

# **CARCINOMA EMBRIONARIO DE OVARIO CON METÁSTASIS Y EMBARAZO PRE TÉRMINO”:**

## **Reporte de un caso.**

### ***Ovary Embryony Cancer with pregnancy: Case Report***

#### **AUTORES:**

- \* Dra. Reina Lindao Camacho
- \*\* Dr. Héctor Jiménez Cervantes
- \*\*\* Dra. Karina Sánchez Gilces
- \*\*\*\* Dra. Nadia Almeida
- \*\*\*\*\* Dr. Fausto Padilla Guevara

- \* Medico Postgradista de Cirugía del Hosp.  
Luis Vernaza
- \*\* Medico Residente de Pediatría del Hosp.  
Roberto Gilbert E.
- \*\*\* Medico Residente de Pediatría en Maternidad  
Enrique C. Sotomayor
- \*\*\*\* Gineco-Obstetra Matern. Enrique C.  
Sotomayor
- \*\*\*\*\* Gineco-Obstetra-Cirujano Oncólogo de  
Matern. Enrique C. Sotomayor

**Área de Estudio: Maternidad Enrique C. Sotomayor.**

### **RESUMEN**

La asociación de cáncer de ovario con embarazo, en una paciente joven con síndrome de abdomen agudo. El pronóstico está relacionado con el diagnóstico temprano y la etapa; además la ultrasonografía es la piedra angular para detectar estos tumores, permitiendo un manejo conservador, principalmente cuando la fertilidad debe ser preservada en pacientes jóvenes. La quimioterapia es un excelente apoyo adyuvante en el manejo a partir del segundo trimestre y puede ser administrada sin que tenga efectos adversos en el feto.

**Palabras claves:** cáncer embrionario; ovario; embarazo; Parto prematuro

### **SUMMARY**

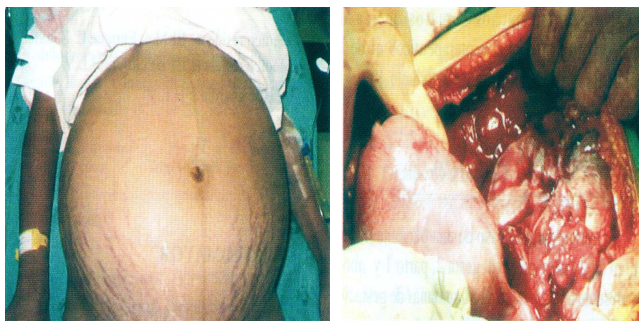
The association of ovarian cancer with pregnancy, in a young patient with acute abdominal syndrome. The prognosis is related to early diagnosis and the stage, therefore ultrasonography is the corner stone to detect these tumors allowing a conservative management, mainly when the fertility must be maintained in younger patients. Chemotherapy is an excellent adjuvant in the midtrimester and can be administered without an important deleterious effect on the fetus.

**Key words:** Embryonary cancer; ovary; pregnancy; I leave premature

### **INTRODUCCIÓN**

La asociación de embarazo y cáncer implica el gran reto del equipo de salud. La frecuencia de cáncer de ovario asociado con embarazo es rara (2-5%), uno en 18000 embarazos (3). En el ámbito mundial existe un caso entre más de mil a tres mil embarazos, por lo que es difícil el diagnóstico oportuno y un óptimo tratamiento, además el binomio producto-madre exacerba la complejidad en la toma de decisiones (4-5).

El Cáncer de ovario se presenta con una incidencia aproximada de 1/1 000 embarazos, luego del cervical (7-11). La mayoría de los casos son asintomáticos y se detectan durante el ultrasonido o en el momento de la cesárea (1-18).



**Foto 1. Paciente 29 años que presenta abdomen globuloso y distendido no acorde con la edad gestacional  
Foto 2. Hallazgo en laparotomía exploradora de masa tumoral en ovario izquierdo.**

El tratamiento depende de la sintomatología y de la sospecha de malignidad. Las masas pequeñas detectadas durante el primer trimestre del embarazo muchas veces representan quistes funcionales que involucionan espontáneamente para el segundo trimestre (16).

