

Valoración clínica de las masas anexiales

Dr. Juan Pedro Martínez Cendán
Jefe de Sección de Ginecología

***III Curso de Actualización en Patología
Ginecología. Cartagena , 2014***

Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital General Universitario Santa Lucía
Cartagena.



Valoración clínica de las masas anexiales

IMPORTANCIA:

- Genera temor y ansiedad por la posibilidad de malignidad
 - Las limitaciones de la exploración física
 - Invasión de la intimidad durante estas exploraciones
 - Asintomática.
 - Se descubren de forma en una visita rutinaria
- El 8% de mujeres asintomáticas de 25 a 40 años, tenían un quiste de mas de 25 mm.
 - El 18% den las mujeres de mas de 50 años presentaban un quiste menor de 10 cm. *



ES FACIL que un médico encuentre una masa pélvica

*.Modesitt SC, Pavlik EJ; Ueland FR et al. Risk of malignancy in unicular ovaian cystic tumors less than 10 cm. Obstet Gynecol 2003; 102 (3):594-9

Diagnóstico diferencial de las masas anexiales

Cualquier estructura anatómica dentro de la pelvis femenina puede crear una masa:

- Órganos reproductores (vagina, cérvix, trompas, útero y ovarios)
- Intestino delgado y grueso
- Vejiga
- Uréteres
- Nervios
- Estructuras vasculares
- Ganglios linfáticos
- Músculos

MASAS ANEXIALES

Diagnóstico diferencial de las causas habituales de masa pélvica *

Cérvix

Lesión benigna

Quiste de Nabot

Lesión maligna

cáncer de cuello uterino



Cervical Cancer



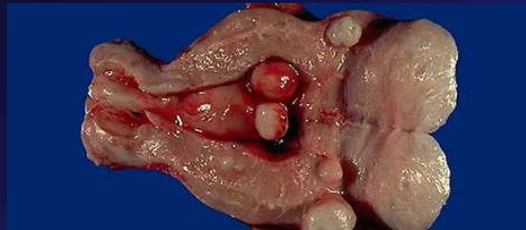
*.Barney et al. Med Clin Am 92 (2008)1143-1161.,

MASAS ANEXIALES

Diagnostico diferencial.

Lesiones en útero

Benignas mioma



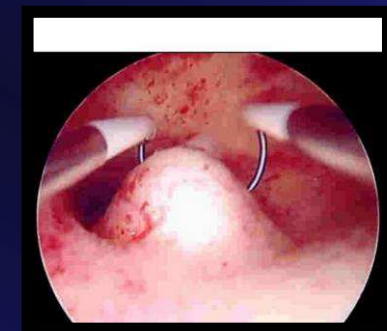
pólipo uterino



hidrometra



Figura 4. Quisto de ovario derecho gigante durante el acto quirúrgico.

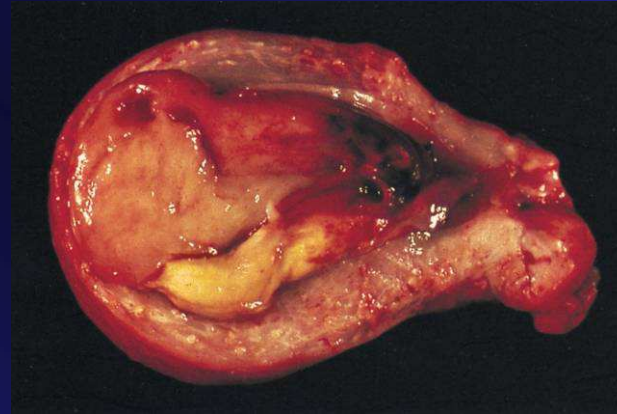


MASAS ANEXIALES

Diagnostico diferencial.

