

11217
101
zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO

12005

TESIS DE POST-GRADO
Que para obtener el Titulo en la
especialidad de:

GINECO-OBSTETRICIA

PRESENTA

DR. GABRIEL VARGAS MEJIA

Instituto Mexicano del
Seguro Social, Hospital
de Gineco-Obstetricia

No. 3.

Centro Médico "La Raza"

DIRECTORES DE TESIS

DR. ROBERTO COVARRUBIAS VILLEGAS

DR. FEDERICO MENDOZA MEIXUEIRO



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE CUBRIR**

1986



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

	Página
INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	3
FRECUENCIA	4
CLASIFICACION	5
DESCRIPCION BREVE DE LOS TUMORES DE OVARIO QUE SE PRESENTAN MAS FRECUENTEMENTE EN EL EMBARAZO	8
COMPLICACIONES	10
DIAGNOSTICO	12
MANEJO	13
MATERIAL	16
METODO	17
RESULTADOS	18
TABLAS	22 - 36
COMENTARIOS	37
CONCLUSIONES	39

I.- INTRODUCCION

El doctor Efraín Mc Dowall, radicado en Danville Ky, USA - fué llamado el 15 de diciembre de 1809 a la aldea de Green-en Kentucky para atender de un supuesto embarazo a la señora Jane Grawford de 45 años de edad. El diagnóstico dife--rencial con un tumor de ovario fué hecho de inmediato. El diá--logo entre Mc Dowall y la señora Grawford fué el siguien--te:

- Doctor....
- Doctor, repitió Jane Grawford, ¿Que es?
- Creo que es un tumor
- Doctor, Córtelo, córtelo usted, yo aguanto mucho el dolor.
- Doctor lo aguantaré con toda seguridad, tengo 5 hijos, - aun es demasiado pronto para morir, si no me saca esto -- con el cuchillo todo habrá concluido para mi.
- Inténtelo Doctor, les dire a todos que lo he querido yo - sola.
- Señora Grawford, ¿Podría usted en este estado acompañarme a caballo hasta Denville?.
- Doctor, yo voy con usted a donde quiera.

El viaje a caballo para recorrer 60 millas llevó 2 días en--tre la nieve. El 25 de diciembre, con la ayuda de su sobri--no, su esposa y una amiga de la enferma se realizó la inter--vención que duro 25 minutos. La paciente fué sedada con --unas cápsulas de opio, el instrumental y las manos de todos fueron lavados con petróleo. La insición fué de 22.5 cms, -pararrectal izquierda. El tumor era tan grande que no fué-- posible extraerlo por dicha insición por lo que primero se-- cortó extrayéndose 6.940 Kg. de una sustancia de aspecto ge--latinoso y sucio y después se cortó la salpinge y se extra--jo el saco que pesó 3.420 Kg. El cierre del abdomen se - - efectuó con suturas separadas, dejando fuera en el extremo-- inferior la ligadura que rodeaba la trompa de Falopio. Di-

cha intervención se realizó en medio de conatos de linchamiento y mientras la paciente cantaba salmos religiosos. Cinco días más tarde la paciente fué encontrada haciendo su cama y 25 días después volvía a su casa en perfecto estado de salud. Jane Grawford murió en 1842 a los 78 años de edad y Efraín Mc Dowall en 1830 víctima de una probable apendicitis supurada que ningún cirujano se animó a operar. (1)

II.- GENERALIDADES

Los tumores ováricos son comunes en el embarazo. - La mayoría de los quistes encontrados en pacientes grávidas son quistes foliculares ó del cuerpo lúteo y por lo general no sobrepasan los 3 a 4 cms de diámetro. El 90% de ellos recidiva al progresar el embarazo, siendo indetectables hasta las 14 a 16 semanas. Por alguna razón, se ha fijado el tamaño arbitrario de 6 cms para determinar si un agrandamiento ovárico es clínicamente significativo. Si bien es cierto -- que la torsión figura con mayor frecuencia en el caso de -- grandes tumores, y que ellos pueden presentar mas problemas en el parto, deben tomarse en cuenta otros factores: 1) -- ¿causa síntomas el quiste? 2) ¿se le siente firme, posiblemente con elementos solidos? 3) ¿estaba presente antes del embarazo? 4) ¿está fijo al utero, al fondo de saco ó a las víceras circundantes? 5) ¿es su posición tal que puede obstruir las partes fetales presentantes durante el parto? 6) -- ¿es más susceptible la paciente de un grupo etario mayor a la malignidad? 7) ¿hay indicaciones de función endocrina -- del tumor? 8) ¿existe un tumor primario en algún lugar (por ejemplo mamas ó intestino) que pueda haber metastatizado el ovario? 9) ¿hay hidrotorax ó ascitis, que puedan asociarse con el síndrome de Meigs ó cáncer? 10) ¿es el tumor irregular ó muestra diferencias? 11) ¿es unilateral ó bilateral - (70% de bilateralidad con carcinoma)? 12) ¿hay hepatomeg--
lia ó plastrón epiploico? 13) y lo que es mas importante ¿es ta disminuyendo el tumor de tamaño ó persiste ó aún crece -- mientras se encuentra bajo observación? Todos estos factores son iguales en cuanto a su significado ó quizas mas importantes, que el tamaño en el diagnóstico, el pronóstico, la evaluación y el tratamiento.

