

# SIMPOSIO MANEJO DE LA MASA OVÁRICA

## SYMPOSIUM MANAGEMENT OF AN OVARIAN MASS

1. Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, Servicio de Ginecología, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú

**Conflicto de interés:** ninguno con el presente artículo

**Financiamiento:** propio del autor

**Recibido:** 23 junio 2019

**Aceptado:** 28 junio 2019

**Publicado online:** 22 julio 2019

**Correspondencia:**

Dr. Ither Sandoval Díaz

✉ [ither1609@hotmail.com](mailto:ither1609@hotmail.com)

**Citar como:** Sandoval Díaz I. Masa anexial y gestación. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(3):331-335. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgov66i2190>

# Masa anexial y gestación Adnexal mass in pregnancy

Ither Sandoval Díaz<sup>1</sup>

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgov66i2190>

### ABSTRACT

Literature on adnexal masses during pregnancy recommend ultrasonography for initial diagnosis; benign cysts represent the most common findings. Expectant management is considered in most cases, but the surgical approach is recommended when malignancy is suspected or when the mass affects pregnancy. Nowadays, the best approach is laparoscopic surgery with advantages that include minimal invasion. **Key words:** Ovarian neoplasms, Pelvic neoplasms, Laparoscopy, Pregnancy complications, neoplastic.

### RESUMEN

Al revisar la literatura sobre masa anexial en la gestación, se encuentra que el diagnóstico inicial se realiza por ecografía, y que las tumoraciones más frecuentes halladas son los quistes benignos. Asimismo, en la mayoría de los casos su tratamiento es expectante, y solo es quirúrgico cuando se sospecha malignidad, o cuando el cuadro clínico afecta la gestación. En la actualidad, el mejor abordaje es la cirugía laparoscópica, por las múltiples ventajas que tiene, especialmente su abordaje mínimamente invasivo.

**Palabras clave.** Neoplasias de ovario, Neoplasias pélvicas, Laparoscopia, Complicaciones neoplásicas del embarazo.



## INTRODUCCIÓN

Los diagnósticos de las masas anexiales asociadas al embarazo han aumentado considerablemente debido al uso de la ecografía. Se ha avanzado de la masa asintomática o clínicamente sintomática de diagnóstico difícil debido a la presencia del útero grávido, a la exploración sistemática de los ovarios mediante ecografía transvaginal, según lo recomendado por el *American Institute of Ultrasound in Medicine*<sup>(1)</sup>.

Los tumores detectados en el primer trimestre son generalmente cuerpos lúteos o tumores funcionales que deben ser observados. Esta conducta expectante es hasta el segundo trimestre y, aunque no existe consenso, se dice que los que llegan al segundo trimestre deben ingresar a cirugía.

La frecuencia comunicada varía en función al momento en que se efectúe la exploración. Al inicio del embarazo, la cifra varía entre 5 y 24%, mientras que después de las 14 semanas, solo se hallan en 0,5 a 2% de los casos, pues 84,8% de los quistes menores de 5 cm desaparece espontáneamente<sup>(2)</sup>.

En las diferentes series, la edad gestacional promedio al momento del diagnóstico y tratamiento quirúrgico es entre las 12 y 20 semanas de gestación, con presentación alta de teratomas maduros<sup>(3)</sup>.

Los principales riesgos de las tumoraciones anexiales diagnosticadas durante el embarazo son la torsión y la malignidad. El riesgo de torsión anexial se sitúa actualmente en alrededor de 5%. Sin embargo, se reporta torsión hasta en 22% en tumores de 6 a 8 cm. Los tumores malignos de ovario representan 2 a 5% de las masas anexiales persistentes en el segundo trimestre de la gestación, y frecuentemente son tumores epiteliales de bajo potencial de malignidad o en estadios precoces, o bien son tumores de estirpe no epitelial<sup>(4-6)</sup>.

Se debe considerar que las neoplasias malignas son diagnosticadas en aproximadamente 1 de cada 1 000 embarazos, de las cuales entre 2 y 10% corresponden a cáncer de ovario, es decir, 1 de cada 10 000 a 1 de cada 50 000 embarazos<sup>(7,8)</sup>.

