

410 Tratamiento laparoscópico de las masas anexiales

Protocolo n.º 7 de endoscopia ginecológica

INTRODUCCIÓN

La aparición de una tumoración anexial de características funcionales, benignas o malignas, constituye uno de los hallazgos que con mayor frecuencia surgen en la práctica clínica diaria. Algunos datos epidemiológicos nos muestran la importancia del problema:

— Constituyen la cuarta causa de ingreso hospitalario.

— Aparecen sobre todo en edad reproductiva (20-45 años); las causas más frecuentes en esta época son las de origen funcional.

— En premenáuricas y posmenopáusicas deben ser objeto de estudio inmediato por aumento del riesgo de malignidad.

Hoy día se acepta universalmente la vía laparoscópica como abordaje inicial de las masas anexiales de características ecográficas benignas. Respecto a las masas anexiales complejas o dudosas tras el estudio preoperatorio, existe un amplio consenso para establecer la vía laparoscópica de inicio puesto que un alto porcentaje (que puede alcanzar hasta un 93%) resulta benigno y la vía laparotómica de entrada supondría un sobretratamiento. No obstante, disponemos de 2 pasos en la evaluación de la naturaleza de dichas masas para establecer su tratamiento definitivo: uno preoperatorio y otro intraoperatorio.

VALORACIÓN PREOPERATORIA DE LAS MASAS ANEXIALES

Antecedentes personales y familiares

Incluye la historia anterior de cáncer, uso actual o pasado de anticonceptivos orales o fármacos inductores de la ovulación, evolución del crecimiento

de la masa, signos y síntomas acompañantes que sugieran malignidad (anorexia, pérdida de peso, distensión abdominal). Se tendrá en cuenta también la historia familiar de cánceres asociados: colon, mama, mutaciones del *BRCA*...

Exploración física

Exploración abdominal para valorar la presencia de ascitis o tamaño de las masas anexiales. Examen rectovaginal para documentar la posible presencia de tumoraciones anexiales, grado de movilidad o fijación de éstas, así como signos de infiltración del fondo de saco de Douglas

Marcadores tumorales

La especificidad del CA 125 en la premenopausia es baja debido a que está incrementado en condiciones benignas como la endometriosis, miomas y enfermedad inflamatoria pélvica. Valores por encima de 200-300 µg/ml resultan más sospechosos de malignidad. En mujeres premenopáusicas deberemos solicitar además la alfafetoproteína, lipoproteínas de baja densidad (LDH) y beta-HCG.

En la posmenopausia, la elevación del CA 125 es más específica de malignidad, aunque sólo está aumentado en la mitad de los casos en estadio I. Con un nivel de corte de 30 µg/ml, asociado con la valoración ecográfica, alcanza una sensibilidad del 89% y una especificidad del 73%.

Ecografía

La vía abdominal es la de elección para la evaluación de las grandes masas; en el resto de los casos la vaginal aporta una mayor resolución. Las características morfológicas que hay que detallar incluyen el tamaño del tumor, el número de lóbulos y septos, la ecodensidad general y la detección de excrecencias papilares.

Hay múltiples sistemas de valoración del índice de riesgo mediante la puntuación de los parámetros morfológicos (Sassone, Lerner, Bajo Arenas...), de manera que cada servicio puede aplicar la que le parezca más oportuna. Resulta fundamental que la

valoración de dichas masas se realice siempre por los mismos especialistas.

Valoración Doppler

La distinción entre masas benignas y malignas se basa en la detección de ondas de flujo con baja impedancia o alto índice de flujo diastólico. Desafortunadamente, se produce una superposición entre los hallazgos de masas benignas y malignas, lo que disminuye su especificidad.

Se ha realizado una revisión no sistemática y un metaanálisis sobre la valoración con ecografía y Doppler de las masas anexiales (fig. 1). La curva ROC muestra que los mejores resultados de especificidad y TFP se obtienen con la combinación de la valoración morfológica junto con la valoración Doppler¹; por debajo, el índice morfológico², índice Doppler³ y la imagen Doppler color⁴. No se ha llegado a encontrar cuál de los diferentes índices de medición es el más adecuado, por lo que los autores sugieren realizar una valoración con la combinación del índice morfológico y la imagen Doppler color, por ser más sencillo y reproducible. Desaconsejan utilizar índices muy complejos.

