



1121748
21

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE LA MUJER S.S.A.**



**"LA INCIDENCIA DE TUMORES DE OVARIO Y EN
EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DURANTE
EL PERIODO DE 1993 A 1995"**

**S. S. A.
HOSPITAL DE LA MUJER
SECRETARIA DE SALUD**

Handwritten signature

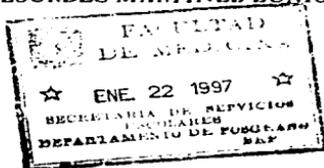
**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
DR. ARTURO RAMOS GONZALEZ**

**ASESOR DE TESIS:
DRA. MARIA DE LOURDES MARTINEZ ZUSIGA**



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



1997



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.

INDICE

TEMA	PAGINA
• INTRODUCCIÓN _____	1
• GENERALIDADES _____	2
• Clasificación Histogenética de los Tumores de Ovario (O.M.S.) _____	3
• Clasificación del Carcinoma Ovárico por Estadios Clínicos (FIGO) _____	9
• FRECUENCIA _____	10
• Descripción breve de los tumores de ovario que se presentan más frecuentemente en el Embarazo _____	11
• COMPLICACIONES _____	12
• DIAGNÓSTICO _____	14
• TRATAMIENTO _____	15
• JUSTIFICACIÓN _____	17
• OBJETIVOS _____	17
• METODOLOGÍA _____	17
• RESULTADOS _____	18

• GRÁFICAS	
• I - EDAD PROMEDIO _____	20
• II - NÚMERO DE GESTACIÓN _____	21
• III - UNILATERALIDAD O BILATERALIDAD DEL TUMOR _____	22
• IV - EDAD GESTACIONAL AL DIAGNÓSTICO _____	23
• V - EDAD GESTACIONAL AL TRATAMIENTO _____	24
• VI - ANEXO AFECTADO _____	25
• VII - COMPLICACIONES _____	26
• VIII - TRATAMIENTO AL TUMOR _____	27
• IX - TERMINACIÓN DEL EMBARAZO _____	28
• X - DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO _____	29
• DISCUSIÓN _____	30
• CONCLUSIONES _____	32
• BIBLIOGRAFÍA _____	33

INTRODUCCIÓN:

La presencia simultánea de tumores de ovario y embarazo es una asociación poco frecuente; afortunadamente, por que los años pico de incidencia de las enfermedades neoplásicas no coexisten con la edad fértil, de la gama de padecimientos coexistentes en el embarazo, los malignos son los que preocupan más al médico, puesto que acarrearán una serie de dilemas acerca de saber si es necesario que el embarazo termine, la posible afectación del feto por la enfermedad maligna o su tratamiento, o si debe diferirse el tratamiento hasta el término de la gestación. Por lo tanto, como esta situación es poco común, y raramente enfrentada por el médico, muy a menudo representa un problema por que aún no existe suficiente experiencia para disponer de claras decisiones terapéuticas y se conoce muy poco acerca de la conjunción del cáncer con el embarazo.

Se estima que la frecuencia de esta asociación varía según diversas citas, de un tumor por cada 81 partos, hasta uno por cada 2334 nacimientos, encontrándose en el Hospital General de México uno por cada 610 nacimientos, esta escasa prevalencia hace que haya poca experiencia al respecto, y cuando el médico se enfrenta a un problema neoplásico concomitante con una gestación, habitualmente no sabe que hacer, de ahí la importancia del conocimiento de las posibles complicaciones secundarias a esta asociación como el dolor, ruptura, torsión y malignidad, el curso de embarazo, momento de diagnóstico y la evolución final de la gestación. (1,2)

GENERALIDADES:

Los tumores ováricos tienen tres diferentes orígenes :

- 1) El epitelio celómico que cubre al ovario, mesotelio.
- 2) Del mesénquima que constituye el estroma cortical y medular, células de la granulosa y los cordones sexuales.
- 3) De las células germinales.

La mayoría de los tumores de ovario encontrados en las pacientes embarazadas, son quistes foliculares o del cuerpo lúteo y por lo general no sobrepasan de los 3 a 5 cm. de diámetro. El 90% de ellos desaparece al progresar el embarazo, siendo indetectables hasta las 14 a 16 semanas. En el caso de grandes tumores, pueden presentar mas problemas en el parto; se ha fijado el tamaño arbitrario de 6 cm. para determinar si un agrandamiento ovárico es clínicamente significativo.

Aproximadamente del 10% al 15% de los tumores ováricos durante el embarazo, presentan accidente (3), siendo los teratomas quísticos, las neoplasias ováricas mas frecuentes, su ruptura debe evitarse, sobre todo por la presión intraabdominal realizada por el útero grávido en su crecimiento (4). Aproximadamente uno de cada 18,000 embarazos implica cáncer ovárico, representando un 3 a 5% de los tumores ováricos que complican el embarazo; raramente son bilaterales(5,6), esto contrasta con la frecuencia del cáncer ovárico en la mujer no embarazada que es del 18 a 20%.

Es imprescindible el diagnosticar tempranamente esta patología y llevar a cabo la vigilancia pertinente durante el primer trimestre, sin olvidar que el estudio clínico es esencial para la identificación en fases tempranas del embarazo y la ultrasonografía el estudio complementario de mayor utilidad (3).

CLASIFICACIÓN HISTOGENÉTICA DE LOS TUMORES DE OVARIO (OMS).

I. TUMORES DE EPITELIO.

A. TUMORES SEROSOS.

1) BENIGNOS

- Cistoadenoma y Cistoadenoma Papilar.
- Papiloma Superficial.
- Adenofibroma y Cistoadenofibroma.

2) TUMORES DEL TIPO BORDERLINE (CARCINOMAS DE BAJO POTENCIAL MALIGNO O DE LENTA ACTIVIDAD MALIGNA) LÍMITROFES.

- Cistoadenoma y Cistoadenoma Papilar.
- Papiloma Superficial.
- Adenofibroma y Cistoadenofibroma.

3) MALIGNOS.

- Adenocarcinoma, Adenocarcinoma Papilar y Cistoadenocarcinoma Papilar.
- Carcinoma Papilar Superficial.
- Adenofibroma Maligno y Cistoadenofibroma Maligno.

B. TUMORES MUCINOSOS.

1) BENIGNOS.

- Cistoadenoma y Cistoadenoma Papilar.
- Adenofibroma y Cistoadenofibroma.

2) TUMORES DEL TIPO BORDERLINE (CARCINOMAS DE BAJO POTENCIAL MALIGNO O DE LENTA ACTIVIDAD MALIGNA) LÍMITROFES.

- Cistoadenoma.
- Adenofibroma y Cistoadenofibroma.

3) MALIGNOS.

