyk		White	
	Casos	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Quistes Paraovárico	12	35.2	4	7	6	10	9	13	1	2.6
Cistadenoma Seroso	10	29.7	4	7	37	61.6	17	25	8	21.1
Teratoma Quístico Maduro	8	23.5	7	12.3	9	15	25	36	8	21.1
Cistadenoma Mucinoso	2	5.8	1	1.8	4	6.6	8	12	4	10.5
Quistes Foliculares	1	2.9					1	1.5	2	5.3
Quistes Luteínicos	1	2.9		33.3			4	5.5	7	18.3
T O T A L	34	100.0	57	100	60	100	90	100	38	100

COMPLICACIONES

Las complicaciones de los tumores de ovario asociados al embarazo que se mencionan que se mencionan con más frecuencia son: Torsión del - Pedículo, Ruptura de la cápsula, Hemorragia, Infección del tumor, Interferencia mecánica y degeneración maligna.

La torsión del pedículo la presentaron 4 pacientes (11.6%) estas pacientes no presentaron ninguna sintomatología ya que fué hallazgo transoperatorio. Dos presentaron necrosis del tumor y uno de ellos hemorragia intraquística.

Ninguno de los tumores presentó ruptura de la cápsula, ya comentamos que 1 tuvo hemorragia intraquística.

No hubo infecciones en los tumores estudiados ni tampoco interferencias mecánicas. (Ver cuadro No. 6)

COMPLICACIONES

Cuadro No. 6

Complicaciones	Ballard	Nava	Struyk	H.G.O.-4
Torsión del Pedículo	13.3%	11.6%	12%	4%
Ruptura de Cápsula	1.3	10.6	9	-
Hemorragia Intraquística	-	6.6	3	1
Infección del Tumor	1.2	1.6	4	-
Interferencia Mecánica	-	-	17	-
Degeneración Maligna	0.8	-	4	-
G L O B A L	30.4%	16.6%	49%	5%

T R A T A M I E N T O

El principio básico que preconiza la mayoría de los autores es - la extirpación del tumor cuando se tiene el diagnóstico clínico correcto, o cuando es hallazgo transoperatorio.^{3,4,5,}

El manejo de las pacientes estudiadas fué el siguiente:

De la 5 pacientes que presentaron sintomatología del tumor y se les intervino durante el embarazo, la conducta tomada fué la siguiente:

A 1 paciente se le intervino a las 9 semanas de gestación por -- presentar datos clínicos de abdomen agudo, encontrando un quiste torcido - de ovario con hemorragia. Se le realizó exéresis simple de la tumoración.

Otra paciente se intervino a las 12 semanas de embarazo por en-- contrar un tumor anexial palpable, el cuál fué corroborado por UESG, la pa-- ciente se encontraba asintomática y se le realizó exéresis simple de la tu-- moración.

A otra paciente se le intervino a las 14 semanas de gestación -- por presentar dolor abdominal moderado en hipogastrio y fosa ilíaca iz--- quierda. El manejo fué con extirpación simple de la tumoración.

Una paciente más también se le intervino a las 14 semanas de em-- barazo en forma programada por encontrarle una masa anexial palpable, co-- rroborado por UESG, refiriéndose asintomática, con exéresis simple de la - tumoración.

La última paciente operada durante el embarazo fué a las 18 sema-- nas por tumor anexial palpable gigante, asintomática, con exéresis simple del tumor. Todas estas pacientes evolucionaron sin complicaciones en el -- postoperatorio, continuando con una gestación normal.

En 25 pacientes como ya habíamos comentado en el diagnóstico, el conocimiento de la tumoración fué hallazgo transoperatorio durante la realización de una cesárea, en embarazos de término y por indicaciones que no tenían ninguna relación con el tumor.

En 24 pacientes se realizó extirpación simple del tumor y en 1 - de las pacientes se hizo salpingectomía derecha.

A 2 pacientes que se les realizó salpingoclasia en el postparto inmediato, se les encontró la tumoración que se extirpó en forma simple.

A 1 paciente que se le realizó histerectomía total abdominal por sospecha de acretismo, lo cuál se descartó en el estudio de patología; se le encontró un tumor ovárico extirpándolo en forma simple, en un embarazo de 38 semanas, de evolución normal.

A la última paciente de las estudiadas a quién también se le realizó histerectomía total abdominal por endometriosis a las 72 horas postparto eutócico, además de la HTA se le realizó salpingooforectomía bilateral por pelviperitonitis severa, donde se incluyó un tumor de ovario izquierdo. El parto fué atendido fuera del hospital, en un embarazo de término.

