

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TUMORES ANEXIALES Y EMBARAZO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECCION DE ENSEÑANZA
P R E S E N T A
DRA. CITLALLI CORTES REYES



MEXICO, D. F.

AGOSTO 2005

0348329



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACION**

**TESIS
TUMORES ANEXIALES Y EMBARAZO**

**PRESENTA
DRA. CITLALLI CORTES REYES**

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.

**SERVICIO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**

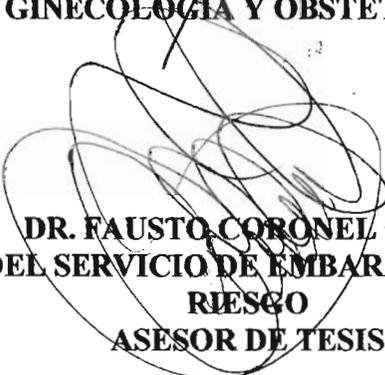
**TESIS
TUMORES ANEXIALES Y EMBARAZO**

**PRESENTA
DRA. CITLALLI CORTES REYES**


DR. GREGORIO MAGAÑA CONTRERAS
JEFE DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA


SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA


DR. FAUSTO CORONEL CRUZ
JEFE DEL SERVICIO DE EMBARAZO DE ALTO
RIESGO
ASESOR DE TESIS


DRA. ROCÍO GUERRERO BUSTOS
JEFE DE ENSEÑANZA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Cortés Reyes Citlali

FECHA: 26 sept 2005

FIRMA: [Handwritten signature]

INDICE

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	2
PROBLEMA.....	3
MARCO TEORICO.....	4
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	11
RESULTADOS.....	12
DISCUSION.....	15
CONCLUSIONES.....	17
GRAFICAS.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	24

INTRODUCCION

Es difícil determinar la frecuencia de tumoraciones pélvicas para mujeres en edad reproductiva, porque muchos de estos tumores finalmente no se tratan por medios quirúrgicos ^{1,2}.

Hopkins y Duchon (1986) comunicaron una incidencia de tumores ováricos en uno de cada 556 embarazos ¹. Koonings (1988) describió el hallazgo de una neoplasia ovárica en una de cada 197 cesáreas ¹. Actualmente la incidencia de tumores anexiales y embarazo se ha reportado en 1% ^{3,4}. Los tumores de ovario pueden causar complicaciones graves durante el embarazo y el parto; una de ellas es la torsión del tumor, siendo la complicación más frecuente y más grave, su incidencia se ha reportado en un 12%, es más frecuente durante el primer trimestre y puede provocar la rotura de lesiones quísticas. Cuando un tumor bloquea la pelvis puede provocar una rotura uterina ^{1-6,13-16}.

Cerca de dos terceras partes de los tumores ováricos se encuentran durante los años de la reproducción, durante esta etapa de la vida los tumores ováricos más frecuentes son benignos (80-85%) ^{1,2}. La posibilidad de que un tumor ovárico sea maligno en una paciente menor de 45 años de edad, es menor que uno por cada 15 mujeres ². La incidencia de tumores anexiales malignos y embarazo, actualmente se calcula en 3-5% ^{3,4,5}. La edad es probablemente el factor más importante para determinar el potencial maligno ²; pero, el cáncer es la principal causa de muerte en la etapa reproductiva de la mujer en México, y la segunda a nivel mundial. La mayor participación de la mujer en la sociedad ha llevado a retrasar los embarazos, plasmándole en una mayor incidencia de embarazos asociados a cáncer ¹⁹. La mayor parte de los tumores producen pocos síntomas e inespecíficos, y en todo caso sólo leves ⁵, por lo que el diagnóstico representa un reto para el Médico Ginecoobstetra.

JUSTIFICACION

Se requiere conocer la frecuencia de tumores anexiales asociados al embarazo en mujeres atendidas en la Unidad de Ginecoobstetricia del Hospital General de México para establecer los métodos diagnósticos y lineamientos de tratamiento a seguir en forma sistematizada que procuren resultados perinatales favorables para el binomio.

El manejo de los tumores anexiales durante el embarazo representa una decisión clínica difícil porque la cirugía abdominal durante el mismo representa un riesgo para la madre y el producto ⁴. Por otro lado, el manejo conservador puede resultar en lesiones malignas no identificadas oportunamente, o bien, en complicaciones graves como torsión o ruptura de la lesión durante el embarazo ⁴.

Desde 1963, Munnell recomendó la exéresis de lesiones anexiales durante el embarazo con el fin de: a) Eliminar una posible causa de distocia, b) El riesgo de torsión, ruptura o hemorragia, y c) El riesgo de malignidad de la lesión. Después de 40 años de grandes avances médicos tecnológicos, estas aseveraciones parecen continuar vigentes ⁴.

La resolución del embarazo vía abdominal se ha incrementado en un 20-24% tomando en cuenta la indicación de la presencia de un tumor anexial ⁴.

PROBLEMA

La falta de identificación de factores de riesgo, aunado a la alta frecuencia de ausencia de síntomas para tumores de ovario, conduce a omitir la sospecha diagnóstica de esta patología; y por lo tanto a retrasar su tratamiento.

El embarazo puede modificar la evolución de un tumor de ovario dependiendo de su estirpe histológica, y pueden llegarse a presentar complicaciones graves si no se detecta y trata en forma oportuna.

