



Tumores de ovario y embarazo

A.-G. Pourcelot, H. Fernandez

La coexistencia de un embarazo y de una masa ovárica es una situación cada vez más frecuente. En la mayoría de los casos, basta la ecografía para establecer el diagnóstico y orientar el tratamiento en función o no de criterios de malignidad. En casos más complejos se puede realizar la resonancia magnética. La mayoría de los tumores ováricos diagnosticados en el primer trimestre son quistes funcionales y desaparecen de forma espontánea. La cirugía es obligatoria en caso de síndrome doloroso abdominal agudo que haga sospechar una torsión ovárica o una ruptura de quiste, o en caso de sospecha de malignidad. En la actualidad, la laparoscopia está reconocida como técnica de elección en la mujer embarazada, aunque con características propias de esta situación.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Quiste ovárico; Tumor ovárico; Embarazo; Laparoscopia

Plan

■ Frecuencia	1
■ Tipos histológicos	1
■ Diagnóstico	1
Clínica	1
Pruebas de imagen	2
Marcadores	3
■ Complicaciones	3
Torsión ovárica	3
Ruptura del quiste	3
Hemorragia intraquística	4
Absceso ovárico	4
Placenta previa	4
Abortos	4
■ Tratamiento	4
Vigilancia y expectativa	4
Cirugía	4
Punción ecoguiada	5

■ Frecuencia

Desde la realización sistemática de la ecografía a las 12 semanas de amenorrea (SA), la incidencia global de los tumores ováricos durante el embarazo no ha dejado de aumentar. En la literatura, la prevalencia de estos tumores está estimada entre un 0,3-5,4%. El riesgo de tumor ovárico maligno está estimado en uno por cada 15.000-32.000 embarazos ^[1] (Cuadro 1).

La mayoría de estos tumores (alrededor del 70%) experimentan una regresión espontánea y con frecuencia antes de las 16 SA.

■ Tipos histológicos

Durante el primer trimestre, la mayoría de los tumores ováricos son quistes funcionales de tipo folicular o

quistes del cuerpo lúteo (entre el 57-76% de los casos). En el metaanálisis de Aggarwal et al de 2011 ^[2], de 584 tumores ováricos intervenidos durante el embarazo, se observó un 34,6% de quistes dermoides, un 23,5% de cistoadenomas y, en frecuencia decreciente, quistes funcionales, quistes paratubáricos, endometriomas y, finalmente, fibromas ováricos.

En relación con los endometriomas, se observa un aumento constante de su frecuencia (valorada en un 0,5%) ^[3]. Es frecuente que su tamaño disminuya durante el embarazo (50% de los casos). Pueden sufrir una decidualización bajo el efecto de las hormonas del embarazo (12% de los casos) que puede simular en la ecografía una transformación maligna (aspecto periférico sólido con paredes irregulares hipervascularizadas) ^[4].

Según las diferentes series publicadas, los quistes dermoides son de tamaño estable durante el embarazo ^[5].

En caso de tumor maligno, se observa una mayoría de tumores *borderline* (48%). A continuación, disgerminomas (25%), tumores epiteliales malignos (21%) y, finalmente, otros tumores mucho más infrecuentes (Krukenberg, tumores de los cordones sexuales, etc.). A menudo se diagnostican en un estadio precoz (80,8% en estadio I de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en la serie de Leiserowitz et al) ^[6]. La degeneración de un quiste dermoide o de un endometrioma es excepcional ^[5].

■ Diagnóstico

Clínica

El 40% de los tumores ováricos durante el embarazo se diagnostican en el primer trimestre, el 20% en el segundo trimestre y el 40% en el tercer trimestre.

En casi el 70% de los casos, son asintomáticos ^[2, 7] y no se diagnostican en la exploración física debido a que el aumento del volumen uterino dificulta el examen de los anexos y del abdomen. El dolor pélvico está presente en aproximadamente el 8% de los casos y en ocasiones

Cuadro 1.

Series de tumores ováricos (TO) controlados durante el embarazo.

Autor, año	Tipo de estudio	Número de TO	Prevalencia de TO benignos	Prevalencia de TO malignos	Criterios de inclusión
Yen, 2009	Retrospectivo	213	No descrita	3,4%,	TO \geq 4 cm
Balci, 2008	Retrospectivo	36	0,2%	5,8%	Cualquier TO
Schmeler, 2005	Retrospectivo	59	0,05%	7,9%	TO \geq 5 cm
Condous, 2004	Prospectivo	161	5,4%	0,62%	TO \geq 2,5 cm
Zanetta, 2003	Prospectivo	79	1,2%	3,6% (<i>borderline</i>)	TO \geq 3 cm
Bernhard, 1999	Prospectivo	102	2,3%	0,46%	Cualquier TO
Bromley, 1997	Prospectivo	125	No descrita	0,8%	TO \geq 4 cm
Platek, 1995	Retrospectivo	31	0,07%	0%	TO \geq 6 cm
Thornton, 1987	Retrospectivo	131	0,2%	8,6%	Cualquier TO
Nelson, 1986	Prospectivo	38	1,1%	0%	TO \geq 3 cm
Struyk, 1984	Retrospectivo	90	0,1%	3,3%	TO \geq 5 cm

Cuadro 2.

