

CONSENSO INTERSOCIEDADES

Consenso nacional intersociedades sobre manejo de las masas anexiales - Diciembre de 2012



National Inter-Society Consensus on the Management of Adnexal Masses – December 2012

Asociación Médica Argentina, Academia Argentina de Cirugía, Sociedad Argentina de Patología, Sociedad Argentina de Radiología, Asociación Argentina de Cirugía, Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Argentina de Ginecología Oncológica, Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica, Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

Convocadas por la Academia Nacional de Medicina, por intermedio del Instituto de Estudios Oncológicos, ante la iniciativa de la Asociación Argentina de Ginecología Oncológica, las entidades autoras, miembros del Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas y del Programa Nacional de Consensos Intersociedades, avalan este consenso multidisciplinario, que aúna los criterios propuestos por los profesionales que se encuentran involucrados en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las masas anexiales.

Las instituciones autoras se comprometen a difundir y promover el uso del contenido de este documento en todas las áreas y entidades responsables del manejo de la salud, institutos nacionales, provinciales, municipales, PAMI, colegios médicos, entidades de medicina prepaga, obras sociales, mutuales, superintendencia de seguros de salud de la nación, hospitales de comunidad o universitarios, y demás entidades relacionadas, así como su aplicación por todos los especialistas del país.

Manejo de las masas anexiales

Definición

Estructura aumentada de tamaño en los anexos uterinos, que puede ser palpada en el examen bimanual o visualizada en imágenes¹.

La correcta evaluación preoperatoria de las masas anexiales es fundamental para un adecuado abordaje quirúrgico. La prevalencia de malignidad varía en las distintas series publicadas. Los ginecólogos de atención primaria deberán siempre considerar la posibilidad de un cáncer ovárico subyacente en pacientes de cualquier grupo etario que presenten una masa anexial². Dado que existe una fuerte evidencia de que su abordaje primario encarado por un equipo de ginecólogos oncólogos mejora significativamente el pronóstico de estas mujeres, resulta fundamental considerar apropiadamente los criterios de sospecha para enfermedad maligna para su oportuna derivación³.

La sospecha de enfermedad maligna se basa en:

Crterios clnicos

- Antecedentes familiares de cncer de mama, ovario y colon
- Edad de la paciente: joven para tumores germinales, posmenopusicas para los epiteliales
- Bilateralidad
- Masas fijas o slidas
- Ascitis
- Marcadores tumorales elevado:
 - Tumores epiteliales: CA 125 (tener en cuenta que en estadio I solamente se presenta elevado en el 50% de los casos) y CA 19,9 (elevado en tumores mucinosos).
 - Tumores germinales: α -fetoproteina (AFP), subunidad β de gonadotropina cori3nica humana (BHCG) y lctico-dehidrogenasa (LDH).

Los marcadores tumorales no son diagn3sticos ni especficos, pero su elevaci3n puede ayudar a caracterizar la neoplasia ovrica.

Factores de riesgo

- Nuliparidad
- Historia de esterilidad
- Antecedentes personales de endometriosis ovrica

Crterios imagenol3gicos

Ecograf3a

Es la primera modalidad de im3genes utilizada para identificar y caracterizar las masas anexiales⁴. La ecograf3a transvaginal (ETV) permite evaluar mejor las masas p3lvicas por la resoluci3n del transductor, pero tiene un campo de visi3n m3s limitado que la ecograf3a transabdominal (ETA). La ETA es preferible para masas grandes y/o cuando los ovarios est3n desplazados por un 3tero leiomiomatoso aumentado de tamao.

Ante la sospecha clnica de masa anexial el primer examen por im3genes a solicitar es una ETV, siendo la ETA complementaria.

Los criterios ecogr3ficos sospechosos de malignidad son:

- Masa slida heterog3nea
- Presencia de proyecciones papilares en una lesi3n quística
- Presencia de tabiques gruesos (> 3 mm), irregulares y/o convergentes

Doppler: es una herramienta adicional a la caracterizaci3n morfol3gica que determina el flujo vascular presente en la lesi3n y el patr3n de onda espectral para evaluar el grado de resistencia arterial en la misma (masa hipervascularizada o flujo vascular en proyecciones papilares).

