Trabajos Originales

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE MASAS ANEXIALES.
EXPERIENCIA LOCAL

Alejandra Catalán B.¹, Domingo Laiz R.¹, Jaime Corvalán A.¹, Diego Masoli I.¹, Wladimir Vásquez C.^a

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología, Unidad de Endoscopia, Hospital Dr Luis Tisné B., Universidad de Chile.

^aInterno de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

Se analizaron 132 pacientes evaluando características epidemiológicas y clínicas, la correlación entre ecografía y anatomía patológica, la evolución y el uso laparoscópico en el tratamiento de masas anexiales. El diagnóstico se basó en la identificación ecográfica de una masa anexial. El rango de edad fue 16-66 años. El dolor abdominal y pélvico estuvo presente en 34% de los casos; en 45% se diagnosticó la masa anexial por examen ecográfico de rutina. En 53% de las pacientes se realizó quistectomía y en 16% ooforectomía completa. En 78% la masa correspondió a ovario y en 22% a trompa. Para las masas de origen ovárico la frecuencia mayor correspondió a tumores epiteliales (22%), seguido por quistes endometriósicos con 18%. Hubo 3 complicaciones vasculares y cambio a vía abierta en 5 casos. Solo hubo 1 tumor borderline y como hallazgo un cáncer de cuello uterino. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia quirúrgica en el manejo laparoscópico de los tumores anexiales.

PALABRAS CLAVE: *Masas anexiales, tumores anexiales, laparoscopia, manejo*

SUMMARY

132 patients were analyzed evaluating epidemiological and clinical characteristics, the interrelation between ultrasound scan and pathological anatomy, the evolution and the laparoscopic use for the treatment of adnexal masses. The diagnosis was based on the ultrasonic identification of an adnexal mass. The age range was between 16-66 years. The abdominal and pelvic pain was present in 34% of the cases; in 45 % it was diagnosed an adnexal mass by routine ultrasound examination. In 53% it was realized cystectomy and complete ooforectomy in 16%. In 78% the mass corresponded to ovary and in 22 % to the Fallopian tube. For the masses of ovarian origin the biggest frequency corresponded to epithelial tumors (22%), followed by endometriosis cysts in 18%. 3 vascular complications are described and a change to laparotomy way in 5 cases. Only 1 tumor borderline was found and 1 cervix cancer. The objective of this work is to show our surgical experience in the laparoscopic handling of the adnexal tumors.

KEY WORDS: *Adnexal masses, adnexal tumors, laparoscopy, management*

INTRODUCCIÓN

Los tumores anexiales representan una patología ginecológica frecuente. El término masa anexial es inespecífico y frecuentemente se aso-

cia con tumor o quiste ovárico, ello debido a que la patología tubárica es poco prevalente, generalmente de poca importancia y en un alto porcentaje asociada a procesos ováricos.

El diagnóstico diferencial es complejo debido a

que anatómicamente los anexos están formados por las trompas de Falopio, el ligamento redondo, los ovarios y las estructuras internas del ligamento ancho que se formaron a partir de los restos embrionarios.

Actualmente, un número mayor de ginecólogos prefiere la endoscopia como vía de abordaje inicial a diferentes patologías anexiales, así tanto la laparoscopia como la histeroscopia se han convertido en el estándar terapéutico en el tratamiento de elección de adherencias pélvicas, endometriosis, tabiques uterinos, protocolos de infertilidad, algia pélvica crónica, masas anexiales benignas y embarazo ectópico.

Los principales aspectos a tomar en cuenta al considerar la laparoscopia quirúrgica como una alternativa razonable en la valoración de pacientes con lesiones ováricas son el estudio cuidadoso preoperatorio y los pasos obligados durante el transoperatorio para detectar patología maligna.

Aunque la mayoría de las masas anexiales son benignas, el objetivo principal en la evaluación diagnóstica es excluir la posibilidad de que se trate de un proceso maligno. Se estima entre 4-6% la probabilidad de encontrar malignidad en una masa anexial de aspecto no maligno (1).

La posibilidad de hallar incidentalmente en la anatomía patológica, un proceso neoplásico maligno en una cirugía laparoscópica por tumoración anexial, oscila entre 0,4 a 2,9% (2, 3, 4).

Mientras que los métodos auxiliares de diagnóstico como la ecografía transvaginal, el Doppler, o los marcadores tumorales no tienen la sensibilidad ni la especificidad adecuada para decidir la estrategia quirúrgica (5, 6), la laparoscopia ofrece en cambio, la doble ventaja de la confirmación diagnóstica y del tratamiento translaparoscópico en el caso de una patología benigna. Cabe recordar que la mayoría de las masas anexiales son benignas tanto en la pre como en la post-menopausia lo que aumenta el número de abordajes por esta vía.