VALORACIÓN INTRAOPERATORIA PERLAPAROSCÓPICA

Permite estudiar las características morfológicas de la tumoración, así como explorar el resto de la cavidad pélvica y abdominal, todo ello encaminado a hacernos una idea más precisa de la naturaleza de dicha masa.

Dentro de los criterios de benignidad, podemos diferenciar los siguientes:

Aspecto laparoscópico de un quiste funcional de ovario:

- Cápsula lisa, superficie blanca nacarada.
- Ausencia de vascularización capsular o tipo coraliforme.
- Ligamento útero-ovárico normal.
- Pared quística fina.
- Líquido intraquístico amarillento.
- Aspecto retinoide de la pared interna del quiste.

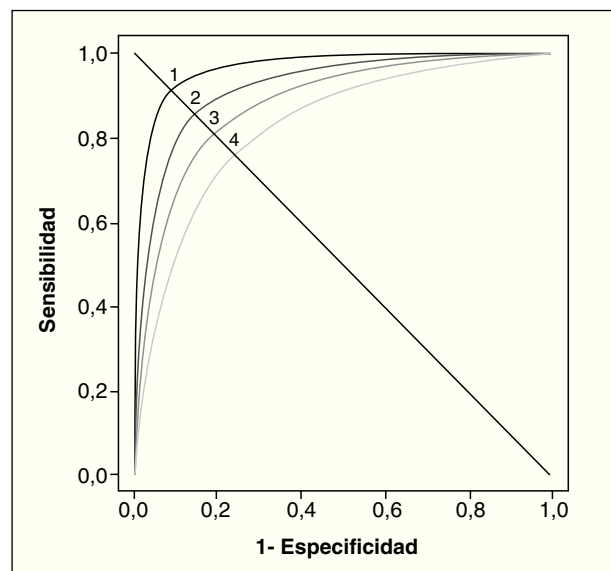


Figura 1. Cara ROC. 1. Combinación de la valoración morfológica junto con la valoración Doppler. 2. Índice morfológico. 3. Índice Doppler. 4. Doppler color.

Aspecto laparoscópico de un quiste orgánico:

- Ligamento utero-ovárico alargado.
- Pared quística gruesa.
- Vascularización en peine.

Como características morfológicas de una tumoración maligna, podemos destacar las siguientes:

- Multiloculación y/o patrón externo abigarrado.
- Excrecencias papilares intraquísticas o extraquísticas.
- Neovascularización anárquica capsular.
- Invasión de estructuras vecinas.
- Líquido endoquístico oscuro, sanguinolento o mucinoso espeso.
- Bilateralidad.
- Ascitis.

Llegados a este punto, con los datos del estudio preoperatorio (marcadores, estudio ecográfico, antecedentes...), junto con la edad de la paciente y las características morfológicas macroscópicas de la tumoración, estaremos en disposición de establecer una aproximación acerca de la naturaleza de dicha tumoración.

