



# Tumor limítrofe de ovario coexistente con embarazo gemelar

Óscar Martínez-Jacinto,\* Francisco Javier Hernández Aldana,†  
Joel Benítez-Sánchez,‡ Marisi Meza-Caballero,§ Miguel Corres-Molina||

## RESUMEN

El tumor limítrofe de ovario es una entidad rara que se estudia dentro del grupo de neoplasias malignas epiteliales del ovario. Se caracteriza por carecer de invasión al estroma, por tanto, su pronóstico en general es favorable. Su presentación, en comparación con su contraparte invasora, es más frecuente en mujeres de edad reproductiva. La masa anexial durante el embarazo se presenta sólo en 1-4% de los casos. El tumor maligno de ovario durante el embarazo en su mayoría es epitelial, el limítrofe es el más frecuente. El objetivo del presente trabajo es exponer el caso de una mujer con embarazo gemelar y coexistencia con tumor limítrofe de ovario, el cual fue diagnosticado y tratado durante la gestación. Se presenta una revisión del manejo y abordaje de la masa anexial durante el embarazo.

**Palabras clave:** Tumor limítrofe de ovario, embarazo gemelar, masa anexial, tumor seroso papilar.

## ABSTRACT

The borderline ovarian tumor is a rare entity that is studied in the group of epithelial ovarian malignancies. Characterized by lack of stromal invasion, its prognosis is generally favorable. Borderline ovarian tumors are more common in women of reproductive age, while invasive epithelial malignancies are more common in postmenopausal women. Adnexal masses during pregnancy are found in only 1-4% of cases. Malignant ovarian tumors accompanying pregnancy are usually of epithelial histology, the most common presentation being borderline tumors. The objective of this paper is to present the case of a woman with a twin pregnancy and coexisting borderline ovarian tumor which was diagnosed and treated during pregnancy. We present a review of management and approach to adnexal mass during pregnancy.

**Key words:** Borderline ovarian tumor, twin pregnancy, adnexal mass, papillary serous tumor.

## INTRODUCCIÓN

El tumor limítrofe de ovario es un grupo de entidades neoplásicas que se caracterizan por la falta de invasión al estroma. La edad de presentación es entre los 20 y 40 años, cuando las mujeres se encuentran en periodo reproductivo o con deseos de conservar la fertilidad. Se diagnostican y estadifican mediante cirugía al igual que su contraparte invasora. Los tipos histológicos más frecuentes son el seroso y mucinoso, aunque se han descrito tipos histológicos más raros como endometroide, células claras y Brenner (células transicionales).<sup>1</sup>

La mayor parte de los tumores limítrofes son asintomáticos y se encuentran de manera incidental al momento de la exploración pélvica de rutina o en estudios de imagen que se realizan por otras causas, tanto ginecológicas como no ginecológicas. El marcador CA125 tiene una utilidad limitada para el diagnóstico debido a que otras causas de presentación frecuente en el grupo de mujeres de edad reproductiva lo elevan.

Estos tumores raramente requieren una cirugía de etapa igual de extensa que la que se utiliza en su contraparte invasora, en especial para los casos tempranos donde se busca mantener la fertilidad de la paciente. Aunque una vez que se alcanza el interés reproductivo se recomienda completar la histerectomía y la ooforectomía, ya que así se reduce de manera importante el riesgo de recurrencia.<sup>2</sup>

El pronóstico dependerá del estadio clínico quirúrgico; en general, se considera favorable con sobrevida que alcanza

\* Ginecólogo obstetra, Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense.

† Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia, Hospital Juárez de México.

‡ Médico anatomopatólogo adscrito al Servicio de Patología, Hospital Juárez de México.

§ Médico residente de 2o. año de Anatomía Patológica, Hospital Juárez de México.