NEONATOS

De los 30 neonatos atendidos, todos pesaron más de 2,500 grs. 29 de ellos se calificaron por arriba de 7 al minuto y 5 minutos con el método de Apgar, 1 nació fuera del hospital; 17 fueron del sexo masculino y 12 femeninos. Dos de ellos requirieron manejo en la Unidad de cuidados intensivos: 1 por sepsis y taquipnea transitoria del RN y 1 más por insuficiencia respiratoria.

Todos evolucionaron bien y se egresaron en buen estado general.

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

Al revisar lo relativo a incidencias podemos observar que nuestros resultados se encuentran en un punto intermedio entre la máxima y la mínima incidencia reportada por otros autores.

Nava⁸, reporta 1:2,720 embarazos y Hill⁶, da 1:442 pacientes. -- Otros coinciden con nosotros¹².

No encontramos diferencias entre los reportes y nuestros resultados en relación a paridad, pues casi todos coinciden en que la mayoría de pacientes se encuentran en la 2ra. década de la vida y con III gestas.

El antecedente de aborto y de cesárea sí se encontró elevado, ambos con un 41.1%, en relación con otros reportes que dan 10 a 15% en el aborto y 30% como promedio en la cesárea.

Nuestras pacientes no tuvieron antecedentes de esterilidad o día menorrea.

Para hacer el diagnóstico los datos clínicos referidos por las - pacientes fueron los mismos que mencionan otros autores:

Dolor abdominal, de predominio en hipogastrio y la presencia de masa tumoral coincidente con el embarazo. Vale la pena mencionar que el -- diagnóstico se logró hacer solo en un bajo porcentaje (14.5%) si lo comparamos con otros reportes. A pesar que el diagnóstico fué correcto en todos los pacientes y se corroboró por ecosonograma, creemos que con una búsqueda intencionada fuera más elevado. Falta mucho para lograr hacer el diagnóstico preoperatorio en el 50% ó más de las pacientes como lo establecen diferentes autores.^{1,10,12.}

Un papel importante para hacer el diagnóstico lo juega el ultraecosonograma, ya que los rayos X y los datos de laboratorio no nos aporta datos de interés.^{1,12}

El mayor porcentaje de diagnóstico (85.2%) fué hallazgo transoperatorio al término del embarazo o puerperio inmediato.

No se presentó ninguna confusión para hacer el diagnóstico diferencial descartándose las patologías más frecuentes de cada trimestre del embarazo.

Sobre los resultados de Histopatología no hubo grandes diferencias, las más significativas fueron: Un alto porcentaje de quistes paraváricos (35.2%) contra un 13% ¹⁰ que fué el más alto de los autores. Los cistadenomas mucinosos estuvieron por abajo de lo citado por otros autores al igual que los quistes luteínicos. En el caso de los cistadenomas serosos, teratomas quísticos, quistes foliculares, no encontramos diferencias que comentar.

En las complicaciones se presentaron 4 pacientes con torsión -- del pedículo (hallazgo transoperatorio). Ninguna refirió molestias previas. La incidencia es similar a la de otros autores (10 a 15%). En 1 paciente se encontró el tumor con hemorragia intraquística, siendo bajo para lo que refieren otros autores.

Otras complicaciones como infección tumoral, interferencia mecánica o degeneración maligna no se encontró en las pacientes.

En relación al manejo que se les dió, éste fué de tipo conservador, realizándose extirpación simple del tumor, 5 de ellos durante la mitad del embarazo y en 29 como hallazgo transoperatorio.

Analizando los resultados podemos decir que sí es necesario modificar algunos aspectos en relación a éste problema, por ejemplo: realizar mejores exploraciones ginecológicas, sobre todo al principio del embarazo, búsqueda intencionada de masas anexiales, mayor utilización del ecogonograma y un mejor conocimiento del manejo específico de cada tipo de -

tumor, pretendiendo con lo anterior evitar la posibilidad de que se presenten complicaciones para la paciente o su embarazo.

COMENTARIOS

Podemos observar en la revisión efectuada que la incidencia de un tumor ovárico que se asocia al embarazo la encontramos en un porcentaje intermedio, entre la mínima reportada por Nava⁸, que dá 1:2720 embarazos; hasta la máxima que fué reportada por Hill⁶, obteniendo 1:442 pacientes.

