

NEOPLASIAS DE OVARIO Y GESTACION

JORGE VIDAL AMAT Y LEON

Se presenta una casuística de 50 pacientes con diagnóstico de neoplasia de ovario en diferentes períodos de la gestación y que han requerido tratamiento quirúrgico de emergencia por complicaciones. Se muestra el tratamiento hormonal para compensar la ausencia de cuerpo amarillo en las primeras semanas de la gestación y se presentan dos casos de neoplasia maligna de ovario asociados con gestación, mostrando su tratamiento y evolución.

INTRODUCCION.

El presente trabajo de neoplasia de ovario y gestación es una contribución a la cirugía de emergencia y orientación en la conducta obstétrica en que por control de gestación o por operación cesárea por distocia en el parto, se encuentra con tumorización de ovario que indica la coferectomía.

La cirugía de neoplasias de ovario en la gestación no implica gravedad y debe realizarse cuando existen síntomas que indican algún riesgo para el desarrollo de la gestación y para la integridad de la salud de la madre.

La neoplasia ovárica que complica el embarazo puede asociarse con aumento de la frecuencia de accidentes graves: torción, rotura, hemorragia, supuración, estando la exploración quirúrgica indicada para cualquier alteración neoplásica del ovario.

Cuando la neoplasia de ovario complica el embarazo, los riesgos de aborto son mayores dentro del primer trimestre, requiriéndose tratamiento quirúrgico de urgencia.

MATERIAL Y METODOS

Hemos revisado historias clínicas de diversos hospitales, y sobre una estadística de cincuenta casos se obtiene que la conducta quirúrgica para tumoraciones de ovario y gestación es uniforme. La conservación de la gestación está determinada por: el diagnóstico oportuno y el tratamiento quirúrgico, cuando la tumoración de ovario indica riesgo para la gestación y futuro de la madre; señalándose el tratamiento hormonal apropiado en el post operatorio.

Señalamos la importancia de la exploración de anexos en las pacientes que son sometidas a operación cesárea, que pueden ser portadoras de tumores de ovario de tamaño considerable, que han evolucionado en forma asintomática escapando al diagnóstico clínico y que la extripación del tumor anexial no implica riesgo mayor en una operación cesárea.

* Servicio de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico SFP No. 2 GRP.

Presentamos además, un esquema terapéutico que trata de contribuir a solucionar una de las graves complicaciones que pueden surgir durante el embarazo, así como también las diferentes opiniones de autores que no creen necesario el reemplazo del cuerpo amarillo del ovario, por considerar que en determinada época de la gestación la acción del trofoblasto es suficiente para mantener el embarazo hasta su término.

Casuística

Caso Primer Trimestre: Reportamos el caso de una paciente con quiste dermoide bilateral y gestación, con historia clínica No. 073738 del Hospital Central de Sanidad de las Fuerzas Policiales, de 20 años de edad, que acude a emergencia por dolor abdominal referido a la fosa iliaca izquierda y resistencia de pared, con dos meses de amenorrea, con diagnóstico de quiste de ovario a pedículo torcido, es laparatomizada encontrándose tumor ovárico de 10x7x6 cm., con torción de su pedículo. Al explorar el otro anexo se encuentra otra tumoración con dimensiones semejantes, con caracteres de dermoide, no existiendo zona de parénquima ovárico normal, se procede a la coferectomía bilateral, conservando útero de 8 semanas de gestación.

En el post operatorio se implanta el siguiente tratamiento hormonal, que se repite por 4 semanas:

1er. día: Capronato de hidroxiprogesterona 500 mg.
7mo. día: Capronato de hidroxiprogesterona 250 mg.
Posteriormente cada 15 días hasta el sexto mes:
Alil estrenol y sedantes de la fibra muscular uterina.

Este embarazo terminó en operación cesárea por ruptura prematura de membranas y con recién nacido en condiciones normales.

