



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

**"CARACTERÍSTICAS CLINICO-HISTOPATOLÓGICAS DE LAS MASAS ANEXIALES DE
PACIENTES INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE EN EL HOSPITAL "DR. MANUEL GEA
GONZÁLEZ", EN EL PERIODO 2014-2016"**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

FIDEL NARVÁEZ MARTÍNEZ

TUTOR DE TESIS:

DRA. LUZ MARÍA HINOJOSA GARCÍA

Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia
del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Ciudad de México, Febrero 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL GENERAL DR MANUEL GEA GONZALEZ

AUTORIZACIONES

Dr. Héctor Manuel Prado Calleros

Director de Enseñanza e Investigación

Dr. Pablo Maravilla Campillo

Subdirector de Investigación Biomédica

Dr. Jorge Román Audifred Salomón

Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia

Dra. Luz María Hinojosa García

Investigador Principal

Este trabajo de tesis con **No. 11-28-2017**, presentado por el alumno Fidel Narvárez Martínez se presenta en forma con visto bueno por el Tutor principal de la tesis, Dra. Luz María Hinojosa García, con fecha, para su impresión final en agosto de 2017

Dr. Pablo Maravilla Campillo

Subdirector de Investigación Biomédica

Dra. Luz María Hinojosa García

Investigador Principal

Este trabajo fue realizado en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en el Servicio de Ginecología y Obstetricia bajo la dirección de la Dra. Luz María Hinojosa García con apoyo del Dr. Adelmo Eloy Reyes Pablo

INDICE GENERAL

- 1. RESUMEN**
- 2. INTRODUCCIÓN**
- 3. MATERIAL Y MÉTODOS**
- 4. RESULTADOS**
- 5. DISCUSIÓN**
- 6. CONCLUSIÓN**
- 7. REFERENCIAS**
- 8. TABLAS**

"CARACTERÍSTICAS CLINICO-HISTOPATOLÓGICAS DE LAS MASAS ANEXIALES DE PACIENTES INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE EN EL HOSPITAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ", EN EL PERIODO 2014-2016"

Fidel Narváez Martínez¹, Dra. Luz María Hinojosa García², Dr. Aldelmo Eloy Reyes Pablo³

¹Médico residente del cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" Ciudad de México, ²Médico Adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" Ciudad de México, ³ Médico Adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" Ciudad de México

1. RESUMEN

INTRODUCCION. En la actualidad las masas anexiales representan una patología ginecológica frecuente e importante. El diagnóstico es complejo debido a las múltiples causas que las originan y a los numerosos tratamientos que pueden ser empleados, lo que obliga a un diagnóstico oportuno. Objetivo: Describir las características clínicas e histopatológicas de pacientes intervenidas vía laparoscopia y/o laparotomía exploradora, por una masa anexial en el periodo 2014-2016 en el Hospital Dr. Manuel Gea González.

MATERIAL Y METODOS. Estudio observacional descriptivo, retrospectivo y transversal. Población de estudio: Expedientes de pacientes de ginecología en quienes se haya realizado el diagnóstico clínico e histológico de masa anexial, e intervenidas quirúrgicamente en el periodo 2014-2016.

RESULTADOS. Se revisaron 158 expedientes de pacientes que ingresaron con diagnóstico de masa anexial, de los cuales 69% resultaron tumoraciones ováricas, 9% quistes foliculares, 9% quistes paratubarios y 20% con diagnósticos histopatológicos no compatibles con masas anexiales (abscesos pélvicos y embarazo ectópico). El rango de la edad de los pacientes fue de entre 14 y 69 años de edad. La mayoría de los pacientes (81%) presentó clínicamente dolor pélvico agudo o crónico. El cistoadenoma seroso fue el tumor ovárico más comúnmente reportado (29%) seguido del quiste endometriósico (28%) teratoma quístico maduro (14%) y del cistoadenoma mucinoso (13%). La vía de abordaje quirúrgico más común fue la vía laparoscópica (70%).

CONCLUSIONES. Los tumores epiteliales fueron los más comunes, principalmente el cistoadenoma seroso independientemente de la edad, seguido del quiste endometriósico que se presentó de manera primordial en pacientes premenopáusicas. Ambas masas anexiales se presentaron como masas complejas en los estudios de imagen (ultrasonido). La vía de resolución quirúrgica más común fue por vía laparoscópica.

PALABRAS CLAVES. Masa anexial, cistoadenoma seroso, quiste endometriósico, teratoma quístico maduro. Histopatología.

2. INTRODUCCION

Las masas anexiales representan una patología ginecológica frecuente e importante. El diagnóstico es complejo debido a las múltiples causas que las originan y a los numerosos tratamientos que pueden ser empleados, lo que obliga a un diagnóstico oportuno.¹

Anatómicamente los anexos están formados por las trompas de Falopio, el ligamento redondo, los ovarios, tejido conectivo y las estructuras en el interior del ligamento redondo que se formaron a partir de los restos embrionarios. Las masas anexiales son aquellas que crecen a partir de cualquiera de dichas estructuras; también se les denomina tumoraciones anexiales. Además, la patología de ésta área puede derivar del útero, intestino, retroperitoneo, o enfermedad metastásica de otro sitio, como del estómago o la mama.

