

11217  
7 29.



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL VERACRUZ

*CANCER DE OVARIO ASOCIADO AL  
EMBARAZO  
(Caso clínico y revisión de la bibliografía)*

## TESIS

Que para Obtener el Post-grado en:

### GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Dr. Juan Báez Sánchez

ASESOR

Dr. Vicente Arturo Saldaña Quiroz



Veracruz Ver. **TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1989.



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 esta 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.

## CONTENIDO

- I. INTRODUCCION
- II. GENERALIDADES
- III. CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES DE OVARIO
- IV. CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS DE LOS TUMORES MALIGNOS DE OVARIO
- V. CLASIFICACION CLINICA DE LOS TUMORES MALIGNOS DE OVARIO
- VI. CARACTERISTICAS CLINICAS DE EL CANCER DE OVARIO ASOCIADO AL EMBARAZO
- VII. CASO CLINICO
- VIII. COMENTARIOS
- IX. CONCLUSIONES
- X. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Debido a la baja incidencia de Cáncer de ovario asociado al embarazo, la dificultad para su diagnóstico precoz, el dilema en su tratamiento una vez que se presenta el caso y la morbimortalidad materno-fetal que ocasiona. Se presenta una revisión del tema y se analiza un caso clínico ocurrido en esta unidad.

## GENERALIDADES

El carcinoma ovárico es el padecimiento ginecológico, maligno más común. (20)

La American Cancer Society afirma que se diagnostican 18 mil nuevos casos de Cáncer de ovario anualmente con un índice de mortalidad del 65%. (16)

La asociación de Cáncer de ovario y embarazo es extremadamente rara. (17) (6)

Hay una escasez de información epidemiológica en relación al Cáncer de ovario y embarazo. (27)

Se ha observado que en países desarrollados la frecuencia de cáncer de ovario se ha incrementado, probablemente relacionado a factores ambientales o dietéticos. En tanto que en países en desarrollo la frecuencia de cáncer de ovario es muy baja como ocurre en Asia y Africa. (4, 24)

La asociación de cáncer de ovario y embarazo se presenta en las edades comprendidas entre 17 y 43 años, con un promedio de 30-34 años. (20, 17, 8)

Se dice que no existe una mayor frecuencia en una raza en especial, sin embargo algunos autores remarcan que los grupos negros y asiáticos tienen una menor frecuencia de cáncer de ovario asociado al embarazo. (4, 24)

Se ha descrito que la paridad obstétrica ejerce una influencia protectora contra el desarrollo de cáncer de ovario. Existiendo una relación inversa entre el promedio de embarazos y el cáncer de ovario. Dicha protección puede ser medida por la supresión

sión de la ovulación,mediada por hormonas,un cambio inmunológico,o alguna sustancia especifica en el embarazo.(4)

Las mujeres que han tenido partos presentan una frecuencia de 30-60% menor de cáncer de ovario que las nulíparas y las - multiparas una menor que las primíparas.(13)

En revisiones previas se encuentra que del 37-83% eran nulíparas y un 25% eran primigravidas añejas.(17,8)

Otro estudio no reporta significancia en relacion a la paridad-(20).

En 1963 Jubb(17) revisó la literatura inglesa desde 1882 y reportó 34 casos.Determinando que del 2.2 a 5% de los tumores que complican el embarazo eran malignos.En contraste el 20% de los tumores encontrados fuera del embarazo son malignos. Dando una incidencia de 1:15 000 embarazos.

A la fecha se han reportado por diversos autores la incidencia de cáncer de ovario asociado al embarazo,el cual varía de - 1:12 000 a 1: 50 000 embarazos.(29,3,8,17,19,25,26,5) Con un promedio de 1:25 000 embarazos.(8)

Para clasificar los tumores de ovario se utilizo la publicada por la Organizacion Mundial de la Salud en 1973.(16)

En la cual se observa que los tumores ováricos se clasifican en siete amplias categorías en base a su célula de origen.Este - esquema de clasificación es aplicable a tumores tanto benignos - como malignos,tumores intrínsecos de los ovarios o pedemientos metastásicos de lugares distantes.(cuadro 1)

Para la clasificación por etapas se utilizo el sistema de la FIGO publicado en 1975.(cuadro 2)

**Clasificación histológica de los tumores ováricos de la Organización Mundial de la Salud. Cuadro 1**

---

**1. Tumores epiteliales**

**A. Tumores serosos**

**1. Benignos**

- a) Cistadenoma y cistadenoma papilar
- b) Papiloma superficial
- c) Adenofibroma y cistadenofibroma

**2. De malignidad marginal**

- a) Cistadenoma y cistadenoma papilar
- b) Papiloma intersticial
- c) Adenofibroma y cistadenofibroma