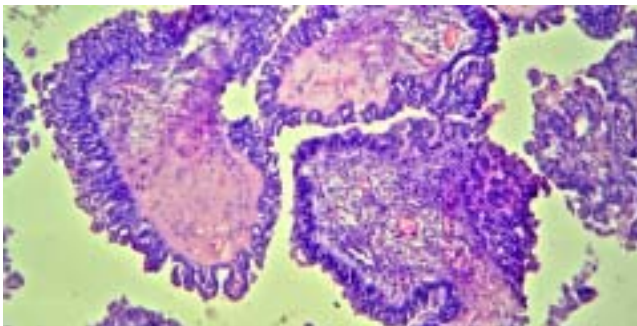
|| Ginecólogo oncólogo, Maestro en Ciencias Médicas. Staff del Centro Médico ABC.

98% a cinco años en estadios I, y en el peor de los casos 77% en estadios IV.<sup>3</sup>

## CASO CLÍNICO

Mujer de 25 años de edad. Gesta 2, parto 1. Al saberse embarazada se realizó ultrasonido obstétrico en la séptima semana de gestación donde se halló embarazo gemelar y un quiste simple en anexo derecho septado de 87 x 79 mm. En ultrasonido de control en el segundo trimestre se encontró crecimiento del quiste y engrosamiento de su pared. Fue referida a segundo nivel de atención donde se decidió llevar a laparotomía exploradora. En la cirugía se encontró tumor dependiente de ovario izquierdo de 6 x 5 x 4 cms; se realizó ooforectomía izquierda, al ser resecado ocurrió escape de su contenido a la cavidad abdominal. El reporte definitivo de patología fue de tumor seroso limítrofe de ovario (Figura 1).

La paciente fue referida a tercer nivel de atención donde continuó vigilancia prenatal. Por indicación obstétrica, en la semana 36 de gestación se practicó cesárea; dado que tenía paridad satisfecha de manera simultánea, se completó cirugía etapificadora para cáncer epitelial de ovario, que incluyó histerectomía extrafascial, ooforectomía derecha (ovario remanente), omentectomía infracólica, linfadenectomía pélvica bilateral y paraaórtica, así como toma de biopsias peritoneales. Se obtuvieron dos nacidos vivos sanos de 2,420 y 2,430 g de sexo masculino y femenino; ambos con Apgar de 9 a los 5 min con Capurro de 36 semanas. El resultado del análisis de las piezas resecadas fue negativo a malignidad. El diagnóstico final fue cáncer epitelial limítrofe de ovario estadio clínico IA de acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), con ruptura incidental de la cápsula del tumor. La paciente llevó vigilancia oncológica estrecha mediante radiografía de tórax anual, exploración pélvica y cuantifi-



**Figura 1.** Tumor seroso papilar limítrofe de ovario. Dentro de los hallazgos se observaron numerosas papilas complejas compuestas por epitelio cuboidal estratificado con atipia focal.

cación de CA125 bimestral, por un año y nueve meses de seguimiento sin evidencia de recurrencia clínica o bioquímica.

## DISCUSIÓN

La masa anexial en el embarazo se presenta aproximadamente en 1-4% de mujeres.<sup>4</sup> La mayoría de los casos son lesiones benignas, de éstas prevalecen los quistes funcionales, consecuencia de los altos niveles hormonales que de manera fisiológica se presentan durante el embarazo normal. Dado el punto anterior, las masas anexiales asintomáticas que se detectan en el primer trimestre de embarazo deben vigilarse; sólo en caso de persistir o aumentar de tamaño se considerará el abordaje quirúrgico durante el segundo trimestre, ya que en este momento del embarazo el manejo quirúrgico se considera seguro. Los casos con datos de abdomen agudo deberán llevarse a cirugía independientemente de las semanas de gestación, ya que en ocasiones la masa anexial puede sufrir ruptura o torsión (Figura 2). La exploración quirúrgica puede llevarse a cabo mediante laparotomía exploradora tradicional o por laparoscopia. La decisión de una vía u otra dependerá de la experiencia del centro hospitalario, de la habilidad del cirujano y de las características particulares de cada caso (tamaño del tumor, semanas de gestación y posibilidad de malignidad).<sup>5</sup>

Los criterios para considerar laparotomía exploradora se resumen en el cuadro 1.

Dado el uso generalizado del ultrasonido en el embarazo, cada vez se diagnostican con mayor frecuencia tumores anexiales que de otra forma pasarían desapercibidos, lo que provoca cirugías en ocasiones innecesarias. Sin embargo, en



**Figura 2.** Tumor anexial torcido en paciente con embarazo de 22 semanas. Se aprecia útero grávido y compromiso del ligamento infundibulopélvico.