III.- FRECUENCIA

Los tumores de ovario, son comunes durante el embarazo. Se han reportado en la literatura diferentes frecuencias de tumores de ovario coexistentes con embarazo. - Así en 1963, Booth reportó 50 tumores entre 29,599 partos - (2,4); Tawa en 1964, reportó 62 tumores ováricos en 50,496 - partos (3,4). Nava y col. reportaron 60 tumores ováricos - en 163,230 partos (1964-1974) Eastman y Hellman informan -- una incidencia de 1:81 (5); y Grimes y col. señalan que en - aproximadamente 1 de cada 328 embarazos, hay un quiste sufi - cientemente grande para significar riesgo (6). De acuerdo - a Struyk (1984) (7), es probable que la incidencia de los - tumores de ovario en el embarazo sea igual que en la mujer - no embarazada en el mismo grupo de edad y en su estudio en - 57,639 mujeres con partos en un periodo de 29 años, descu - brió 90 tumores de ovario de 5 cm. ó mas, durante el embara - zo ó puerperio con una frecuencia de 1 en 640. De estos -- 25% (17) fueron cistoadenomas serosos; 12% (8) mucinosos; - 36% (25) quistes dermoides; 13% (9) quistes paraováricos; - 5.5% (4) quistes de cuerpo lúteo; 1.5% (1) quiste folicular y solo 4% (3) tumores malignos.

Otros estudios como los de Adnan Hasan en 1983, - de 9,037 pacientes estudiadas de 1977 a 1981, encontrarón - 10 tumores ováricos asociados a embarazo con una incidencia de 1:900 nacimientos y de estos el más común fué el terato - ma quístico benigno seguido del cistoadenoma mucinoso (8), - lo cual se asemeja con otros estudios.

Así mismo, los tumores malignos raramente se aso - cian a embarazo, la frecuencia de la mayoría de las institu - ciones varía entre 2 y 5% de todos los agrandamientos ovári - cos durante la gravidez. Munnell (1963) encontró solo 3 -- cáncer de ovario en más de 50,000 nacimientos con una inci - dencia de 1:18,000 y Jubb (1963) encontró que 2.2-5% de to - dos los tumores que complican el embarazo son malignos (4);

Creasman y col. del MD Anderson Hospital dicen ver 1 caso - por año, ocurriendo con mayor frecuencia en el grupo etario de 30 a 40 años y especialmente asociados a tumores sólidos (9). Así mismo el teratoma es un tumor raro y su incidencia es de menos de 1% de todos los cánceres de ovario (10).

En cuanto al disgerminoma, entre 1937 y 1979 solo había 27 casos reportados en la literatura (14), así mismo el tumor de senos endodermicos aunque es raro, es el segundo más frecuente de los tumores que se originan en las células germinales (15).

Los tumores funcionales como el arrenoblastoma se asocian principalmente con amenorrea y esterilidad y solo 8 casos se reportaron asociados a embarazo hasta 1984 (13). - También se han reportado casos raros de embarazo ovárico lo calizados a quistes del mismo (16).

IV.- CLASIFICACION HISTOLOGICA DE TUMORES DE OVARIO (21)

1. Tumores epiteliales primarios comunes

serosos

mucinosos

endometrioides

mesonáfricos

Todos ellos pueden ser:

benignos

límitrofes (potencialmente malignos)

malignos

2. Tumores de las células germinales

disgerminoma

teratoma embrionario

teratoma adulto

teratomas extraembrionarios

3. Gonadoblastomas

4. Tumores del cordón gonadal

tumores granulosa

tumores de células de Sertoli-Leydig

tecomas

5. Tumores luteínicos, de Leydig y de restos suprarrenales

luteomas

6. Tumores metastásicos

CLASIFICACION DE LA FIGO DE LAS ETAPAS CLINICAS
DE LOS TUMORES DE OVARIO

Etapa I Crecimiento limitado a los ovarios.

Etapa Ia Crecimiento limitado a un ovario, no hay ascitis

(i) No hay tumor en la superficie externa; cápsula in
tacta.

(ii) Hay tumor en la superficie externa, la cápsula es
ta rota ó ambas anomalías.

Etapa Ib Crecimiento limitado a ambos ovarios; no hay asci
tis.

(i) No hay tumor en la superficie externa; cápsula in
tacta.

(ii) Hay tumor en la superficie externa; cápsula(s) -
rota(s) o ambas anomalías.

Etapa Ic Tumor en etapa Ia ó Ib, pero con ascitis o lava--
dos peritoneales positivos.

Etapa II El crecimiento afecta a 1 o ambos ovarios en ex--
tensión pélvica.

