

ABORDAJE QUIRURGICO DE LA MASA ANEXIAL

Juan Carlos Valls Puig¹

RESUMEN: *Ventidos pacientes con diagnostico preoperatorio de masa anexial se dividieron en dos grupos de acuerdo a la situación clínica. Ocho pacientes, 36,4% se ubicaron en el grupo de cirugías de emergencia y catorce, 63,6% se distribuyeron en el de operaciones electivas. Los hallazgos operatorios del primero revelaron la presencia de tumores de ovario torcidos 37,5%, abscesos tuboovaricos y embarazos ectópicos rotos, 25% cada uno. La anatomía patológica del segundo reporto 21,4% de tumores malignos, 28,5% de endometriomas paraanexiales y neoplasias benignas, respectivamente. El teratoma quístico maduro represento la neoplasia más frecuente en ambos grupos. El abordaje quirúrgico de las masas anexiales requiere la comprensión del comportamiento biológico de las distintas patologías que engloban su diagnóstico diferencial. La extensión de la cirugía dependerá del tipo de lesión y del grupo etario de la paciente.*

Palabras clave: *abordaje quirúrgico masa anexial, teratoma quístico maduro.*

ABSTRACT: *Twenty two patients whith diagnosis of adnexal mass preoperatory distributed in two groups on the basis of the management. Group of emergency surgery, 36,4% and 63,6% in elective interventions. Torsion tumors of ovary 37,5%, tuboovarian abscess and ovarian ectopic pregnacy 25%, respective in the first group. Malignants tumors of ovary 21,4%, endometriomas adnexal and benigns neoplasies 28,5%, respective in the second group. The mature cystic teratoma was the most common neoplasms. The surgical management of adnexal mass need the understanding the biologic behavior of different patologies. The surgical extension depend of type lesion and age of the patient.*

Key words: *surgical management adnexal mass, mature cystic teratoma.*

1. Profesor Agregado. Médico Cirujano. Especialista en Cirugía general y Cirugía oncológica. Jefe de Cátedra y del Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central de Venezuela. Adjunto de Cirugía del Hospital Pérez de León II. Caracas. Venezuela.

Recibido: 15-09-19

Aprobado: 09-12-19

INTRODUCCIÓN

Anatómicamente, los anexos están formados por las trompas de Falopio, el ligamento ancho, los ovarios y los restos embrionarios situados en el seno del ligamento ancho¹. La presencia de anormalidades en los anexos son comunes pudiendo alcanzar hasta un 7% en mujeres

premenopausicas y postmenopausicas ². Varios de estos desordenes requieren resolución quirúrgica por la gravedad de sus síntomas o por la sospecha de la existencia de una neoplasia maligna ³.

El diagnóstico diferencial de la masa anexial varía considerablemente con la edad de la enferma y con la situación clínica. La mayoría de las masas anexiales son benignas, sin embargo, el riesgo de la presencia de una enfermedad neoplásica impulsa la ejecución de cirugías electivas. La evaluación preoperatoria debe comprender la historia clínica adecuada, los estudios imagenológicos como la ecosonografía y la tomografía, y los marcadores sanguíneos tumorales ¹.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar las pacientes con diagnóstico preoperatorio de masa anexial sometidas a intervención quirúrgica.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y cuantitativo de 22 pacientes con diagnóstico preoperatorio de masa anexial tratadas quirúrgicamente por el autor a partir del año 2014 hasta el 2018, en el servicio de cirugía general del Hospital Ana Francisca Pérez de León II, Hospital Universitario de Caracas y en otros centros capitalinos. Se dividieron en dos

grupos, de acuerdo al carácter de la intervención. Ocho pacientes (36,4%), se ubicaron en el grupo de cirugías de emergencia, y catorce (63,6%), se distribuyeron en el de operaciones electivas. El primero caracterizado por exploración quirúrgica inmediata por la presencia de síntomas y signos de abdomen agudo quirúrgico. El segundo por pacientes admitidas para cirugías planificadas. Los procedimientos fueron realizados de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios. Los principales criterios ecosonográficos para intervención quirúrgica incluyen masas anexiales mayores de 5 cms, lesiones sólidas y ascitis ⁴. El protocolo de ovario incluye biopsia transoperatoria de la lesión, de confirmarse la presencia de una neoplasia maligna de ovario, se procede a histerectomía total con ooforasalpingecomía bilateral, muestreo del peritoneo pélvico y abdominal, ejemplares de citología peritoneal, omentectomía, apendicectomía y linfadenectomía pélvica ⁵. Se define como citorreducción óptima para los tumores de ovario, como la remoción quirúrgica efectiva de enfermedad mayor de 1cm por donde se ha diseminado ^{4,6}.

