

Ruptura de endometrioma ovárico durante el tercer trimestre del embarazo

Drs. Keibis Jiménez-Castillejo, Eduardo Reyna-Villasmil

Servicio de Obstetricia y Ginecología - Maternidad "Dr. Nerio Belloso". Hospital Central "Dr. Urquinaona". Maracaibo, Estado Zulia.

RESUMEN

Objetivo: Presentar un caso de ruptura de endometrioma de ovario durante el tercer trimestre del embarazo. *Caso:* Paciente de 35 años con embarazo activo de 34 semanas, acudió por presentar dolor abdominal y aumento súbito de volumen del abdomen. La ecografía demostró la presencia de un embarazo intrauterino, abundante cantidad de líquido libre en cavidad abdominal y del lado izquierdo del útero una tumoración compatible con endometrioma. Durante la laparotomía, el ovario izquierdo estaba adherido a la pared posterior del ligamento ancho y epiplón con la presencia del endometrioma roto. Tres días después de cirugía, el trabajo de parto se inició en forma espontánea, por lo que se realizó la cesárea. La paciente presentó un posoperatorio sin complicaciones.

Palabras clave: Embarazo. Endometriosis. Endometrioma.

SUMMARY

A 35 years-old patient with an active pregnancy of 34 weeks assisted for presenting abdominal pain and sudden increased of abdominal volume. Ultrasonography showed presence of intrauterine pregnancy, great amount of free fluid in abdominal cavity and in left side of uterus a tumor compatible with endometrioma. During laparotomy, left ovary was adhere to posterior wall of broad ligament and omentum with a ruptured endometrioma. Three days after surgery, labor began spontaneously so a cesarean section was done. Patients had a postoperative course without complications.

Key words: Pregnancy. Endometriosis. Endometrioma.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis afecta alrededor del 10 % de la población femenina en edad fértil y es un hallazgo común en las mujeres con infertilidad, pero el mecanismo por el cual la produce es desconocido (1). Se define como el crecimiento ectópico de tejido semejante al endometrio en varias localizaciones extrauterinas, principalmente en la cavidad pélvica. Los implantes endometriósicos pueden producir la formación de una tumoración que ha sido descrita como endometrioma y puede representar un reto para el diagnóstico y tratamiento dependiendo de su localización y momento de aparición. El endometrioma es la forma más común de la enfermedad y pueden estar presentes en el 30 %-40 % de las pacientes con endometriosis (2).

Aunque la endometriosis y la infertilidad están cercanamente relacionadas (1), el embarazo puede ocurrir en pacientes con endometriosis severa y la ruptura del endometrioma puede presentarse como una emergencia durante el embarazo. Se presenta el

caso de una ruptura de endometrioma ovárico en una embarazada durante el tercer trimestre.

REPORTE DE CASO

Paciente de 35 años, II gestas I cesárea, con embarazo de 34 semanas, quien acudió por presentar dolor abdominal y aumento súbito de volumen del abdomen. La paciente negaba antecedentes de enfermedades médicas durante el embarazo pero refirió sensación de peso del abdomen en forma difusa.

A la inspección la paciente presentaba una distensión asimétrica del abdomen. Al realizar el examen físico, el útero estaba 6 cm por encima de la cicatriz umbilical y se palpaba del lado izquierdo una masa que ocupaba parte del flanco y el hipocondrio. La ecografía demostró la presencia de un embarazo intrauterino en situación transversa con actividad cardíaca, abundante cantidad de líquido libre en cavidad abdominal y del lado izquierdo del útero una tumoración de 8 x 7 centímetros con ecos internos

compatible con endometrioma. El ovario derecho estaba normal.

Se realizó laparotomía encontrándose gran cantidad de líquido achocolatado espeso que cubría todo el peritoneo visceral, el tamaño del útero correspondida a la edad gestacional. El ovario izquierdo estaba adherido a la pared posterior del ligamento ancho y epiplón y estaba aumentado de tamaño (aproximadamente 10 centímetros de diámetro) por la presencia del endometrioma roto. Se observaron otros implantes endometriósicos en la cara anterior y posterior del útero. Se procedió a realizar ooforosalingectomía debido al sangrado excesivo de la zona. Anatomía patológica confirmó el diagnóstico de endometrioma (Figura 1).

