

INFORME DE CASO**Tumor de seno endodérmico de ovario en cesárea. Presentación de un caso****Endodermal sinus tumor in ovarian by cesarean. Report of a case**

Dra. Norkis Esther Fuentes Estévez¹, Dr. Ledicel Nils Gámez Gámez², Dra. Noralvis Torres Pouymiró³

¹ Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructor. Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto. Guantánamo. Cuba

² Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto. Guantánamo. Cuba

³ Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se presenta el caso de una gestante de 26 años de edad en la cual se diagnosticó un tumor de seno endodérmico durante el curso de una cesárea de urgencia por estado fetal intranquilizante. No apareció sintomatología relacionada con la gran masa tumoral durante todo su embarazo ni en el período preoperatorio a pesar de constatarse un hemoperitoneo de gran cuantía durante el acto operatorio. La paciente tuvo un postoperatorio hemodinámicamente estable y sin complicaciones. Un mes después de la cesárea se administró quimioterapia seguido de histerectomía total con anexectomía derecha, asociado a linfadenectomía pélvica. Se realizó un estudio correlacionar descriptivo a través de una revisión de la bibliografía referente a este tipo de afección.

Palabras clave: tumor, cesárea, hemoperitoneo

ABSTRACT

The case of a pregnant 26-year-old in which an endodermal sinus tumor was diagnosed during the course of an emergency cesarean for unsettling fetal state. Not Appearance related to symptoms with large tumor mass throughout their pregnancy and in the preoperative period in spite of findings relating to hemoperitoneum large amount during surgery. The patient was hemodynamically stable and without postoperative complications. A month after cesarean chemotherapy followed by total hysterectomy with oophorectomy right, associated with pelvic lymphadenectomy was administered. One correlate descriptive study was done through a review of the literature on this type of condition.

Keywords: tumor, caesarean section, hemoperitoneum

INTRODUCCIÓN

El ovario por su complejo desarrollo embrionario, puede dar origen a tumores de variada histología, cada uno con una biología particular que determinará diferentes características clínicas, así como distinto pronóstico y tratamiento.¹

El tumor de ovario ocupa el tercer lugar en cuanto a frecuencia dentro de los tumores del tracto reproductivo femenino, sin embargo, el que más mortalidad porcentual ofrece de todas las enfermedades malignas ginecológicas.¹ Además supone la cuarta causa de muerte por cáncer en la mujer después del cáncer del pulmón, mama y colorrectal. Esta elevada mortalidad es debido al diagnóstico tardío por la falta de especificidad de los síntomas y la falta de métodos de diagnóstico precoces eficaces.^{1,2}

Los tumores de células germinales dan cuenta del 20 % de todos los tumores ováricos y del 2 al 3 % de los malignos. Se subclasifican como disgerminoma, tumor del seno endodérmico (TSE) o del saco vitelino, carcinoma de células embrionarias y teratoma (maduro e inmaduro).

Estas neoplasias alcanzan su máxima incidencia en la 3ra década de la vida y disminuyen después de forma espectacular. La mayoría posee marcadores tumorales especiales que facilitan la predicción

preoperatoria del estadio histológico, ayudan al tratamiento y a la vigilancia postoperatoria.³

Los tumores del seno endodérmico son bastante raros y excepcionalmente son bilaterales.³ Este tumor se presenta entre 16 meses y 46 años y es más frecuente por debajo de los 30 años de edad; constituye el tumor germinal ovárico maligno más frecuente en niñas, adolescentes y mujeres jóvenes.⁴

Los síntomas en sentido general son poco específicos: dolor, aumento de tamaño del abdomen, molestias digestivas o masa palpable. En caso de hemorragia o rotura del tumor debutan con abdomen agudo.³⁻⁶

Macroscópicamente por lo común es unilateral con predominio del ovario derecho.^{3,6} El tamaño varía de 3 – 30 cm con predominio de 10 cm. La neoplasia es sólida, lisa, encapsulada, redonda u oval, lobulada, de color gris amarillento con áreas de hemorragias, áreas quísticas o gelatinosas.^{3,6,7}

Entre los estudios de laboratorio se destaca la elevación de la alfafetoproteína sérica y tisular en el 90 % de los casos con este tipo de tumor.^{3,8}

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 26 años de edad con una gestación de 36.4 semanas con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad que ingresa en la sala de partos por presentar cifras elevadas de tensión arterial de 160/100 mmHg por lo que se aplicaron medidas terapéuticas según protocolo y una vez compensada se decide proceder a la inducción del parto.

Once horas después de iniciada la inducción, no se logra respuesta a la misma, además, se constata bradicardia fetal por lo que se diagnostica estado fetal intranquilizante y se decide operación cesárea.

Durante el acto operatorio y una vez realizada la apertura de la cavidad abdominal se constata hemoperitoneo de gran magnitud, se procede a la rápida extracción fetal y se obtiene recién nacido vivo, sexo femenino, peso 2 600 g con buen Apgar (9 - 9) y se lleva a cabo una exploración del útero donde no se constata solución de continuidad por lo que se descarta una rotura uterina. Por detrás del útero se observa una tumoración de aproximadamente 30 cm perteneciente al anejo izquierdo

(Figuras 1 y 2). Se realiza anexectomía izquierda y ligadura de las arterias hipogástricas por atonía uterina.



Figura 1. Tumor resecado en el campo operatorio.



Figura 2. Tumor completamente resecado.