Diez parámetros del International Ovarian Tumor Analysis (IOTA).

M1	Tumor sólido irregular
M2	Presencia de ascitis
M3	Al menos 4 vegetaciones
M4	Tumor multilocular sólido irregular con un diámetro superior a 10 cm
M5	Vascularización muy importante (puntuación de color 4)
B1	Quiste unilocular
B2	Presencia de componentes sólidos, de los cuales el más pequeño es menor de 7 mm
B3	Presencia de sombra acústica
B4	Tumor multilocular de diámetro inferior a 10 cm
B5	Sin vascularización (puntuación de color 1)

Cuadro 3.

Tres reglas del International Ovarian Tumor Analysis (IOTA).

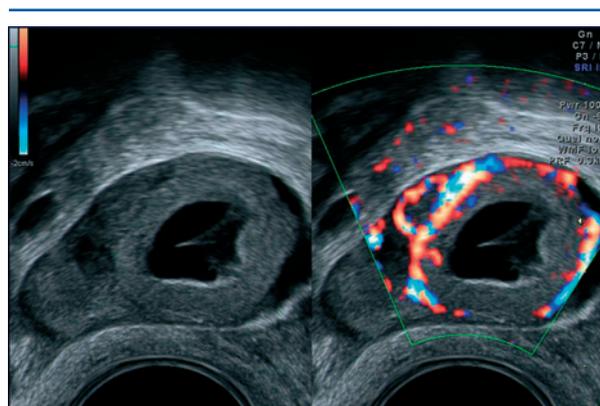
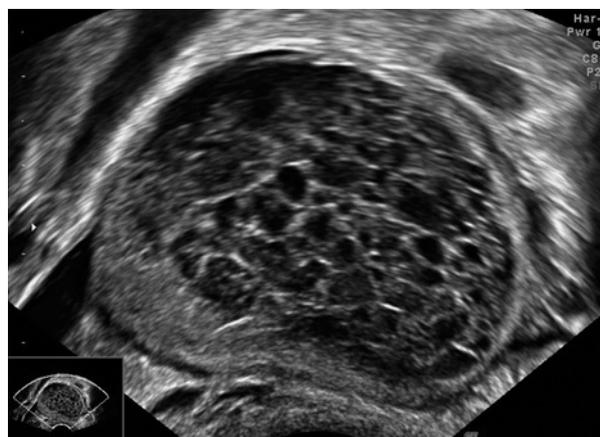
Regla 1	Si se observan uno o varios parámetros M en ausencia de B, la masa es maligna
Regla 2	Si se observan uno o varios parámetros B en ausencia de M, la masa es benigna
Regla 3	Si están presentes los dos M y B o si no se observa ningún parámetro B o M, la ecografía no es concluyente y resulta necesaria una prueba de segunda línea

se confunde y/o se asocia con dolores inespecíficos del embarazo.

Pruebas de imagen**Ecografía pélvica**

Al igual que fuera del embarazo, la ecografía es la prueba de referencia, con una sensibilidad del 86% y una especificidad del 91% para diferenciar los tumores benignos de los malignos [8]. Los signos ecográficos sospechosos de una lesión maligna son los mismos que en la mujer no embarazada (lesiones de paredes irregulares, con un componente sólido, ascitis, lesión bilateral, tamaño superior a 10 cm, vegetación, tabicación). En la actualidad se recomienda el uso de la terminología y clasificación del International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) para identificar los tumores ováricos [9] (Cuadros 2, 3).

Existen pocos estudios que describan la concordancia ecográfica y de patología de las lesiones ováricas durante el embarazo. En la serie retrospectiva de Bromley et al [10], que valoró 131 tumores ováricos durante el embarazo, la tasa de predicción fue del 95% para los quistes dermoides, del 80% para los endometriomas y del

**Figura 1.** Cuerpo lúteo.**Figura 2.** Cuerpo lúteo hemorrágico.

70% para los quistes funcionales. Sin embargo, sólo el 7% de las lesiones sospechosas de malignidad en la ecografía fueron confirmadas en la histología. En una serie más reciente [11], la concordancia ecográfica e histológica es del 76%. La discordancia afecta sobre todo a quistes funcionales descritos como orgánicos durante todo el seguimiento del embarazo.

El uso del Doppler no parece mejorar la especificidad de la exploración ecográfica [12].

Las Figuras 1 a 4 muestran diferentes tipos de quistes diagnosticados durante el embarazo mediante ecografía endovaginal.

Resonancia magnética

Los estudios mediante resonancia magnética (RM) durante el embarazo son todavía menos numerosos que

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777822>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777822>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)