El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia quirúrgica en el manejo laparoscópico de los tumores anexiales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron retrospectivamente 132 pacientes con diagnóstico de masa anexial, operadas por vía laparoscópica entre octubre de 2001 y enero de 2005 en el Servicio de Ginecología del Hospital del Salvador y Hospital Luis Tisné. El diagnóstico se basó en la identificación ecográfica de una masa anexial. Se analizaron tanto varia-

bles epidemiológicas, clínicas y del acto operatorio, relacionándolas con el resultado de la histopatología y la evolución de las pacientes.

A las pacientes se les realizó una detallada historia clínica, y se solicitó ecografía pélvica realizada por ecografistas del Servicio, cumpliendo con los criterios sonográficos de presunción de benignidad descritos en la literatura (7). Igualmente, se solicitó Ca 125 como marcador tumoral, de acuerdo a cada caso y para determinar el comportamiento biológico de la lesión anexial.

En el acto quirúrgico, la laparoscopia se realizó con una punción principal umbilical de 10 mm y 2 ó 3 puertos accesorios de 5 o 10 mm en fosas ilíacas y suprapúbicas según fuese necesario. Durante el procedimiento, se realizó una evaluación detallada de la cavidad abdomino-pélvica, toma de citología del líquido intratumoral en algunas ocasiones, análisis del anexo contralateral y de la lesión, estudio de la masa o sus paredes a través de biopsia diferida y en algunas ocasiones mediante biopsia rápida.

Los datos fueron procesados mediante Excel versión 2003 obteniendo los promedios, porcentajes y la desviación estándar en cada una de las variables numéricas analizadas.

RESULTADOS

La edad promedio correspondió a 38 años (rango: 16-66 años) (Figura 1). El 87% de las pacientes eran menores de 50 años. El dolor abdominal y pélvico estuvo presente en 34% de los casos. Las alteraciones del ciclo menstrual se observaron en el 21%. En 45% de los casos restantes sólo se diagnosticó la masa anexial por examen ecográfico de rutina. El tamaño promedio de la masa anexial fue de 55 mm (rango: 16-107 mm). El componente quístico simple fue el más frecuente (69%), siendo los tumores complejos menos frecuentes (31%).

Se solicitó CA-125 a 95 pacientes, sólo 4 casos tuvieron niveles mayores de 35 U/ml; ninguno correspondió a origen maligno. Todos los tumores operados fueron considerados desde el punto de vista laparoscópico como benignos. En 53% de los casos se realizó quistectomía exclusivamente, teniendo que efectuar la anexectomía unilateral en 12% de los casos (Tabla I).

El informe anatomopatológico más frecuente correspondió a tumores epiteliales en 22% de los casos, seguido por quistes endometriósicos con 18%. En 78% de los casos la masa correspondió a ovario y 22% a trompa de Falopio (Tabla II).

Figura 1. Distribución de pacientes por grupo etéreo.

Otros resultados en pacientes pre y post menopáusica se presentan en las Tablas III y IV.

Hubo un caso de tumor borderline en biopsia diferida, y se completó el protocolo completo en los 5 meses posteriores a la cirugía laparoscópica. En otra paciente se tomó muestra de tumor cervical observado laparoscópicamente, resultando ser un carcinoma escamoso infiltrante, siendo referida a oncología para tratamiento y seguimiento.

Hubo 3 complicaciones vasculares, 2 por lesión de ligamento infundibulopélvico y 1 por lesión de arteria epigástrica en la inserción del trocar accesorio, todas resueltas sin complicaciones. Se debió cambiar a vía laparotómica en 5 casos; en 4 la causa correspondió a síndrome adherencial severo y en 1 para hemostasia de lesión vascular de ligamento infundibulopélvico.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 55 minutos (rango: 20-180 minutos), y el promedio de días de hospitalización fue de 1,2 días.