Las tumoraciones originadas en estas estructuras, son secundarias a múltiples factores, desde infecciones a procesos potencialmente malignos. En el diagnóstico diferencial, debemos conocer los diferentes tipos de masas anexiales:

Quistes foliculares: la mayoría de los quistes foliculares hallados en una examinación de rutina, se resuelven espontáneamente en 1 o 2 meses. Los quiste simples asintomáticos <6 cm en la examinación por ultrasonido pueden ser observados con o sin píldoras anticonceptivas. La paciente debe ser evaluada cada mes con USG. Si un quiste

incrementa de tamaño o es mayor a 6 cm, o causa síntomas, la cistectomía laparoscópica está indicada. Es posible que un quiste de 6 cm presente regresión, por lo que la observación es una alternativa.²

Quistes del cuerpo lúteo: son comunes. Resultan de la formación del cuerpo lúteo después de la ovulación, y pueden alcanzar un tamaño aproximado de entre 5 a 12 cm, de diámetro. En la ausencia de dolor o sangrado intraperitoneal, la observación por un periodo de tiempo de entre 2 semanas y 3 meses, y terapia con anticonceptivos orales puede ser apropiada. La mayoría involuciona en un periodo de tiempo de 2 semanas y 3 meses. Aún con hemorragia y dolor severo, la observación es una terapia de primera línea.²

Relacionadas a la gestación: **embarazo ectópico**, historia de retraso menstrual, dolor abdominopélvico y sangrado transvaginal, la presencia de un embarazo intrauterino no excluye la presencia de un embarazo ectópico adicional. **Quistes tecaluteínicos**, se forman por una sobreestimulación de niveles altos de HCG o por hipersensibilidad a HCG. Las masas anexiales quísticas bilaterales multiseptadas en una mujer con enfermedad trofoblástica gestacional, embarazo múltiple, hiperestimulación ovárica, o un embarazo complicado por hidrops fetal comúnmente presentan quistes tecaluteínicos. Son normales en embarazos debido a hipersensibilidad a HCG. La mayoría son asintomáticos, pero puede

ocurrir virilización materna, hiperemesis gravídica, preeclampsia o disfunción tiroidea. Los quistes se resuelven gradualmente en semanas o meses después de que la fuente de HCG es eliminada. **Cuerpo lúteo del embarazo**, un embarazo temprano es siempre asociado a un quiste del cuerpo lúteo, típicamente mide menos de 2.5 cm de diámetro. Sin embargo, puede crecer y ser doloroso debido a hemorragia. **Luteoma** es un cambio ovárico no neoplásico, asociado al embarazo que puede simular una neoplasia en la clínica, y en la examinación macro y microscópica. Los luteomas involucionan espontáneamente después del parto. El diagnóstico debe sospecharse en la presencia de una masa anexial sólida con hirsutismo materno o virilización.²

Etiologías inflamatorias: La enfermedad pélvica inflamatoria es una causa inflamatoria común de masas anexiales o pélvicas. Cuando el ovario se encuentra involucrado, se puede formar un absceso tuboovárico complejo. Hallazgos de dolor abdominopélvico, fiebre, descarga cervical purulenta, dolor a la movilización cervical en asociación a una masa anexial sugieren el diagnóstico. El antecedente de enfermedades de transmisión sexual es también altamente sugestiva. El dolor a la movilización cervical no es específica, ya que puede estar presente en cualquier causa aguda de peritonitis.²

Neoplasias ováricas: las neoplasias ováricas se originan de la superficie epitelial, células germinales y de tejido de los cordones

sexuales estromales, y pueden ser benignas o malignas.²

Las masas ováricas benignas más comunes son las siguientes: **Cistoadenoma mucinoso y seroso**, se encuentra entre las neoplasias ováricas más comunes. Son uni o multiloculares, de paredes delgadas, con un tamaño de entre 5 a 20 cm. Comparado con los cistoadenomas serosos, los mucinosos ocurren menos frecuentemente. Comúnmente son multiloculados, grandes, y pocas veces son bilaterales, 5-20%. **Quiste endometriósico**, se origina de crecimiento ectópico de tejido endometrial. Las pacientes refieren dolor pélvico, dismenorrea y dispareunia. Un endometrioma o quiste achocolatado, aparece como una masa compleja en el ultrasonido. Es también una causa común de CA 125 elevado, en la paciente premenopausica con una masa anexial. **Teratoma quístico maduro**, o quiste dermoide, es un tumor benigno derivado de células germinales, y es el tumor ovárico más común en la segunda y tercera década de la vida. Contiene elementos derivados de las 3 capas germinales: dientes, cabello y piel, son componentes comunes. Pacientes con éstos tumores experimentan dolor secundario a crecimiento ovárico, con desplazamiento del contenido en la cavidad peritoneal, o por torsión ovárica. Las calcificaciones ayudan en el diagnóstico diferencial. En el ultrasonido se revela normalmente una masa compleja, los tumores son bilaterales en un 10 al 15%.²

En cuanto a las neoplasias ováricas malignas, la incidencia de malignidad ovárica en mujeres en edad premenopausica con masas anexiales, se encuentra en un rango de entre 6 y 11 %. La mayoría de los tumores ováricos primarios son parcialmente quísticos y derivan de células epiteliales, sin embargo se pueden derivar de otros tipos celulares, como de células germinales, de cordones estromales sexuales, y tipos celulares mixtos. El ovario puede estar involucrado también en enfermedades metastásicas, especialmente del tracto gastrointestinal (tumor de Krukenberg) o cáncer mamario.²

Leiomioma, es una neoplasia benigna que se origina del músculo liso, que usualmente se origina del útero, pero también puede ser encontrado en el ligamento ancho. Las pacientes con fibromas sintomáticos usualmente tienen entre 30 y 40 años. Se encuentra en el 25% de las pacientes en edad reproductiva y en la examinación clínica se realiza el hallazgo en un 80%. Pacientes usualmente se presentan con síntomas de presión pélvica, dolor, menorragia y dismenorrea. A la examinación física usualmente se revela un útero irregular, grande, que aparece como un tumor uterino sólido o tumoraciones en la examinación por USG. Un fibroma que se origina de la pared posterior uterina y que se proyecta al saco posterior (saco Douglas) o que se proyecta del fondo como una masa pediculada puede ser confundida con una neoplasia ovárica. La degeneración quística de un fibroma puede resultar en apariencia de una masa compleja por USG. Esto, agregado con el factor de que

los fibromas pueden causar una elevación en la concentración del CA125, resultando preocupante ya que la masa podría ser una neoplasia ovárica maligna. La degeneración sarcomatosa de un leiomioma es rara, con una incidencia de entre 0.4 y 1.4%.²

