



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 1996; 42 (2): 36-38

### Manejo del tumor anexial

[DR. ROGER VALDIVIESO\\*](#)

#### **Resumen**

Estudio retrospectivo que evalúa la aplicación de una asociación de factores de riesgo para malignidad ovárica denominada "predicción de malignidad" en una población que acude al Servicio de Ginecología del HNGAI-IPSS (94-95) con el diagnóstico de tumor anexial en quienes se efectúa laparoscopia o laparotomía cuando la predicción de malignidad es negativa o positiva, respectivamente. El uso de la laparoscopia es cada vez más frecuente ante la preocupación de si este abordaje asegura un buen manejo oncológico del tumor ovárico. Sin embargo, al igual que otras series publicadas, nuestra incidencia de malignidad ovárica es 0,8%.

*Palabras clave:* Laparoscopia, tumor anexial, malignidad, factores de riesgo, ovario.

#### **Summary**

This is a retrospective study that evaluates de associated risk)actors for ovarian malignancy using the terminology of "malignancy prediction". It was used in the gynecological service of the HNGAMPSS (1994 to 1995) in patients with a diagnosis of adnexal mass, in whom laparoscopy or laparotomy was done according to negative or positive malignancy prediction. The use of laparoscopy is becoming more frequent in the diagnosis of adnexal masses although there is still concern on whether this kind of approach is ideal for the proper oncological management. In our cases the incidence of ovarian malignancy was 0,8%, as in other reported series.

*Key words:* Laparoscopy, adnexal mass, risk factors, malignancy, ovary.



Tabla 1: Predicción de malignidad del tumor anexial		
Predicción de malignidad	Negativo	Positivo
- Cuadro clínico	Asintomática	Sintomática (ascitis)
- Edad	Edad reproductiva	Postmenopáusica
- Ultrasonido	Quístico	Quístico-sólido, sólido
- CA-125	CA-125 n (posmenop)	CA-125

## Introducción

Ante el amplio uso del abordaje laparoscópico en ginecología y siendo la patología anexial una de sus principales aplicaciones, se plantea la preocupación de un buen manejo de una masa anexial mediante laparoscopia, ya que existe un protocolo de manejo tradicional mediante laparotomía, cuya meta es la exclusión de malignidad ovárica. Los beneficios del acceso laparoscópico -menos dolor, estancia reducida y recuperación más corta- ¿serán superiores al riesgo de ruptura de un tumor ovárico maligno con el consiguiente cambio del estadiaje?.

Figura 1. Manejo del tumor anexial

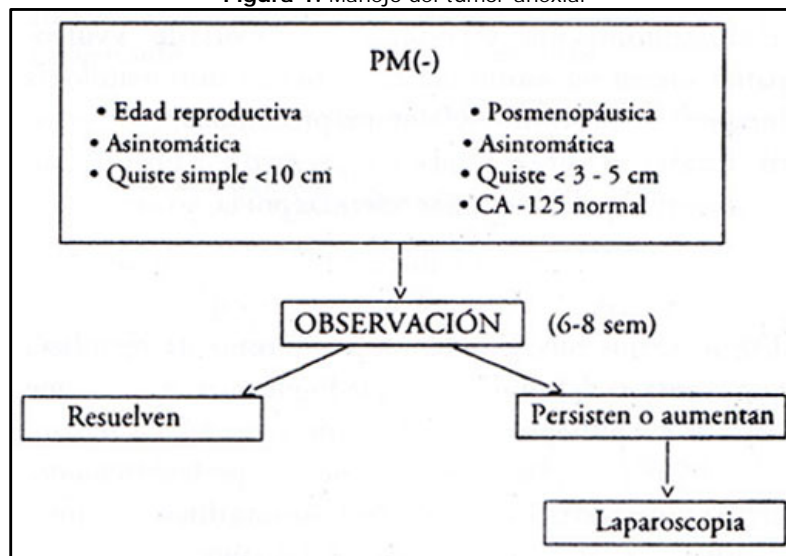


Tabla 2. Laparoscopia: Masa anexial

Incidencia de tumor ovárico	N	%
- Funcional folicular	16	19.5
- Cuerpo lúteo hemorrágico	10	12.2
- Endometrioma	2	1.6
- Cistoadenoma ceroso	37	45.1
- Cistoadenoma mucinoso	2	1.6
- Teratoma quístico maduro	7	8.5
- Dermoide	2	1.6
- Cistoadenomacarcinoma	1	0.8
- Otros	5	6.1



Si el tumor ovárico es maligno, ¿será un procedimiento apropiado para un estadiaje adecuado y para iniciar un tratamiento oncológico complementario también adecuado?

