



“TUMORES DEL OVARIO Y EMBARAZO”

(Estudio retrospectivo en los hospitales General San Juan de Dios
y Roosevelt en los departamentos de Gineco-Obstetricia;
de 1967-1976 inclusive)

CONTENIDO

- I INTRODUCCION
- II REVISION DE ANTECEDENTES
- III JUSTIFICACION
- IV HIPOTESIS
- V OBJ ETIVOS
- VI MATERIAL Y METODOS
- VII ANALISIS Y RESULTADOS
- VIII COMENTARIO
- IX CONCLUSIONES
- X RECOMENDACIONES
- XI BIBLIOGRAFIA

I INTRODUCCION

El trabajo de investigación que a continuación se presenta fue efectuado en los servicios de Gineco-Obstetricia del hospital General San Juan de Dios y Roosevelt en los últimos diez años (1967-1976).

Se escogió dichos hospitales ya que en estos es donde se recibe un mayor número de pacientes.

El tema de la tesis "Tumores del Ovario y Embarazo" fue seleccionado detenidamente en vista que esta patología es poco frecuente a nivel mundial por lo que se consideró que un estudio de esta naturaleza en Guatemala sería de bastante interés para los médicos que laboran en los departamentos de Gineco-Obstetricia de dichos hospitales.

Esta patología por su baja incidencia es bastante rara y es difícil de diagnosticar en el embarazo.

La revisión de bibliografía se efectuó desde el año 1973 a la fecha.

Esperando que este trabajo sea bien recibido y de mucho interés para el que tenga la oportunidad de leerlo.

Muchas gracias.

II REVISION DE ANTECEDENTES

II-a DESARROLLO EMBRIOLOGICO DEL OVARIO

Las gónadas provienen de tres tipos celulares independientes, en el embrión las células germinativas primordiales, de origen extra embrionario; el epitelio celómico superficial y el mesenquima subyacente, los diferentes orígenes de estos tipos celulares y el hecho de que las gónadas se diferencian junto con otros órganos cercanos hacen que el desarrollo de los ovarios sea complejo. Durante la quinta semana de la vida intrauterina, el epitelio celómico adyacente a la cara mesial o interna del mesonefro se engrosa para formar las crestas genitales, el primordio gonadal más tarde es colonizado por las células germinativas primordiales que nacen por fuera del embrión, en la pared del saco vitelino. Una vez que la migración ha comenzado, las células germinativas rápidamente emigran por el pedículo del saco vitelino y penetran en el embrión en un punto caudal, cerca del alantoides; más tarde penetran por el mesenterio intestinal y llegan a los primordios gonadales en desarrollo.

Cuando las células germinativas han completado su migración se dice que los órganos genitales están en etapa indiferenciada de desarrollo sexual pues no es posible precisar el sexo futuro del individuo con base en la inspección de las gónadas o genitales. Sin embargo, se debe señalar que el sexo de un individuo está determinado genéticamente desde el momento de la fecundación y depende del hecho de si el cigoto contiene o no el cromosoma Y.

DIFERENCIACION SEXUAL: Una vez las células germinativas primordiales han colonizado los primordios gonadales en desarrollo, ocurre el proceso de diferenciación sexual.

Este fenómeno del cual se conoce poco resulta en la formación de la gónada definitiva (ovario o testículo) y de él depende en forma indirecta la diferenciación de los conductos genitales. El ovario por esta razón se reconoce por su distribución cortical de células germinativas que en este momento reciben el nombre de oogonios.

Una vez que la gónada se ha diferenciado en ovario, las células germinativas aumentan rápidamente en número por división celular (mitosis) en esta forma los oogonios son las verdaderas células germinativas originales del ovario.

ORIGEN DE LAS CELULAS GERMINATIVAS: El criterio más aceptado que apoya el concepto de Weissman es que una zona de citoplasma del huevo fecundado, rico en ribonucleoproteína llamado citoplasma germinativo es el precursor de las células germinativas después que se han completado las divisiones. Las células que contienen germinativas primordiales que son los únicos progenitores de los oocitos definitivos que terminan por ser óvulos. (2)

ORIGEN DE LAS CELULAS FOLICULARES: En el comienzo de la formación del ovario, las células germinativas se acompañan íntimamente de células somáticas del epitelio celómico y se ha sugerido que las células de la granulosa provienen de éstas células somáticas, este criterio ha tenido apoyo importante en la observación de que el epitelio celómico forma pliegues profundos entre cúmulos de células germinativas; y también cordones que contienen las células germinativas; aun más las células del epitelio celómico y las que rodean los oogonios y oocitos son prácticamente idénticas en el examen microscópico electrónico lo cual indica que proviene del mismo tipo de células, Byscow ha propuesto que la célula de la granulosa tiene doble origen; una del epitelio celómico y otra de la rete ovarii.

ZONA PELUCIDA: La zona pelucida es una cubierta completa de polisacáridos, que separa al oocito de las células granulosas que rodean, y posiblemente restringe el paso de materiales entre los dos tipos de células. Se forma alrededor de los oocitos rodeados de epitelio cúbico de células foliculares e inicialmente consiste en islotes de material fibrilar entre células de granulosa adyacente. La zona pelucida se forma en la etapa precisa en que el oocito ha completado la fase temprana de crecimiento y el folículo se ha transformado en epitelio cúbico partiendo de una sola capa de células aplanadas, por estas razones es posible que la ribonucleoproteína informadora producida por el oocito sea el factor desencadenante que comience la formación de la zona pelucida y el crecimiento folicular. (2)

II-b ANATOMIA DEL OVARIO

Los ovarios o gónadas son un par de órganos ovoideos, aplanados y sólidos que se encuentran localizados en el cavun retrouterino delante del recto y detrás del ligamento ancho dentro de la pelvis, contiguo al peritoneo y está limitado medialmente por el cordón fibroso (arteria umbilical obliterada) a los lados por los uréteres y vasos uterinos y por su parte inferior por el nervio obturador y sus vasos satélites. Se encuentra relacionando hacia atrás con los vasos hipogástricos y los uréteres, hacia delante por el ligamento ancho, hacia arriba con los vasos ilíacos externos que los separan del psoas, hacia abajo por el origen de las arterias umbilicales y uterina.