En caso de ser de mayor tamaño y persistencia se deben investigar con mayor detalle. Si se indica intervención quirúrgica sin necesidad de urgencia, la misma se retrasa hasta la semana 16-18 de gestación cuando se minimiza el riesgo de aborto (20-25). Con excepción de los carcinomas de bajo grado, la mayoría de los tumores de células germinales y carcinomas epiteliales invasivos requieren luego de la cirugía quimioterapia adyuvante; y debido al pobre pronóstico de estos tipos tumorales no es aconsejable retrasar el inicio de estos tratamientos (5-13-19). Esto constituye un dilema en el caso de mujeres embarazadas ya que la mayoría de los agentes citotóxicos se asocian con malformaciones congénitas y retardo del crecimiento intrauterino. Luego del primer trimestre de embarazo estos riesgos se reducen considerablemente (20-22-27).

En el caso de que se encuentre mayor patología es decir carcinoma con mayor grado o extensión se sugiere la interrupción del embarazo y tratamiento oncológico según estadio. Los Cánceres de ovarios epiteliales de bajo grado, no requieren según NIH mayor tratamiento que el quirúrgico en los estadios Ia (5-10).

La más frecuente de estas neoplasias corresponde a los tumores de células germinales, principalmente del disgerminoma (23-30%), seguido de los tumores epiteliales. Por la baja frecuencia de cáncer asociado con embarazo, hay una limitada experiencia con los tratamientos con quimioterapia



**Foto 3. Implantes abdominales mayores de 2 cm.**

Además, su potencial efecto genético a largo plazo, tanto para la madre como para el producto, son prácticamente desconocidos.(5-17) El siguiente informe describe un caso con la asociación de cáncer de ovario y embarazo de 26 semanas de gestación que se presentó en la Maternidad Enrique C. Sotomayor

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

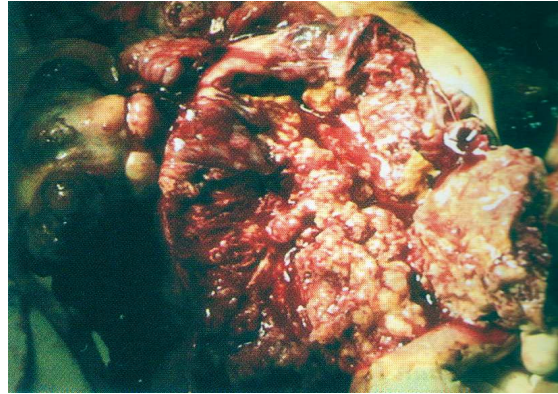
Paciente femenina de 29 años de edad, Gesta II, Paridad I, aborto1 se presenta con embarazo de 26 semanas de gestación. Que acude a emergencia de la maternidad E. C. Sotomayor a causa de dolor abdominal agudo tipo cólico en flanco izquierdo de 48 horas de evolución, a la cual se le realizó maduración de su embarazo hasta las 33 semanas, es ingresada como un embarazo de alto riesgo con impresión diagnóstica: mioma uterino, más bradicardia fetal, más amenaza de parto prematuro.

Sus signos vitales eran estables. El dolor abdominal fue de tipo cólico ubicado en flanco izquierdo de dos días de evolución y acompañado de edema de extremidades inferiores y hemodinámicamente estable.

El abdomen estaba distendido por crecimiento uterino, su fondo fue localizado a 40 cm por arriba de la sínfisis del pubis (foto1). El feto estaba con vida, dorso a la izquierda, con frecuencia cardiaca de 115/min.

En la exploración general no se detectó la presencia de contractilidad uterina. En el cuadrante inferior izquierdo del abdomen se palpó un tumor duro de 15 x 10 cm de diámetro, móvil, se provocaba dolor a la palpación acompañado de signos de irritación peritoneal.

**Foto 4. Implantantes en pared abdominal**



El examen ginecológico se palpó masa que dificultó el tacto, sin pérdida transvaginal. El tamaño uterino no correspondía a la edad gestacional.

La exploración rectal confirmó un tumor sólido móvil, doloroso, que correspondía al ovario del lado izquierdo, aumentado de volumen.