Lesiones malignas de útero

Cáncer de endometrio



leiomiosarcoma

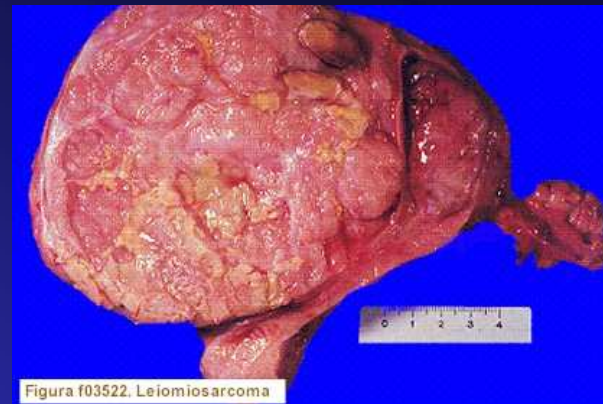


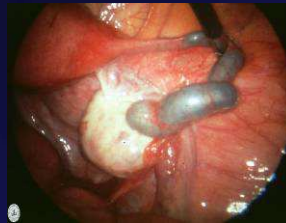
Figura f03522. Leiomiosarcoma

MASAS ANEXIALES

Diagnostico diferencial

Lesiones benignas de trompa

Hidrosalpinx



Absceso tubo-ovárico



Embarazo ectópico



Quiste de paraovario

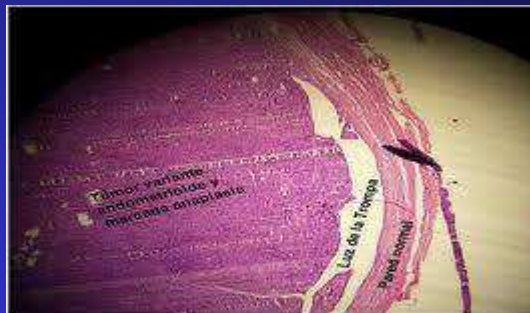


MASAS PELVICAS

Diagnostico diferencial

Lesión maligna de la trompa

Cáncer de trompas de falopio



Caso 2. Carcinoma de la Trompa de Falopio variante endometrioides (H/E 40x)

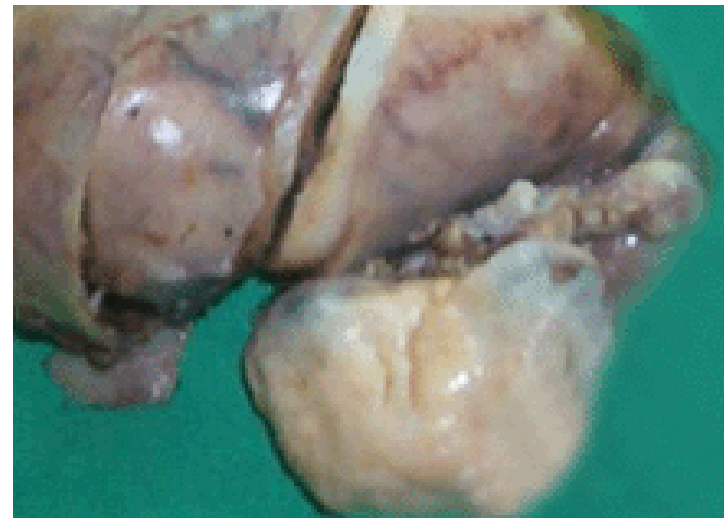


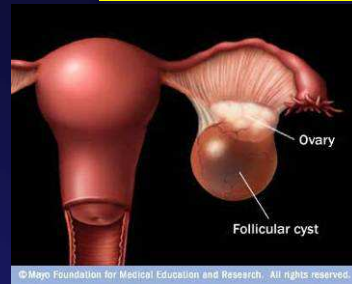
Figura 1. Vista macroscópica del anejo derecho, donde se observa aumento de volumen de la trompa de Falopio de aspecto tumoral.