Tabla I

TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA RESECCIÓN DE LA MASA ANEXIAL

Tipo de cirugía	n	%
Quistectomía unilateral	67	43
Quistectomía bilateral	15	10
Anexectomía unilateral	19	12
Anexectomía bilateral	4	3
Salpingectomía unilateral	5	3
Salpingectomía bilateral	3	1,9
Ooforectomías	2	1,3
Adherensiólisis	27	17,4
Otras	13	8,3

Tabla II

INFORME DE BIOPSIAS DIFERIDAS DE LO TUMORES ENVIADOS A ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

Tipo histológico	n	%
Tumores epiteliales	26	22
Endometriomas	21	18
Tumores germinales	21	18
Salpingitis crónica	17	14
Cuerpo lúteo quístico	15	13
Quiste paramesonéfrico	9	8
Quistes foliculares	6	5
Tumores estroma gonadal	2	2
Tumor mucinoso borderline	1	1
Otros	2	2
Total	120	100

DISCUSIÓN

El diagnóstico de tumor anexial conlleva a una decisión importante en cuanto a la vía de abordaje para resolver en forma segura y definitiva la lesión descrita. Por mucho tiempo y aún en nuestros días la laparotomía es la vía de abordaje más frecuente a utilizar, dado el temor a que la lesión corresponda a cáncer de ovario y exista la necesidad de realizar protocolo de etapificación. La laparoscopia aparece como una técnica adecuada en muchos casos en que se seleccionan las pacientes con un estudio preoperatorio exigente, permitiendo además la evaluación intraoperatoria del tumor.

Tabla III

INFORME DE BIOPSIAS DIFERIDAS DE TUMORES ANEXIALES EN PACIENTES PREMENOPÁUSICAS

Tipo histológico	n	%
Teratoma maduro	21	22
Endometriomas	20	20
Cuerpo lúteo quístico	15	15
Tumores serosos	13	13
Salpingitis crónica	9	9
Quiste paramesonéfrico	7	7
Quistes foliculares	6	6
Tumores mucinosos	3	3
Tumores estroma gonadal	2	2
Tumor mucinoso borderline	1	1
Otros	2	2
Total	99	100

Tabla IV

INFORME DE BIOPSIAS DIFERIDAS DE TUMORES ANEXIALES EN PACIENTES POSTMENOPÁUSICAS

<i>Tipo histológico</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Tumores serosos	8	38
Salpingitis crónica	8	38
Tumores paramesonéfricos	2	10
Tumores mucinosos	1	5
Quistes de inclusión	1	5
Endometriomas	1	5
Total	21	100

La evaluación ecográfica transvaginal y el uso de los marcadores tumorales permite tener una orientación en cuanto a la posibilidad de malignidad de una masa anexial. La evaluación laparoscópica intraoperatoria con énfasis en la superficie tumoral, visualización de vasos sanguíneos en la cápsula tumoral, componente intratumoral, presencia de ascitis, componente adherencial, etc., permitiría una aproximación mayor para descartar cáncer (18).

Usando criterios ecográficos la predicción de benignidad en masas anexiales fue hecha en el 96% de los pacientes en el estudio de Herrmann y cols (8). Por otra parte la posibilidad de encontrar una lesión maligna por laparoscopia en pacientes previamente seleccionados fluctúa entre 0,4% a 1% en la literatura nacional e internacional (9-12). En nuestro estudio se confirma lo anterior ya que la etiología mas frecuente correspondió a lesiones benignas anexiales, en las que destacan el teratoma quístico maduro, los quistes endometriósicos, quistes funcionales y patología tubaria. Se encontró sólo 1 caso de lesión maligna en nuestro informe, correspondiendo a tumor mucinoso borderline, cuya etapificación quirúrgica completa se realizó en forma diferida y 1 hallazgo de cáncer cervicouterino. En grandes series, el índice de tumores borderline o malignidad focal invasora es baja (1,2%) y el manejo laparoscópico de estos tumores no afectó el pronóstico (13, 14).

Cabe mencionar que la vía laparoscópica es bastante segura cuando se respetan todas las normas sugeridas (15, 16). En nuestra casuística, las complicaciones se describen sólo en tres casos, correspondiendo a lesiones vasculares y se destaca la ausencia de lesiones intestinales.

Analizando los datos de la literatura y los resultados de este estudio, se concluye que la lapa-

roscopia es una vía segura, con una baja tasa de complicaciones en manos de personal debidamente entrenado para abordar masas anexiales sugyentes de benignidad, y que lo más importante en el manejo de estas es la selección objetiva del caso, como el estudio y manejo adecuado en todos los casos (9, 13, 17).

Es necesario contar con elementos técnicos que permitan el manejo laparoscópico de las lesiones anexiales, así como los conocimientos para asegurar al paciente una evaluación satisfactoria en el preoperatorio e intraoperatorio, lo que redundará en menores cambios de la vía de abordaje; lo anterior ocurrió en nuestro estudio en 5 casos, 4 por proceso adherencial severo y 1 por lesión vascular.

