

| |
|---|
| TUMORACIONES ANEXIALES Y GESTACIÓN |
|---|

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona

1. INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones anexiales afectan a un 0.5-8% de las gestaciones. La incidencia varía en función de los criterios diagnósticos utilizados y la edad gestacional al diagnóstico. Aunque no está demostrada la utilidad de la evaluación sistemática de los ovarios durante la ecografía de primer trimestre, el hallazgo incidental de las masas anexiales ha aumentado con la sistematización del *screening* de primer trimestre. La mayoría corresponden a procesos funcionales (cuerpo lúteo) u orgánicos benignos (quistes dermoides, cistoadenomas serosos o endometriomas). Globalmente la resolución espontánea se da en un porcentaje elevado de casos (alrededor del 70%). Esta tasa de resolución será mayor en aquellos casos diagnosticados más precozmente, ya que corresponderán principalmente a quistes funcionales.

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 alrededor del 5%. Los tumores malignos de ovario representan entre un 1- 3% 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 tumores de estirpe no epitelial. Ante el hallazgo de una tumoración anexial asintomática durante la gestación, deberemos establecer el grado de sospecha de malignidad, ya que condicionará el manejo de la misma.

2. DIAGNÓSTICO DE LA TUMORACIÓN ANEXIAL DURANTE LA GESTACIÓN

2.1. ECOGRAFÍA DIRIGIDA:

La ecografía es la exploración de elección para establecer el grado de sospecha de malignidad dada su elevada sensibilidad y especificidad, superior al 90%. Su precisión diagnóstica es igual o superior a la del TAC o la RM.

La ecografía deberá realizarse vía transvaginal y vía abdominal para realizar una correcta descripción de la tumoración anexial en base a la terminología IOTA (Timmerman, 2000). Además, deberá hacerse constar la presencia o ausencia de ascitis o de carcinomatosis peritoneal. Así pues, en la valoración ecográfica de las tumoraciones anexiales deberían quedar reflejados los siguientes parámetros:

- Tamaño y localización
- Clasificación morfológica: unilocular quística, unilocular sólida, multilocular quística, multilocular sólida, no clasificable
- Estructura interna:

PROTOCOLO: TUMORACIONES ANEXIALES Y GESTACIÓN

- Pared (contorno interno liso o irregular)
 - Proyecciones papilares (>3mm)
 - Septos. Número loculaciones
 - Ecogenicidad (Anecoica, homogénea, hemorrágica, vidrio esmerilado, mixta)
 - Contorno externo (Liso; Irregular)
- Sombra acústica
 - Estudio Doppler:
 - Doppler Score (1 ausente, 2 escaso, 3 moderado, 4 abundante)
 - Periférico/Central
 - Presencia de lesiones asociadas (ascitis, carcinomatosis)

Aunque no han sido formalmente validadas en cohortes de pacientes gestantes, diversos estudios sugieren que las *IOTA simple rules* (Timmerman, 2008) pueden ser de utilidad en la valoración de las tumoraciones anexiales en pacientes gestantes. Las IOTA simple rules se resumen en la figura 1. La presencia de una o más características de benignidad (B) sin características de malignidad (M) es sugestiva de benignidad. La presencia de una o más características M sin características B es sugestiva de malignidad. En caso de no presentar ninguna de las características descritas o combinar características B y M, la tumoración se definirá como indeterminada. Las IOTA simple rules tienen una sensibilidad del 93% y una especificidad del 90% para la detección de malignidad en la población general.