Se analizaron según la edad, síntomas y signos evidenciados, estudios diagnósticos realizados, procedimientos efectuados,

reportes de anatomía patológica y morbilidad constatada. Las distintas frecuencias fueron expresadas en número y porcentaje.

RESULTADOS

Grupo de cirugía de emergencia

El 87,5% estuvo representado por pacientes pre-menopáusicas, el resto post-menopáusicas. Los principales síntomas y signos evidenciados fueron el dolor de inicio súbito y la presencia de una masa pélvica con rigidez peritoneal a la palpación. Un 25% se acompañó de inestabilidad hemodinámica con una masa dolorosa en el fondo de saco de Douglas al tacto vaginal. Una paciente ingreso con el diagnóstico de obstrucción intestinal. A excepción de las pacientes inestables hemodinámicamente que fueron sometidas a intervención quirúrgica inmediata, se indicaron ecosonogramas abdominopelvicos que constataron la presencia de una masa anexial. Se ejecutaron dos laparoscopias diagnósticas previas que permitió la conversión a través de la incisión de Pfannestiel por dificultad técnicas para completar el procedimiento terapéutico. El resto fueron abordadas por la línea media.

Los hallazgos operatorios revelaron la presencia de tumores de ovario torcidos en el

37,5% y abscesos tuboovaricos en un 25% del grupo. Las pacientes con inestabilidad hemodinámica se asociaron a embarazos ectópicos rotos en la trompa uterina. El caso de la obstrucción intestinal fue ocasionado por la adherencia de las asas intestinales a un endometrioma paraanexial (Figura 1a y 1b).

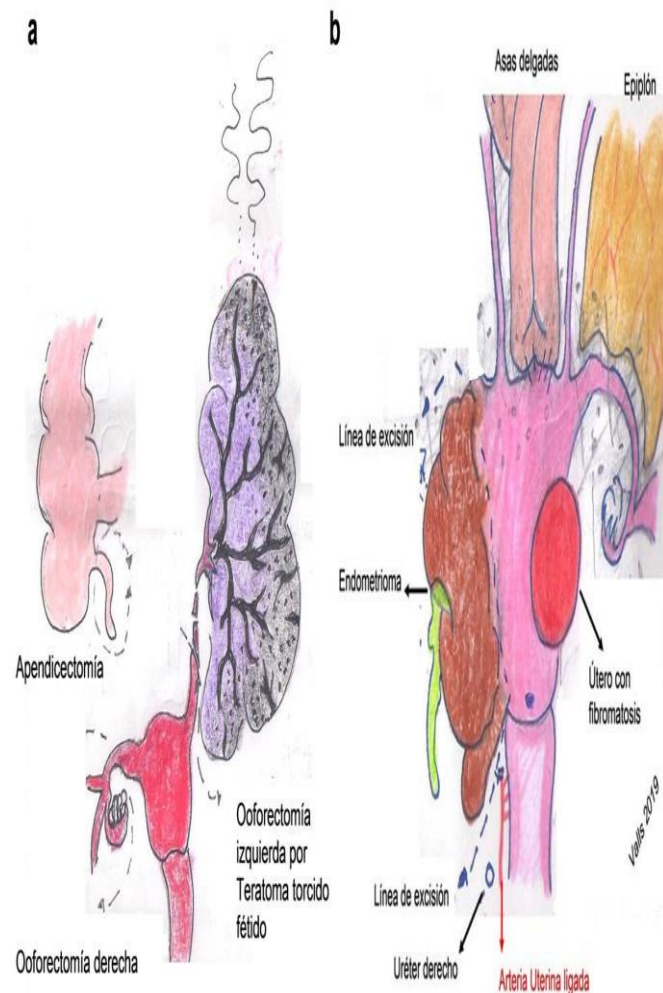


Figura 1. Esquemas de intervenciones de emergencia: a) Teratoma de ovario torcido. b) Obstrucción intestinal por bridas y adherencias a un área de endometriosis paraanexial.