Por lo tanto, los objetivos de este estudio serán determinar:

- Los factores de riesgo en nuestra población para desarrollar un tumor de ovario
- Los métodos diagnósticos más confiables para su detección
- El tipo de tratamiento y sus resultados

MARCO TEORICO

Anatómicamente, los anexos están formados por las tubas uterinas, los ovarios y el ligamento ancho ^{1,2,6}

El diagnóstico diferencial en el tratamiento del tumor anexial es complejo debido a la variedad de trastornos que abarca y a los numerosos tratamientos que pueden ser adecuados ¹. Lo que impulsa a la prontitud y certeza del diagnóstico es el riesgo de neoplasia, así como el concepto fundamental de que el diagnóstico precoz y el tratamiento del cáncer están relacionados con una menor morbimortalidad ³. El tumor anexial afecta la mayoría de las veces al ovario debido a la propensión de éste a la neoplasia ². En la tuba uterina se producen menos neoplasias, aunque esta estructura puede estar implicada con frecuencia en un proceso inflamatorio que se manifiesta en forma de tumor anexial ¹. La abrumadora mayoría de los tumores anexiales son benignos, y es importante determinar antes de la cirugía si la paciente tiene un riesgo elevado de tener una neoplasia ovárica, para reducir el número de procedimientos quirúrgicos de procesos autolimitados ^{1,2,3}. Los trastornos no ginecológicos (quistes peritoneales y epiploicos, lesiones retroperitoneales y afecciones del tubo digestivo) se pueden confundir con un tumor ovárico o uterino ⁶.

Durante los años de la vida reproductiva, los tumores ováricos más frecuentes son benignos (80-85%) ^{1,2,4,6}. Cerca de dos terceras partes de los tumores ováricos se encuentran durante los años de la reproducción ¹. La posibilidad de que un tumor ovárico sea maligno en una paciente menor de 45 años de edad es menor que uno por cada 15 mujeres ². La mayor parte de los tumores producen pocos síntomas e inespecíficos, y en todo caso sólo leves ⁵.

Los síntomas más frecuentes consisten en distensión abdominal, dolor o malestar abdominales, sensación de presión en la parte baja del abdomen y síntomas urinarios o gastrointestinales ^{1,7}. Si el tumor es activo desde el punto de vista hormonal, pueden

manifestarse síntomas de desequilibrio hormonal, como hemorragia vaginal relacionada con la producción de estrógenos ¹. Puede ocurrir dolor agudo en caso de torsión de un anexo, rotura de un quiste o hemorragia hacia el interior de un quiste ¹⁻⁷.

Los datos pélvicos en pacientes con tumores benignos y malignos difieren. Los tumores unilaterales, quísticos, móviles y lisos, son con más probabilidad benignos, en tanto que los bilaterales, sólidos, fijos, irregulares y acompañados de ascitis, nódulos en el fondo de saco de Douglas o crecimiento rápido son más probablemente malignos ^{2,6,8,13}.

Para determinar si un tumor anexial amerita cirugía y cuál debe ser la preparación y la intervención apropiadas, la evaluación preoperatoria debe comprender una historia clínica y examen físico completo, USG abdominal y transvaginal y determinación de CA-125 ^{2,6}. El tratamiento posterior depende de muchos factores predictivos, incluyendo la edad, el tamaño del tumor, las características ecográficas, la presencia o ausencia de síntomas, el nivel de CA-125 y a uni o bilateralidad del caso ². La edad es probablemente el factor más importante para determinar el potencial maligno ².

Clasificación ^{1,2,6}:

Tumores ováricos no neoplásicos

- Quistes foliculares
- Quistes del cuerpo lúteo
- Quistes de la teca luteínica

Todos son benignos, y no suelen producir síntomas o requerir tratamiento quirúrgico. El *quiste funcional* más frecuente es el *folicular*, rara vez mayor de 8 cm de diámetro. Suele encontrarse de manera incidental durante la exploración pélvica, aunque

puede romperse y producir dolor y signos peritoneales. Suele resolverse en plazo de cuatro a ocho semanas ^{1,6,7}.

Los quistes *del cuerpo lúteo* son menos frecuentes que los foliculares. El cuerpo lúteo se designa como quiste si su diámetro es mayor de 3cm ^{1,6,9}. Se ha descrito el síndrome de Halban que consiste en quiste del cuerpo lúteo persistente, amenorrea, presencia de tumor en un anexo y dolor ¹. Los quistes del cuerpo lúteo se pueden romper y producir hemoperitoneo y requerir tratamiento quirúrgico. Las pacientes que toman tratamientos anticoagulantes están en riesgo particular de rotura de dichos quistes. Este incidente se produce más a menudo en el lado derecho, y puede sobrevenir durante el coito. La mayor parte de las roturas se producen durante los días 20 a 26 del ciclo. La culdocentesis suele revelar líquido con un valor hematocrito menor de 12% cuando la causa de la hemorragia intraperitoneal es un quiste roto ¹.

Los quistes *de teca luteínica* son los menos frecuentes de entre los ováricos funcionales. Suelen ser bilaterales. Son acompañantes de gestación múltiple, diabetes, sensibilización Rh, administración de citrato de clomifeno o de gonadotropina coriónica humana para inducir la ovulación, y empleo de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina. Los quistes de teca luteínica pueden medir hasta 30cm de diámetro, son múltiples y experimentan regresión espontánea ^{1,2,6}.