Etapa IIA Extensión, metástasis o ambas, al útero, las trom--
pas o ambas estructuras.

Etapa IIb Extensión a otros tejidos pélvicos

Etapa IIc Tumor en etapa IIa ó IIb, pero con ascitis ó lavados peritoneales positivos.

Etapa III El crecimiento afecta a uno o ambos ovarios con - metástasis intraperitoneales fuera de la pelvis, - ganglios retroperitoneales positivos, o ambas anomalías.

Tumor limitado a la pelvis verdadera con extensión maligna comprobada histológicamente a intestino delgado o epiploon.

Etapa IV El crecimiento afecta a uno o ambos ovarios con - metástasis distantes, si hay derrame pleural debe haber citología positiva para incluirlo en la etapa IV.

Categoría especial

Casos no explorados que se cree corresponden a -- carcinoma ovárico.

V.- DESCRIPCION BREVE DE LOS TUMORES DE OVARIO QUE SE PRESENTAN MAS FRECUENTEMENTE EN EL EMBARAZO.

CISTOMAS SIMPLES Y QUISTES DE CUERPO LUTEO:

Nacen de la simple hiperdistensión de los folículos durante el proceso de atresia folicular, muchas veces - la cavidad se halla extraordinariamente distendida por líquido, aun cuando raramente exceden del tamaño de un limón. Al igual que sucede con otros quistes de ovario, puede producirse torsión del pedículo y en raros casos rotura espontánea con hemorragia intraabdominal. Regresionan aproximadamente entre la semana 14 y 16 de gestación en la mayor -- parte de los casos.

TERATOMA MADURO BENIGNO (QUISTE DERMOIDE)

Es el tumor de células germinales común en la mujer constituyendo el 10-20% de todos los tumores de ovario. Así mismo, son los que más frecuentemente se han asociado a embarazo.

Se caracteriza por una cápsula gruesa, bien formada y recubierta completa o casi completamente por epitelio-escamoso de grosor variable. Debajo del mismo suelen encontrarse diversos apéndices cutáneos que pueden incluir glándulas sudoríparas de tipo usual, apocrinas y, con gran frecuencia sebáceas. Al abrirlos, brota un líquido amarillo - pálido graso y viscoso, que suele contener pelos.

El carcinoma de células escamosas maligno ocurre en cerca del 2 al 3% de los quistes dermoides ováricos.

CISTOADENOMAS SEROSOS

El 50% es bilateral. Estos tumores son de tipo -- simple o papilar. El problema principal en la paciente grávida 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 varias capas de células proliferantes-

que pueden no parecer particularmente benignas. Los psamomas descubiertos radiológicamente o por medio de exámen histológico sugieren mayor posibilidad de malignidad. Algunos especialistas buscan la invasión del estroma y anaplasia antes de diagnosticar la malignización.

CISTOADENOMA MUCINOSO

Un 15 a un 20% de los casos es bilateral. Este tipo de tumor sigue en frecuencia a los dermoides en el grupo de quistes neoplásicos del ovario durante el embarazo. El potencial maligno es aproximadamente de un 5%. Estos quistes alcanzan tamaño bastante grande y pueden presentar problemas durante la gestación, en especial la torsión del pedículo.

Si los quistes se rompen durante la extirpación, el pseudomixoma peritoneal puede constituir problema en fecha posterior.

VI.- COMPLICACIONES

Globalmente, los quistes de 6 a 8 cm. ó más y - - los tumores de cualquier tamaño semisólidos ó sólidos, presentan alguna de estas 3 complicaciones: 1) torsión con hemorragia ó rotura, 2) interferencia mecánica en el trabajo de parto, que resulta en distocia ó rotura de neoplasia y - 3) malignidad.

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

La mayoría de las torsiones se presenta cuando el útero se eleva con rápida velocidad (8 a 16 semanas) ó cuando involuciona 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. En la torsión incompleta, signos y síntomas pueden no ser tan severos, pero puede haber signos de irritación peritoneal. Si el diagnóstico de torsión no se efectúa, la secuencia es usualmente una hemorragia intratumoral, necrosis, infección y rotura.

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. 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 (17). 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, y 3) si el tumor es quístico, puede romperse y producir hemo

rragia intraabdominal, peritonitis química ó siembra del --
cáncer en la cavidad peritoneal.

Todo caso que exhiba fracaso de encajamiento fetal debe examinarse pélvicamente para descartar un tumor obstructivo: tumor de ovario, mioma uterino ó tumor de otras estructuras pélicas. Aun, si el quiste ovárico no se rompe, el -traumatismo del trabajo de parto puede producir hemorragias-intratumorales seguidas por necrosis y supuración (18).

El cáncer ovárico ha duplicado su frecuencia en Estados Unidos de Norteamérica en los últimos 30 años. Si se-diagnóstica patología en el estadio I, las posibilidades de-supervivencia exceden el 60%. Una vez el tumor fuera de ovario, involucra los órganos adyacentes, la supervivencia a --los 5 años es del 5 al 10%.