Fuente: Elaboración propia

La salpingectomía se ejecutó en los embarazos ectópicos rotos y en los abscesos tubo-ováricos. La ooforectomía se realizó en el resto. En un cuarto del grupo se logró procesar la biopsia transoperatoria. La anatomía patológica indicó en las masas ováricas torcidas, la presencia de teratomas maduros por biopsia transoperatoria, uno de ellos bilateral, y un cistoadenoma seroso en el corte definitivo.

Grupo de operaciones electivas

El 64,3% se ubicó en la etapa premenopausica, y el 35,7% por encima de los 50 años. La presencia de una masa pélvica en ocasiones dolorosa fue el síntoma más frecuente. Una enferma presentaba disnea por una voluminosa lesión pélvica que dificultaba la respiración y en otra se evidenció signos de ascitis. Se reportó la presencia de masas anexiales mayores de 5cms por ecasonografía en todos los casos, en ocasiones lesiones ecomixtas, con tabiques o calcificaciones. Tres señalaron presencia de ascitis. En cinco pacientes se realizó tomografía con contraste oral y endovenoso. El 57,1% procesó los marcadores tumorales sanguíneos, un solo caso presentó elevación del antígeno CA 125.

Los factores de riesgo para neoplasias de ovario como la edad, lesiones voluminosas o

ascitis por estudios imagenológicos, y el marcador tumoral elevado determinó la realización de incisiones por la línea media. Se ejecutaron dos laparoscopias diagnósticas, permitiendo la resolución por el trazo de Pfannestiel en un caso.

En ocho pacientes se constató la presencia de lesiones primarias de ovario, incluido una neoplasia voluminosa de 10 Kgrms reportada como cistoadenoma mucinoso que ocasionaba disnea por compresión. En once enfermas se logró procesar la biopsia transoperatoria y permitió definir el tipo de procedimiento a realizar.

La anatomía patológica señaló cuatro enfermas, 28,5% con endometriomas paraanexiales. Cuatro neoplasias de ovario benignas, dos teratomas quísticos maduros, la ya mencionada neoplasia voluminosa y un cistoadenoma seroso. El 21,4% indicó la presencia de tumores malignos de ovario. Dos epiteliales de bajo grado de malignidad o borderline, uno de la variedad histológica mucinosa etapa Ib y otra serosa papilar etapa IIb. Se reportó un cistoadenocarcinoma seroso infiltrante. Una paciente con presencia de un evidente tumor de ovario no procesó las biopsias, (Figuras 2a y 2b).

Los procedimientos más frecuentemente ejecutados en lesiones benignas de acuerdo a la edad, los hallazgos operatorios y

patologías asociadas como fibromatosis uterina fueron ooforosalingectomias en pacientes jóvenes e histerectomías con ooforosalingectomias en enfermas mayores de 50 años. Se realizaron protocolos de ovario en tres casos, en uno se estableció como citorreducción óptima, incluido un segmento pélvico de uréter. El cistoadenocarcinoma seroso infiltrante presentaba enfermedad miliar e irreseccable, se catalogó como etapa

IV y se practicó omentectomía con cierre para posterior cirugía de intervalo postquimioterapia. En un caso se evidenció un fibroma uterino pediculado y en otro se trató de un plastrón apendicular.

El primero presentó lesión accidental del uréter durante las maniobras de despegue del fibroma. Requirió colocación de catéter de doble "j" y anastomosis termino-terminal (Figuras 2c y 2d).