Se ha informado que el tratamiento anticonceptivo oral monofásico combinado reduce en grado notable el riesgo de quistes de ovario funcionales ^{1,2,6,7,10,11,12}.

Las mujeres fumadoras tienen un riesgo doble de desarrollar quistes ováricos funcionales ^{2,10,11,12}.

Otros tumores benignos

- Endometriomas. Las mujeres con endometriosis pueden desarrollar endometriomas ováricos, que pueden alcanzar un

diámetro de 6 a 8 cm. El tumor que no se resuelve bajo observación puede ser un endometrioma ^{1,6}.

Tumores neoplásicos ^{1,2,6}

1. De células germinales
 - Teratoma quístico benigno
2. Epiteliales
 - Cistadenoma seroso
 - Cistadenoma mucinoso
 - Fibroma
 - Cistoadenofibroma
 - Tumor de Brenner
 - Tumor mixto

Más del 80% de los *teratomas quísticos* benignos (quistes dermoides) se producen durante los años de la reproducción; la edad media de ocurrencia es de 30 años ^{1,6,7}. Ocurre transformación maligna en menos de 2% de los quistes dermoides en mujeres de todas las edades; más de tres cuartas partes de los casos de transformación maligna se produce en aquéllas mayores de 40 años de edad ². El riesgo de torsión en caso de quiste dermoide es de cerca de 15%, y este fenómeno ocurre más a menudo que en el caso de los tumores ováricos en general, quizá por el gran contenido de grasa de la mayor parte de los quistes dermoides que les permite flotar dentro de la cavidad pélvica y/o abdominal ¹. Como resultado del contenido de grasa, a la exploración pélvica el quiste dermoide suele describirse como de localización anterior. El tumor es bilateral en cerca del 10% de los casos ^{1,7}.

El riesgo de experimentar tumores *epiteliales* se incrementa con el paso de la edad. Los *cistadenomas serosos* constituyen el 20% de los casos de neoplasias benignas; el 5 al 10% tienen potencial maligno o limítrofe, y 20 a 25% son malignos. A menudo son multiloculares, a veces con componentes papilares del quiste ^{1,2,6,10,11,13,14}. Los cuerpos de Psammoma, que son zonas de granulación calcificada fina, pueden encontrarse diseminados en

el interior del tumor y son visibles a los rayos X ¹. Se requiere corte por congelación para distinguir entre los tumores serosos benignos, los limítrofes y los malignos, porque por sí solo el aspecto macroscópico no puede permitir esta distinción ².

Los tumores ováricos *mucinosos* pueden crecer hasta alcanzar enormes dimensiones. En su calidad de benignos suelen tener una superficie lobulada lisa, son multiloculados y pueden ser bilaterales en 10% de los casos. Dentro de las loculaciones quísticas se encuentra material mucoide ^{1,10,11}. Entre 5 a 10% de los tumores ováricos mucinosos son malignos. Puede ser difícil distinguirlos, desde el punto de vista histológico, de las lesiones malignas gastrointestinales metastásicas ^{2,10,11}.

Otros tumores ováricos benignos son los fibromas (un núcleo de células de estroma), tumores de Brenner y formas mixtas de tumores como el cistadenofibroma ^{1,2,6}.

Otros tumores de anexos

Los tumores que abarcan la tuba uterina se relacionan principalmente con causas inflamatorias en este grupo de edad. Puede haber un absceso tuboovárico acompañado de enfermedad inflamatoria pélvica. Por añadidura, puede encontrarse un tumor inflamatorio complejo constituido por intestino, tuba y ovario sin una gran cavidad de absceso ^{1,6,7}.

Los quistes paraováricos se identifican durante la exploración o en los estudios imagenológicos. Su frecuencia de malignidad es muy baja (2%) ¹.

Para el diagnóstico de un tumor ovárico debe efectuarse exploración pélvica completa, que incluya exploración rectovaginal y prueba de Papanicolaou ^{1,2,6,7,13}.

Quizá se requieran estudios de las vías urinarias si son prominentes los síntomas urinarios e incluirán mediciones cistométricas si un síntoma prominente es la incontinencia o la presión elevada dentro de la vejiga. En ocasiones es necesario o apropiado efectuar cistoscopia para descartar la presencia de lesiones intrínsecas de la vejiga. El ultrasonido será adecuado

para demostrar la compresión o la dilatación de los uréteres en presencia de tumores de gran tamaño ^{2,6}.

Se ha discutido el valor de los marcadores tumorales como CA 125, ya que el embarazo genera elevación del mismo, y por tanto, se puede ocasionar intervención quirúrgica innecesaria ^{1,2,6}.

Se han comparado los resultados de la ultrasonografía abdominal y transvaginal para el diagnóstico de los tumores ováricos. El estudio transvaginal tiene la ventaja de brindar información adicional sobre la estructura interna a la anatomía del tumor. La precisión diagnóstica de la ultrasonografía transvaginal para el endometrioma puede ser muy elevada ^{8,21}.

La resonancia magnética es un complemento valioso de la ecografía para la evaluación de tumores ováricos en la mujer embarazada ¹⁷.

El tratamiento de los tumores ováricos se basa en el diagnóstico preciso. Debe darse a la paciente una explicación de este diagnóstico, así como la posible evolución de la enfermedad. Todas las opciones terapéuticas deben presentarse y comentarse ¹⁻⁶.

