



Cistadenoma ovárico y embarazo ectópico concomitante. Reporte de caso

Eric Emilio Vázquez Camacho,* Felipe Alfán Guzmán,** Dante Carbajal Ocampo***

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Se comunica el caso clínico de una paciente de 40 años de edad que acudió a consulta debido a un retraso menstrual de tres semanas sin síntomas. Tenía como antecedentes: no haberse embarazado, tratamiento durante tres meses con citrato de clomifeno, sin otros factores de riesgo. Se determinó la fracción beta de gonadotropina coriónica humana y se encontró un probable embarazo de tres a cuatro semanas. En otra cuantificación de valores no se demostró la existencia de saco intrauterino, pero sí de aumento en la fracción beta. A las siete semanas de amenorrea se le realizó otro ultrasonido y se encontraron datos de un probable tumor en el ovario izquierdo, pero sin mayor aumento en la fracción beta. A las diez semanas de amenorrea tuvo sangrado transvaginal y acudió a valoración médica, en la que se diagnosticó una probable mola, sin recibir mayor atención médica. A partir de la décima segunda semana de amenorrea la paciente experimentó disminución considerable en las concentraciones de la fracción beta, sin otros síntomas concomitantes, pero persistió el tumor anexial izquierdo, con septos irregulares. Se decidió operarla y se encontró un cistadenoma seroso en el ovario izquierdo, encapsulado, con un embarazo ectópico.

Palabras clave: embarazo ectópico, masa anexial, gonadotropina coriónica humana, mola, cistadenoma seroso.

ABSTRACT

A 40 year old woman without symptoms, with a three-week amenorrhea, and with no previous pregnancy history. Three months before she followed treatment with clomifene and no other risk factors. A measure of beta fraction is performed, finding a probable pregnancy of 3-4 weeks. A new measure of beta fraction is made three weeks later with an ultrasound, finding an important increment in measure, but without evidence of intrauterine pregnancy in the ultrasound. A new ultrasound is made seven weeks after her last period, finding a mass in the left ovary, but without increment in beta fraction. At week ten, she presents an uterine bleeding during a trip, which is diagnosed as a probable mole without any further medical treatment and from the 12th week, there is a considerable decrement in the beta fraction measure, without any other symptom, but the persistent adnexal mass at the left ovary, with irregular septum images at ultrasound. A laparotomy is performed finding an ectopic pregnancy surrounded by a serum cystadenoma.

Key words: Ectopic pregnancy, Adnexal mass, Gonadotropin Corionic Human Hormone, Mole, Serum Cystadenoma.

RÉSUMÉ

On communique le cas clinique d'un patient de 40 années d'âge qui est allé à consultation étant donné un retard menstrual de trois semaines sans symptôme. Il avait comme antécédents : ne pas avoir été embarrassé, traitement pendant trois mois avec citrate de clomifén, sans un autre facteur de risque. On a déterminé la fraction bêta d'hormone coriônic gonadotropin et on a trouvé une probable grossesse de trois à quatre semaines. Dans une autre quantification de valeurs on n'a pas démontré l'existence de couche intra-utérine, mais bien d'augmentation dans la fraction bêta. Aux sept semaines d'aménorrhée lui on a effectué un autre ultra-son et on a trouvé des données d'une tumeur probable dans l'ovaire gauche, mais sans une plus grande augmentation dans la fraction bêta. Aux dix semaines d'aménorrhée il a eu saignée transvaginal et est allé à évaluation médicale, dans laquelle on a diagnostiqué un probable branche, sans recevoir une plus grande attention médicale. À partir de la dixième seconde semaine d'aménorrhée le patient a éprouvé une diminution considérable dans les concentrations de la fraction bêta, sans un autre symptôme concomitant, mais a persisté la tumeur anexiel gauche, avec septo irréguliers. Il a été décidé de l'opérer et un cistadenoma séreux dans l'ovaire gauche, encapsulad s'est trouvé, avec une grossesse ectópic.

Mots clef: grossesse ectópica, masse anexial, homme coriônic gonadotropin, branche, cistadenom séreux.