Está suspendido entre el útero y la pared lateral de la pelvis por tres ligamentos, Uteroovárico (ovario-útero) Tubo Ovárico (extremidad externa del ovario y orificio abdominal de la trompa) Lumbo ovárico (llamado también ileoovárico) (fase subperitoneal de la región lumbar al borde adherente del ovario por donde pasan los vasos que

lo irrigan).

Los ovarios por lo regular miden 36mm de largo, 17mm de ancho y 12mm de grueso, su peso oscila entre 6 y 8 gr. su coloración varía según la edad: en la niñez blanquecino, en la mujer blanco-rojizo y en la menopausia gris. Sus arterias proceden de la ovárica rama de la aorta abdominal se anastomosan con la uterina y forma de 10 a 12 arterias llamadas ováricas. Las venas son muy numerosas y se desprenden del ovario a nivel del hilio y termina del lado izquierdo en la vena renal y del lado derecho en la vena cava inferior.

Los nervios proceden del plexo ovárico y se dividen en filetes vasculares (motores y sensitivos). (18)

II-c FISILOGIA DEL OVARIO

En el centro regulador del hipotálamo (centro medial y preóptico) tiene lugar la formación de los factores liberadores que son decapeptidos cuya función, realizada al llegar a la hipófisis por el sistema porta hipofisiario, será la de estimular la producción de las hormonas de la adenohipófisis con cada uno de sus factores liberados específicos, así se producirá: ACTH, STH, TH y las gonadotrofinas que comprenden:

FSH (folículo estimulante) LH (Luteinizante) LTH (prolactina) la FSH y la LH son glucoproteidos y la LTH proteína simple, las cuales estimulan la producción de hormonas esteroideas:

ESTROGENOS (actúa como la hormona folicular)
 GESTAGENO (actúa como la hormona del cuerpo lúteo)
 ANDROGENO (actúa como la hormona gonadal masculina)

La FSH y la LH tiene efecto sinérgico sobre el o-

vario. En el ciclo no aparecen cambios notables pero en cada ciclo existe una actividad de estas hormonas, además producen la transformación del folículo roto en cuerpo amarillo segregando progesterona se producen en la teca interna del folículo y en las células granulosas. La primera estimula la proliferación de la granulosa folicular y la segunda toma parte en el mecanismo de la ruptura folicular.

La producción principal de andrógenos tiene lugar en las cápsulas suprarrenales. La biosíntesis de las hormonas esteroideas en el ovario se produce con ayuda de fermentos específicos y con ayuda de hormonas gonadotropas. La excreción del estrógeno tiene lugar en forma conjugada por esterificación de los ácidos glucoronico y sulfúrico.

Entre las gonadotropinas y hormonas ováricas existe un sistema de coordinación entre hormonas centrales y periféricas. Su efecto central más fuerte es ejercido por la estimulación de estrógenos especialmente el estradiol, las otras son de efecto mas pequeño (progesterona y androgeno) bajo la influencia de estrógenos y progesterona aparecen las fases folicular y luteínica del ciclo y la gestación, es un freno de la función gonadotropínica del lóbulo anterior de la hipófisis.

SISTEMA HIPOFISO OVARICO EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA DE LA MUJER

Hacia los 10 años el desarrollo del diencéfalo esta tan avanzado que se pone en marcha la función ovárica como resultado de la primera liberación de hormonas gonadotropas, las gonadotropinas y estrógenos demostrables en orina, cuando hay excreción de gonadotropina, estrógenos y pregnandioli podemos afirmar que ya se llegó a la madu-

rez sexual (pubertad) de estrógeno y pregnandiol y aumentan las gonadotropinas por parte del lóbulo anterior de la hipófisis.

II-d INCIDENCIA

Muchos de los quistes ováricos del embarazo en la mayoría de los casos son no - neoplásicos funcionales que deben manejarse conservadoramente (Luteoma, Quiste del cuerpo lúteo).

A veces con Emb. Múltiple, Mola o Coriocarcinoma suele coexistir quistes de Teca Luteínicos bilaterales por elevados niveles de gonadotropina corionica, involucionan y solo deben laparatomizarse por emergencia (Hemorragia, torsión etc.)

Dentro de las neoplasias (quísticas o semisólidas) están por ejemplo: Dermoides y Cistadenomas serosos o mucinosos, en la mayoría de los casos al descubrirse con el embarazo han sido silenciosos y estaban antes del embarazo. Se acepta que se diagnostica 1 por cada 2000 Emb.

Si hacemos una relación de la existencia de cada uno de los tumores del ovario que se asocian al embarazo tenemos:

- El luteoma del embarazo que no se puede considerar como una neoplasia verdadera, hay reportados más de 50 casos reconocidos ya que nace de una luteinización de las células de la teca interna, se asemeja mucho a la vista de la estimulación efectuada por coriocarcinoma o mola surgiendo estímulo gonadotrofinico y estrogénico.

Se hizo un estudio retrospectivo en el Sant. Maries Long Beach Hospital durante 10 años (1961-1970) encon-

trándose 37 casos de tumores del ovario en Emb. logrando determinar que el más frecuente en este estudio fue el Luteoma y su incidencia fue de 1938.