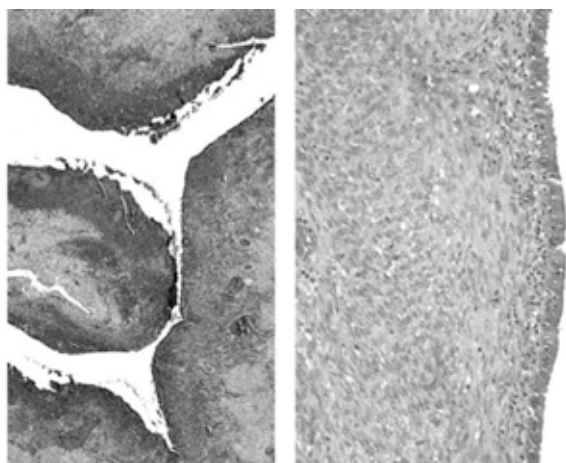


Figura 1. Imagen microscópica del endometrioma ovárico.

Durante el posoperatorio la paciente fue tratada con tocolíticos (clorhidrato de isoxuprina) y corticosteroides (betametasona) para inducir la maduración pulmonar fetal. Sin embargo, el trabajo de parto se inició en forma espontánea tres días después de cirugía. Se realizó cesárea obteniendo un recién nacido vivo masculino de 2 700 g con un Apgar al minuto de 7 puntos y a los 5 min de 9 puntos.

La paciente presentó un posoperatorio sin complicaciones y fue dada de alta al quinto día del posoperatorio. Luego de seis meses, la madre y el recién nacido se encontraban en buenas condiciones.

DISCUSIÓN

El manejo de los tumores ováricos durante el embarazo es un aspecto importante en la práctica

obstétrica. Con relación a los tumores ováricos descubiertos en el primer o segundo trimestre, la mayoría de los autores recomiendan el tratamiento quirúrgico para la remoción del tumor si es mayor de 5-8 cm, si existe evidencia de ruptura o torsión y/o signos de malignidad (3). Mientras que en los casos de masas ováricas menores de 5 cm se recomienda el seguimiento ecográfico cada 4-6 semanas (4). Aquellos diagnosticados en el tercer trimestre producen la mayor cantidad de problemas terapéuticos. Solo se recomienda la cirugía si existe alguna complicación o si afectan la evolución del parto.

El ovario es un sitio común de endometriosis, quizás su superficie irregular, lo cual permite que el tejido endometrial se fije y se produzcan quistes endometriósicos o endometriomas. Se piensa que la etiología de la endometriosis ovárica se debe al implante directo de endometrio posterior a menstruaciones retrógradas o metaplasia celómica de inclusiones epiteliales invaginadas en el ovario (5). Okamura y col. (6) postularon que el endometrioma se forma por invaginación de la corteza ovárica después de la acumulación de restos de menstruación de implantes endometriales sangrantes sobre la superficie del ovario. Los implantes son cubiertos posteriormente por tejido fibrótico denso. Este tejido está generalmente bajo estimulación hormonal y el dolor intermitente asociado durante la menstruación (7). Los endometriomas han sido descritos en estructuras pélvicas (ligamento tubo-ovárico y útero-sacos, vejiga, paredes de la pelvis), intraperitoneales (superficies del colon e intestino delgado, uréteres y superficies peritoneales) y superficialmente dentro de la pared abdominal en cicatrices relacionadas con procedimiento uterinos u ováricos (7,8).

Es claro que la endometriosis moderada a severa con adherencias y alteraciones de la anatomía de la pelvis causa infertilidad. Sin embargo, no está claro el papel de la endometriosis mínima a leve en la patogénesis de la infertilidad y aún esta menos claro el papel del endometrioma. Los quistes ováricos endometriósicos están clasificados como enfermedad de moderada a severa, pero parece poco probable que la presencia de un endometrioma ovárico disminuya la fertilidad (2).

La presencia de adherencias han sido implicadas como causa de ruptura del endometrioma durante el embarazo debido al incremento en la tensión cuando el útero aumenta de tamaño y su posición anatómica se modifica (1). En otros casos, cuando están ausentes las adherencias, la reducción del espacio intraabdominal (con el útero gestante ocupando el abdomen) pueden

producir la ruptura del quiste (2). Una explicación alternativa es el incremento del flujo sanguíneo al ovario durante el embarazo el cual puede inducir un aumento del quiste o quizás el sangrado dentro del mismo y eventualmente producir la ruptura. La ruptura del endometrioma durante el embarazo también puede ser secundaria a la decidualización estromal, la cual se ha asociado a la perforación del colon (9).

El diagnóstico de endometrioma ovárico generalmente se realice con la ecografía transvaginal, sin necesidad de utilizar otros métodos ecográficos diagnósticos como el Doppler. La ecografía abdominal no tiene la suficiente potencia diagnóstica en el embarazo temprano ni en la ginecología en general (5).

