

CISTOADENOMA SEROSO DE OVARIO Y EMBARAZO. REPORTE DE CASO.

Penélope Terán¹, Carolina Uribarri², Sonia Castillo³, Roberto Salinas³

¹Residente asistencial. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital "Patrocinio Peñuela Ruiz", ²Residente asistencial. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital FUNDAHOSTA. ³Medico especialista de Gineco-Obstetricia del Hospital Universitario "Dr. José María Vargas". San Cristóbal. Táchira. Venezuela. lilian_teran10@hotmail.com

Resumen

La asociación de tumor de ovario y embarazo tiene baja incidencia, una de las más frecuentes es el cistoadenoma seroso que corresponde a una neoplasia quística uni o multilocular, cuya ocurrencia es rara antes de los 25 años de edad. Se presenta caso registrado en el Hospital Universitario "Dr. José María Vargas", San Cristóbal, Táchira, Venezuela. Primigesta de 25 años, con embarazo de 13 semanas + 2 días por fecha de última regla, acompañado de tumoración gigante de ovario derecho diagnosticado por ecografía. Se ingresa, a las 15 semanas de gestación se le realiza laparotomía exploradora, observándose tumoración gigante bilateral de aspecto benigno, cuya biopsia reporta cistoadenoma seroso. Paciente con adecuada evolución, a las 37 semanas se le realiza cesárea.

Palabras claves: Tumor de ovario, embarazo, cistoadenoma seroso.

Abstract

Ovarian serous cystoadenoma and pregnancy. Case report.

The association of ovary tumor and pregnancy has low incidence, one of the most frequent is serous cystoadenoma that corresponds to a cystic neoplasia mono- or multi-locular whose occurrence is strange before the 25 years of age. Here is presented a case from the University Hospital "Dr. José María Vargas", San Cristobal, Táchira, Venezuela. Female, 25 years old, first pregnancy, with 13 weeks + 2 days pregnancy by time of last period, with a giant tumor in the right side ovary diagnosed by ecography. She was interned and at the 15 weeks of gestation an exploratory laparotomy examen was done observing a giant bilateral tumour of benign aspect whose biopsy reported serous cystoadenoma. The patient had an appropriate evolution, and at the 37 weeks a Caesarean operation was carried out.

Keywords: Ovary tumor, pregnancy, serous cystoadenoma.

INTRODUCCIÓN.

Los tumores de ovario se presentan durante el embarazo con una incidencia de 1 a 3 en 1000, la mayor parte de estos tienen origen epitelial o germinal; siendo más frecuente el teratoma quístico benigno, seguido por el cistoadenoma seroso (15-25%). (Castillo y Pinto2001).

El cistoadenoma seroso es una neoplasia derivada del epitelio superficial del ovario, revestida de epitelio semejante al de la mucosa tubárica con proliferaciones de tipo adenomatoso; presenta formas irregulares cuya superficie externa es lisa o lobulada y de color grisáceo o más oscuro si hay hemorragia en el quiste. (Netter 1995). Su tamaño está entre 5 y 15cm de diámetro y puede llegar a ocupar todo el abdomen. Se presenta con mayor frecuencia en la tercera década de la vida, es bilateral en un 12 a 50% de los casos. La frecuencia de transformación maligna al igual que la bilateralidad es mayor con tumores que poseen prolongaciones papilares. No hay sintomatología específica, Escudero y Méndez (1998) afirman que del 25 al 75% de las pacientes son asintomáticas, 35 a 65% puede presentar dolor abdominal, 15% aumento del volumen abdominal en relación con la edad gestacional y de 10 a 25%, un cuadro de abdomen agudo. El ultrasonido se ha

convertido en el procedimiento diagnóstico de mayor ventaja. Sassone (19--) desarrolló un sistema de puntuación mediante ecografía transvaginal para definir las lesiones ováricas y diferenciar entre entidades malignas y benignas logrando una especificidad del 83% y una sensibilidad del 100%; tomando en cuenta cuatro características: La estructura de la pared interna, el grosor de la pared, presencia de tabiques y la ecogenicidad de la masa. En cuanto a los marcadores tumorales el ca 125 está limitado, ya que normalmente puede estar aumentado en las primeras etapas del embarazo, por lo cual tiene una alta tasa de falsos positivos y una baja especificidad, La alfa feto proteína (AFP) es una proteína sérica, predominante durante el desarrollo fetal, sus niveles están elevados en defectos del tubo neural, por lo que deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial con estas tumoraciones (Castillo y Pinto 2001).