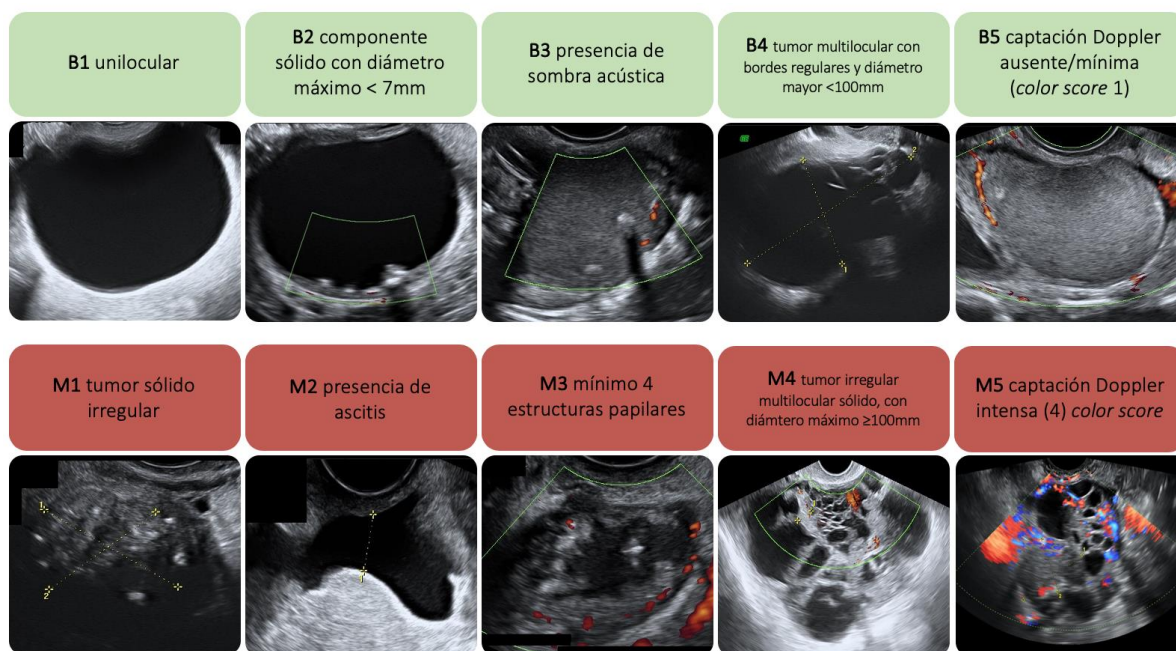


Figura 1. Adaptado de IOTA simple rules (Timmerman et al 2008)

PROTOCOLO: TUMORACIONES ANEXIALES Y GESTACIÓN

Los marcadores más potentes de alta sospecha de malignidad son la presencia de áreas sólidas y la presencia de vascularización central mediante *power Doppler*.

Por otro lado, existen ciertos patrones ecográficos característicamente benignos, como son los propios de los endometriomas, los fibromas o los quistes dermoides.



2a: Endometrioma

2b: Quiste dermoide

2c: Fibroma

Figura 2: Patrones ecográficos típicos

2.2. OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- MARCADORES TUMORALES (MT):

La utilidad de los MT clásicos (Ca125, CEA, Ca19.9) durante la gestación es limitada y se solicitarán después de la valoración ecográfica por el especialista. En caso de considerarse necesarios se solicitarán los siguientes marcadores: Ca125, Ca 19.9, CEA, HE4.

Son frecuentes los falsos positivos, especialmente en el 1er trimestre, ya que pueden encontrarse aumentados. El marcador HE4, más novedoso, tiene una buena sensibilidad y una 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 (primer y segundo trimestre) y mantenerse entorno a valores similares a los de mujeres premenopáusicas no gestantes en tercer trimestre. Hasta la fecha, solo un estudio ha valorado los valores de normalidad de los índices probabilísticos ROMA y CPH (combinan el valor de los MT con el estatus menopáusico y la edad) en gestantes. El valor de estos índices puede verse alterado por incrementos de Ca125 (atribuibles a la propia gestación), por lo que su aplicación en gestantes no está bien definida.

El resto de MT no se solicitarán de forma rutinaria de entrada ya que no forman parte de los protocolos básicos de estudio de las tumoraciones anexiales, dado que pueden encontrarse aumentados durante la gestación normal y no tienen un valor discriminatorio para malignidad, o porque corresponden a marcadores de tumoraciones poco frecuentes (β -HCG, α -fetoproteína, α -inhibina, Inhibina B, hormona antimülleriana, calicreína, TAG 72). Marcadores de tumores no epiteliales como la α -fetoproteína o β -HCG incrementan de forma fisiológica durante la gestación, mientras que otros marcadores como la inhibina B, AMH y LDH se mantienen estables o con leves variaciones.

PROTOCOLO: TUMORACIONES ANEXIALES Y GESTACIÓN

- RMN/TAC:

Su capacidad diagnóstica no supera la de la ecografía, aunque pueden ser de utilidad en casos seleccionados, especialmente en tumoraciones grandes y de paraovario y para la valoración del grado de extensión extrapélvico. De entrada, durante la gestación, es preferible la RNM por la ausencia de radiación, aunque quedará a criterio de la valoración del especialista en ginecología. El uso de gadolinio no está recomendado durante la gestación.