**3. Malignos**

- a) Adenocarcinoma, Adenocarcinoma papilar y cistadenocarcinoma papilar.
- b) Carcinoma papilar superficial
- c) Adenofibroma maligno y cistadenofibroma

**B. Tumores mucinosos**

**1. Benignos**

- a) Histadenoma y cistadenoma papilar
- b) Papiloma superficial
- c) Adenofibroma y cistadenofibroma

**2.- De malignidad marginal**

- a) Cistadenoma y cistadenoma papilar
- b) Papiloma superficial
- c) Adenofibroma y cistadenofibroma

## Cuadro 1 (Continuación)

- 
- 3. Malignos
  - F. Tumores epiteliales mixtos
    - 1. Benignos
    - 2. De Malignidad marginal
    - 3. Malignos
  - G. Carcinoma indiferenciado
  - H. Tumores epiteliales no clasificados
  - II. Tumores estromáticos de los cordones sexuales
    - A. Tumores de células de la granulosa y estromáticas
      - 1. Tumores de células de la granulosa
      - 2. Tumores del grupo tecoma-fibroma
        - a) Tecoma
        - b) Fibroma
        - c) No clasificados
    - B. Androblastoma (tumores de las células de Sertoli y Leyding)
      - 1. Bien diferenciados
        - a) Androblastoma tubular y tumores de células de Sertoli (adenoma tubular de Pick)
        - b) Androblastoma tubular con depósito de lípidos y tumor de células de Sertoli con depósito de lípidos (folículo y pipáidico de Lecene)
        - c) Tumor de células de Sertoli y Leyding (adenoma tubular con células de Leyding)
        - d) Tumor de células de Leyding y tumor de células hiliares
      - 2. De Diferenciación intermedia

**Cuadro 1 (Continuación)**

---

- J. Malignos**
- a) Adenocarcinoma y cistadenocarcinoma
  - b) Adenofibroma maligno y cistadenofibroma
- C. Tumores endometrioides**
- 1. Benignos
    - a) Adenoma y cistadenoma
    - b) Adenofibroma y cistadenofibroma
  - 2. De malignidad marginal
    - a) Adenoma y cistadenoma
    - b) Adenofibroma y cistadenofibroma
  - 3. Malignos
    - a) Carcinomas
      - i. Adenocarcinoma
      - ii. Adenoacantoma
      - iii. Adenofibroma maligno y cistadenofibroma
    - b) Sarcoma endometrioides del estroma
    - c) Tumores mesodermicos mixtos
- D. Tumores de células claras**
- 1. Benignos
    - a) Adenofibromas
  - 2. De malignidad marginal
  - 3. Malignos
    - Carcinoma y adenocarcinoma
- E. Tumores de Brenner**
- 1. Benignos
  - 2. De malignidad marginal

## Cuadro 1 (Continuación)

- 3. Mal diferenciados (Sarcomatoides)
  - 4. Con elementos heterólogos
    - C. Ginandroblastomas
    - D. No clasificados
- III. Tumores de células de lipidos
- IV. Tumores de células germinales
  - A. Disgerminoma
  - B. Tumor del seno endodérmico
  - C. Carcinoma embrionario
  - D. Poliembrioma
  - E. Coriocarcinoma
  - F. Teratomas
    - 1. Inmaduro
    - 2. Maduro
      - a) Sólido
      - b) Quístico
        - 1. Quiste dermoide (teratoma quístico maduro)
        - ii. Quiste dermoide con transformación maligna
    - 3. Monodérmicos y altamente especializados
      - a) Estroma ovárico
      - b) Carcinoides
      - c) Estroma ovárico y carcinoides
      - d) Otros
  - G. Formas mixtas
- VI. Gónadoblastoma
  - A. Puros

---

**Cuadro 1 (Continuación)**

---

- B. Mixtos con disgerminoma u otros tumores de células germinales
- VI. Tumores de tejidos blandos no específicos del ovario
- VII. Tumores no clasificados
- VIII. Tumores secundarios (metastásicos)
- IX. Padecimientos semejantes a tumores
  - A. Luteoma del embarazo
  - B. Hiperplasia del estroma ovarico e hipertecosis
  - C. Edema masivo
  - D. Quiste folicular solitario y quistes del cuerpo amarillo
  - E. Quistes foliculares múltiples (ovarios poliquísticos)
  - F. Quistes foliculares luteinizados múltiples del cuerpo amarillo o de ambos.
  - G. Endometriosis
  - H. Quistes de inclusión del epitelio superficial (quistes germinales de inclusión)
  - I. Quistes múltiples
  - J. Lesiones inflamatorias
  - K. Quistes parovarios.