- El quiste luteínico se ha encontrado asociado con mola, coriocarcinoma ploidramnios, toxemia y Emb. normal. Se revisaron 29 casos por Bucobsky y Schener y como cosa curiosa encontraron solamente un caso que era unilateral y primigesta (que es muy raro) de los cuales fueron 7 que se encontraban con sensibilización a Rh, 6 en pacientes múltiparas y 16 en pacientes con aparente Emb. normal y su diagnóstico fue hecho en sala de operaciones, y las gestacionales de las pacientes fueron entre la 24 y 34 semanas. (1)

- Se considera que el Adenocarcinoma en el embarazo es de 125,000, Jubb en 1963 hizo un reporte de 24 casos en la literatura mundial desde 1882 por lo que podemos afirmar que este tumor es raro en el embarazo.

- En lo que respecta a los tumores quísticos del ovario tenemos que en el Cornell Medical Center de N.Y. lograron determinar que su incidencia era de 1-800 relacionados con Emb. y reportaron que el más frecuente fue el quiste seroso 60o/o y las edades de las pacientes oscilaban entre la tercera década. (6) (estudio retrospectivo de 20 años)

En la Clínica Mayo, efectuaron un estudio retrospectivo de 17 años (1955-1971) logrando determinar que la incidencia de tumores sólidos en Emb. es de 1-10,000 y de quiste de ovario de 1-2200. A la vez lograron detectar que en las operaciones del quiste de ovario en Emb. era de 1-442 en ladinos y de 1-536 en indígenas.

Revisaron la literatura y lograron detectar que la incidencia en 1954 era de 1-273 y 1-2489 según Grinner y

Asoc. aunque dependía de la institución. (13)

- Los cistadenomas serosos aparecen a cualquier edad, con mayor frecuencia entre los 20 y 50 años, son bastante raros en la pubertad. Un 20 o/o benignos y 33 o/o malignos, son bilaterales y suelen ser voluminosos con diámetros de 30-40 cms. Al aumentar son multiloculares y pierden su aspecto simétrico.

Los cistadenomas mucinosos son formas benignas como malignas y son semejantes a los serosos y les corresponde el 20o/o de las neoplasias y ocurre hacia la mitad de la vida adulta, son raros antes de la pubertad y después de la menopausia, es mas frecuente la benigna que la maligna (9-1)

II-e SINTOMATOLOGIA

La mayoría de los tumores del ovario en el embarazo no produce ninguna molestia significativa aunque podemos decir que los siguientes tumores pueden producir los siguientes síntomas:

-- Los cistadenomas no ejercen influencia distintiva sobre la función menstrual, puede haber dismenorrea, pesadez de abdomen, tumoración en el bajo vientre, ascitis, hemorragia por efecto estrogénico, virilización por efecto androgénico (la ascitis probablemente sea tumor maligno).

-- Tumor de Krukemberg: Dolor en el área del tumor, Tromboflebitis, ascitis, agrandamiento desproporcionado del abdomen.

-- Sarcoma del Ovario: Tumoración ovárica, hemorragias aisladas, ascitis.

-- Los tumores masculinizantes: son bastante raros en el

Emb. pero causan problemas a la madre y ocasionalmente al producto.

Hay amenorrea, atrofia del clítoris, atrofia de mamas, hirsutismo.

-- Ca. del ovario: Dolor abdominal, distensión abdominal.

-- Luteoma del Emb. masa en ovarios, voz ronca, pelo facial, elevación de 17 Ketosteroides en orina y testosterona elevada en plasma.

-- Quiste luteínico: dolor pélvico, fiebre, distención abdominal, ascitis, disnea.

II-f METODOS DIAGNOSTICOS

Los diferentes métodos utilizados para detectar los diferentes tumores del ovario.

-- Generalmente el más importante en todos los tumores es el examen ginecológico bimanual en el 1er. trimestre.

-- El carcinoma del ovario se detecta a la palpación y se diferencia de un quiste por su solidez.

-- Los quistes simples de ovario dan una sensación mas blanda y con líquido presente.

-- Luteoma lo detectan clínicamente por presentar virilismo y aumento de andrógenos en plasma.

Generalmente los tumores se diagnostican por los exámenes de rutina del Emb. y en su mayoría son detec-

tados en acto quirúrgico.

II-g TRATAMIENTO

El tratamiento en la mayoría de los tumores del ovario en el emb. fue quirúrgico. (por cesárea o laparatomía).

La bibliografía revisada recomienda en su experiencia que durante el primer trimestre no deben aplicar la cirugía, únicamente en carcinoma y durante el segundo trimestre ellos recomiendan laparatomía ya que las que se hicieron en el primer trimestre tuvieron mayor incidencia de abortos; en el tercer trimestre dependiendo de la gestación ellos recomiendan ooforectomía y otros recomiendan tratamiento debido a que la cicatrización es muy tardada. (15)

DIFERENTES FORMAS DEL TRATAMIENTO EN CARCINOMA DE OVARIO

Las tres formas corrientes de cualquier protocolo de tx. debe incluir Cirugía, Radiación y quimioterapia.

Cirugía en etapas I y II Histerectomía total, salpingoovariectomía bilateral y la omentectomía. La resección de ganglios ha mejorado el estado de las pacientes y su supervivencia es mayor.

RADIOTERAPIA

En términos generales los cánceres del ovario tienen sensibilidad limitada a la radiación y se necesitan dosis elevadas. Se considera que la radiación post-op. es el mé-

todo corriente y preferido del tx. y se seleccionan a las enfermas para recibir dicho tx. según los criterios siguientes:

Estado general: tipos histopatológicos y diferenciación del tumor, etapas del tumor, cantidad del tumor residual después de la operación.

QUIMIOTERAPIA

Se ha limitado a pacientes con tumores radiorresistentes y enf. con carcinomas recurrentes inoperables o en grados muy avanzados.

Su base es con productos alquilantes (Cloranbucil, Ciclofosfamida, Melfalan y Tietilenentiofosforamida, con dosis de saturación bucal)

Algunos autores no recomiendan la combinación de medicamentos.