En lo concerniente a la edad no encontramos ninguna diferencia.

Al hablar de paridad observamos similitud entre los hallazgos de otros autores y los nuestros.

De los antecedentes obstétricos nos llamaron la atención el alto porcentaje de abortos y cesareas previas (41.1%) en nuestras pacientes en relación con cifras menores reportadas por otros autores aunque también las reportan altas en comparación a la población en general.

Hacer el diagnóstico fuera de la gestación de una masa anexial presenta ciertas dificultades.^{5,8} Esto porqué la mayoría de las masas pasan por una etapa silenciosa, sin presentar datos clínicos de su existencia, siendo un hallazgo cuando la paciente es explorada, durante una laparatomía o durante un estudio de ultrasonido, a veces cuando se investiga esterilidad.

Dichas dificultades se acentúan durante el embarazo todavía más esto debido principalmente al crecimiento uterino, al ser desplazado el útero hacia el abdomen.^{8,9} Una dificultad más es hacer el diagnóstico diferencial.

La mayoría de las masas tumorales anexiales se diagnostican en el primer trimestre del embarazo^{1,10}, un menor porcentaje en el 2o. y 3er. trimestre de gestación. Otros más en el puerperio.

Ya comentamos que el diagnóstico en nuestras pacientes, fué muy bajo preoperatoriamente, si lo relacionamos con lo mencionado por otros - autores, lo cual debe hacernos analizar nuestros metodos de diagnóstico.

Los datos clínicos que nos deben hacer sospechar una masa pélvica son: crecimiento uterino discordante con la amenorrea, masa abdominal palpable, manifestaciones comprensivas o un dolor de vientre bajo entre - crónico y agudo. Si esta masa se llegara a complicar puede darnos datos - de irritación peritoneal. Los apoyos paraclínicos más confiables son el - ecosonograma y la tomografía computarizada.

De las complicaciones que se mencionan con más frecuencia son:

1) La torsión del pedículo que se menciona como la más frecuente entre un 10 y 15% aproximadamente. La mayoría de las torsiones se presentan cuando el utero se eiva de la pélvis verdadera hacia la pélvis falsa, entre las semanas 8 a 16 como promedio ocurre este cambio; o cuando - involuciona en el puerperio, en forma muy rápida.^{3,5,8} Se calcula que un 60% se presenta al principio del embarazo y un 40% al final y durante el puerperio.

Estos cambios son dados por la elongación del pedículo y mayor movilidad del tumor⁸.

2) La ruptura de la cápsula o la hemorragia se presentan en -- alrededor del 10%.^{3,8} Esto puede explicarse por el aumento de la vascularización y edema que se presentan durante el embarazo favoreciendo los infartos.^{3,8} Los síntomas estan relacionados con el tamaño de la ruptura y la cantidad del sangrado.³ La ruptura puede ser secundaria a torsión, aumento de presión abdominal o traumatismo en el trabajo de parto. Un tumor maligno puede diseminarse al romperse.

3) La infección tumoral se ha presentado durante el embarazo -

pero es rara. Su importancia la presenta en el puerperio por diseminación de la infección procedente de la cavidad uterina a través de la red linfática, pudiéndose complicar con peritonitis.^{3,8}

4) Una tumoración puede descubrirse durante el trabajo de parto al ocasionar obstrucción. Una masa crece en alrededor del 15% durante el embarazo.⁵

La reposición vaginal, manipulación o punción del tumor para -- permitir un parto vaginal, está proscrita en la actualidad⁵.

5) La degeneración maligna se presenta entre 2.2 y 5% como promedio.^{1,5,7,8} Aunque el embarazo no es un momento adecuado para detectar un tumor ovárico es un buen momento para hacerlo, porque las pacientes -- acuden en forma voluntaria y espontánea aunque muchas de ellas lo hacen -- con un embarazo muy avanzado.

Ultimamente la frecuencia de cáncer ovárico va en aumento, siendo mayor aún en pacientes mayores de 30 años de edad.^{4,5,7}

Cuando se presenta esta asociación es necesario actuar con rápido y no esperar la resolución del embarazo para realizar un estudio completo porque puede retrasarse su manejo, disminuyendo las posibilidades de sobrevida de la paciente.^{5,8}

Toda masa anexial inmóvil, fija, irregular y que aumente de tamaño o es bilateral es muy sugestiva de malignidad.^{3,5}

A continuación comentamos los datos más relevantes que se mencionan en la bibliografía revisada en relación a lineamientos generales y específicos del manejo por cada tipo de tumor.

a) Lineamientos Generales

Como principio básico la mayoría de los autores preconiza la --

extirpación del tumor durante la gestación cuando se tiene el diagnóstico clínico correcto, o cuando es un hallazgo transoperatorio.^{3,4,5} Esta conducta está justificada por el gran número de complicaciones que se pueden presentar y el riesgo de malignización que la presencia del tumor implica.