Quistes paraováricos y paratubarios y otras neoplasia tubáricas y del ligamento ancho: son raros, debido a que las trompas y el ligamento ancho no es visualizado en el USG, el origen de éstos tumores puede ser erróneamente atribuido al ovario o al útero, que son los sitios más comunes para neoplasias. Los hallazgos más frecuentes en ésta área son quistes simples que se originan de los remanentes de los ductos paramesonérficos de Müller o mesonérficos de Wolff, que están presentes durante el desarrollo embriológico urogenital. La histología de éstas lesiones pueden ser también mesoteliales. Los quistes paramesonérficos son los más comunes, en particular, los quistes hidatídicos de Morgagni. Un quiste hidatídico de Morgagni está adherido a la fimbria tubárica y contiene fluido seroso alrededor de una pared transluciente.²

Otro de los desafíos diagnósticos está relacionado a la urgente necesidad de identificar procesos potencialmente malignos, basado en el concepto fundamental que el tratamiento temprano del cáncer está relacionado con una disminución de la morbilidad y mortalidad. La etiología de estas masas varía considerablemente con la edad, los más frecuentes son los de ovario. En

general, las masas anexiales en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas tienen un riesgo importante de ser malignos, mientras que los que aparecen en la edad reproductiva tienen un riesgo bajo, frecuentemente se les llama "quistes funcionales", que en la mayoría de los casos no requieren tratamiento y desaparecen espontáneamente, muchas veces sin siquiera haber sido advertido por la paciente.³

Para el diagnóstico de las masas anexiales se utilizan los métodos clínicos habituales: historia clínica, laboratorio y gabinete.

En el marco de la historia clínica, se requiere información respecto a factores de riesgo, síntomas y signos de la paciente. El síntoma asociado más común es dolor o presión pélvica. Algunas pacientes se presentan con sangrado genital. El CA ovárico puede ser asociado con síntomas pélvicos y abdominales, o en particulares tipos histológicos, existen síntomas relacionados a la producción tumoral de hormonas.

Si el dolor o la presión se encuentra presente, se deben describir las características del dolor, incluyendo agudeza del inicio, localización, duración, si es constante o intermitente, y si se encuentra asociado con otros factores (ejemplo: ciclo menstrual). La masa anexial que es asociada a dolor severo, particularmente de inicio abrupto, o dolor pélvico en una paciente embarazada requiere evaluación inmediata.

Las masas benignas que no requieren intervención inmediata se pueden presentar con dolor pélvico. Quistes ováricos fisiológicos o neoplasias se presentan típicamente con un dolor sordo, que usualmente se localiza en el lugar de la masa, también puede ser asintomática. Un endometrioma puede estar asociado con dismenorrea y dispareunia.

La historia clínica debe incluir preguntas acerca de los factores de riesgo y síntomas asociados a cáncer de ovario o de trompa de Falopio. La edad y el estado reproductivo son factores más importantes.

Las características que incrementan la posibilidad de malignidad incluyen: etapas antes de la pubertad y postmenopáusicas, una imagen compleja o sólida en ultrasonido, predisposición genética conocida, y ascitis. La ascitis puede ser relacionada tanto en procesos benignos como malignos, pero es más común en éste último. Las masas pélvicas benignas que puede ser asociada con ascitis son fibromas, endometriomas, estruma ovarii, y tuberculosis pélvica. La etiología de las masas anexiales difiere entre los grupos de edades. La mayoría de los tumores ováricos en las niñas y adolescentes se originan de células germinales. A comparación de los tumores epiteliales que son más comunes en adultos. Es importante para el clínico el establecer un diagnóstico temprano, para reducir el riesgo de torsión ovárica, con la posible pérdida de los anexos y mejorar el pronóstico de aquellas lesiones que son malignas. Las mujeres jóvenes entre

la menarca y los 18 años de edad, constituyen un grupo de edad en el que el desarrollo de quistes simples y complejos es común. Los ovarios en adolescentes pueden contener múltiples folículos en diferentes etapas de su desarrollo. La mayoría de los quistes simples resultan de la falla de un folículo en madurar e involucionan. Los quistes en adolescentes postmenarca pueden ser asintomáticos (hallazgo incidental) pero pueden causar irregularidades menstruales, dolor pélvico, o si son grandes, frecuencia urinaria, constipación, o pesadez pélvica. La ruptura lleva a dolor intraabdominal y sangrado, el cual puede ser leve a severo. La torsión puede causar dolor agudo, así como náusea, vómito, palidez, y leucocitosis con desviación a la izquierda, frecuentemente seguido de dolor menos severo y localizado.³

En mujeres menores de 15 años de edad, un alto porcentaje de tumores ováricos son malignos. El riesgo total de malignidad de una masa anexial incrementa con la edad después de la menarca, del 6 a 9 % en mujeres premenopáusicas, y del 29-35% en postmenopausicas. Los hallazgos clínicos pueden ayudar en el diagnóstico diferencial de una masa compleja, como ejemplo, un absceso tuboovárico normalmente se presenta como una masa compleja en el ultrasonido, lo que puede ser preocupante y sospechoso de malignidad, pero la presencia de fiebre, leucocitosis y dolor pélvico ayuda a sugerir el diagnóstico correcto.³

