

TUMORES BENIGNOS DE OVARIO DIAGNOSTICO, CLINICA Y MANEJO EN EL EMBARAZO

Luis Fernández Molinari

Los tumores del ovario son relativamente frecuentes durante el embarazo. Eastman y Hellman informan una incidencia de quistes ováricos durante la gestación de 1 en 81 y Grimes y col. señalan que uno de cada 328 embarazos presentan un quiste suficientemente grande como para significar riesgo.

Es muy cierto, también, que la inmensa mayoría de los quistes encontrados en pacientes gestantes son de tamaño menor de 5 ó 6 cms., tamaño que por alguna razón se ha considerado como límite y que, de ellos, los foliculares o luteales son los responsables de su presencia.

Creo que el hallazgo de un quiste de ovario en la etapa gestacional, nos obliga a plantear una serie de interrogantes: a. ¿La presencia tumoral era conocida previamente al embarazo? b. ¿Causa síntomas el tumor? c. La palpación, ¿hace sospechar elementos sólidos? d. ¿Está fijo al útero o al fondo de saco posterior? e. Su localización, ¿podría obstruir las partes fetales durante el parto? f. ¿En qué edad se encuentra la gestante?, ¿está dentro del grupo etario más relacionado con malignidad? g. ¿Tiene el tumor producción hormonal? h. ¿Existe otro tumor, como ser de mama, intestino etc.? i. ¿Hay ascitis, hidrotórax? h. ¿Es unilateral? k. Y lo que es más importante, ¿disminuye o crece el tamaño del tumor?.

Estos factores tienen mayor valor que el propio tamaño inicial del tumor, si hacemos abstracción de las complicaciones que puede sufrir. El diagnóstico, pronóstico y tratamiento será guiado por las interrogantes arriba mencionadas.

Si lo enunciado tiene validez, la división que el día de hoy estamos realizando entre tumores benignos y malignos sólo tiene importancia didáctica, puesto que el diagnóstico definitivo de benignidad o malignidad del tumor ovárico está en manos del Patólogo, vale decir, cuando se obtiene la pieza operatoria.

Consenso general es que los tumores quísticos son casi siempre benignos, especialmente si son pequeños, y estos desaparecen en forma espontánea entre las 14 y 16 semanas. Por tanto, si se halla un tumor sólido que permanece inalterado o aumenta de tamaño o si este tumor alcanza un tamaño inicial mayor de 5 ó 6 cms, debe de sospecharse de malignidad, especialmente si la paciente se encuentra dentro del grupo etario entre los 30 a 40 años. Habrá que estar

alerta en pacientes con pocos partos historia de infertilidad, anomalías sexuales secundarias características, hemorragia vaginal.

Globalmente, los quistes de 5 cms. o más y los tumores sólidos de cualquier tamaño, presentan aumento de alguna de estas 3 complicaciones:

1. TORSION

La frecuencia de torsión de tumores ováricos durante la gestación ha sido informado entre el 10 y 15%. El previo conocimiento de la presencia de la tumoración ayuda al diagnóstico. La mayoría de las torsiones se dan cuando el útero se eleva con rapidez, como ocurre entre la 8 y 16a. semana, o al involucionar rápidamente, como pasa en el puerperio. Aproximadamente un 60% sucede al comienzo del embarazo y un 40% en el puerperio.

La secuencia clínica está en el dolor repentino del abdomen bajo, náuseas y vómitos, y algunas veces signos de shock. El abdomen tenso con rebote y defensa es usual. La palpación de una masa sensible, de gran tamaño, completa el cuadro. La tensión incompleta presentará matices apagados del cuadro mencionado.

El embarazo ectópico y la peritonitis por patología intestinal son los diagnósticos diferenciales más apropiados.

2. INTERFERENCIA MECANICA

En ciertos casos, la presencia de tumor ovárico puede no sospecharse hasta el parto y puede deberse a no haberse hecho el diagnóstico en el primer trimestre; si bien otro factor importante es que, en el 15% de los casos, la neoplasia crece durante la gestación y puede haber sido demasiado pequeña durante el inicio de ella. Así mismo, si el crecimiento se efectúa por detrás del útero, no es difícil pasar inadvertido hasta no caer en el fondo de saco; caso contrario su diagnóstico será propuestos hasta el puerperio.

