

Tumores de ovario de origen histológico diferente coexistiendo con embarazo

Drs. Juan Caripidis, Freddy Bello, Juan Fajardo, Jony Suárez

Maternidad "Concepción Palacios", Caracas.

INTRODUCCIÓN

La presencia de un tumor de ovario durante el embarazo representa una complicación poco frecuente, ante la cual la conducta a seguir debe considerar la función ovárica, la fertilidad futura y el bienestar fetal (1).

La bibliografía médica reporta una incidencia máxima de 1/8 000 embarazos con un promedio de 1/600 (2); en la Maternidad "Concepción Palacios" encontramos 1/5 000 para los años de 1962-1972 y 1/2 433 embarazos para 1982-1987 (3,4). En los últimos años se ha producido un aumento en el diagnóstico de tumores de ovario y embarazo por el uso creciente del ultrasonido, como método complementario no invasivo (5).

Caso clínico

Se trata de mujer de 20 años de edad, II gesta, I aborto, con fecha de última menstruación 12/03/1995, embarazo no controlado, sin antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia, quien ingresa a la Maternidad "Concepción Palacios" el 31/01/1996 con los diagnósticos de gestación de 42 semanas por fecha de última menstruación, embarazo prolongado y presentación podálica.

Se realiza cesárea segmentaria con obtención de recién nacido, femenino, en buenas condiciones y hallazgo de un tumor de ovario izquierdo de aspecto quístico y tumor de ovario derecho con áreas sólidas alternadas con áreas quísticas, no tabicadas (Figura 1). Se practicó ooforectomía parcial en ambos ovarios. El reporte anatomopatológico refirió tumor de ovario derecho, de forma irregularmente ovoide de 9x5 cm, que al corte da salida a material pastoso con pelos (Figura 2), y tumor de ovario izquierdo, de forma irregularmente ovoide de 7x4 cm, renitente y vascularizado, que a la sección,

presenta salida de líquido seroso (Figura 3). El estudio microscópico concluye: teratoma quístico maduro de ovario derecho (Figura 4), y cistoadenoma seroso de ovario izquierdo (Figura 5).

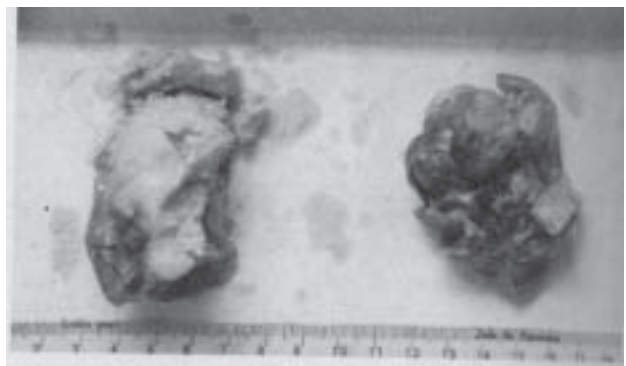


Figura 1. Tumor de ovario derecho y tumor de ovario izquierdo, como hallazgo durante acto operatorio.

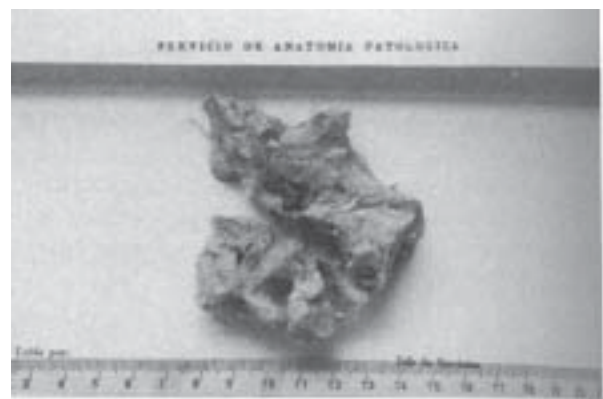


Figura 2. Teratoma maduro de ovario derecho. Aspecto macroscópico.