Los exámenes preoperatorios fueron normales salvo de anemia Hb: 9 y Hcto: 34 además incluyeron: biometría hemática completa; química sanguínea: glucosa, urea y creatinina; examen general de orina; estudios hemoragíparos y cuenta de plaquetas. La radiografía de tórax fue también normal.

El ultrasonido abdominal mostró útero gestante con un feto vivo; y un tumor sólido del ovario izquierdo, de 25 cm de diámetro y metástasis a estructuras adyacentes.

Los hallazgos de la laparotomía exploradora fueron: producto único vivo de sexo femenino, tumor que mide aproximadamente 25 x 20 cm. Friable en ovario izquierdo con metástasis peritoneal y hepática. (foto 2, 3,4,5)

El procedimiento desarrollado fue histerectomía total abdominal más tumorectomía de ovario izquierdo más ligadura hipogástricas.

El informe histopatológico final fue de neoplasia maligna constituida por células inmaduras de tipo embrionario. Carcinoma embrionario de ovario con metástasis a epiplón.

La paciente falleció a las cuatro horas de postoperatorio por falla multiorgánica más shock cardiogénico.

El producto de sexo femenino salió vivo y fue dado de alta.

### **DISCUSION**

El cáncer de ovario es una entidad poco frecuente en pacientes en edad reproductiva. Su asociación con el embarazo es sumamente infrecuente con una incidencia global de 0.12 por 100,000 mujeres mayores de 14 años (5-11-29). La tasa de aparición durante el embarazo es de 1/20,000 – 1/30,000. Es más frecuente la presentación unilateral (95% de casos). Su aparición en forma bilateral es infrecuente. Las neoplasias malignas de

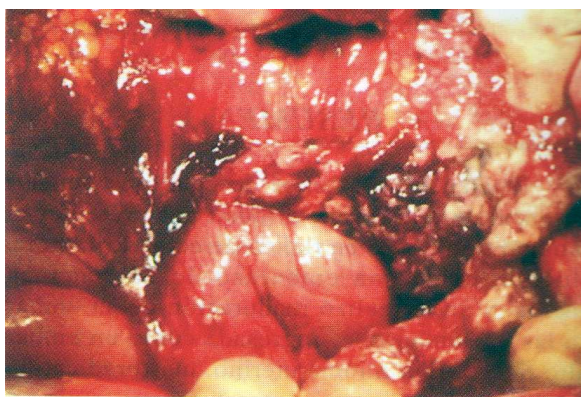
células germinales aparecen con mayor frecuencia en mujeres menores de 20 años, en cambio los tumores de tipo epitelial lo hacen en mujeres mayores de 50 años (6-16-24).

La asociación de cáncer de ovario y embarazo es rara. El diagnóstico temprano y el tratamiento apropiado, ofrecen un mejor pronóstico para estas pacientes. La quimioterapia agresiva durante el postoperatorio inmediato contribuye a un mejor resultado (14-25).

Es importante comentar que el cáncer de ovario en la mujer embarazada puede ser detectado tempranamente, que lamentablemente no sucedió en el presente caso, a través del estudio **ultrasonográfico obstétrico**. (9-10-12).

La aplicación clínica de los aspectos bioquímicos, genéticos y moleculares de la carcinogénesis e invasión ovárica es requerida para lograr un cambio en la morbilidad y mortalidad de las pacientes con carcinoma epitelial de ovario, así como el desarrollo de métodos efectivos de detección precoz, quimioprevención acertada y terapias ováricas específicas. (18-19)

Por otra parte, Krepart, Piver y colaboradores no recomiendan tratamientos quirúrgicos conservadores en tumores mayores de 10 cm de diámetro (23). El criterio de resección quirúrgica se aplica en cualquier tumor de ovario con diámetro mayor de 6 cm y con mezcla ultrasonográfica de componente sólido-quístico con ecos en su interior, diagnosticado en el primer trimestre de la gestación. (5-19-22)



**Foto 5. Implantes peritoneales**

Si el tumor de ovario es detectado cerca del final del embarazo, la cirugía puede ser diferida hasta confirmar maduración pulmonar fetal, demostrado tanto por radiología como por ultrasonido y pruebas bioquímicas (9-29). En ese momento, en el primer tiempo debe realizarse la cesárea y posteriormente la resección quirúrgica protocolizada del tumor ovárico. La

estadificación del cáncer del ovario es quirúrgica y está basada en las recomendaciones de la FIGO. (17-21)