Muchas de las tumoraciones de ovario se resuelven espontáneamente antes del segundo trimestre del embarazo, sin embargo, si la tumoración persiste o tiene características de malignidad se debe recurrir al tratamiento quirúrgico. La semana 16 a 18 de gestación es un periodo prudente para la laparotomía (Escudero y Méndez 1998), tanto en relación con la

seguridad para el feto, como para reseca la tumoración; pero si la tumoración tiene características de malignidad, la paciente debe ser intervenida antes de estas semanas, recomendando no manipular el útero durante la cirugía, si se encuentra un proceso ovárico maligno en el momento de la exploración abdominal, se debe determinar un estadiaje correcto para poder establecer un adecuado tratamiento.

REPORTE DEL CASO. Paciente de 25 años de edad, primera gesta. Refiere presentar de un mes de evolución aumento del volumen de la región abdominal (flanco y fosa iliaca derecha), concomitantemente, dolor en dicha zona. Acude a especialista en medio privado quien le realiza ecografía en la cual se evidencia tumoración gigante trabeculada en el nivel del ovario derecho, por lo que el día 6 de mayo de 2003 es referida al Hospital “Dr. José María Vargas”, donde previa valoración se ingresa.

Antecedentes personales y familiares: no refiere.
 Antecedentes gineco-obstétricos: Primigesta, fecha de última menstruación 4 de febrero de 2003, ciclos menstruales regulares. Sexarquia 19 años, Compañeros sexuales 1. Uso de anticonceptivos orales (miniginon por 4 años), citología de abril normal. Grupo O Rh (+). Embarazo controlado (dos controles). VDRL No Reactivo, HIV negativo.
 Eco Obstétrico del 8 de mayo de 2003 reporta: Embarazo de 12 semanas, vitalidad fetal conservado, tumoración multiseptada gigante que abarca todo el abdomen superior, sugestivo de tumor de ovario.
 Examen físico de ingreso: Se encuentra en regulares condiciones generales. Mamas turgentes. Cardiopulmonar estable. Abdomen aumentado de volumen, Ruidos hidroaéreos (disminuidos), a nivel de fosa y flanco derecho se palpa tumoración de bordes irregulares, doloroso a la palpación, onda ascística (+), circunferencia abdominal 90 cm. Genitales externos de aspecto y configuración normal, Tacto vagina normotónica/normotérmica, cuello posterior, largo, grueso, cerrado, útero en retroversoflexión, intrapélvico, aumentado de tamaño en el nivel de sínfisis púbica. Resto dentro de límites normales.

Paraclínica:
 Ca 125: 136,7 Unidades/mililitros, LDH 149 UI /l,
 Alfa-feto proteína 30,8 IUUnidades/mililitros.
 Antígeno Carcinógeno Embrionario 1,37
 nanogramos/mililitros, Ca 19-9: 2,9
 Unidades/mililitros.

Gonadotropina Coriónica Humana (Hcg) cuantitativa:
 104.300 miliunidades/mililitros



Figura 1 Tumoración gigante trabeculada a nivel de ovario



Figura 2 Eco Obstétrico del 8 mayo 2003. Embarazo de 12 semanas, vitalidad fetal conservada, tumoración multiseptada gigante que abarca todo abdomen superior sugestivo de tumor de ovario.

Se ingresa con la impresión diagnóstica de:
 1- Embarazo de 13 semanas + 2 días por fecha de última regla.
 2-Alto riesgo obstétrico: tumor gigante de ovario derecho.

Evolución: Se discute caso en reunión del Servicio de Ginecología y Obstetricia, donde en vista de las características clínicas y ecográficas de malignidad (rápido crecimiento de la tumoración, edad de aparición y la presencia de líquido ascístico) plantean: Esperar hasta las 14 semanas de gestación para practicar laparotomía exploradora más biopsia extemporánea, clasificar histológicamente para decidir conducta (quimioterapia). A las 15 semanas de gestación se realiza laparotomía exploradora encontrando como hallazgos: tumoración bilateral de ovario, de aspecto benigno, superficie lisa

multilobulada, paredes duras. Ovario derecho de 20x18 cm. Ovario izquierdo de 15x15 cm. Se drena moderada cantidad de líquido ascítico (se toma muestra para citología). Se realiza biopsia extemporánea que reporta: benigna. Se realiza ooforectomía derecha y quistectomía izquierda (conservando parte de tejido del ovario izquierdo). Cuatro días posteriores a la intervención, en vista de evolución satisfactoria y control ecográfico apropiado se decide su egreso. El informe de anatomía patológica reporta: Ovario derecho e izquierdo: Cistadenoma seroso con diferentes grados de luteinización del epitelio de revestimiento del quiste (Figs. 3 y 4).