3. MANEJO

La mayoría de tumoraciones anexiales diagnosticadas en el 1er trimestre de la gestación (≤ 15 semanas) corresponden a procesos funcionales, principalmente a un cuerpo lúteo, con tasas de resolución espontánea superiores al 90%. Por lo tanto, la actitud a seguir es (ver figura 3):

A. Imagen sugestiva de benignidad por IOTA simple rules (solo criterios B sin criterios M) o con patrón ecográfico típico de benignidad (endometrioma, quiste dermoide, fibroma) de < 5 cm: no se solicitarán exploraciones complementarias añadidas. Se describirá la lesión y reevaluará en los siguientes controles ecográficos habituales en la gestación. En caso de persistencia o cambio de las características ecográficas de la misma se actuará según el apartado C.

En caso de duda diagnóstica al realizar la ecografía, se recomienda remitir a la paciente a ecografías de ginecología oncológica de HCB (HCM) o a la consulta de patología anexial (HSJD).

B. Imagen sugestiva de benignidad por IOTA simple rules (solo criterios B sin criterios M) o con patrón ecográfico típico de benignidad (endometrioma, quiste dermoide, fibroma) de ≥ 5 cm: Revalorar a las 16 semanas. En caso de persistencia:

- Si persiste tumoración de ≥ 5 cm con características benignas: actuar según apartado C.
- Si ha aumentado de tamaño o presenta características M: actuar según apartado D

C. Tumoración de indeterminada según IOTA simple rules (presenta características M y B o ninguna característica M ni B): se solicitará una valoración por un experto en ecografía ginecológica (visita en consulta de patología anexial si la paciente se diagnostica en HSJD o ecografía en ginecología oncológica de HCB si la paciente se diagnostica en HCM). Quedará a criterio del especialista en ecografía ginecológica la solicitud de los MT y la solicitud de seguimiento en consultas externas de ginecología. Solicitar también visita de seguimiento en consultas externas de MMF (patología materna) si la paciente no realizaba el seguimiento de la gestación ya en nuestro centro.

D. Tumoración sugestiva de malignidad (características M sin características B) según IOTA simple rules: evaluación ecográfica dirigida en unidad de ecografía de ginecología oncológica de HCB-Sede Villarroel (incluidas las pacientes de HSJD). Las pacientes se incluirán en el circuito de diagnóstico rápido del cáncer de ovario: solicitar eco en ginecología oncológica y MT (CEA, Ca125, Ca19.9, HE4). Si la paciente realizaba el seguimiento en HSJD: solicitar los MT y enviar correo con los

PROTOCOLO: TUMORACIONES ANEXIALES Y GESTACIÓN

datos de la paciente a la enfermera gestora de pacientes de la Unidad de Ginecología Oncológica de HCB (infoncogine@clinic.cat)

Solicitar visita de seguimiento en consultas externas de MMF (patología materna) si la paciente no se seguía ya en nuestro centro.

En caso de dudas diagnósticas después de la valoración por un ecografista experto, se valorará ampliar el estudio con RM.

En caso de ausencia de criterios de malignidad tras la valoración por un ecografista experto, el seguimiento incluirá controles clínico-ecográficos seriados (20-22, 28 y 32-34 semanas)

Los casos sospechosos de malignidad/borderline o indeterminados después de la valoración por un ecografista experto serán presentados en el comité de ginecología oncológica de HCB (incluidos los casos de HSDJ) y posteriormente presentados en sesión prospectiva de medicina materno-fetal.

