

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

CISTOADENOCARCINOMA DE OVARIO Y EMBARAZO. INFORME DE UN CASO

Dr. Gilberto Suárez Laborí¹, Dr. Osvaldo Rodríguez Lara², Dr. Jorge Ávila Camejo¹, Dr. Gerardo Estrada Sánchez¹, Dra. Marilyn Martínez Enfedaqué², Dra. Raquel Durand Borno², Diorlis Claro Frómeta.³

RESUMEN

Se presenta un caso de adenocarcinoma mucinoso de ovario diagnosticado en una paciente de 26 años, gestante a término en el momento de la cesárea. El recién nacido nace vivo a término. El diagnóstico de este proceso oncoproliferativo se realiza en el acto quirúrgico, no sospechado durante todo el embarazo. En esta situación se decide realizar, luego de la cesárea, histerectomía total abdominal más doble anexectomía y omentectomía previo a la toma de muestra de líquido ascítico para citología peritoneal. La paciente tuvo buena evolución posoperatoria. A los 21 días de operada el informe anatomopatológico confirma la sospecha clínica en etapa III de la enfermedad. Se propone terapia coadyuvante a base de platino y antraciclina.

Palabras clave: ADENOCARCINOMA MUCINOSO/ diagnóstico; ADENOCARCINOMA MUCINOSO/ cirugía; CESAREA/ rehabilitación; NEOPLASMAS OVARICOS/ cirugía; COMPLICACIONES NEOPLASICAS DEL EMBARAZO.

INTRODUCCION

El cáncer de ovario en el embarazo tiene una incidencia de 1 por 100 mil embarazos. Ocupa el segundo lugar después del cáncer de cerviz. La mayoría de los casos se presentan de forma sintomática y son detectados por el estudio ultrasonográfico o en el momento de la cesárea.^{1,2}

¹ *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.*

² *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.*

³ *Estudiante de 4to Año de Medicina.*

El tratamiento depende de la sintomatología y la sospecha de malignidad. Las masas pequeñas en el primer trimestre muchas veces representan quistes funcionales involucrados con el desarrollo del embarazo y que involucionan espontáneamente en el segundo trimestre.¹

En caso de ser de mayor tamaño y persistencia, la misma se debe investigar con mayor profundidad, indicándose el tratamiento quirúrgico; este no debe ser de urgencia. Se retrasa esta decisión hasta las 16-18 semanas para minimizar el riesgo de aborto. En caso del tumor ser positivo de malignidad está indicado el tratamiento quirúrgico primero con la interrupción del embarazo en el primer y segundo trimestre de gestación, seguido de quimioterapia con terapéutica sistémica.^{1,3}

Si la paciente se encuentra en el tercer trimestre y el feto es viable pero inmaduro, se indicará inducción de la madurez pulmonar con esteroides y luego del mismo, interrupción del embarazo más tratamiento quirúrgico seguido de poliquimioterapia coadyuvante a base de fármacos derivado de platino, antraciclina y los taxantes.

Debido al pobre pronóstico de estas pacientes no es recomendable el retraso del tratamiento, este es el dilema de las pacientes gestantes, pues la mayoría de estos agentes son citotóxicos y se asocian a malformaciones congénitas y retraso del crecimiento intrauterino. Luego del primer trimestre, estos riesgos se reducen considerablemente.^{2,3}

Se puede decidir continuar con el embarazo si en el acto quirúrgico se encuentra una masa anexial única sin extensión evidente de la enfermedad más allá de los ovarios. Procediéndose a la tumorectomía, lavado peritoneal más exploración rigurosa de la pelvis y abdomen en busca de lesiones metastásicas. Se indica poliquimioterapia después de las 20 semanas de gestación.¹⁻³

En caso de mayor patología se recomienda interrupción del embarazo y tratamiento oncoespecífico según estadio.

La experiencia en el manejo de esta situación es escasa y se adquiere a través de los casos informados en la literatura médica y en los casos que se presentan en nuestra práctica médica basadas en evidencias científicas.

PRESENTACION DEL CASO

Se presenta caso de una paciente de 26 años de edad, con historia de salud aparente y antecedentes obstétricos de G3, P2, A0, y fecha de última menstruación del 28 de marzo de 2007, para una edad gestacional de 38.6 semanas en el momento de ser recibida en el servicio de parto del Hospital Provincial de Guantánamo, por encontrarse en inicio de trabajo de parto con seguimiento obstétrico adecuado por su área de salud con todos los estudios imagenológicos de un embarazo normal.