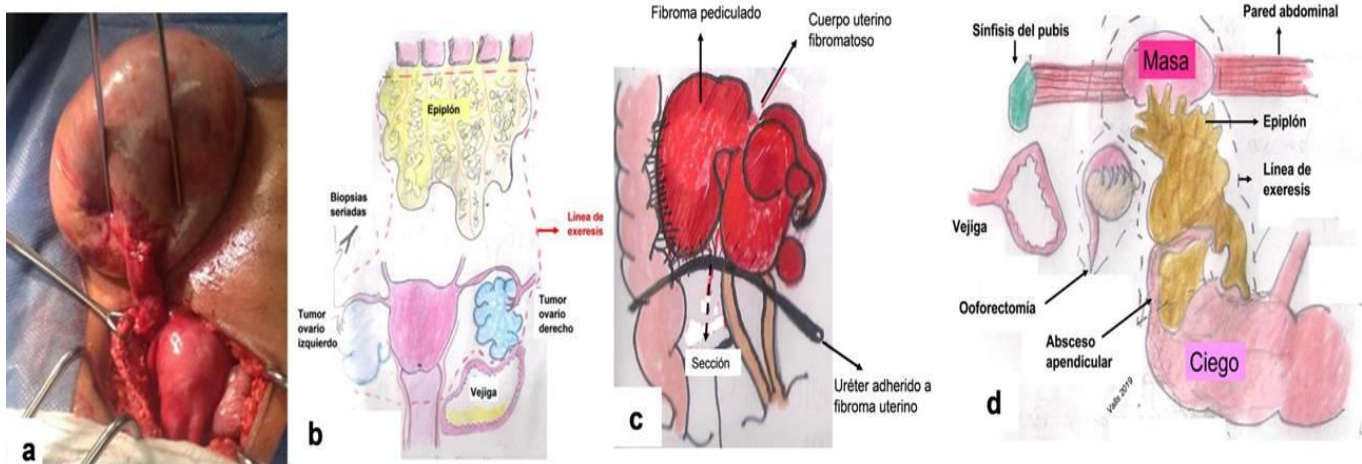


Figura 2. Foto y esquemas de algunos procedimientos electivos ejecutados en pacientes con diagnóstico preoperatorio de masa anexial. a) Ooforectomía por teratoma quístico maduro. b) Protocolo de ovario en cáncer de ovario ST Ib. c) Histerectomía abdominal total por voluminoso fibroma uterino, durante la intervención requirió anastomosis termino terminal del uréter por sección accidental. d) Drenaje de absceso apendicular y apendicectomía por masa intraabdominal confundida como neoplasia de ovario.

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial de la masa anexial en mujeres premenopausicas es variado, pueden presentarse, tanto tumores de ovario benignos como malignos

especialmente los de estirpe epitelial y germinal. En situaciones de emergencia, deben considerarse la torsión de anexos, los abscesos secundarios a una enfermedad tubárica y las gestaciones ectópicas. En

ocasiones se encuentran lesiones no anexiales como la endometriosis y extragenitales como algunas afecciones del tubo digestivo. El diagnóstico en las postmenopausicas se inclina principalmente por las neoplasias malignas de ovario ^{1,4}. En la actual serie casi el 90% del grupo de sometidas a cirugías de emergencia y más de un tercio de las intervenciones electivas fueron en pacientes premenopausicas y mayores de 50 años, respectivamente. Aproximadamente el 60% del grupo de procedimientos electivos presentaron tumores de ovario como diagnostico final, incluidos los malignos.

El dolor abdominal de aparición súbita con la palpación al examen físico de una masa hipersensible con rigidez peritoneal es la forma de presentación usual de la torsión de anexos. Cuando se asocia con signos de inestabilidad hemodinámica como el síncope, corresponde a un embarazo ectópico roto ^{7,8}. El antecedente de dolor pélvico crónico y fiebre indicaría la presencia de un absceso tuboovárico. El ultrasonido es útil y confiable en el diagnóstico de estas patologías. El aspecto característico es una masa compleja de los anexos, con múltiples ecos y tabicaciones internas con líquido libre en la cavidad. El embarazo ectópico roto requiere laparotomía urgente para su resolución en

caso de inestabilidad hemodinámica ⁹. Los patrones de presentación descritos y el uso del ultrasonido como herramienta diagnostica se constató en la presente casuística.

En las patologías de emergencia descritas debe intentarse la preservación de la trompa de Falopio especialmente en pacientes en edad fértil, sin embargo en situaciones de inestabilidad hemodinámica o compromiso extenso de la trompa podría resultar imposible ⁹. La laparoscopia posee un gran impacto como método de diagnóstico, clasificación por etapas y resolución quirúrgica de algunas patologías ginecológicas ¹⁰.

Las neoplasias quísticas benignas del ovario más frecuente son los cistoadenomas serosos y mucinosos, y los teratomas quísticos maduros. Las dos primeras son de origen epitelial y poseen pared fina. Su tamaño puede variar entre los 5 y 20 cms, aunque los cistoadenomas mucinosos pueden llegar a ser enormes. Los teratomas quísticos maduros son de estirpe germinal y de pared gruesa. Su torsión puede ocurrir hasta en un 11% de los casos. Al seccionarlos puede identificarse a simple vista la presencia de material sebáceo, pelos o hueso ³. Hasta el 20% de los cistoadenomas serosos y los teratomas quísticos maduros son bilaterales. Está indicada la apendicectomía profiláctica por el riesgo de mucocele apendicular ^{1,4}. Los

teratomas quísticos maduros representaron los tumores quísticos benignos más frecuentes en ambos grupos evaluados, seguidos por los cistoadenoma serosos y el cistoadenoma mucinoso.