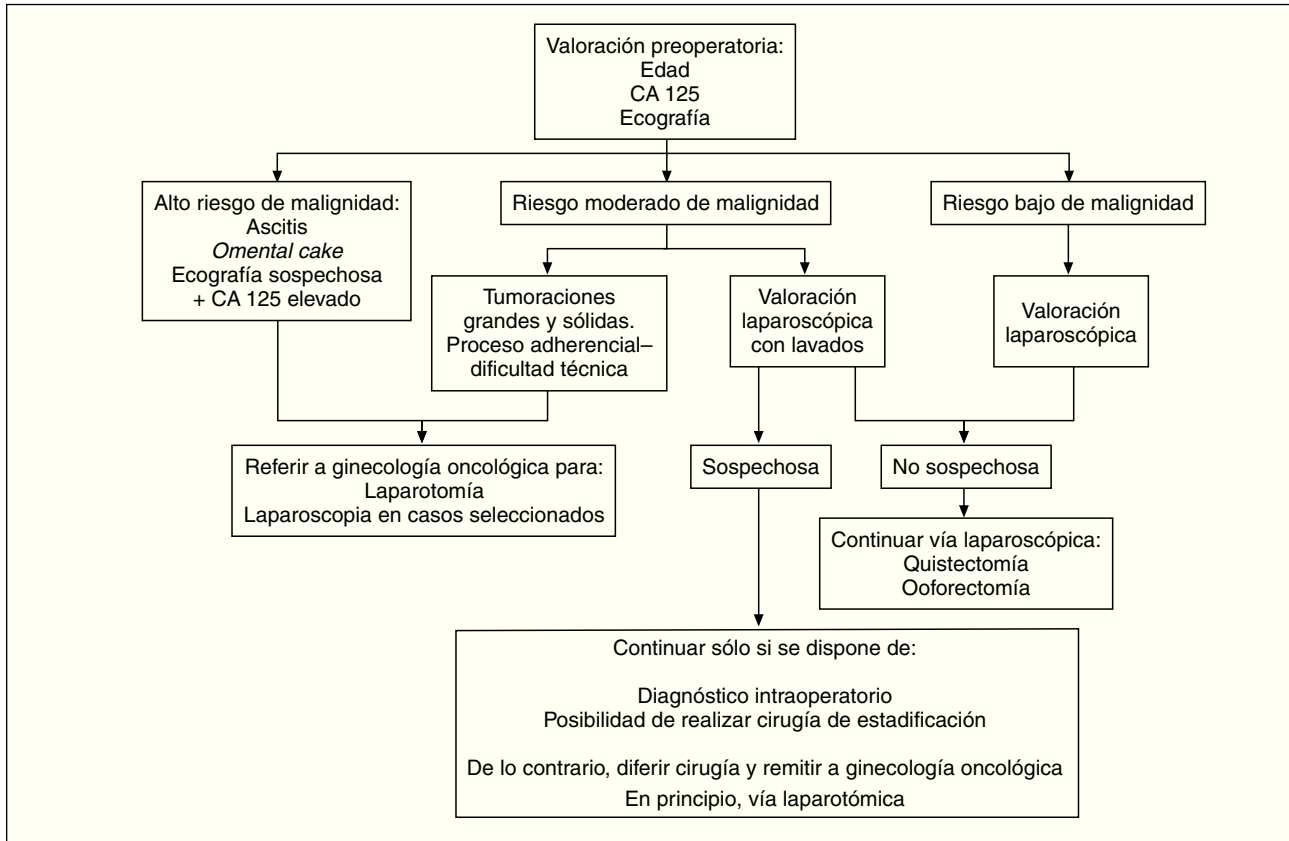


Figura 2. Algoritmo de manejo de masas anexiales.

Clasificación de dicha masa anexial:

- Masa de aspecto benigno.
- Masa sospechosa de malignidad.
- Masa con signos marcados de malignidad.

En la figura 2 puede observarse un algoritmo sobre el manejo de masas anexiales.

Masa de aspecto benigno

Se continuará por la vía laparoscópica. Las opciones quirúrgicas son las siguientes:

- Aspiración. Dicha técnica como tratamiento único no es recomendable por el alto número de recidivas que presenta, porque existe el riesgo hipotético de diseminación de células malignas en la cavi-

dad abdominal y porque, además, los resultados del examen citológico del líquido aspirado no se correlacionan bien con los hallazgos histológicos (cifras que pueden llegar al 60% de falsos negativos).

— Quistectomía. Lo ideal es que se realice de forma cerrada, es decir, se extirpe el quiste intacto, porque además de facilitar su disección, prevenimos efectos indeseables secundarios a su rotura: posible peritonitis química, diseminación de células malignas o implantes en zonas de inserción de los trocares.

Se realizará quistectomía abierta (abrir el quiste, aspirar el contenido y extraer la cápsula posteriormente) en casos de endometriomas y quistes simples gigantes.

- Ooforectomía. De elección en pacientes con deseos genésicos cuando no es posible la realización de quistectomía por cuestiones técnicas o bien por indicación de las características de la tumoración.

— Anexectomía. En el caso de pacientes peri/posmenopáusicas, para su estudio anatomopatológico.

Factores que hay que tener en cuenta a la hora de decidir la técnica:

- Edad: menos de 40 (quistectomía), 40-50 años (anexectomía), mayores de 50 (anexectomía bilateral).
- Tamaño del tumor.
- Dificultades técnicas.

Opciones para la extracción de las tumoraciones (que preferentemente deben extraerse íntegras):

- Aspiración del quiste. Siempre que sea posible, se aspirará el contenido líquido dentro de la bolsa donde posteriormente saldrá protegida el resto de la tumoración. En el caso de contaminación de la cavidad peritoneal, se procederá al lavado profuso de ésta con abundante suero fisiológico
- Protegida en bolsa, a través del trocar; en el caso de tumoraciones sólidas, fundamentalmente, en ocasiones es necesario ampliar la incisión inicial.
- Colpotomía posterior. La incisión se realiza bajo visión directa laparoscópica del fondo de saco de Douglas.