La historia clínica también es un factor predictivo importante en el diagnóstico diferencial. Una historia personal de cáncer de mama, coloca a la paciente en un riesgo incrementado de cáncer de ovario, ya sea como metástasis o cáncer primario. Se ha calculado que cerca de 1 de cada 10 mujeres tendrá una masa anexial a lo largo de su vida, la mayoría de las cuales requerirá de una evaluación quirúrgica. Se conoce que el riesgo de que una lesión anexial sea de naturaleza maligna, aumenta con la edad y de modo tradicional el tumor ovárico que se presenta durante la menopausia es considerado como de alto riesgo de ser maligno, aumenta así el riesgo global de malignidad; para un tumor primitivo del ovario entre el 13% de mujeres premenospáusicas y hasta el 45 % en las posmenopáusicas. Teniendo en consideración la importancia clínica de esta entidad, es pertinente determinar la presencia de las masas anexiales teniendo en cuenta algunos aspectos clínicos y epidemiológicos.³

El manejo depende del tipo de masa, urgencia de la presentación (embarazo ectópico, torsión ovárica que requieren manejo inmediato), y grado de sospecha que la masa sea maligna. Así mismo depende de la etiología, localización y características de la paciente. En general hay 3 opciones para el manejo:⁴

Cirugía – la cirugía es realizada bajo las siguientes indicaciones, sospecha de malignidad, otros riesgos asociados a la masa (torsión ovárica, infección), o la masa

es sintomática. Se realiza Cistectomía u ooforectomía para masas ováricas. Para otros tipos de masas anexiales se realiza biopsia o son resecados.⁴

Vigilancia continua – indicado si la sospecha de malignidad es baja, pero no ha sido excluida completamente. La vigilancia incluye ultrasonidos pélvicos seriales / medición de marcadores séricos tumorales.⁴

Manejo expectante – si la etiología aparente de la masa es benigna y no existen otras indicaciones para tratamiento o vigilancia, no se necesitarán estudios posteriores.⁴

El uso de biomarcadores tumorales, para el diagnóstico de cáncer ovárico epitelial, es un área activa de investigación. Se utilizan en combinación con otros biomarcadores, o con hallazgos por USG, u otros estudios diagnósticos. El CA 125 ha sido el foco de la mayoría de las investigaciones, así como el más usado. Otros estudios diagnósticos para cáncer epitelial ovárico incluyen proteína humana del epidídimo (HE4), el panel OVA1, y el algoritmo para riesgo de malignidad (ROMA).⁵

Un marcador tumoral es un biomarcador específico para malignidad. Son utilizados como biomarcadores: Alfa fetoproteína: es un antígeno oncofetal que es una glicoproteína, es producido por los tumores mixtos de células germinales y los teratomas inmaduros. Lactato deshidrogenasa (LDH) es producida por los disgerminomas. Antígeno

carcinoembrionario (CAE) es producido por tumores de células germinales o epiteliales.⁵

Por otro lado, la ultrasonografía es una modalidad de imagen clínica importante para detectar y analizar una masa anexial. Determinar si es una patología benigna o maligna es de vital interés para distinguir entre una urgencia que amerite tratamiento quirúrgico inmediato, o una patología la cual necesita una planeación prequirúrgica minuciosa.⁶

La examinación morfológica de un ultrasonido pélvico, es el estudio de primera línea para evaluar malignidad en una masa anexial. El costo económico es menor, y es comparable o mejor a cualquier otro estudio de imagen. Sólo se encuentra indicado el utilizar otro estudio de imagen, cuando no se obtiene una adecuada caracterización de la masa pélvica. Y en éste caso el estudio de imagen de elección es la Resonancia Magnética. La mayoría de las neoplasias ováricas tienen una típica y altamente predictiva apariencia sonográfica.⁶

Un estudio multicéntrico, reportó que el 90% de las masas anexiales pueden ser correctamente clasificadas como benignas o malignas por ultrasonido, pero 10% no es clasificable. Los hallazgos clínicos pueden ser de ayuda, pero no son diagnósticos, por ejemplo, un absceso tuboovárico, puede tener una apariencia sonográfica de malignidad, pero la presencia de fiebre, leucocitosis y dolor pélvico ayuda a sugerir el diagnóstico correcto. Los signos ecográficos

de malignidad de un tumor ovárico son: tamaño superior a 10cms, bilateralidad, grosor de la pared superior a 3mm e irregularidad, heterogenidad, presencia de tabiques intraquísticos, presencia de vegetaciones intraquísticas, gran vascularización de la masa con índice de resistencia bajo en la eco-doppler y presencia de ascitis.⁶

De acuerdo a la clasificación de la OMS 2014 las masas ováricas se clasifican en tumores epiteliales, tumores mesenquimales, tumores mixtos mesenquimales y epiteliales; tumores de los cordones sexuales y del estroma, tumores de las células germinales, tumores misceláneos, tumores de tejido laxo, tumores linfoides y mieloides y tumores secundarios.

3. MATERIAL Y METODOS

Se llevo a cabo un análisis observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal de los expedientes de 158 pacientes ingresadas en la división de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, comprendidas en el período de 2014-2016, con diagnóstico de masa o tumoración anexial.

Se consideraron criterios de eliminación aquellos expedientes con información incompleta; y como criterios de exclusión aquellos expedientes de pacientes que contaban con diagnóstico histopatológico diferentes a una masa anexial.

El diagnóstico histopatológico, la edad, la sintomatología, los datos por ultrasonido y el abordaje quirúrgico, fueron obtenidos de los expedientes clínicos de cada paciente.