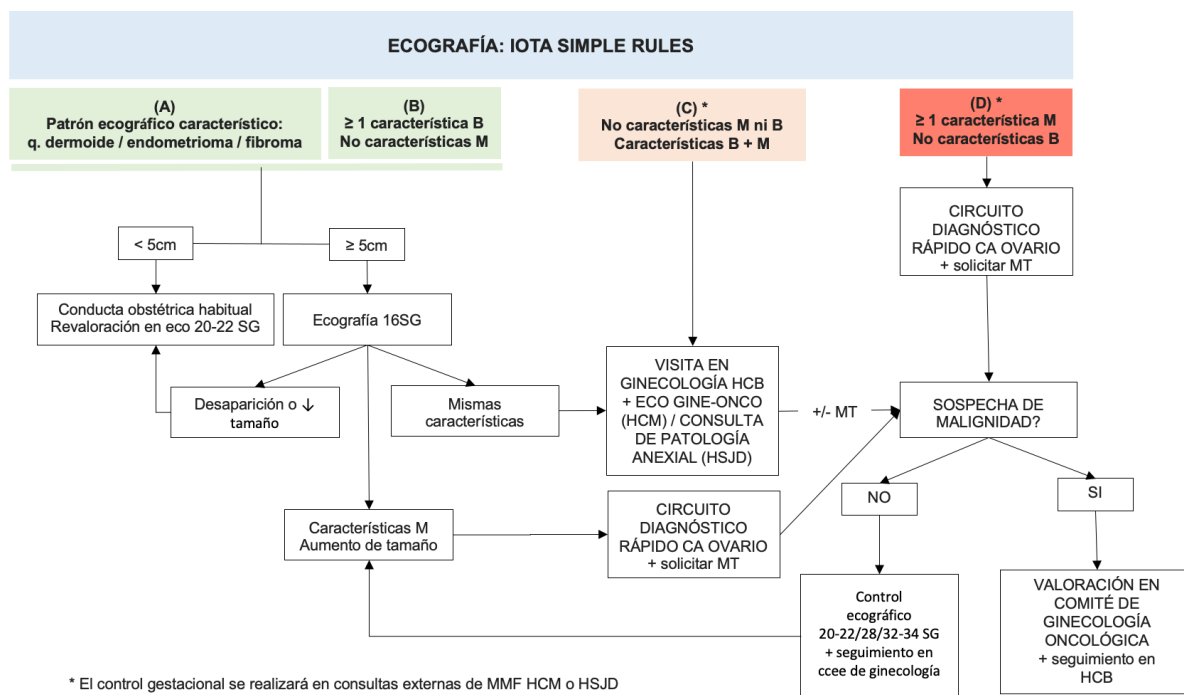


Figura 3: algoritmo diagnóstico.

3.1 MANEJO CONSERVADOR

La conducta expectante es la actitud de elección en los casos en que no hay sospecha de malignidad. El riesgo de malignidad es muy bajo, principalmente a expensas de tumores de bajo potencial de malignidad o en estadios precoces. La sospecha de malignidad se establecerá por los criterios ecográficos y el resultado de los MT. La paciente debe estar informada de los riesgos de mantener una conducta expectante y de la necesidad de acudir a UCIAES en caso de signos de alarma de complicación aguda (torsión, rotura):

PROTOCOLO: TUMORACIONES ANEXIALES Y GESTACIÓN

- Torsión anexial: El riesgo de que se produzca una torsión anexial es de alrededor del 5%. El puerperio es el momento de mayor incidencia. Durante la gestación la torsión anexial es mayor en tumoraciones de entre 6-8 cm y en edades gestacionales precoces (<17 semanas), reduciéndose progresivamente a partir de las 16 semanas, por lo que, el riesgo de torsión no justifica una cirugía electiva.
- Rotura del quiste: rara
- Obstrucción canal del parto

En caso de adoptar una conducta expectante el seguimiento deberá incluir controles clínico-ecográficos seriados (20-22, 28 y 32-34 semanas)

La necesidad de cirugía se revalorará al final de la gestación en función de la vía prevista del parto:

- Cesárea programada por indicación obstétrica: se coordinará con el equipo de ginecología.
- Cesárea en curso de parto: el tratamiento quirúrgico de la tumoración anexial quedará a criterio del equipo de guardia y de los hallazgos intraoperatorios.
 - Como norma general, se realizarán lavados peritoneales para estudio citológico, exploración de la cavidad abdominal y el anejo contralateral, y se valorará la necesidad de realizar una quistectomía, intentando preservar la integridad capsular (si fuese necesario se puede vaciar el quiste mediante maniobras que minimicen el riesgo de contaminación de la cavidad abdominal). Es importante que toda la información quede bien registrada en el informe quirúrgico. Se informará a la paciente de que el tratamiento definitivo está condicionado al resultado histológico definitivo.