Existe entonces la necesidad de afinar el diagnóstico preoperatorio mediante el uso de procedimientos tales como el ultrasonido de flujo-color y/o el CA-125 sérico, ya que clínicamente es difícil determinar si un tumor ovárico es maligno o benigno, a menos que haya enfermedad diseminada -ascitis, tumoración palpable.

## Material y Métodos

Se revisa las historias clínicas de pacientes en quienes se efectuó laparoscopia quirúrgica y/o laparotomía exploratoria en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Guillermo Almendra Irigoyen-IPSS, en el período comprendido entre el 25 de abril de 1994 y el 4 de setiembre de 1995. La población estudiada en quienes se efectuó laparoscopia era del grupo etáreo reproductivo y, para los fines de nuestro trabajo, la consideramos como:

*Premenopáusicas.* Se selecciona los casos clínicos cuyo diagnóstico -apoyado por exámenes auxiliares, principalmente por ultrasonido (ecografía pélvica)- era tumor anexial.

Tabla 4. Laparoscopia: Incidencia de malignidad			
Incidencia de malignidad			
Autor	Total	Población	Cáncer de ovario
- Parker	25	Posmenopáusica	0
- Mecke	773	Premenopáusica	11 (1,4%)
- Nezhat	1011	Infertilidad	4 (0,4%)
- Hulka	13739	Premenopáusica	411 (2,9%)
- Valdivieso	82	Premenopáusicas	1 (0,8%)

Se establece como método la aplicación de una asociación de factores de riesgo para malignidad de un tumor anexial que la denominaremos como "predicción de malignidad (PM) negativo o positivo". Tabla 1.

La evaluación ecográfica permite definir mejor la tumoración anexial como quiste único simple o como una ecoestructura más compleja. Los quistes funcionales o con PM (-) fueron observados en forma periódica cada 6 a 8 semanas. Figura 1.

Si el tratamiento es quirúrgico, se efectúa laparoscopia cuando tiene PM (-) o laparotomía cuando tiene PM (+). Figura 2. Se evalúa los resultados de anatomía patológica, tanto de la biopsia por congelación como del examen con parafina.

Por último, se determina la incidencia de malignidad el tumor ovárico y se compara con las comunicadas por otros autores.



Incidencia de malignidad	28/118	23,7%
PM(-)	Laparoscopia	
- Benignos	81	
- Malignos	1	0,8%
PM(+)	Laparotomía	
- Benignos	9	
- Malignos	27	75%

Lerner y col.	benignos	247/248	(99,6%)
HNGAI-IPSS	benignos	81/82	(98,8%)