Resonancia magn3tica (RM)

Se utiliza principalmente como herramienta para la resoluci3n de problemas cuando hay una masa anexial ecogr3ficamente indeterminada. Resulta particularmente 3til, por su gran caracterizaci3n tisular, en mujeres en edad f3rtil o embarazadas para diferenciar las lesiones benignas (m3s frecuentes a esta edad) de las malignas.

Para obtener informaci3n diagn3stica deber3a realizarse en equipos de alto campo (1,5 o 3 Tesla), con protocolos de exploraci3n especficos para masa anexial. Los equipos de bajo campo y los abiertos no se recomiendan para la realizaci3n de estos estudios.

Debe solicitarse con contraste endovenoso (gadolinio), excepto contraindicaciones (embarazo o insuficiencia renal). La secuencia en ponderaci3n T1 con supresi3n grasa permite el diagn3stico diferencial entre el componente hem3tico y el tejido grasa, formando parte del protocolo de exploraci3n.

Tomograf3a computada (TC)

No es de elecci3n en la evaluaci3n de masas anexiales por ser un m3todo con radiaci3n ionizante y de menor resoluci3n/caracterizaci3n tisular, que no aporta informaci3n adicional a la evaluaci3n ecogr3fica.

Punci3n citol3gica diagn3stica

No es recomendable por no ser suficientemente segura para la evaluaci3n diagn3stica de la masa anexial y tener un alto riesgo de rotura y diseminaci3n potencial^{5,6}.

Diagn3stico diferencial

- Quistes funcionales simples o hemorr3gicos
- Endometrioma
- Quistes lute3nicos
- Embarazo ect3pico
- Abscesos tubo-ov3ricos
- Quistes paratubarios
- Quistes de inclusi3n peritoneal
- Miomas pediculados
- Absceso o tumor apendicular
- Absceso diverticular
- Masa anexial maligna, primaria o secundaria

Abordaje quir3rgico

Si se sospecha una masa anexial maligna, el abordaje inicial deber3a ser preferentemente por laparotom3a. El uso de la laparoscopia debe quedar reservado para pacientes seleccionadas y en manos de un cirujano entrenado en ginecolog3a oncol3gica laparosc3pica, sabiendo que es m3s frecuente la rotura de la masa anexial cuando se emplea esta v3a de abordaje⁷.

Masa anexial y embarazo

En la mayor3a de los casos clnicos el manejo es expectante, dado que solamente el 1-2% de las masas anexiales diagnosticadas durante el embarazo son malignas⁸.

Indicaci3n de intervenci3n quir3rgica durante la gesti3n:

1. Persistencia de las mismas con un tamao mayor de 5 cm.
2. Sospecha de malignidad (10% aproximadamente de las masas anexiales operadas durante el embarazo son malignas, siendo los tipos de tumor m3s frecuente los de c3lulas germinales o de bajo potencial de malignidad)^{8,9}.