RESUMO

O caso clínico dum paciente que recorreu a consulta devida a um atraso menstrual de três semanas sem sintomas de 40 anos de idade comunica-se. Tinha como antecedentes: não ter engravidado durante três meses com citrato de clomifeno, tratamento, sem outros fatores de risco. A fração determinou-se beta do gonadotropina coriônica humana e uma gravidez provável de três a quatro semanas achou-se. A existência do saco intra-uterino do aumento na fração mas sim não se demonstrou em outra quantificação de valores, beta. Outro ultrason realizou- se-lhe às sete semanas de amenorreia e dados dum tumor provável no ovário esquerdo sem aumento mais maior na fração

mas acharam-se, beta. Teve sangrar transvaginal às dez semanas de amenorreia e recorreu a avaliação médica sem receber capitão atenção médica, provável diagnosticou-se em que gosta. A partir a paciente da décimo semana de amenorreia experimentou diminuição considerável nas concentrações da fração beta, sem outros sintomas concomitantes, mas persistir o tumor anexial esquerdo, com septos irregulares. Decidir-se operá-la e cistadenoma no ovário esquerdo achou-se seroso, capsulado, com uma gravidez ectópico.

Palavras-chave: gravidez ectópico, massa anexial, coriónica gonadotropina humana gosta, cistadenoma seroso.

CASO CLÍNICO

Mujer de 40 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares ni patológicos de importancia. Antecedentes reproductivos: menarquia a los 10 años, ritmos de 28 x 3 días (eumenorreica); sin partos, con deseos de embarazo y tratada tres meses previos al inicio de los síntomas actuales con 50 mg/día de citrato de clomifeno (Omfifin®), del día 5 al 9 a partir del primer día de la menstruación.

Acudió a consulta con retraso menstrual de tres semanas, sin otros síntomas relacionados, por lo que se realizó la determinación de la fracción beta de hCG en sangre, cuyo reporte indicó valores acordes con probable embarazo de dos a tres semanas. Decidió mantenerse a la paciente en observación y realizar una nueva determinación de la fracción beta de hCG en tres semanas posteriores, en la que se encontró incremento de la misma, con datos que coincidían con cuatro a cinco semanas de embarazo. En la exploración física no se encontraron masas anexiales; útero en anteversoflexión de 8 x 8 cm y cuello uterino cerrado y formado. Se efectuaron exámenes generales en sangre que resultaron normales; en el ultrasonido pélvico se observó una tumoración quística en el ovario izquierdo, de 25 x 11 x 25 mm; el útero medía 76 x 43 x 43 mm y el endometrio, 19.3 mm de grosor (figura 1).

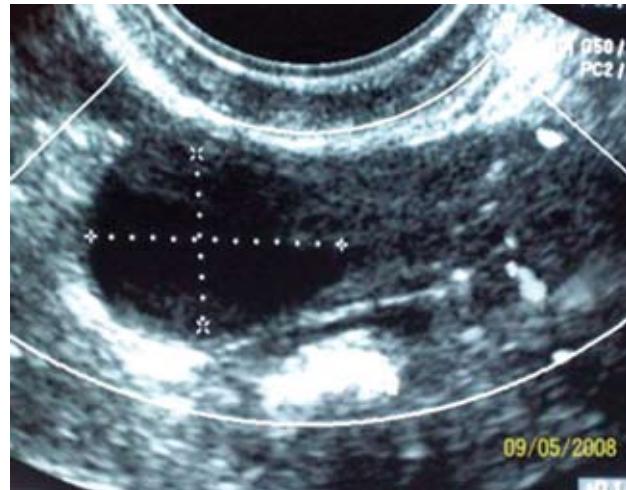


Figura 1. Tumoración quística.

Debido a que no parecieron concluyentes las imágenes se decidió mantener en observación a la paciente (figura 2).

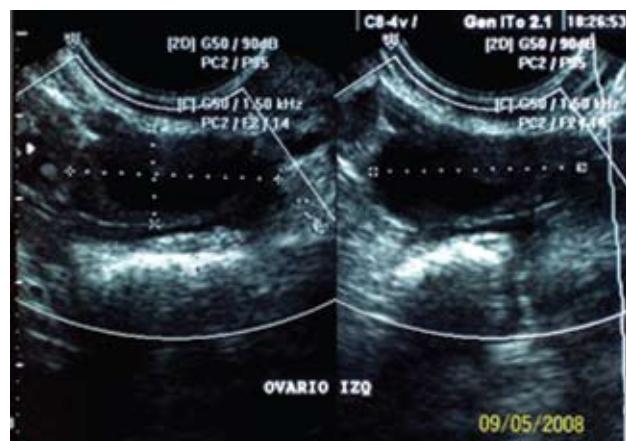


Figura 2. Estudio ultrasonográfico que no permitió llegar a conclusión alguna.