**Cuadro 1.** Criterios para laparotomía en pacientes embarazadas con masa anexial.\*

- Masas > 10 cm que persistan en el segundo trimestre.
- Pacientes con síntomas:
  - Torsión.
  - Ruptura.
- Características en estudio de imagen:
  - Sólida.
  - Mixta (compleja).
- Con sospecha de malignidad.

\*Siempre que sea posible, la cirugía se realizará idealmente al inicio del segundo trimestre de embarazo.

los casos de alta sospecha la dilación del abordaje puede retardar el diagnóstico de malignidad y, por tanto, el tratamiento, lo que repercute negativamente el pronóstico.

Los marcadores séricos para tumores germinales y el CA125 que se utilizan en el abordaje de mujeres menores de 40 años con masa anexial, tienen un valor limitado durante el embarazo. Lo anterior debido a que su elevación puede ocurrir por el desarrollo normal fetal o en alteraciones del desarrollo del tubo neural (AFP); sin embargo, niveles superiores a 1,000 de ninguno de ellos puede atribuirse a procesos fisiológicos, por tanto descarta un curso maligno.<sup>6</sup>

El presente caso ejemplifica el hallazgo de masa anexial durante un ultrasonido realizado por motivos obstétricos. El hallazgo durante el primer trimestre motiva seguimiento, como se realizó en este caso. Dada la alta posibilidad de benignidad la paciente fue llevada a cirugía por ginecología general con resultado histopatológico final de limítrofe de ovario. El hallazgo de tumor limítrofe coincide con lo reportado en la literatura en relación con que durante el embarazo los tumores malignos del ovario más frecuentes son de estirpe epitelial a diferencia de lo observado en la población general.<sup>7</sup>

En cuanto al tipo histológico, el citadenoma seroso papilar limítrofe representa 15% de los tumores serosos de ovario, en 30 a 40% se presentan bilaterales, de forma más frecuente en pacientes de la cuarta y quinta décadas de la vida.<sup>8,9</sup>

Para su diagnóstico se puede apoyar de la inmunohistoquímica, son útiles los marcadores CK 7 y CK 20 (citoqueratina 7 y 20), WT1 (proteína de tumor de Wilms) y CD 15 (leu-M1). En estudios moleculares se reportaron alteraciones genéticas en mutaciones puntuales en los genes BRAF1 y KRAS. En los casos donde existen alteraciones en P53 y BRCA1 y/o BRCA 2 se asocia al carcinoma seroso papilar.<sup>10-12</sup>

En el embarazo, la mayoría de tumores anexiales son benignos, el teratoma maduro es el más frecuente. Los tumores malignos representan menos de 5%, y de éstos más de 50% son epiteliales. Dentro de los epiteliales malignos, 66% son limítrofes y sólo 33% invasores. En frecuencia siguen los tumores germinales, el disgerminoma es el más frecuente. Los tumores del estroma ocupan el tercer lugar en frecuencia, representados por los tumores de la granulosa y Sertoli-Leyding.

El manejo de los tumores limítrofes en pacientes con paridad satisfecha incluye rutina ovario igual que en un invasor epitelial, aunque la linfadenectomía es controversial, ya que su único valor es pronóstico, pues hasta el momento no se ha demostrado un beneficio en cuanto a recurrencia; asimismo, el involucro ganglionar no indica de manera definitiva el uso de quimioterapia adyuvante. Sin embargo, la linfadenectomía en manos expertas con entrenamiento formal en el campo es de bajo riesgo, por lo que se debe ofrecer a las pacientes con la finalidad de contar con información patológica completa y, por ende, estadio clínico adecuado, lo que ayuda a establecer el pronóstico de manera más precisa.<sup>13</sup>

En los casos donde se ha completado la fertilidad y se encuentran con etapificación quirúrgica completa el seguimiento debe realizarse cada 3-6 meses hasta completar cinco años y posteriormente anual de manera indefinida, ya que se han reportado casos esporádicos de recurrencia tardía. En cada visita se realiza exploración pélvica y CA125, si es que éste al inicio estaba elevado.<sup>14</sup> Las pacientes con riesgo alto de recurrencia son aquellas mayores a 40 años, con implantes invasores, componente micropapilar en la pieza y valores de CA125 > 1,000 previo a cirugía.