Thornton y Well (1987) comunicaron que con el advenimiento de la ecografía de alta resolución debe adoptarse un procedimiento conservador para el tratamiento de los tumores ováricos, basado en sus características. Recomendaron la resección de todos los tumores en los que hubiera sospecha de rotura, torsión u obstrucción del trabajo de parto y de aquéllos mayores de 10cm de diámetro debido al aumento del riesgo de cáncer en caso de tumores grandes. Los tumores de 5cm o menos pueden eventualmente vigilarse. Los tumores entre 5 y 10cm de diámetro también se pueden tratar en forma expectante si tienen aspecto quístico simple. Sin embargo, si éstos contienen tabiques o nódulos, o si se tienen componentes sólidos, debe procederse a su exéresis. En contraste, Hess (1988) recomendaron la exéresis electiva de cualquier tumor ovárico de 6cm o mayor que persista

después de las 16 semanas de gestación. Comunicaron mejor pronóstico fetal neonatal en estas mujeres en comparación con aquellas en quienes fueron necesarios procedimientos urgentes por rotura, torsión o infarto. Fleisher (1990) recomendó la observación de la mujer embarazada asintomática con tumor ovárico de 5cm. Si un tumor aumenta de tamaño, se vuelve sintomático o tiene características ecográficas que incluyen tabiques irregulares, excrecencias papilares o áreas sólidas grandes, debe considerarse la posibilidad de malignidad ^{1,2,6,7,20}.

La cirugía abdominal durante el embarazo se asocia con algunas complicaciones como aborto, ruptura prematura de membranas y amenaza de parto pretérmino, se ha dicho que la época más segura para practicar una lapatoromía es el cuarto mes, siempre que la operación se pueda posponer hasta ese momento; la cirugía no debe demorarse en caso de sospecha de malignidad. Cuando el diagnóstico no se establece hasta las últimas etapas del embarazo, es recomendable, excepto en caso de malignidad conocida o sospechada, demorar la laparotomía hasta lograr la viabilidad del feto. Si el tumor no lo impide, suele ser preferible permitir el trabajo de parto espontáneo y extraer el tumor más adelante. Si el tumor ocupa la pelvis, se practicará una cesárea con la resección del tumor ^{1-6,15,16,17,18}.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio retrospectivo, mediante la revisión de expedientes clínicos del servicio de embarazo de alto riesgo, de pacientes internadas por sospecha o diagnóstico establecido de tumor anexial y embarazo en la Unidad de Ginecoobstetricia del Hospital General de México entre enero de 2000 y diciembre de 2004.

El tamaño de la muestra fue finito, con un total de 24 casos en cinco años.

VARIABLES

Las variables que se estudiaron en el problema planteado son:

- Edad
- Escolaridad
- Ocupación
- Factores de riesgo para neoplasia ovárica
- Paridad
- Síntomas de presentación
- Edad gestacional al momento del diagnóstico
- Método diagnóstico
- Marcadores tumorales
- Tratamiento
- Estirpe histológica del tumor
- Resultados perinatales

RESULTADOS

Se registraron 38 312 nacimientos durante el periodo de estudio. Fueron identificadas 24 pacientes con tumores anexiales. La incidencia en esta serie es de 0.6%.

La edad materna promedio fue de 27.5 años (rango de 15 a 42) (Gráfica 1). La escolaridad promedio de las pacientes fue la educación secundaria. Sólo el 4.2% de las pacientes tuvo una ocupación fuera de las labores domésticas, y no se relacionó con exposición a factores carcinogénicos.

El 4.2% de las pacientes tuvo antecedentes heredofamiliares para neoplasias malignas; sin embargo, éstas no tuvieron relación con tumores ginecológicos. Se identificó un 4.2% de pacientes con antecedente de tabaquismo. Ninguna de las pacientes tuvo menarca temprana, la edad promedio de la misma fue de 11.5 (rango de 11 a 15). El 100% de las pacientes tenía ciclos menstruales regulares. Ninguna de las pacientes tenía antecedentes de tratamientos hormonales.

El 54.16% de las pacientes fueron primigrávidas, el 25% secundigrávidas, y un 20.83% multigrávidas.

Con respecto a la presentación de la enfermedad, el 70.83% de las pacientes cursaron asintomáticas, y sólo el 29.16% de ellas manifestaron sintomatología; de éstas el 100% presentó dolor pélvico como unico síntoma (Gráfica 2).

La edad promedio de gestación al momento del diagnóstico de tumor anexial fue de 17.4 semanas. Nueve casos (37.5%) fueron diagnosticados en el periodo prenatal, 4 casos (16.6%) se identificaron durante el primer trimestre de gestación, 10 casos (41.6%) se diagnosticaron en el segundo trimestre de gestación y sólo 1 caso (4.1%) se identificó hasta el tercer trimestre de gestación (Gráfica 3).

El 100% de las pacientes contó con estudio de ultrasonografía pélvica que identificaba la lesión anexial, en el 70.8% de los casos se reportaron características quísticas del tumor, y el resto reportó lesiones mixtas. El 100% de los casos fueron unilaterales.

Sólo nueve casos (37.5%) contaba con marcadores tumorales, de los cuales el 100% de las pacientes tuvo el Ca 125 normal.