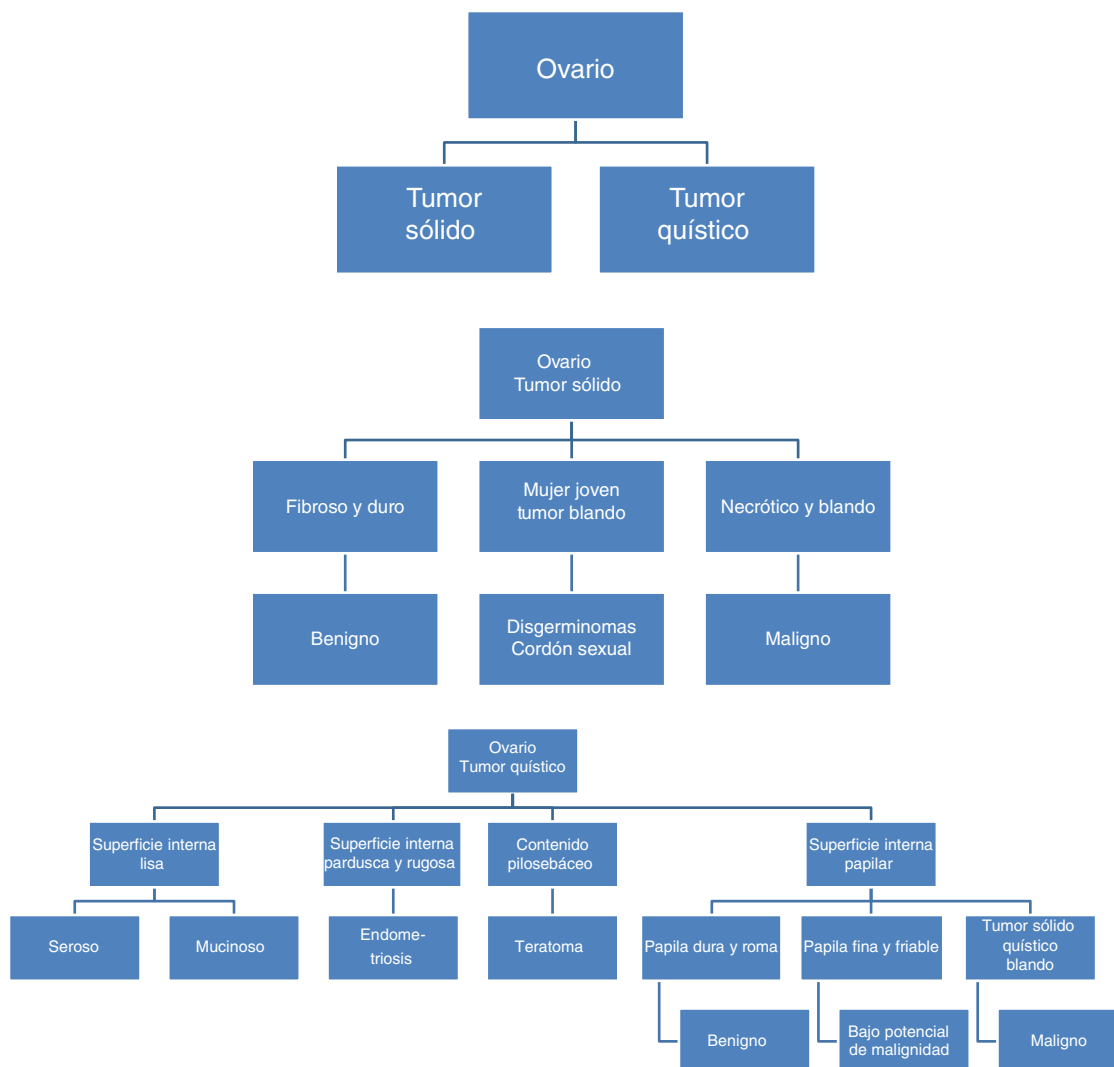


Figura 1 Abordaje macroscópico práctico de la biopsia intraoperatoria de ovario. (Este cuadro es un primer pensamiento al abordar los tumores ováricos. Presenta numerosas excepciones que serán detalladas en los siguientes módulos.)

- 3. Tamaño suficiente que pueda producir complicación (rotura o torsión), o dificultades obstétricas (tumor previo).

En caso de indicación de cirugía, esta debería realizarse en lo posible al comienzo del segundo trimestre para disminuir las complicaciones durante el embarazo en curso. Debe tenerse en cuenta que, en principio, el embarazo no constituye una contraindicación para el empleo de la laparoscopia como vía de acceso¹⁰.

Biopsia intraoperatoria de masa anexial

Es importante la presencia del patólogo dentro del quirófano para que observe la relación del tumor con otros órganos, ovario contralateral, útero e implantes peritoneales. Si la cirugía es laparoscópica, deberá observar el monitor y evaluar a través de este el útero, el ovario contralateral y la cavidad peritoneal.

Datos imprescindibles al momento de la cirugía:

- Edad
- Antecedentes generales y ginecológicos
- Cirugías previas
- Tumores preexistentes
- Marcadores tumorales séricos
- Presencia de ascitis (estudio diferido del líquido)

Informe anatomopatológico intraoperatorio

Deberá definir:

- Benigno - Maligno - Diferido
- Epitelial - no epitelial
- Sospecha de metástasis ovárica de otro tumor primario

Macroscopia

El manejo macroscópico intraoperatorio del tumor es fundamental para definir un diagnóstico, junto con el examen citológico e histológico.