4. RESULTADOS

La población de estudio en el período de los 3 años fue de 158 pacientes. El porcentaje total de tumoraciones ováricas fue del 69% (Figura 1), 9% quistes foliculares y 9% quistes paratubarios (lesiones que simulan tumores); 13% fueron otras patologías con diagnóstico histopatológico final de absceso pélvico, embarazo ectópico y quiste hemorrágico. De las 158 pacientes, en 111 casos la vía de resolución fue por medio de vía laparoscópica y 47 vía laparotomía exploradora (Figura 4). En la Figura 2 se observan los principales síntomas de las pacientes al momento de su ingreso, 81% presentó dolor pélvico agudo o crónico; 36% presentó sangrado transvaginal; 12% presentó fiebre y 13% presentó otros síntomas tales como náuseas, vómito, dismenorrea y cefalea. De los 158 casos reportados, 129 fueron reportados como quistes complejos por estudio de imagen (figura 5). De las 109 masas anexiales ováricas, 33 casos reportados resultaron con diagnóstico histopatológico final de cistoadenoma seroso (29%); 31 casos quiste endometriósico (28%); 16 casos teratoma quístico maduro (14%); 14 casos cistoadenoma mucinoso (13%); 7 casos adenofibroma seroso (6%); 6 casos de tumores malignos o borderline (5%); 3 casos de tumores de células de la granulosa (3%) y

2 casos de fibromas (2%) (Figura 3). El rango de edad final de las pacientes fue de entre 14 y 69 años de edad. 133 pacientes en edad pre menopáusica y 25 en edad postmenopáusica. De las masas anexiales que sólo se presentaron en edad premenopausica se encuentran: quiste endometriósico (31 casos), teratoma quístico maduro (16 casos), Disgerminoma (2), tumor de células de la granulosa (3), quistes foliculares (15) y quistes paratubarios (14). De las masas anexiales que sólo se presentaron en edad postmenopáusica se encuentran tumor seroso papilar borderline (2 casos) y el Fibroma (2 casos). Finalmente el tipo de cistoadenoma seroso y mucinoso, se encontraron en ambos grupos de edad.

5. DISCUSION

En el 2006 Se revisaron todas las pacientes ingresadas al Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México con diagnóstico de masa anexial. Se encontraron 181 pacientes portadoras de masa anexial e intervenidas quirúrgicamente, 110 fueron premenopáusicas y 71 posmenopáusicas. La edad promedio fue de 41.8 años (rango de 15 a 86 años). Los datos ultrasonográficos mostraron 30 lesiones puramente quísticas, 44 puramente sólidas y 107 mixtas; estas últimas subdivididas en mixtas con septos simples, con formación de papilas y heterogéneas; 32 casos fueron bilaterales, el resto unilateral. De las lesiones líquidas simples 26 casos (86%) fueron benignas, 3 malignas (10%) y una limítrofe (3.3%). Las sólidas correspondieron a 19 malignos

(44.1%), 25 benignos (55.8%); de las 107 masas mixtas, 62 fueron benignas, 40 malignas y 5 limítrofes. La sintomatología más frecuente fue dolor abdominal, aumento del perímetro abdominal, siendo 12.7% asintomático y datos sonográficos, así como casos urgentes en 6.62% que requirieron laparotomía exploradora por abdomen agudo. De un total de 62 tumores malignos, 10 fueron neoplasias malignas no ginecológicas. De las ginecológicas la más frecuente es el cistadenocarcinoma seroso papilar (42.3%), seguido del disgerminoma en 8 casos (15.3%). De los 113 tumores benignos, 106 fueron de origen ginecológico y cistadenoma seroso (33%), quistes endometriósicos (16%), leiomiomatosis (12.2%) y teratomas maduros (12.2%). Las lesiones no ginecológicas incluyeron apendicitis aguda, tuberculosis peritoneal, textiloma, lipoma retroperitoneal y paraganglioma.

Los autores concluyeron que las masas anexiales son un padecimiento frecuente, especialmente en mujeres en edad reproductiva, la mayoría (80% o más) de las lesiones son de naturaleza benigna. Estas lesiones tienden a confundir al clínico, especialmente cuando algunas pacientes elevan el marcador Ca-125, y coexisten con ascitis o son mixtas o septadas. Padecimientos como quistes mucinosos, cistadenomas serosos, teratomas maduros y quistes endometriósicos son las principales causas de exploración de la pelvis. Probablemente en este grupo, y en algunas mujeres posmenopáusicas con lesiones pequeñas y marcadores negativos, quizá se

deba realizar laparoscopia diagnóstica y terapéutica con menor costo, días de internamiento, morbilidad y rápida recuperación de la paciente. Sin embargo, se requieren trabajos prospectivos para profundizar en este punto.⁷

Entre enero del 2007 y diciembre del 2010

se realizó un estudio descriptivo en el colegio médico y hospital Sri Manakula Vinayagar, en Puducherry, India del Sur. En el que se estudiaron 112 casos de masas benignas ováricas y paraováricas. El objetivo fue estudiar la relación entre la edad, síntomas, hallazgos ultrasonográficos, tamaño y tipo histológico de los tumores ováricos. Como resultados: 79 casos fueron tumores ováricos benignos, 40 casos fueron quistes funcionales, 8 casos masas paraováricas, 4 casos quistes paratubáricos y 7 casos quistes hemorrágicos. El rango de edad fue de los 11 a los 70 años; la mayoría de los pacientes se presentaron con dolor abdominal (70.5%), la menorragia y la dismenorrea fueron la segunda sintomatología más frecuente. El tumor más común fue el de superficie epitelial. El cistoadenoma seroso fue encontrado en el 59.49% de los casos, y el mucinoso en el 20%. Los rangos más altos de torsión de masas anexiales se dieron en aquellas que median entre 6-10 cm. En el estudio todos los casos de quistes dermoides y 50% de los quistes endometriósicos fueron diagnosticados por ultrasonido. Casi todos los tumores anexiales fueron reportados como quistes uniloculares anecoicos a excepción de los cistoadenomas mucinosos.