El tratamiento de las pacientes se dividió en conservador, que representó el 33.3% de los casos; y quirúrgico (66.6%) (Gráfica 4). De este último, el 45.83% se intervino durante el segundo trimestre de gestación, el 16.6% durante el tercer trimestre y sólo el 4.1% durante el primer trimestre. A una de las pacientes (6%) que fue intervenida durante el tercer trimestre (transcesárea), se le realizó histerectomía total abdominal, salpingooforectomía bilateral y toma de biopsias por reporte histopatológico de tumor limítrofe de ovario. Una paciente (6%) fue intervenida durante el primer trimestre realizándosele salpingooforectomía izquierda con reporte histopatológico de cistadenocarcinoma papilar de bajo grado, el embarazo llegó a término y transcesárea se realizó omentectomía y toma de biopsias para estadificación, pendiente nueva valoración por el servicio de Oncología con resultado. Una paciente (6%) ingresó a quirófano con diagnóstico de probable tumor anexial torcido; sin embargo, se identificó un mioma pediculado torcido, se realizó miomectomía.

Ninguna de las pacientes presentó como complicación postquirúrgica la pérdida del embarazo.

El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica se obtuvo en el 87.5% de los casos, de los cuales cinco casos (42%) fueron cistadenomas serosos, 4 casos (23%) teratomas quísticos maduros, dos casos (17%) quistes tecaluteínicos con hemorragia, un caso (6%) fue un tumor limítrofe de ovario, un caso (6%) un cistadenocarcinoma papilar de bajo grado), y un caso (6%) leiomioma (Gráfica 5).

Sólo el 12.5% de las pacientes ameritaron valoración por el servicio de Oncología, quienes actualmente continúan el seguimiento de las pacientes.

El 100% de las pacientes tuvieron un embarazo con una duración de 38 semanas o más. El 62.5% de los embarazos se resolvieron vía abdominal, el 16.6% vía vaginal, y en el 20.8% se desconoce la vía de resolución del embarazo (Gráfica 6).

De las pacientes que se resolvieron por cesárea, en el 80% la indicación fue el antecedente de laparotomía durante algún momento de la gestación, en el 20% restante, la presencia de un tumor anexial.

El peso promedio de los productos al nacimiento fue de 2650gr (rango de 2000-4000gr). El Apgar promedio al primer minuto fue de 8, y a los cinco minutos de 9.

DISCUSION

El diagnóstico de los tumores de ovario durante el embarazo, en ausencia de síntomas, depende de la acuciosidad del examinador, y de su experiencia para explorar los órganos pélvicos durante el embarazo. Después de la semana 12 de gestación, la evaluación de los anexos resulta más difícil, la exploración prenatal previa puede permitir el reconocimiento de estas lesiones posteriormente y facilitar su manejo. En esta serie, sólo 7 pacientes (29.16%) presentaron síntomas relacionados con la lesión. El ultrasonido pélvico fue el método diagnóstico que identificó las lesiones en el resto de las pacientes.

Múltiples autores han recomendado el tratamiento conservador, el manejo fue expectante en el 33.3% de los casos, en pacientes que presentaron lesiones de aspecto ultrasonográfico benigno cuyo diámetro no excedía 6cm. En esta serie, la conducta conservadora no se asocio con complicaciones como torsión, ruptura o hemorragia de la lesión. Además, la posibilidad de resolución espontánea de lesiones quísticas, puede posponer el tratamiento quirúrgico hasta después del primer trimestre.

El tratamiento quirúrgico se realizó en el 45.83% de los casos en el segundo trimestre, tal como lo sugiere la literatura para disminuir el riesgo de aborto, ya que se ha demostrado que el factor más importante para esta complicación es el trauma directo sobre el útero. En esta serie no se presentó ninguna pérdida gestacional a consecuencia de la intervención quirúrgica.

El tipo histológico más frecuente fue el cistadenoma seroso (42%), seguido del teratoma quístico maduro (16.6%). Una de las pacientes (6%) tuvo una lesión limítrofe, y otra de ellas (6%) una lesión maligna. La asociación entre tumores malignos de ovario y el embarazo se considera rara (3%), y se menciona que el tipo histológico durante el embarazo está más directamente relacionado con la edad de la paciente, que con el embarazo per se.

Los marcadores tumorales, como lo ha indicado la literatura, no son un parámetro confiable para sospecha de malignidad durante el embarazo.

Todos los embarazos llegaron a término y el 80% se resolvieron vía abdominal, todos los productos tuvieron peso y Apgar adecuados al nacimiento.

Las dos pacientes con lesiones malignas continúan su tratamiento en el servicio de Oncología.

CONCLUSIONES

La incidencia de tumores anexiales y embarazo en el servicio de Ginecoobstetricia en el Hospital General de México es de 0.6%.

El diagnóstico se realiza en el 70.84% de los casos por ultrasonografía pélvica.

El 66.6% de los casos se manejó en forma quirúrgica, sin complicaciones.

