

Hiperreactio luteinalis y embarazo normal. Presentación de un caso

EDUARDO GUZMÁN GONZÁLEZ,^a TOMÁS HERRERÍAS CANEDO^b

RESUMEN

Objetivo: Conocer uno de los tumores benignos del ovario que complican el embarazo.

Caso: Mujer de 40 años con embarazo de 29 semanas de gestación con masa anexial ovárica bilateral y trabajo de parto pretérmino. Ultrasonido probable mola hidatidiforme parcial y ovarios multilobulados. Se realizó cesárea encontrando ovarios de aproximadamente 20 cm de superficie multilobulada, correspondientes a quistes teca-luteínicos. Reporte histopatológico descartó embarazo molar. Seguimiento materno y del recién nacido, sin complicaciones o secuelas.

Conclusión: Ante la evidencia de una masa anexial ovárica y embarazo, se debe realizar un diagnóstico diferencial oportuno. De acuerdo con la etiología de esta entidad, se ha documentado que el manejo expectante, finaliza con la resolución espontánea de los quistes y que éstos raramente pueden presentar secuelas sobre la madre y el feto femenino.

PALABRAS GUÍA: Quiste teca-luteínico, embarazo.

INTRODUCCIÓN

Los tumores benignos del ovario que complican el embarazo son frecuentes. La incidencia exacta, varía de acuerdo con múltiples circunstancias y el diagnóstico apropiado, depende del empleo oportuno del examen pélvico, la evaluación de los resultados de laboratorio, la ecografía y la evaluación al momento de la intervención quirúrgica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 40 años, gesta cuatro, cesáreas tres, con embarazo de 29 semanas de gestación bajo control prenatal en el Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), sin patologías previas relevantes ni tratamiento de infertilidad. En el embarazo actual se le diagnosticó diabetes gestacional A1, preeclampsia leve y una masa anexial bilateral ovárica.

Se presentó a consulta por historia de un día de evolución con dolor en hipogastrio derecho, actividad uterina regular y escaso sangrado transvaginal. A la exploración física se identificaron signos vitales normales, fondo uterino de 32 cm, actividad uterina regular, foco cardíaco fetal (FCF) 150 por minuto. El tacto vaginal mostró un cérvix semiborrado, posterior, con 5 cm de dilatación, amnios íntegro y una presentación cefálica, libre. El ultrasonido (USG) fue acorde

^a Residente de Biología de la Reproducción Humana. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

^b Jefe del Departamento de Toco-cirugía y Urgencias. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Correspondencia:

Dr. Eduardo Guzmán González.

Depto. de Reproducción Asistida. INPerIER, Montes Urales No. 800, Col. Lomas Virreyes, C.P. 11000, México, D.F.

Recibido: 09 de julio de 2008.

Aceptado: 29 de septiembre de 2008.

con la edad gestacional, pero mostró imágenes compatibles con mola hidatidiforme parcial y una placenta con imágenes de contenido anecoico. En el USG los ovarios se observaron multilobulados, el derecho con dimensiones de 16.9 x 8.5 x 15.8 cm y el izquierdo de 14.7 x 8.2 x 13.5 cm. Los estudios de laboratorios, efectuados cuatro semanas previas a la consulta informaron: Ca 125 49.64U/mL (0-35); AFP 49.3 U/mL (0-20); Ca 199 0.39U/mL (0-39); ACE 1.49 ng/mL (0-3.4); HGC 34,865 mU/mL; insulina 6.4 uU/mL (0.0-25); 17-OH-P⁴ 0.71 ng/mL (< 4.0); androstendiona 3.5 ng/mL (0.7-3.6); testosterona libre 4.8 pg/mL (< 2.6) y estradiol 253.1 pg/mL. El perfil tiroideo, las pruebas de función hepática y la radiografía de tórax fueron normales.

Se realizó cesárea corporal con protocolo oncológico, encontrándose un producto femenino de 1,204 g, Apgar 8/9, talla 39 cm, Ballard 30 semanas, que nació sin complicaciones neonatales. Durante la cirugía se identificaron ambos ovarios, de aproximadamente 20 cm, con una superficie multilobulada, correspondientes a quistes tecaluteínicos, los cuales se mantuvieron en su lugar de origen (Figura 1), no se identificó líquido libre en cavidad.