MASAS ANEXIALES

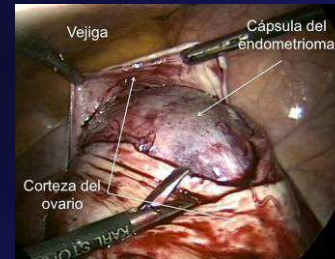
Diagnostico diferencial

Lesiones benignas de ovario

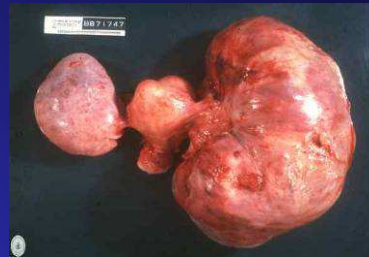
Quiste funcional



Endometrioma



Fibroma ovarico



Dermoides



Cistoadenomas

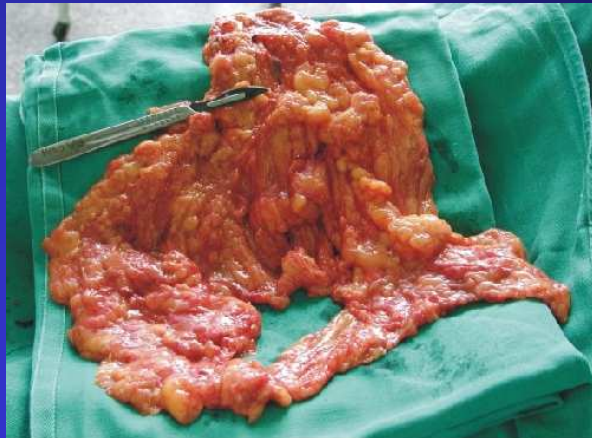


MASAS ANEXIALES

Diagnostico diferencial

Lesiones malignas del ovario

Cáncer de ovario



MASAS ANEXIALES

Diagnostico diferencial.

Origen no ginecológico .Lesiones benignas

Apendicitis



Adherencias intestinales



Diverticulitis



Retención urinaria

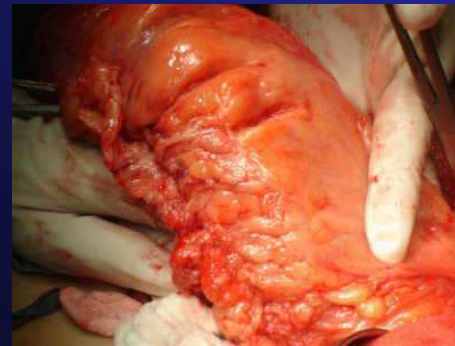


MASAS ANEXIALES

Diagnostico diferencial

Origen no ginecológico. Lesiones malignas

Cáncer colon-rectal



Linfoma



Carcinomatosis



MASAS ANEXIALES

Diagnóstico de las masas anexiales:

- Exploración ginecológica
- Ecografía vaginal-rectal-abdominal
- Marcadores tumorales
- RMN
- TAC abdomino-pélvico

MASAS ANEXIALES

Exploración ginecológica

- Exploración minuciosa del abdomen
- Exploración pélvica; (NO SOLO la exploración pélvica electrónica)
 - Examen con espéculo (secreción vaginal purulenta)
 - Exploración bimanual
 - Exploración rectovaginal
- Biopsia de lesiones visibles en vagina, cérvix.
- Histeroscopia ambulatoria con biopsia dirigida en metrorragia postmenopausica



MASAS ANEXIALES

Exploración ecográfica *

Es el método de elección para valorar la naturaleza benigna o maligna de una masa anexial (GR II)

1. Análisis morfológico de la masa mediante ecografía en escala de grises, vía vaginal, rectal o transabdominal.

- Se determina el origen de la lesión (anexial, uterina o extragenital)
- Estudiar lesiones asociadas (ascitis o carcinomatosis).
- Tamaño de la lesión (10-15% de las lesiones aparentemente benignas de mas de 10 cm, son realmente malignas) .
- Estudio de ecogenicidad (sólido o líquido)
- En masas quísticas estudiar el contenido (anecoico, hemorrágico, denso homogéneo, denso heterogéneo, áreas calcificadas y sombras acústicas, septos y su grosor , proyecciones papilares con su número y dimensiones, áreas sólidas y el grosor de la pared)

2. Estudio doppler; El uso de índices velocimétricos (IR, IP) tiene una aportación clínica muy limitada debido al solapamiento de estos índices entre lesiones benignas y malignas, se desaconseja su uso . El power doppler para determinar la localización de los vasos dentro del tumor y la intensidad del color si ha demostrado su utilidad (las malignas presentan vascularización moderada o abundante en el componente sólido o en las zonas centrales de las lesiones sólidas).