Durante el acto operatorio se cuantificó una pérdida de 5 680 ml de sangre, a pesar de esto la paciente mantuvo estabilidad hemodinámica pre y transoperatoria. Luego de culminada la operación la paciente fue asistida en unidad de cuidados intensivos, luego a sala de cuidados especiales perinatales y egresada finalmente de la sala de puerperio quirúrgico hacia su hogar después de una evolución satisfactoria con una estadía hospitalaria de 18 días.

El estudio anatomopatológico mostró un tumor de ovario de 25 x 16 cm encapsulado que se corresponde con un mesonefoma ovárico sin infiltración de la cápsula.

Un mes después de realizar la cesárea, se aplicó el primer ciclo de quimioterapia y luego se llevó a cabo una histerectomía con anexectomía derecha y linfadenectomía pélvica, seguido a este proceder se administró un segundo ciclo de quimioterapia. A los 3 años de evolución mantiene seguimiento oncológico con una evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN DEL CASO

Esta paciente se encuentra en la tercera década de la vida, es decir, una adulta joven, tal como expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, generalmente estos tumores se presentan en mujeres jóvenes, con una edad promedio alrededor de 20 años, al igual que en otras bibliografías.^{3-6,8,9}

Macroscópicamente, el TSE por lo común es unilateral con predominio del ovario derecho, en éste caso es unilateral pero del lado izquierdo; el Dr. Cano y colaboradores presentaron un caso con esta localización,¹⁰ siendo ésta la localización menos frecuente.

El tamaño varía de 3 – 30 cm con predominio de 10 cm^{7,9}, el estudio anatomopatológico del caso que se presenta mostró un tumor de ovario de 25 x 16 cm encapsulado que se corresponde con un mesonefoma ovárico sin infiltración de la cápsula, con forma ovalada, multilobulada de color grisáceo, lisa y de consistencia sólida lo que coincide con los estudios publicados que describen que esta tumoración se presenta en forma de una masa sólida, lisa, encapsulada, redonda u oval, lobulada, de color gris amarillento, con áreas de hemorragia, áreas quísticas o gelatinosas.^{5,7,9}

Clínicamente, el TSE no tiene sintomatología específica. La mayor parte de las pacientes presentan aumento de volumen abdominal y masa pélvica.^{5,9}

En caso de hemorragia y rotura del tumor debutan como abdomen agudo, sobre todo los tumores del saco vitelino, por lo que frecuentemente son tratadas por cirujanos generales⁴, contrariamente a esto, la paciente en estudio no mostró signos ni síntomas (trastornos hemodinámicos) que hicieran sospechar una hemorragia de esta cuantía, tampoco de abdomen agudo. Esta condición no se encontró en ninguna otra publicación.

Entre los estudios de laboratorio se destaca la elevación de la alfafetoproteína sérica y tisular en el 90 % de los casos con este tipo de tumor.^{3,8} Una revisión de la historia clínica del paciente mostró niveles de alfafetoproteína sérica normales; igual dato fue recogido por el Dr. Orlando Ojeda.³

Los autores consideran que no se diagnosticó precozmente la tumoración en la paciente en estudio, por las dos razones siguientes: la poca expresión clínica de este tipo de tumor, y aunque se pudo visualizar ecográficamente, se piensa que el gran tamaño alcanzado fue de forma rápida y después de la última ecografía realizada en la atención prenatal.

Otra consideración importante es que el gran hemoperitoneo pudo haberse instalado de forma lenta y paulatinamente, permitiendo que la paciente se mantuviese hemodinámicamente estable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botella Llusía J, Clavero Núñez JA. Tumores ováricos. En: Tratado de Ginecología. 14ªed. Madrid: Díaz de Santos; 1993.p.538-543.
2. Martín Angulo M, Martínez-Amores Martínez B. Cáncer de ovario. Medicine. 2009; 10(24): 1591-8.
3. Ojeda Díaz O. Tumor del seno endodérmico: presentación de un caso. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2012[citado 2 febrero 2015]; 16(2): 129-133. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v16n2/amc090212.pdf>
4. Alcocer A. Tumores ováricos. [CD ROM]. 10ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.

5. Tangjitgamol S, Hanprasertpong J. Malignant ovarian germ cell tumors: clinico-pathological presentation and survival outcomes. *Acta Obstetricia Gynecologica*. 2010; 89: 182-189
6. Chang YW, Chao KC, Sung PL, Li WH, Wang PH. Treatment of ovarian endodermal sinus tumor to preserve fertility. *Journal of the Chinese Medical Association* [internet]. 2013 [citado 2 feb 2015]; 76: 112-114. Disponible en: www.sciencedirect.com
7. Talerman A. Germ cell tumors of the ovary. *Curr opin Obstet Gynecol* [Internet].1997[citado 2 febrero 2015]; 9(1):44-7.PMID:9090481
8. Arteaga-Gómez AC, Aranda-Flores C, Márquez-Acosta G, Colín-Valenzuela A. Tumor anexial y embarazo: diagnóstico y tratamiento. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2010[citado 10 febrero 2015]; 78(3):160-167. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom103c.pdf>
9. Santisteban S. Tumores de ovário. En: Rigol Ricardo O. *Obstetricia y Ginecología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.314-318.
10. Cano Muñoz I, Meza Hernández R. Teratoma mixto inmaduro asociado a embarazo. *Avances* [Internet]. 2010[citado 2 febrero 2015]; (10): 21-25. Disponible en: <http://www.hsj.com.mx/Content/Images/Rev%2010%20Teratoma%20mixto%20inmaduro%20asociado%20a%20embarazo.pdf>

Recibido: 11 de marzo de 2015

Aprobado: 22 de abril de 2015

Dra. Norkis Esther Fuentes Estévez. Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto. Guantánamo. Cuba. **Email:** jaguilar@infosol.gtm.sld.cu