Trabajos Originales

TUMORES ANEXIALES Y EMBARAZO

Mauricio Tapia M.¹, Ricardo Orellana H.¹, Patricio Cisterna C.¹, Raimundo Gazitúa P.^a, Rodrigo Sepúlveda A.^a

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Juan De Dios.

^aInternos de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la frecuencia de tumores anexiales en el embarazo, la histología tumoral y los resultados perinatales. **Pacientes y método:** Análisis retrospectivo de 33 pacientes con diagnóstico de tumor anexial y embarazo atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios entre febrero de 2001 a julio de 2004. **Resultados:** La asociación tumor anexial y embarazo fue 1 en 424 embarazos. El tipo histológico más frecuente fue el cistoadenoma seroso (19,2%). La cirugía no alteró el pronóstico perinatal. **Conclusión:** Recomendamos la resolución quirúrgica de las masas anexiales complejas durante el embarazo sobre las 12 semanas, período que da un margen de seguridad bastante amplio sin afectar la evolución del embarazo o los resultados perinatales.

PALABRAS CLAVES: *Tumores anexiales y embarazo*

SUMMARY

Objective: To evaluate the frequency of adnexal tumors during pregnancy, the tumor histology and the perinatal outcome. **Patients and method:** Retrospective analysis of 33 pregnant women with adnexal tumor, attended between February 2001 and July 2004 at San Juan de Dios Hospital. **Results:** The association between pregnancy and adnexal tumor was 1:424 pregnancies. The most frequent tumor was serum cystadenoma (19.2%). The perinatal outcome was not jeopardized by surgery. **Conclusion:** We recommended the surgical resolution of the complex adnexal masses after 12 weeks of pregnancy, period that gives an ample safety margin without affecting the perinatal outcome.

KEY WORDS: *Adnexal tumors and pregnancy*

INTRODUCCIÓN

La incidencia de masas anexiales es aproximadamente 1 de cada 600 embarazos, siendo malignas hasta en un 5% de estas (1). La incidencia de tumores ováricos durante el embarazo es algo menor presentándose a razón de 1 cada 1000 embarazos (2). La mayoría de los tumores anexiales son asintomáticos durante el embarazo (2, 3). En grandes series, la edad gestacional promedio, al momento del diagnóstico y tratamiento

quirúrgico fue a las 12 y 20 semanas de gestación respectivamente. El teratoma quístico maduro es el tumor ovárico más frecuentemente asociado a embarazo (4, 5).

La asociación de tumor ovárico y embarazo no influye en el pronóstico de la gestación y perinatal; en series previas no se detectó un aumento de la frecuencia de abortos, partos prematuros y depresión neonatal (6, 7).

El diagnóstico de estas lesiones anexiales puede pasar desapercibido debido a que las moles-

tías muchas veces son confundidas con las propias de la gestación, por otro lado, la torsión o la rotura del tumor son las causas más frecuentes de hospitalización. Los valores de CA 125 son poco útiles debido a que normalmente este marcador tumoral está elevado durante la gestación. El momento ideal para la intervención quirúrgica es en el segundo trimestre ya que en este período la extirpación de cualquier lesión ovárica que involucre al cuerpo lúteo no causará aborto.

El objetivo de esta comunicación es describir la relación entre tumores anexiales y embarazo determinando las características tumorales, la evolución del embarazo y los resultados perinatales.

PACIENTES Y MÉTODO

Se analizaron las fichas clínicas de 33 pacientes con el diagnóstico de masas anexiales y embarazo, atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Juan de Dios, entre febrero de 2001 a julio de 2004. Las variables analizadas fueron: edad de presentación, paridad, forma de presentación, edad gestacional al momento del diagnóstico, tratamiento quirúrgico, tipo de cirugía, tamaño tumoral, tipo histológico, y resultados perinatales. Las variables se expresan en frecuencias relativas, promedios, medianas y rangos.