Caso Segundo Trimestre: Presentamos a la paciente S.G.C. con historia clínica No. 103936 del Hospital Cayetano Heredia (Rimac), de 19 años de edad, estado civil: casada, la que presentaba una tumoración quística como 22 semanas de gestación, móvil, asociada a útero gestante de 22 semanas y que en forma súbita presenta aborto fetal de 5 meses en su domicilio, con retención de placenta, por lo que fué conducida al Hospital Cayetano Heredia, efectuándose legrado uterino con fecha 9 de noviembre de 1972. Por la masa anexial que alcanzaba 17x17x17 cm., se indica análisis pre operatorio y riesgo quirúrgico; en espera de estos informes se produce cuadro de abdomen agudo, con el diagnóstico de apendicitis aguda; el quiste ovárico infectado es laparatomizado el 18 de noviembre de 1972, encontrándose tumoración quística de ovario izquierdo con perforación y derrame de líquido mucinoso y purulento por perforación de apéndice.

La tumoración alcanzaba 17x17x17 cm., con los caracteres de cistadenoma mucinoso de ovario abscedado en su cara lateral en relación con la zona apendicular. Apéndice macerado y perforado en el tercio proximal. No hay evidencia de patología en otros órganos.

Informe A.P. No. 722362 Hospital Cayetano Heredia.

Cistadenocarcinoma mucinoso de ovario izquierdo perforado y apendicitis aguda.

Descripción Macroscópica: quiste multilobulado de superficie blanquecina lisa, en uno de sus polos hay una solución de continuidad de 3 cm. de borde congestivo.

Al corte presenta múltiples tabiques que delimitan quistes de menor tamaño, algunos pequeños en su pared. Dentro del quiste se delimita una masa sólida de 12.5 x 12.5 cm., al corte se ve tejido blanquecino y zonas rosadas hemorrágicas; dentro de la masa se aprecian múltiples cavidades quísticas, hay abundante material mucinoso.

Láminas revisadas por el Dr. A. Chang, Patólogo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, confirman el diagnóstico. Informe 73-26523 (7 marzo 1973)

A la paciente se le indica reintervención quirúrgica para tratamiento radical, la que rechaza dicho tratamiento y solicita su alta del Hospital.

Acude la paciente a consulta privada al mes de su operación, recomendándose a ella y a sus familiares la necesidad del tratamiento indicado, lo cual no es aceptado por la paciente quien manifiesta el deseo de tener un hijo sin importarle las consecuencias.

A los tres meses de su operación presenta gestación que evoluciona normalmente. Se propone operación cesárea a las 38 semanas, operación que se realiza el 3 de noviembre de 1973 en la Clínica Maison de Santé, con la finalidad de exploración quirúrgica con miras a tratamiento radical.

Se efectuó operación cesárea segmentaria extrayéndose feto vivo de 3,100 kg., sexo femenino y caracteres normales.

La exploración de vísceras intraabdominales fue normal, ganglios negativos, cicatriz de coforosalingectomía izquierda bien constituida Ovario derecho normal. Se procedió a realizar una resección cuneiforme con el fin de investigar siembra microscópica metastásica.

Informe A.P.: Fragmento de ovario mostrando folículos quísticos Discreto infiltrado inflamatorio de su superficie No. 73-29146; Dr. A. Chang, Patólogo del INEN.

Esta paciente al año del parto presenta nueva gestación que termina en operación cesárea, con exploración intraabdominal y nueva resección cuneiforme de ovario, con resultado negativo a neoplasia maligna.

Otro Caso. Paciente de 25 años de edad del Hospital Central de la Sanidad de las Fuerzas Policiales, con historia clínica No. 088583, con informe A.P.43405 de Disgerminoma de ovario derecho (15 marzo 1972).

Acude a consulta por dolor en flanco derecho y síndrome abdominal agudo y además 22 semanas de gestación.

Con el diagnóstico clínico de quiste de ovario derecho a pedículo torcido — gestación de 22 semanas

Es laparatomizada, encontrándose: útero gestante de cinco meses. Ovario derecho quístico de 11 x 8.5 x 6 cm., superficie externa lisa, brillante; al corte tumor sólido de aspecto líquido esponjoso y en otras nodular; en la zona central cavidad quística de 5 cm., con contenido.

blanquecino, aspecto coloidal; cápsula íntegra.