Sintomatología

La paciente presenta dolor bajo vientre, acompañado de contracciones uterinas frecuentes, pérdidas flemosanguinolentas.

Datos positivos al examen físico:

Mucosas: Normocoloreadas y húmedas.

Respiratorio: Murmullo vesicular normal, no estertores.

Frecuencia respiratoria: 17/min.

Aparato cardiovascular: Tonos cardíacos rítmicos y audibles, no soplos.

Frecuencia cardíaca: 68 latidos/min

Tensión arterial: 120/80 mmHg

Abdomen: Grávido, altura uterina 46 cm, dorso derecho, foco fetal 146 x min, cefálico, presentación alta y peloteable, dinámica uterina 3 en 10 min.

Tacto vaginal: Cuello con dilatación de 4 cm, con bordes gruesos y resistentes, membranas sanas y abombadas, presentación cefálica alta y fácilmente peloteable, promontorio no tactables, espinas ciáticas no prominentes, sacro bien excavado.

Tejido celular subcutáneo: No edemas.

Sistema nervioso central: Paciente consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización neurológica.

Exámenes de complementarios:

De laboratorio: Nada significativo a señalar.

Imagenológicos:

Ultrasonido de las 12 semanas (no informa masa tumoral anexial).

Ultrasonido de las 22 semanas normal (no informa masa tumoral anexial).

Alfafetoproteínas: En límites normales en el momento de su determinación.

Evolución del caso en preparto:

A las tres horas de evolución de trabajo de parto se decide por el colectivo médico culminar la gestación por vía alta con el diagnóstico de una desproporción fetopélvica clínica por posible macrosomía fetal.

Acto quirúrgico:

Operación propuesta: Cesárea segmento transversa más esterilización quirúrgica.

Operación realizada:

1. Toma de líquido ascético.
2. Cesárea segmento transversa.
3. Tumorectomía pélvica de origen ovárico bilateral.
4. Omentectomía.
5. Ligadura de arterias hipogástricas.
6. Exploración abdominal.

Hallazgos quirúrgicos:

1. 1 000 ml de líquido ascético de aspecto cetrino.
2. Masa tumoral ovárica derecha de más menos 10 cm con infiltración de la cápsula y adherida a la trompa de ese lado.
3. Masa tumoral ovárica izquierda de más menos 20 cm de aspecto exofítico en forma de medusa con destrucción de toda la cápsula.
4. Metástasis pequeñas y diseminadas por todo el omento mayor.
5. Carcinosis peritoneal pélvica.
6. Restos de órganos abdominales sin evidencia macroscópica de metástasis.

Resultado Anatomopatológico:**Útero-Ginecología**

Diagnóstico: Histerectomía total abdominal con doble anexectomía que muestra endometrio proliferativo. Cuello con cervicitis crónica, quiste de Naboth. Salpingitis crónica, uno de los ovarios con cuerpos foliculares y cuerpo lúteo.

Se recibe además dos masas de tejido de 8x5 cm y 20x16 cm que se corresponden con cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario bien diferenciado (Grado I) que infiltra hasta la cápsula. Segmento de epiplón que muestra cambios mesoteliales hiperplásico reactivo marcado y foco tumoral.

Líquido peritoneal con lisis celular.

DISCUSION DEL CASO

Normalmente las células se dividen solamente cuando se necesitan células adicionales para las funciones normales del cuerpo, sin embargo, en ocasiones se pierden los controles que regulan este proceso y hay entonces acumulación anormal de más y más células sin ningún orden. Eventualmente estas células forman una masa y eso es a lo que se denomina tumor. El cistoadenocarcinoma de ovario es una de las malignidades ginecológicas más comunes y la quinta causa más frecuente de muerte por cáncer en mujeres, así como la primera causa de muerte por malignidades ginecológicas debido a varios factores. Su causa se desconoce.^{2,5}

CLASIFICACION HISTOGENETICA

Actualmente el esquema de clasificación más popular y práctico se basa en la histogénesis del ovario y esta avalado por la OMS y la Sociedad Internacional de patólogos ginecólogos.