## 1. Tumores epiteliales

### A. Tumores serosos

1. De malignidad marginal: Son tumores de ovario con múltiples implantaciones en peritoneo con un aspecto clínico maligno pero histológicamente benignos.

El epitelio es estratificado, hay proyecciones papilares microscópicas en la superficie tumoral y se presentan atípicas nucleares o actividad mitótica, este tumor, posee menos de una mitosis por campo y no presenta invasión al estroma.

En su mayoría las pacientes son asintomáticas, su pronóstico a 5 años es excelente.

### 2. Malignos

- a) Cistadenocarcinoma seroso: Es el prototipo maligno más común de la variedad mucinosa. Pueden observarse todos los grados de transición entre el cistadenoma papilar benigno y todas las masas casi sólidas del maligno

Hay múltiples cepas epiteliales, disparidad en el tamaño y forma de las células, en especial los núcleos hiper cromáticos, así como una intensa actividad mitótica.

### B. Tumores mucinosos

1. De malignidad limítrofe: Se han definido con menor precisión que los serosos, constituyen según algunas series el 40% de los mucinosos.

Contiene quiste de tamaño variable con frondas capilares cortas. En el estroma hay múltiples acinos que secretan mucina.

2. Malignos: solo el 5-10% de todos los tumores mucinosos tienen degeneración maligna. Muestran imagen típica de adenocarcinoma y las células conservan en mayor o menor grado su tendencia mucóide.

Otras neoplasias como tumores epiteliales mixtos, carcinoma indiferenciado y tumores epiteliales no clasificados son sumamente raras.

## 2. Tumores germinales

Los tumores germinales se observan generalmente en niñas prepúberes o en la edad adulta temprana. Estos tumores presentan degeneración maligna de las células germinales primordiales en varias etapas de diferenciación. La única excepción es el teratoma benigno.

- a) Disgerminoma: Es un tumor puro de las células germinales, es el más común de los tumores malignos de las células germinales. (12)

Constituye aproximadamente el 0.5% de todos los cánceres de ovario, y el 2-3% de los tumores de células germinales, más frecuente unilateral, y constituye menos del 5% de todos los tumores sólidos del ovario. (18)

Frecuentemente se encuentran en la segunda o tercera década de la vida. (2, 18, 7)

Se ha diagnosticado durante el embarazo o en el posparto inmediato. (18, 7, 20)

Macroscópicamente su superficie externa es lisa y lobulada con una capsula blanca grisácea. Al corte es sólida, de color rosa o canela con hemorragia y necrosis local.

Microscópicamente está constituido por agregado de células redondas o poligonales con abundante glucógeno y una membrana celular prominente, rodeado por tejido fibroso.

Cuando se asocia a elementos teratóides presenta producción hormonal.

- b) Tumor del seno endodermico: A diferencia de del diaegerminoma, este es un tumor muy agresivo, ocupa el segundo lugar en tre las neoplasias de células germinales. Puede presentarse como masas voluminosas con gran necrosis y hemorragia. Al microscopio muestra gran variedad de patrones entremesclados. (16)
- b) Teratoma inmaduro: Ocupa el tercer lugar en frecuencia, presenta elementos inmaduros del tejido nervioso, así como fetales. Su gradacion depende de la cantidad de tejido nervioso, y del numero de mitosis.
- c) Carcinoma embrionario: es extremadamente grande, frecuentemente se observa como tumor de células germinales mixtas.
- d) Los coriocarcinomas son infrecuentes y se observa pubertad precoz, así como niveles elevados de gonadotropinas.
- e) El poliembriona es muy raro y esta constituido por células del disco embrionario y una cavidad, en ocasiones con elementos del saco vitelino.
3. Cordones sexuales. Tumores estromáticos

Estan constituidos por cordones sexuales y estroma de origen masculino y femenino. Ocurren a cualquier edad, pero con incremento en las mujeres de edad avanzada. También se les ha conocido a este grupo como tumores funcionales, pues la mayor parte muestra actividad hormonal sexual.

Forma modificada de la clasificación de Scully

Histogenesis de tumores estromáticos

Cordones

Estroma

Masculino células de Sertoli

Células de Leyding

Femenino células de la granulosa

Células de la teca

Los tumores de la granulosa comprenden la gran mayoría de los originados en los cordones sexuales. Los tecomas son originados en el estroma femenino, que puede ser difícil de diferenciar del fibroma hormonalmente activo.

El 25% de los tecomas producen androgenos.

La contraparte masculina se denomina androblastoma con bajo grado de malignidad, este tumor se presenta con el síndrome de Peutz Jeghers.

La mayor parte de estos tumores tienen evolución clinica benigna.