- Adenocarcinoma, Adenocarcinoma Papilar y Cistoadenocarcinoma Papilar.
- Adenofibroma Maligno y Cistoadenofibroma Maligno.

C. TUMORES ENDOMETRIOIDES.

1) BENIGNOS.

- Adenoma y Cistoadenoma.
- Adenofibroma y Cistoadenofibroma.

2) TUMORES DEL TIPO BORDERLINE (CARCINOMAS DE BAJO POTENCIAL MALIGNO O DE LENTA ACTIVIDAD MALIGNA) LÍMITROFES.

- Adenoma y Cistoadenoma.
- Adenofibroma y Cistoadenofibroma.

3) MALIGNOS.

- Carcinoma.
 - Adenocarcinoma.
 - Adenocarcinoma.
 - Adenofibroma Maligno y Cistoadenofibroma Maligno.
- Sarcomas del Estroma Endometrial
- Tumor Mixto (Mulleriano). Mesodérmico Maligno, Homólogo y Heterólogo.

D. TUMORES DE CÉLULAS CLARAS (Mesenétricos).

1) BENIGNOS.

- Adenofibroma

2) TUMORES DEL TIPO BORDERLINE (CARCINOMAS DE BAJO POTENCIAL MALIGNO O DE LENTA ACTIVIDAD MALIGNA).

3) MALIGNOS

- Carcinoma.
- Adenocarcinoma

E. TUMORES DE BRENNER

- 1) BENIGNOS.
- 2) TUMORES DE TIPO BORDERLINE (PROLIFERANTES).
- 3) MALIGNOS.

F. TUMORES EPITELIALES MIXTOS.

- 1) BENIGNOS.
- 2) TUMORES DE TIPO BORDERLINE.
- 3) MALIGNOS.

G. CARCINOMAS INDEFERENCIADOS.

H. TUMORES EPITELIALES NO CLASIFICABLES.

II. TUMORES DEL ESTROMA DE LOS CORDONES SEXUALES.

A. TUMORES DE CÉLULAS DEL ESTROMA (GRANULOSA).

- 1) TUMOR DE LA CÉLULA DE LA GRANULOSA.

2) TUMORES EN EL GRUPO DE TECOMA (FIBROMA).

- Tecoma.
- Fibroma.
- Inclasificables.

B. ANDROBLASTOMAS TUMORES DE SERTOLI-LEYDIG.

1) BIEN DIFERENCIADOS.

- Androblastoma Tubular; Tumores de las células de Sertoli (Adenoma Tubular de Pick).
- Androblastoma Tubular con Lípidos Intracitoplasmáticos; Tumores de las Células de Sertoli con Lípidos Intracitoplasmáticos (Foliculoma Lipídico de Lecene).
- Tumor de Células de Sertoli - Leydig (Adenoma Tubular con Células de Leydig).
- Tumor de Células de Leydig; Tumor de Células Hiliares.

2) DE DIFERENCIACIÓN INTERMEDIA.

3) POBREMENTE DIFERENCIADO (SARCOMATOSO).

4) CON ELEMENTOS HETERÓLOGOS.

C. GINANDROBLASTOMA.

D. INCLASIFICABLE.

M. TUMORES LIPÓDICOS (CÉLULAS LIPÓIDEAS).

IV. TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES.

A. DISGERMINOMA.

B. TUMOR DE SENOS ENDODÉRMICOS.

C. CARCINOMA EMBRIONARIO.

D. POLIEMBRIOMA.

E. CORIOCARCINOMA.

F. TERATOMAS.

1) INMADURO.

2) MADURO.

- Sólido.
- Quístico.

- Quiste Dermoide (Teratoma Quístico Maduro).
- Quiste Dermoide con Transformación Maligna.

3) MESODÉRMICOS Y ALTAMENTE ESPECIALIZADOS.

- Struma Ovarii.
- Carcinoide.
- Struma Ovarii y Carcinoide.
- Otros.

G. FORMAS MIXTAS.

V. GONADOBLASTOMA.

A. PURO.

B. MEZCLADO CON DISGERMINOMA O CON OTRAS FORMAS DE CÉLULAS GERMINALES.

VI. TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS NO ESPECÍFICOS AL OVARIO.

VII. TUMORES NO CLASIFICABLES.

VIII TUMORES SECUNDARIOS (METASTÁSICOS)

IX. LESIONES NO TUMORALES Y QUE SE CONFUNDEN CON TUMORES DEL OVARIO.

A. LUTEOMA DEL EMBARAZO.

B. HIPERPLASIA DEL ESTROMA OVÁRICO HIPERTECOSIS.

C. EDEMA MASIVO.

D. FOLÍCULO QUÍSTICO SOLITARIO Y CUERPO LÚTEO. QUÍSTICO.

E. MÚLTIPLES FOLÍCULOS QUÍSTICOS (OVARIOS POLIQUÍSTICOS).

F. MÚLTIPLES QUISTES FOLICULARES LUTEINIZADOS Y/O CUERPO LÚTEO.

G. ENDOMETRIOSIS.

H. QUISTES DE INCLUSIÓN DEL EPITELIO SUPERFICIAL (QUISTES DE INCLUSIÓN DEL EPITELIO GERMINAL).

I. QUISTES SIMPLES.

J. LESIONES INFLAMATORIAS.

K. QUISTES PARAOVÁRICOS.(7)

CLASIFICACIÓN DEL CARCINOMA OVÁRICO POR ESTADIOS CLÍNICOS (FIGO):

ESTADIO I :CRECIMIENTO LIMITADO A OVARIOS.

Ia: Crecimiento limitado a un ovario, cápsula íntegra.

Ib: Crecimiento en ambos ovarios, cápsula íntegra.

Ic: Tumor en estadio Ia o Ib , con cápsula rota, tumor en superficie, ascitis o lavado peritoneal con células malignas.

ESTADIO II : CRECIMIENTO QUE AFECTA A UNO O AMBOS OVARIOS, EXTENSIÓN PÉLVICA.

Ila: Extensión a útero y/o trompas.

Ilb: Extensión a otros tejidos pélvicos.

Ilc: Tumor en estadio Ila o Ilb con células malignas en líquido de ascitis o lavado peritoneal.

ESTADIO III : TUMOR QUE AFECTA A UNO O AMBOS OVARIOS CON IMPLANTES PERITONEALES MÁS ALLÁ DE LA PELVIS VERDADERA Y/O METÁSTASIS EN GANGLIOS RETROPERITONEALES O INGUINALES.

IIla: Tumor limitado a la pelvis verdadera, ganglios negativos, con siembra microscópica peritoneal.

IIlb: Metástasis peritoneal macroscópica con implantes no mayores de 2cm ganglios negativos.

IIlc: Metástasis peritoneal con implantes mayores de 2cm y/o ganglios linfáticos positivo.