Las complicaciones del Tx. pueden ser ruptura del tumor en el momento de la operación, derrames, obstrucción y fístula intestinal, metástasis al hígado, cualquier tx. sea cual sea la extensión del Ca. debe incluir más de algunos de estos tres tx. mencionados anteriormente. (10)

II-h PATOLOGIA DE LOS DISTINTOS TUMORES DEL OVARIO

Los tumores que más se encontraron en el estudio efectuado fueron los Teratomas por lo que describiremos su patología.

Los teratomas quísticos casi invariablemente son pequeñas neoplasias benignas que provienen de diferenciación ectodérmica de células totipotenciales, algunas se encuentran revestidas de piel por lo que se les llama dermoides y ocupados por secreción sebácea, de 10-15o/o de las neoplasias ováricas son de este tipo.

Ocurren durante la etapa sexual activa por lo regular en la gestación nunca se presentan en recién nacidas y en la pubertad.

Los tumores son unilaterales en 80o/o son pequeños, 75o/o tienen menos de 10 cms. y es muy raro que pasen de 15 cms. se presentan como masas quísticas, pastosas que ceden a la presión aunque son macizas. La característica histológica predominante es el desarrollo maduro del epitelio escamoso estratificado con glándulas sebáceas subyacentes, pelos y otras estructuras anexas. En 1 o/o hay malignización del epitelio.

El tamaño del teratoma es muy variable, son redondeados, tienen una capa fibrosa y gruesa, de color blanco rosáceo, la cápsula es delgada y apergaminada, pueden incluir un líquido seroso, suele haber una masa sólida de la cual nacen cabellos, pueden ser abundantes y mezclados con un líquido sebáceo. El quiste suele estar recubierto por epitelio escamoso estratificado pero en parte dicho epitelio puede ser cilíndrico secretor de moco o ciliado, los tejidos están formalmente diferenciados y son de músculo estriado y liso, en diversos casos el epitelio puede haberse perdido por degeneración o inflamación. (10)

- El teratoma sólido (mixto) difiere del dermoide en que hay un conjunto más heterogéneo de tejidos y estructu-

ras organoides identificadas que provienen de las tres capas germinativas, por su aspecto exterior pueden ser semejantes a los dermoides pero a menudo son más voluminosos, la estructura es sólida con pequeños espacios quísticos, se caracterizan histológicamente por heterogeneidad de estructuras más o menos adultas, a veces se distinguen dos tipos de tejidos, teratomas que incluyen grandes áreas llamadas estrumas ováricas y teratomas que presentan áreas de coriocarcinoma sin embargo, cualquiera de los tejidos puede malignizarse. (17)

Cistadenoma seroso y mucinoso: estas neoplasias quísticas, frecuentemente están revestidas de células epiteliales ciliadas, cilíndricas y altas, y llenas de líquido seroso los dos caracteres distintivos de estos tumores. Ocasionalmente presentan nódulos sólidos o engrosamiento, al abrirlos estos tumores benignos o malignos se encuentran llenos de líquido seroso transparente o mucoso ya que segregan mucina, considerados globalmente la mayor parte de tumores quísticos serosos son multiloculares y tienden más a formarse papilomatosos que las lesiones pseudomucinosas, histológicamente el epitelio de revestimiento en las áreas lisas de los quistes es de una sola capa de células cilíndricas altas, algunas son ciliadas cupuliformes y serosas. En las zonas celulares más sólidas pueden distinguirse formaciones papilares y por lo regular se aprecian cavidades glandulares.

El adjetivo mucinoso ha desplazado al antiguo nombre de pseudomucinoso por que se ha comprobado que segregan mucina.

Hay más probabilidad que sean benignos los mucosos que los serosos, difieren de las serosas en el epitelio de

revestimiento, células cilíndricas altas no ciliadas que segregan moco, núcleos de localización basal, microscópicamente se parecen a los cistadenomas serosos, pero los primeros son unilaterales, las metástasis de los cistadenocarcinomas o la rotura de un tumor maligno pueden originar una entidad nosológica llamada pseudomixoma peritoneal.

La patología del cistadenoma seroso tiene sus características en el epitelio y son muy variables, los quistes están cubiertos por una sola capa de epitelio que puede ser cúbico bajo o en clavija intercalar que remeda el epitelio germinativo. El estroma fibroso que separa el quiste con gran frecuencia es semejante al estroma cortical del ovario, ocasionalmente forman mucina y en estos casos pueden tomar la forma de pequeños quistes.

Histológicamente los tumores mucosos se identifican por la vacuolización mucosa epical de las células epiteliales cilíndricas de revestimiento y la ausencia de cilios. Sin embargo, no es raro observar mezclas de epitelio que impiden distinguir claramente los tumores serosos y mucinosos.

CARCINOMA DEL OVARIO: es un tumor epitelial formado por epitelio idéntico al de los cistadenocarcinomas serosos o mucosos, que difieren de ellos en que no muestra espacios quísticos en el corte. Sin embargo, en algunos tumores las células epiteliales anaplásticas quizás estén un poco diferenciadas para tener actividad secretora y en consecuencia para producir cavidades quísticas. Los carcinomas se extienden a través de la cápsula del tumor a las cavidades pleural y peritonea. Con la diseminación a la cavidad abdominal, es frecuente el líquido ascítico presente, células tumorales foliadas que permiten el

dx. pueden dar metástasis por vía linfática y sanguínea, causan la muerte en el transcurso de 1 ó 2 años, las lesiones quísticas pueden romperse espontáneamente.

II-i PRONOSTICO DE LOS TUMORES DEL OVARIO EN EMB.

- Tumor de Krukemberg: pronóstico grave.
- Sarcoma del ovario: pronóstico malo.
- Carcinoma del ovario: pronóstico malo por lo regular viven + de dos años.
- Cistadenoma: depende de su malignidad y es mejor en el mucinoso.
- Teratoma: depende de su malignidad.