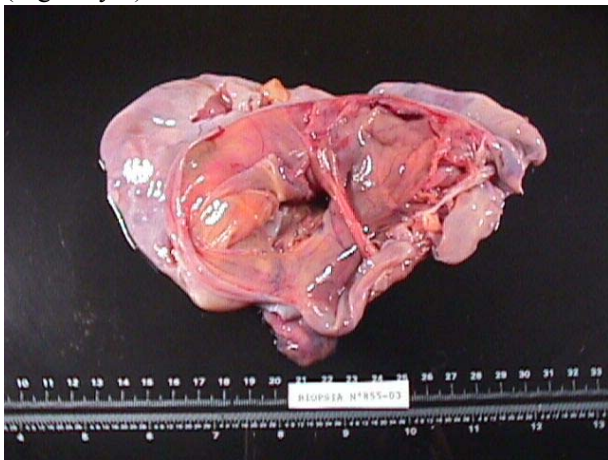


Fig. 3. Anexo derecho.



Fig. 4. Anexo izquierdo.

A las 37 semanas de gestación paciente reingresa, se interrumpe gestación por vía alta (cesárea), se obtiene recién nacido masculino a término, con buen apgar. Evidenciándose en un segundo tiempo anexo derecho ausente, anexo izquierdo con cuña de ovario y parte de trompa, sin ningún tipo de tumoración sugestivo de neoplasia. A los cuatro días del postoperatorio

paciente evoluciona satisfactoriamente por lo que se egresa.

DISCUSION.

Ante primigesta de 25 años de edad, con reporte ecográfico de tumoración multiseptada gigante que abarca todo el abdomen, presentando al examen físico características de malignidad dadas por tumoración grande, de bordes irregulares y con presencia de onda ascítica; por lo que a las quince semanas de gestación se le realiza laparotomía exploradora, ya que a esta edad la producción de progesterona no depende del cuerpo amarillo y hay menos riesgos de desencadenar pérdida fetal (Escudero y Méndez 1998). Se recibe, posteriormente, informe de biopsia que reporta tumor benigno de ovario (cistadenoma seroso bilateral). Los tumores de ovario son complicaciones relativamente poco frecuentes del embarazo, presentando desafíos en el diagnóstico y tratamiento. Con el uso difundido del ultrasonido es cada vez más frecuente la identificación de una masa anexial en el embarazo como se demostró en este caso. Este método proporciona imágenes que orientan en el sentido de si la masa es benigna o maligna. Se deben definir las características de la misma y siempre que se sospeche de malignidad, el cirujano debe establecer el estadio de la enfermedad para establecer un adecuado tratamiento y no negarle a la paciente, por el hecho de estar embarazada, un tratamiento que pueda salvarle la vida. La quimioterapia en el segundo y tercer trimestre no esta asociada con un riesgo significativo de malformaciones. Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran torsión o ruptura que pueden incrementar la incidencia de abortos espontáneos o partos pretérminos. El problema de los tumores ováricos en el embarazo es bastante simple. Es preciso un elevado índice de sospecha, hacer un diagnóstico precoz y un tratamiento inmediato.

REFERENCIAS.

- Castillo W, Pinto V. 2001. Cistodenocarcinoma mucinoso gigante de ovario en el embarazo. *Rev Col Obstetr Ginecol* 52: 275-280.
- Escudero P, Méndez L. 1998. Cáncer de ovario en el embarazo. McGraw Hill Interamericana. México. pp 377-380.
- Evans G, Gutiérrez D. 2001. Masas anexiales durante el embarazo. *Rev. Chil Obstetr Ginecol.* 66: 410-413.
- Netter F. 1995. Atlas Sistema Reprodutor. Masson. Tomo 2. p 97.
- Sassone

Recibido: 24 nov 2006.

Aceptado: 24 abril 2007.