



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



ORIGINAL

Tumoraciones anexiales en el embarazo, parto y puerperio

A. Juárez Azpilcueta^{a,*}, A.M. Rivera^b, M.A. Duran^c, L.P. Islas^d,
S.E. Téllez^e y R. Buitrón^a

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Centro de Displasias, Ginecología y Medicina Integral (CEDIGIM), Hospital General de México, Facultad de Medicina, UNAM, México

^b Medicina General, Centro de Displasias, Ginecología y Medicina Integral (CEDIGIM), Hospital General de México, Facultad de Medicina, UNAM, México

^c Servicio de Anatomía Patológica, Centro de Displasias, Ginecología y Medicina Integral (CEDIGIM), Hospital General de México, Facultad de Medicina, UNAM, México

^d Servicio de Pediatría, Centro de Displasias, Ginecología y Medicina Integral (CEDIGIM), Hospital General de México, Facultad de Medicina, UNAM, México

^e Enfermería, Centro de Displasias, Ginecología y Medicina Integral (CEDIGIM), Hospital General de México, Facultad de Medicina, UNAM, México

Recibido el 23 de agosto de 2010; aceptado el 20 de septiembre de 2010

Disponible en Internet el 22 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Tumor;
Anexial;
Embarazo

Resumen

Objetivo: Evaluar la frecuencia de tumor anexial en el embarazo, parto o puerperio, la histología tumoral y los resultados perinatales.

Pacientes y método: Análisis retrospectivo de 25 pacientes con diagnóstico de tumor ovárico y embarazo atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital del Hospital General de México y en el Centro de Displasias, Ginecología y Medicina Integral, en 2 años de estudio, con confirmación histopatológica.

Resultados: La asociación tumor ovárico y embarazo fue uno en 424 embarazos. El tipo histológico más frecuente fue el cistoadenoma seroso (52%), el momento más común del diagnóstico fue el transoperatorio de la operación cesárea en 14 casos. La cirugía no alteró el pronóstico perinatal.

Conclusión: La mujer en edad reproductiva es susceptible de presentar tumoración ovárica, el embarazo puede ocultar el diagnóstico, se recomienda resolución de la tumoración durante el segundo y tercer trimestres y solo en casos de sospecha de malignidad y abdomen agudo, resolución quirúrgica de urgencia.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arjuaz@yahoo.com.mx (A. Juárez Azpilcueta).

KEYWORDS

Tumor;
Adnexal;
Pregnancy

Adnexal tumors in pregnancy, delivery and the puerperium**Abstract**

Objective: To evaluate the frequency of adnexal tumors in pregnancy, childbirth and the postpartum, tumoral histology, and perinatal outcomes.

Patients and methods: We performed a retrospective analysis of 25 patients diagnosed with histologically-confirmed ovarian tumor and pregnancy treated at the Obstetrics Service of the General Hospital of Mexico and the Center for Dysplasias, Gynecology and Holistic Medicine over a 2-year period.

Results: The association of ovarian tumor and pregnancy occurred in one out of 424 pregnancies. The most common histological type was serous cystadenoma (52%). The most common time of diagnosis was during intraoperative cesarean section in 14 patients. Surgery did not alter the perinatal outcome.

Conclusion: Women of reproductive age can develop ovarian tumors. Diagnosis can be masked by pregnancy. Tumoral resolution is recommended during the second and third trimesters. Emergency surgery is recommended only when malignancy is suspected or there is acute abdomen. © 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La mujer en edad reproductiva es susceptible de presentar enfermedades abdominopelvianas que requieren cirugía programada o de emergencia. El diagnóstico de masa o tumoración anexial en la mujer puede complicarse por la presencia de una gestación y retardar el diagnóstico, favorecer las complicaciones y el pronóstico perinatal, así como la decisión del mejor momento de extirpar dicha tumoración.

La principal causa de abdomen agudo en la paciente embarazada es la apendicitis aguda, en segundo lugar se observa la colecistitis aguda, en tercer lugar la ocupan las tumoraciones anexas. El motivo de este estudio es conocer las pautas para establecer el diagnóstico en forma oportuna, conocer las entidades histológicas, así como evaluar el momento más idóneo para la realización de una laparotomía para no modificar la evolución perinatal.

Pacientes y métodos

Mediante un estudio retrospectivo se analizan los expedientes clínicos de tumoraciones anexas en la paciente gestante, se encontraron 25 casos en un periodo de estudio de 5 años ocurridos en el Servicio de Cirugía General, Obstetricia y Ginecología y Urgencias del Hospital General de México, así como del Centro de Displasias, Ginecología y Medicina Integral (CEDYGYM).