La endometriosis implica la presencia de implantes de glándulas endometriales y estroma fuera de su localización normal en la cavidad uterina. Es muy común en mujeres de 35 a 45 años. Uno de los puntos más frecuentes de ubicación es el ovario. Cuando está afectado puede aumentar de tamaño y hacerse quístico con una acumulación de líquido oscuro. Raramente superan un diámetro de 12cms y pueden no distinguirse de las neoplasias ováricas. El dolor pélvico es el síntoma más habitual. La cistectomía y

ooforectomía es el tratamiento quirúrgico de elección en mujeres de edad fértil, sin embargo, en casos de enfermedad voluminosa con múltiples implantes está indicada la extirpación del útero ^{3,11,12} (Figura 3).

Algunas series reportan hasta un 41% de compromiso intestinal por endometriosis y la obstrucción intestinal podría ser un síntoma de presentación. El tratamiento quirúrgico indicado es la liberación de bridas y adherencias con la remoción de los implantes de endometriosis incluida la histerectomía de ser necesario ¹¹. Los procedimientos quirúrgicos descritos se ejecutaron en los casos de endometriosis de ambos grupos.

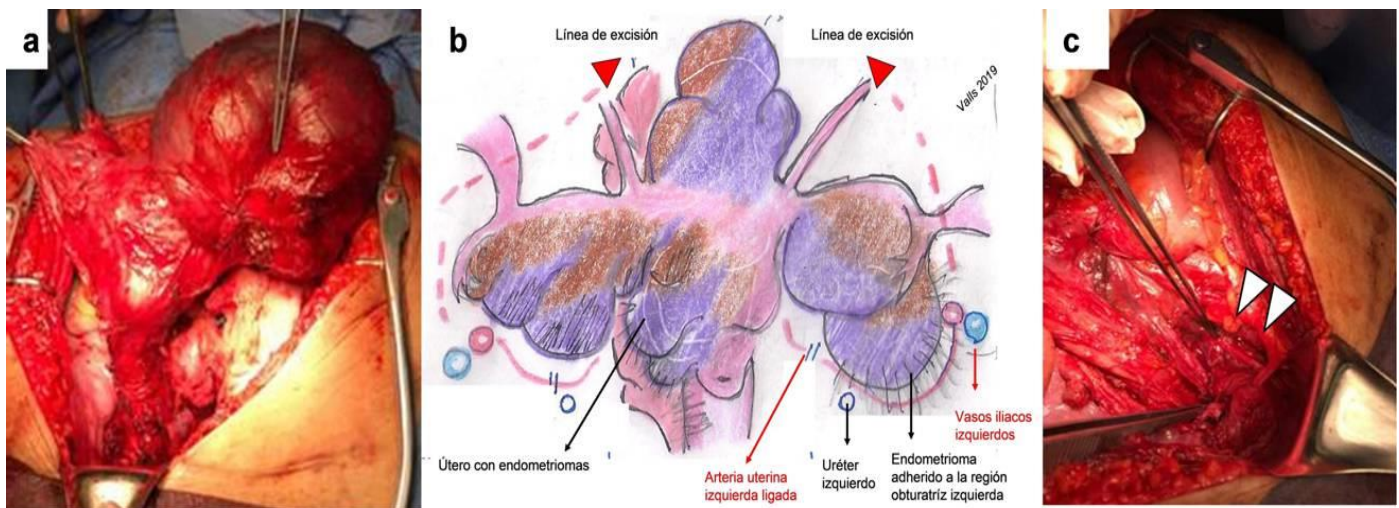


Figura 3. Extirpación quirúrgica extensa de útero con endometriomas. a) endometrioma izquierdo. b) esquema de la intervención quirúrgica donde se resalta la extrema proximidad del endometrioma izquierdo al uréter y los vasos pélvicos ipsilaterales. c) una vez removida la pieza quirúrgica, se indica el uréter izquierdo con la pinza y los vasos pélvicos en punta de flechas blancas.