La exactitud del ultrasonido preoperatorio fue mayor en los quistes dermoides seguido de los quistes endometriósicos. Por lo anterior los autores concluyen que la certeza diagnóstica por ultrasonido fue más alta en quistes dermoides seguida de los quistes endometriósicos.⁸

En el 2010 se realizó un estudio longitudinal retrospectivo, en el Hospital Clínico Quirúrgico "10 de Octubre", en La Habana, Cuba. Se revisaron las historias clínicas de los archivos de los últimos 5 años. De todas aquellas pacientes que habían sido operadas por tener un diagnóstico clínico-ultrasonográfico de una masa anexial y el resultado histopatológico fue un tumor de ovario. Con el objetivo de demostrar el valor del ultrasonido en el diagnóstico de los tumores de ovario, describir desde el punto de vista sonográfico las características de las masas ováricas de acuerdo con su estructura y tamaño, identificar su probable naturaleza benigna, maligna o dudosa, por la descripción sonográfica y analizar cómo se comporta la frecuencia de las distintas variedades histopatológicas. El tumor benigno más frecuente fue el cistoadenoma seroso (44,0 %), lo cual concuerda con los investigadores al afirmar que son los tumores más frecuentes en la práctica ginecológica. Le siguen los quistes funcionales con un 34,4 % y después el quiste dermoides tiene una incidencia de 13,4%. Todos los pacientes con resultado maligno fueron tumores de origen epitelial y de ellos el cistoadenocarcinoma seroso fue el más frecuente (55,5 %). Los tumores malignos se presentaron con mayor

frecuencia en edades por encima de 59 años. La presentación ultrasonográfica de los tumores malignos más frecuentemente encontrada fue la compleja a predominio ecolúcido y la compleja a predominio ecogénico. Los tumores benignos más frecuentes fueron: el cistoadenoma seroso, el quiste folicular y el quiste dermoides; de los malignos, el cistoadenocarcinoma seroso. El US tiene una alta sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo en el diagnóstico de los tumores de ovario.⁹

Entre enero del 2008 y mayo del 2012 se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Universitario Sultan Qaboos, con el objetivo de estudiar la naturaleza clínica e histológica de las masas anexiales benignas manejadas quirúrgicamente. En éste periodo se intervinieron 198 pacientes, de las cuales la neoplasia benigna más común resultó ser el teratoma maduro, seguido del endometrioma. Se utilizó información epidemiológica sobre la edad, paridad, síntomas, marcadores tumorales, estudios de imagen y el tipo de cirugía realizada. Las pacientes seleccionadas fueron entre 11-72 años, con una edad media de 30 años. La presentación clínica principal fue dolor abdominal (60%), seguido de infertilidad (19%) y en un 12% la masa fue un hallazgo incidental. El ultrasonido fue la modalidad primaria de imagen en el 90% de las pacientes. De las 198 pacientes, 11 eran postmenopausicas (51-72 años de edad). Las pacientes con endometriosis severa tenían CA-125 elevado.¹⁰

6. CONCLUSIÓN

El cistoadenoma seroso fue el tumor ovárico más comúnmente reportado por histopatología en el periodo 2014-2016. En pacientes premenopausicas el tumor ovárico más común fue el quiste endometriósico. Los tumores serosos y mucinosos fueron reportados en ambas etapas, pre y postmenopausicas. Se reportaron 6 casos de tumoraciones malignas o borderline, entre las cuales estuvieron: Disgerminoma, Tumor mesenquimal maligno de alto grado, tumor seroso papilar borderline y una Neoplasia Epitelial maligna de alto grado no especificada. La sintomatología más común reportada fue el dolor pélvico, ya sea agudo o crónico. La vía de resolución quirúrgica predominante en el departamento de Ginecología y Obstetricia, es la vía laparoscópica, con 111 procedimientos versus 47 por laparotomía exploradora. El ultrasonido fue la modalidad primaria de imagen en el 90% de las pacientes. De los 158 casos reportados, 129 fueron reportados como quistes complejos por ultrasonido. Las lesiones más comunes no relacionadas por resultado de histopatología fueron, abscesos pélvicos, embarazos ectópicos y quistes hemorrágicos. El marcador CA-125 se presentó principalmente elevado en casos de malignidad y en la mayoría de quistes endometriósicos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.-Víctor Manuel Montalvo Zapata, María del Rayo Reyes Gil, Fabián Tobón Osornio, et al. Abordaje diagnóstico y referencia del tumor pélvico con sospecha de malignidad. México: Secretaria de Salud, 2011. IMSS-511-11.

2.-Mitchel S Hoffman, MD. Differential diagnosis of the adnexal mass. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate,Waltham, MA. (Accessed on January 06,2016).

3.-Michael G. Muto, MD. Approach to the patient with an adnexal mass. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate,Waltham, MA. (Accessed on January 18,2016).

4.- Michael G. Muto, MD. Management of an adnexal mass. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate,Waltham, MA. (Accessed on January 26,2016).

5.-Frederick Rand Ueland, MD. Serum biomarkers for evaluation of an adnexal mass for epithelial carcinoma of the ovary, fallopian tube, or peritoneum. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate,Waltham, MA. (Accessed on January 26,2016).

6.-Deborah Levine, Md. Sonographic differentiation of benign versus malignant adnexal masses. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate,Waltham, MA. (Accessed on February 12,2016).

7. Francisco M García Rodríguez, Nicolás Sánchez, Ziad Aboharp Hassan, Ángela Hernández Rubio. Manejo de la masa anexial. Gamo 2006; 5(2) : 47-49.