## CONCLUSIONES

El hallazgo incidental de una masa anexial durante el ultrasonido obstétrico de rutina será cada vez más frecuente debido al uso indiscriminado de este estudio en las pacientes embarazadas. Aunque la mayor parte de las ocasiones estos hallazgos no indican patología maligna, existen casos como el presentado donde su identificación temprana logró su diagnóstico y manejo oportunos. Por lo anterior, debe siempre considerarse la posibilidad de patología maligna, aun en pacientes jóvenes.

Asimismo, se recomienda que el abordaje de casos similares al presentado se realice en un centro con experiencia en manejo multidisciplinario, donde participen en la decisión terapéutica subespecialistas en medicina materno-fetal, ginecología, oncología y oncología médica. Por lo que casos de sospecha de patología maligna deben referirse a estos centros de manera oportuna.

## REFERENCIAS

1. Seidman JD, Russell P, Kurman RJ. Surface epithelial tumors of the ovary. In: Kurman RJ (ed). Blaustein's pathology of the female genital tract. 5th ed. New York: Springer Verlag; 2002, p. 791.
2. Morice P, Camatte S, El Hassan J, et al. Clinical outcomes and fertility after conservative treatment of ovarian borderline tumors. *Fertil Steril* 2001; 75: 92.
3. Ayhan A, Celik H, Taskiran C, et al. Oncologic and reproductive outcome after fertility-saving surgery in ovarian cancer. *Eur J Gynaecol Oncol* 2003; 24: 223.
4. Trimble CL, Kosary C, Trimble EL. Long-term survival and patterns of care in women with ovarian tumors of low malignant potential. *Gynecol Oncol* 2002; 86: 34.
5. Horowitz NS. Management of adnexal masses in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2011; 54(4): 519-27.
6. Lee YY, Kim TJ, Choi CH, Lee JW, Kim BG, Bae DS. Factors influencing the choice of laparoscopy or laparotomy in pregnant women with presumptive benign ovarian tumors. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 108(1): 12-5.
7. Spitzer M, Kaushal N, Benjamin F. Maternal CA-125 levels in pregnancy and puerperium. *J Reprod Med* 1998; 43: 387-92.
8. Berman JJ. Borderline Ovarian Tumor Workshop, Bethesda, Maryland, August 27-28, 2003. *Hum Pathol* 2004; 35(8): 907-9.
9. Silverberg SG, Bell DA, Kurman RJ, Seidman JD, Prat J, Ronnett BM, Copeland L, et al. Borderline Ovarian Tumors, Key Points and Workshop Summary. *Human Pathology* 2004; 35(8): 910-7.
10. Giuntoli RL, Vang RS, Bristow RE. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49: 492-505.
11. Seidman JD, Soslow RA, Vang R, Berman JJ, Stoler MH, Sherman ME, Oliva E, et al. Borderline ovarian tumors, contemporary viewpoints on terminology and diagnostic criteria with illustrative images. *Human Pathology* 2004; 35(8): 918.
12. Acs G. Serous and mucinous borderline (low malignant potential) tumors of the ovary. *Am J Clin Pathol* 2005; 123(Suppl.): S13-S57.
13. Tropé CG, Kaern J, Davidson B. Borderline ovarian tumours. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2012; 26(3): 325-36.
14. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines. Disponible en: [www.nccn.org](http://www.nccn.org) [Acceso 28 noviembre 2012].

### Solicitud de sobretiros:

Dr. Francisco Javier Hernández Aldana  
División de Ginecología y Obstetricia  
Hospital Juárez de México  
Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160  
Col. Magdalena de las Salinas  
Del. Gustavo A. Madero  
C.P. 06770, México D.F.  
Tel.: 5747-7560. Ext. 7268  
Correo electrónico: [fjaldana@prodigy.net.mx](mailto:fjaldana@prodigy.net.mx)