**Cuadro 2 Sistema de la FIGO de clasificación por etapas de los  
Cánceres ováricos (1975)**

---

**Etapas I Crecimiento limitado a los ovarios**

- 1a Crecimiento limitado a un ovario-ausencia de ascitis**
  - i. Cápsula intacta y ausencia de excrecencias superficiales.**
  - ii. Ruptura de la cápsula o presencia de excrecencias superficiales**
- 1b Crecimiento limitado a ambos ovarios-ausencia de ascitis**
  - i. Cápsula intacta y ausencia de excrecencias superficiales**
  - ii. Ruptura de la cápsula o presencia de excrecencias superficiales**
- 1c Crecimiento limitado a los ovarios, pero con presencia de ascitis o lavados peritoneales con citología positiva.**

**Etapas II Crecimiento limitado a la pelvis**

- IIa. Extensión al útero o trompas de Falopio**
- IIb. Extensión a otros tejidos pélvicos**
- IIc. Limitado a la pelvis con ascitis o lavados peritoneales con citología positiva**

**Etapas III Crecimiento limitado al abdomen**

Incluyendo metástasis ganglionares epiploicas

**Etapas IV. Metástasis distantes o afección pleural**

Cuando hay derrame pleural, debe contener células malignas. Las metástasis hepáticas parenquimatosas (no superficiales) son de etapas IV

### Cuadro clínico

Los tumores de ovario pueden cursar asintomáticos y presentarse manifestaciones clínicas cuando se ha diseminado la neoplasia, o la masa tumoral puede palparse. Este problema se complica conforme progresa el embarazo, ya que el útero gestante puede dificultar una adecuada palpación de una masa anexial coexistente. (20)

El síntoma más común es el dolor, masa palpable, distensión abdominal, o sensación de plenitud abdominal, sangrado genital anormal, síntomas gastrointestinales, y síntomas urinarios. (17,26,25,3)

La complicación que más frecuentemente se presenta en el Cáncer de ovario asociado al embarazo es la torsión del pedículo que cause estrangulación del tumor. (3,17,20,25)

La complicación más catastrófica es la ruptura del tumor, que ocurre más frecuentemente después del primer trimestre. Mientras que los efectos sobre el producto no son graves, se han descrito muertes maternas. (23) Agravándose dicha complicación por hemorragia

Otra complicación también observada es la obstrucción del canal del parto por impacción pélvica del tumor. (17,25,28)

Y la complicación menos frecuente es la infección de la tumoración.

Muchas de estas complicaciones se convierten en situaciones de urgencia por lo que al detectarse su manejo no deberá retardarse.

Existe una relación obvia entre el tamaño del tumor y la frecuencia de complicaciones, encontrándose que los tumores de 5-6 cm presentan complicaciones en el 35% de los casos y en el 85% con

tumores más grandes.(25)

Un efecto poco común es la virilización del feto o de la madre debido a la presencia de tumores con actividad hormonal. (11,23)

#### Diagnóstico

El diagnóstico de una tumoración ovárica en fase temprana del embarazo es particularmente urgente, no solo por su posible malignidad, sino por sus complicaciones, ya que su manifestación puede precipitarse y entonces se transforma en un verdadero problema para el paciente y para el feto.(26)

El examen pélvico bimanual o con ultrasonido, evaluación cuidadosa de los ovarios deberá realizarse en la primera consulta prenatal.(23,25,26)

Se reporta también que el uso rutinario del ultrasonido puede incrementar el diagnóstico preoperatorio de una masa anexial. (3)

Después de las primeras 12 semanas de gestación, la evaluación de una masa anexial incrementa su dificultad, debido al crecimiento uterino. (26)

La presencia de una masa quística en la imagen de ultrasonido durante el primer trimestre puede representar una exagerada respuesta fisiológica del cuerpo amarillo el cual involucionara conforme avanza el embarazo. (27)

Algunos autores definen un tamaño ovarico como significativo cuando es mayor de 5 cm, que sería indicativo de una laparotomía exploradora.(26)

En la literatura se indica que un gran porcentaje de tumoraciones ováricas se detectan durante el primer trimestre en rangos que varían de 50-86%.(25-26,3)

Un 25% durante el parto y en el transcurso de la operación césarea, y el resto en el segundo trimestre. (25,26)

Los tumores que se detectan en el tercer trimestre son en la mayoría de los casos hallazgos accidentales durante la césarea - (1,22) o en el puerperio inmediato.(2,18)

Los diagnósticos histopatológicos demuestran que el tipo más común de cáncer de ovario asociado al embarazo, son los de tipo epitelial(45%) y de estos los de la variedad serosa son los predominantes, estas últimas son consideradas de baja malignidad.