Toda masa de la región anexial, inmóvil y fija por adherencias, irregular y de diversas formas, fija en el fondo de saco, que aumenta de tamaño y especialmente si es bilateral, es sospechosa (19).

Debe hacerse la inspección directa de manera tal - que no causen riesgos de traumatismo para el tumor, con posible rotura y extensión, ó daño de otros órganos que puedan - estar adheridos.

Solamente un 8% de las pacientes con ascitis vive-5 años. La frecuencia del cáncer solo disminuirá si se sospecha el cáncer en todo ovario aumentado de tamaño.

VII.- DIAGNOSTICO

El diagnóstico es fácil por exámen pélvico dentro del primer trimestre ya que el tumor esta todavía en la pelvis y es fácilmente palpado (8). El uso rutinario del estudio ecosonográfico ha incrementado el diagnóstico preoperatorio de masas anexiales (4), este es un auxiliar importante para delimitar si el tumor esta separado del utero (8).

En ocasiones el diagnóstico se realiza en forma incidental durante una cesarea (11-12).

En la segunda mitad del embarazo, puede ser difícil diagnosticar un tumor ovárico. Al ascender el tumor hacia la cavidad abdominal, mas alla del alcance del dedo examinador vaginal, la palpación abdominal es el principal método diagnóstico.

VIII.- MANEJO

Los principios básicos del tratamiento de los tumores benignos de ovario son los siguientes: 1) si el tumor es quístico de menos de 6 a 8 cms. de diámetro, y disminuye - - constantemente de tamaño al continuar el embarazo se le puede observar. La cirugía no esta indicada a menos de que haya torsión ó rotura. 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 (12 a 14 semanas) (3). En ese momento el cuerpo lúteo ya no es impor- tante para el mantenimiento del embarazo y la remoción del - cuerpo lúteo después de los 60 días de embarazo no afectara- materialmente el pronóstico.

2) Los tumores sólidos ó sospechosos deben extraer se de una vez, no importa el trimestre. Si hay evidencia de torsión, hemorragia ó necrosis, es imprescindible cirugía - inmediata.

3) El útero debe ser poco manipulado y, si lo es, tan cuidadosamente como sea posible en los primeros meses. - La manipulación excesiva aumenta el índice de abortos.

4) Después de 18 semanas, puede ser más difícil ex- traer el tumor, debido al utero aumentado de tamaño. Se le puede extraer, pero los problemas técnicos son mayores. Así mismo, cuanto mas cercano al termino sea la intervención, ma- yor será el esfuerzo que ejerce el útero aumentado de tamaño sobre la herida abdominal que cura, con posible debilitamien- to y herniación de la misma.

5) En el ultimo trimestre del embarazo, los princi- pales problemas los crea el tumor que puede bloquear el par- to. Las complicaciones fetales y maternas hacen imprescindi- ble la cirugía. Si el diagnóstico se establece antes del co- mienzo del trabajo de parto, la cirugía esta indicada una se- mana antes de la fecha aproximada de parto ó si esta no es -

segura, durante el primer periodo de trabajo de parto. La operación consiste en cesarea baja segmentaria con resección ovárica ó ooforectomía. En casos en que se realiza 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 posparto (20).

6) Si el tumor se encuentra por sobre el estrecho superior y existen evidencias de dolor, sensibilidad ó reacción peritoneal mientras la paciente se encuentra en trabajo de parto, ello indica probablemente torsión ó rotura. La cirugía inmediata se impone (cesárea con ooforectomía).

7) Si el diagnóstico de tumor que bloquea la pelvis se realiza inicialmente con la paciente en trabajo de parto avanzado y dilatación completa, el abdomen puede abrirse, sacando de su lugar el tumor, para dar a luz al niño por vagina con ayuda de un asistente, se extrae luego el tumor y se cierra el abdomen.

8) Si el tumor se diagnostica por primera vez durante el puerperio, esta indica la cirugía dentro de las 48 horas. Si hay torsión, la cirugía inmediata es imprescindible.

En caso de CA de ovario, deberá individualizarse la conducta terapéutica. En estadios iniciales (previo a -- I A), es permisible realizar una ooforectomía unilateral con biopsia contralateral y permitir que el embarazo continúe, estos procedimientos se permiten en tumores de grado histológico menor. La paciente dara a luz por via vaginal y 6 semanas posparto, la paciente es reexplorada realizando histerectomía total con salpingoooforectomía bilateral. Si por otra parte la tumoración se encuentra mas allá del estadio I A, el tratamiento debe ser histerectomía total inmediata, salpingoooforectomía bilateral y omentectomía cuando este indicada. La implantación de sondas de polietileno para la instilación posquirúrgica de fosfato cromico radioactivo, más la irradiación posquirúrgica con cobalto si la patología es

ta localizada en la pelvis ó quimioterapia si esta más allá de la pelvis.

Para reportar la experiencia de nuestro servicio, en el manejo de pacientes con este tipo de problema, se realizó la siguiente revisión:

MATERIAL

Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de embarazo y tumor de ovario, que fueron manejadas en el servicio de "Embarazo de Alto Riesgo" Módulo II del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3, Centro Médico la Raza, durante los años 1984-1985.

