

## 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 imágenes<sup>1</sup>.

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 anexial<sup>2</sup>. 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 derivación<sup>3</sup>.

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, posmenopáusicas para los epiteliales
- Bilateralidad
- Masas fijas o sólidas
- 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:  $\alpha$ -fetoproteína (AFP), subunidad  $\beta$  de gonadotropina coriónica humana (BHCG) y láctico-dehidrogenasa (LDH).

Los marcadores tumorales no son diagnósticos ni específicos, pero su elevación puede ayudar a caracterizar la neoplasia ovárica.

**Factores de riesgo**

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

**Crterios imagenológicos**

**Ecografía**

Es la primera modalidad de imágenes utilizada para identificar y caracterizar las masas anexiales<sup>4</sup>. La ecografía transvaginal (ETV) permite evaluar mejor las masas pélvicas por la resolución del transductor, pero tiene un campo de visión más limitado que la ecografía transabdominal (ETA). La ETA es preferible para masas grandes y/o cuando los ovarios están desplazados por un útero leiomiomatoso aumentado de tamaño.

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

Los criterios ecográficos sospechosos de malignidad son:

- Masa sólida heterogénea
- Presencia de proyecciones papilares en una lesión quística
- Presencia de tabiques gruesos (> 3 mm), irregulares y/o convergentes

**Doppler:** es una herramienta adicional a la caracterización morfológica que determina el flujo vascular presente en la lesión y el patrón de onda espectral para evaluar el grado de resistencia arterial en la misma (masa hipervascularizada o flujo vascular en proyecciones papilares).

**Resonancia magnética (RM)**

Se utiliza principalmente como herramienta para la resolución de problemas cuando hay una masa anexial ecográficamente indeterminada. Resulta particularmente útil, por su gran caracterización tisular, en mujeres en edad fértil o embarazadas para diferenciar las lesiones benignas (más frecuentes a esta edad) de las malignas.

Para obtener información diagnóstica debería realizarse en equipos de alto campo (1,5 o 3 Tesla), con protocolos de exploración específicos para masa anexial. Los equipos de bajo campo y los abiertos no se recomiendan para la realización de estos estudios.

Debe solicitarse con contraste endovenoso (gadolinio), excepto contraindicaciones (embarazo o insuficiencia renal). La secuencia en ponderación T1 con supresión grasa permite el diagnóstico diferencial entre el componente hemático y el tejido graso, formando parte del protocolo de exploración.

**Tomografía computada (TC)**

No es de elección en la evaluación de masas anexiales por ser un método con radiación ionizante y de menor resolución/caracterización tisular, que no aporta información adicional a la evaluación ecográfica.

**Punción citológica diagnóstica**

No es recomendable por no ser suficientemente segura para la evaluación diagnóstica de la masa anexial y tener un alto riesgo de rotura y diseminación potencial<sup>5,6</sup>.

**Diagnóstico diferencial**

- Quistes funcionales simples o hemorrágicos
- Endometrioma
- Quistes luteínicos
- Embarazo ectópico
- Abscesos tubo-ováricos
- Quistes paratubarios
- Quistes de inclusión peritoneal
- Miomas pediculados
- Absceso o tumor apendicular
- Absceso diverticular
- Masa anexial maligna, primaria o secundaria