Se estudiaron las siguientes variables, edad de la paciente, antecedentes obstétricos, edad gestacional y trimestre en que se efectuó la cirugía, sintomatología, correlación histopatológica, complicaciones perinatales y obstétricas.

Resultados

La edad de las pacientes fue de $25,3 \pm 7,3$ años, primigestas en el 65% de los casos y secundigestas y multigestas en el 35%, la edad gestacional promedio en el primer trimestre fue de 10,3, en el segundo trimestre de 25, y en

tercer trimestre de 39 en promedio. El diagnóstico se estableció en el primer trimestre en 4 pacientes (12%), en el segundo trimestre en 4 pacientes (12%) y durante el tercer trimestre en el 76% (19 casos) e incluyendo el transoperatorio durante la cesárea. En el 57% de los casos cursaron con dolor abdominal, en el 63% además de dolor se presentó sintomatología asociada como náuseas y vómitos, y en el resto, 20%, otros síntomas como distensión abdominal, en 2 pacientes el diagnóstico se efectuó por torsión ovárica y datos de síndrome abdominal agudo, en ellas no se contaba con diagnóstico por ecografía previo. En aquellas pacientes en que el hallazgo fue durante el transoperatorio cursaron asintomáticas a la patología ovárica. En el 40% de los casos el diagnóstico se efectuó mediante ecosonografía y reportó tumoración quística en 48%, en 44% mixta, sólida y septada en 8%. Los diagnósticos histopatológicos fueron: cistoadenoma seroso (52%), teratoma maduro (38%), cistoadenoma mucinoso (6%) y cistoadenoma endometroide (4%). No se reportaron complicaciones relacionadas con el tratamiento, durante la cirugía y por la evolución final del embarazo.

Discusión

El hallazgo de una lesión quística anexial, simple o compleja, en el embarazo, no es un hecho infrecuente. Las cifras nos dan datos de hasta un 4%, mientras que las revisiones clásicas reportaban una incidencia de uno en 2.300 embarazos. Con el advenimiento de las técnicas de reproducción asistida e hiperestimulación ovárica controlada, se agrega un factor de riesgo adicional. Por otro lado, la estimulación ovárica y el síndrome de hiperestimulación ovárico (SHO) se asocian a un incremento en el riesgo de torsión anexial, por la presencia de ovarios quísticos aumentados de volumen. La incidencia de torsión anexial después de fertilización *in vitro* (FIV), varía entre 0,08 y 0,13%, según distintos estudios. Sin embargo, en mujeres con torsión anexial, la asociación con SHO fluctúa entre 1-33%. Al lograrse un embarazo con hiperestimulación ovárica y más aún en la presencia de SHO,

los quistes ováricos persisten y esto prolonga el período de riesgo de torsión anexial.

Las complicaciones asociadas a quistes anexiales y embarazo incluyen cirugía de urgencia por dolor, torsión y hemorragia, constituyendo emergencias que se pueden desencadenar, también, durante el parto o puerperio.

La torsión es la complicación más frecuente de los quistes anexiales, afectando hasta un 25% de los casos. Por esta razón, uno de los tópicos de permanente discusión es la indicación quirúrgica de una lesión quística anexial simple, persistente y asintomática, durante el embarazo. Algunos autores recomiendan considerar la cirugía para evitar las complicaciones ya descritas, mientras que otros son partidarios de mantener una estricta observación y control, para evitar las potenciales desventajas de una cirugía durante embarazo. Por estas razones, algunos prefieren postergar una eventual intervención en caso de ser necesaria, hasta el segundo trimestre¹⁻⁴.

Los quistes anexiales presentes en un embarazo espontáneo, requieren cirugía en aproximadamente uno en 1.300 recién nacidos vivos. La mayoría de estos quistes anexiales son benignos: quistes dermoides y cistoadenomas serosos. Sin embargo, un quiste anexial complejo persistente siempre plantea la posibilidad de una neoplasia maligna con cifras entre 2,3 y 5%⁵⁻⁷.

Normalmente la etiología de las tumoraciones anexiales es benigna y los diagnósticos histológicos más frecuentes son: teratoma maduro (30-50%), cistoadenoma (40-20%) y tumores funcionales (13%).

Debido al uso rutinario de la ecografía, la detección de masas anexiales ha mostrado un incremento y la ecografía se ha constituido en un método eficaz para el diagnóstico. La sensibilidad es del orden del 97%, pero además de la sensibilidad, la ecografía tiene varios factores por los cuales es el método de elección, es el procedimiento más económico, accesible y seguro para la madre y el feto, circunstancia que determina se considere el método de diagnóstico de elección en el estudio de la mujer embarazada con masa anexial.