Figura 3. Cistoadenoma seroso de ovario izquierdo. Aspecto macroscópico.

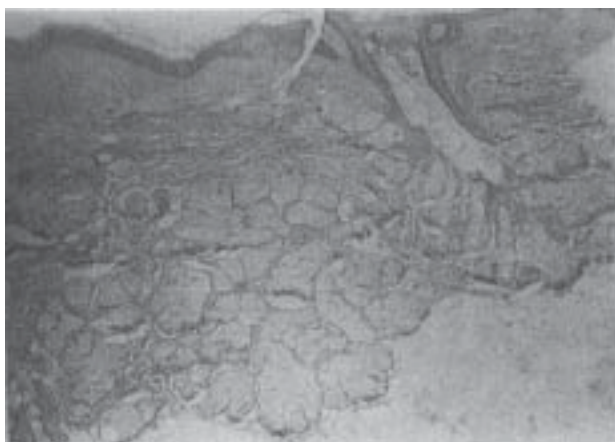


Figura 4. Teratoma maduro. Aspecto microscópico.

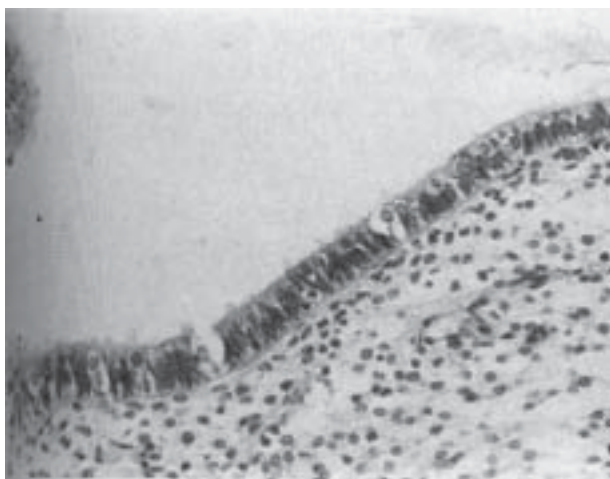


Figura 5. Cistoadenoma seroso. Aspecto microscópico.

DISCUSIÓN

Se ha estimado que los tumores de ovario asociados a embarazo se diagnostican en el 54% durante el primer trimestre, 15% en el segundo trimestre, 8% en el tercer trimestre, 4% en el parto, 11% durante la cesárea segmentaria y 8% en el puerperio (6). En el 75% de los casos estos tumores son asintomáticos y 25% son sintomáticos, representados por dolor localizado en hipogastrio y fosas ilíacas, debido a ruptura, torsión o hemorragia; también como aborto espontáneo, parto distócico, parto pretérmino, infección puerperal, virilización materna o fetal (8). En nuestro caso se trató de un hallazgo durante la realización de cesárea segmentaria.

Histológicamente, pueden ser lesiones funcionales no neoplásicas en el 33% y neoplásicas en el 67%; de éstos son benignos el 97% y malignos el 3%. Las lesiones funcionales están representadas por el quiste del cuerpo lúteo, luteoma del embarazo y los quistes teca luteínicos; mientras que los neoplásicos, son en orden de frecuencia los derivados del epitelio celómico, seguidos por los derivados de las células germinales y los del estroma de los cordones sexuales, entre otros (8,9). En el caso que nos ocupa se hallaron dos tumores de diferente origen histológico, uno en cada ovario (celómico y germinal). No encontramos una comunicación similar en la literatura médica nacional e internacional.

El diagnóstico se basa en la historia clínica y en los métodos paraclínicos como son el ecosonograma, el ultrasonido-Doppler y los marcadores tumorales.