Fuente: Elaboración propia

El cáncer de ovario representa la tercera neoplasia más frecuente en el área ginecológica en Venezuela¹³. Generalmente es asintomático, hasta producirse una amplia diseminación intraperitoneal seguido de la aparición de ascitis con distensión abdominal como síntoma inicial. La ultrasonografía, tomografía y el marcador tumoral sanguíneo CA-125 son de utilidad para el diagnóstico y seguimiento⁵.

El manejo quirúrgico apropiado representa el principal tratamiento de las neoplasias malignas de ovario. El objetivo se resume en dos objetivos, la clasificación patológica por etapas y la citorreducción óptima de la enfermedad. Ambos conceptos permiten determinar la necesidad de quimioterapia y su probable respuesta^{5,14,15}.

La Federation of Gynecology and Obstetric (FIGO) estableció en 1987 la clasificación por etapas del cáncer ovárico, sustentado en el patrón de diseminación de este tipo de neoplasias¹⁶. En el protocolo de ovario se obtiene un muestreo preciso y sistemático de todos los posibles sitios de siembra peritoneal^{5,6}. Aproximadamente el 75% de los tumores de ovario se diagnostican en etapa avanzada (III o IV) y el esfuerzo por parte del cirujano en lograr una citorreducción óptima representa el factor pronóstico de supervivencia más importante¹⁴.

Armando Márquez Reverón recomendaba el abordaje por la línea media para una lograr una adecuada evaluación y citorreducción apropiada. Sugería que este tipo de cirugía debe ser realizada por un cirujano o ginecólogo bien entrenado en el área de oncología¹⁷. La comprensión del comportamiento biológico de este tipo de neoplasias es esencial para su adecuado tratamiento¹⁴. Desde los estudios de Fred Taussig y Erle Henriksen en los años treinta y cuarenta sobre el valor de los linfáticos como vías para la diseminación de las neoplasias ginecológicas, la linfadenectomía pélvica ha venido representando un procedimiento necesario para la clasificación por etapas y del tratamiento de este tipo de tumores^{18,19}. Entre el 30% y 40% de las neoplasias malignas de ovario presentan adenopatías metastásicas¹⁴. El cuidadoso muestreo de los ganglios o la linfadenectomía pélvica es importante en la clasificación por etapas de estas pacientes^{14,19,20}. Su sola presencia eleva la clasificación hasta la etapa IIIc¹⁵. La cercanía a los vasos ilíacos la convierten en un procedimiento delicado por las potenciales complicaciones hemorrágicas^{20,21}.

Los tumores epiteliales de ovario de bajo potencial de malignidad, también denominados borderline, afectan predominantemente a mujeres en edad fértil y

poseen un comportamiento biológico menos agresivo que las neoplasias malignas epiteliales. Desde el punto de vista histológico se caracterizan por la ausencia de invasión del estroma. Se describen implantes peritoneales en el 20% de los casos, los cuales pueden o no invadir el estroma. El marcador tumoral Ca 125 no es beneficioso para diferenciarlos de la patología benigna y el tratamiento principal es la citorreducción quirúrgica ^{1,6,14}. En un estudio realizado en el Hospital Oncológico Padre Machado, el 92% de los repotes histológicos más frecuentes fueron las neoplasias serosas y mucinosas, al igual que en nuestra serie ²².

El Hospital Oncológico Luis Razetti señaló el valor de la citorreducción óptima en pacientes etapa IV irresecables sometidas a cirugía de intervalo posterior a quimioterapia neoadyuvante ²³. Este concepto fue aplicado en la paciente con cistoadenocarcinoma seroso infiltrante etapa IV.

Tradicionalmente, el autor inicia las operaciones abdominales por enfermedades ginecológicas con la identificación retroperitoneal de los uréteres y los sigue hasta el ligamento cardinal, sitio en el que pasan por debajo de la arteria uterina. En un caso se reseco este último segmento ureteral descrito como parte del concepto de citorreducción óptima. Se elaboró una

nefrostomía ipsilateral como técnica de derivación urinaria.

Las lesiones accidentales del uréter transoperatorias durante algunos procedimientos quirúrgicos ginecológicos se producen por la deformación causada por la invasión y el crecimiento de la neoplasia que puede volver difícil reconocer su anatomía normal. El tratamiento de las complicaciones se sustenta en el tipo de lesión, la extensión de la enfermedad y la experiencia del cirujano. La anastomosis ureteral terminoterminal representa una de las alternativas de reparación ²⁴.