ESTADIO IV : CRECIMIENTO QUE AFECTA UNO O AMBOS OVARIOS CON METÁSTASIS A DISTANCIA. (9).

FRECUENCIA:

Los tumores de ovario son comunes durante el embarazo, sin embargo esta frecuencia no dista de la presentada en mujeres no embarazadas. Se han reportado en la literatura diferentes datos de frecuencia de tumores de ovario coexistentes con el embarazo; así, se habla de un tumor de ovario en 18 a uno en 2720 embarazos, destacando los reportes de Tawa en 1964, quien reportó 62 tumores de ovario en 50,496 partos (9), White reporta uno por cada 958 partos en 1973 (10). Hill y cols. en 1975 reportan una neoplasia de ovario por cada 442 partos(11), Struyk en 1984 reportan un tumor de ovario por 640 partos (12), en México, Nava y cols. en 1977 reportan un tumor de ovario por cada 2720 partos (1). Villarreal Peral y cols., en 1995 reporta un tumor de ovario por cada 610 partos (2).

Según Struyk, es probable que la incidencia de los tumores de ovario en el embarazo sea igual que en las mujeres no embarazadas, en el mismo grupo de edad y en su estudio en 57,639 mujeres con partos en un periodo de 29 años, descubrió 90 tumores de ovario de 5 cm o más, durante el embarazo o puerperio con una frecuencia de uno en 640. De éstos 25% fueron cistoadenomas serosos; 12% cistoadenomas mucinosos; 36% teratomas quísticos; 13% quistes paraováncos; 5.5% quistes del cuerpo lúteo; 1.5% quiste folicular y 4% tumores malignos (12).

Así mismo, los tumores malignos raramente se asocian al embarazo, la frecuencia de la mayoría de las instituciones varía entre el 2 y 5% de todos los procesos neoplásicos ováricos durante la gravidez (8). Chung en 1973, encontró 6 tumores malignos en 160,889 partos con una incidencia del 3% de todas las masas ováricas sujetas a laparotomía durante el embarazo.(13).

En la época previa a la ultrasonografía, clínicos competentes fracasaban en la detección de grandes tumores ováricos en todas las etapas del embarazo, lo que daba una baja incidencia. Con el advenimiento de la ultrasonografía sistemática, cada vez se detectan mas crecimientos ováricos no sospechados en la clínica y la experiencia con su evolución natural mejora.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LOS TUMORES DE OVARIO QUE SE PRESENTAN MAS FRECUENTEMENTE EN EL EMBARAZO:

CISTOADENOMAS SEROSOS:

Estos tumores son de tipo simple o papilar, 50% son bilaterales, el principal problema es reconocer la benignidad o malignidad de este tumor. Aunque en la mayoría de los casos existe solo una capa de células epiteliales por sobre las papilaciones, algunas áreas pueden mostrar vanas capas de células proliferativas que no pueden ser o parecer particularmente benignas (5)

CISTOADENOMAS MUCINOSOS:

Este tipo de tumor sigue en frecuencia a los dermoides en el grupo de quistes neoplásicos del ovario durante el embarazo, un 15 a un 20% de los casos son bilaterales. El potencial maligno es aproximadamente de un 5%, estos quistes alcanzan tamaño bastante grande y pueden presentar problema durante la gestación, en especial la torsión del pedículo y obstrucción del canal del parto (5)

TERATOMA MADURO BENIGNO:

Es el tumor de células germinales mas común en la mujer, constituyendo del 10 al 20% de todos los tumores de ovario, así mismo son los que mas frecuentemente se asocian al embarazo, talvez por que es un tumor que aparece mas frecuentemente durante la segunda y tercera décadas de la vida, tiempo en el cual la mujer es mas fértil. Se caracteriza por una cápsula gruesa, bien formada, cubierta por epitelio escamoso de grosor variable. Debajo del mismo suelen encontrarse diversos apéndices cutáneos que pueden incluir glándulas sudoríparas, apocrinas y con gran frecuencia sebáceas. Al abrirlos, brota un liquido amarillo pálido, grasoso y viscoso, que suele contener pelos. El carcinoma de células escamosas, ocurre en cerca del 2 al 3% de los quistes dermoides ováricos. (12)

CISTOMAS SIMPLES Y QUISTES DEL CUERPO LÚTEO:

Se originan de la simple distensión de los folículos durante el proceso de atresia folicular, muchas veces la cavidad se halla extraordinariamente distendida por liquido, aun cuando raramente exceden el tamaño de un limón. Al igual que sucede con otros quistes de ovario, puede producirse torsión del pedículo y en raros casos ruptura espontánea con hemorragia intraabdominal. Aproximadamente en la semana 14 a 18 de gestación, la mayor parte de los casos sufren regresión, si los quistes se rompen durante la extirpación, el pseudomixoma peritoneal puede constituir problema en fecha posterior. (14).

COMPLICACIONES:

Los quistes de 6 a 8 cm. o mas y los tumores de ovario de cualquier tamaño semisólidos o sólidos, presentan alguna de estas 3 complicaciones:

- 1) Torsión con hemorragia o rotura
- 2) Interferencia mecánica en el trabajo de parto, que resulta en distocia o rotura de neoplasia
- 3) Malignidad. (5)

La frecuencia de torsión de tumores de ovario en la gravidez se ha informado entre el 10 y 15% en la mayoría de los grupos. (5).

La mayoría de las torsiones se presentan cuando el útero se eleva con rápida velocidad (8 a 16 semanas) o cuando involucre rápidamente (en el puerperio). Aproximadamente un 60% se presenta al comienzo del embarazo, y el 40% restante en el puerperio. Existe dolor abdominal bajo, repentino, náuseas, vómitos y en algunos casos síntomas de shock. El abdomen es tenso y sensible y existe sensibilidad, rebote y defensa. La palpación de masa sensible, de gran tamaño, completa el cuadro. (14,15).

En la torsión incompleta, los signos y síntomas pueden no ser tan severos, pero puede haber signos de irritación peritoneal.(15). Si el diagnóstico de torsión no se efectúa, la secuencia es usualmente una hemorragia intratumoral, necrosis, infección y rotura.(14). En el 15% de los casos, la neoplasia ovárica crece durante la gestación y puede haber sido demasiado pequeña durante el embarazo precoz, como para considerarla significativa. (5).

Si el tumor no se prolapsa hacia la pelvis ni obstruye el pasaje del feto, el primer indicio de su presencia puede ser masa anexial luego del alumbramiento, tanto en el momento del parto como días después del mismo.(5,14). En la obstrucción mecánica del canal del parto se presentan 3 problemas básicos:

- 1) El niño no puede atravesar la pelvis verdadera.
- 2) Si la obstrucción no mejora el útero puede romperse.
- 3) Si el tumor es quístico, puede romperse y producir hemorragia intraabdominal, peritonitis o siembra del cáncer en la cavidad peritoneal. (16,17).