En todos los casos, debe asegurarse la posterior valoración de resultados y seguimiento de la paciente en 3 semanas.

En los casos en que no se haya realizado cirugía, será necesaria la revaloración de la tumoración y de los MT en la cuarentena.

3.2. MANEJO QUIRÚRGICO

La cirugía durante la gestación estará indicada en los siguientes casos:

- Tumoraciones con alta sospecha de malignidad
- Tumoraciones sintomáticas (principalmente torsión anexial)

Los riesgos principales de la cirugía son el aborto (1-10% de los casos según las series, siendo mayor en los casos tratados durante el primer trimestre), el parto prematuro (aproximadamente en un 15-20% de casos) y las complicaciones asociadas a la cirugía.

Los consideraciones a tener en cuenta en caso de indicación de cirugía se recogen en el ANEJO 1.

PROTOCOLO: TUMORACIONES ANEXIALES Y GESTACIÓN

La vía de elección, si es técnicamente posible, será la laparoscopia. Las series más recientes muestran unas tasas similares de complicaciones perinatales entre la vía laparoscópica vs laparotómica. La vía laparoscópica se asocia a una menor manipulación uterina, dolor, inmovilización y estancia media que la vía abierta.

3.2.1. Cirugía electiva:

La cirugía electiva deberá realizarse por personal experimentado en cirugía ginecológica.

La edad gestacional óptima para programar la cirugía es entre las 16-18 semanas, preferentemente antes de las 20 semanas para conseguir un mejor acceso a la zona anexial. Siempre que sea técnicamente posible, se realizará una exploración de la cavidad abdominal, lavados peritoneales para estudio citológico y estudio anatómo-patológico peroperatorio. En caso de baja sospecha de malignidad durante la cirugía puede obviarse el estudio peroperatorio, con la finalidad de reducir al mínimo posible la duración de la cirugía. En caso de malignidad, se procederá a la cirugía de estadificación en la medida de lo posible (la cirugía de estadificación puede realizarse de forma adecuada hasta las 22 semanas de gestación). La radicalidad de la cirugía dependerá del tipo de tumor, de los hallazgos quirúrgicos, y del riesgo materno y fetal asociado.

Existe la posibilidad de realizar una cirugía de intervalo (o de estadificación) una vez completado el tratamiento sistémico y finalizada la gestación.

Las diferentes opciones quirúrgicas deberán haber sido valoradas por el comité de ginecología oncológica, especialistas en medicina materno-fetal y consensuadas con la paciente.

3.2.2. Cirugía urgente:

La cirugía no electiva está indicada en caso de sospecha de complicación aguda, principalmente la torsión anexial. El tratamiento de elección es la detorsión del ovario afecto y quistectomía, especialmente en primer trimestre, cuando la función del cuerpo lúteo todavía no ha sido reemplazada por la placenta. Cuando no sea factible la conservación del parénquima ovárico se valorará la necesidad de realizar una anexectomía.

Siempre que sea posible, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Coordinación con el equipo de ginecología.
- La vía de elección será la laparoscopia abierta.
- Si es técnicamente posible, se realizarán lavados peritoneales para estudio citológico, exploración de la cavidad abdominal y el anejo contralateral, y quistectomía, intentando preservar la integridad capsular (si fuese necesario se puede vaciar el quiste mediante maniobras que minimicen el riesgo de contaminación de la cavidad abdominal). Es importante que toda la información quede bien registrada en el informe quirúrgico.

PROTOCOLO: TUMORACIONES ANEXIALES Y GESTACIÓN

3.2.3. Control postoperatorio:

Además de las curas postoperatorias habituales, se valorará el bienestar fetal y el riesgo de prematuridad mediante ecografía con medición de longitud cervical. Administrar Progesterona suplementaria 200 mg/8horas vía vaginal hasta las 14 semanas de gestación para disminuir el riesgo de pérdida gestacional. La profilaxis tromboembólica con heparina se administrará según el protocolo específico.

3.2.4. Seguimiento:

El tratamiento definitivo dependerá de la anatomía patológica de la tumoración. En ausencia de malignidad, se seguirán los controles obstétricos habituales teniendo en cuenta el mayor riesgo de prematuridad asociado a la cirugía. Se solicitará una neurosonografía a partir de las 24 semanas de gestación, preferentemente a partir de las 6 semanas de la cirugía. En caso de tratarse de una tumoración maligna se actuará de forma multidisciplinar y consensuada con la paciente, entre ginecología oncológica, oncología médica, medicina materno-fetal y neonatología.