## DIAGNÓSTICO DE LA TUMORACIÓN ANEXIAL DURANTE LA GESTACIÓN

### ECOGRAFÍA

La ecografía es el método de elección para valorar la naturaleza benigna o maligna del tumor anexial, dada su elevada sensibilidad y especificidad, superior al 90%. Su precisión diagnóstica es igual o superior a la de la tomografía axial computarizada (TAC) o la resonancia magnética (RM).

Los criterios ecográficos de sospecha de benignidad y malignidad no difieren de la mujer no gestante. Son marcadores de alta sospecha de malignidad la presencia de áreas sólidas y la vascularización central mediante la flujometría Doppler<sup>(9-11)</sup>.

### RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

Se indica cuando existe una masa anexial ecográficamente indeterminada, resultando útil por su gran caracterización tisular en mujeres embarazadas, para diferenciar las lesiones benignas de las malignas.

Para obtener información diagnóstica valedera, debería realizarse en equipos de alto campo (1,5 o 3 teslas). No debe solicitarse uso de contraste endovenoso (gadolinio), por estar contraindicado en el embarazo.

La secuencia T1 con supresión grasa permite el diagnóstico diferencial entre el componente hemático y el tejido graso, formando parte del protocolo de exploración<sup>(12-14)</sup>.

### MARCADORES TUMORALES

Algunas tumoraciones pélvicas asociadas al embarazo pueden ser malignas. La interpretación de los marcadores tumorales varía con la edad gestacional y condiciones de comorbilidad.

Varios de los marcadores tumorales utilizados para el seguimiento del cáncer de ovario epitelial y no epitelial en mujeres no embarazadas, son difíciles de interpretar en el embarazo, porque los antígenos oncofetales -alfafetoproteína (AFP), gonadotropina coriónica humana beta



(hCGβ), antígeno carcinoembrionario (CEA), antígeno carbohidratado (CA 125)- participan en funciones biológicas asociadas con el desarrollo fetal, la diferenciación y maduración. Los niveles están normalmente elevados durante la gestación y fluctúan con la edad gestacional, o pueden estar anormalmente aumentados debido a la placentación anormal o cuando existen anomalías fetales (por ejemplo, preeclampsia, defecto del tubo neural abierto). Aun así, los niveles de CA 125 persistentemente elevados y con títulos altos a partir del segundo trimestre, pueden considerarse sugestivos de malignidad.

La proteína epididimal humana 4 (HE4) ha sido propuesta como marcador de cáncer de ovario desde 2003. Tiene buena sensibilidad y mayor especificidad que el Ca125 para detección de malignidad. Aunque la información sobre su uso en la gestación es aún limitada, puede ser útil, ya que los niveles parecen estar disminuidos y se mantienen estables a lo largo de la gestación<sup>(8,15,16)</sup>.

### MANEJO CONSERVADOR

La conducta expectante es la actitud de elección en los casos en que no hay sospecha de malignidad. La sospecha de malignidad se establecerá por los criterios ecográficos y el resultado de los marcadores tumorales. La paciente debe estar informada de los riesgos de mantener una conducta expectante y de la necesidad de acudir a emergencia, en caso de signos de alarma de complicación aguda (torsión, rotura).

En caso de adoptar una conducta expectante, el seguimiento deberá incluir controles clínico-ecográficos seriados (20-22, 28 y 32-34 semanas) y marcadores tumorales trimestrales, si persiste un quiste de aspecto no funcional.

### MANEJO QUIRÚRGICO

El consenso general sobre el manejo de las masas anexiales en el embarazo es reseccionar quirúrgicamente las masas asintomáticas que están presentes después del primer trimestre y si además miden > 10 cm de diámetro, son sólidas o contienen áreas sólidas y quísticas o si tienen áreas papilares o septos<sup>(17-20)</sup>.

La justificación para este enfoque es que estos resultados aumentan la probabilidad de maligni-

dad, y es conveniente diagnosticar la malignidad en una etapa temprana. Además, la resección de grandes tumoraciones anexiales (benignas o malignas) reduce el riesgo de complicaciones, como la torsión anexial, rotura u obstrucción del trabajo de parto<sup>(17)</sup>.

Los riesgos más importantes de la cirugía son el aborto (en 3%, siendo mayor durante el primer trimestre) y el parto prematuro (en 15 a 20% de los casos). Sin embargo, la tasa de complicaciones es mayor en los casos operados de emergencia y puede relacionarse con una menor edad gestacional en el momento de la cirugía.

