



Tratamiento de los quistes de ovario

S. Bel, A. Gaudineau, V. Thoma, O. Garbin, N. Sananes, E. Baulon, M. Hummel, A. Wattiez, J.-J. Baldauf, C. Akladios

Ante el descubrimiento de una masa anexial, conviene ante todo descartar una urgencia quirúrgica que pueda comprometer la función ovárica. Estas urgencias están dominadas por las torsiones anexiales. En ausencia de urgencia terapéutica, un estudio completo (clínico, pruebas de imagen y biológico) debe permitir estimar el riesgo de malignidad y discutir la indicación operatoria, así como la vía de abordaje quirúrgico. Otros elementos pueden entrar en juego en la indicación terapéutica: la existencia de infertilidad, en particular en caso de endometriosis, y el riesgo de torsión, sobre todo en caso de quistes de gran tamaño. Este artículo revisa de manera práctica los principales problemas que se plantean ante el descubrimiento de un tumor ovárico supuestamente benigno.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Tumores ováricos supuestamente benignos; Quiste funcional; Quiste orgánico; Torsión de anexo; Quistectomía; Endometrioma

Plan

■ Introducción	1
■ Epidemiología	1
■ Actitud terapéutica ante una masa anexial de descubrimiento fortuito	2
Primer objetivo: distinguir los quistes funcionales de los quistes orgánicos	2
Segundo objetivo: distinguir los tumores benignos de los tumores malignos	3
Qué pruebas deben realizarse ante el descubrimiento de una masa anexial	3
Indicaciones quirúrgicas	6
Laparoscopia o laparotomía	7
Procedimiento quirúrgico	7
Lugar de los tratamientos médicos	10
■ Tratamiento de una masa anexial sintomática	11
Objetivos	11
Torsión	11
Hemorragia intraquística y ruptura de quiste hemorrágico	12
■ Conclusión	13

Este artículo se presenta de manera práctica para discutir los principales problemas que se encuentran en función del modo de descubrimiento del quiste de ovario.

■ Epidemiología

En los años 1998 y 1999, la incidencia de los tumores benignos de ovario era de 45.000 mujeres al año en Francia [1]. De ellas, 32.000 se habían sometido a un tratamiento quirúrgico. Se trataba, en el 75% de los casos, de quistes orgánicos, y en el 25% de los casos, de quistes funcionales. Entre el 1 y el 4% de los quistes supuestamente benignos en el examen preoperatorio eran malignos en el análisis patológico definitivo [2]. En 2012, la incidencia era estable [3]. En una cohorte de 15.735 pacientes mayores de 55 años, Greenlee et al diagnosticaron al menos un quiste de ovario en 2.217 pacientes (14,1%) [4]. Pero el porcentaje de abstención quirúrgica en las pacientes hospitalizadas ha disminuido, pasando del 21% en 1999 al 12,6% en 2012. Esta diferencia puede explicarse en parte por la generalización de la laparoscopia y su carácter poco invasivo, que facilitan las indicaciones operatorias. No se observó ninguna diferencia entre los centros públicos y privados. Estas cifras se han obtenido a partir de los datos del programa médico de sistema de información francés [3].

La prevalencia del quiste de ovario se estima entre un 14-18% en las mujeres menopáusicas [4] y en un 7% en las mujeres asintomáticas en período de actividad genital [5]. Para Valentin et al, se constata una desaparición espontánea completa en el 54% de las mujeres menopáusicas menores de 60 años frente al 8% de las mujeres menopáusicas mayores de 60 años ($p = 0,0001$) para una duración media de control de 3 años a razón de una ecografía al año [6].

En el aspecto patológico, los quistes dermoides son los más frecuentes, con una prevalencia de alrededor del 20% [7]. El cáncer de ovario, aunque es poco frecuente (4.500 nuevos casos al año en Francia, 7.º cáncer femenino), es de mal pronóstico, con un porcentaje de

■ Introducción

La accesibilidad creciente de la ecografía en la práctica diaria ha permitido el diagnóstico de quistes de ovario hasta el momento asintomáticos y plantea cuestiones sobre su tratamiento.

En esta situación, es conveniente ante todo diferenciar los quistes funcionales de los quistes orgánicos y buscar signos sugestivos de malignidad para orientar el tratamiento. En caso de descubrimiento de un quiste de ovario sintomático, el tratamiento será totalmente diferente: se trata ante todo de identificar las urgencias quirúrgicas para preservar la función ovárica.

supervivencia a los 5 años que no supera el 30%. Las pacientes que presentan un tumor maligno de estadio 1 (limitado a los ovarios) tienen un porcentaje de supervivencia a los 5 años cercano al 90% [8]. Sin embargo, sólo el 25% de los tumores malignos de ovario se descubren en este estadio.