Edad mínima: 20 años; Edad Máxima: 42 años.
Promedio: 27.8 años.

Evolución y Parto: normal.

Diagnóstico: Cáncer de ovario y gestación en estadio clínico 1-A.

Su control al año 1979 es satisfactorio.

RESULTADOS

Tabla No. 1

HISTORIAS CLINICAS REVISADAS

Establecimiento de salud	No.
Hospital Materno Infantil San Bartolomé	9
Hospital Maternidad de Lima	10
Hospital Central No. 2 Seguro Social del Perú	14
Hospital Hipólito Unanue	3
Hospital Cayetano Heredia (Rímac)	1
Hospital Central Sanidad Fuerzas Policiales	5
Centro Médico SFP No. 2 GRP.	5
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	3
Total	50

Habiendo revisado los cincuenta casos hemos considerado en cada uno de ellos lo siguiente:

Incidencia. La incidencia de tumores de ovario complicando una gestación varían en los diferentes hospitales de 1 / 1,000 a 1 / 8,000.

La verdadera incidencia es más alta, ya que los tumores de ovario pueden permanecer asintomáticos y escapar del diagnóstico hasta después del puerperio.

Promedio de edad. El mayor número de casos ha estado comprendido entre los 22 y 24 años, con una edad mínima de 27.8 (Ver Tabla No. 2).

Dificultades diagnósticas. La importancia del diagnóstico entre una neoplasia ovárica y un aumento fisiológico del ovario, es fundamental, dado que en el segundo caso el tratamiento no incluye medida quirúrgica alguna y en primero sí.

Tabla No. 2

PROMEDIO DE EDADES

Años	No. Casos	Porcentaje
19-21	6	12
22-24	12	24
25-27	6	12
28-30	8	16
31-33	8	16
34-36	6	12
37-39	2	4
40-42	2	4
Total	50	100^o/o

Tabla No. 3

PROMEDIO DE GESTACIONES

Partos	No. Casos	Porcentaje
1	9	18
2	7	14
3	4	8
4	6	12
5	1	2
6	1	2
7	1	2
8	0	0
9	1	2
1ra. gestación	20	40
Total	50	100^o/o

El índice de gestaciones en las neoplasias de ovario y gestación es de 0.9^o/o, siendo el máximo de gestaciones 9 y el mínimo 0.

Tabla No. 4

PROMEDIO DE ABORTOS

Abortos	No. Casos	Porcentaje
Ninguno	42	84
1	6	12
2	1	2
3	1	2
Total	50	100^o/o

En los 42 casos no hubo ningún aborto lo cual representa el 84^o/o.

El máximo fue de 3 abortos en una paciente. Tenemos un promedio de 12^o/o en los 50 casos estudiados.

Tabla No. 5

INCIDENCIA DEL DIAGNOSTICO

	Pacientes
Primer trimestre	40
Segundo trimestre	1
Tercer trimestre	1
Durante el parto	1
Durante la operación cesárea	4
Total	50

- cas, quirúrgicas y ginecológicas en el embarazo. Embarazo y Cáncer, Cap. 22, pp. 245-253; Neoplasias Ováricas en el embarazo, Cap. 27, pp. 307-311. 2a. Ed. Interamericana. 1967.
17. RUDOLPH A. I. y BARNETT R. V. Bilateral múltiple luteum cyst of ovary complicating a normal pregnancy. *Obst. & Gynec.*, 18: 293-295, 1956.
 18. RUEDA M. L. Contribución al estudio del embarazo complicado por quiste de ovárico (Maternidad de Lima). Tesis Bachiller, Facultad de Medicina, U.N.M. S.M. pp. 49-53, 1954.
 19. SOBERÓN A. J. y MAQUEO M. Neoplasias ováricas malignas durante el embarazo. *Rev. Ginecología y Obst.*, 103, México, 1964.
 20. WILLIAMS R. H. Text book of endocrinology. Philadelphia, pág. 338-368, 1950.