Trabajos Originales

EXPERIENCIA DE MASAS ANEXIALES QUE COMPLICAN EL EMBARAZO*

Drs. *Gabriel Villagrán V., Ernesto Perucca P., Mónica Corvalán C.*, Alejandra Siebert V.*, Alexis Iracheta**

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Barros Luco-Trudeau, Universidad de Chile

*Interno de Medicina

RESUMEN

Se presenta una revisión de 16 casos de masas anexiales durante el embarazo, sometidas a cirugía en el Servicio de Maternidad del Hospital Barros Luco Trudeau durante el período del 1 de enero de 1999 al 30 de mayo de 2002. La frecuencia fue de 1:1170 partos. La edad fluctuó entre los 19 y los 42 años con una mediana de 25 años. El diagnóstico se realizó con mayor frecuencia en el primer trimestre (42,1%). La cirugía fue de tipo electiva en 11 casos (68,7%). El tipo de cirugía más frecuente correspondió a anexectomía y ooforectomía total unilateral en el 52,6% de los casos. En 5 (31,3%) pacientes la histología fue el teratoma quístico maduro. Practicándose en 4 (25%) biopsia rápida. No hubo partos de pretérminos ni apgar bajo a los 5 minutos. Solo un RN pesó menos de 2500 g.

PALABRAS CLAVES: **Masas anexiales en embarazo**

SUMMARY

We report a review of 16 cases of adnexal masses during pregnancy that have required surgical resolution, at Barros Luco-Trudeau Hospital Maternity Service, among january first-1999 to may 30-2002. We observed a 1:1170 delivery rate. The age fluctuated between 19 to 42 years old, with an average of 25.4. Most diagnosis were made during the first trimester (42.1%). Elective surgery was carried out in 11 cases, and in 52.6% adnexectomy and total unilateral oophorectomy was practiced. Histology revealed in 5 cases (31.3%) of mature cyst teratoma. There was no preterm deliveries or Apgar score under 6. Only one newborn under 2500 g was seen.

KEY WORDS: **Adnexal masses and pregnancy**

INTRODUCCION

La incidencia de masas pélvicas durante el embarazo varía entre 0,5% al 2,2% (1). El 95% son unilaterales, siendo asintomáticas en el momento del diagnóstico el 95%.

En grandes series se ha encontrado que el 50%

eran menores de 5 cm de diámetro, el 25% eran de 5 a 10 cm de diámetro y el 25% adicional mayor de 10 cm (3).

La tumoración ovárica más frecuente es el quiste dermoide (2).

Uno de cada 600 embarazos son complicados con la presencia de masas anexiales (1:442 hasta

*Trabajo recibido en agosto de 2002 y aceptado por el Comité Editor para publicación en septiembre de 2002.

1:1.300) (3). Siendo en un 2% a un 5% de estas malignas, resultando en un riesgo de malignidad de 1 por 5000 a 1 por 18000 nacimientos (4, 5).

La torsión de un quiste del cuerpo lúteo es el origen más frecuente de un cuadro agudo.

En cuanto a la utilidad del Ca-125 es limitada en el embarazo, se ha encontrado hasta un 16% de Ca-125 elevado al comienzo de la gestación, sin tumor ni signos de malignidad (16). Los niveles aumentan hasta las 10 semanas, luego disminuyen y se mantienen bajos hasta el parto (17).

Muchas masas anexiales que son detectadas, son generalmente encontradas con el uso de la ultrasonografía rutinaria, siendo estas asintomáticas y resolviéndose espontáneamente antes del segundo trimestre. Sin embargo, si la tumoración se vuelve sintomática, persiste en el segundo trimestre o tiene ciertas características (Tabla I), entonces se requiere intervención.

MATERIAL Y METODO

Se analizaron las fichas clínicas de un total de 16 pacientes embarazadas que fueron sometidas a exploración quirúrgica en la maternidad del Hospital Barros Luco-Trudeau en el período comprendido entre enero de 1999 y agosto de 2002, con el diagnóstico de masa anexial y embarazo. La variable a analizar fueron edad materna, paridad, edad gestacional al momento del diagnóstico, estudio preoperatorio: marcadores tumorales y ecografía, edad gestacional al momento de la cirugía, el tipo de cirugía, estudio histológico y resultados perinatales.

RESULTADOS

La edad de las pacientes fluctuó entre los 19 y 42 con una mediana de 25 años. En relación a la paridad, 3 (19%) fueron primíparas y 13 (81%) multíparas. En la siguiente tabla se muestra la relación

entre la edad gestacional del diagnóstico y la edad gestacional de la intervención quirúrgica (Tabla II).