Los siguientes aspectos son importantes en la necesidad de una cirugía:

- Tocólisis profiláctica.
- Maduración pulmonar fetal, dependiendo de la edad gestacional.
- Monitorización fetal intraoperatoria, mediante evaluación ecográfica.
- Mantener a la paciente en decúbito lateral, para evitar la compresión de la vena cava inferior.

La intervención quirúrgica (laparotomía o laparoscopia) normalmente está indicada en casos de persistencia de la tumoración, crecimiento, rotura, torsión, hemorragia o alta sospecha de malignidad. En la presencia de síntomas agudos, las masas serán manejadas quirúrgicamente<sup>(11,21)</sup>.

La ventaja de la laparoscopia sobre la laparotomía es la reducción de estancia hospitalaria, la menor demanda de analgésicos, menor dolor postoperatorio y menor manipulación uterina e irritación. También permite la deambulación postoperatoria precoz, disminuyendo así el riesgo de eventos tromboembólicos<sup>(21-23)</sup>. Además, las series más recientes muestran tasas similares de complicaciones perinatales entre la vía laparoscópica y la laparotomía.

En caso de cirugía laparoscópica, deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos quirúrgicos:

- Entrada en cavidad abdominal de forma abierta (técnica de Hasson).



- Inserción de trócares aproximadamente 6 cm por encima del fondo uterino y bajo visión directa.
- Aunque existen pocos datos sobre los riesgos del CO<sub>2</sub> durante la gestación, se utilizará el menor tiempo posible de neumoperitoneo. Realizar evacuación eficiente del humo intraabdominal.
- Presión intraabdominal < 12 mmHg, en la medida de lo posible.
- Lavado peritoneal para estudio citológico.
- Se debe reducir al mínimo posible la duración de la cirugía.
- En caso de malignidad, se procederá a la cirugía de estadificación cuando sea posible, considerando los riesgos maternoperinatales. Existe la posibilidad de realizar una cirugía de intervalo una vez completado el tratamiento quimioterápico y terminada la gestación.

La experiencia acumulada por los cirujanos ha ido avalando la seguridad de la técnica y la eficacia del abordaje laparoscópico en el embarazo, con beneficios de la laparoscopia.

Finalmente, la constante búsqueda de nuevas formas de abordaje mínimamente invasivo para patologías que tradicionalmente eran campo de la laparotomía –'gran cirujano, gran incisión'–, ha llevado al empleo de la laparoscopia, una técnica novedosa, de fácil aprendizaje y reproducibilidad en el tratamiento quirúrgico de la patología anexial benigna de gran tamaño, mediante el abocamiento abdominal umbilical y menor tiempo operatorio, con resultados satisfactorios y con gran beneficio en gestantes seleccionadas<sup>(24)</sup>.

## CONCLUSIONES

- Los recientes avances en ultrasonografía, estudio rutinario durante el embarazo, han conducido a una mayor tasa de detección de masas anexiales. El manejo de tumores anexiales en el embarazo depende de la naturaleza y tipo de estas masas determinados por los estudios ecográficos.
- En casos donde es necesaria evaluaciones adicionales de imágenes, la resonancia magné-

tica es la modalidad de elección, debido a la ausencia de riesgo.

- Los quistes simples asintomáticos < 6 cm de diámetro son generalmente benignos y pueden ser manejados conservadoramente mediante seguimiento.
- Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico del tumor anexial en las embarazadas son la presencia de síntomas -que alertan sobre complicaciones o crecimiento de la tumoración- o los hallazgos sugestivos de malignidad.
- El mejor resultado quirúrgico se observa generalmente durante el segundo trimestre.
- Las masas anexiales sospechosas de malignidad deben tener un tratamiento de acuerdo a protocolos establecidos.
- La cirugía laparoscópica ayuda en el diagnóstico, pronóstico y el tratamiento de estos tumores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwartz N, Timor-Tritsch IE, Wang E. Adnexal masses in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2009 Dec;52(4):570-85. doi: 10.1097/GRF.0b013e3181bea9d7.
2. Yazbek J, Salim R, Woelfer B, Aslam N, Lee CT, Jurkovic D. The value of ultrasound visualization of the ovaries during the routine 11-14 weeks nuchal translucency scan. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;132(2):154-8.
3. Sherard GB 3rd, Hodson CA, Williams HJ, Semer DA, Hadi HA, Tait DL. Adnexal masses and pregnancy: a 12 -year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2003 Aug;189(2):358-62; discussion 362-3.
4. Yen CF, Lin SL, Murk W, Wang CJ, Lee CL, Soong YK, Arici A. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril.* 2009 May;91(5):1895-902. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.02.014.
5. Minig L, Otaño L, Diaz-Padilla I, Alvarez Gallego R, Patrono MG, Valero de Bernabé J. Therapeutic management of epithelial ovarian cancer during pregnancy. *Clin Transl Oncol.* 2013 Apr;15(4):259-64. doi: 10.1007/s12094-012-0963-3.
6. Leiserowitz GS, Xing G, Cress R, Brahmabhatt B, Dalrymple JL, Smith LH. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? *Gynecol Oncol.* 2006 May;101(2):315-21.
7. Amant F, Brepoels L, Halaska MJ, Gziri MM, Calsteren KV. Gynaecologic cancer complicating pregnancy: an overview. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010 Feb;24(1):61-79. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.08.001.
8. Marret H, Lhommé C, Lecuru F, Canis M, Lévêque J, Golfier F, Morice P. Guidelines for the management of