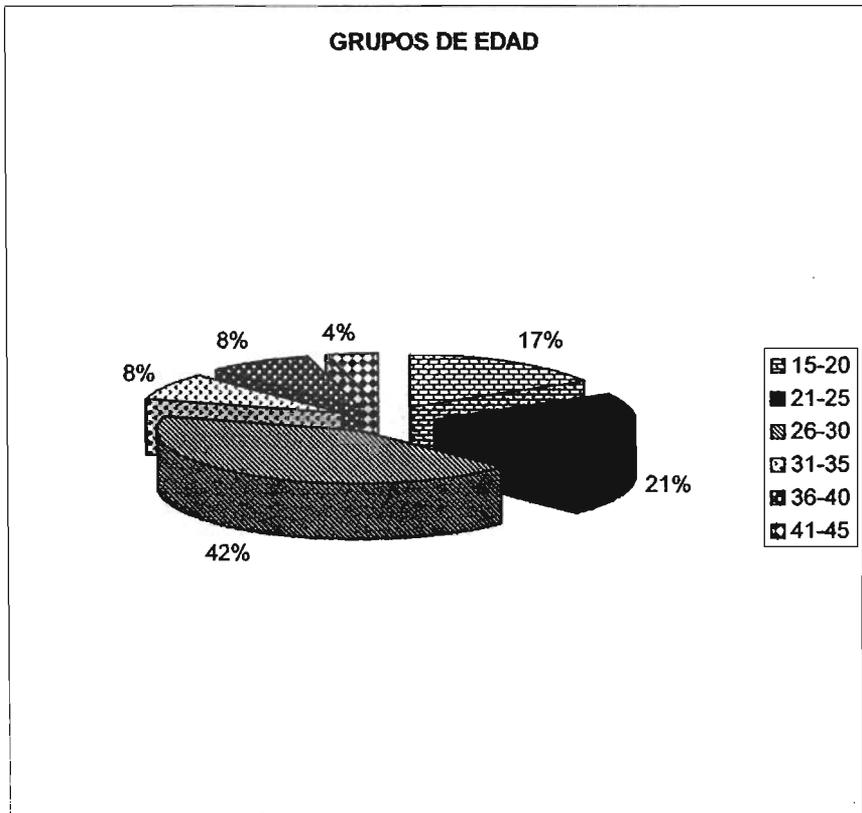
La estirpe histológica más frecuente fue el cistadenoma seroso.

Un caso (6%) fue una lesión maligna, y otro caso (6%) fue una lesión limítrofe.

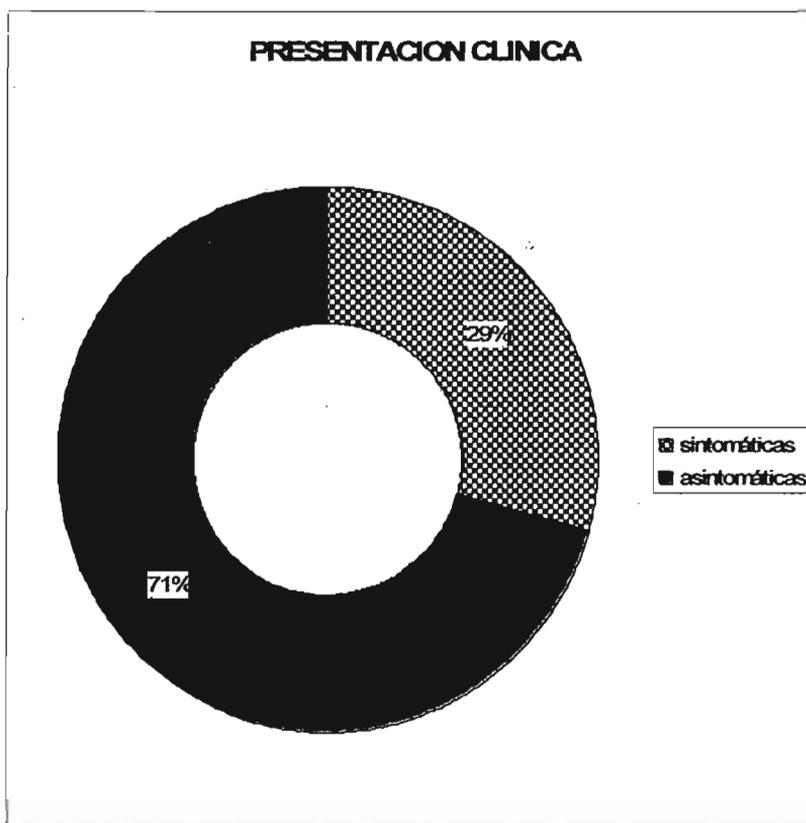
Los resultados para el 100% de los neonatos fueron satisfactorios.