Dos semanas después y al no presentarse la menstruación, se determinaron nuevos valores de la fracción beta de hCG, cuyos valores resultaron elevados respecto a los previos (cuadro 1). Un nuevo estudio de ultrasonido reportó: útero de 96 x 51 x 59 mm, cavidad endometrial de 14 mm, imagen anecoica de 44 x 27 x 39 mm que indicó

* Médico adscrito.
** Médico ginecoobstetra.
Hospital Ángeles México.
*** Médico ginecooncólogo.
Hospital Español, México, DF.

Correspondencia: Dr. Eric Emilio Vázquez Camacho. Hospital Ángeles México, Agrarismo 208, Torre A 801, colonia Escandón, CP 11800, México DF. Correo electrónico: vazquezeric@hotmail.com

Recibido: junio, 2008. Aceptado: febrero, 2009.

Este artículo debe citarse como: Vázquez CEE, Alfán GF, Carbalal OD. Cistadenoma ovárico y embarazo ectópico concomitante. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2009;77(8):387-92.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.nietoeditores.com.mx

probable embarazo de 14 semanas en el ovario izquierdo y una imagen hiperecoica en la periferia del tumor descrito, de 18 x 19 mm, reportado como posible quiste complejo (figura 3 A y B).

Cuadro 1. Concentraciones de la fracción beta de hCG

Fecha	Subunidad beta de HGC
14 de agosto	167 mUI/mL
1 de septiembre	13,911 mUI/mL
14 de septiembre	22,511 mUI/mL
1 de octubre	9,267 mUI/mL
26 de octubre	432 mUI/mL
30 de octubre	382 mUI/mL
6 de noviembre	197 mUI/mL
30 de noviembre	51 mUI/mL

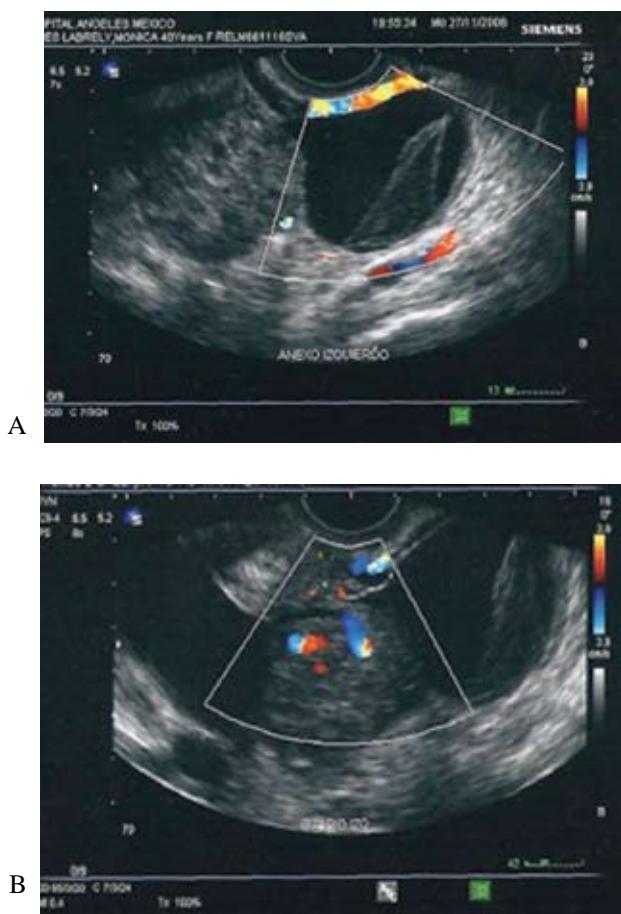


Figura 3. Probable quiste complejo A y B.