METODO.-

En cada caso, se registraron los siguientes datos:

- Edad de la paciente y gestaciones.
- Edad gestacional al diagnóstico:

- Clínico
- Ecográfico
- Radiológico
- Laparotomía

- Tipo de tratamiento:

- Intervencionista (quirúrgico). Edad gestacional
- Conservador (motivo)

- Evolución del embarazo postratamiento
- Diagnóstico histológico
- Complicaciones y momento de las mismas

- Torsión Rotura ó Infección

- Resolución del embarazo y edad del mismo:
Vaginal Cesarea Forceps
- Movilidad materno-fetal

El tratamiento en caso de torsión consistió en exceresis de tumor (100%).

La rotura ocurrió en el transoperatorio de histerectomía en bloque, con tumorectomía con salpingooforectomía contralateral y omentectomía por reporte histológico -- transoperatorio compatible con malignidad.

De los 19 casos en estudio, se consideraron 6 como tumores funcionales (hallazgos ecasonográficos, 5 de los cuales desaparecieron en controles sonográficos posteriores, y 1 llevado a cirugía con reporte histopatológico de quiste folicular y de cuerpo lúteo) (31.5%). Once casos de tumor benigno (57.8%) 1 maligno (5.2%), y 2 en que se ignora extirpe histológica (10.5%) (tabla 8).

En los procesos quísticos considerados como funcionales, 2 casos se llevaron a cirugía, 1 mencionado previamente a las 23 semanas y el 2o a las 20 semanas, sin hallazgo quístico transoperatorio (tabla 9).

En cuanto al reporte histológico, este se llevó a cabo en 13 casos, de los cuales 6 (46.1%) fueron reportados como quistes dermoides; 3 (23%) cistadenoma seroso; 1 (7.6%) cistadenoma mucinoso; 1 (7.6%) cistadenofibroma; 1 (7.6%) teratoma inmaduro grado II; 1 (7.6%) quiste folicular y de cuerpo lúteo.

Uno de los casos fué bilateral, con reporte histopatológico de cistadenoma seroso y mucinoso contralateral - (tabla 10).

El tratamiento fué conservador en 5 de los 19 casos, considerando conveniente la vigilancia de los procesos quísticos, llevandolos a cirugía solo en caso de complicación. De estos, 4 se consideraron funcionales por la desaparición de los mismos en el transcurso del embarazo y 1 no se operó, enviándose a su Unidad de Medicina Familiar -- por razones que se ignoran.

En los casos llevados a cirugía (14:73.6%) en 10-

se realizó exceresis de la tumoración (71.4%); en 1 ooferec-
toma bilateral (7.1%); en 1 exceresis del quiste y cistec-
toma contralateral (7.1%); en 1 laparotomía exploradora (7.
1%), y 1 histerectomía en bloque con salpingooforectomía -
bilateral mas omentectomía (tabla 11).

La edad del embarazo en que se llevó a cabó el --
tratamiento en los 14 casos fué: 1 en lo trimestre (7.1%);-
5 en el 2o trimestre (35.7%); 4 transcesarea (28.5%); 1 -
puerperio (7.1%); 3 posterior a puerperio (21.4%); 3 meses-
posteutocia, 2 meses posterior a diagnóstico de huevo muer-
to y retenido y 10 meses postcesarea (tabla 12).

En cuanto a la localización del tumor en los 19 -
casos: 15 fueron unilaterales (78.9%), 4 bilaterales (21%).
De los 15 unilaterales, 9 (60%) se localizarón en el anexo-
derecho, y 5 (33.3%) en el izquierdo (tabla 13).

De los tumores funcionales, 4 fueron unilaterales
y 2 bilaterales, de los benignos 8 unilaterales y 2 bilate-
rales, el maligno fué unilateral y 2 unilaterales no se pu-
dieron clasificar (1 por cirugía fuera de la unidad de Gine-
cobstetricia No. 3 y el 2o por envío de la paciente poste-
rior a la resolución de su embarazo a su Unidad de Medicina
Familiar.

En cuanto a morbilidad materna, existieron 2 ca-
sos, 1 ajeno al proceso tumoral: hipotonía uterina transce-
sarea resuelto con histerectomía total abdominal y la ya --
mencionada histerectomía en bloque con salpingooforectomía
bilateral y omentectomía en el caso de tumor maligno. No -
existió mortalidad materna.

Existió 1 caso de morbilidad fetal en 1 caso de -
embarazo triple y prematuréz de 33 semanas, egresandose en-
forma satisfactoria a los productos. 1 embarazo terminó en
legrado por aborto incompleto del 1o trimestre, 1 caso re--
portado como huevo muerto y otro embarazo que se tuvo que -
suspender por histerectomía en bloque en el caso de maligni-
dad ya mencionado previamente.