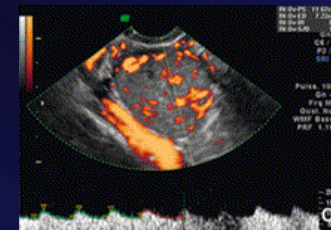
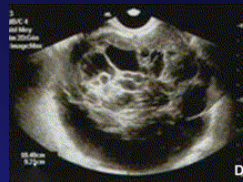
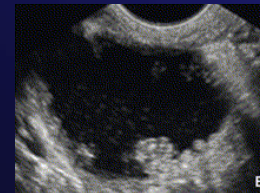
3. Ecografía tridimensional o Power Doppler tridimensional (estudios preliminares).

*Protocolo de la SEGO.2013.

MASAS ANEXIALES

Hallazgos ecográficos ováricos sospechosos de malignidad:

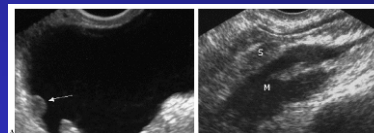
- Quiste multilocular
- Excrecencias de 3 mm o mas.
- Lesión bilateral
- Areas sólidas
- Vascularización interna abundante con $IR < 0,5$



- Ascitis



- Carcinomatosis



MASAS ANEXIALES

Exploración ecográfica *

La determinación de la naturaleza de la lesión.

1. Impresión subjetiva, sensibilidad y especificidad del 90% en ecografistas bien entrenados.

2. Sistemas de puntuación (SCORE). Permite a los observadores menos expertos obtener mejores resultados.

El informe del examen ecográfico de una masa anexial, tiene que describir con detalle los hallazgos. En la parte final del informe se debe incluir una mención al riesgo de malignidad de la lesión:

- Bajo riesgo
- Riesgo intermedio
- Alto riesgo.

Porque facilita la ORIENTACION TERAPEUTICA.

*Protocolo de la SEGO.2013.

MASAS ANEXIALES

TABLA 1. Risk of Malignancy Index II*

Hallazgos ecográficos	Puntuación RMI II "score"
<ul style="list-style-type: none">● Quiste multilocular● Presencia de áreas sólidas● Lesión bilateral● Presencia de ascitis● Presencia de metástasis abdominales	1 = ninguno o 1 hallazgo ecográfico 4 = ≥ 2 hallazgos ecográficos
Mujer premenopáusica	1
Mujer posmenopáusica	4
Nivel CA 125	U/ml
Características ecográficas x pre/posmenopausia x CA 125 = puntuación. Valores por encima de 200, son indicativos de sospecha de cáncer de ovario.	

TABLA 2. Modelo de informe ecográfico para masas anexiales

Nombre paciente:
Nº Historia:
Edad:
FUR: Menopausia: si / no
Examen realizado vía transvaginal / transrectal / transabdominal {1}
Descripción de hallazgos:
Masa: si / no
Localización: anexial / uterina / extragenital / no determinada
Bilateral: si / no Ubicación: Derecha / Izquierda / No determinada
Dimensiones:x.....x..... cm
Pared: espesor decm / no aplicable {2} Superficie interna: regular / irregular
Septos: no / si (espesor mayorcm) Nº de lóculos: 2 / 2-10 / más de 10
Proyecciones papilares en pared: no / si.
Nº Proyecciones
Dimensiones de proyección mayor:x.....cm
Sombra acústica: si / no
Parénquima ovárico visible: si / no
Contenido: Quístico (anecoico/hemorrágico/homogéneo/heterogéneo) / Sólido
Flujo color: no / si (escaso/moderado/abundante)
Localización flujo color: pared / septos / componente sólido {3}
Ascitis {4}: si / no
Carcinomatosis: si / no
Clasificación morfológica:
Masa quística unilocular
Masa quística multilocular
Masa quística unilocular con componente sólido
Masa quística multilocular con componente sólido
Masa sólida
Presunto diagnóstico histológico {5}
Impresión diagnóstica:
Masa de riesgo bajo de malignidad
Masa de riesgo intermedio de malignidad
Masa de riesgo alto de malignidad

{1} Indicar todas las empleadas

{2} Por ejemplo, en lesiones sólidas

{3} Indicar en todas las localizaciones aplicables

{4} Estimada como al menos un bolsillo de líquido ≥ 25 mm en saco de Douglas medido en diámetro antero-posterior en plano sagital.