La paciente realizó un viaje a Francia, durante el cual tuvo sangrado transvaginal, que refirió de moderada

cantidad, por lo que se atendió en un hospital donde le efectuaron otra determinación de la fracción beta de hCG, con resultados inferiores a los obtenidos tres semanas previas. Egresó de la unidad hospitalaria con diagnóstico sugerente de enfermedad trofoblástica gestacional (variedad mola hidatiforme), sin ningún procedimiento quirúrgico. Tres semanas después, de regreso en México, se realizó una nueva determinación de la fracción beta de hCG, que reportó disminución de los valores a más de la mitad (cuadro 2), repitiéndose a la semana y a los 14 días, con una considerable disminución de las cifras. Tres semanas después, al continuar sin síntomas, se efectuó un ultrasonido, en el que se encontró: útero de 85 x 40 x 51 mm, cavidad endometrial de 2 mm y una imagen quística de 59 x 41 x 40 mm, con septos irregulares hacia la fosa iliaca izquierda y una fusiforme de 70 x 32 mm. Ambas regiones anexiales con pérdida de la morfología habitual y diagnósticos probables de quistes complejos, cistadenoma o hidrosalpinx bilateral. Se realizaron estudios preoperatorios y con marcadores tumorales (figura 4, cuadro 2).



Figura 4. Probable diagnóstico de cistadenoma o hidrosalpinx bilateral.

Cuadro 2. Determinación de marcadores

Marcador	Determinación	Valores de referencia
Deshidrogenasa láctica	136 U/L	105 - 176 U/L
Gonadotropina coriónica humana	51 mUI/mL	0 - 9 mUI/mL
Ca-125	9.90 U/mL	0.00 - 35 U/mL
Antígeno carcino-embionario	0.6 ng/mL	0 - 3 ng/mL

Los estudios preoperatorios resultaron sin alteraciones, al igual que la radiografía de tórax y los marcadores bioquímicos del embarazo; por tanto, se efectuó la intervención quirúrgica.

Se realizó la laparotomía exploradora, con hallazgos de tumor anexial izquierdo, de color blanco amarillento de 6 x 4 x 4 cm, móvil, no fijo a los planos adyacentes, que se disectó y pinzó. Se observaron ambas trompas uterinas y el ovario derecho con características macroscópicas normales, y el útero sin lesiones en su superficie. Se obtuvo una muestra de líquido peritoneal, epiplón, ganglios linfáticos y paraaórticos. No se obtuvo la biopsia del ovario derecho. Las muestras se enviaron a estudio transoperatorio, con posible informe de malignidad. El servicio de patología reportó lo siguiente:

Hallazgos macroscópicos

El líquido de la cavidad peritoneal era de color amarillo claro, sin evidencia de células neoplásicas. El tumor medía 6.7 x 4.2 x 4 cm, contenía una cápsula íntegra y de color blanco amarillento. Al corte se observaron múltiples áreas de aspecto hemorrágico con degeneración quística. El mismo espécimen tenía una lesión de aspecto quístico, con pared translúcida de 5.2 x 4.5 x 3.5 cm; al corte mostró abundante líquido cetrino en su interior.

Hallazgos microscópicos

En los cortes histopatológicos de la lesión del ovario izquierdo se identificó un tumor de tejido con áreas extensas de necrosis hemorrágica; en el seno y su cavidad se observaron vellosidades coriónicas de forma y tamaño homogéneas, la mayor parte con necrosis coagulativa de tipo isquémico, revestidas por células trofoblásticas sin alteraciones citopatológicas. También se observó un fragmento de estroma ovárico viable, con una lesión quística revestida por epitelio cúbico simple ciliado sin atipia.

Diagnóstico

Se estableció el diagnóstico de embarazo ectópico y cistadenoma seroso en el ovario izquierdo. También se encontraron siete ganglios linfáticos iliacos derechos, diez izquierdos y cuatro paraaórticos con hiperplasia sinusal y difusa; epiplón con congestión vascular e inflamación aguda y crónica focal, y líquido de cavidad peritoneal con alteraciones inflamatorias agudas y crónicas, sin evidencia de células neoplásicas.