II-j COMPLICACIONES

- Quiste luteínico: torsión del pedículo, ruptura, supuración, hemorragias, infarto, incarceration, aborto, parto prematuro.
- Cistadenoma: Torsión, hemorragia y necrosis, pseudomixoma peritoneal, (la cavidad peritoneal se llena de moco). El seroso da metástasis a útero y otras vísceras.

II-k INFLUENCIA DEL QUISTE SOBRE EL EMB. Y DEL EMB. SOBRE EL QUISTE

- Teratoma: el quiste influye durante el emb. ya que puede enclavarse en la pelvis y obstruir el trabajo de parto.
- Cistadenoma: puede haber torsión aguda o subaguda en quistes de situación abdominal y de largo pedículo, mas a menudo en el puerperio, el embarazo no influye en el quiste, durante el parto puede haber

ruptura.

La fertilidad de la mujer no se altera cuando hay quiste, el volumen del tumor puede causar compresión abdominal, los quistes pequeños ocupan la pelvis menor sin tendencia a desalojo y constituyen un obstáculo para el parto.

- Tumor de Krukemberg: durante el Emb. el quiste no altera el ovario, segrega estrógenos por lo que se piensa que el estroma ovárico es el agente feminizante que se convierte en una célula de tipo de teca y puede causar virilización en el feto. El Emb. puede encubrir el quiste y hay aumento del abdomen.

II-1 CLASIFICACION DE LOS TUMORES OVARICOS

Nunca se insistirá lo bastante en la importancia de los tumores ováricos; mientras no alcanzan un tamaño considerable tienden a ser asintomáticos y por esta razón no se les diagnostica.

TUMORES EPITELIALES: tumores mucinosos (benignos y malignos); tumores serosos (benignos y malignos); tumores endometrioides (incluido carcinoma de células claras, tumores mesodérmicos mixtos y carcinosarcoma); tumores epiteliales de origen desconocido posiblemente mesonefrico que incluyen (mesonefoma y tumor de Brenner).

TUMORES DEL ESTROMA DE LOS CORDONES SEXUALES

Tumores de células de la granulosa; TECOMA; tumor de células de Sertoli y Leydig, ginandroblastoma, tumor de túbulos anulares.

TUMORES DE CELULAS GERMINATIVAS: Disgerminoma, Te-

ratoma quístico (benigno o maligno); Teratoma sólido, Tumor de seno endodérmico que incluye tumor vitelino y poliembriona, Coriocarcinoma, Gonadoblastoma, Tumor carcinoide, Struma Ovarie, Tumores del tejido conectivo y otros incluidos (Fibroma, Mioma, Fibrosarcoma, Linfoma).

(11)

III JUSTIFICACION

El presente trabajo se hará para tener una mayor información acerca de los tumores del ovario en embarazo en nuestros hospitales.

Tomando en cuenta el tema escogido considero que esta información que se obtuvo será de mucha utilidad para los médicos que laboran en los departamentos de Gineco-Obstetricia de dichos hospitales.

Darse cuenta como diagnosticar en nuestro medio dichos tumores y que clase de exámenes ayudan al diagnóstico.

IV HIPOTESIS

- i) Los tumores del ovario en mujeres embarazadas son poco frecuentes en nuestros hospitales.
- ii) La mayoría de las pacientes con este problema son primigestas.
- iii) La mayoría de estos tumores en el embarazo se detectan en el primer trimestre.
- iv) La mayoría de las pacientes que padecen estos tumores son jóvenes.

V
OBJETIVOS

- i) Ver que incidencia de tumores de ovario hay en los dos hospitales de mayor afluencia de pacientes a estos servicios.
- ii) Ver que clase de pacientes están mas afectadas con este diagnóstico con relación a su paridad.
- iii) Ver que incidencia de estos tumores hay en nuestros hospitales en relación a la literatura revisada.
- iv) Ver en que edad de gestación es más frecuente esta clase de tumores.
- v) Como detectan y diagnostican en nuestro medio esta patología.

VI
MATERIAL Y METODOS

MATERIAL HUMANO

Médico Asesor, Médico Revisor, Médicos consultantes,
Autor del trabajo.

FISICO

Archivos de los distintos hospitales, libros de Gineco-
Obstetricia, Labor y Partos, Post-parto y Sala de Opera-
ciones.

Papeletas de las diferentes pacientes afectadas, Kardex
de los distintos hospitales, Bibliotecas.

EL METODO USADO FUE EL DEDUCTIVO

**LA PAPELETA DE RECOLECCION DE DATOS CONSTA
DE LO SIGUIENTE:**

- A) Total de pacientes vistos en cada hospital durante los diez años.
- B) Total de pacientes operadas en los diez años.
- C) Total de casos encontrados en ambos hospitales.
- D) Datos de la papeleta sacados para el estudio:
 - i) Número de Registro
 - ii) Hospital a que pertenece
 - iii) Edad
 - iv) Raza
 - v) Estado Civil
 - vi) Ocupación
 - vii) Motivo de consulta
 - viii) Sintomatología más frecuente
 - ix) Antecedentes médicos de importancia

- x) Antecedentes Gineco-Obstétricos
(Menarquía, períodos menstruales, complicaciones)
- xi) Revisión x Sistemas (lo más importante)
- xii) Examen Físico (estado general, S/V, (pulso, temperatura, P/A) cardiopulmonar, abdomen (AU - C-ABD.) Ginecológico completo).
- xiii) Consultas a prenatal
- xiv) Edad del embarazo
- xv) Diagnóstico clínico
- xvi) Laboratorios efectuados
- xvii) Tratamiento
- xviii) Complicaciones
- xix) Estado del feto
- xx) Informe de Anatomía Patológica

VII ANALISIS Y RESULTADOS

En los diez años estudiados en ambos hospitales escogidos para dicho trabajo se obtuvo los siguientes datos:

INCIDENCIA: En el Hospital San Juan de Dios en el tiempo revisado se atendieron en el servicio de la maternidad quince mil pacientes, y fueron operadas tres mil seiscientos cuarenta y nueve, encontrándose únicamente cuatro casos de los cuales falleció una.