El diagnóstico se realizó con más frecuencia en el primer trimestre en 7 pacientes (43,8%), en el segundo trimestre en 5 (31,3%), pregestacional en 2, en el tercer trimestre 1 y como hallazgo intraoperatorio en 1 paciente. Se practicó cirugía en nuestro servicio en las 16 pacientes, siendo en un 68,7% (11) de tipo electiva, en 4 (25%) pacientes cirugía de urgencia, y en una paciente el hallazgo fue intraoperatorio en una cesárea electiva. El 100% de las pacientes en quienes se practicó cirugía electiva contaban con ecografía del servicio y estudio de marcadores tumorales. En la Tabla III, se observa la distribución de los pacientes según el tipo de marcador tumoral solicitado.

La Tabla IV, muestra el tipo de cirugía que se realizó y la edad gestacional siendo la anexectomía unilateral y la ooforectomía total unilateral los procedimientos más realizados, en 5 (31,3%) y 5 (31,3%) pacientes respectivamente. En una paciente que se operó en forma electiva con el diagnóstico de masa anexial, resultó ser un mioma subseroso, realizándose una miomectomía.

Tabla I

- Sintomática y/o ruptura (abdomen agudo)
- Excrescencias superficiales o papilas internas
- Evidencias de ascitis o carcinomatosis
- Crecimiento rápido
- Sólido
- Quiste complejo > 6 cm, persistente más allá del I trimestre
- Quiste simple > 8 cm, persistente más allá del I trimestre

Masas anexiales en el embarazo: indicaciones de cirugía.

Tabla II

<i>EG diagnóstico</i>	<i>EG laparotomía</i>	Δ
Pregestacional	14 + 1	14 + 1
Pregestacional	17 + 1	17 + 1
6 + 5	15 + 4	8 + 4
8 + 3	8 + 3	0
10 + 4	15 + 5	5
11 + 2	15 + 2	4
11 + 5	15 + 5	4
12	17	5
13	14	1
16	18	2
17 + 5	17 + 5	0
18	22	4
19	21	2
23	23	0
27 + 2	27 + 2	0
38 + 5	38 + 5	0

Tabla III

<i>Marcador tumoral</i>	<i>nº casos</i>
Ca 125	3
Ca 125, α fetoproteína	4
Ca 125, ACE	1
Ca 125, α feto, ACE	1
Ca 125, α feto, ACE, β HCG	1
Ca 15-3, α feto ACE	1

Tabla IV

<i>Procedimiento quirúrgico</i>	<i>EG de la intervención</i>
Ooforectomía total uni.	15 + 5
Ooforectomía total uni.	22
Ooforectomía total uni.	23
Ooforectomía total uni.	18
Ooforectomía total uni.	21
Ooforectomía parcial	17 + 1
Ooforectomía parcial	38 + 5
Anexectomía	27 + 2
Anexectomía	14 + 2
Anexectomía	15 + 5
Anexectomía	15 + 2
Anexectomía	17
Salpingectomía	17 + 5
Miomectomía	15 + 4
Quistectomía	14
Quistectomía	8 + 3

Del total de 16 pacientes operadas en nuestro servicio en 4 (25%) se realizó biopsia rápida, y en 12 (75%) no se realizó este procedimiento, por no considerarse necesario.

Los tipos histológicos más frecuentes fueron (Tabla V): 5 (31,3%) teratomas quísticos maduros, 4 (25%) cistoadenomas serosos y en una paciente se encontró un cistoadenoma seroso borderline, la cual se trasladó de residencia fuera de la región, por lo que no se pudo continuar con su seguimiento.

Con respecto a los resultados perinatales la Tabla VI, muestra la distribución de pesos al nacer, con dos embarazos aún en curso, sin RN de pretérminos ni Apgar bajo a los 5 minutos.

DISCUSION

Los tumores ováricos son complicaciones relativamente poco frecuente del embarazo, presentando desafíos en el diagnóstico y el tratamiento. Durante

Tabla V

<i>Histología</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Cistoadenoma seroso	4	25
Teratoma quístico maduro	5	31,3
Cistoadenoma mucinoso	1	6,3
Cistoadenoma seroso borderline	1	6,3
Cistoadenoma seroso + quiste C. lúteo	1	6,3
Quiste peritoneal	1	6,3
Salpingitis	1	6,3
Leiomioma	1	6,3
Endometrioma	1	6,3
Total	16	100

Tabla VI

<i>Peso RN</i>	<i>n</i>
> 4.500	1
2.500-4.500	14
< 2.500	1
Total	16

la gestación se pueden producir complicaciones, como el impacto pélvico, la obstrucción al parto, la torsión del pedículo ovárico, la hemorragia en el tumor, la rotura del quiste, la infección y la malignidad.