También se presentan tipos poco comunes y de baja malignidad como los de las células germinales (33%) y los tumores del estroma gonadal (14%). (20,27,31)

### Tratamiento

El diagnóstico precoz es la clave del tratamiento todas estas neoplasias.(23)

El tratamiento primario es el quirúrgico en todos los casos.(20)

Debe tomarse en cuenta la edad de la paciente, edad gestacional, y los diferentes tipos histopatológicos del tumor.(27)

Cuando se detecta una masa ovárica en el primer trimestre el alto índice de abortos que varía de 16-33% (14,20) después de la intervención quirúrgica, sugiere que si es posible, dicha intervención se posponga hasta el segundo trimestre. Ya que deberá tomarse en cuenta que en el primer trimestre se encuentra una elevada incidencia de tumores fisiológicos y la necesidad del soporte hormonal que proporciona el cuerpo lúteo del embarazo.(23)

En caso de realizarse la cirugía se recomienda una incisión - tipo Pfannstiel, la cual permite una adecuada exposición de la - región pélvica.

Cuando se detectada una masa ovarica y se decide manejo conagrador deberá evaluarse en la semana 16, en caso de no presentar - regresión esta indicado su extirpación entre la semana 16 y 20.

A partir de la semana 20 del embarazo, la operación siempre - implica el riesgo de presentar amenaza de parto prematuro, por lo que el uso de agentes tocolíticos parece ser lo indicado. (15) Recomendadose en este caso una incisión paramedial del lado donde se sospeche la tumoración.(15)

Al detectarse una tumoración ovárica en el tercer trimestre - la operación debe diferirse por el riesgo de amenaza de parto pre - maturo. Por lo que la mejor elección es la operación cesarea al -

termino del embarazo o al iniciar el trabajo de parto, con la extirpación del tumor al mismo tiempo. (25)

El hallazgo accidental de un tumor ovarico en caso de una operación césarea, obliga a realizar un examen pelvico durante la cirugía. (25)

La cirugía no debiera retardarse cuando un tumor aparece inmediatamente después del parto o en las primeras 4-6 semanas después del nacimiento del producto.

En cuanto a la anestesia obstetricia actual enfatiza que debiera mantenerse normal la unidad materno fetal, antes, durante y después del uso de la anestesia. Con adecuada oxigenación, hidratación, evitando la hipotensión materna. Son algunos de los conceptos que permiten seguridad durante la exploración abdominal durante el embarazo. (21)

Cuando se toma en cuenta la edad de la paciente, su estado reproductivo y el tipo histológico de la tumoración ovárica esta justificado el manejo conservador.

Munnell en 1963 (19) recomienda manejo conservador, con salpingooforectomía unilateral y permitir continuar el embarazo, si el tumor se encuentra en el estadio Ia de la clasificación de la FIGO, y si el diagnóstico histopatológico es de los llamados de baja potencial de malignidad. En caso de reportarse neoplasia mas maligna se recomienda un tratamiento mas agresivo con histerectomía, salpingooforectomía bilateral y omentectomía sin tomar en cuenta la edad gestacional del embarazo con el fin de preservar la vida de la paciente. (31)

En 1974, Oizala (10) enlisto los requisitos para el manejo

conservador del Cáncer de ovario de tipo epitelial.

1. Estadío Ia
2. Tumores mucinosos bien diferenciados, endometrioides y de células claras, disgerminoma puro, tumores de la granulosa, tumores de las células de Leydig-Sertoli.
3. Paciente joven y de baja paridad
4. Pelvis normal
5. Tumoraación encapsulada y libre de adherencias
6. Sin invasión de la cápsula, linfáticos o mesoovario
7. Lavado peritoneal negativo
8. Biopsia de el ovario contralateral y de epiplón negativo
9. Facilidad de seguimiento de la paciente.
10. Exciisión de el ovario residual después del nacimiento del bebe.

El disgerminoma es uno de los tumores de células germinales de moderado potencial de malignidad y es considerado para manejo conservador. (10,18,2)

Para el tratamiento de los tumores de las células germinales se pueden realizar los siguientes procedimientos:

1. Operación conservadora con ooforectomía o salpingooforectomía unilateral
2. Operación conservadora seguida por radioterapia directamente a los ganglios del retroperitoneo y en el ovario opuesto.
3. Cirugía radical con excisión de ambos ovarios con o sin radioterapia posoperatoria.

Ya que el disgerminoma es altamente radiosensible y puede ser re-  
 ducible independientemente de la presencia de metástasis.(2,12,  
 18)

La recurrencia de la neoplasia es del 20% en el estadio Ia.