1. Neoplasias derivadas del epitelio celómico.
2. Neoplasias derivadas de las células germinales.
3. Neoplasias derivadas del estroma gonadal especializado.
4. Neoplasias derivadas del mesénquima inespecífico.
5. Neoplasias que hacen metástasis en el ovario.^{6,7}

FACTORES DE RIESGO

Aproximadamente entre el 5 y el 10 % de los cánceres de ovario son de origen familiar y se han identificado 3 patrones hereditarios concretos: cáncer ovárico solo, cánceres ovárico y del seno, o cánceres ovárico y de colon. En el cáncer ovárico, el factor de riesgo más importante es tener un antecedente familiar de un pariente de primer grado (madre, hija o hermana) que padezca o haya padecido la enfermedad, y el riesgo más alto se presenta en mujeres que tienen 2 ó más familiares de primer grado con cáncer ovárico.

En la mayoría de las familias afectadas con síndrome de cáncer de mama y del ovario o el cáncer de ovario localizado en un lugar específico, se ha encontrado relación con el locus BRCA1 del cromosoma 17q21. El riesgo de desarrollar un cáncer de ovario en el transcurso de la vida de las pacientes que tienen mutaciones de la línea germinal en el BRCA1 es substancialmente mayor que el de la población general.^{4,7}

CUADRO CLINICO

Los síntomas de cáncer de ovario son usualmente inciertos e inespecíficos para el momento en que el cáncer es diagnosticado, por lo general, se ha diseminado más allá de los ovarios. Por lo regular suele aparecer:

- Sensación de pesadez pélvica.
- Malestar abdominal vago e impreciso.
- Sangrado vaginal.
- Pérdida o aumento de peso.
- Ciclo menstruales anormales.
- Dolor de espalda inexplicable que empeora con el tiempo.
- Aumento de la circunferencia abdominal.
- Anorexia.
- Distensión abdominal, náuseas y vómitos.
- Aumento de la urgencia o frecuencia urinaria.
- Crecimiento excesivo de vello.⁷⁻⁹

SISTEMATICA DIAGNOSTICA

Anamnesis

- ✓ Antecedentes familiares (ovario, endometrio o colon).
- ✓ Antecedentes personales (nuliparidad, c. de mama, endometrio o colon).
- ✓ Sintomatología actual.

Examen físico

- ✓ General
- ✓ Ginecológico

Exámenes complementarios

- Laboratorio clínico
- Radiografía de tórax y radiografía abdominal simple.
- Ultrasonido abdominal y pélvico.
- TAC de abdomen y pelvis (adenopatías).
- Linfografía.

Estudios endoscópicos

- Cistoscopia
- Recto y colonoscopia
- Panendoscopia

Marcadores tumorales

- ✓ CA - 125 (epiteliales).
- ✓ AFP (TSE).
- ✓ HCG (coriocarcinoma).

Laparotomía

- ✓ Diagnóstica, estadiadora y terapéutica^{7,10}

Se han postulado distintas vías de extensión después de la invasión del estroma ovárica:

- Extensión directa.
- Exfoliación de células al fluido peritoneal con implantes en la superficie.
- Metástasis linfática.
- Metástasis a distancia por vía hematógena.^{9,10}

ESTADIO	DESCRIPCION
ESTADIO I	CRECIMIENTO LIMITADO DE LOS OVARIOS
ESTADIO II	EL CRECIMIENTO AFECTA A UNO O VARIOS OVARIOS CON EXTENSIÓN PELVICA.
ESTADIO III	EL TUMOR AFECTA A UNO O AMBOS OVARIOS CON EXTENSION EXTRAPELVICA Y/O GANGLIOS RETROPERITONEALES, INGUINALES Y CÁPSULA HEPÁTICA
ESTADIO IV	CRECIMIENTO QUE AFECTA A UNO O AMBOS OVARIOS CON METÁSTASIS A DISTANCIA; SI HAY DERRAME PLEURAL LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS CITOLÓGICAS TIENEN QUE SER POSITIVOS.

CONSIDERACIONES DEL TRATAMIENTO

Las opciones terapéuticas son:

- Cirugía radical.
- Quimioterapia.
- Radioterapia
- Combinación de estas modalidades.^{2,7}

TRATAMIENTO BASICO PARA TODOS LOS ESTADIOS

- Cirugía radical.
- Histerectomía total abdominal con anexectomía bilateral y omentectomía.
- Citorreducción máxima posible.