En todo caso que se presente fracaso del encajamiento fetal debe examinarse la cavidad pélvica para descartar un tumor obstructivo: tumor ovárico, mioma uterino o tumor de otras estructuras pélvicas. Aun, si el quiste ovárico no se rompe, el traumatismo del trabajo de parto puede producir hemorragias intratumorales seguidas por necrosis y supuración. (14). Una vez extraído el tumor del ovario, si es maligno e involucra los órganos adyacentes, la supervivencia a los 5 años es del 5 al 10%. (5). Todo tumor de la región anexial, inmóvil, fija por adherencias, bordes irregulares, de diversas formas, fija

en el fondo de saco, que aumenta de tamaño y especialmente si es bilateral, debe ser sospechoso de malignidad. (5).

Debe hacerse la exploración directa de manera tal que no cause riesgos de traumatismo para el tumor, con posible rotura y diseminación o daño a otros órganos que puedan estar adheridos. (16) Un 8% de las pacientes con ascitis vive 5 años. La frecuencia del cáncer ovárico solo disminuirá si se sospecha el cáncer en todo ovario aumentado de tamaño. (5).

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico apropiado de los tumores de ovario que complican el embarazo depende del uso de ciertos métodos diagnósticos. El examen pélvico inicial en el primer trimestre, es importante ya que el tumor está todavía en la pelvis y es fácilmente palpado. (18). El uso del ultrasonido de forma rutinaria en el manejo de la paciente obstétrica, ha logrado detectar masas anexiales en el 1% de todas las pacientes (19). También se ha utilizado el ultrasonido para diferenciar quistes de ovario benignos y malignos preoperatoriamente, pero las imágenes pueden observarse con ultrasonidos de alta resolución. (20). Se ha comunicado que los límites normales de tamaño del cuerpo lúteo del embarazo son de 2 cm., por lo que algunos estudios recientes de formación de quistes ováricos han utilizado este tamaño para definir la formación de un quiste ovárico. Grimes y cols. han señalado que la mayoría de los tumores quísticos clínicos se resolverán hacia las 16 semanas. Sin embargo, no todos los cuerpos amarillos quísticos se resuelven en forma espontánea, pueden persistir, crecer en forma importante, sufrir accidente y ser sintomáticos. (18,19)

Sin lugar a dudas, el primer trimestre es el momento óptimo para diagnosticar la masa anexial que complica el embarazo, como los tumores pocas veces son sintomáticos durante este periodo, la mayoría de ellos se descubren por examen ultrasonográfico p mas tarde como hallazgo incidental en la cesárea. La evaluación cuidadosa en el momento de la intervención quirúrgica, que incluye el examen pélvico minucioso en el momento de concluido el embarazo y examen cuidadoso de los ovarios en el momento de la cesárea o de la ligadura de salpinges postparto es indispensable. (18). Togashi y col., realizaron un estudio en 18 pacientes con teratoma quístico de ovario en las cuales se observaron imágenes características de material flotante, protusiones y nódulos a través de resonancia magnética nuclear con lo cual se corroboró el diagnóstico mediante estudio quirúrgico, sin embargo, es un recurso de alto costo y no está muy al alcance de todas las pacientes. (21).

Con la evidencia creciente de la evaluación ecográfica y el uso de la intervención quirúrgica, los artículos recientes sugieren que alrededor del 50% de los tumores ováricos que complican el embarazo son asintomáticos. Cuando provocan síntomas la paciente presenta dolor abdominal, distensión abdominal y molestias gastrointestinales vagas, lo cual puede ser atribuido al embarazo. (18).

TRATAMIENTO:

En el pasado, todas las mujeres embarazadas con masas anexiales eran manejadas con intervención quirúrgica, preferentemente en el segundo trimestre, lo cual disminuyó el riesgo de embarazo acompañado de cáncer ovárico. La cirugía abdominal en el embarazo, sin embargo, causa significativas alteraciones físicas, estrés emocional, e incremento del riesgo de complicaciones para el embarazo (18). Actualmente la mayoría de las masas anexiales menores de 5 cm, de diámetro, que se diagnostican en el primer trimestre, se resuelven espontáneamente al progresar el embarazo, por lo cual se manejan conservadoramente con observación periódica (22). La cirugía no está indicada a menos que haya torsión o ruptura. Si por el contrario, el tumor aumenta de tamaño, la cirugía es imprescindible. Cuando los tumores quísticos no entran en regresión, el momento ideal para la operación es la primera parte del segundo trimestre (16 a 18 semanas). En este momento el cuerpo lúteo ya no es importante para el mantenimiento del embarazo y su remoción después de los 60 días de embarazo no afectará materialmente el pronóstico (2). Los tumores sólidos o sospechosos deben extraerse de una vez; si hay evidencia de accidente del pedículo es imprescindible cirugía inmediata; y el útero debe ser poco manipulado ya que, la manipulación excesiva aumenta el índice de abortos.

Después de las 18 semanas, puede ser más difícil extraer el tumor, debido al útero aumentado de tamaño. Se le puede extraer, pero los problemas técnicos son mayores. Cuando más cercano al término sea la intervención, mayor será el esfuerzo que ejerce el útero aumentado de tamaño sobre el tumor. En el último trimestre, los principales problemas los crea el tumor que puede bloquear el parto. Las complicaciones fetales y maternas hacen imprescindibles la cirugía, si el diagnóstico se establece antes del comienzo del trabajo de parto, la cirugía está indicada una semana antes de la fecha aproximada de parto o si ésta no es segura, durante el primer periodo de trabajo de parto. La operación consiste en cesárea segmentaria con resección ovárica u ooforectomía. En caso en que se realice la expulsión vaginal del producto, debe extraerse el tumor tan pronto como las condiciones de la paciente lo permitan, usualmente dentro de las primeras 48 horas de postparto.

Si el tumor se encuentra por sobre el estrecho superior y existen evidencias de dolor, sensibilidad durante el trabajo de parto, ello indica probablemente torsión o ruptura, la cirugía inmediata es obligada (Cesárea con ooforectomía). Para los quistes de cuerpo lúteo que no involucionan en forma espontánea o aumentan de tamaño, la resección simple controla su presencia (1). Para los teratomas, por su potencial malignidad, deben extirparse con resección simple unilateral, recomendándose lavado peritoneal. En los cistoadenomas se realiza resección simple; para el tumor de Brenner, su manejo es excisión simple.