**Abordaje quirúrgico**

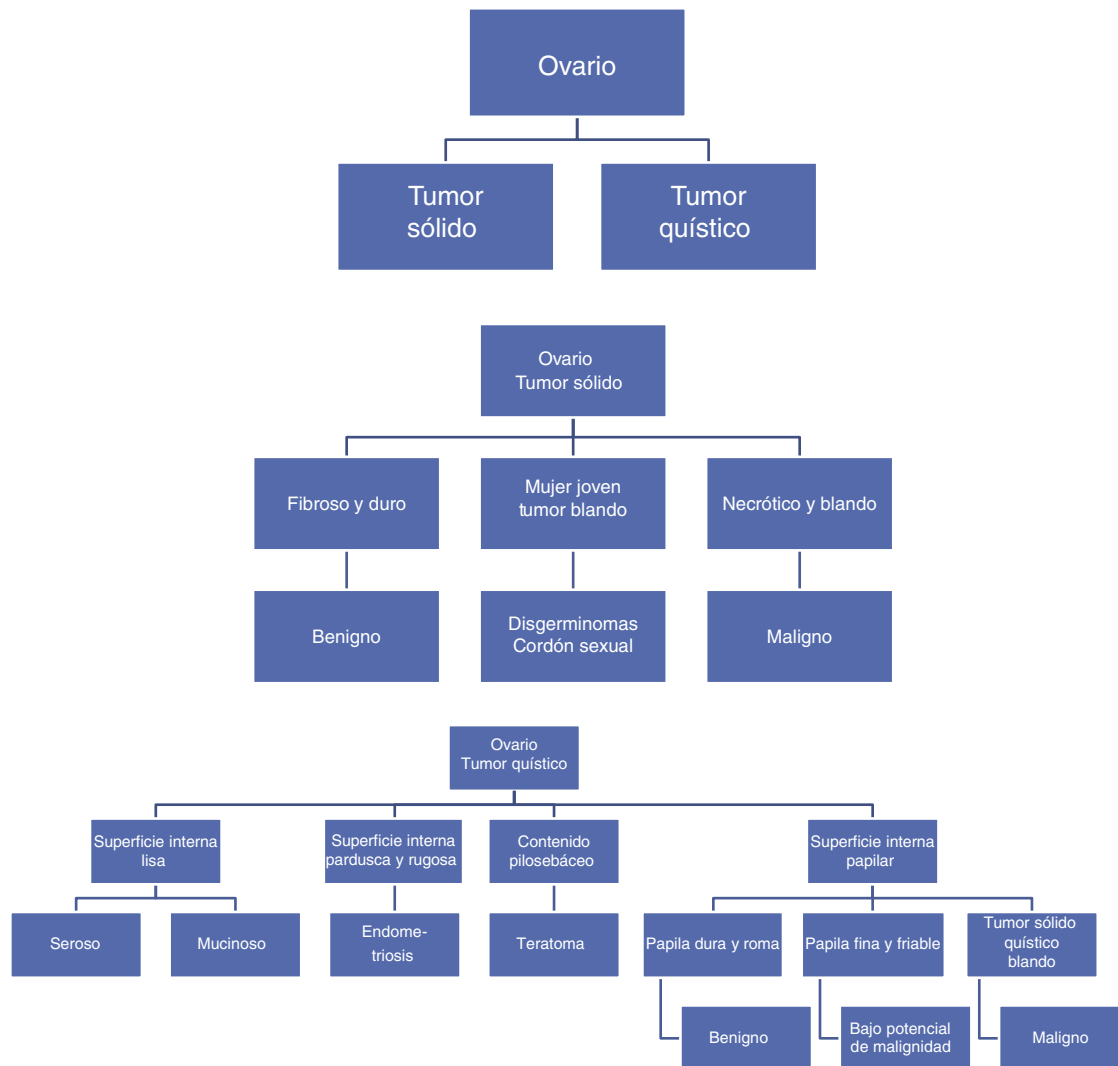
Si se sospecha una masa anexial maligna, el abordaje inicial debería ser preferentemente por laparotomía. El uso de la laparoscopia debe quedar reservado para pacientes seleccionadas y en manos de un cirujano entrenado en ginecología oncológica laparoscópica, sabiendo que es más frecuente la rotura de la masa anexial cuando se emplea esta vía de abordaje<sup>7</sup>.

**Masa anexial y embarazo**

En la mayoría de los casos clnicos el manejo es expectante, dado que solamente el 1-2% de las masas anexiales diagnosticadas durante el embarazo son malignas<sup>8</sup>.

Indicación de intervención quirúrgica durante la gestación:

1. Persistencia de las mismas con un tamaño 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 más frecuente los de células germinales o de bajo potencial de malignidad)<sup>8,9</sup>.



**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 acceso<sup>10</sup>.

### 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 despididas. Si hay trompa, observar la superficie tubaria y desplegar el ligamento tubo-ovárico, evaluando a trasluz. Cortar por el diámetro mayor cada 3mm, 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)<sup>11</sup>.

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.