{5} Si el examinador lo estima se puede indicar la sospecha diagnóstica histológica como: quiste simple, quiste hemorrágico, endometrioma, teratoma, quiste mucinoso, quiste seroso, hidrosalpinx, quiste de paraovario, tumor borderline, carcinoma, etc.

MASAS ANEXIALES

TABLA 3. CLASIFICACIÓN GIRADS*
(Gynaecological Imaging Reporting And Data System)

- **GIRADS 0:** No concluyente, o probable patología no ginecológica.
 - Necesita exámenes complementarios.
- **GIRADS 1:** Examen ginecológico normal.
- **GIRADS 2:** Benigno: quiste ovárico simple, cuerpo lúteo hemorrágico, hidrosalpinx, quiste paraovárico, embarazo ectópico.
- **GIRADS 3:** Sugerente de benignidad: quiste endometriósico, teratoma quístico, absceso tubo-ovárico.
 - Riesgo de malignidad < 2 %.
- **GIRADS 4:** Sospechoso de malignidad.
 - Riesgo de malignidad < 50 %.
 - Imagen anexial no incluida en las anteriores, que reúna 1 ó 2 de las siguientes características:
 - Excrecencias sólidas de la pared, de ≥ 3 mm de altura.
 - Áreas sólidas no grasas.
 - Vascularización interna abundante.
 - $IR \leq 0,5$.
- **GIRADS 5:** Alta probabilidad de malignidad.
 - Riesgo de malignidad > 50%
 - Imagen anexial con > 2 de las características anteriores.

*Protocolo de la SEGO.2013.

MASAS ANEXIALES

Marcadores tumorales en cáncer de ovario:

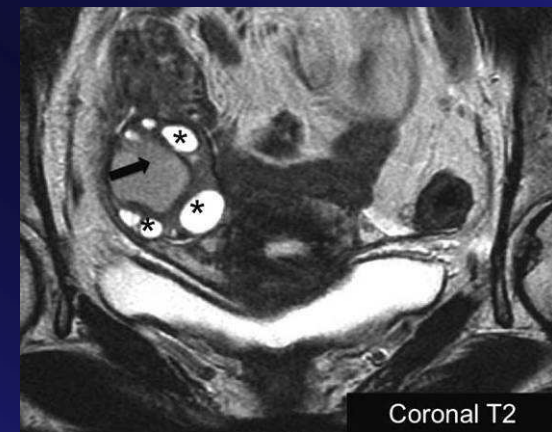
- Ca 125 (>200 en premenopausia y >35 en postmenopausica)
- HE4
- CEA y ca19.9 (en mucinosos)
- AFP, B-HCG ,LDH (en tumores germinales)

MASAS ANEXIALES

RMN PELVICA

¿Cuándo PEDIR UNA RMN PELVICA?

- Cuando se tenga la sospecha de malignidad de una masa anexial pero no es clara
- En masa pélvica sin identificar origen.
- Técnica de elección para diagnosticar adenomiosis uterina



MASAS ANEXIALES

TAC ABDOMINO-PELVICA

Para realizar un estudio de extensión ante una imagen anexial altamente sospechosa de malignidad.

Estudio de carcinomatosis abdominal , visualizando los implantes, afectación de ganglios...



MASAS ANEXIALES

Tratamiento de las masas anexiales:

Se valora el tratamiento según;

- Sintomatología de la paciente
- Edad
- Deseo genésico
- Pre o postmenopausia
- Antecedentes familiares de cáncer de ovario o mama.
- Hallazgos en la exploración
- Marcadores tumorales
- Pruebas de imagen

MASAS ANEXIALES

Tratamiento de las masas anexiales:

Las masas anexiales se pueden clasificar en *:

Riesgo bajo, claramente benigna. (<1%)

Los quistes ováricos simples.

Riesgo intermedio. (>1%)

Las mayoría de las lesiones serán benignas (endometriomas, quistes hemorrágicos, hidrosalpinx, teratomas maduros, cistoadenomas serosos, mucinosos...)

Riesgo alto de malignidad.