Otros tumores ováricos menos comunes durante el embarazo, como son tumor del Struma Ovarii, arenoblastoma, ginandroblastoma, tumor de las células de la granulosa, son tratados más drásticamente mediante ooforectomía simple con cuña contralateral hasta HTA + SOB, con excepción del Struma Ovarii el cual se trata por ooforectomía simple

El tratamiento del cáncer ovárico, no varía con el embarazo, su manejo en la segunda mitad del embarazo es igual que en la paciente no embarazada, valorando su extensión según el estadio clínico en que se encuentra. Cuando el tumor es de bajo grado de malignidad, confinado a un ovario, la ooforectomía y cuña de ovario contralateral se recomienda, así mismo se realiza lavado peritoneal, siguiendo el embarazo hasta el término. En el cáncer de ovario extendido, se recomienda histerectomía total con salpingooforectomía bilateral, omentectomía, apendicectomía, siempre realizando estudio trasoperatorio para determinar la extensión quirúrgica. Las modalidades técnicas incluyen desde la resección de la tumoración, cistectomía más cuña contralateral; salpingooforectomía unilateral y cuña contralateral, salpingooforectomía bilateral, HTA + salpingooforectomía unilateral y cuña contralateral; Histerectomía + salpingooforectomía bilateral, todo lo anterior tomando en consideración, la edad de la paciente, la estirpe y estadio clínico del tumor. (6,7)

La paciente tendrá parto vaginal y 6 semanas postparto, es explorada realizando HTA + SOB, en caso de estadio IA, si el estadio se encuentra más allá del IA, la cirugía se realiza de inmediato como se había mencionado anteriormente, se trata a la paciente como no embarazada. Debido a lo anterior la posibilidad de tratamiento laparoscópico en el tumor de ovario y embarazo es muy discutido, siendo una posibilidad para diagnosticar y evaluar las masas anexiales durante el embarazo con poca morbilidad; sin olvidar que la técnica anestésica mayormente utilizada durante la laparoscopia es la anestesia general, no olvidando las precauciones propias de la paciente embarazada (18,24,25).

JUSTIFICACIÓN:

El tumor de ovario que se presenta durante el embarazo puede repercutir en el desarrollo del mismo en su inicio por la presencia de complicaciones como rotura o torsión e intervenir en la terminación del embarazo presentándose obstrucción del canal del parto o favoreciendo malposiciones fetales, esto es importante porque gran parte de la población no acude a control prenatal desde iniciado el embarazo, evitando el diagnóstico oportuno de esta patología.

OBJETIVOS:

1. Conocer la incidencia del tumor de ovario y embarazo de 1993 a 1995.
2. Conocer la edad materna de aparición mas frecuente de esta relación.
3. Determinar edad gestacional en la que se diagnosticó.
4. Conocer el tratamiento realizado en estas pacientes.
5. Saber la evolución final de la gestación..

METODOLOGÍA:

Se realizo un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en el Hospital de la Mujer en el periodo comprendido de Enero de 1993 a Diciembre de 1995, de todas las pacientes con diagnostico de tumor de ovario y embarazo.

- Criterios de inclusión: Toda paciente con tumor de ovario y embarazo.
- Criterios de exclusión: Toda paciente en quien no se demostró tumor de ovario.
- Criterios de eliminación: Toda paciente sin la relación de tumor de ovario y embarazo, pacientes incompletamente estudiadas.

En cada caso, se registraron los siguientes datos:

- Edad de la paciente.
- Numero de gestaciones.
- Edad gestacional al diagnostico: clínico, ecografico, quirúrgico.
- Edad gestacional al tratamiento.
- Tipo de tratamiento.
- Diagnostico histopatológico.
- Evolución del embarazo.
- Resolución del embarazo.
- Complicaciones: torsión, rotura, hemorragia.

RESULTADOS:

De un total de 40,481 atenciones obstétricas comprendidas en el periodo ya mencionado, se estudiaron 50 expedientes de pacientes en las cuales coexistió tumor ovárico y embarazo.

La incidencia de tumor de ovario y embarazo es un caso por cada 809 atenciones obstétricas.

De los 50 casos obtenidos, se observó que la edad de las pacientes más frecuente fué en la década de 21 a 30 años con una frecuencia de 23 casos (46%), seguidas de las pacientes de 31 a 40 años con 14 casos (28%) y de 15 a 20 años con 11 casos (22%), siendo los extremos de la vida reproductiva (menos de 15 años y más de 40 años) los menos frecuentes con 2 casos (4%), (GRÁFICA I). Respecto al número de gestaciones, en las primigestas se observó en 20 casos (40%), trigestas en 13 casos (26%), pacientes con 4 gestaciones o más presentan 12 casos (24%) y secundigestas con 5 casos (10%), (GRÁFICA II). Solo en un caso (2%) presentó tumor bilateral y en 49 casos (98%) se presentó unilateral, (GRÁFICA III)

En 30 pacientes el diagnóstico fue en el tercer trimestre (60%), siendo principalmente hallazgo transoperatorio de cesárea o salpingoclasia bilateral postparto, en 14 casos (28%) se diagnosticó en el primer trimestre y en los restantes 6 casos (12%) se identificaron los tumores en el segundo trimestre, (GRÁFICA IV)

En relación a la edad gestacional al tratamiento, se observó que en 31 casos (62%), la terapéutica se llevó a cabo en el tercer trimestre, en 8 casos (16%), el tratamiento se llevó a cabo en el segundo trimestre, en 7 casos (14%) se realizó el tratamiento en el primer trimestre (estos dos últimos apartados a consecuencia principalmente por presentación de complicaciones), y en 4 casos (8%), el tratamiento inicialmente conservador no tuvo seguimiento por inasistencia de la paciente y/o alta voluntaria del hospital, observado esto en el primer trimestre, (GRÁFICA V)

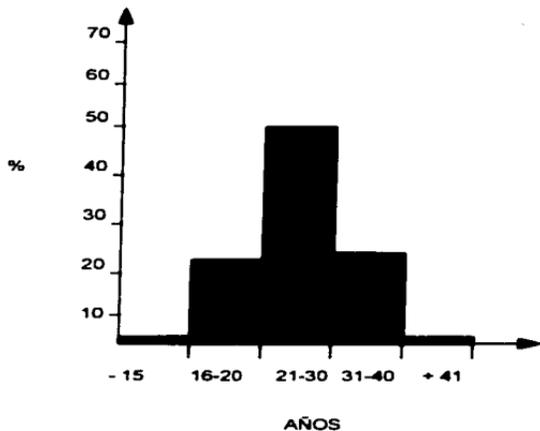
En relación a la localización, el ovario derecho fue el más afectado en 29 casos (58%), el ovario izquierdo en 20 casos (40%) y en un caso (2%) bilateralmente, lo cual puede observarse en la GRÁFICA VI . Las complicaciones se presentaron principalmente en el primer trimestre y comprendieron torsión del pedículo en 10 casos (20%) y hemorragia en dos casos (4%), significando una urgencia quirúrgica, (GRÁFICA VII)