En la obstrucción mecánica del canal del parto se presentan tres problemas básicos: 1.- El feto no puede encajar. 2.- El útero puede romperse y 3.- El tumor puede romperse y producir una hemorragia intraabdominal, peritonitis química o siembra de la cavidad peritoneal. Aún si el quiste ovárico no se rompe, el trauma

matismo del trabajo de parto puede producir hemorragias intratumorales, seguidas de necrosis y supuración. Los peligros de traumatismo, rotura y torsión son demasiado grandes, por lo que se aconseja la máxima observación de estos casos.

Nunca será demasiada la insistencia en la absoluta contraindicación de punzar un quiste de ovario, bien para descomprimirlo o para investigarlo. La infección, con peritonitis es la menor complicación que podemos esperar de ello.

3. MALIGNIZACION

La frecuencia de carcinoma en los tumores ováricos observados durante la gravidez se ha informado entre 2.5 y 59/o. Esta patología es más común en el grupo etario de más de 30 años. La frecuencia relativa de todos los embarazos es de 1:8000 a 1:20000. Debe recordarse que esta cifra incluye los abortos.

La paciente se presenta durante la gestación del primer trimestre con un útero aumentado de tamaño más una masa anexial. Toda masa de anexo inmóvil, irregular y de diversas formas, especialmente si es bilateral, debe de hacer sospechar malignidad. Algunos autores aconsejan el diagnóstico culdoscópico o laparoscópico. Estas técnicas son de dudoso valor. Debe hacerse la inspección directa, pero de manera tal que no causen riesgos de traumatismos para el tumor, con posible rotura y extensión, o aún daño a otros órganos adheridos. Finalmente, el tratamiento de elección es la resección total. No existe, en efecto, mucha diferencia entre una incisión de 2.5 cm y otra de 12 ó 15 cms. que permita total evaluación del tumor, completa inspección de las demás vísceras abdominales y remoción de los órganos afectados.

TRATAMIENTO

Los principios básicos del tratamiento de los tumores benignos durante el embarazo son los siguientes:

1. Si el tumor es quístico de menos de 6 cms. y disminuye de tamaño al progresar la gestación, se le observará. La operación no está indicada a menos aparezca rotura o torsión. Si el quiste no entra en regresión, el momento ideal para la operación será entre las 12 a 14 semanas.
2. Los tumores sólidos o sospechosos deben ser extraídos de una vez, no importa el trimestre que se encuentre la gestación. La evidencia de torsión, hemorragia o necrosis hace imprescindible la cirugía inmediata.
3. La manipulación del útero debe ser lo más cuidadosa posible, en la necesidad de disminuir las posibilidades de aborto. El uso de progesterona profiláctica es debatida.
4. Después de las 18 semanas, la cirugía se hace técnicamente muy difícil. Así mismo la presión de un útero en constante crecimiento sobre la cicatriz operatoria, debilitaría la cicatrización con herniación de la misma.
5. En el último trimestre, los principales problemas los crea el tumor que puede bloquear el parto. Las complicaciones maternas y fetales hacen imprescindible la cirugía. Cesárea y resección ovárica es el tratamiento.

Si la salida del feto no está bloqueada y el tumor descansa por arriba del estrecho superior, el parto puede producirse por vía baja y luego realizarse dentro de las primeras 48 horas la invertención quirúrgica. Debe vigilarse estrechamente a la paciente en estas horas puerperales pues, como hemos dicho, la torsión es una complicación frecuente del puerperio.
6. Con evidencia de dolor y reacción peritoneal, indiferentemente de la situación que se encuentre el tumor, la operación debe llevarse a cabo inmediatamente.
7. Si el diagnóstico del tumor se realiza durante el puerperio, la operación está indicada dentro de las 48 horas. Con torsión, se efectuará la operación sin dilación.