GRAFICAS

GRAFICA 1

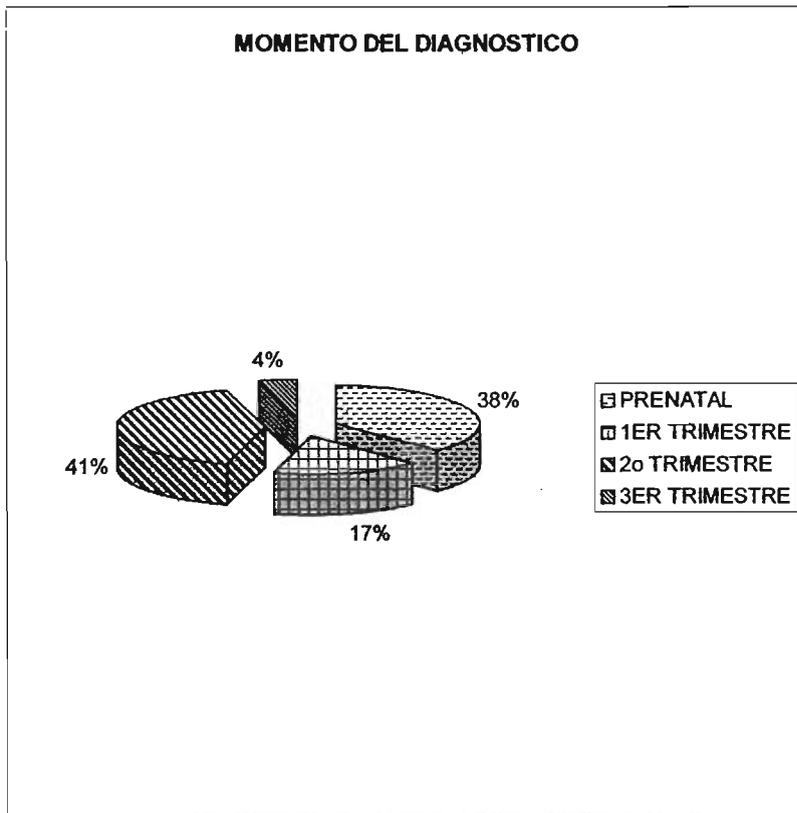


GRAFICA 2

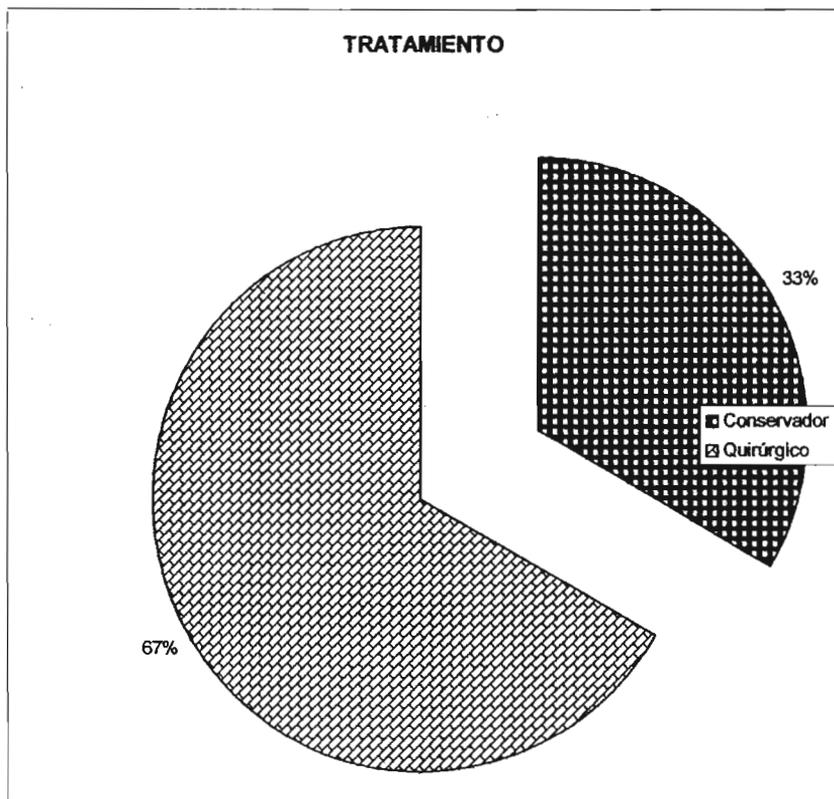


ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

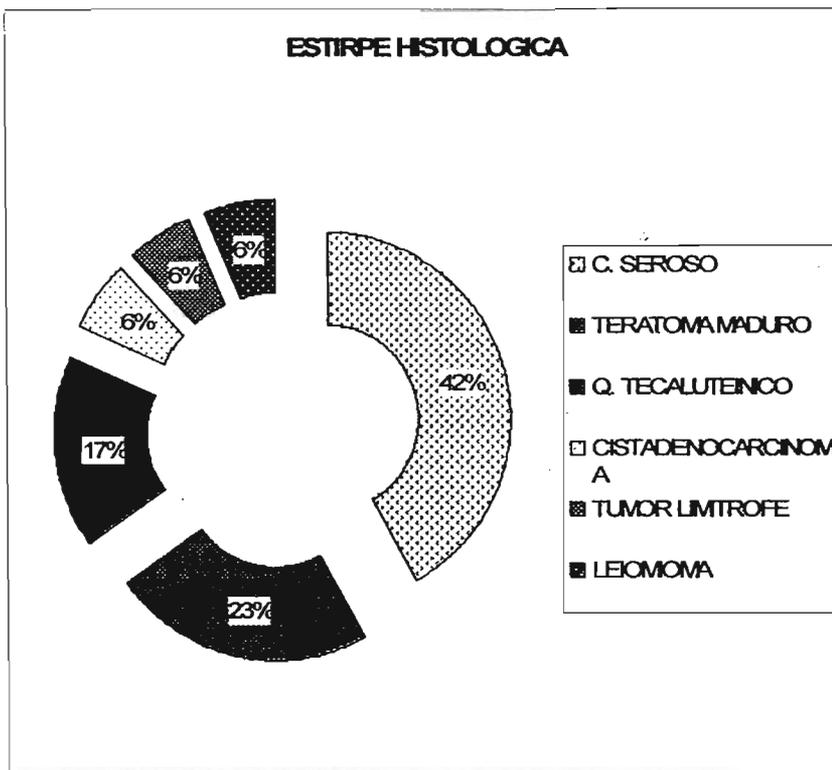
GRAFICA 3



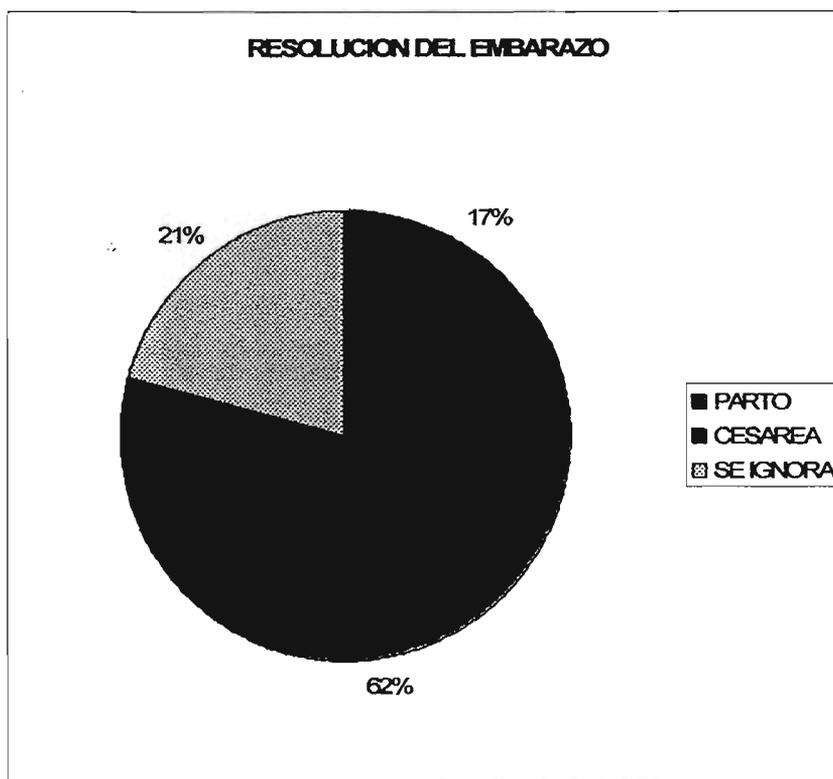
GRAFICA 4



GRAFICA 5



GRAFICA 6



BIBLIOGRAFIA

1. Hillard PA. Enfermedades benignas de las vías reproductivas femeninas: síntomas y signos. En: Berek JS, Hadáis EY, Hillard PA. Ginecología de Novak. 12ª edición. Ed McGraw-Hill Interamericana. México 1997;331-397
2. DiSaia PJ, Creasman WT. Oncología ginecológica clínica. Capítulo 10. 6ª edición. Ed Elsevier Science. Madrid 2002;259-288
3. Sherard GB, Hodson CA, Williams HJ, et al. Adnexal masses and pregnancy: A 12-year experience. Am J Obstet Gynecol 2003;189:358-63
4. Whitecar P, Turner S, Higby K. Adnexal masses in pregnancy: a review of 130 cases undergoing surgical management. Am J Obstet Gynecol 1999;181:19-24
5. Novak ER, Lambrou CD, Woodruff JD. Ovarian tumors in pregnancy. An ovarian tumor registry review. Obstet Gynecol 1975;46:401-6
6. Dudley AG. Tumores de ovario que complican el embarazo. En: Rock JA, Thompson JD. Te Linde Ginecología quirúrgica. 8ª edición. Ed Médica Panamericana. Argentina 1998;896-907
7. Disaia PJ. Enfermedades ováricas. En: Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. 6ª edición. Ed. Interamericana McGraw-Hill. México 1990;1113-27
8. Bromley B, Benacerraf B. Adnexal masses during pregnancy: Accuracy of sonographic diagnosis and outcome. J Ultrasound Med 1997;16:447-52

9. Hill LM, Johnson CE, Lee RA. Ovarian surgery in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1975;122:565-9