Cabe mencionar la solicitud de marcadores tumorales (CA-125) en 95 pacientes, correspondiendo sólo el 13% a mujeres mayores de 50 años, lo que aparece como innecesario, ya que este marcador muestra su utilidad en la postmenopausia como lo describe la literatura.

La mayoría de los informes histológicos corresponden a biopsia diferida, lo que podría ser una crítica a nuestro trabajo, ya que en la literatura se sugiere la biopsia rápida como elemento crucial para la toma de decisiones.

El presente trabajo pretende mostrar y a la vez compartir nuestra experiencia quirúrgica en el manejo laparoscópico de los tumores anexiales, asumiendo algunas deficiencias que debemos corregir prontamente, pero con el convencimiento de que esta vía de abordaje puede permitir el tratamiento completo, acortando días de hospitalización, logrando recuperación más rápida y disminuyendo el dolor postoperatorio. Todo esto apunta a que la laparoscopia es la técnica por excelencia para el manejo de los tumores anexiales benignos (18).

BIBLIOGRAFÍA

1. Lehner R, Wenzl R, Heinzl H, Husslein P, Sevelde P. Influence of delayed staging laparotomy after laparoscopic removal of ovarian masses later found malignant. *Obstet Gynecol* 1998; 92(6): 967-71.
2. Wenzl R, Lehner R, Husslein P, Sevelde P. Laparoscopic surgery in cases of ovarian malignancies: an Austria-wide survey. *Gynecol Oncol* 1996; 63(1): 57-61.
3. Nezhat F, Nezhat C, Welander CE, Benigno B. Four ovarian cancers diagnosed during laparoscopic management of 1011 women with adnexal masses. *Am J Obst Gynecol* 1992; 167(3): 790-6.
4. Childers JM. Operative laparoscopy in gynaecolo-

- gical oncology. Baillieres Clin Obstet Gynaecol 1994; 8(4): 831-49.
5. Bromley B, Goodman H, Benacerraf BR. Comparison between sonographic morphology and Doppler waveform for the diagnosis of ovarian malignancy. Obstet Gynecol 1994; 83(3): 434-7.
 6. Lerner JP, Timor Tritsch IE, Federman A, Abramovich G: Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses with an improved, weighted scoring system. Am J Obstet Gynecol 1994; 170(1 Pt 1): 81-5.
 7. Sassone AM, Timor-Tritsch I, Artner A *et al.* Transvaginal sonographic characterization of ovarian disease: evaluation of a new scoring system to predict ovarian malignancy. Obstet Gynecol 1991; 78: 70-6.
 8. Herrmann UJ Jr, Locher GW, Goldhirsch A. Sonographic patterns of ovarian tumors: prediction of malignancy. Obstet Gynecol 1987; 69(5): 777-81.
 9. Zarhi J, Toso J, Cifuentes J *et al.* Cirugía endoscópica ginecológica: experiencia de 8 años. REV CHIL OBSTET GINECOL 2004, 69(4): 279-85.
 10. Bravo E, Bennett C, Frank C, Prado J. Cirugía laparoscópica ginecológica. REV CHIL OBSTET GINECOL 2000; 65(5): 381-84.
 11. López J, Neumann T, Garrido J. Cirugía laparoscópica en lesiones anexiales. REV CHIL OBSTET GINECOL 2000, 65(1): 28-33.
 12. Miranda C, Carvajal A. Complicaciones en cirugía laparoscópica ginecológica. REV CHIL OBSTET GINECOL 2000; 65(5): 362-70.
 13. Marana R, Muzii L, Catalano GF, Caruana P, Oliva C, Marana E. Laparoscopic excision of adnexal masses. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004; 11(2): 162-6.
 14. Mahdavi A, Berker B, Nezhat C, Nezhat F. Laparoscopic management of ovarian cysts. Obstet Gynecol Clin North Am 2004; 31(3): 581-92.
 15. Childers JM, Nasser A, Surwit EA. Laparoscopic management of suspicious adnexal masses. Am J Obstet Gynecol 1996; 175(6): 1451-7.
 16. Dottino PR, Levine DA, Ripley DL, Cohen CJ. Laparoscopic management of adnexal masses in premenopausal and postmenopausal women. Obstet Gynecol 1999; 93(2): 223-8.
 17. Exacoustos C, Romanini ME, Rinaldo D, Amoroso C, Szabolcs B, Zupi E, Arduini D. Preoperative sonographic features of borderline ovarian tumors. Ultrasound Obstet Gynecol 2005; 25(1): 50-9.
 18. Nezhat C. Operative endoscopy will replace almost all open procedures. J Laparoendoscopic Surg 2004; 8: 101-2.
-