Algunos autores indican una segunda laparotomía de segunda mirada  
 posterior al tratamiento, ya que es una forma de seguimiento, y de -  
 valorar la respuesta al manejo.(9)

También se ha utilizado la quimioterapia en estadios avanza -  
 dos, con cis platinum, vinblastina, bleomicina, actinomicina D, y agen -  
 tes alquilantes.(18,12)

Aquellos tumores que presentan componentes embrionados como -  
 duros tales como teratocarcinomas, tumores del seno endodérmico, -  
 o coriocarcinoma presentan un gran problema. Ya que estos tumores  
 resultan invariablemente en muerte del paciente en el lapso de 1  
 a 2 años, por lo que se debe realizar tratamiento quirúrgico más  
 radical, con histerectomía total, salpingooforectomía bilateral y  
 en el posoperatorio manejo con quimioterapia.

La sobrevida para el disgerminoma en el estudio Ia es del 90%  
 (18,2) y entre el 44%-83.4% para el resto de las etapas siempre  
 que sean de tipo puro.(2,18)

Los tumores estromaticos de los cordones sexuales debido a su  
 bajo potencial de malignidad y bilateralidad, esta justificado el  
 tratamiento conservador en mujeres jóvenes cuando la preservación  
 de la fertilidad es importante y la biopsia del ovario contra-  
 lateral se encuentra libre del tumor.

La sobrevida es del 70-90%, en este tipo de tumores.

El promedio de sobrevida global de estas neoplasias a los 5 -  
 años es de 76% que refleja el bajo grado de malignidad de las -

neoplasias ovaricas que coexisten en el embarazo. Y que la parecer la supervivencia no parece estar afectada adversamente por el embarazo. (20)

La supervivencia fetal depende en gran parte de la edad gestacional en la que se descubrió la tumoración y el manejo quirúrgico al que fué sometido.

En el reporte de Jubb (17) determina una perdida fetal del 30% En el trabajo de Chung (8) se detrimino una supervivencia del 30% sin tomar en cuenta la edad gestacional.

En trabajos mas recientes se ha reportado una incidencia de abortos posterior al acto quirúrgico en un rango que vario de el 16-40% (14,20,29)

Después de la semana 20 se encuentra una perdida fetal del 0-11%. (25,29)

El pronostico materno fetal depende en gran parte del tipo histológico y de la extensión del carcinoma ovarico.

## CASO CLINICO

F.I. 5-IV-88

S.O.S.F. Femenina de 19 años de edad, sin antecedentes heredo-familiares de importancia, originaria y residente del puerto de Veracruz, de medio socioeconómico bajo, escolaridad primaria, dedicada a labores del hogar.

AGD: M-13 años, ciclos 30X3, IVSA 16 años, G2, A1 (del primer trimestre complementado con LUI tres años atrás), no utilizó Método anticonceptivo previo. FUM 13-6-87, FPP 20-3-88.

APP: sin importancia

PA: Curó embarazo sin complicaciones, inicia control prenatal a partir del segundo trimestre (4 consultas, y en el tercer trimestre 9 consultas).

Enviada por su médico familiar por embarazo prolongado.

A la exploración se encuentra paciente con útero gestante a 33 cm de la BSP, con producto único vivo, cefálico, con frecuencia cardíaca fetal normal, Cervix sin modificaciones.

Los exámenes básicos realizados a su ingreso se reportan normales. Al día siguiente de su ingreso, presenta trabajo de parto espontáneo. Mediante analgesia obstétrica se obtiene parto eutócico, obteniéndose producto único vivo masculino, con peso de 2700 gramos, APGAR 8-8, sin malformaciones. La placenta presenta múltiples calcificaciones (no se envió a patología).

Durante el posparto inmediato se detecta una tumoración dependiente del anexo derecho de aproximadamente 12X20 cm.

Se envió a pisa para realizar estudios complementarios y programar intervención quirúrgica. Se le realizó ultrasonografía pélvica en la que se confirma tumoración sólida del anexo derecho de aproximadamente 20X20 cm.

Durante el posparto presentó cuadro respiratorio motivo por lo que se diferió la cirugía y se egreso del servicio con manejo a base de Penicilina procaínica.

A los 10 días de posparto acude a consulta por persistir cuadro respiratorio, diagnosticándose neumonía basal bilateral, se da tratamiento a base de Penicilina y acetaminofen.

Al 20o día de posparto acude paciente a Urgencias acompañada por familiares, presentando persistencia de cuadro neumónico, así como cuadro doloroso abdominal de 2 días previo a su ingreso. Encontrándose paciente en malas condiciones generales, se confirma cuadro neumónico, a la exploración abdominal se encuentra abdomen globoso a expensas de tumoración, en el cuadrante inferior izquierdo, resistencia muscular involuntaria, con dolor importante a la palpación, rebote generalizado positivo, y ausencia de peristalsis. Resto de la exploración normal.

Se programa laparotomía exploradora con el diagnóstico de torsión de tumor ovárico. Se traefunde dos unidades de sangre previamente por estado de anemia que presentó.