El diagnóstico definitivo se establece mediante estudio histológico del tumor. En el caso del cistadenoma seroso se describe como un tumor de superficie lisa, de contenido acuoso, la pared interna del quiste, lisa, generalmente revestido por un epitelio cilíndrico bajo, con cilios; en el caso del teratoma maduro hay tejido adulto derivado de las tres capas germinales, representado por epitelio escamoso, debajo del cual se pueden encontrar apéndices cutáneos, tejido adiposo, tejido nervioso, piezas dentales, tejido tiroideo, líquido cefalorraquídeo, etc. (10). El uso de ultrasonido obstétrico aumenta la frecuencia del diagnóstico de tumores de ovario durante el embarazo; mientras que algunas pacientes permanecerán asintomáticas, otras requerirán cirugía por sintomatología aguda. Afortunadamente, la mayoría son tumores benignos y requerirán manejo conservador.

REFERENCIAS

1. Gómez F. Tumor gigante de ovario y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1985;45:224-225.
2. Kohler M. The adnexal mass in pregnancy. *Postgrad Obstet Gynecol* 1994;14(12):1-5.
3. Moreno J. Tumor de ovario y embarazo en la Maternidad "Concepción Palacios". *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983;43:145-148.
4. González M, Paiva S, Bracho J. Tumor de ovario y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1989;49:76-78.
5. Nelson MJ, Cavalieri R, Graham D, Sandres RC. Cyst in pregnancy discovered by sonography. *J Clin Ultrasound* 1986;14:509-511.
6. Struyk APHB, Treffers PE. Ovarian tumors in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984;63:421-424.
7. Tawa T. Ovarian tumors in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1964;90:511-514.
8. Buttery BW, Beischen NA, Fortune DN, Macafee CAJ. Ovarian tumors in pregnancy. *Med J Aust* 1973;1:345-347.
9. Rincón Morales F. Neoplasias ováricas y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1984;44:227-234.
10. Jacobs A, Gast M. *Ginecología práctica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1995:379-397.

"Lo más viejo de lo viejo"

"En Estados Unidos, así como en otras naciones desarrolladas, las poblaciones viejas se están haciendo más viejas. De 1960 a 1990, el número de americanos de 85 o más años ha aumentado 232% mientras el grupo de 65 o más aumento 89% y la población total creció un 39%. Actualmente, 3,5 millones de ciudadanos americanos tienen 85 o más años. En este grupo de edad, conocido como los más viejos de los viejos, las mujeres sobrepasan a los hombres por 2,6 a 1. A la edad de 85, la expectativa de vida es de 6,4 años para las mujeres blancas y de 5,2 para los hombres blancos. Sólo el 7,4 por ciento de esta población es negra, en comparación con el 12,4 por ciento de la población general, pero estos duros sobrevivientes tienen una más larga expectativa de vida que los blancos muy viejos. Dadas las cifras actuales de mortalidad, el 55 por ciento de las niñas y el 35 por ciento de los varones vivirán suficiente como para celebrar su 85° aniversario.

Aun cuando los más viejos explican solamente el 1,2 por ciento de la población entera y sólo el 10 por ciento aquellos con 65 o más años, sus efectos sobre los sistemas de salud son substanciales. En la actualidad, 21 por ciento de todas las muertes ocurren

después de la edad de 84 años y esta fracción está en aumento sostenido. El uso de los servicios de cuidado de larga duración aumentan exponencialmente con el avance de la edad. Un cuarto de todas las mujeres y 15 por ciento de todos los hombres de más de 84 años viven en enfermerías, en comparación con el 1,4 por ciento de aquéllos de 65 a 74 años. La frecuencia de los trastornos funcionales aumentan con la edad, así como las enfermedades crónicas. La mitad de la población de más de 84 años tiene trastornos de audición, de la visión, caídas, fracturas de la cadera, ictus, cáncer y enfermedades cardiovasculares. Cerca de un tercio de los muy viejos tienen algún grado de demencia. Alrededor del 45 por ciento de aquéllos que viven en la comunidad requiere ayuda en sus actividades diarias, y 48 por ciento viven solos. La mitad de los hombres que tienen 85 o más años viven con sus esposas. Puesto que las mujeres tienden a ser más jóvenes que sus maridos y tienen una mayor expectativa de vida, solamente el 10 por ciento de las mujeres más viejas sus esposos" (Campion EW, *N Engl J Med* 1994;330:1819-1820).