8.-Manivasakan J, Arounassalame B. A study of benign adnexal masses. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. (2012); 1(1): 12-16.

9.- Aida de la Caridad Álvarez Sánchez. Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2010;36(1) 86-96.

10.- Vaidyanathan Gowri, Maryam Al Shukri, Maha Al Khaduri and Lovina Machado. Clinical and Histological Profile of Surgically Managed Benign Adnexal Masses. Oman Medical Journal (2014) Vol. 29, No. 3:239-241.

8. TABLAS

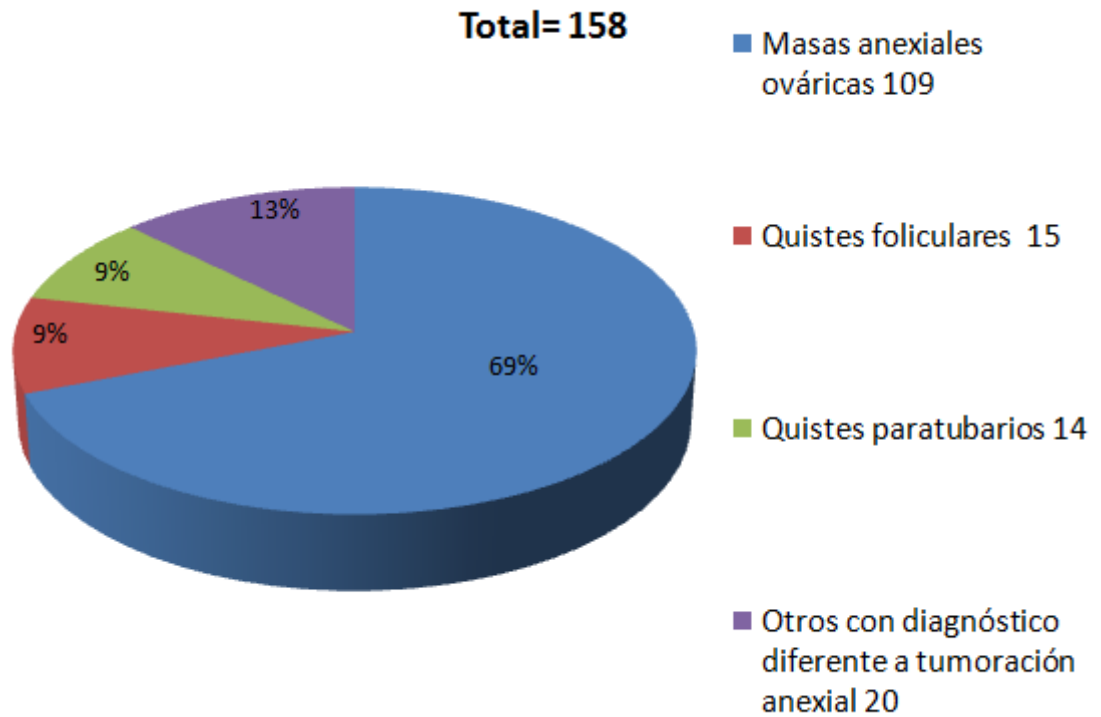


Figura 1. Total de casos registrados

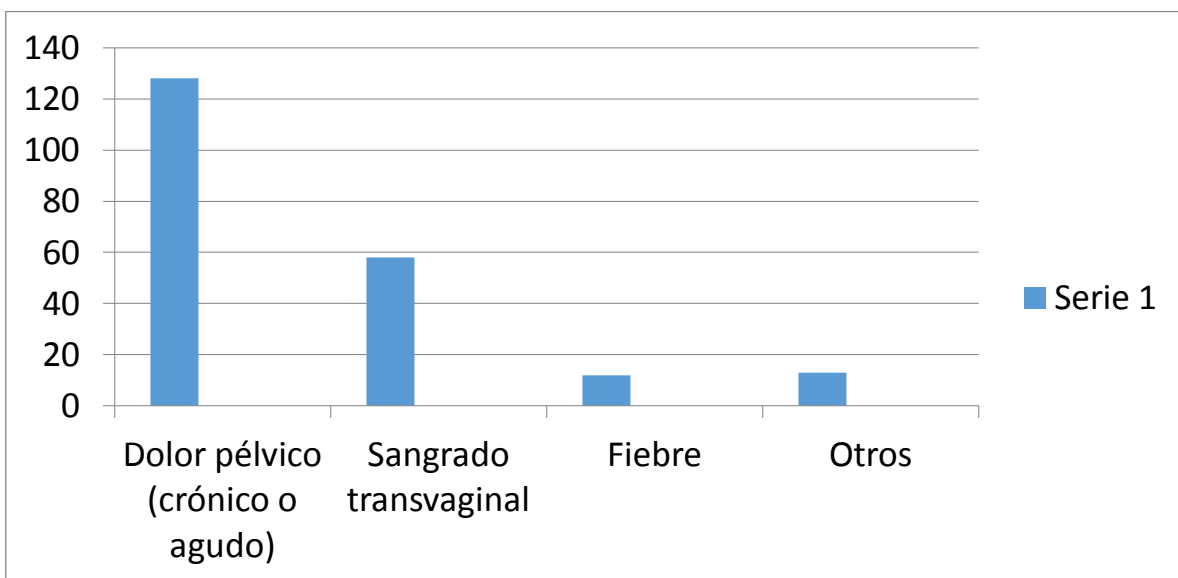


Figura 2. Presentación clínica (sintomatología)