En la laparotomía se encuentra importante proceso adherencial intrabdominal con adherencias de pared a todas las vísceras, así como tumoración ovárica del anexo derecho de aproximadamente 20X20 cm, con ausencia de papilas macroscópicas en su superficie, con capsula íntegra y abundante líquida de uscitia. Realizándose Ooforectomía derecha. No se encuentra evidencia de metástasis.

Presentando paro cardiorespiratorio en el posoperatorio inmediato respondiendo a maniobras de reanimación y manejo médico. Se envía a la unidad de Terapia Intensiva, aún intubada para manejo integral de las condiciones de la paciente. Egresándose a los 4 días por mejoría.

Durante el posoperatorio se complicó con el cuadro neumónico - previo y neumotórax provocado durante las maniobras de reanimación.

El reporte histopatológico de la pieza reporta: Disgerminoma - del ovario derecho con invasión a la capsula, e intensa necrosis.

La clasificación clínica de la paciente en base a los resultados y hallazgos tresoperatorios se clasificó como estadio clínico Ic. Programándose para histerectomía total abdominal, salpingo - ooforectomía contralateral, omentectomía y apendicectomía, con posterior envío a radioterapia.

La paciente se egresa a los 20 días de posoperatorio, por mejoría y programada para cirugía posteriormente.

La paciente abandona y se desconoce su evolución actual.

### Comentarios

Como ya se expuso previamente la asociación de Cáncer de ovario y embarazo es extremadamente rara.(17)

En el presente caso se observa que la edad de la paciente, la paridad concuerda con los reportes previos.(8,17,20)

No detectandose la tumoración en fase temprana del embarazo por acudir a control prenatal a partir del segundo trimestre, encontrándose que en esta etapa del embarazo el diagnóstico es más difícil por el crecimiento uterino. (20,23,25,26)

Detectandose en el posparto inmediato, como ya se reporto previamente (2,18) y corroborandose por USG.(3)

Como ya se menciona previamente la cirugía no debere retrasarse cuando un tumor aparece en el posparto inmediato (25). Por las complicaciones inherentes a la tumoración.

En el caso referido la paciente acude por cuadro doloroso abdominal, diagnosticandose torsión de la tumoración ovárica, que es la complicación mas frecuente de las tumoraciones de ovario. (3, 17,20,25)

Durante el posoperatorio inmediato presento paro cardiorespiratorio que pudo ser atribuido a maniobras vegaues por la exploración abdominal, la extracción de la pieza y del liquido de ascitis de la cavidad (con alteración del estado hemodinamico) aunado al mal estado general de la paciente (anémica y con cuadro activo de neumonia) y el efecto anestésico.

El reporte histopatológico de disgerminoma concuerda con la li

teratura internacional en el que se establece que la asociación de Cáncer de ovario y embarazo, se encuentran tipos histológicos poco comunes, como los es esta tumoración considerada de origen germinal. (20,27,31)

El manejo quirúrgico inicial fue de tipo conservador, por no contar con estudio trasoperatorio en el turno nocturno, y tomando en cuenta la edad de la paciente, su virididad y el mal estado general de la misma.

Como ya se menciona este tumor es altamente radiosensible por lo que su manejo debió haber incluido esta modalidad terapéutica posterior al manejo quirúrgico radical. Sin embargo en el caso presente la paciente abandono el munejo por lo que no se conoce su evolución actual.

## CONCLUSIONES

1. Debera realizarse un adecuado examen pélvico bimanual en fase temprana del embarazo, y cuando se tenga duda de la presencia de una tumoración anexial, realizar ultrasonido pélvico.
2. Realizarse exploración abdominal de rutina en el posparto inmediato, y durante el transcurso de la césarea una revisión - adecuada de los anexos.
3. No retardar la cirugía una vez que se descubra una tumoración ovárica por los riesgos que implica.
4. De ser posible realizar rutinariamente estudio trasoperatorio de la pieza extraída.
5. Dar tratamiento completo de acuerdo a la etapa clínica de la tumoración ovárica.
6. Concientizar a la paciente de su patología para permitir su seguimiento.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ahrm, J., Lacroff, K., Miller, R.: Serous cistadenocarcinoma as -  
incidental finding during a repeat cesarean section. Am. J.  
Obstet. Gynec. 153:78-79, 1985.
- 2.- Assadourian, L.A., Taylor, H.B.: Dysgerminoma. An analysis of  
105 cases. Obstet. Gynec. 33:370-379, 1969.
- 3.- Bellaard, A.C.: Ovarian tumors associated with pregnancy ter -
- 4.- Beral, V., Fraser, P., Chilers, C.: Does pregnant protect against  
ovarian cancer. Lancet 1083-1087, 1978.
- 5.- Betson, J.R., Golden, M.L.: Primary carcinoma of the ovary coe-  
existing with pregnancy. Obstet. Gynec. 12:589-595, 1958.
- 6.- Cabrera, J., Sepulveda, W., Mucientes, F.: Cáncer de ovario y em-  
barazo. Rev. Chil. Obstet. Ginec. 49:312-315, 1984.
- 7.- Castro, F.C., Aranda, J.F., Valenzuela, S.L., Delgado, J.U.: Diager-  
minoma. Analisis de 19 casos. Ginec. Obstet. Mex. 46:45-49, 1979.
- 8.- Chung, A., Birnbaum, J.S.: Ovarian cancer associated with preg-  
nancy. Obstet. Gynec. 41:211-214, 1973.
- 9.- Copeland, J.L.: Second look laparotomy in ovarian cancer. Clin.  
Obstet. Gynec. 4:1023-1032, 1985.
- 10.- Dissia, P.J., Townsed, D.E., Morrow, C.P.: The rationale for less  
than radical treatment for gynecologic malignancy in early  
reproductive years. Obstet. Gynec. Surv. 29:591-593, 1974.
- 11.- Fayez, J.A., Bunch, T.R., Miller, G.L.: Virilization in pregnan-  
cy associated with an ovarian cystadenoma. Am. J. Obstet. Gynec.