4. HALLAZGO DE TUMORACIÓN DURANTE CESÁREA

El hallazgo de una tumoración anexial en el curso de una cesárea es < 1%.

La valoración de la exéresis de la tumoración quedará a criterio del equipo de guardia, en función del tamaño, aspecto macroscópico de la tumoración, de la dificultad técnica y del contexto clínico de la paciente.

En general, ante una tumoración de aspecto no funcional, el tratamiento de elección es la quistectomía. La anexectomía se reservará para aquellos casos en que exista una alta sospecha de malignidad e imposibilidad de realizar quistectomía. Se debe realizar siempre una exploración de la cavidad abdominal, citología peritoneal y biopsia de lesiones sospechosas. Si es posible, debe evitarse la rotura capsular de la tumoración. Los hallazgos intraoperatorios (rotura o no de la tumoración, presencia de lesión en superficie ovárica, capsula íntegra de la misma, presencia de ascitis, presencia y localización de carcinomatosis peritoneal, descripción del anejo contralateral) deben quedar detalladamente reflejados en el informe quirúrgico. En todos los casos, debe asegurarse la posterior valoración de resultados a la mayor brevedad posible y seguimiento de la paciente.

PROTOCOLO: TUMORACIONES ANEXIALES Y GESTACIÓN

ANEJO 1: CIRUGÍA NO OBSTÉTRICA EN LA PACIENTE GESTANTE

Ante la indicación de cirugía no obstétrica en una paciente gestante, se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

- Tocólisis profiláctica: valorar su uso en función de la edad gestacional y la clínica. El fármaco a utilizar dependerá de la edad gestacional y de la longitud cervical (ver protocolo específico).
- Maduración pulmonar fetal dependiendo de la edad gestacional (ver protocolo específico).
- Profilaxis antibiótica: Cefazolina 2 g e.v. En caso de alergia a betalactámicos: Clindamicina 900 mg ev + gentamicina 240mg ev.
- Comprobación de FCF fetal pre y post-quirúrgica con ecografía (en quirófano) en todas las gestaciones independientemente de la edad gestacional. En gestaciones viables, además, control pre y postoperatorio con NST para valorar presencia de contracciones uterinas. En gestaciones viables, comprobación intraoperatoria de FCF fetal mediante ecografía en cirugías prolongadas o con complicaciones.
- En gestaciones viables, coordinar con neonatología, medicina materno-fetal y anestesiología por si es necesario realizar una cesárea por complicaciones intraoperatorias.
- Gammaglobulina anti Rh-D: no es necesaria en procedimientos sin complicaciones ni entrada en cavidad uterina.

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 fundus uterino.
- Capnografía para monitorización intraoperatoria de los niveles de CO₂. Aunque existen pocos datos sobre los riesgos del CO₂ durante la gestación, se utilizará el menor tiempo posible de pneumoperitoneo.
- Presión intrabdominal máxima alrededor de 12 mmHg

En caso de laparotomía, la laparotomía media es el abordaje de elección excepto en caso de gestación muy incipiente (se puede valorar una incisión de Pfannenstiel).

Se recomienda mantener a la paciente en decúbito lateral para evitar la compresión de la vena cava inferior. Preferiblemente decúbito lateral izquierdo, en caso de una mejor exposición quirúrgica, se puede valorar colocar a la paciente en decúbito lateral derecho.

Se debe realizar un seguimiento a los 5 días de la cirugía para valoración de la herida quirúrgica y una visita postoperatoria en 3 semanas aproximadamente. Se solicitará una neurosonografía a partir de las 24 semanas de gestación, preferentemente a partir de las 6 semanas de la cirugía.

PROTOCOLO: TUMORACIONES ANEXIALES Y GESTACIÓN

| | |
|--|--|
| Responsables del protocolo | M. López, M. Bennasar, D. Rodríguez, N. Carreras, P. Fusté, M. Munmany |
| Fecha del protocolo y actualizaciones | 01/03/2014 |
| Última Actualización | 15/01/2021 |
| Próxima Actualización | 15/01/2025 |
| Código Hospital Clínic | MMF-58-2014 |
| Código Sant Joan de Déu | |