El tratamiento del tumor incluyó en 35 casos (70%) la resección del ovario, el tratamiento conservador se llevó a cabo en 12 casos (24%), principalmente en el primer trimestre observándose regresión de los tumores mediante estudios ultrasonográficos seriados y estudio clínico; en 2 casos (4%) se realizó cistectomía con el objeto de conservar la función reproductiva en pacientes jóvenes y con tumor benigno; en 1 caso (2%), se desconoce la evolución ya que no aceptó la atención del hospital, (GRÁFICA VIII)

La terminación del embarazo en 30 casos (60%) fue mediante operación cesárea, la cesárea en ningún caso se inició a consecuencia del tumor ovárico y fue hallazgo este último de la cirugía, el parto se presentó en 7 casos (14%) siendo estos eutócicos sin complicaciones, el aborto se observó en 3 casos (6%), no teniendo relación con el tumor ovárico y actualmente 5 pacientes continúan embarazadas (10%), en 5 pacientes más, se desconoce la evolución del embarazo porque no asistieron a consultas subsiguientes al tratamiento. Cabe mencionar que hubo un embarazo gemelar con hallazgo transoperatorio del tumor de ovario a la semana 36, se presentaron 2 óbitos (pérdidas tardías) siendo hallazgo transoperatorio el tumor ovárico, en 2 casos fue hallazgo quirúrgico al realizar la oclusión tubaria bilateral, (GRÁFICA IX).

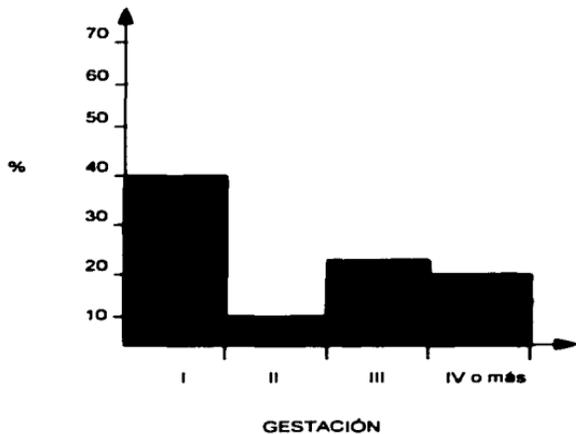
El diagnóstico histopatológico demostró que el tumor ovárico más frecuentemente observado fue el teratoma quístico (quiste dermoide) con un 36%, seguido del cistoadenoma en 16 casos (32%), (incluyendo 7 casos (14%) de cistoadenoma mucinoso y 9 casos (18%) de cistoadenoma seroso); el quiste lúteo se presentó en 3 casos (6%), otro tipo de tumor como los quistes foliculares comprendieron 3 casos (6%), y en 10 casos (20%) se presentó manejo conservador, por lo tanto no se realizó estudio histopatológico. (GRÁFICA X).

GRÁFICA I: EDAD PROMEDIO



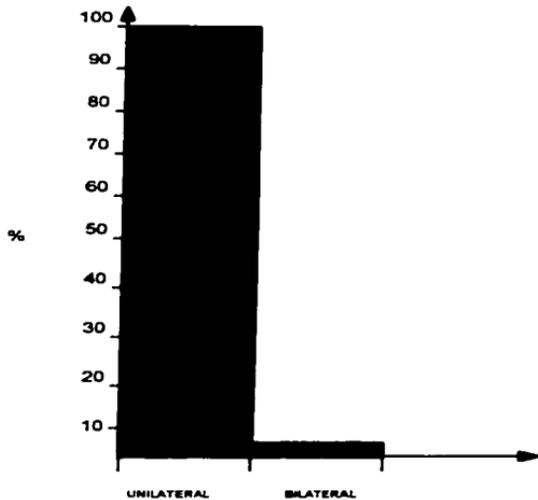
HOSPITAL DE LA
MUJER

GRÁFICA II : NÚMERO DE GESTACIÓN



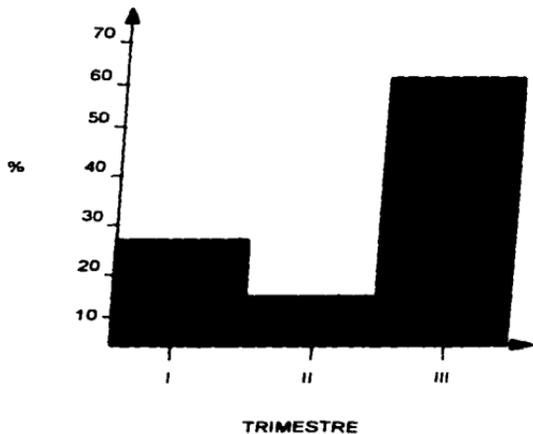
HOSPITAL DE LA
MUJER

GRÁFICA III : UNILATERALIDAD O BILATERALIDAD DEL TUMOR.



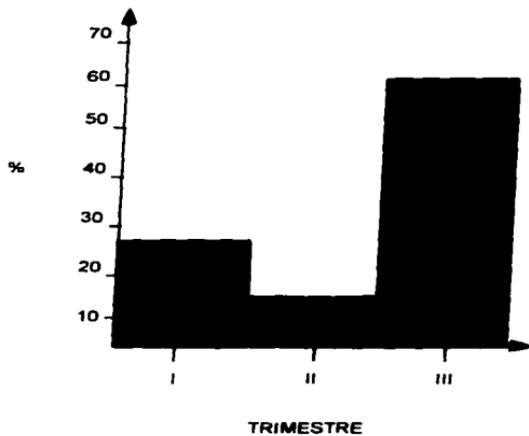
HOSPITAL DE LA
MUJER

GRÁFICA IV: EDAD GESTACIONAL AL DIAGNÓSTICO



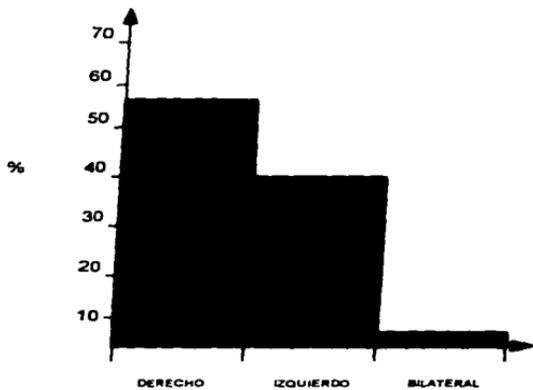
HOSPITAL DE LA
MUJER

GRÁFICA V: EDAD GESTACIONAL AL TRATAMIENTO



HOSPITAL DE LA
MUJER

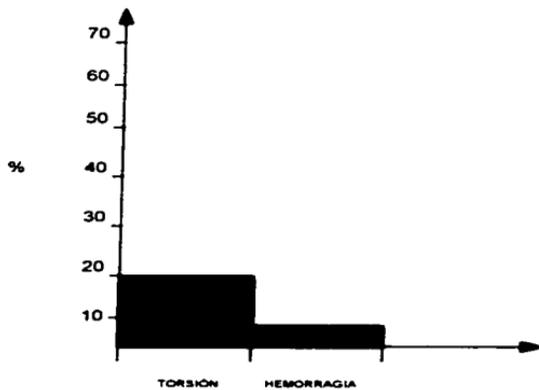
GRÁFICA VI : ANEXO AFECTADO.