10. Whiteman DC, Siskind V, Purdie DM, Green A. Timing of pregnancy and the risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Epidemiol* 2003;12:42-6
11. Purdie DM, Siskind V, Bain CJ, et al. Reproduction-related risk factors for mucinous and nonmucinous epithelial ovarian cancer. *Am J Epidemiol* 2001;153:860-64
12. Whiteman DC, Siskind V, Purdie DM, Green AC. Timing of pregnancy and the risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Epidemiol* 2003;12:42-6
13. Bernhard LM, Klebba PK, Gray DL, Mutch DG. Predictors of persistence of adnexal masses in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999;93:585-9
14. White KC. Ovarian tumors in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1973;116:544-550
15. Booth RT. Ovarian tumors in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1963;21:189-93
16. Tawa K. Ovarian tumors in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1964;90:511-16
17. Wang H, Sheu M, Guo W, et al. Magnetic resonance imaging of pregnancy luteoma. *J Comput Assist Tomogr* 2003;27:155-57
18. Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, et al. Adnexal masses in pregnancy: Surgery compared with observation. *Obstet Gynecol* 2005;105:1098-1103

19. Terán MA, Gómez del Castillo AC, Barrera N. Cáncer asociado al embarazo: Informe de 36 pacientes. *Cir Gen* 2005;27:37-41
20. Lee GS, Hur SY, Shin JC, et al. Elective vs conservative management of ovarian tumors in pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2004;85:250-54
21. Zanetta G, Mariani E, Lissoni A, et al. A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy. *Int J Obstet Gynaecol* 2003;110:578-83