



CASO CLÍNICO

Cistoadenoma seroso gigante de ovario y embarazo a término. Reporte de un caso



L. Villafán-Cedeño L, G. Vega-Malagón*, M. Rivera, M.R. Romo-Rodríguez y A. Becerril-Santos

Hospital General Regional #1, IMSS, Facultad de Medicina, UAQ, Querétaro, México

Recibido el 16 de diciembre de 2013; aceptado el 23 de marzo de 2014

Disponible en Internet el 18 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Cistoadenoma seroso;
Embarazo;
Resultados
perinatales

Resumen Se presenta el caso clínico de una mujer de 25 años de edad con embarazo de pretérmino y un adenoma seroso gigante de ovario resuelto quirúrgicamente, en el Hospital Regional No. 1 del IMSS de Querétaro.

Femenina de 25 años de edad, primigesta, control prenatal irregular, acudió al Servicio de Toco Quirúrgica a las 35,4 semanas de embarazo, enviada por su médico familiar por alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal. A la E.F. se encontró útero mayor que amenorrea con tumoración abdominal palpable, móvil, con signo de la ola positivo; al ultrasonido se observó una tumoración quística hipoecoica sin precisar tamaño, producto único vivo con retraso en el crecimiento intrauterino y oligohidramnios severo. Se efectúa cesárea obteniendo producto femenino de 2.050 g. Apgar 9-9, se extrajo tumoración quística de 30 × 30 × 30 y 12 kg de peso. El reporte histopatológico reportó cistoadenoma seroso gigante de ovario. La evolución postoperatoria de la madre y el recién nacido fue satisfactoria.

Los tumores epiteliales son los tumores de ovario más frecuentes encontrados en el embarazo. Su potencial para complicar el desarrollo del embarazo depende fundamentalmente de su tamaño; en este caso, el volumen del tumor ocasionó retraso en el crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal agudo, cuyo desenlace habría sido fatal para el producto si no hubiera sido diagnosticado y tratado quirúrgicamente de manera oportuna.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Serous cystadenoma;
Pregnancy;
Perinatal outcomes

Giant serous cystadenoma of the ovary and term pregnancy. A case report

Abstract We present the case of a 25-year-old woman with a pre-term pregnancy and a giant serous ovarian adenoma that was resolved surgically at Regional Hospital No. 1 of the Mexican Social Security Institute in Querétaro (Mexico).

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: genarovm@uaq.mx, genaro_vega@hotmail.com (G. Vega-Malagón).

A 25-year-old primigravida with irregular prenatal care was referred to the surgical service at 35.4 weeks of pregnancy by her family doctor for alterations in fetal heart rate. EF showed a larger-than-expected uterus for stage of pregnancy, and a mobile, palpable abdominal tumor, and positive sign wave. Ultrasound examination revealed a hypoechoic cystic tumor of unspecified size, and a fetus with intrauterine growth retardation and severe oligohydramnios. Cesarean section was performed, obtaining 2050 g female neonate. The Apgar score was 9-9. A cystic tumor measuring 30 × 30 × 30 cm and weighing 12 kg was removed. The histopathological diagnosis was giant ovarian serous cystadenoma. The postoperative course of the mother and the newborn was satisfactory.

Epithelial tumors are the most common ovarian tumors in pregnancy. Their potential to complicate the course of the pregnancy mainly depends on their size. In our patient, the tumoral volume caused intrauterine growth retardation and acute fetal distress. Without timely diagnosis and surgical treatment, the outcome would have been fatal for the fetus.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El diagnóstico de tumores ováricos durante el embarazo es cada vez más frecuente como consecuencia del mayor uso rutinario del ultrasonido desde etapas tempranas de la gestación^{1,2}.

Cabe mencionar que el hallazgo de masas anexiales durante el embarazo es excepcional; la incidencia reportada es menor de 5% y la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente conforme evoluciona el embarazo. La causa casi siempre es benigna y los diagnósticos histológicos más frecuentes son: teratoma maduro (30-50%), cistadenoma (40-20%) y tumores funcionales (13%). Debido al uso rutinario del ultrasonido, la detección de masas anexiales ha mostrado un incremento y el ultrasonido se ha constituido en un método eficaz para el diagnóstico^{3,4}.

La incidencia de masas anexiales durante el embarazo oscila entre 1 en 81 y 1 en 8.000 embarazos. La mayoría de estas masas anexiales son diagnosticadas incidentalmente al momento del primer cribado ultrasonográfico del primer trimestre del embarazo. Cabe mencionar que la incidencia global de malignidad en las masas anexiales durante el embarazo oscila entre el 1 y el 8%. Sin embargo siempre hay que descartarla⁵.

Actualmente las masas anexiales durante el embarazo se pueden diagnosticar en etapas iniciales del embarazo, ya que el uso de la ultrasonografía prenatal permite diagnosticarlas tempranamente, eso sí, por personal calificado. Por lo que el hallazgo tardío es excepcional, ya sea por falta de control prenatal o porque el personal no estaba capacitado para el uso de la ultrasonografía^{6,7}.

En cuanto a las complicaciones más importantes de las masas anexiales, incluyendo el cistadenoma durante el embarazo, es la torsión del anexo.

La incidencia de torsión es del 5%. La torsión es más común en el primer trimestre. Con el diagnóstico tardío la complicación sería de rotura hacia la cavidad peritoneal durante la labor de parto o en la resolución quirúrgica del embarazo⁴.