RESULTADOS

La incidencia de masas anexiales y embarazo en el período estudiado fue de 1 cada 424 embarazos. La mediana de edad de las pacientes fue 26 años (rango: 15 a 44 años). La paridad fue 45,4% primíparas y 54,6% multiparas. La edad gestacional promedio al momento del diagnóstico e intervención quirúrgica fue de 10 y 16+2 semanas, respectivamente. Nueve pacientes (32%) fueron operadas de urgencia por complicación de la masa anexial, principalmente por torsión de ella. De las pacientes estudiadas 28 fueron intervenidas (87,5%), hubo 1 laparotomía en blanco (3,3%). Cuatro pacientes recibieron manejo expectante; de ellas 1 caso requirió de cirugía en el puerperio por torsión del tumor anexial. El tipo de cirugía más frecuente fue la ooforectomía derecha y la anexectomía izquierda (23,3% en ambos casos) (Tabla I).

El tamaño tumoral tuvo una mediana de 83,5 mm por 65,1 mm. La histología de los tumores estudiados resultó ser diversa predominando los quistes (38,5%). El subtipo histológico mas fre-

Tabla I
TUMORES ANEXIALES Y EMBARAZO:
TIPO DE CIRUGÍA

<i>Cirugía efectuada</i>	<i>n*</i>	<i>%</i>
Ooforectomía izquierda	2	6,6
Ooforectomía derecha	7	23,3
Anexectomía izquierda	7	23,3
Anexectomía derecha	3	10
Quistectomía izquierda	5	16,6
Quistectomía derecha	2	6,6
Miomectomía	1	3,3
Salpingectomía derecha	1	3,3
Laparotomía en blanco	1	3,3
Quistectomía	1	3,3

*n= 28, en 2 casos se realizó 2 tipos distintos de intervención.

cuento fue el cistoadenoma seroso y los teratomas (Tabla II). No hubo tumores malignos, encontrando 1 caso de tumor seroso papilar borderline con microinvasión, que se mantuvo en seguimiento periódico hasta mayo del año 2004, sin detectar evidencias de malignización, posteriormente la paciente abandonó controles.

De los embarazos consignados el 50% se resolvió por cesárea, el 50% restante como parto vaginal, hubo tres partos con fórceps (10,7%). Hubo 2 abortos espontáneos a las 9 y 10 sema-

TABLA II
TUMORES ANEXIALES Y EMBARAZO:
ESTUDIO ANÁTOMO-PATOLÓGICO

<i>Histología</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Cistoadenoma seroso	5	19,23
Cistoadenoma mucinoso	3	11,53
Teratoma quístico maduro	2	7,69
Teratoma ovárico maduro	2	7,69
Teratoma maduro	1	3,84
Quiste seroso	2	7,69
Quiste teca luteínico	1	3,84
Quiste lúteo	1	3,84
Quiste celómico	1	3,84
Quiste folicular	1	3,84
Quiste paratubario benigno	1	3,84
Quiste endometriósico	1	3,84
Tumor seroso papilar borderline con microinvasión	1	3,84
Tumor seroso papilar benigno	1	3,84
Cuerpo lúteo hemorrágico	1	3,84
Salpingitis crónica	1	3,84
Leiomiomatosis sin malignidad	1	3,84
No se realizó biopsia	5	19,23
No consignado	2	7,69

nas (6,5%), producidos a los 7 y 21 días post cirugía respectivamente; se registró un óbito fetal a las 22 semanas (3,2%). La edad gestacional promedio al parto fue 38+5 (rango: 34-40 semanas); de ellos 3 partos prematuros a las 34, 35 y 36 semanas (10,7%). El peso promedio de los recién nacidos fue de 3.497 gramos (rango: 1.880-4.470 g); hubo 1 recién nacido bajo 2.500 gramos y 4 sobre 4.000 gramos. El 93,3% de los recién nacidos presentaron APGAR de 7 a 10 puntos al minuto; hubo 1 caso de depresión severa al minuto de vida, recuperado a los 5 minutos.

DISCUSIÓN

Nuestra serie incluye un número adecuado de casos considerando la baja frecuencia de esta patología. La incidencia de tumores anexiales y embarazo (1 cada 424 embarazos) fue algo mayor a la descrita en la literatura lo que puede explicarse por una mejor pesquisa y un adecuado control del embarazo, dado que solo 9 de 33 pacientes ingresó por complicación del tumor, lo que significa un mejor acceso a la ultrasonografía precoz. Otra experiencia chilena muestra una frecuencia de 1 en 1.170 partos (5), siendo en ellos el teratoma quístico maduro el principal diagnóstico anátomo-patológico, a diferencia de nuestra experiencia que fue el cistoadenoma seroso.