En cuanto al tratamiento posterior al embarazo, ya mencionamos que 3 casos se llevaron a cirugía y 1 caso (tumor maligno) se envió al Hospital de Oncología para estudio y valoración de tratamiento postquirúrgico.

La resolución del embarazo se llevó a cabo por vía vaginal en 5 casos con productos a término (26.3%); por cesárea en 7 casos, (36.8%), de los cuales 5 fueron a término y 2 de pretérmino; 1 caso (5.2%) se solucionó por legrado uterino instrumental; 1 (5.2%) con diagnóstico de huevo muerto y retenido, en que no se especifica si se efectuó o no vaciamiento de la cavidad uterina y 4 casos (21%) en que ignoramos la vía de resolución del embarazo por envió a Unidad de Medicina Familiar para continuar control prenatal (en los casos en que desapareció la tumoración) (tabla 14).

De las 7 cesareas efectuadas, 6 fueron por indicación obstétrica (1 por embarazo triple de 33 semanas y trabajo de parto pretérmino; 1 por embarazo de 35 semanas, inserción baja de placenta y amenaza de parto pretérmino; 1 por embarazo 40 semanas y baja reserva fetal; 1 por embarazo 40 semanas, desproporción cefalo-pélvica y sufrimiento fetal agudo y 2 por embarazo 39 semanas y desproporción cefalo-pélvica) y 1 por la presencia de tumor pélvico (tabla 15).

TABLA 1. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
DIAGNOSTICO EN RELACION A EDAD

<u>EDAD</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
15 a 20 años	2	10.5
21 a 25	8	42.1
26 a 30	7	36.8
31 a 35	1	5.2
36 a 40	<u>1</u>	<u>5.2</u>
Total:	19	100.0

TABLA 2. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
DIAGNOSTICO EN RELACION A --
GESTACIONES

<u>GESTACION</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
PRIMIGESTAS	5	26.3
SECUNDIGESTAS	10	52.6
MULTIGESTAS	<u>4</u>	<u>21.0</u>
Total:	19	100.0

**TABLA 3. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
EDAD GESTACIONAL AL DIAGNOSTICO**

<u>ETAPA GESTACIONAL</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
ANTES DEL EMBARAZO	1	5.2
PRIMER TRIMESTRE	9	47.3
SEGUNDO TRIMESTRE	5	26.3
TERCER TRIMESTRE	2	10.5
CESAREA	<u>2</u>	<u>10.5</u>
Total:	19	100.0

TABLA 4. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
CUADRO CLINICO

<u>CUADRO CLINICO</u>	<u>Nb.</u>	<u>%</u>
SINTOMATICOS	11	57.8
ASINTOMATICOS	<u>8</u>	<u>42.1</u>
Total:	19	100.0

**TABLA 5. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
CUADRO CLINICO PACIENTES SINTOMATICAS**

<u>CUADRO CLINICO</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
DOLOR ABDOMINAL	9	81.8
MASA ANEXIAL PALPABLE	8	72.7
NAUSEAS	2	18.1
EMESIS	1	9.0
DISPAREUNIA	1	9.0
FIEBRE	1	9.0
CALOSFRIOS	1	9.0
HIPOREKIS	1	9.0
REBOTE	1	9.0
DISTENSION ABDOMINAL	1	9.0

TABLA 6. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
DIAGNOSTICO ECOSONOGRAFICO

<u>ULTRASONIDO</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
SOSPECHA POR SIGNOS Y SINTOMAS	10	52.6 *
HALLAZGO ECOSONOGRAFICO	6	31.5 *
NO SE REALIZO	2	10.5
FALLA ECOSONOGRAFICA	<u>1</u>	<u>5.2</u>
Total:	19	100.0

* ECOSONOGRAFIA POSITIVA: 84.2%

TABLA 8. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
TIPO DE TUMOR

TUMORES	No.	%
FUNCIONALES	6	31.5
BENIGNOS	11	57.8
MALIGNOS	1	5.2
SE IGNORA	2	10.5

(un caso benigno fué bilateral)

TABLA 9. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
TRATAMIENTO TUMORES FUNCIONALES

<u>TRATAMIENTO</u>	<u>No.</u>
CONSERVADOR	4
CIRUGIA	2

CIRUGIA: 1) LAPARATOMIA EXPLORADORA (20 sem)
2) OOFORECTOMIA DERECHA

CONSERVADOR: MOTIVO: VIGILANCIA PROCESOS QUISTICOS,
CIRUGIA SOLO EN CASO DE COMPLI
CACION.