- ovarian cancer during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010 Mar;149(1):18-21. doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.12.001.
9. Yacobozzi M, Nguyen DS, Rakita D. Adnexal masses in pregnancy. *Semin Ultrasound CT MR.* 2012 Feb;33(1):55-64. doi: 10.1053/j.sult.2011.10.004.
  10. Hoover K, Jenkins TR. Evaluation and management of adnexal mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Aug;205(2):97-102. doi: 10.1016/j.ajog.2011.01.050
  11. Aggarwal P, Kehoe S. Ovarian tumours in pregnancy: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011 Apr;155(2):119-24. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.11.023.
  12. Brown DL, Dudiak KM, Laing FC. Adnexal masses: US characterization and reporting. *Radiology.* 2010 Feb;254(2):342-54. doi: 10.1148/radiol.09090552.
  13. Adusumilli S, Hussain HK, Caoili EM, Weadock WJ, Murray JP, Johnson TD, et al. MRI of adnexal sonographically indeterminate adnexal masses. *AJR Am J Roentgenol.* 2006 Sep;187(3):732-40.
  14. Togashi K. Ovarian cancer: the clinical role of US, CT, and MRI. *EUR Radiol.* 2003 Dec;13(Suppl 4):L87-104.
  15. Sarandakou A, Protonotariou E. Tumor markers in biological fluids associated with pregnancy. *Crit Rev Clin Lab Sci.* 2007;44(2):151-78.
  16. Giuntoli RL, Vang RS, Bristow RE. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2006 Sep;49(3):492-505.
  17. Leiserowitz GS, Xing G, Cress R, Brahmabhatt B, Dalrymple JL, Smith LH. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? *Gynecol Oncol.* 2006 May;101(2):315-21.
  18. Schmeler KM, Mayo-Smith PD, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstet Gynecol.* 2005 May;105(5 Pt 1):1098-103.
  19. Yen CF, Lin SL, Murk W, Wang CJ, Lee CL, Soong YK, Arici A. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril.* 2009 May;91(5):1895-902. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.02.014.
  20. Bernhard LM, Klebba PK, Gray DL, Mutch DG. Predictors of persistence of adnexal masses in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999 Apr;93(4):585-9.
  21. Hoover K, Jenkins TR. Evaluation and management of adnexal masses in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Aug;205(2):97-102. doi: 10.1016/j.ajog.2011.01.050.
  22. Guidelines Committee of the society of American Gastrointestinal and Endoscopic surgeons, Yumi H. Guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy: this statement was reviewed and approved by the Board of Governors of the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES), September 2007. It was prepared by the SAGES Guidelines Committee. *Surg Endosc.* 2008 Apr;22(4):849-61. doi: 10.1007/s00464-008-9758-6.
  23. Abdulah M, Hakonn, Iyad AbonAl-Shaar. Adnexal masses in pregnancy: An updated review. *Avicenna JMed.* 2017 Oct-Dec;7(4):153-57 doi: 10.4193/ajm.AJM\_22\_17.
  24. Sandoval Diaz I, Hernández Alarcón R, Torres Arones E. Manejo laparoscópico de masas anexiales gigantes en el embarazo, con abocamiento externo umbilical. Reporte de casos. *Rev Peru Ginecol Obstet.* Abr-jun 2015;61(2):143-50.