



Revista Venezolana de Oncología

ISSN: 0798-0582

inledo74@gmail.com

Sociedad Venezolana de Oncología
Venezuela

Benítez, Gustavo; González, Cristian; Sánchez, Renata; Rodríguez, Omaira; Pujadas,
Zoe; Salas, Joanne

Tumor ovárico borderline con embarazo ectópico. Tratamiento preservador de fertilidad
mediante abordaje laparoscópico

Revista Venezolana de Oncología, vol. 19, núm. 4, octubre-diciembre, 2007, pp. 349-352

Sociedad Venezolana de Oncología
Caracas, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375635139011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

identificación es difícil y generalmente incidental⁽⁴⁾. Los subtipos histológicos no difieren significativamente de los observados en la población general⁽⁵⁾; siendo en la mayoría de los casos, lesiones de bajo grado de malignidad⁽²⁾. Asimismo, los factores que afectan el pronóstico son los mismos que se describen para pacientes no embarazadas: edad, tipo histológico y estadio clínico de la enfermedad⁽²⁾; y en su tratamiento, deben hacerse las mismas consideraciones que hacen para el tratamiento de mujeres no gestantes con deseos de fertilidad⁽⁶⁾.

Dado que la coexistencia de una masa ovárica asociada a un embarazo ectópico es aún menos frecuente, se decide realizar la presentación de este caso clínico y la revisión de la literatura médica publicada sobre este referente.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina, nuligesta, de 39 años de edad que acude a la emergencia de nuestro centro por presentar dolor punzante y de fuerte intensidad en fosa ilíaca derecha, irradiado a hipogastrio y acompañado de náuseas y vómitos de 12 horas de evolución. Al momento del ingreso refería 22 días de amenorrea.

Se encontraba hemodinámicamente estable con frecuencia cardíaca de 95 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto y tensión arterial de 110/80 mmHg. El abdomen era doloroso en fosa ilíaca derecha con signos de irritación peritoneal presentes y la evaluación ginecológica demostró una vagina normo térmica, normo expansible, con un cuello largo y posterior, un orificio cervical externo cerrado y un anexo derecho palpable y doloroso. El fondo de saco posterior impresionaba libre.

Se solicitan estudios paraclínicos que evidencian Hb de 9,5 g/dL y una β -HCG positiva y un ultrasonido vaginal que demuestra escaso líquido en fondo de saco posterior con imagen

hipoecogénica con centro ecogénico parauterina derecha, de bordes bien definidos y de 2 cm de diámetro. Igualmente se describe lesión ocupante de espacio en anexo derecho, anecogénica, de 5 cm de diámetro.

Con el diagnóstico de embarazo ectópico, es llevada a mesa operatoria y abordada por vía laparoscópica observando como hallazgos: 100 cm³ de líquido seroso y hemático en cavidad, saco gestacional ampular de 8 cm de diámetro y tumor quístico torcido de 10 cm de diámetro que ocupa toda la superficie del ovario derecho. Se procede a la realización de salpingo-orectomía derecha y posterior revisión exhaustiva de la cavidad abdominal con visualización óptima de fondos de saco, correderas parietocólicas, superficie hepática, espacios subfrénicos y movilización del epiplón mayor, sin evidenciar lesiones macroscópicas resaltantes.

La paciente evoluciona satisfactoriamente y egresa en condiciones clínicas estables al segundo día de posoperatorio.

El reporte definitivo de la biopsia concluye: embarazo ectópico en trompa derecha y tumor seroso papilar de bajo potencial de malignidad en ovario derecho.

La paciente se niega a ser reintervenida para toma de muestras histológicas complementarias por lo que se plantea el diagnóstico: de tumor seroso papilar de bajo potencial de malignidad estadio IA, y se decide seguimiento estricto trimestral con evaluaciones clínicas, marcadores tumorales y controles imaginológicos periódicos. En la actualidad, al sexto mes de seguimiento, la paciente se encuentra en excelentes condiciones clínicas y sin evidencias de recaída de su enfermedad.

DISCUSIÓN

En general, los tumores ováricos de bajo potencial de malignidad son lesiones de buen

pronóstico⁽⁷⁾. Particularmente porque, con frecuencia, son diagnosticados en fases tempranas y son susceptibles a opciones de tratamiento con fines curativos⁽⁸⁾. Durante el embarazo, como en condiciones de no gravidez, la mayoría de las masas ováricas son de etiología benigna; siendo el teratoma quístico maduro el tipo histológico más frecuente⁽²⁾. Sin embargo, la proporción de lesiones malignas no es despreciable.

Los tumores de bajo potencial de malignidad representan el 35 % de las lesiones ováricas malignas diagnosticadas durante la gestación; seguidos, en orden de frecuencia, por las lesiones epiteliales invasivas (30 %), los disgerminomas (17 %), los tumores de la granulosa (15 %) y los carcinomas indiferenciados (5 %)⁽²⁾.

Dado que generalmente son asintomáticos, los tumores de ovario concurrentes con el embarazo se diagnostican incidentalmente al momento de realizar una cesárea (26 % de los casos)⁽²⁾, por lo cual, algunos autores sugieren la exploración ovárica bilateral rutinaria al momento de su realización. Aun así, 15 % de los tumores ováricos diagnosticados en esta etapa, se identifican al momento de realizar una cirugía de emergencia por un embarazo ectópico⁽²⁾.