- 12.- Gershenson;D.M.:Tumores malignos de células germinales del ovario.Clin.Obstet.Gynec.4:1033-1049,1985.
- 13.- Hildreth,N.G.,Kelsey,L.L.,Livalai,V.A.et al.:An epidemiologic study of epithelial carcinoma of the ovary.Am.J.Epidemiol.114:398,1981.
- 14.-Hill,L.M.,Johnson,C.E.,Lee,R.A.:Ovarian surgery in pregnancy.Am.J.Obstet.Gynec.122:565-569,1974.
- 15.-Hopkins,M.P.,Duchon,M.A.:Adnexal surgery in pregnancy.J.Reprod.Med. 31:1035-1037,1986.
- 16.-Jalles,C.J.:Cáncer ovárico:Clasificación histogenética,gradación histológica,diagnóstico,clasificación por etapas y epidemiología.Clin.Obstet.Gynec.4:986-1002,1985.
- 17.-Jubb,E.D.:Primary ovarian carcinoma in pregnancy.Am.J.Obstet.Gynec.85:345-354,1963.
- 18.-Linton,E.B.:Dysgerminoma the ovary.J.Reprod.Med.26:255-260,1981.
- 19.-Munnell,E.W.:Primary ovarian cancer associated with pregnancy.Clin.Obstet.Gynec.6:983-993,1963.
- 20.- Novak,E.R.,Lambrou,C.D.,Woodruff,J.D.:Ovarian tumors in Pregnancy.An ovarian tumor registry review.Obstet.Gynec.46:401-406,1975.
- 21.-Pedersen,H.,Finster,M.:Anesthetic risk in the pregnant - surgical patient.Anesthesiology 51:439,1979.
- 22.-Rabinowitz,R,Granet,M.:Dysgerminoma of the ovary:incidental finding during cesarean section.Europ.J.Obstet.Gynec 19:105-108,1985.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 23.-Roberts, A.J.: Management of gynecologic tumors during pregnancy. Clin. Perinatol. 10:369-392, 1983.
- 24.-Sinnathuray, T.A.: Ovarian tumors in pregnancy. A clinicopathologic study of 19 surgically proven cases in a Southeast Asian Hospital. Int. Surg. 55:422-430, 1971.
- 25.-Stuyk, A. P. H. B., Tziffero, P. E.: Ovarian tumors in pregnancy. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 63:421-424, 1984.
- 26.-Tawa, K.: Ovarian tumors in pregnancy. Am. J. Obstet. Gynec. 90:511-515, 1964.
- 27.-Tchebo, J. G., Stay, E. J., Limaye, N. S.: Ovarian tumors in pregnancy. A community Hospital's five year experience. Int. Surg. 72:227-229, 1987.
- 28.-Ulstein, M., Rana, G., Yangzam, K., Gurung, R.: Prolapse of an ovarian tumor during labor. Case report. Acta Obstet. Gynec. Scand. 66:721-722, 1987.
- 29.-White, K. C.: Ovarian tumors in pregnancy. A private Hospital ten years survey. Am. J. Obstet. Gynec. 116:544-550, 1973.
- 30.-Van Dessel, T., Hameeteman, T. H., Wagenaar, S. S.: Mucinous cystadenocarcinoma in pregnancy. Case report. Acta Obstet. Gynec. Scand. 527-529, 1987.
- 31.-Williams, F. S., Bitram, D. J.: Cancer and pregnancy. Clin. Perinatol. 12:609-623, 1985.