



Tratamiento quirúrgico de los tumores benignos del ovario (excluidos endometriomas)

P. Capmas, C. Cornou, C. Bensaid, C. Ngo, C. Nos, F. Lecuru, A.-S. Bats

Los tumores de ovarios probablemente benignos (TOPB) son un motivo frecuente de consulta en ginecología. El estudio previo al tratamiento debe incluir como mínimo una ecografía pélvica. Esta última es esencial para distinguir entre los tumores orgánicos presuntamente benignos y los tumores con alto riesgo de malignidad. Tras la ecografía, en caso de duda diagnóstica, se puede solicitar una determinación de los concentraciones de marcadores tumorales y un estudio con resonancia magnética (RM) pélvica. También se puede repetir la ecografía pélvica, en particular en caso de sospecha de quiste funcional. El tratamiento es quirúrgico si el quiste es orgánico o persistente; el resultado patológico con más frecuencia va a favor de un cistoadenoma seroso, mucinoso o un teratoma maduro. En la mayoría de los casos se realiza mediante laparoscopia. Independientemente de la vía de acceso, el primer tiempo de la intervención quirúrgica consta de una exploración abdominopélvica completa, así como de una citología peritoneal. En las mujeres en edad fértil se realiza principalmente una quistectomía, y en las mujeres posmenopáusicas, una anexectomía bilateral. En las pacientes premenopáusicas sin deseos de fertilidad (a menudo entre los 40-50 años) se puede proponer una anexectomía unilateral o en caso de quiste voluminoso (superior a 15 cm) que haga el tratamiento conservador difícil y probablemente poco beneficioso (el ovario a menudo resulta lesionado durante el procedimiento).

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Tumor ovárico; Laparoscopia; Citología peritoneal; Quistectomía; Anexectomía

Plan

<ul style="list-style-type: none"> ■ Introducción 2 ■ Estudio preterapéutico 2 <ul style="list-style-type: none"> Exploración física 2 Ecografía pélvica 2 Marcadores tumorales 3 Otras pruebas de imagen 3 ■ Indicaciones terapéuticas 3 ■ Tipo de intervención 4 <ul style="list-style-type: none"> Punción ecoguiada 4 Quistectomía 4 Ooforectomía 4 Anexectomía unilateral 4 Anexectomía bilateral 4 ■ Elección de la vía de acceso 4 <ul style="list-style-type: none"> Laparoscopia 4 Minilaparotomía 4 Laparotomía 4 ■ Comparación de las vías de acceso 4 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnóstico diferencial 5 ■ Situaciones particulares 5 <ul style="list-style-type: none"> Quistes dermoides 5 Torsión de anexo 5 Quistes de más de 10 cm 5 Obesidad 5 Embarazo 5 ■ Técnicas quirúrgicas 6 <ul style="list-style-type: none"> Laparoscopia 6 Colocación 6 Quistectomía 6 Ooforectomía 6 Anexectomía 6 ■ Laparotomía 6 <ul style="list-style-type: none"> Colocación 6 Quistectomía 7 Ooforectomía 7 Anexectomía 7 ■ Conclusión 7
--	---

■ Introducción

Los tumores ováricos probablemente benignos (TOPB) son un motivo frecuente de consulta en ginecología. En la mayoría de los casos, se trata de quistes ováricos, aunque el término TOPB es más apropiado e incluye a las masas ováricas no quísticas benignas. Se han excluido de esta exposición las masas ováricas malignas, *borderline* o endometriósicas, a pesar de que el tratamiento de los TOPB está guiado por el riesgo potencial de descubrir un cáncer.

La definición de un TOPB depende del período de actividad genital; después de la menopausia, toda masa ovárica de más de 10 mm es un TOPB que precisa exploración, mientras que el umbral es de 30 mm en el período de actividad genital e igualmente de 10 mm en período prepuberal [1].

La prevalencia de TOPB según esta definición es del 14-18% tras la menopausia, de alrededor del 7% en las pacientes asintomáticas en período de actividad genital y del 1-12% antes de la pubertad o en la adolescencia, en función del criterio de los estudios y del umbral de tamaño utilizado. Por último, la prevalencia de TOPB de más de 30 mm durante el embarazo es del 0,35%, que varía del 0,35 al 5% en función del término y de los estudios. Antes de las 14 semanas de amenorrea (SA), la prevalencia es de entre el 4,8-5,3%, mientras que después de las 16 SA la frecuencia es del 0,5-3% [2]. Los TOPB asintomáticos presentes en las pacientes en período de actividad genital desaparecen en el 82% de los casos a los 3 meses [3].