CONCLUSIONES

El abordaje quirúrgico de las masas anexiales requiere la comprensión del comportamiento biológico de las distintas patologías que engloban su diagnóstico diferencial. La extensión de la cirugía dependerá del tipo de lesión y del grupo etario del paciente. Oscila desde procedimientos preservadores de la trompa y el ovario hasta intervenciones radicales como la citorreducción óptima de las neoplasias malignas.

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Mary Cruz Lema de Valls y al personal de la biblioteca del Centro Médico de Caracas por su colaboración en la realización del estudio.

REFERENCIAS

1. Di Saia P, editor. La masa anexial. En: Oncología ginecológica clínica. 1era edic. Madrid: Harcourt Brace; 1999. p 255-283.
2. Borgfeldt C. Transvaginal sonographic ovarian. Ultr Obstet Gynecol 1999; 13: 345.
3. Stany M. Benign disorders of he ovary. Obst Gyn Clin N Am. 2008; 35: 271–284.
4. Piver S, editor. Cáncer epitelial de ovario. En: Oncología ginecológica. 2da edic. Madrid: Marban SL; 1996. p 3-33.
5. Odicino F. Clasificación de la etapa de las lesiones malignas ginecologicas. Clin Quir N Am. 2001; 4: 773-792.
6. Al Niami A. Epithelial ovarian cancer. Obstet Gyn Clin N Am. 2012; 39: 269-283.
7. Bailey H. Abdomen agudo. En: Semiología quirúrgica. Editor: Clain A. 2da edicion. Barcelona: Editorial Toray; 1971. p 324-365.
8. Silen W. Embarazo ectópico temprano. En: Abdomen agudo de Cope. 2da Edic. México D.F.: Editorial Copilco; 1994. p 209-218.
9. Tarraza H. Causas ginecológicas de abdomen agudo. Clin Quir N Am. 1997;6: 1329.
10. Walter C. Cirugía laparoscópica en ginecología. En: Cervantes J, editor. Cirugía laparoscópica. Mexico: Mc Graw Hill; 1997. p 264-273.
11. Williams T. Endometriosis. En: Thompson J, editor. Ginecología quirúrgica Te Linde. 7ma edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1993. p 429-461.
12. Howard F. Treatment of endometriosis. Obst Gyn Clin N Am. 2011; 38: 677-686.
13. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletín epidemiológico de 2005. MPPS [Internet]. 2018 [Citado 13 marzo 2019] 2005. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/publicaciones/documentos-oficiales>
14. Gajewski W. Ovarian cancer. Surg Onc Clin N Am. 1998; 7(2): 317-346.
15. Rodríguez Griman O. Cancer de Ovario. Clinicas Medicas HCC.1998;III(3):156-159.
16. FIGO. Staging system for ovarian cancer. Am J Obstet Gynecol. 1987;156:263
17. Márquez A. Carcinoma epitelial del ovario. Rev Ven Onc.2005; 17(4): 206-216.
18. Henriksen E. The lymphatic spread of the cervix. Am J Obst Gyn. 1949; 58:924.
19. Garcia L, Valls JC. Linfadenectomía pélvica en cáncer ginecológico. Trabajo especial de investigación para optar al título de especialista en cirugía oncológica. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2004.
20. Benedetti-Panici P. Linfadenectomía pélvica. Clin Quir N Am. 2001; 4: 865-882.
21. Lee J. Iliac vessel injuries. Sur Clin N Am. 2002 ;82(1): 21-48.
22. Rezić M, Calderaro F. Tumores epiteliales de ovario de bajo potencial de malignidad (borderline). Rev Ven Cir. 1999;52 (3y4): 97-102.
23. Zenzola V. Cirugía citorreductora. Rev Ven Oncol. 2005; 17 (3): 122-128.
24. Méndez L. Lesiones yatrógenas en la cirugía del cáncer ginecológico. Clin Quir N Am. 2001; 4: 927-955.

CORRESPONDENCIA: Juan Carlos Valls Puig.
Dirección: Cátedra-Servicio de Otorrinolaringología.
Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central
de Venezuela. Teléfono: (0212) 6067470-6067471.
Dirección de Correo electrónico: vallstru@hotmail.com