En el hospital Roosevelt se atendieron en el mismo tiempo ciento cincuenta y siete mil doscientos doce y se operaron siete mil novecientos setenta y nueve encontrándose únicamente ocho casos de los cuales uno fue maligno por lo que fue remitido al INCAN.

Por lo que podemos afirmar que en nuestro medio estos tumores relacionados con el embarazo son bastante bajos por lo que se obtuvo una incidencia de:

0.07 por mil

VII-a ANALISIS Y RESULTADOS DE LA PAPELETA UTILIZADA PARA EFECTUAR DICHO ESTUDIO EN AMBOS HOSPITALES:
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS Y ROOSEVELT EN LOS ULTIMOS DIEZ AÑOS 1967-1976, EN LOS DEPARTAMENTOS DE GINECO-OBSTETRICIA. SOBRE EL TEMA ESCOGIDO "TUMORES DEL OVARIO Y EMBARAZO"

TODOS LOS CASOS ENCONTRADOS FUERON CON DIAGNOSTICO DEMOSTRADO CON ANATOMIA PATOLOGICA.

GRUPO ETARIO

CUADRO No. 1

15 - 19	2	16o/o
20 - 24	2	16o/o
25 - 29	4	33o/o
30 - 34	3	25o/o
35 - 39	1	10o/o

De los doce casos establecidos, podemos darnos cuenta que el mayor porcentaje en el cuadro anterior corresponde al 33o/o, por lo que demuestra que las pacientes afectadas se encuentran en su mayoría entre la segunda y tercera década de la vida.

Al hacer comparación de nuestro estudio con el efectuado en el Hospital Cornell Medical de N.Y. que informa que las pacientes que mas padecían de estos tumores estaban comprendidas entre la tercera década de la vida por lo que deducimos que en estos datos coincide bastante con nuestro estudio.

GRUPO ETNICO

CUADRO No. 2

LADINAS	12	100o/o
INDIGENAS	0	0

En nuestro estudio logramos determinar que el 100 o/o de nuestras pacientes son ladinas y que posiblemente se deba al área donde se realizó el estudio (urbana)

En comparación con un estudio efectuado en la Clínica Mayo ellos informan que la mayoría de pacientes que padecen estos tumores son de raza indígena por lo que difiere mucho de nuestro estudio posiblemente por la razón antes indicada.

ESTADO CIVIL

CUADRO No. 3

UNIDA	6	50o/o
CASADA	2	15o/o
SOLTERA	4	35o/o

En lo que respecta al estado civil, podemos detectar que la mayoría de las pacientes afectadas en su mayoría están unidas de hecho que corresponde al estado civil mas frecuente en Guatemala.

OCUPACION

CUADRO No. 4

OFICIOS		
DOMESTICOS	12	100o/o
OTROS	0	0

En nuestro estudio podemos detectar que la mayoría de las pacientes 100o/o se dedican a los oficios domésticos, lo más usual en nuestro medio en lo que respecta

a la mayoría de las mujeres.

PARIDAD MATERNA

CUADRO No. 5

No. de embarazos	No. de madres
1	4
2 - 4	5
5 - 9	2
+ de 10	1

La mayoría de la población estudiada por lo menos ha tenido un parto normal previo al actual. Se encontró una paciente que ha tenido once embarazos y el último fue el que se acompañó de la patología estudiada. Por lo que podemos afirmar que en nuestro medio la mayoría de las pacientes tienen partos previos 66o/o.

ANTECEDENTES MEDICOS, OBSTETRICOS Y REVISION X SISTEMAS

La mayoría de la población estudiada no tiene antecedentes médicos reportados que tengan importancia con la patología que se está estudiando y en lo que respecta a la revisión por sistemas no sufren ninguna alteración. Los datos obstétricos de la mayoría de las pacientes han sido informados dentro de los límites normales por lo que podemos sacar que las conclusiones son: la mayoría de las pacientes vió su menarquía entre los 12 y 16 años, la mayoría le viene cada mes y no reportan ninguna complicación exceptuando leve dolor.

CONTROL PRENATAL

CUADRO No. 6

PRIMER TRIMESTRE	0	
SEGUNDO TRIMESTRE	0	
TERCER TRIMESTRE	1	8.3o/o
SIN CONTROL		
PRENATAL	10	83.4o/o
PUERPERIO	1	8.3o/o

En nuestro estudio efectuado pudimos detectar que la mayoría de las pacientes afectadas no tuvieron control prenatal y la única que si lo tuvo fue en su tercer trimestre, por lo que podemos afirmar que en nuestras pacientes estudiadas no fue tan fácil detectar los diferentes tumores ya que no asistieron a sus exámenes preliminares. Al revisar nuestra bibliografía nos hacen notar que la mayoría de estos tumores se detectan en el primer trimestre del embarazo en sus primeras consultas a prenatal. El caso que se detectó en el puerperio inmediato fue de una paciente que fue atendida en su casa por comadrona y el abdomen no disminuía a su tamaño nl.

MOTIVO DE CONSULTA

CUADRO No. 7

DOLOR ABDOMINAL	6	49.8
TRABAJO DE PARTO	2	16.6
NAUSEAS Y VOMITOS	1	8.3
RUPTURA DE MEMBRANAS	2	16.6
REMITIDA DE GINECOLOGIA	1	8.3

La mayoría de las pacientes de nuestro estudio consultaron a la Emergencia de ambos hospitales en el departamento de GINECO-OBSTETRICIA y la mayoría refirió que tenía DOLOR ABDOMINAL que coincide con lo que reporta la bibliografía revisada referente a que la mayoría de los tumores del ovario en el embarazo causan dolor abdominal como síntoma principal de dicha patología.