Los datos histológicos muestran que el 75% de los TOPB operados son de naturaleza orgánica, y un 25% de naturaleza funcional. La mayoría de los quistes funcionales se ve en período de actividad genital pero el 13-31% de los TOPB operados después de la menopausia son funcionales [4]. En caso de sospecha de TOPB orgánicos (quísticos o no) existe indicación quirúrgica; en estos casos, el análisis patológico encuentra principalmente cistadenomas serosos (25-35% de los TOPB operados), cistadenomas mucinosos (10-15% de los casos), endometriomas (20%) o teratomas maduros o quistes dermoides que forman parte de los tumores germinales del ovario (10-20%). Un 1-4% de los TOPB son malignos [5]. El estudio preterapéutico de una masa anexial es esencial, antes de su tratamiento quirúrgico, por una parte para no ignorar en el preoperatorio una masa sospechosa de malignidad o un tumor *borderline* y, por otra parte, para identificar los TOPB de aspecto funcional que podrán vigilarse, con una frecuente desaparición a los 3 meses. Y a la inversa, las masas sospechosas de malignidad precisan un tratamiento específico, que idealmente debería realizar un equipo con experiencia [6].

La indicación quirúrgica sólo se establecerá tras este estudio. La vía de acceso preferencial de los TOPB se basa actualmente en la laparoscopia. Únicamente determinadas circunstancias particulares (tamaño del quiste, adherencias, duda sobre la malignidad) harían preferible la laparotomía.

■ Estudio preterapéutico

El estudio preterapéutico mínimo consta de una exploración física y una ecografía. Se completará con una determinación de las concentraciones de marcadores tumorales y un estudio de imagen mediante resonancia magnética (RM) en caso de que la exploración con la ecografía sea insuficiente. El objetivo de este estudio es responder a la cuestión primordial del riesgo del cáncer así como a la cuestión de la necesidad o no de tratamiento quirúrgico.

Exploración física

La anamnesis permite en particular precisar la edad de la paciente, si es posmenopáusia (éste es un elemento

importante a favor de malignidad) así como los antecedentes personales y familiares de cánceres del ovario, de mama, de endometrio o colorrectal (mutaciones de los genes *BRCA1* o *BRCA2*, o síndrome de Lynch) [1].

En la mayoría de los casos, las masas ováricas son asintomáticas, aparte de los episodios de complicaciones (torsión, hemorragia). No obstante, una anamnesis orientada puede permitir en ocasiones encontrar la presencia de dolor pélvico, molestias o sensación de pesadez abdominal, metrorragias, irregularidades menstruales o un aumento del perímetro abdominal. Estos signos funcionales son en general poco específicos [1].

La exploración física mediante palpación bimanual, combinando la palpación abdominal y el tacto vaginal, va destinada a buscar una posible masa y precisar el tamaño, la movilidad, la regularidad y la consistencia sólida o líquida [1]. Sin embargo, hay que tener en cuenta que sólo se palpa en el 30-65% de los casos, principalmente cuando la masa es voluminosa [7]. La exploración física permite también buscar posibles anomalías extraanexiales (cervical, uterina, carcinosis en el fondo de saco de Douglas, etc.).

Ecografía pélvica

La ecografía pélvica por vía suprapúbica y endovaginal es el examen de referencia de las masas ováricas [4]. La vía suprapúbica, con frecuencia ignorada, tiene su máximo interés en caso de una masa voluminosa, de masa ascendida poco accesible al examen por vía vaginal o de pacientes en período prepuberal o antes de las primeras relaciones sexuales [8].

El protocolo de las características y medidas que hay que tomar ante una masa ovárica ha sido definido precisamente por el grupo IOTA (International Ovarian Tumor Analysis): medir los ovarios y las masas intraováricas en las tres dimensiones del espacio en dos planos ortogonales, utilizar la ecografía por vía transparietal en el caso de masas voluminosas, precisar la regularidad o no de las paredes de la masa, buscar la presencia de sombras acústicas (a favor de la benignidad), buscar la presencia de tabiques (grosor) y de posibles vegetaciones (medir la base y la altura), buscar una medialuna ovárica normal en la periferia de la masa así como la posible presencia de líquido en el Douglas [9]. Estos criterios deberían estar presentes en toda descripción ecográfica de una masa anexial.

La ecografía pélvica por vía endovaginal tiene una especificidad del 80% y una sensibilidad del 90% para la exploración de las masas ováricas, relacionadas principalmente con la experiencia del operador [9].

Según los estudios del grupo IOTA, los siguientes criterios de benignidad y malignidad son determinantes para evaluar el riesgo de patología maligna ante una masa anexial. Los criterios de benignidad son los siguientes:

- carácter unilocular;
- posible presencia de vegetaciones de menos de 7 mm de diámetro mayor;
- presencia de conos de sombra;
- tamaño máximo inferior a 10 cm;
- puntuación colorimétrica de 1 (sin vascularización con el Doppler color).

Los criterios de malignidad son los siguientes:

- tumor sólido irregular;
- presencia de ascitis;
- un mínimo de cuatro vegetaciones;
- tumor sólido multilocular irregular de 10 cm o más;
- puntuación colorimétrica de 4 (flujo Doppler importante).

La presencia de al mínimo un criterio de benignidad en ausencia de criterios de malignidad permite clasificar el tumor dentro de los TOPB. A la inversa, la presencia de al menos un criterio de malignidad en ausencia de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777828>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777828>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)