Cacace,³ dice: "el hallazgo de una tumoración coincidente con el embarazo obliga a su extirpación pronta y oportuna, pues es mejor encontrar un simple quiste a esperar que el cancer crezca y se disemine..." otros autores coinciden con él.

Graber,⁵ dice que todo tumor que permanece inalterado en su tamaño después de las 14-16 semanas, debe ser extirpado, aunque sea menor de 6 cm. por las posibilidades de ser maligno.

También decimos que si se trata de un tumor de considerable volumen, móvil, esférico u ovoide, nodulado, pero no fijo, puede corresponder a benigno. De la misma forma; un tumor localizado, unilateral, bien diferenciado, limitado, nos inclina a realizar cirugía conservadora;^{8,9} más todavía si la paciente es joven, con fertilidad no satisfecha. Entendemos como cirugía conservadora cuando se efectúa ooforectomía unilateral con biopsia contraletal, pero en el manejo adecuado de este tipo de problemas es realizar Histerectomía total abdominal con Salpingooforectomía bilateral.⁹

Cuando se haga operación cesárea (porqué se dejó la extirpación del tumor hasta el final de la gestación o el diagnóstico fué al final del mismo); se recomienda cesárea segmentaria baja y extirpación del tumor.⁶

En caso de sospechar cáncer, lo primero en hacer es establecer el estado clínico y toma de muestra para determinar el diagnóstico histopatológico para poder tomar la conducta definitiva.

En seguida comentamos algunas consideraciones en base a ciertas características.

1).- TAMAÑO

Un tumor quístico, de menos de 6 cm. de diámetro y que varía -- constantemente de tamaño durante el embarazo, se puede observar. No se justifica la extirpación si no se presenta complicación.⁵

Si el tumor aumenta de tamaño o es mayor de 6 cm., se programa su exeresis, mencionándose como tiempo idela el 2o. trimestre (12 a 16 semanas, pudiéndose extender el período hasta la semana 26); esto porqué a partir de la 10a. semana el cuerpo lúteo ya no es imprescindible para el sostén del embarazo, aunque hay algunos autores que dicen que es desde poco antes (7a. semana).^{3,5} No esta por demás decir que la extirpación de - un tumor después de la semana 18 técnicamente es más difícil, esto por el aumento del tamaño uterino.^{5,6,8}

2).- CONSISTENCIA

La frecuencia de malignidad en caso de tratarse de un tumor sólido es alta; Cacace³ dice que es del 51.4% y Graber⁵ que es del 70%. Si se trata de un tumor quístico se habla de un 5% de posibilidad de ser maligno.³

La manipulación del utero en caso de ser maligno, debe ser mínima para disminuir la posibilidad de diseminación, o de otra complicación como abortos, o partos prematuros.^{5,8,12}

3).- EDAD GESTACIONAL

Si el tumor se diagnóstica antes de las 12 semanas y no es sólido ni presenta complicación alguna, nos esperamos hasta el 2o. trimestre para su extirpación para evitar mayor riesgo de abortos.^{5,8,12}

Después de la semana 28, la mayoría de los autores recomienda -
su vigilancia hasta el término de la gestación.^{3,6,7,8}

Si no se comporta como tumor previo que pueda ocasionar disto-
cía de partes blandas, se deja a parto vaginal, de lo contrario se hará -
operación cesárea con exéresis del tumor al mismo tiempo.

Cuando se programa para cesárea, ésta será una semana antes de
la fecha probable de parto o en el trabajo de parto inicial. Si fué parto
vaginal, será en el puerperio inmediato.

Otras razones para intervenir en el 2o. trimestre es por ejem-
plo que el tamaño del tumor no causa gran comprensión sobre el abdomen ni
el útero sobre el tumor con el riesgo de que se rompa, o que el volumen -
uterino condicione debilitación del cierre de la herida quirúrgica con --
herniación de la misma. De igual forma, entre más cercano esté el final -
del embarazo de cuando se intervenga, menos tiempo habrá para la cicatri-
zación adecuada.⁵

b) Tratamiento Específico

Basados en la clasificación de tumores de ovario comentamos algunos de los más comunes. Ver tabla.