EXAMEN FISICO

Aprovechando este estudio haremos un breve análisis de lo que fue el examen físico de nuestras pacientes estudiadas por lo que para efectuarlo tomaremos los siguientes parámetros: Estado general, S/V, CARDIOPULMONAR ABDOMEN, Ginecológico.

ESTADO GENERAL

CUADRO No. 8

BUENO	7	69o/o
REGULAR	3	25o/o
MALO	2	16o/o

S/V: Aquí se tomaron los más importantes y se tomaron como normalidades los siguientes rubros: Temp. 37°, Pulso 60 - 80; P/A: 120/80

FEBRILES	0
AFEBRILES	12
PULSO:	
BAJO	0
ALTO	6

NORMAL	6
P/A:	
ALTA	2
BAJA	0
NORMAL	10

El examen cardiopulmonar fue reportado como normal en las doce pacientes revisadas.

En este examen haremos énfasis ya que consideramos nosotros que lo más importante es el abdomen y el ginecológico.

El examen del abdomen se efectuó de la siguiente manera:

Descripción general:	en 12 casos NO	
Altura Uterina:	5 casos SI	7 casos NO
Circunferencia Abd.		12 casos NO
Dolor a la palpación:	1 caso SI	11 casos NO
Descripción de masas	4 casos SI	8 casos NO
F. C. F.	(no reportan en ningún caso)	
Edad del embarazo:		
Primer Trimestre	0	
Segundo Trimestre	3	
Tercer Trimestre	6	
No especifican	2	
Puerperio	1	

EXAMEN GINECOLOGICO

Según la bibliografía revisada ellos llegan a la conclusión que el examen de mas valor para detectar esta patología es el examen ginecológico bimanual. Por lo que

describiremos el examen que se efectuó en ambos hospitales y que estaba anotado en las papeletas.

Se efectuó examen ginecológico únicamente a 6 pacientes y no había descripción adecuada ya que se concretaban a poner de la siguiente manera:

Genitales Externos: internos, normales.
No hay dolor ni masas palpables.

De las seis pacientes que no se les efectuó ginecológico están reportadas de la siguiente manera:

Trabajo de parto activo	2
Membranas rotas	2
No especifican	2

EXAMENES DE LABORATORIO EFECTUADOS:

En el estudio efectuado nos pudimos dar cuenta que la mayoría de las pacientes se les hizo sus exámenes de rutina (Heces, Orina, Hematología, VDRL, Grupo y RH.) por lo que se reportan de la siguiente manera:

Exámenes de rutina	9
No reportan exámenes	3
Ultrasonogramas	4

De las cuatro pacientes evaluadas con ultrasonogramas únicamente en un informe reportan la presencia de una masa, en los otros tres únicamente reportan que hay embarazo.

TRATAMIENTO

En la bibliografía revisada recomiendan el tratamiento quirúrgico en la mayoría de los tumores del ovario, a veces recomiendan el quimioterápico el conservador y por medio de radiación post-op dependiendo del autor por lo que en nuestro medio podemos decir que la totalidad el 100o/o de nuestras pacientes estudiadas fue intervenida quirúrgicamente.

Una paciente falleció y otra fue trasladada al INCAN para su tx. adecuado.

Cesárea segmentaria transperitoneal	4
Cesárea corporea	1
Laparatomía exploradora	7

A la paciente que le fue efectuada cesárea corporea fue por tener vejiga alta, en los 12 casos se comprobó el tumor, y fue resecado a las 12 pacientes, falleció una paciente durante el acto operatorio y otra fue remitida al INCAN para radioterapia, de las pacientes estudiadas y operadas el embarazo continuó en 4, en vista de encontrarse en poco tiempo de gestación, 6 niños nacieron adecuadamente, uno falleció y el otro fue un embarazo ectópico.

El seguimiento de las 4 pacientes que se les dejó continuar su embarazo fue muy difícil detectarlo en vista que se perdieron del hospital y las direcciones de la papeleta no concordaban por lo que no se pudieron localizar, la mayoría de las pacientes no pudieron seguirse adecuadamente en vista que ya no volvieron al hospital para sus consultas subsecuentes al parto u operación.

ANATOMIA PATOLOGICA

En nuestro estudio efectuado en ambos hospitales pudimos detectar por medio de los reportes de anatomía patológica los siguientes Dx.

Teratoma Quístico	5
Cistadenoma Seroso	1
Cistadenoma	1
Cistadenoma Mucinoso	1
Cáncer de Ovario	1
Sin patología reconocible	1
No reportan patología	1

Al hacer comparaciones con la bibliografía revisada podemos darnos cuenta de lo siguiente:

Jubb en 1963 reportó únicamente 24 casos en la literatura mundial de Carcinoma de Ovario por lo que se considera una patología bastante rara en Emb. y a pesar de eso obtuvimos en nuestro estudio un caso.

En el hospital Cornell Medical Center N.Y. se efectuó un estudio retrospectivo de 20 años y se obtuvo que uno de los tumores más frecuentes del ovario en Emb. fue el quiste seroso, en nuestro medio se detectó únicamente uno.

En el hospital privado de Sant. Maries Long. se hizo un estudio retrospectivo en 10 años y obtuvieron 37 casos y lograron determinar que el tumor más frecuente fue el Luteoma.

En el Hospital de Australia se hizo un estudio re-

trospectivo en 23 años lograron determinar que los mas frecuentes encontrados son los teratomas por lo que coincide con lo reportado en nuestro medio ya que fueron los mas comunes

IX
CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes que padecen esta patología están comprendidas entre la segunda y tercera década de la vida.
2. La totalidad de las pacientes que se estudiaron son ladinas.
3. La mayoría de las pacientes son unidas de Hecho, lo más frecuente en nuestro país.
4. La mayoría de las pacientes se dedican a los Oficios Domésticos.
5. La mayoría de las pacientes no reciben control prenatal.
6. La mayoría de las pacientes consultó por dolor abdominal.
7. La mayoría de las pacientes tiene examen físico incompleto.
8. La mayoría de las pacientes no tiene examen ginecológico.
9. Únicamente a cuatro pacientes se les efectuó ultrasonograma.
10. La mayoría de las pacientes consultantes se encuentra en su tercer trimestre del Emb.