TABLA 10. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
REPORTE HISTOLOGICO

<u>TIPO DE TUMOR</u>	<u>NUMERO</u>
BENIGNOS	
QUISTE DERMOIDE	6
CISTADENOMA SEROSO	3
CISTADENOMA MUCINOSO	1
CISTADENOFIBROMA	1
QUISTES FOLICULARES Y DE CUERPO LUTEO	1
MALIGNOS	
TERATOMA INMADURO GRADO II	1
SE IGNORA	1

(UNO BILATERAL CON REPORTE DE CISTADENOMA SEROSO Y
MUCINOSO CONTRALATERAL)

TABLA 11. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
TRATAMIENTO QUIRURGICO

<u>TRATAMIENTO</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
EXCERESIS TUMOR	10	71.4
OOFORRECTOMIA BILATERAL	1	7.1
EXCERESIS QUISTE Y CISTECTOMIA CONTRALATERAL	1	7.1
LAP. EXPLORADORA	1	7.1
HISTERECTOMIA EN BLOQUE + SOB	1	7.1
Total:	14	100.00

TABLA 12. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
EDAD GESTACIONAL AL TRATAMIENTO

<u>EDAD GESTACIONAL</u>	<u>CASOS</u>
PRIMER TRIMESTRE	1
SEGUNDO TRIMESTRE	5
TERCER TRIMESTRE (CESAREA)	4
PUERPERIO	1
POSTERIOR A PUERPERIO *	3
* 3 MESES POSTEUTOCIA	
2 MESES POST H.M.R.	
10 MESES POSTCESAREA	

TABLA 13. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
LOCALIZACION

<u>DERECHO</u>	<u>IZQUIERDO</u>	<u>BILATERAL</u>
9	5	4

<u>TIPO</u>	<u>FUNCIONAL</u>	<u>BENIGNO</u>	<u>MALIGNO</u>	<u>?</u>
UNILATERAL	4	8	1	2
BILATERAL	2	2	0	

**TABLA 14. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
RESOLUCION DEL EMBARAZO**

	TERMINO	PRETERMINO
VAGINAL	5	0
CESAREA	5	2
LEGRADO UTERINO		1
HUEVO MUERTO		1
HISTERECTOMIA EN BLOQUE		1
SE IGNORA		4

TABLA 15. TUMORES DE OVARIO Y EMBARAZO
INDICACIONES DE CESAREA

OBSTETRICAS	6
PRESENCIA TUMOR PELVICO	1

OBSTETRICAS:

EMBARAZO TRIPLE	32 SEM. T. DE PARTO PRETERMINO
EMBARAZO	35 SEM. A. DE P.P. e I.B.P.
EMBARAZO	40 SEM. BAJA RESERVA FETAL
EMBARAZO	40 SEM. D.C.P. y S.F.A.
EMBARAZO	39 SEM. D.C.P.
EMBARAZO	39 SEM. D.C.P.

COMENTARIOS

- En relación a la edad, gestaciones y paridad, - los resultados obtenidos en el presente estudio, no difieren en forma importante en lo reportado por otros autores.

- Con la utilización del estudio ecosonográfico, - actualmente ningún tumor de ovario debe de pasar desapercibido, si partimos de la base de que en un embarazo normal se deben realizar cuando menos 3 estudios: al inicio, a la mitad y al término del embarazo, como nosotros lo comprobamos en la presente revisión, ya que el ultrasonido fué de utilidad en el 84.2% no se realizó en el 10.5% y falló en el 5.2%.

- En relación a las variedades histológicas reportadas en nuestro estudio, no encontramos variaciones significativas a las reportadas por otros autores, ya que observamos que el tumor mas frecuentemente encontrado fué el quiste dermoide, en segundo lugar el cistadenoma seroso, y de los - malignos unicamente reportamos el teratoma inmaduro grado II, que significo el 5.2% de malignidad en nuestra casuística, - igual a la reportada por otros autores.

- Desde el punto de vista del manejo de estas pacientes, dado el alto porcentaje de complicaciones que se -- pueden presentar, entre ellas la malignidad, se hace necesaria la excisión del quiste a la semana 16 de gestación, dado que es la fecha ideal para facilitar la técnica de extirpación del quiste, dadas las dimensiones del útero, aunado a - una respuesta mas efectiva a los uteroinhibidores de ser necesarios, que a edades gestacionales mas tempranas.

- En la presente revisión, la excisión la realizamos entre la semana 18 y 20 de gestación y efectivamente encontramos que la técnica quirúrgica es mas difícil aun cuando la respuesta a la uteroinhibición es mas efectiva.

- En relación al tipo de cirugía que se debe reali

zar, nosotros recomendamos la exceresis del quiste con estudio transoperatorio y de acuerdo al reporte de Patología se haga extensiva ó no la cirugía. En nuestra casuística únicamente en un caso en que se reporto un teratoma inmaduro grado II, existió la necesidad de practicar histerectomía en -- bloque con salpingooforectomía bilateral y omentectomía, da do que al tratar de extraer el quiste, existió ruptura del mismo con diseminación de las células tumorales sin embargo estamos de acuerdo en que cada caso debe particularizarse y hasta donde sea posible ser conservador.

- Estamos en desacuerdo en realizar la extirpación del quiste en las primeras 48 hrs. de puerperio cuando no -- existe urgencia, dado que las condiciones de utero grande e hipervascularización, hacen técnicamente mas difícil un procedimiento quirúrgico mayor si el quiste resulta maligno. - Pensamos que la cirugía debe realizarse al término del puerperio como lo comprobamos en nuestro estudio, dado que 3 pacientes fueron operadas al término del mismo.