LADO

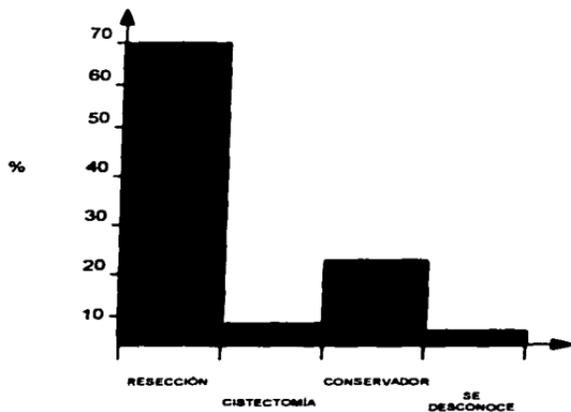
HOSPITAL DE LA
MUJER

GRÁFICA VII : COMPLICACIONES.



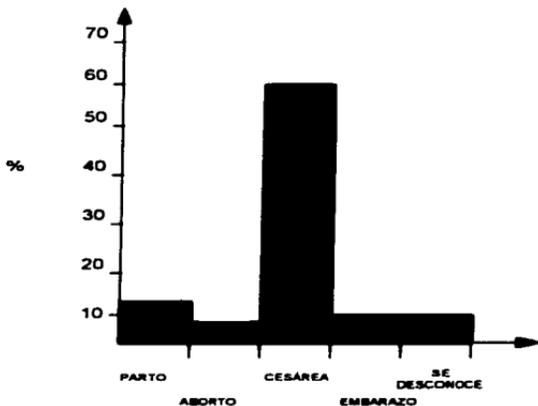
HOSPITAL DE LA
MUJER

GRÁFICA VIII : TRATAMIENTO DEL TUMOR.



HOSPITAL DE LA
MUJER

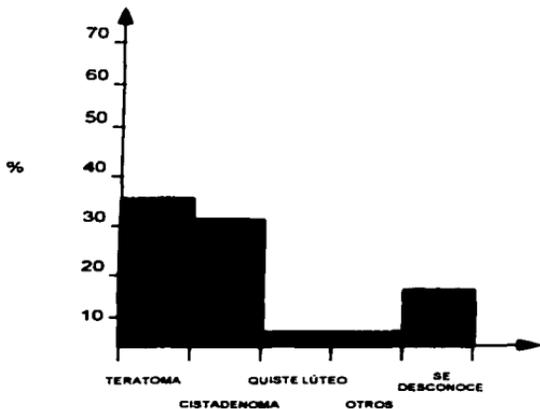
GRÁFICA IX: TERMINACIÓN DEL EMBARAZO.



HOSPITAL DE LA MUJER

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRÁFICA X: DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO.



HOSPITAL DE LA
MUJER

DISCUSIÓN:

En este estudio de 3 años, se revisaron 50 casos de 40, 481 atenciones obstétricas, resultando en una incidencia de un tumor ovárico por cada 809 atenciones, datos semejantes a los reportados en la literatura mundial en donde se mencionan incidencias de un caso en 80 nacimientos hasta un caso en 2,720 nacimientos. (1,2,10,11,12,13,19,22)

La edad de mayor frecuencia en la aparición de los tumores, está comprendida en la tercera década de la vida, con predominio a los 29 años según nuestro estudio. Lo observado por otros autores está de acuerdo con este dato, pues citan promedios de 25 a 30 años. Esto se observa también en pacientes no embarazadas y debido a la mayor actividad ovárica. (1,2,10,12)

En el 40% se presentó en primigestas, el 60% se presentaba con más de un embarazo, lo cual concuerda con Struyk (49% primigrávidas, 51% multiparas) y Villarreal (22% primigrávidas, 77% multiparas), como mayor frecuencia en pacientes con más de un embarazo; no se sabe la causa de esta relación en la literatura, en un solo caso se presentó tumor bilateral, representando el 2%, lo cual se refiere en la literatura al señalar que la frecuencia de bilateralidad no cambia en las pacientes embarazadas de las no embarazadas, se desconoce la explicación de este fenómeno. (2,12)

En cuando al momento en que se realizó el diagnóstico, observamos que el 60% de los casos de diagnóstico en el tercer trimestre, aspecto que es referido por Nava y Villarreal, siendo por hallazgo quirúrgico más frecuente, ya sea en cesárea o al momento de realizar oclusión tubana bilateral. Estos resultados son desalentadores; sin embargo, enfatizamos que la gran mayoría de las pacientes no diagnosticadas tempranamente, no fueron controladas en nuestro hospital durante los primeros 6 meses de gestación, que es cuando es más fácil identificar el tumor. (1,2)

La edad gestacional al tratamiento alcanzó un 62% en el tercer trimestre, en el 16% en el segundo trimestre y en el 14% el tratamiento se llevó a cabo en el primer trimestre, este último principalmente realizado por presencia de accidente del tumor, lo que concuerda con lo reportado por otros autores. (1,2,19). En el 8% el tratamiento inicialmente conservador no tuvo seguimiento por inasistencia de las pacientes y/o alta voluntaria del hospital.

El ovario afectado principalmente fue el derecho con un 58%, seguido del izquierdo en un 40% y en el 2% se presentó bilateralmente. Las complicaciones principalmente encontradas fueron la torsión del pedículo en un 20% de total de casos y hemorragia en un 4%, datos que concuerdan con autores como Nava, quien observó mayor frecuencia de torsión del pedículo y hemorragia intraquistica, Struyk presentó en su estudio la presencia de torsión como complicación quirúrgica más frecuente, refinando estos autores a la presencia de ruptura de la cápsula e infección tumoral, esto como consecuencia de aumento de tamaño del tumor y al avanzar el embarazo hay mayor predisposición al accidente del tumor (1,12). Hallazgos que no fueron observados en nuestro estudio, así como tampoco observamos la presencia de malignidad del tumor, siendo esto relevante al reportarse por varios autores la frecuencia de un carcinoma ovárico por cada 18,000 a 20,000 nacimientos.