11. El tumor de ovario asociado a embarazo, en nuestro medio es poco frecuente.
12. Todas las pacientes fueron tratadas quirúrgicamente.
13. El tumor más frecuente en nuestro medio fue el Teratoma.
14. La mayoría de datos obtenidos en nuestro estudio coinciden con la bibliografía revisada.
15. La mayoría de las pacientes no tienen un seguimiento adecuado post-op.
16. La mayoría de las pacientes tiene informe de patología donde se comprueba el diagnóstico del estudio efectuado.
17. La mayoría de las pacientes tiene un diagnóstico clínico adecuado a pesar de lo deficiente del examen físico y que coincide con el informe de anatomía patológica.
18. La incidencia en nuestro medio es de 0.07 por mil.
19. La mayoría de las pacientes se intervino durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.

X RECOMENDACIONES

1. Efectuar una mejor historia clínica a las pacientes evaluadas en dichos departamentos.
2. Efectuar un mejor examen físico de las pacientes afectadas, especialmente del área enferma, en este caso Abdomen.
3. Hacer conciencia en las pacientes que asisten a estos servicios la necesidad de llegar a sus consultas prenatales.
4. Efectuar a toda paciente que asista a estos servicios ginecológico bimanual completo.
5. Hacer una mejor descripción de los hallazgos operatorios en este caso de los tumores extraídos.
6. Hacerles ver a los encargados de efectuar los ultrasonogramas den una mejor descripción de lo solicitado.

XI
BIBLIOGRAFIA

1. ALBUKE JAK M.D. et al.
UNILATERAL LUTEIN CYST IN PREGNANCY
N.Y. STATE J. MED. 76(2): 259-261 Feb. 76
2. BAKER T. G. et al.
DESARROLLO DEL OVARIO Y OVOGENESIS
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA TEMAS AC-
TUALES "EL OVARIO" pp3-5 Abril 76
3. BENSON RALPH et al.
DIAG. and TRAT.
OBSTET-GYNECOL 756-757 1976
4. BUTTERY B. W. et al
OVARIAN TUMORS IN PREGNANCY
MED. J. AUST. 1 (7): 345-349 Feb 17 1973
5. CASPI ELIAHU M. D. et al.
OVARIAN LUTEIN CYST IN PREGNANCY
OBSTET. GYNECOL. 42(3): 388-398 Sep 73
6. CHUNG ARTHUR M. D. et al.
OVARIAN CANCER AASOCIATED WITH PREGNAN-
CY
OBSTET. GYNECOL. 41(2): 211-214 Feb 73
7. FAYEZ JAMIL A. et al.
VIRILIZATION IN PREGNANCY ASSOCIATED
WITH AN OVARIAN CISTADENOMA. AM. J. OBST.
GYNECOL. 120(3): 341-346 Oct.-74
8. GARCIA RAFAEL M. D. et al.
LUTEOMA OF PREGNANCY

- OBSTET GYNECOL 45(4): 407-414 Apr 75
9. GOUGH MARTIN, et al
TH THECOMA IN PREGNANCY
CAN. MED. ASOC. J. 108: 595-597 Mar. 73
 10. GOVAN A. D. T. et al.
TUMORES OVARICOS SIGNOS CLINICOS HISTOPATOLOGICOS, GINECOL Y OBSTET. TEMAS ACTUALES "EL OVARIO" pp 89 Abril 76
 11. GUYTON ARTHUR M. D. et al.
FISIOLOGIA HUMANA
3a. ed.: 450-451 1969
 12. HERROLEIGHT PAUL A. et al.
LUTEOMA OF PREGNANCY
AM. J. OBSTET, GYNECOL. 123(1): 104 Sep 75
 13. HILL LYNDON M. et al
OVARIAN SURGERY IN PREGNANCY
AM. J. OBSTET GYNECOL. 112(5): 565-569 Jul 75
 14. MEHRA USHA M. D. et al.
PREGNANCY WITH BILATERAL RUPTURED BENIGN CISTIC TERATOMAS.
AM. J. OBSTET GYNECOL. 124(4): 361-366 Feb 76
 15. NOVAK et al.
GINECOLOGIA
8a. ed.: 483-535 1970
 16. POLANSKY STEVEN M. D. et al.
VIRILIZACION ASSOCIATED WITH BILATERAL LUTEOMAS OF PREGNANCY.
OBSTET. GYNECOL. 45(5): 516-522 May 75

17. ROBBINS STANLEY, et al.
PATOLOGIA
3a. ed.: 1041-1044 1968
18. TESTUT L. et al.
COMPENDIO DE ANATOMIA
22 ed.: 723;226 1970
19. TUCKER STEPHEN M. D. et al.
LUTEOMA OF PREGNANCY CASE REPORT
AM. J. OBSTET GYNECOL. 121(2): 282
Jan 75
20. WHITE KEITH M. D. et al.
OVARIAN TUMORS IN PREGNANCY
AM. J. OBSTET. GYNECOL. 116(4):
544-556 Jun 73
21. WOLFF EDWARD M. D. et al.
VIRILIZING LUTEOMA OF PREGNANCY
REPORT OF A CASE WITH MEASUREMENTS OF
TESTOSTERONE AND TESTOSTERONA BINDING
IN PLASMA.
AM. J. MED. 54: 229-233 Feb 73

DR.

GABRIEL EDUARDO SAIAYOA ROLDAN

DR. EDWIN MOLINA

DR. LOIS FELIPE GARCIA

DR. JULIO DE LEON
Director de Fase III.

DR. MARIANO GUERRERO
Secretario General

Vo. Bo.

DR. CARLOS ARMANDO SOTO