El reporte del estudio patológico mostró una placenta de 345 g con citotrofoblasto persistente focal y cisternas de trofoblasto intravelloso (Figura 2), relacionados con probable proceso hipóxico o diabetogénico, así como marcador morfológico de cromosomopatía, sin datos de embarazo molar. La biopsia de corredera parietocólica y epiplón, mostró alteraciones inflamatorias inespecíficas, no se realizó biopsia ovárica.

El puerperio quirúrgico se complicó con endometritis que respondió al tratamiento antimicrobiano, posteriormente se egresó sin complicaciones. El recién nacido fue egresado de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a las seis semanas de vida, quien tuvo un seguimiento durante un lapso de 24 meses, sin presentar datos de cromosomopatía, alteraciones endocrinas o de crecimiento. La madre tuvo un seguimiento mensual durante ocho meses, en que se observó una disminución gradual del volumen ovárico, así como de los marcadores tumorales y del perfil androgénico, hasta alcanzar valores normales.



Figura 1. Quiste teca-luteínico en ovario.



Figura 2. Placenta con citotrofoblasto focal y cisternas con trofoblasto intravelloso.

Tabla 1
Características clínicas del luteoma y del hiperreactio luteinalis

	Luteoma	Hiperreactio luteinalis
• Múltiples nódulos	+	+++
• Tamaño ovárico	+	+++
• Bilateral	+	+++
• Masas con células luteinizadas	+	+++
• Asociados de hGC	+	+++
• Hirsutismo o virilización materno	+	+
• Asociados a enfermedad trofoblástica	+	+++
• Riesgo de torsión	+	+++
• Regresión durante puerperio	+++	+++



DISCUSIÓN

Aproximadamente, uno de cada 600 embarazos se complican por la presencia de masas anexiales, de las cuales, más de 95% son de origen benigno.¹ Dentro de este grupo de neoplasias que complican el embarazo, se incluyen dos condiciones pseudo-tumorales: el luteoma y el “*hiperreactio luteinalis*” (HL). Estas condiciones pseudo-tumorales pueden sospecharse ante la presencia de masas sólidas uni o bilaterales, cuyo desarrollo tiene una relación estrecha con el incremento de hormonas androgénicas.²

En la tabla 1 se resumen las principales características del luteoma y del HL. El HL fue descrito, por primera vez, por Burger en 1938, como un agrandamiento ovárico microscópico, generalmente bilateral, multiquístico y que suele medir entre 15 y 20 cm. Su nombre es un término empleado para describir numerosos quistes foliculares luteinizados, ubicados en el ovario y que histopatológicamente, presentan luteinización de las capas de las células de la granulosa y teca. Éstos pueden ser observados al examen pélvico o por medio del USG.²

En el HL, el hiperandrogenismo observado se debe a un incremento en la sensibilidad del ovario, debido a la hormona gonadotropina coriónica humana (hGC). Por lo tanto, suele ocurrir en algunos casos aumento de la misma, como la mola hidatidiforme, embarazos múltiples, coriocarcinoma y la eritroblastosis fetal. No obstante, se ha asociado a embarazos normales pudiendo presentar un patrón repetitivo.^{1,2} Las pacientes afectadas pueden presentar una concentración elevada de esteroides séricos y urinarios (estradiol, progesterona, 17 α -hidroxiprogesterona, androstenediona, testosterona, cortisol prenantriol y 17-ceto-esteroides), sin una relación obligada a enfermedad trofoblástica.^{2,3}

El aumento de la producción de andrógenos en la paciente embarazada, supondría condicionar virilización e hirsutismo en la madre y virilización en un feto femenino; sin embargo, en esta condición no se ha demostrado que ponga en riesgo al feto femenino, aun cuando las concentraciones de andrógenos se encuentren elevadas. Estos quistes normalmente involu-

cionan de forma espontánea, alrededor de los seis meses posteriores al nacimiento. Pueden presentarse casos de abdomen agudo por torsión ovárica que requieren de la consecuente ooforectomía.^{1,4}