El tratamiento del tumor incluyó en el 70% de los casos la resección del mismo con ooforectomía unilateral, el tratamiento conservador se realizó en 24% de los casos, principalmente en el primer trimestre observándose regresión de los tumores, dato que se apoya por lo reportado por varios autores (1,5,18,22), en el 4% de los casos reportados se realizó cistectomía en los tumores que así lo ameritaban, tomando en cuenta a la paciente como caso particular y en el 2% se desconoce la evolución ya que no continuó con la atención en el hospital.

El diagnóstico histopatológico demostró que el tumor ovárico más frecuentemente observado fue el teratoma quístico, seguido del cistoadenoma en un 36% y 32% respectivamente, así como un 6% de quiste lúteo del embarazo. Estos datos son reafirmados por la literatura (1,2,5,10,19). La terminación del embarazo en 30 casos (60%) se realizó mediante operación cesárea, concordando con el hallazgo quirúrgico del tumor; en el 14% se observó resolución por parto; en 3 casos (6%) se presentó aborto sin relación a la presencia del tumor ovárico y no cambia con respecto a las pacientes en general. En 5 casos (10%) las pacientes continúan embarazadas porque se piensa que el tumor sea funcional (2-4cm), un embarazo fue gemelar y en 2 casos se presentó pérdida tardía (óbito), observándose el tumor como hallazgo transoperatorio.

RECOMENDACIÓN:

Es cierto que en un gran número de casos, el crecimiento ovárico se puede manejar conservadoramente mediante vigilancia periódica, sin embargo, no hay que olvidar que la mayoría de los pacientes acuden a un servicio de salud al término del embarazo, o cuando se presentan datos clínicos de accidente del tumor, por lo cual es necesaria una educación en salud a todos los niveles, para bienestar de la madre y del producto.

CONCLUSIONES:

1. La incidencia de los tumores ováricos en el Hospital de la Mujer es de un caso por cada 809 atenciones obstétricas.
2. La edad materna de aparición con mayor frecuencia es a los 29 años.
3. La edad gestacional en la que se diagnosticó con mayor frecuencia los tumores ováricos es en el tercer trimestre.
4. El tratamiento incluyó en 35 casos (70%) la resección del ovario, el tratamiento conservador se llevó a cabo en 12 casos (24%), en 2 casos (4%) cistectomía y en 1 caso (2%) se desconoce la evolución.
5. La terminación del embarazo en 30 casos (80%) fue mediante operación cesárea, el parto eutócico se presentó en 7 casos (14%), el aborto se observó en 3 casos (6%), 5 pacientes (10%) continúan embarazadas y en 5 pacientes (10%) se desconoce la evolución del embarazo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Nava R.M. , Hernández E.F.: Manejo de los Tumores de Ovario durante la gestación; Ginecología y Obstetricia de México. 1: 245; 243-53, 1977.
2. Villarreal P.C. : Tumores de Ovario y Embarazo, Revisión y Experiencia en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México; Revista Médica del Hospital de la Mujer. 5: 2; 22-24, 1995.
3. Logsdson V.K. - Pokorny : Cirugía Ginecológica durante el Embarazo; Clinicas Ginecuales. 1: 269-71, 1994.
4. Waxman M. : Intraperitoneal Rupture of Benign Cystic Ovarian Teratoma; Am.J. Obstet Gynecol. 48:1; 9-13, 1976.
5. Nikolas A.Janovsky : Ovarian Tumors; W.B.Saunders Company, Philadelphia; 1973, 146-51.
6. Hug R.K. Barber : Ovarian Carcinoma, Etiology, Diagnosis and Treatment. seg. ed. , Mason Publishing, USA Inc. 1982 152-58.
7. Zárate Santamaría A. : Protocolo de la Clínica de Tumores de Ovario del Hospital de la Mujer de la S.S.A.; Revista Médica del Hospital de la Mujer. 4: 1; 3-11, 1994.
8. Disaia : Complicaciones Ginecológicas Durante el Embarazo, Oncología Ginecológica Clínica. 1994; 430-50.
9. Tawa K. : Ovarian Tumors in Pregnancy, Am. J. Obstet. Gynecol. 90: 5; 11-15, 1964.
10. White C.Keith : Ovarian Tumors in Pregnancy, Am. J. Obstet. Gynecol. 116: 4; 544-50, 1973.
11. Hill L.M. : Ovarian Surgery in Pregnancy, Am. J. Obstet. Gynecol. 41: 2; 211-14, 1975.
12. Struyk A.P. : Ovarian Tumors in Pregnancy, Acta Obstet Gynecol Scand. 63: 3; 421-24, 1984.
13. Chung A. : Ovarian Cancer Associated With Pregnancy, Obstet and Gynecol. 41: 2; 211-14, 1973.
14. Bider D. : Pregnancy Outcome After Unwinding of Twisted Ischaemic-haemorrhagic adnexa, B. J. Obstet Gynecol. 96; 428-30, 1989.
15. Bider D. : Clinical, Surgical and Pathologic Findings of Adnexal Torsion in Pregnant and Nonpregnant Women. Surgery Gynecol Obstet. 173; 363-66, 1991.
16. Usha M. : Pregnancy With Bilateral Ruptured Benign Cystic Teratomas. Am.J. Obstet Gynecol. 124: 4; 361-66, 1976.

17. Stern J.L. : Spontaneous Rupture of Benign Cystic Teratomas. *Obstet Gynecol.* 57; 363-66, 1981.
18. John D. Thompson : *Ginecología Quirúrgica, Panamericana 7a edic., 1993; 1182-90.*
19. Platek D.N. : The Management of a Persistent Adnexal Mass in Pregnancy. *Am. J. Obstet Gynecol.* 173; 1236-40, 1995.
20. Thornton J.G. : Ovarian Cysts in Pregnancy : Does Ultrasound Make, Traditional Management in Apropiate ? *Obstet Gynecol.* 69; 5; 717-20, 1987.
21. Togashi K. : Ovarian Cystic Teratomas : M.R.Imaging. *Radiology.* 162; 669-73, 1987.
22. Hess L.W. : Adnexal Mass Occuring With Intrauterine Pregnancy : Report of Fifty-Four Patients Requiring Laparotomy for Definitive Management. *Am.J. Obstet Gynecol.* 167; 790-96, 1992.
23. Grendys E.C., Barnes W.A. : Ovarian Cancer in Pregnancy. *Surg. Clin. North. Am.* 75; 1; 1-14, 1995.
24. Guerner J. P. : Open Laparoscopy for an Adnexal Mass in Pregnancy. *The Journal of Reprod. Med.* 24; 129-30, 1994.
25. Nezhat F. : Four Ovarian Cancer Diagnosed During Laparoscopic Management of 1011 Women With Adnexal Masses. *Am. J. Obstet Gynecol.* 167; 790-96, 1992.
26. Adami H.D. : Parity, Age at First Childbirth, and Risk of Ovarian Cancer. *Lancet.* 344; 8932; 1250-54, 1994.