Sospecha de cáncer de ovario

*Dodge JE et al: Management of a suspicious adnexal mass; a clinical practise guideline. Curr Oncol 2012; 19 244-257 y Protocolo de la SEGO.2013

MASAS ANEXIALES

Tratamiento de las lesiones de bajo riesgo.

- No se han identificado que los quistes ováricos epiteliales benignos aumenten el riesgo de cáncer de ovario (1).
- La extirpación de los quistes ováricos simples y persistentes no han disminuido la mortalidad del cáncer de ovario en estas pacientes. (2)
- El seguimiento en los quistes simples menores de 10 cm sin realizar intervención, no se ha asociado a una transformación maligna de los mismos. (3)
- En las conductas expectantes se debe realizar un control ecográfico cada 6 meses (4)

Sólo se quitan si (5):

- Si hay cambios en la morfología del quiste
- Dolor agudo por sospecha de torsión.
- Clínica de dolor en la paciente.
- Tamaño superior a 10 cm

1. Scully RE, Powell D, van Naguell J, Current concepts in epithelial ovarian tumors; does benign to malignant transformation occur? Human Pathol 1992;23:846-7
2. Westhoff C, Clark CJ, Benign ovarian cysts in England and Wales and in the United States. Br J Obstet Gynaecol 1992;99:329-32
3. Liu JH, Zanotti KM, Management of the adnexial mass. Obstet Gynecol. 2011;19:244-57
4. Modesitt SC, Pavlik EJ; Ueland FR et al. Risk of malignancy in unicellular ovarian cystic tumors less than 10 cm. Obstet Gynecol 2003; 102 (3):594-9
5. Protocolos de la SEGO 2013,

MASAS ANEXIALES

Tratamiento de las masas anexiales:

Masas anexiales de bajo riesgo (*)

1. Premenopausia (quistes ováricos simples)

Quistes entre 3-5 cm, no requieren tratamiento, la mayoría son funcionales, se resuelven en 3 ciclos menstruales. Clásicamente se han dado ACHO durante 3 meses pero no ha demostrado una resolución mas temprana de los quistes funcionales (no se aconseja su uso para este fin, sólo para reducir los posibles síntomas como dismenorrea o alteraciones del ciclo menstrual).NE Ib-A

Quistes entre 5 y 10 cm, se pueden controlar con seguimiento ecográfico seriado, 3-6 meses.

*- Protocolo de la SEGO. 2013

MASAS ANEXIALES

Tratamiento de las masas anexiales:

Masas anexiales de bajo riesgo

2. Postmenopáusica (quistes ováricos simples)

- Incidencia del 8-12% de la mujeres postmenopáusica.
- Tratamiento conservador a los 3,6 y 12 meses y posteriormente cada año de los quistes menores de 10 cm.
- La mayoría se resuelven en un periodo de 12-24 meses.
- No es recomendable la punción y aspiración. Tiene una eficacia similar al tratamiento expectante. NE A *

*Protocolo de la SEGO.2013.

MASAS ANEXIALES

Tratamiento de las masas anexiales de bajo riesgo

Abordaje quirúrgico

Cirugía por laparoscopia “gold standard” (menor morbilidad, recuperación precoz y menor coste global) y en quirófano programado. NE ; Ia-A.

TECNICA: Revisión de la cavidad y evaluación intraoperatoria del aspecto de la lesión (cápsula lisa y fina, blanca y nacarada, ausencia de vascularización capsular, ligamento útero-ovárico normal, líquido intraquístico amarillento).

Características morfológicas de malignidad: multiloculación o abigarrado, excrecencias papilares intra o extra quística, neovascularización capsular anárquica, invasión de estructuras vecinas, líquido endoquístico oscuro, sanguinolento o mucinoso espeso, bilateralidad y ascitis.

MASAS ANEXIALES

Tratamiento de las masas anexiales de bajo riesgo

Abordaje quirúrgico

- Quistectomia en premenopáusicas, siendo una cirugía conservadora.
- Ooforectomia en cirugía definitiva de endometriosis y cuando no se puede técnicamente realizar quistectomía.
- Anexectomía bilateral en las postmenopáusicas (se elimina el riesgo de ca de ovario de origen ovárico y del peritoneo de las trompas). Aunque no hay estudios que avalen el asociar siempre anexectomía contralateral y si que hay supervivencias mayores en conservación de ovarios hasta los 65 años. (NE: Ib-A)
- En grandes quistes realizar punción y vaciamiento cuidadoso o en endobolsa.
- Extracción de la pieza en endobolsa.