La poliquimioterapia ha sido empleada cada vez con mayor frecuencia en aquellos tumores germinales de mal pronóstico asociados con embarazo, principalmente posterior a la organogénesis del producto. La gravedad del efecto citotóxico de los agentes quimioterapéuticos en relación con el deterioro fetal y efectos colaterales, depende principalmente de la edad del producto. De tal forma que los efectos tóxicos pueden ser clasificados en corto o largo plazo. Los principales efectos a corto plazo son el aborto espontáneo, la teratogénesis, la toxicidad orgánica, parto prematuro y la presencia de infantes de bajo peso (4-5-18).

Dentro de los efectos a largo plazo se han observado carcinogénesis, esterilidad, retardo en el crecimiento-desarrollo físico y mental, mutaciones y teratogenicidad en las generaciones ulteriores (26-28) Durante el primer trimestre de la gestación, los agentes quimioterápicos deben ser evitados en lo posible, de tal forma que su uso práctico, con menos efectos nocivos, empieza con el inicio del segundo trimestre del embarazo. La madre y sus familiares deben ser orientados e informados en relación con los efectos nocivos potenciales a corto y largo plazo por el uso de las drogas antineoplásicas.(9-12)

Se aconseja rutinariamente un ultrasonido obstétrico, que auxilia y confirma la benevolencia del estudio no invasivo, para el diagnóstico de tumor anexial durante la gestación. (9 -28)

En el manejo de las pacientes con cáncer de ovario y embarazo, deben ser considerados los siguientes factores:

- a) edad gestacional,
- b) deseo de otro embarazo y
- c) hallazgos transoperatorios en la etapificación de la enferma.(15-23)

En todos los casos de tumor anexial y embarazo, en la laparotomía exploradora es indispensable el estudio transoperatorio que confirme malignidad, para determinar el tratamiento adecuado. En caso de no contar con patólogo, se recomienda realizar lavado de cavidad abdominal, salpingooforectomía y biopsia ganglionar paraaórtica. Dependiendo de los hallazgos transoperatorios y del informe definitivo se valorará el manejo a seguir. (5-24)

### **CONCLUSIONES**

El ovario es un órgano que puede desarrollar tumores histológicamente muy diferentes entre sí.

El Cáncer de ovario asociado con embarazo es una enfermedad rara, los criterios de pronóstico más importantes para estas pacientes son la etapa del tumor y la edad gestacional.

El ultrasonido pélvico rutinario desarrollado como parte del estudio antenatal, es el más significativo como herramienta de ayuda en la evaluación de las enfermas con tumor del ovario. El diagnóstico es difícil ya que no hay signos ni síntomas específicos, especialmente en su etapa precoz, salvo el desarrollo de una torsión de su pedículo o de la ruptura de su cápsula que por lo común sucede en tumores de gran tamaño. Aún así, lo más común es que la mujer sólo haya tenido síntomas vagos digestivos y acuda a su médico cuando presenta distensión abdominal producida por un gran tumor, por ascitis o por obstrucción de una víscera como el recto- sigmoides. Por lo que su diagnóstico en etapas tempranas sigue siendo fortuito, asociado a una urgencia quirúrgica abdominal.

La laparotomía exploradora resulta indispensable para establecer el diagnóstico y la etapa.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

1. Aued, F: Fernández, A: Bailón, E: Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2ª ed, Ed manual Completo, Mexico, 487, 2003.
2. Braunwold, E: Isselbacher, K: Principios de Medicina Interna. 4ªed, Ed. Interamericana, Mexico, 618 – 628, 2001.
3. Burke, T: Luna, T: Malpica, A: Hiperplasia y cáncer endometriales. Rev. med. Clin Gin Obs Temas Actuales, Santiago-Chile, 2: 396, 2000.
4. Calatroni, C: Terapéutica Ginecológica. 9ª ed, Ed Panamericana, Barcelona- España, 699,1998.
5. Casciato, D: Lowitz, B: Oncología Clínica. 4ª ed, Marbán S.C., España, 256, 2001.
6. Castilla, J: Tumor carcinoide mucinoso de ovario con un componente carcinomatoso asociado. Revista española de Patología, Barcelona-España, 37(3): 35-36, 2004.
7. Cherney, D: Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 8ª ed, Ed Manual Moderno, Madrid-España, 24:503, 1999.
8. Di Saia, C: Oncología Ginecológica clínica, 5º ed., Ed Harcourt Brace, Madrid- España, 285, 1999.