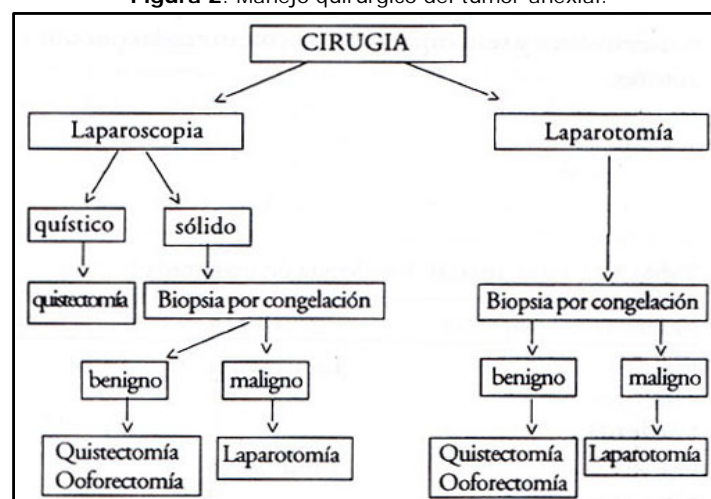
## Resultados

Se efectuó 188 laparoscopias quirúrgicas y 46 laparotomías exploratorias. De las primeras, se seleccionó 82 (43,60%) con diagnóstico preoperatorio de tumor anexial. Del grupo de laparotomías, sólo se seleccionó 36 casos (10 casos no fueron encontrados en el archivo de historias clínicas). En los casos seleccionados se aplicó la predicción de malignidad (laparotomía: PM-, y laparotomía+).

Mediante el ultrasonido se predijo con certeza un resultado benigno en 81/82 (98,8%) en el grupo de laparoscopias y un resultado maligno en 27/36 (75%) en el grupo de laparotomías.

Los resultados de anatomía patológica en el grupo de laparoscopias fueron: quistes foliculares<sup>16</sup>, cuerpo lúteo hemorrágico y endometrioma<sup>12</sup>, cistoadenomas<sup>39</sup>, teratomas<sup>9</sup> y cistoadenocarcinomas<sup>1</sup>. Tabla 2. Y en el grupo de laparotomías fueron: cistoadenocarcinomas<sup>22</sup>, carcinoma a células claras, disgerminomas, teratoma inmaduro y tumor de células claras<sup>2</sup>, disgerminomas<sup>1</sup>, teratoma inmaduro y tumor de células granulosas<sup>1</sup>. Tabla 3.

**Figura 2. Manejo quirúrgico del tumor anexial.**





La incidencia de malignidad ovárica en el grupo de laparoscopia es 0,8% (Tabla 4) y 75% en el grupo de laparotomía. En suma, la incidencia de malignidad ovárica en pacientes con diagnóstico preoperatorio de tumoración ovárica es 28/118 (23,7%). Tabla 5.

### **Discusión**

La información proporcionada por ultrasonido en cuanto a certeza de benignidad en tumores anexiales es similar a la informada por Lerner y col. Tabla 6. La aplicación de la "predicción de malignidad nos permite seleccionar con precisión pacientes candidatas a laparoscopia y/o laparotomía, ya que el riesgo de efectuar una laparoscopia quirúrgica en una paciente realmente portadora de neoplasia ovárica maligna es mínimo, por lo que la preocupación planteada de que si el manejo del tumor anexial por laparoscopia es adecuada o no queda descartada por la baja incidencia de malignidad ovárica: 0,8%. Este resultado es similar a lo encontrado en otras series (Tabla 4). Asimismo, la incidencia de malignidad ovárica en pacientes con masa anexial es similar a lo comunicado por Curtin: 13 a 21%.

### **Referencias Bibliográficas**

1. Curtin JP. Management of the adnexal mass. *Gynecol Oncol* 1994; 55: 42-6.
2. Hulkaj F, Parker WH, Surrey MW, Philips JM. Management of ovarian masses: AAGL 1990 survey. *J Reprod Med* 1992; 37: 599-602.
3. Lerner JP, Timor-Tritsch YE, Federman A, Abramovich G. Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses with an improved weighted scoring system. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 81-5.
4. Mecke H, Lehmann-Willenbrock E. Pelviscopic treatment of ovarian cysts in premenopausal women. *Gynecol Obstet Invest* 1992; 34: 36-42.
5. Morrow CP, Curtin JP, Townsend DE (Eds.) Tumor of the ovary: Classification: The adnexal mass, In *Synopsis of Gynecologic Oncology*, Churchill Livingstone, N. York 1993.
6. Nezhat F, Nezhat C, Welander CE, Benigno B. Four ovarian cancers diagnosed during laparoscopic management of 1011 women with adnexal masses. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 790-6.
7. Parker W, Berek J. Management of selected cystic adnexal masses in postmenopausal women by operative laparoscopy, *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1574-7.
8. Wolf SI, Gosnik BB, Feldsman MR. Prevalence of simple adnexal cysts in postmenopausal women. *Radiology* 1991; 180: 65.