Medir la pieza antes de cortar. Estudiar la pieza buscando soluciones de continuidad, micropapilas, zonas irregulares o despulidas. Si hay trompa, observar la superficie tubaria y desplegar el ligamento tubo-ovárico, evaluando a trasluz. Cortar por el diámetro mayor cada 3 mm, y si es quístico, evacuar el contenido lavando con agua caliente. Evaluar color, consistencia y textura. Hacer citología y corte de zonas sospechosas de 1 a 4 áreas (sólidas, papilares, heterogéneas)¹¹.

Un porcentaje variable de especímenes se evalúa solo con macroscopia, a criterio del patólogo. En los implantes siempre deben hacerse cortes por congelación. No contestar por citología por posibles errores (p. ej.: hiperplasia mesotelial reactiva).

Abordaje macroscópico práctico de la biopsia intraoperatoria de ovario (fig. 1)

Este cuadro es un primer pensamiento al abordar los tumores ováricos. Presenta numerosas excepciones que serán detalladas en los siguientes módulos.

Manejo intraoperatorio en la cirugía laparoscópica

Examen visual y examen minucioso de la superficie externa e interna. Raspado y extendido citológico; en casos seleccionados, corte por congelación.

Bibliografía

1. Myers ER, Bastian LA, Havrilesky LJ, Kulasingam SL, Terplan MS, Cline KE, et al. Management of Adnexal Mass. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006 Feb. Report No.: 06-E004.
2. Le T, Giede C, Salem S, Lefebvre G, Rosen B, Bentley J, et al. Initial evaluation and referral guidelines for management of pelvic/ovarian masses. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31:668-80.
3. Dearking AC, Aletti GD, McGree ME, Weaver AL, Sommerfield MK, Cliby WA. How relevant are ACOG and SGO guidelines for referral of adnexal mass? *Obstet Gynecol.* 2007;110:841-8.

4. Brown DL, Dudiak KM, Laing FC. Adnexal masses: US characterization and reporting. *Radiology.* 2010;254:342-54.
5. Vergote I, De Brabanter J, Fyles A, Bertelsen K, Einhorn N, Sevelde P, et al. Prognostic importance of degree of differentiation and cyst rupture in stage I invasive epithelial ovarian carcinoma. *Lancet.* 2001;357:176-82.
6. Higgins RV, Matkins JF, Marroum MC. Comparison of fine-needle aspiration cytologic findings of ovarian cysts with ovarian histologic findings. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:550-3.
7. Maiman M, Seltzer V, Boyce J. Laparoscopic excision of ovarian neoplasms subsequently found to be malignant. *Obstet Gynecol.* 1991;77:563-5.
8. Leiserowitz GS, Xing G, Cress R, Brahmabhatt B, Dalrymple JL, Smith LH. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? *Gynecol Oncol.* 2006;101:315-21.
9. Hoffman MS, Sayer RA. Adnexal masses in pregnancy. *OBG Management.* 2007;19:27-44.
10. Whitecar MP, Turner S, Higby MK. Adnexal masses in pregnancy: a review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181:19-24.
11. Medeiros LR, Rosa DD, Edelweiss MI, Stein AT, Bozzetti MC, Zelmanowicz A, et al. Accuracy of frozen-section analysis of ovarian tumors: a systematic quantitative review. *Int J Gynecol Cancer.* 2005;15:192-202.

Bibliografía recomendada para Imágenes

- Chen M, Wang WC, Zhou C, Zhou NN, Cai K, Yang ZH, et al. Differentiation between malignant and benign ovarian tumors by magnetic resonance imaging. *Chin Med Sci J.* 2006;21:270-5.
- Hricak H, Chen M, Coakley FV, Kinkel K, Yu KK, Sica G, et al. Complex adnexal masses: detection and characterization with MR imaging-multivariate analysis. *Radiology.* 2000;214:39-46.
- Kinkel K, Lu Y, Mehdizade A, Pelte MF, Hricak H. Indeterminate ovarian mass at US: incremental value of second imaging test for characterization- meta-analysis and Bayesian analysis. *Radiology.* 2005;236:85-94.
- Kinkel K, Hricak H, Lu Y, Tsuda K, Filly RA. US characterization of ovarian masses: a meta-analysis. *Radiology.* 2000;217:803-11.
- Laing FC, Allison SJ. US of the ovary and adnexa: to worry or not to worry? *Radiographics.* 2012;32:1621-39.