Como es de suponer, la mayoría de las pacientes que presentan tumores ováricos asociados a la gestación, son mujeres jóvenes. Más del 50 % de las pacientes afectadas se encuentran en la tercera década de sus vidas⁽²⁾. En ellas, el dilema de preservar una capacidad reproductiva intacta versus la necesidad de garantizar un tratamiento oncológico satisfactorio cobra especial relevancia. Afortunadamente, el hecho de tratarse con mucho de lesiones nominadas de "*borderline*" y de bajo grado

histológico hace factible el planteamiento de opciones terapéuticas menos agresivas. Particularmente en pacientes menores de 40 años, con estadios tempranos (IA), de bajo grado histológico y que deseen conservar su fertilidad⁽⁸⁾. Estas pacientes representan el 74 % de los casos de tumores malignos de ovario diagnosticados en la gestación⁽²⁾. En estos selectos casos, se ha observado un éxito en concepciones futuras superior al 50 % con una sobrevida a largo plazo favorable, llegando a registrarse tasas de sobrevida global a los 5 años de 100 %⁽⁹⁾.

En estadios más avanzados se recomienda la realización de tratamiento quirúrgico estándar con cirugía radical seguida de tratamiento adyuvante si son diagnosticadas durante el primer trimestre de la gestación y la realización de cesárea electiva seguida de tratamiento radical cuando se diagnostican en el tercer trimestre del embarazo⁽³⁾. El tratamiento de las pacientes con lesiones malignas de ovario en estadios avanzados diagnosticadas en el segundo trimestre debe ser evaluado cuidadosamente a fin de establecer la relación riesgo beneficio de optar por una conducta expectante hasta la culminación de la gestación⁽³⁾.

El advenimiento de recursos tecnológicos que hacen factible la evaluación y realización de procedimientos quirúrgicos oncológicamente óptimos a través de abordajes mínimamente invasivos, ha permitido que la cirugía laparoscópica pueda utilizarse en la actualidad como una herramienta prudente en el tratamiento de pacientes con lesiones malignas de ovario⁽¹⁰⁻¹²⁾. Sin embargo, el abordaje laparoscópico se asocia con un riesgo mayor de ruptura incidental de las lesiones y de recaídas entre 0 % a 30 %⁽¹¹⁾, por lo que su utilización debe ser evaluada con cautela.

REFERENCIAS

1. Studzinski Z, Filipczak A, Branicka D. Coexistence of ovarian adenocarcinoma with tubal pregnancy and plane-epithelial cervical cancer of uterus. *Ginekol Pol.* 1998;69(11):805-808.
2. Dgani R, Shohaw Z, Atar E, Zosmer A, Lanat M. Ovarian carcinoma during pregnancy: A study of 23 cases in Israel between the years 1960 and 1984. *Gynecol Oncol.* 1989;33(3):326-331.
3. Hahn U, Wallwiener D. Ovarian tumors and pregnancy. *Zentralbl Gynacol.* 1996;118(6):334-345.
4. Nowak M, Szpakowski M, Wilczynski JR. Ovarian tumors in pregnancy –proposal of diagnosis and treatment. *Gynekol Pol.* 2004;75(3):242-249.
5. Studzinski Z, Filipczak A, Branicka D. Coexistence of ovarian epithelial tumor of borderline malignancy with tubule pregnancy: A case report. *Ginekol Pol.* 1999;70(2):101-104.
6. George K, Klong TY. Peripartum ovarian masses. *Obstet Gynecol.* 1997;17(6):531-534.
7. Demeter A, Csapo Z, Szantho A, Balega J, Sipos N, Papp Z. A retrospective study of 27 ovarian tumor of low malignant potential. *Eur J Gynecol Oncol.* 2002;23(5):415-418.
8. Ievolino P, Palmieri M, Rotondi M, D'Alessandro P, Iuliano R. Borderline ovarian tumor: Retrospective analysis of 20 cases. *Minerva Ginecol.* 2001;53(1):97-99.
9. Sayedur R, Al-Sibai MH, Rahman J, Al-Suleimani SA, El-Yatti AR. Ovarian carcinoma associated with pregnancy: A review of 9 cases. *Act Obstet Gynecol Scand.* 2002;81(3):260-264.
10. Salomon LJ, Lhomme C, Pautier P, Duvillard P, Morice P. Safety of simple cystectomy in patients with unilateral mucinous borderline tumors. *Fertil Steril.* 2006;85(5):1510-1514.
11. Fauvet R, Boccara J, Dufournet C, Poncelet C, Darai E. Laparoscopic management of borderline ovarian tumors: Results of a French multicenter study. *Ann Oncol.* 2005;16:403-410.
12. Camatte S, Deffieux X, Castaigne D, Thoury A, Fourchette V. Laparoscopic treatment of borderline ovarian tumor: Analysis of 54 patients and clinical outcomes. *Gynecol Obstet Fertil.* 2005;33(6):395-402.