MASAS PELVICAS

Tratamiento de las masas anexiales:

Masas anexiales de bajo riesgo

Abordaje quirúrgico



Figura 6.

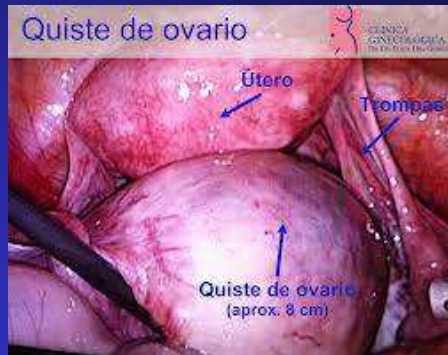


Fig. 2. Pinza tipo "diente de ratón" introducida por el canal de trabajo del videoendoscopio, responsable de la presión y tracción de la bolsa extractora.



MASAS ANEXIALES

Tratamiento de las masas anexiales:

Masas anexiales de riesgo intermedio *

El mayor reto para el ginecólogo: el riesgo de malignidad aumenta (>1%) pero la mayoría serán benignas (endometriomas, quistes hemorrágicos, hidrosalpinx, teratomas, cistoadenomas serosos o mucinosos...).

No existe consenso en la actitud terapéutica (seguimiento expectante o cirugía). Considerar el riesgo clínico, interpretación adecuada de las pruebas y una evaluación medida del riesgo de la intervención frente al de la no intervención. Se pone en una balanza el diagnóstico de un cáncer de ovario y las complicaciones inherentes a una cirugía.

-Premenopáusicas: Se puede intervenir para evitar los efectos adversos agudos como torsión ovárica, rotura, hemorragia, peritonitis por vaciado de mucina o rotura de un teratoma.

--Postmenopáusica: Ante una masa mayor de 5 cm, que sea sintomática o con scores de riesgo dudosos se debe realizar un abordaje quirúrgico

MASAS ANEXIALES

Tratamiento de las masas anexiales:

Masas anexiales de riesgo intermedio

La mayor preocupación es la contaminación de la cavidad abdominal por células malignas en caso de rotura de la tumoración. Tomar las precauciones como si fuera maligna.

- Lavado peritoneal o aspiración del líquido ascítico.
- Revisión de la cavidad y evaluación del aspecto de la tumoración y biopsia de lesiones sospechosas. Exéresis de lesión evitando la rotura de la tumoración y contaminación peritoneal.
- Se debe realizar anexectomía en lugar de quistectomía si se sospecha malignidad.
- Extracción de la pieza en endobolsa
- Laparoscopia avanzada en quirófano programado.
- Realizar biopsia intraoperatoria, informada la paciente de la posibilidad de realizar cirugía radical. Pero hay un problema, diferenciar una tumoración borderline de una maligna. Muchas nos la dan como borderline y luego son malignas. PROBLEMA : LA CIRUGIA ES DIFERENTE.

MASAS PELVICAS

Tratamiento de las masas anexiales:

Masas anexiales de alto riesgo de malignidad (1)

Abordaje quirúrgico:

El porcentaje de cirugía citoreductora primaria completa está relacionada con la experiencia del equipo quirúrgico (experiencia oncológica y se interviene con el servicio de cirugía general expertos en carcinomatosis). NE:IIb-B (2)

Cirugía radical del cáncer de ovario vía laparotómica.

Laparoscopia solo para: evaluar la resecabilidad o tomar biopsias en pacientes candidatas a quimioterapia neoadyuvantes.

Histerectomía abdominal mas doble anexectomía +linfadenectomía+ omentectomía + apendicectomía + biopsias de peritoneo +exeresis de cualquier lesión.

1. (1) Protocolo de la SEGO. 2013
2. (2) Bristow et al.The national cancer database report on advanced-stage epithelial ovarian cancer: impact of hospital surgical case volumen on overall survival and surgical treatment paradigm. Gynecol Oncol 2010 sep;118 (3):262-7



GRACIAS....

POR VUESTRA ATENCIÓN