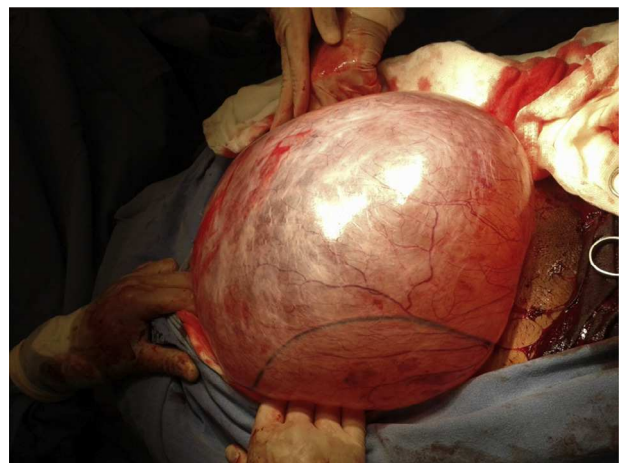


Figura 1 Extracción de tumoración de cavidad abdominal.

Caso clínico

Femenina de 25 años de edad, primigesta, talla de 1,56 m, peso de 61 kg. Empleada sin antecedentes personales ni patológicos de importancia. Control prenatal irregular, acudió al Servicio de Toco Quirúrgica del Hospital Regional del IMSS, Delegación Querétaro (México) enviada por su médico familiar, con un embarazo de 35,4 semanas y alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal. A la E.F. se encontró útero mayor que amenorrea con tumoración abdominal palpable, móvil, signo de la ola positivo. Al ultrasonido se observó una tumoración quística hipoecoica sin precisar tamaño, producto único vivo con retraso en el crecimiento intrauterino y oligohidramnios severo (figs. 1 y 2). Se efectúa cesárea, obteniendo producto femenino de 2.050 g. Apgar 9-9, se extrajo tumoración quística de 30 × 30 × 30 y 12 kg de peso (fig. 3), el informe histopatológico reportó cistoadenoma seroso gigante de ovario. La evolución postoperatoria de la madre y la recién nacida fue satisfactoria.



Figura 2 Tumoración fuera de cavidad abdominal.



Figura 3 Dimensiones de tumoración de 30 x 30 x 30 cm.

Discusión

Los cistoadenomas serosos y mucinosos son los tumores ováricos benignos derivados del epitelio más frecuentes, y representan un 25% de todas las neoplasias ováricas benignas. La edad de aparición es entre los 20 y 50 años de edad⁸.

Su incidencia en el embarazo es menor al 5% y complica la gestación cuando el tamaño interfiere con el desarrollo del mismo. No existe un consenso sobre a partir de qué tamaño puede ocasionar esta alteración.

El presente caso reportado, de una mujer joven con un tumor epitelial gigante de aproximadamente 30 × 30 × 30 cm que logró coexistir con el embarazo hasta

la semana 35,4 sin ninguna manifestación previa, no es habitual. El gran tamaño de la tumoración comprometió el intercambio útero placentario, desarrollándose compromiso fetal manifestado por el oligohidramnios severo y por el bajo peso al nacer, complicaciones que son también reportadas por otros autores como Rosales en 2011 y Arteaga en 2010^{1,2}, en otras ocasiones y también de acuerdo al tamaño de la tumoración pueden presentarse partos pretérmino y desnutrición en útero⁸.

En el caso de tumores pélvicos y embarazo, el ultrasonido juega un papel muy importante en el diagnóstico oportuno², por lo que los hallazgos tardíos son raros, exceptuando cuando no hay un buen control prenatal, como es el caso de la paciente reportada en este estudio o cuando el personal que realiza el estudio no está debidamente capacitado.

Es de gran importancia iniciar el control prenatal tempranamente con estudios de laboratorio y gabinete para detectar complicaciones y ofrecer un manejo oportuno y adecuado de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente y producto de la gestación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rosales-Aujang E. Quiste gigante de ovario y embarazo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex.* 2011;79:235–8.
2. Arteaga-Gómez Ac, Aranda-Flores C, Márquez-Acosta G, Colín-Valenzuela A. Tumor anexial y embarazo: diagnóstico y tratamiento. *Ginecol Obstet Mex.* 2010;78:160–7.
3. Hoover K, Jenkins TR. Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205:97–102.
4. Yenicesu GI, Çetin M, Arici S. A huge ovarian mucinous cystadenoma complicating pregnancy: A case report. *Cumhuriyet Tip Derg.* 2009;31:174–7.
5. Vaccaro CH, Amor LF, Iturra A. Masas anexiales y embarazo: un desafío para el ultrasonografista. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2007:72.
6. Juárez Azpilcueta A, Riverab AM, Duranc MA, Islasd LP, Téllez SE, Buitróna R. Tumoraciones anexiales en el embarazo, parto y puerperio. *Clin Invest Gin Obst.* 2013;39:187–9.
7. López Graniel M, Gallardo Rincón D, González Enciso A. Consenso mexicano de cáncer epitelial de ovario. *Reto diagnóstico y terapéutico. Gac Mex Oncol.* 2006;5 Suplemento 3.
8. Turki Gasim Sana A, Al Dakheel Ahlam A, Al Ghamdi, et al. Ovarian tumors associated with pregnancy: a 20-year experience in a teaching hospital. *Gynecol Oncol Arch Gynecol Obstet.* 2010;282:529-533.