Los factores de riesgo identificados de tumor ovárico supuestamente benigno son la edad de aparición de la menopausia antes de los 40 años, con un cociente de posibilidades (OR) de 2,09 (intervalo de confianza [IC] 95%: 1,77-2,46) [4], los tratamientos con levonorgestrel (por vía oral o por dispositivo intrauterino), con un riesgo relativo (RR) de 2,7 (IC 95%: 1,1-6,9) [9], los antecedentes de cirugía ginecológica (OR = 1,48, IC 95%: 1,33-1,66) o de quiste de ovario benigno (OR = 1,29, IC 95%: 1,09-1,52) [4]. En cambio, la anticoncepción estroprogestágena tendría un efecto protector, con un riesgo relativo de 0,22 (IC 95%: 0,13-0,39) [5], así como la edad del primer embarazo entre los 25 y los 29 años (OR = 0,85) o superior a 30 años (OR = 0,71) [4]. El tratamiento hormonal sustitutivo (THS) de la menopausia no disminuiría significativamente el riesgo de aparición de quiste de ovario, excepto en el grupo de mujeres recientemente menopáusicas (entre 40-55 años), en el que Bar-Hava et al encontraban una prevalencia del 10,4% en el grupo tratado frente al 28,4% en el grupo sin tratamiento ($p < 0,05$) [10]. La edad, la paridad y el índice de masa corporal (IMC) no constituirían factores de riesgo demostrados de quiste de ovario [9]. En lo referente al tabaco, los estudios son contradictorios. Greenlee et al demostraron una disminución de la prevalencia en las pacientes fumadoras (OR = 0,75, IC 95%: 0,61-0,91), mientras que Holt et al encontraban un riesgo aumentado en las pacientes con un IMC inferior a 20 (OR = 2,48, IC 95%: 1,32-4,64) y en las pacientes con un IMC entre 20-25 (OR = 1,60, IC 95%: 1,04-2,46), pero no en las pacientes con un IMC superior a 25 (OR = 0,85, IC 95%: 0,53-1,37) [4, 11].

Uno de los principales retos del control de una masa ovárica es no pasar por alto un tumor maligno o *borderline*.

■ Actitud terapéutica ante una masa anexial de descubrimiento fortuito

Primer objetivo: distinguir los quistes funcionales de los quistes orgánicos

Se plantean dos problemas: no operar por exceso quistes funcionales que podrían regresar espontáneamente, pero también no pasar por alto un quiste ovárico orgánico potencialmente maligno.

Un quiste funcional es casi siempre de pequeño tamaño, inferior a 40 mm y raramente superior a 70 mm. Clásicamente, es puramente líquido, con un refuerzo posterior en la ecografía. A veces, se puede evidenciar un tabique fino interno, que suele corresponder a puentes de granulosa [12]. Para confirmar el diagnóstico de un quiste funcional, aparte de su aspecto ecográfico, la evolución en el tiempo es primordial. En las mujeres mayores de 50 años, Bailey et al evidenciaban la desaparición espontánea del 55% de los quistes de aspecto funcional en los 60 días siguientes al diagnóstico [13]. En las mujeres en período de actividad genital, MacKenna et al observaban la desaparición del 76% de los quistes de aspecto funcional después de un ciclo y del 100% en el ciclo siguiente [14] (Figs. 1 a 3).

En 2013, el Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) estableció recomendaciones referentes al control de estos quistes funcionales. Las mujeres que presentaban un quiste unilocular líquido puro asintomático con un diámetro mayor inferior a

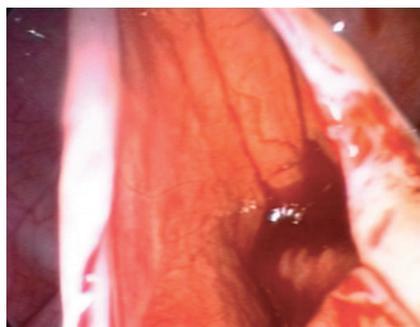


Figura 1. Vista laparoscópica de un quiste funcional. Quistoscopia: aspecto retinoide sugestivo (imagen del doctor Garbin, Centre Médicochirurgical et Obstétrical, Estrasburgo).

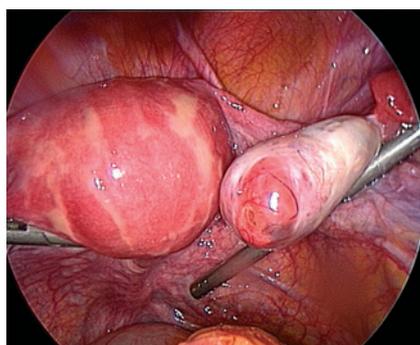


Figura 2. Vista laparoscópica de un cuerpo amarillo (imagen del doctor Garbin, Centre Médicochirurgical et Obstétrical, Estrasburgo).

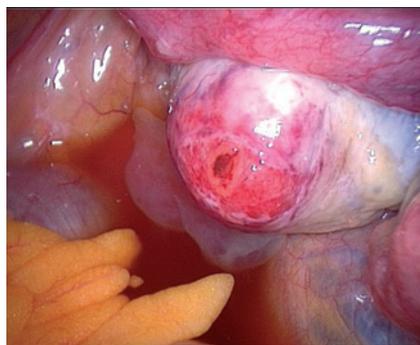


Figura 3. Vista laparoscópica de un estigma ovulatorio (imagen del doctor Garbin, Centre Médicochirurgical et Obstétrical, Estrasburgo).

10 cm tenían un riesgo de cáncer de ovario muy bajo, comparable al de las mujeres sin quiste (0,3-0,4%). Las recomendaciones para la práctica clínica proponían pues realizar una ecografía en las 6-12 semanas siguientes al diagnóstico inicial. La desaparición confirmaba entonces la naturaleza funcional. La mayoría de autores realizaban a continuación un control a los 6 meses, a los 12 meses y después anual, pero este control ecográfico no ha demostrado su eficacia en estas pacientes, cuyo riesgo de cáncer de ovario no está aumentado con respecto al de la población general. Más allá de 3 meses, el control ecográfico no se recomendaba [15].

Los signos ecográficos que deben hacer sospechar el carácter orgánico del quiste de ovario son [2]: una o varias vegetaciones intraquisticas, un diámetro del quiste superior o igual a 6 cm sea cual sea su aspecto ecográfico, un componente sólido, el carácter multilocular y una pared gruesa (Figs. 4 a 6).

Sin embargo, algunos quistes funcionales pueden tener el aspecto de masas anexiales sospechosas en la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777844>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777844>

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