CONCLUSIONES

- 1.- Toda paciente con diagnóstico de embarazo y sospecha de tumor de ovario deberá realizarse control y manejo por medio de estudio ecosonográfico.
- 2.- Cuando el tumor mida mas de 5 cm., sea quístico y persistente después de la semana 15, deberá ser extirpado a la semana 16.
- 3.- Cuando la sospecha clínica y ecosonográfica sea de un tumor sólido y exista sospecha de malignidad, la excresis debe realizarse independientemente de la edad gestacional.
- 4.- En caso de que el reporte transoperatorio sea de malignidad, deberá hacerse la clasificación clínica del estadio, y si se encuentra en estadio anterior a 1A, únicamente deberá realizarse la excresis del quiste, control subsecuente de la paciente y revaloración posterior al parto.
- 5.- En caso de que el tumor de ovario se detecte en estadios finales del embarazo y este se resuelva por cesarea, deberá realizarse la extirpación del mismo con estudio transoperatorio, ampliando o no la cirugía de acuerdo a los resultados. Si el embarazo se resuelve por vía vaginal, la excresis del tumor deberá realizarse al final del puerperio, siempre y cuando no existan complicaciones del mismo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Lyons, A., Petrucelli, R.: The Nineteenth Century. The Beginnings of Modern Medicine. Medicine an Illustrated History: 523, 1978.
- 2) Booth, R.: Ovarian Tumors in Pregnancy
Obstet Gynecol
21: 189, 1963
- 3) Tawa, K.:
Ovarian Tumors in Pregnancy
Am J Obstet Gynecol
90:511, 1964
- 4) Ballard, Char.:
Ovarian Tumors Associated With Pregnancy
Termination Patients
Am J Obstet Gynecol
149:384, 1984
- 5) Eastman, N., Hellman, L.:
Ovarian Tumors in Pregnancy
Williams Obstetrics 13 th Ed.
: 916, 1966
- 6) Grimes, W., Bartholomew, R., Calvin, E.,
Fish, J., Lester, W.:
Ovarian Cysts in Pregnancy
Am J Obstet Gynecol
68:594, 1954
- 7) Struyk, A., Treffers, P.:
Ovarian Tumors in Pregnancy
Acta Obstet Gynecol Scand
63:421, 1984
- 8) Hasan, Adn., Samir, A., Abdulla, IS., Bata,
Maj.:
Ovarian Tumors Complicating Pregnancy
Int J Gynaecol Obstet
21:279, 1983
- 9) Creasman, W., Rutledge, P., Smith, J.:
Carcinoma of the Ovary Associated with
Pregnancy
Obstet Gynecol
38: 111, 1971
- 10) Hassan, Ad., Samir, S., Omari, Moha.,
Wali, Abd.:
Immature Teratoma With Gliomatosis Peritonei Associated
with Pregnancy
Eur J Obstet Gynec reprod Biol
18:155, 1984

- 11) Ahram, Jos., Lakoff, Ken., Miller, Rob.:
Serous Cystadenocarcinoma as Incidental
Finding During a Repeat Cesarean Section
Am J Obstet Gynecol
153:78, 1985
- 12) Rabinowitz, R., Granat, M.:
Dysgerminoma of the Ovary: Incidental Finding During Ce
sarean Section
Eur J Obstet Gynec reprod Biol
19:105, 1985
- 13) Barkan, Ar., Cassoria, Fer., Loriaux, Ly.,
Marshall, Jo.:
Pregnancy in a Patient with Virilizing
Arrhenoblastoma
Am J Obstet Gynecol
149:909, 1984
- 14) Karlen et al.
Dysgerminoma and Pregnancy
Obstet Gynecol
53: , 1979
- 15) Bakri, You., Given, Fre.:
Normal Pregnancy and Delivery Following
Conservative Surgery and Chemoterapy for
Ovarian Endodermal Sinus Tumor
Gynecol Oncol
19:222, 1984
- 16) Jun, Te., Iwasaki, Tsa., Teratani, Tos.,
Aoki, Mak.:
Primary Ovarian Pregnancy in a Cystic
Teratoma
Obstet Gynecol
42: 52 "S", 1984
- 17) Gustafson, W., Gardner, S., Stourt, F.:
Ovarian Tumors Complicating Pregnancy
Am J Obstet Gynecol
67:1210, 1954
- 18) Taylor, E.:
Ovarian Tumors in Pregnancy
Obstet Gynecol Sur
27:43, 1972
- 19) Parsons, L., Sommers, S.:
Ovarian Tumors in Pregnancy in Gynecology
Philadelphia, W.B. Saunders Company
1962, p.478
- 20) Chowdbury, N.:
Ovarian Tumors Complicating Pregnancy
Am J Obstet Gynecol
83:615, 1962

- 21) Barber, H.:
Complicaciones Quirúrgicas en el embarazo
Editorial Panamericana
1978, p.450