El tratamiento de elección en la mayoría de los casos fue la cirugía, la que no trajo consecuencias post operatorias inmediatas y no alteró los resultados perinatales. Lo anterior nos confirma que planificar la cirugía después de las 12 semanas no trae complicaciones perinatales.

En los casos de aborto, no contamos con estudio cromosómico que nos acerquen a un posible diagnóstico que pudieran diferenciar si la precocidad de la cirugía fue o no un factor determinante en su ocurrencia. Debido a que la evolución post operatoria fue satisfactoria en todos los casos nuestra opinión es que tal suceso no debió afectar el curso de la gestación.

La tasa de cesárea de 50% fue mayor al promedio del servicio, sin embargo, esta se relacionó con indicaciones obstétricas y maternas, más que con el antecedente de tumor anexial, por tanto consideramos que no hay elementos clínicos que predispongan a la resolución del parto por vía alta.

Como era de esperarse casi el 100% de los tumores correspondió a formas benignas encontrando sólo un caso de tumor seroso papilar borderline con micro invasión, el que a la fecha no

ha presentado signos de persistencia. En este caso el valor del marcador tumoral CA 125 fue 12 ug/dl. Hubo tres casos con valores elevados, todos ellos con formas tumorales benignas, lo que confirma el valor relativo de este marcador en los casos de tumor y embarazo (8), esto no resta importancia al diagnóstico adecuado de las lesiones malignas, ya que si bien es cierto que la coexistencia de cáncer ovárico y embarazo es baja, su aparición esporádica nos obliga a actuar con cautela frente a cualquier lesión anexial sospechosa (9).

Como desafío futuro está implementar la resolución de estas lesiones con laparoscopia ya que se ha demostrado no afectar los resultados perinatales, logrando menor tiempo de hospitalización y dolor post operatorio (10, 11, 12).

CONCLUSIÓN

Recomendamos la resolución quirúrgica de las masas anexiales complejas durante el embarazo sobre las 12 semanas período que da un margen de seguridad bastante amplio sin afectar la evolución del embarazo ni los resultados perinatales. Aconsejamos cautela y perseverancia en descartar lesiones malignas ya que la cirugía en esta etapa puede ser el tratamiento radical para lesiones pequeñas no invasoras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schnee DM. The adnexal mass in pregnancy. *Mo Med* 2004; 101(1): 42-5.
2. Nowak M, Szpakowski M, Wilczynski JR. Ovarian tumors in pregnancy - proposals of diagnosis and treatment. *Ginekol Pol.* 2004; 75(3): 242-9.
3. Zanetta G, Mariani E, Lissoni A, Ceruti P, Trio D, Strobelt N, Mariani S. A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy. *BJOG* 2003; 110(6): 578-83
4. Sherard GB 3rd, Hodson CA, Williams HJ, Semer DA, Hadi HA, Tait DL. Adnexal masses and pregnancy: a 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(2): 358-62.
5. Villagrán G, Perucca E, Corvalán M, Siebert A, Iracheta A. Experiencias de masas anexiales que complican el embarazo. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2002; 67(4): 296-9.
6. Agarwal N, Parul, Kriplani A, Bhatla N, Gupta A. Management and outcome of pregnancies complicated with adnexal masses. *Arch Gynecol Obstet* 2003; 267(3): 148-52.
7. Usui R, Minakami H, Kosuge S, Iwasaki R, Ohwada M, Sato I. A retrospective survey, pathologic, and prognostic features of adnexal masses operated on

- during pregnancy, *J Obstet Gynaecol Res* 2000; 26(2): 89-93 (abstract).
8. Jacobs LJ, Skates SJ, McDonald N. Risk of diagnosis of ovarian cancer after raised serum CA 125 concentration: a prospective cohort study. *BMJ* 1996; 313(7069): 1355-8.
 9. Disaia PJ, Creasman WT. *Oncología Ginecológica Clínica*. Sexta Edición, 2002, Capítulo 16; 446-447.
 10. Yuen PM, Chang AM. Laparoscopic management of adnexal mass during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76(2): 173-6.
 11. Mathevet P, Nessah K, Dargent D, Mellier G. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 108(2): 217-22.
 12. Roman H, Accoceberry M, Bolandard F, Bourdel N, Lenglet Y, Canis M. Laparoscopic management of a ruptured benign dermoid cyst during advanced pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol* 2005; 12(4): 377-8.
-