1).- Quistes de cuerpo lúteo

Son comunes. Si no involucionan en forma espontánea entre las 14-16 semanas, la resección simple controlará su presencia.⁵

2).- Quistes tecaluteínicos

Son frecuentes. Se asocian comunmente a Mola Hidatiforme, Cario carcinoma, Mellizos, Eritroblastosis y anomalías congénitas o embarazo -- normal.

Se desconoce porqué reaccionan los ovarios a las Gonadotrofinas coriónicas.

Este tipo de tumor no debe extirparse a menos que se complique, porqué sufre regresión una vez concluido el estímulo hormonal. Cuando se extraiga la placenta debe estudiarse por la posibilidad de Enfermedad del trofoblasto.

3).- Quistes dermoides.- (Teratomas)

Se presentan con una frecuencia aproximada del 20% en relación a todos los tumores. Su peligro es por la posibilidad de malignidad. Debe extirparse en el 2o. trimestre del embarazo con resección simple (oforectomía unilateral) con biopsia del ovario contralateral. Este tipo de tumores pueden sufrir torsión, ruptura y peritonitis química intensa, por lo que se recomienda hacer lavado peritoneal exhaustivo, después de la exéresis.^{5,7,13}

4).- Cistadenoma mucinoso

De estos el 15-20% son bilaterales. Típicamente unilaterales.¹³

El peligro de ellos es la torsión del pedículo y las adherencias que habitualmente forman, también existe el peligro de ruptura.

El manejo es la exéresis simple.

5).- Endometriomas

Ballard¹, habla de una frecuencia del 4.8 al 10.5% donde se asocia este tumor al embarazo. Está demostrado que puede ser causa de esterilidad.

Chung⁴, también encontró elevado el índice de esterilidad asociado a quiste endometrial.

Hay que hacer una resección simple del tumor acompañado de lavado peritoneal exhaustivo con solución fisiológica. La principal complicación que presenta es la rotura y peritonitis irritativa.⁵

6).- Cistadenomas Serosos

Son bilaterales en un 50%; son de crecimiento rápido. Hay que -- descartar malignidad cuando se presentan.

La exéresis simple y completa resuelve el problema.⁵ Cuando son bilaterales se hace HTA + SOB.

7).- Fibromas (Sólidos)

Estos tumores son raros y unilaterales generalmente. Su principal complicación es el Síndrome de Meigs (Tumor de ovario más Ascitis e Hidrotórax); este problema no se resuelve al ser escindido el tumor.

el tratamiento es la ooforectomía simple del tumor.³

8).- Tumor de Brenner (sólidos)

Se reporta como benigno, generalmente unilateral.¹³ Puede ser -- hormonossecretante (de estrógenos básicamente).

Su manejo es excisión simple unilateral.⁵

9).- Struma ovari (Sólidos)

También es benigno, de crecimiento rápido. La extracción es con ooforectomía simple lo más pronto posible porqué existe la posibilidad de malignizarse.⁵

10).- Tumores Andrógeno-secretantes

a) Arrenoblastoma: (Células de Sertoli-Leydig)

La mujer presenta defeminización, hay hirsutismo, raro que se presente clitoromegalía o enroquecimiento de la voz.

Como riesgo puede presentar torsión o hemorragia.

Para manejarlo si es simple, delimitado y encapsulado se realiza ooforectomía simple, sino se hará HTA más SOB.

Es el más común de los tumores secretantes.⁵

b) Ginandroblastomas, de Células Hiliares

Son menos comunes y se aconseja la misma conducta que los anteriores.⁵

c) Tumor de células de la granulosa

Si el tumor es unilateral, encapsulado y la paciente es joven - se hace ooforectomía simple con biopsia contralateral.

Después se puede llevar un embarazo a término. Si están rotos se lleva a la viabilidad al producto para dar radiaciones, porqué estos - tumores son muy radiosensibles. Si está en etapa Ib o más se hace HTA con SOB y todas las posibilidades metástasis lo más pronto posible.

El pronóstico se basa en el estadio en que se haga el diagnóstico en este tipo de tumores.

c) Tratamiento Cáncer Ovárico

El manejo de ellos no varía con el embarazo. Cuando se intervie

ne la extirpación será lo más amplia posible.