DISCUSIÓN

La incidencia de recidiva de masa anexial durante el embarazo es de 1 en cada 1,000. El 50% de las neoplasias tiene menos de 5 cm de diámetro; 25% entre 5 y 10 cm, y el resto, más de 10 cm en el momento de su identificación. El 95% son unilaterales, y de 2 a 5% corresponden a tumores malignos. Los quistes foliculares o luteínicos suelen aparecer durante el primer trimestre y desaparecen de manera espontánea. Cerca de 80 a 90% de todos los tumores ováricos son benignos. Los teratomas quísticos benignos son la neoplasia más frecuente extirpada, seguida de los cistadenomas mucinosos y los quistes paraováricos fimbriados.^{1,2}

Los tumores epiteliales se originan de células de la superficie epitelial y afectan a mujeres mayores de 20 años. Son lesiones quísticas, uniloculadas o multiloculadas, y su contenido varía según la extirpe histopatológica (seroso, mucinoso o endometrial). Cuando el componente estromático es muy abundante, la lesión o neoplasia recibe el nombre de cistadenofibroma.

Lavery y colaboradores, citado por Giuntoli y su grupo,³ realizaron 3,918 ultrasonidos a mujeres durante el embarazo, para evaluar los tumores ováricos que aparecían en ese periodo. Durante las primeras cinco semanas de embarazo observaron tumores en 8.8% de las pacientes y entre las semanas 16 y 20 aparecieron en 0.35% de los casos. El 76% de las mujeres tuvo quistes simples, menores de 5 cm. Estos tumores fueron benignos en quienes no tuvieron torsión ni datos de malignidad. El resto de las pacientes (24%) tuvieron neoplasias complejas o quistes simples, mayores de 5 cm.³

Un estudio en el que se realizó el seguimiento en 3,000 mujeres embarazadas con tumores ováricos diagnosticados antes de la semana 14, encontró quistes simples en 182 (6.2%) pacientes. El autor observó que 119 mujeres tuvieron curación espontánea.⁴

Según estos estudios, la incidencia de tumores ováricos durante el embarazo es de 10%. La mayor parte de las lesiones desaparecen sin necesidad de intervención quirúrgica.

En relación con la evolución natural del embarazo y coexistencia de tumores ováricos, algunos autores señalan que desde 10 hasta 30% de los casos puede sufrir complicaciones y de 2 a 8% corresponder a neoplasias malignas.^{5,6} Las complicaciones más frecuentes se asocian con torsión, rotura y hemorragia similares a las que ocurren en muje-

res no embarazadas. Los tumores de células germinales son más comunes en pacientes jóvenes, mientras que los epiteliales aparecen en mujeres mayores.

Los cambios que ocurren durante el embarazo dificultan la interpretación de los marcadores bioquímicos; por ejemplo, el CA-125 suele elevarse en este periodo, principalmente en el primer trimestre. La alfa-fetoproteína se utiliza para detectar defectos del tubo neural y trisomía 21. La alteración de lactato deshidrogenasa no se asocia con el embarazo, pero se encuentra elevada en pacientes con disgerminomas.^{5,6}

Al igual que en la mujer no embarazada, la coexistencia de marcadores normales no excluye un proceso maligno. La decisión de algún tratamiento quirúrgico debe establecerse con base en los datos clínicos y hallazgos ultrasonográficos.

Retrasar la intervención quirúrgica hasta el segundo trimestre del embarazo reduce la incidencia de quistes funcionales. Sherard y su grupo demostraron que sólo 6% de los tumores anexiales extirpados durante las intervenciones quirúrgicas fueron malignos y el resto benignos. Esta serie menciona que 37% de los casos correspondieron a quistes dermoides y 24% a cistoadenomas.⁴

Debido al aumento en el riesgo de aborto espontáneo asociado con la intervención quirúrgica en el primer trimestre, la operación se defiere hasta el segundo trimestre.⁷

La causa más frecuente de alteración en el transporte del óvulo es la lesión de la superficie de la mucosa ciliada, originada por infección o inflamación.

Las alteraciones hormonales también se consideran factores de riesgo, sobre todo por los efectos de los estrógenos y la progesterona en la actividad del músculo liso y ésta, a su vez, en la movilización del óvulo fecundado.

La causa más frecuente de embarazo tubario es la salpingitis.⁸Después de efectuar cualquier tipo de cirugía reconstructiva, principalmente por esterilidad, debe sospecharse un embarazo ectópico, debido a la formación de estenosis intraluminal.⁷

Los signos característicos son sangrado menstrual irregular, dolor abdominal y masa anexial dolorosa durante el examen bimanual; por tanto, la manifestación más común aparece entre las semanas 6 y 8, a partir del último periodo menstrual.⁹

Se cita un valor para distinguir la fracción beta de gonadotropina coriónica humana, de 1,500 a 2,000 mUI/

mL, por encima del cual la ausencia de visualización del saco intrauterino por ultrasonografía transvaginal indica o es sugerente de embarazo ectópico.