9. Fleischer, M; Romero, J: Ecografía en Obstetricia y Ginecología. 6ª ed, Ed Marban, España, 201-206-392-441, 2002.
10. Gamarra, E; Sanchez, J: Controversias en el manejo del cáncer de Ovario. Rev. Med. Oncología. Guayaquil-Ecuador, 14(3): 149-152, 2004.
11. Goldstein, E: Ginecología en pediatría y la adolescente. 4ª ed, Ed Mc Graw Hill Interamericana, Madrid-España, 438-439, 2000.
12. Gordon, A; Lipton, D; Woodruff, J: Dysgerminoma. A review of 158 cases from the Emil Novak ovarian tumor. 1º ed, Obstet Gynecol, Boston-Massachusetts, 58: 497-503,1998.
13. Henderson, I: Tratamiento Quirúrgico del cáncer del Ovario. Rev. Med. Oncología Clínica. Temas de actualidad. Chile, 2(559): 246, 1996.
14. Jolles, C: Gynecologic Cancer associated with pregnancy. 2º ed, Semin Oncol, Denver, 16: 417-24, 1989.
15. Karien, R; Assadollah, A; Cook, A: Dysgerminoma associated with pregnancy. 1ª ed, Obstet Gynecol, Boston, 53: 330-4, 1979.
16. Krepart, G; Smith, P; Rutledge, L: The treatment for dysgerminoma of the ovary. 2ªed, Cancer, 41: 986-90, 1987.
17. Mishell, D: Tratado de Ginecología. 2ª ed, Ed Harcourt Brace, Madrid-España, 931, 2002.
18. Pacheco, N: Enfoques multidisciplinarias de ginecología oncológica. Rev Med. Neoplasia: Oncología Multidisciplinaria. Madrid-España, 15 (1):1, 1998.
19. Parra, M: Estudio comparativo de pacientes con patologías malignas y benignas del sistema reproductor. Rev Med. Neoplasia: Oncología Multidisciplinaria. Madrid-España, 14(1):15, 1997.
20. Penna, J: Teratoma ovárico complicado en el embarazo como etiología de abdomen agudo. Rev. Med. H.I.G.A, Bahía Blanca-Argentina 102:56-58, 2005.
21. Pernoll, M; Benson, R: Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 5ª ed, Ed Manual Moderno, Mexico, 694, 1995.
22. Poveda, M; Gamarra, E: Diagnóstico y Prevención del Cáncer de ovario. Rev.Med. Oncología. Guayaquil-Ecuador, 14(3), 154- 157, 2004.
23. Rodríguez, A: Complicaciones médicas del embarazo. 2ª ed, Ed Harcourt Brace, España, 427, 1999.
24. Rosenvasser, E: Tratado de Obstetricia. Terapéutica Obstétrica. 3ª ed, Ed Panamericana, Buenos Aires - Argentina, 401, 2002.
25. Sabiston: Tratado de patología quirúrgica. 16ª ed, Ed Manual Moderno, Madrid-España, 775-776, 1880.
26. Sánchez, J: Tumores germinales malignos de ovario. Rev. Med. Neoplasia: Oncología Multidisciplinaria. Madrid-España, 14 (2):61, 1997.
27. Schwartz, P: Early detection and screening for ovarian cancer. Journal of Cell Biochemistry 23: 233-237, 1995.
28. Thompson, J: Ginecología Quirúrgica. 7ª ed, Ed Panamericana, Barcelona-España, 1172- 1173, 1998.
29. Usandizaga, J: Tratado de Obstetricia y Ginecología. 1ª ed, Ed Mosby, Madrid-España, 449, 1998.