Hay que proceder a la inserción de los trocares en casos de tumoraciones anexiales grandes. En caso de riesgo de perforación de la masa anexial, dado su tamaño, con la introducción de la aguja de Verres en la zona umbilical, disponemos de varias alternativas:

- Realización de laparoscopia abierta e introducción del trocar de Hasson.
- Laparoscopia con visión directa.
- Punción inicial con aguja de Verres en el hipocondrio izquierdo.
- Evitar la posición de Trendelenburg.

Masa sospechosa de malignidad

Se continuará por la vía laparoscópica, cumpliendo una serie de requisitos de obligado cumplimiento:

- Lavado peritoneal o aspiración de líquido ascítico existente.
- Inspección de la cavidad abdominal.

- Biopsia de lesiones sospechosas.
- Extirpación de tumor en bolsa protegida, sin romper.
- Estudio anatomopatológico peroperatorio, de obligado cumplimiento en los siguientes casos: quistes multiloculares y tabiques gruesos, presencia de vegetaciones endoquísticas, excrescencias en superficie, cualquier masa en la posmenopausia y presencia de ascitis o adherencias.

En caso de diagnóstico de malignidad, se procederá a la conversión en laparotomía. Por este motivo, la paciente debe estar informada previamente de las diversas opciones quirúrgicas en función de los hallazgos.

Si prevemos la imposibilidad de extracción íntegra de la tumoración (tumoración sólida grande o asociada a proceso adherencial), se valorará también la conversión en laparotomía.

En la actualidad, la vía de abordaje consensuada para el tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario es la laparotómica, si bien hay autores que defienden la posibilidad de obtención de similar radicalidad quirúrgica por vía laparoscópica, en los estadios precoces.

Masa con signos marcados de malignidad

Es factible el abordaje laparoscópico, estableciendo las siguientes puntualizaciones:

— Estadio inicial. Si bien es cierto que algunos autores propugnan la vía laparoscópica para realizar la cirugía según la estadificación, hoy día sólo está aceptada la conversión en vía laparotómica para establecer dicha cirugía.

— Estadios avanzados. Por vía laparoscópica podremos establecer: *a)* la valoración de si es posible lograr unos óptimos resultados con la cirugía, en cuyo caso convertiremos en laparotomía, y *b)* biopsias para filiar el tumor e incluir a las pacientes en protocolos de quimioterapia neoadyuvante y posterior cirugía de intervalo, si establecemos que no vamos a ser capaces de conseguir una óptima cirugía.

Las normas de actuación para tratar de evitar los potenciales riesgos de diseminación por la punción-

414 rotura de una tumoración maligna de ovario son las siguientes:

- Anexectomía en lugar de punción, con extracción protegida en bolsa.
- Lavado profuso con suero fisiológico en caso de derrame del contenido de la tumoración a la cavidad abdominal.
- Lavado en la zona de incisión de trocares con povidona yodada.

— Extirpación de peritoneo de dicha zona en el momento de la posterior laparotomía.

- Cierre de la pared con cosefascias.
- Conversión en laparotomía para realizar cirugía de estadificación a continuación (o lo antes posible).
- En caso de protocolo de quimioterapia neoadyuvante, ésta se debe instaurar con la mayor celeridad posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manolitsas TP, Fowler JF. Role of laparoscopy in the adnexal mass and staging of gynecologic cancers. *Clin Obstet Gynecol.* 2001;44:395-521.
2. Ovarian cyst in postmenopausal women. Guideline n.º 34. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2003.
3. Guidelines for the laparoscopic management of the adnexal mass. SOGC Clinical Practice Guideline n.º 76. Montreal: SOGC; 1998.
4. Leblanc E, Querleu D, Narducci F, Occelli B, Papageorgiou T, Sonoda Y. Laparoscopic restaging of early-stage adnexal tumors: a 10 year experience. *Gynecol Oncol.* 2004;94:624-9.
5. Canis M, Mage G, et al. Laparoscopic diagnosis of adnexal tumours. En: *Laparoscopic surgery in gynaecological oncology.* Blackwell Science; 1999. p. 9-16.
6. Kinkel K, Hricak H, Lu Y, Tsuda K, Filly RA. US characterization of ovarian masses: a meta-analysis. *Radiology.* 2000; 217:803-11.

Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.