El uso de los marcadores tumorales es limitado porque el propio embarazo puede alterar sus valores; Los marcadores tumorales (CA-125, AFP, GCH-B, DHL, ACE) son de poca utilidad, por lo que la conducta no deberá condicionarse a sus resultados y si el tumor no cumple criterios quirúrgicos, el seguimiento es clínico y ecográfico.

Así sabemos que el CA-125 aumenta en el primer trimestre y la AFP puede alterarse por complicaciones propias del embarazo; por eso no deben utilizarse para excluir un tumor y la decisión de intervenir quirúrgicamente a la paciente debe basarse en los síntomas, la exploración física y en los hallazgos de imagen.

Generalmente estas tumoraciones en el embarazo pasan inadvertidas desde el punto de vista clínico porque la mayoría son asintomáticas y se descubre incidentalmente en una ecografía obstétrica o más frecuentemente durante la cesárea. En algunos casos, los síntomas son confusos e inespecíficos; la flatulencia, la distensión abdominal y las molestias gastrointestinales referidas por estas pacientes pueden ser atribuidas al embarazo.

Los síntomas que se pueden presentar son: dolor abdominal, generalmente por torsión ovárica que ocurre con mayor frecuencia entre la octava y dieciséis semana de gestación o en el puerperio y ocurre en un 10-15% de los casos, puede

ocasionar también obstrucción del trabajo de parto y ruptura del tumor. Se afirma que el 25-75% de las pacientes son asintomáticas; 35-65% pueden presentar dolor abdominal; 15% aumento del volumen abdominal en relación con la edad gestacional y de 10 a 25% un cuadro de abdomen agudo.

La gestación no altera el pronóstico de la mayoría de los tumores malignos de ovario pero las complicaciones como torsión o ruptura pueden incrementar la incidencia de abortos espontáneos o partos pretérmino.

Diversos autores recomiendan la cirugía durante el segundo trimestre del embarazo (entre las 16 y 20 semanas de gestación); la vía de abordaje tradicional es la laparotomía y existen algunos centros que recurren a la laparoscopia, sin que aún existan resultados concluyentes de sus resultados.

En cuanto al comportamiento clínico la bibliografía reporta que la mayoría de los casos son asintomáticos, pero cuando se manifiesta con sintomatología, el más frecuente es el dolor pélvico; como principales diagnósticos diferenciales se sugiere considerar el embarazo ectópico y la apendicitis.

Respecto a la causa benigna o maligna de la masa y los síntomas se han reportado diferencias, las malignas con síntomas son las de mayor frecuencia (67 vs 15%) y los síntomas asociados son: frecuencia urinaria, estreñimiento, masa palpable y presión pélvica⁸⁻¹⁰.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Stany M, Elkas J. Laparoscopy for adnexal masses in pregnancy? *Cont Ob/Gyn*. 2007;52:44-9.
2. Hasiakos D, Papakonstantinou K, Kontoravdis A, Gogas L, Aravantinos L, Vitoratos N. Adnexal torsion during pregnancy: report of four cases and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Res*. 2008;34:683-7.
3. Kumari I, Kaur S, Mohan H, Huria A. Adnexal masses in pregnancy: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2006;46:52-5.
4. Troncoso JL, Ricci AP, Albornoz VJ, Mackenna IA. Manejo laparoscópico de quistes ováricos complicados o persistentes durante el embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2009;74:292-8.
5. Juárez AA, Durán PA, Islas DP, Martínez MS. Carcinoma endometroide asociado en adolescente embarazada. *Rev Mex Ped*. 2012;1. En prensa.
6. Munnell EW. Primary ovarian cancer associated with pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 1963;6:983.
7. Zhao XY, Huang HF, Lian LJ, Lang JH. Ovarian cancer in pregnancy: a clinicopathologic analysis of 22 cases and review of review of the literature. *J Gynecol Cancer*. 2006;16:8-15.
8. Boulay R, Podczaski E. *Ovarian cancer complicating pregnancy. Obstetrics and Gynecology Clinics*, 25. Philadelphia: W. B. Saunders; 1998. p. 385-99.
9. Whitecar MP, Turner S, Higby MK. Adnexal masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet and Gynecol*. 1999;181:19-24.
10. Logsdon-Pokorny VK. Cirugía ginecológica durante el embarazo. En: Pitkin RM, Scott JR, editors. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. México: McGraw Hill Interamericana; 1994. p. 267-77.