La ultrasonografía es lejos el procedimiento diagnóstico de elección ya que proporciona imágenes que orientan en el sentido si la masa es benigna o maligna (8), con una sensibilidad para ultrasonido de alta resolución para malignidad de 96,8%, con una especificidad de 77%, y un valor predictivo y negativo de 29,4% y 89,6% respectivamente (9). Nuestras 11 pacientes que se sometieron a cirugía electiva, a diferencia de los 6 casos publicados por Evans y cols, que ninguna se operó en forma electiva (10), todas tenían estudio con ecografía de la unidad de ultrasonido de nuestra maternidad y marcadores tumorales, observándose en la Tabla II la poca uniformidad en cuanto a la solicitud de estos marcadores, incluso en una de nuestras pacientes no tenía CA-125, pero si CA 15-3, que es un determinante antigénico frecuentemente vinculado con cáncer mamario y ovárico (11), pudiendo ser un buen marcador, a fin de excluir resultados falsos positivos de CA-125 en mujeres con quistes ováricos.

La mayoría de los quistes en pacientes embarazadas corresponden a quistes foliculares o del cuerpo lúteo y su diámetro no suele ser superior a 3-5 cm, aunque se han comunicado quistes funcionales de hasta 11 cm de diámetro, aunque son raros. Más del 90% de estos quistes funcionales desaparecerán a medida que avance el embarazo, siendo indetectables alrededor de la semana 14 de gestación. Nosotros encontramos un caso donde coexistía un cistoadenoma seroso con un cuerpo lúteo quístico a las 17 semanas de gestación.

En cuanto a la histología los teratomas benignos y los cistoadenomas serosos son las lesiones del ovario más frecuentemente encontradas (6, 7), en concordancia con lo que encontramos en nuestra serie: teratoma quístico maduro 31,3% y cistoadenoma seroso en un 25%. Tuvimos un caso de cistoadenoma seroso borderline.

En cuanto a la cirugía, parece que la semana 18 (16 a 20) de la gestación es un período prudente para la laparotomía, tanto en cuanto a seguridad para el feto como a la resolución de quistes ováricos funcionales. Cuando quiera que se lleve a cabo la exploración, la recomendación es que el útero no sea manipulado durante la cirugía ("manos lejos del útero") en un esfuerzo por minimizar su irritabilidad. Dentro de las complicaciones más frecuentes de la cirugía están: la pérdida fetal, partos prematuros, que es mayor cuando existe un proceso inflamatorio concomitante (13) y la infección. En nuestra serie no hubo partos de pretérminos y solo un RN peso menos de 2.500 g.

Es importante mencionar los buenos resultados de la laparoscopia, en cuanto al diagnóstico y manejo de las masas anexiales en el embarazo. Parker *et al*, reportó el manejo laparoscópico en 29 embarazadas, donde la intervención se realizó exitosamente, sin complicaciones maternas ni fetales (12). De las ventajas destacan la cicatriz, menor dolor postoperatorio y el acortamiento de los días de hospitalización.

En resumen, 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. La mayor parte de las dificultades encontradas con los tumores ováricos son de omisión más que de acción. La probabilidad de que exista un cáncer ovárico debe ocupar un lugar principal en la mente de los médicos que atienden estas pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Grimes WH, Bartholomew RA, Colvin ED *et al*: Ovarian cyst complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1954; 68: 594-605.
2. Cirugía ginecológica durante el embarazo. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*, 1995.
3. Hess LW, Peaceman A, O'Brien WF *et al*: Adnexal mass occurring with intrauterine pregnancy; report of fifty-four patient requiring laparotomy for definitive management. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 1029-34.
4. Struyk APHB, Treffers PE: Ovarian tumors in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984; 63: 421-4.
5. Roberts JA: Management of gynecology tumors during pregnancy. *Clin Perinatol* 1983; 10: 369.
6. DiSaia PJ, Creasman WT: Cancer in pregnancy. In: DiSaia PJ, Creasman WT (eds). *Clinical Gynecologic Oncology*. 5th ed. St Lois, Mo: Mosby 1997.
7. Hoffman MS: Primary ovarian carcinoma during pregnancy, case report. *Clinical Consultations Obstet Gynaecol* 1995; 7(4): 237.
8. Timor-Tritsch IE, Lerner Jp: Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses by means of color flow-directed Doppler measurements and a morphologic scoring system. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 909-13.
9. Lerner JP, Timor-Tritsch IE, Ferderman A *et al*: Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses with an improved, weighted scoring system. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 81-5.
10. Evans G, Gutiérrez D, Poulsen R: Masas anexiales durante el embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2001; 66(5): 410-13.
11. Barak V, Carlin D, Sulkes A *et al*: CA 15-3 serum levels in breast cancer and other malignancies: correlation with clinical course. *Irs J Med Sci* 1988; 24: 623.
12. Parker J, Robinson H, Byrne D: Laparoscopic adnexal surgery during pregnancy. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1995; 35: 208-10.
13. Ashkenazy M, Kessler I, Czernobilsky B *et al*: Ovarian tumors in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 1988; 27: 79-83.