TRATAMIENTO

Estadíos iniciales (Etapas I y II)

Cirugía conservadora

Solo en pacientes:

- Estadio 1a
- Jóvenes y nulíparas
- Sin historia de infertilidad
- Con su consentimiento
- Tumores en límite de la malignidad o bien diferenciados.^{12,13}

Cirugía radical

Para todas las pacientes que no reúnan los requisitos anteriores.

Estadíos avanzados (Etapas III y IV)

La estrategia terapéutica recomendada es:

Cirugía radical o citorreducción máxima posible seguida de 6 ciclos de poliquimioterapia con taxanos y un derivado de platino.

PRONOSTICO

El estadio de la enfermedad junto con la enfermedad residual y el grado histológico son los factores pronósticos más importantes en el cáncer de ovario. De manera que la supervivencia a los 5 años es: Etapa I y II 80-90 %; Etapa III y IV < 30 %.

CONSIDERACIONES FINALES

Las neoplasias de este órgano presentan una tendencia marcada a la diseminación intraabdominal variando su evolución en cierta medida según el tipo histológico. El tratamiento es multidisciplinario y en él pueden combinarse la cirugía, la quimioterapia y las radiaciones ionizantes. La quimioterapia ocupa un lugar preponderante en los programas terapéuticos actuales. La cirugía es muy importante no solo como tratamiento sino también para el diagnóstico

adecuado y el correcto estadiamiento. Las radiaciones ionizantes suelen utilizarse en los tipos histológicos de conocida radiosensibilidad [disgerminoma] y en los estadios tempranos fundamentalmente. Diversos marcadores tumorales juegan un papel importante en el monitoreo terapéutico, así como en seguimiento.

El manejo clínico de las pacientes portadoras de tumores malignos de ovario, debe ser asumido por especialistas con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, y los equipos de trabajo que han de ser multidisciplinario y deben reunir: al especialista entrenado en cirugía gineco-oncológica, al oncólogo clínico, al radioterapeuta y, en los casos necesarios, al pediatra .

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario en estadio terminal en el embarazo complicado con muerte fetal tardía. presentación de Dr. Hansy Díaz Pérez, Dr. Rafael Pérez Castro, Dr. J-C. Maura Tandron (2006).
2. Colectivo de autores . Tumores de ovario y embarazo. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana 200. 327.
3. Perez Hechemendia . Ginecología Oncoginecología pelviana La Habana . Editorial ciencias medicas .2006. 15-67.
4. Registro nacional del cancer. INOA. 2001.
5. Whitedman DC, Siskindu , PoadieDN, ET AL. Timing of pregnancy and the nick of epithelial ovarian cancer. Cancer epidermiol Bco Markeac. Prev. 2003; 12(1):42.
6. Howe HI, WensteinR, Hotes J, ET AL. Multiple primary cancers of the ovary in the United States,1992-1997. cancer 2003;97(10suppl):2660.
7. Dr. Saia PJ Bloss JD. Treatment of ovarian cancer new strategies. Ginecology Oncology 2003:90 (2pt2):824.
8. Kashyaps, David ok . ovarian cancer and fertility medications . a critical appraisal. Semin reprod med. 2003;21(1):65.
9. Tumores Funcionales del ovario Dr Juddu Cruz Hernandez, Dra . Marelis Yanel Quesada, Dra Pilar Hernandez Garcia. Hospital G/O "América Arias".Rev.cubana de endocrinología 2007;18(3).

10. Tumores del ovario en Rigol. O .Obstetriciay Ginecologia, 1ra Edicion La Habana. Editorial ciencias medicas. 2004p. 313-8.
11. Struewing JP, Hartge P, Wacholder S, et al.: The risk of cancer associated with specific mutations of BRCA1 and BRCA2 among Ashkenazi Jews. New England Journal of Medicine 336(20): 1401-1408, 1997.
12. Rubin SC, Benjamin I, Behbakht K, et al.: Clinical and pathological features of ovarian cancer in women with germ-line mutations of BRCA1. New England Journal of Medicine 335(19): 1413-1416, 1996.
13. Aida H, Takakuwa K, Nagata H, et al.: Clinical features of ovarian cancer in Japanese women with germ-line mutations of BRCA1. Clinical Cancer Research 4(1): 235-240, 1998.