La determinación de progesterona se utiliza para detectar embarazos ectópicos y la viabilidad de cualquier tipo de embarazo. Las concentraciones de al menos 25 ng/mL son asociadas poco con embarazo ectópico (1 a 2%). La determinación de concentraciones séricas bajas de progesterona, asociadas con aumento en las de hGC, indican casi siempre un embarazo no viable,¹⁰ aunque la localización del embarazo (extrauterino o intrauterino) no puede detectarse mediante este método. Desafortunadamente, en la mayor parte de los laboratorios, la determinación sérica de progesterona tarda varios días, por lo que se requieren diferentes métodos, como la ultrasonografía.

La detección de un embarazo intrauterino se visualiza mediante ultrasonido transabdominal. Cuando la hGC ha alcanzado de 6,000 a 6,500 mUI/mL, un ultrasonografista experimentado debe ser capaz de identificar el embarazo intrauterino, o cuando las concentraciones de la misma son de al menos 2,000 mUI/mL.⁸

La laparoscopia¹⁰ sigue siendo el método de elección para diagnosticar el embarazo ectópico; sin embargo, el desarrollo de nuevas técnicas señala que se trata de una técnica quirúrgica enfocada al tratamiento y no al diagnóstico del mismo.

Los adelantos más recientes en mujeres con algún tumor anexial (2 a 4 cm o existencia de vitalidad cardíaca) y embarazo ectópico señalan que no existe contraindicación para establecer su tratamiento, con base en dosis única de metotrexato.

La detección de algún tumor anexial por ultrasonido no se considerará diagnóstico de embarazo ectópico en mujeres con concentraciones de la fracción beta de hCG por debajo de 2,000 mUI/mL, a menos que halla un saco vitelino, un polo, o actividad cardíaca fetales. La medición seriada de la fracción beta de hCG es un método conservador, que algunos médicos prefieren, ya que la mayoría de los casos llega a estabilizarse de manera espontánea.¹

CONCLUSIONES

La paciente de este estudio tuvo embarazo ectópico sin síntomas, encapsulado, con un cistadenoma seroso en el ovario izquierdo, que provocó la disminución de concentraciones de gonadotropina coriónica humana y, quizás,

el sangrado transvaginal. Esta manifestación atípica de embarazo ectópico no pudo comprobarse en la bibliografía actual; por tanto, deben considerarse las diferentes manifestaciones que pueden aparecer en alguna enfermedad asociada con el embarazo ectópico.

REFERENCIAS

1. Patel MD. Practical approach to the adnexal mass. Radiol Clin N Am 2006;44:879-99.
2. Ahued-Ahued R, Fernández del Castillo SC, Bailón-Uriza R. Ginecología y obstetricia aplicadas. 2^a ed. México: El Manual Moderno, 2003;pp:875-83.
3. Giuntoli RL, Vang RS, Bristow RE. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. Clin Obst Gynecol 2006;49:492-505.
4. Sherard GB, Hodson CA, Williams HJ, Semer DA, et al. Adnexal masses and pregnancy: A 12 years experience. Am J Obstet Gynecol 2003;189:358-63.
5. Christin-Maitre S, Bouchard P. Drug Therapy: medical termination of pregnancy. N Engl J Med 2000;342(13):946-56.
6. Graham L, American College of Obstetricians Gynecologists. ACOG releases guidelines on management of adnexal masses. Am Fam Physician 2008;77(9):1320-3.
7. Kilpatrick CC, Monga M. Approach to the acute abdomen in pregnancy. Obstet Gynecol Clin N Am 2007;34:389-402.
8. Adhikari S, Blaivas M, Lyon M. Diagnosis and management of ectopic pregnancy using bedside transvaginal ultrasonography in the ED: a 2-year experience. Am J Emerg Med 2007;25:591-6.
9. Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. Am Fam Physician 2005;72:1707-14.
10. Molina-Sosa A. Tratamiento conservador, laparoscópico y médico del embarazo ectópico. Ginecol Obstet Mex 2007;75:539-48.