Tumoraciones ováricas

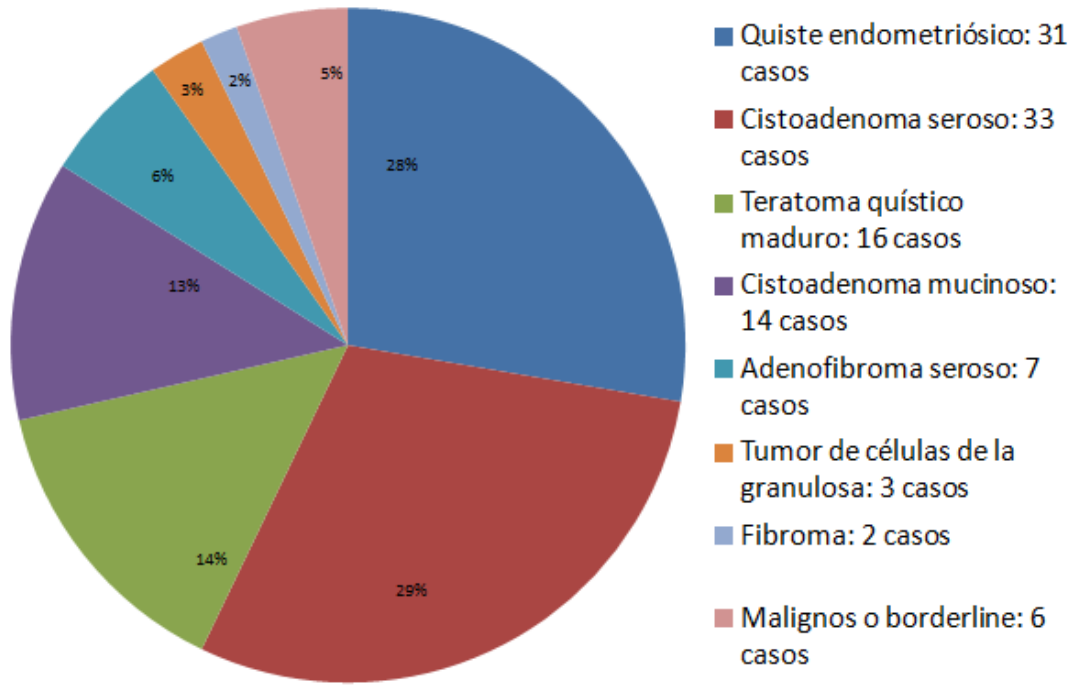


Figura 3. Tumoraciones ováricas

Abordaje quirúrgico

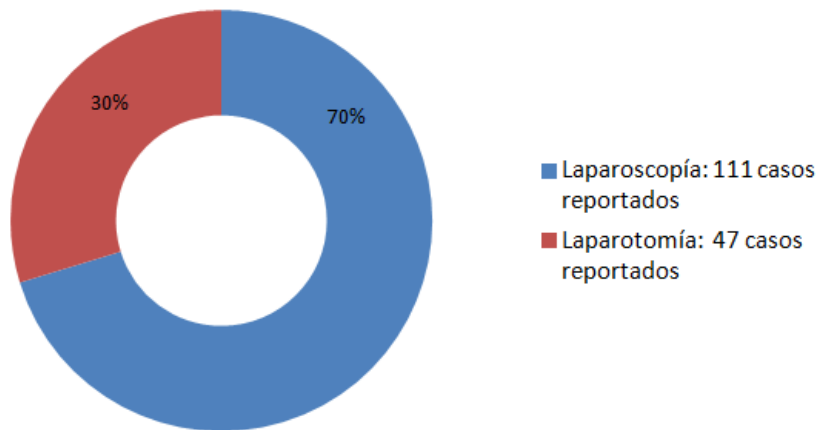


Figura 4. Abordaje quirúrgico

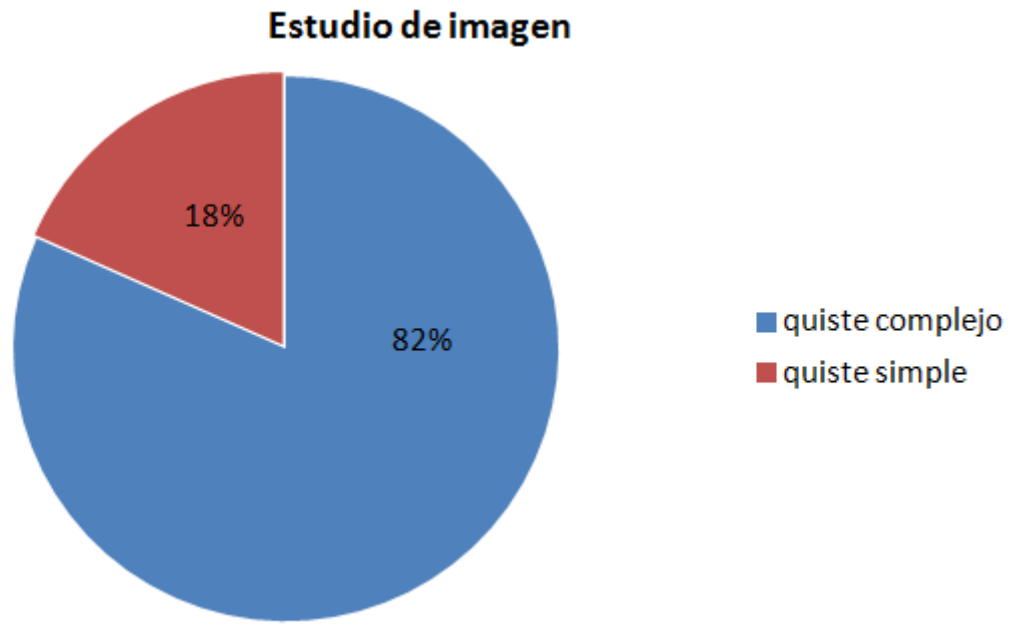


Figura 5. Quiste simple vs complejo por estudio de imagen