Se ha considerado indicar un tratamiento hormonal exógeno a las pacientes complicadas con exceso de andrógenos en el embarazo, ya que estas hormonas junto con las lesiones de apariencia sólida, uni o bilaterales del ovario, pueden incrementar el riesgo de malignización. La quimioterapia conduce a la disminución de las concentraciones de HGC, con la regresión de los quistes y el restablecimiento de un perfil androgénico normal, aunque la indicación de estos medicamentos debe valorarse cuidadosamente ante la presencia del embarazo. El manejo actual se encuentra más orientado a evaluar el riesgo fetal, que implementar una terapéutica que pueda alterar el curso de la gestación.³

El diagnóstico diferencial de masa placentaria anormal y feto coexistente como hallazgo ecográfico, incluye:

1. Embarazo gemelar intrauterino normal con mola completa.
2. Embarazo molar parcial.
3. Anomalía placentaria no molar.

El diagnóstico definitivo es histológico y cariotípico.^{5,6} En nuestro caso, existía una evidencia fuerte para apoyar el probable diagnóstico de embarazo y mola parcial por USG; agregado a la preeclampsia y los niveles elevados de los marcadores tumorales, como ha sido descrito previamente.⁷ Además, la paciente no presentaba antecedentes clínicos de hiperandrogenismo previos o durante la gestación y no se utilizaron inductores de la ovulación. El curso del embarazo no presentó complicaciones graves, hasta el evento de parto pretérmino. La interrupción abdominal se realizó por indicación obstétrica. El reporte histopatológico de las vellosidades trofoblásticas descartó la mola hidatidiforme.

CONCLUSIÓN

Ante la evidencia de una masa anexial ovárica y embarazo, se debe realizar un diagnóstico

diferencial oportuno, para corroborar benignidad o descartar un problema maligno. De acuerdo con la etiología de esta entidad, se debe realizar un seguimiento gestacional estrecho. Se

ha documentado que el manejo expectante del HL, finaliza con la resolución espontánea de los quistes y que estos raramente pueden presentar secuelas sobre la madre y el feto femenino.

ABSTRACT

Objective: To know one of the benign ovarian tumors that complicate pregnancy.

Case: A 40 years old women, with 29 weeks gestation and ovarian bilateral adnexal mass presenting preterm labor. Ultrasound with possible partial hydatidiform mole and multilobulated shaped like ovaries. Cesarean section was performed finding both ovaries multilobulated of approximately 20 cm of diameter corresponding to theca-lutein cysts. Pathology reported pregnancy without evidence of molar gestation. Surveillance to the mother and the newborn without any further complications.

Conclusion: In the evidence of an adnexal mass and pregnancy, opportune differential diagnosis must be established. According to the ethiology of this clinical entity, it has been documented that expectant management follows to spontaneous resolution of the cysts and that these rarely present sequels on the mother and the feminine fetus.

KEY WORDS: *Theca-lutein cyst, pregnancy.*

REFERENCIAS

1. O' Loughlin J, Brookes CM. Massive multiple theca lutein cysts complicating nonmolar pregnancy. *Austral N Zel J Obstet Gynaecol* 1987; 27: 166-8.
2. McClamrock HD, Azziz R, Nestler JE, Dewailly D. Androgen excess disorders in women. *Contemp Endocrinol* 2007; 10: 170-9.
3. Bevan BR, Savvas M, Jenkins JM, Baker K, et al. Abnormal steroid excretion in gestational trophoblastic disease complicated by ovarian theca-lutein cysts. *J Clin Pathol* 1986; 39: 627-34.
4. Upadhyaya G, Goswami AB. Bilateral theca lutein cysts: a rare cause of acute abdomen in pregnancy. *Emerg Med Aust* 2004; 16: 476-7.
5. Sumigama S, Itakura A, Yamamoto T. Genetically identified complete hydatidiform mole coexisting with a live twin fetus: comparison with conventional diagnosis. *Gynecol Obstet Invest* 2007; 64: 228-31.
6. Kirk E, Papageorghiou AT, Condous G. The accuracy of first trimester ultrasound in the diagnosis of hydatidiform mole. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007; 29: 70-5.
7. Navarro AME, Castellanos RJ, Cardona GO, Torres GLG. Embarazo gemelar con mola hidatidiforme parcial y feto vivo coexistente: comunicación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76: 275-9.