En el manejo de las tumoraciones ováricas es esencial considerar el riesgo de malignidad, aunque la tasa reportada de neoplasias malignas durante el embarazo es baja. Los parámetros más importantes para determinar el riesgo de malignidad son la apariencia ecográfica, tamaño y tasa de crecimiento de la tumoración (3).

Se realizó la cirugía del endometrioma ovárico a las 34 semanas de gestación debido a que la paciente presentaba dolor abdominal el cual era causado por la sospecha de la ruptura del endometrioma, lo cual fue confirmado durante la laparotomía. Para favorecer la continuación del embarazo y la maduración pulmonar fetal se decidió no realizar la cesárea, ya que esta cirugía no se recomienda en pacientes cercanas al término del embarazo si no existen indicaciones maternas o fetales (10).

Durante el posoperatorio, se administró a la paciente clorhidrato de isoxuprina. Sin embargo, el uso de estos tocolíticos es controversial (4). Drews y col. (11) demostraron que el riesgo de abortos y partos pretérminos se reduce a un mínimo si se administran estas drogas. Por otra parte, otros investigadores no han reportado beneficios en el uso de agentes progestacionales (12). De cualquier forma, se utilizaron estos fármacos al no existir contraindicación para su uso. Sin embargo, en este caso, al tercer día se observó el inicio del trabajo de parto. A diferencia de Patacchiola y col. (3), en este caso no se utilizaron drogas anti-inflamatorias no esteroideas para el alivio del dolor debido al riesgo de hipertensión pulmonar fetal y cierre prematuro del ducto arterioso.

Este caso ilustra la importancia de considerar los endometriomas en el diagnóstico de dolor abdominal durante el embarazo, especialmente en presencia de una evaluación ecográfica que revela un quiste de ovario.

REFERENCIAS

1. Vercellini P, Fedele L, Aimi G, Pietropaolo G, Consonni D, Crosignani P. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1 000 patients. *Hum Reprod.* 2007;22:266-271.
2. Fujishita A, Khan K, Masuzaki H, Ishimaru T. Influence of pelvic endometriosis and ovarian endometrioma on fertility. *Gynecol Obstet Invest.* 2002;53:40-45.
3. Patacchiola F, Collevocchio N, Di Ferdinando A, Palermo P, Di Stefano L, Mascaretti G. Management of ovarian cysts in pregnancy: A case report. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2005;26:651-653.
4. Sahraoui W, Hajji S, Essefi A, Haouas N, Hmissa S, Bibi M, et al. Ovary teratoma. Report of 91 cases. *Tunis Med.* 2006;84(6):349-352.
5. Czekierdowski A. Studies on angiogenesis in the benign and malignant ovarian neoplasms with the use of color and pulsed Doppler sonography and serum CA-125, CA-19.9, CA-72.4 and vascular endothelial growth factor measurements. *Ann Univ Mariae Curie Sklodowska Med.* 2002;57:113-131.
6. Okamura H, Katabuchi H, Nitta M, Ohtake H. Structural changes and cell properties of human ovarian surface epithelium in ovarian pathophysiology. *Microsc Res Tech.* 2006;69:469-481.
7. Reyna-Villasmil E. Endometrioma bilateral no roto con CA-125 sérico elevado. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2006;66:47-49.
8. Pinzón A, Pardal I, Gutiérrez O, Gómez J, Cruz A. Endometriosis en cicatriz poscesárea: reporte de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1986;46:202-203.
9. Garg N, Bagul N, Doughan S, Rowe P. Intestinal endometriosis-a rare cause of colonic perforation. *World J Gastroenterol.* 2009;15:612-614.
10. Zhao X, Huang H, Lian L, Lang J. Ovarian cancer in pregnancy: A clinicopathologic analysis of 22 cases and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer.* 2006;16:8-15.
11. Drews K, Malewski Z, Baloniak B, Gurynowicz G, Breborowicz G, Slomko Z. The incidence of ovarian tumors in the third trimester of pregnancy. *Ginekol Pol.* 2002;73:337-341.
12. Visser B, Glasgow R, Mulvihill K, Mulvihill S. Safety and timing of nonobstetric abdominal surgery in pregnancy. *Dig Surg.* 2001;18:409-417.

Correspondencia a:
Hospital Central "Dr. Urquinaona"
Final Av. El Milagro.
Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela.
Teléfono: 0416-2605233.
E-mail: sippenbauch@gmail.com