1) Cistadenocarcinoma seroso

Se menciona como el más común. Probablemente le sigue en frecuencia al Cistadenoma seroso benigno. Ya decíamos que es bilateral en al rededor del 50%.

El tratamiento correcto es hacer HTA más SOB, seguidas de Radio terapia y Quimioterapia.

Si el tumor no esta encapsulado o ya hay metástasis, el pronóstico es malo a 5 años de sobrevida.⁵

El Cistadenocarcinoma Pseudomucinoso es semejante al anterior - pero menos agresivo. El manejo es igual.

El adenocarcinoma sólido es semejante al anterior, pero es más agresivo y con más mal pronóstico.

2) Disgerminomas

Este tumor se ve en pacientes jóvenes, menores a 30 años de edad. No es frecuente. Es el más común de las células germinales.¹³

Cuando está encapsulado y es unilateral, se recomienda excisión simple antes del parto. De no ser así se hará HTA con SOB más radioterapia.

Tiene buen pronóstico a 10 años.^{5,7}

3) Sarcomas

Su origen puede ser primario o metastásico. Son altamente malignos e invasivos.

El tratamiento debe ser radical, y lo más pronto posible.

4) Metastásicos (o de Krukenberg)

Puede ser primario o la mayoría de ellos secundarios a cáncer -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

29

gástrico o colónico. Son bilaterales. Puede ser activo hormonalmente. La
remoción no resuelve el problema.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- BARRARD, C.A. : OVARIAN TUMORS ASSOCIATED WITH PREGNANCY -
TERMINATION PATIENTS. AM. J. OBSTET. GYNECOL. JUN. 1984 --
149 (4) ; 384-7.
- 2.- BARKAN, A.; CASSORLA, F.; LORIAUX, D.L.; MARSHALL, J.C.: -
PREGNANCY IN A PATIENT WITH VIRILIZING ARRHENOBLASTOMA.AM.
J. OBSTET. GYNECOL. AUGUST. 1984: 149 (8): 909-10.
- 3.- CACACE, A.; SALAS, R.M.; HOY, A.D.: CANCER OVARICO Y EMBARA
ZO (PARTE DEL TEMA: CANCER GINECOLOGICO Y EMBARAZO); MONOGRA
FIAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA A.M.H.G.O. 1-4, 1966.
- 4.- CHUNG, A.; BIRNBAUM, S.J. : OVARIAN CANCER ASSOCIATED WITH
PREGNANCY. OBSTETRICS AND GINECOLOGY. FEB. 1973: 41 (2)
211-14.
- 5.- GRABER, E.A. TUMORES OVARICOS EN EL EMBARAZO. COMPLICACIONES
QUIRURGICAS EN EL EMBARAZO. ____ED. 19 ____; CAP. 25: PAG.
440-51.
- 6.- HILL, L.M.; JOHNSON, C.E.; LEE, R.A. : OVARIAN SURGERY IN -
PREGNANCY. AM.J. OBSTET. GINECOL. JUL. 1975: 122 (5): 565-69.
- 7.- MCGOWAN, L.: ENFERMEDADES QUIRURGICAS DEL OVARIO EN EL EMBARA
ZO. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS. 1983: (3) 1029-39.

- 8.- NAVA, R.M.; HERNANDEZ, E.F.: MANEJO DE LOS TUMORES DE OVARIO DURANTE LA GESTACION. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO. - MAR. 1977: 41 (245); 243-53.
- 9.- NOVAK, ER; LAMBROU, C.D.; WOODRUFF, J.D.: OVARIAN TUMORS IN PREGNANCY, OBSTET GYNECOL. OCT. 1975: 46 (4) 401-6.
- 10.- STRUYK, A.P.H.B.; TREFFERS, P.E.: OVARIAN TUMORS IN PREGNANCY. 1984: ACTA OBSTET GINECOL SCAND 63: 421-24.
- 11.- JUN, Y.T.: IWASAKI, I.; TERATANI, T. TANATA, T.; AOKI, M.: PRIMARY OVARIAN PREGNANCY IN A CYSTIC TERATOMA. OBSTETRICS GINECOLOGY. SEPT. 1984: 64 (3); 52S-4S.
- 12.- WHITE, K.C.: OVARIAN TUMORS IN PREGNANCY. APRICATE HOSPITAL TEN YEAR SURVEY. AM.J. OBSTET. GINECOL. JUN. 1973 : 116 (4); 544-50.
- 13.- CANCER OVARICO: CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS 1985, (4): 985-1093.