

Casos Clínicos

MASAS ANEXIALES Y EMBARAZO: UN DESAFÍO PARA EL ULTRASONOGRAFISTA

Humberto Vaccaro C.¹, Fernando Amor L.¹, Alberto Iturra A.¹

¹Unidad de Ultrasonografía Gineco-Obstétrica, Clínica INDISA.

RESUMEN

Se presentan 5 casos de embarazadas con masas anexiales complejas diagnosticadas entre las 5 y 34 semanas de gestación. Una de ellas tuvo indicación quirúrgica por abdomen agudo secundario a torsión anexial izquierda y cuatro, por sospecha de malignidad, que se confirmó en un caso. Dos pacientes tenían patología anexial benigna y la otra, una pseudo masa secundaria a un proceso inflamatorio pelviano crónico.

PALABRAS CLAVES: *Masa anexial, embarazo, ultrasonografía anexial.*

SUMMARY

Five pregnant patients, with complex adnexal masses diagnosed between 5 and 34 weeks of gestation, are presented. One of them had surgical indication due to an acute abdominal pain, secondary to the torsion of the adnexal mass; and the other four, because of suspected malignancy, which was confirmed in one. Two patients had benign adnexal masses, and the other a pseudo cyst secondary to a chronic inflammatory pelvic process.

KEY WORDS: *Adnexal mass, pregnancy, adnexal ultrasound.*

INTRODUCCIÓN

La presencia de una masa anexial en el embarazo, coloca al clínico ante un dilema complejo. Por una parte, está el riesgo de la intervención quirúrgica sobre la madre y el feto, intervención que puede ser innecesaria ante una lesión funcional, o que idealmente puede posponerse hasta después del parto o resolverse aprovechando una eventual cesárea. Por otro lado, se encuentra la amenaza de una lesión maligna o la posibilidad de un accidente vascular como una torsión del anexo, que ocasione un cuadro abdominal agudo.

La incidencia reportada de masas anexiales en el control rutinario del embarazo es variable y puede estimarse entre 1 y 4%. La mayoría de

ellas son funcionales y se han resuelto espontáneamente a las 16 semanas. De las masas persistentes, entre 1 a 8% representan tumores malignos (1,2,3).

Presentamos 5 casos clínicos de embarazadas con masas anexiales que fueron intervenidas quirúrgicamente ya fuese por la sospecha de la existencia de un tumor maligno o por una emergencia quirúrgica derivada de la torsión anexial.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Paciente de 30 años, con 5 1/2 semanas de amenorrea y la coexistencia al examen ginecológico de una masa pelviana que se palpa por vía abdominal. La exploración transvaginal

demonstró la presencia de un saco gestacional de 13 mm de diámetro, saco vitelino de 3 mm, no identificándose aún ecos embrionarios, hallazgos concordantes con la amenorrea. Sobre el útero existía una tumoración de 117 x 72 x 79 mm (436 cm³), de contenido mixto, líquido grumoso y principalmente sólido de baja densidad. La vascularización intratumoral es abundante con IR de 0,50. No hay ascitis. Se plantea el diagnóstico de gestación de 5 1/2 semanas más tumor pélvico probablemente ovárico, con características sugerentes de anaplasia. Se realiza laparotomía a las 7 1/2 semanas de gestación, comprobándose la presencia de útero grávido y un tumor ovárico con biopsia rápida de malignidad, por lo que se realiza ooforectomía derecha; el ovario contralateral es macroscópicamente normal. El embarazo continúa sin incidentes llegando a término. Cinco años después la madre se encuentra en buenas condiciones y aparentemente libre de enfermedad.

Caso 2: Paciente de 31 años, cursando embarazo de 26 1/2 semanas. El examen ultrasonográfico obstétrico es normal, destacándose la presencia de un feto en percentil 95. En la región anexial derecha existe tumoración quística de 168 x 141 x 177 mm (2190 cm³). El contenido es finamente grumoso y se encuentra dividida por múltiples tabiques delgados, algo irregulares. Existe regular cantidad de señal vascular a nivel de los tabiques. IR en la pared del quiste de 0,41. El resultado de la exploración ultrasonográfica sugiere la existencia de un tumor ovárico probablemente anaplásico. Sometida a cirugía, se comprueba la existencia de un cistoadenoma mucinoso ovárico derecho que se extirpa. El embarazo continúa sin otros incidentes.

Caso 3: Paciente de 19 años a quién, cursando las 9 semanas de gestación se encuentra un tumor quístico ovárico izquierdo de 117 x 62 x 100 mm (380 cm³). El contenido es homogéneo, con dos tabiques finos, regulares, sin increscencias, con algunas zonas sólidas de hasta 8 mm de diámetro. El doppler color revela abundante señal vascular en las zonas sólidas con IR de 0,52. Ante la incertidumbre del carácter benigno o maligno de la lesión, se extirpa el ovario izquierdo, informando anatomía patológica un cistoadenoma seroso. El embarazo continuó sin otras complicaciones.

Caso 4: Paciente de 18 años, con 34 semanas de gestación, que es hospitalizada con un cuadro de abdomen agudo. Al examen clínico des-

taca el meteorismo abdominal con disminución acentuada de la motilidad intestinal y dolor localizado en el flanco izquierdo. La ecografía abdominal de ingreso no mostró signos de litiasis renal o ureteral, ni líquido libre peritoneal. La exploración obstétrica confirmó la presencia de un feto de 34 semanas, adecuado para la edad gestacional, con oligohidroamnios moderado (ILA: 87). En relación al borde izquierdo del útero, existía una imagen quística alargada y tortuosa, de 69 x 39 x 50 mm (70 cm³). No se logró registrar señal vascular en las paredes de esa estructura. Se planteó la hipótesis de torsión anexial izquierda, probablemente un hidrosalphinx. Con este diagnóstico se procede a laparotomía exploradora, encontrándose un hematosalphinx torcido que se extirpa. El embarazo continuó sin mayores incidentes.

Caso 5: Paciente de 34 años, múltipara de 1, cursando un embarazo de evolución fisiológica. A las 13 semanas el ultrasonido transvaginal reveló una masa anexial izquierda de 49 x 47 x 38 mm (46 cm³), quística, de paredes delgadas y contenido grumoso, con sólo vascularización periférica y escasa, interpretándose como probable quiste endometriósico del ovario izquierdo. A las 19 semanas de gestación, estando asintomática, se observó en la ecografía una masa anexial izquierda de 50 x 49 x 40 mm (51 cm³) ocupada en su mayor parte por una imagen quística de 36 x 35 mm de contenido líquido, densamente grumoso, pared gruesa e irregular, con excrescencias sólidas de hasta 9 mm. Se obtiene abundante señal vascular en la pared y en el interior de las papilas con IR de 0,30-0,43, planteándose la posibilidad de anaplasia. Se somete a laparotomía exploradora la cual reveló aglutinación de asas y espacios de contenido líquido a nivel del anexo izquierdo, sin evidencia de masa tumoral. El informe anatómopatológico reveló líquido hemorrágico negativo para células neoplásicas malignas, edema y decidualis hemorrágica de serosa uterina. La evolución postquirúrgica fue favorable. Actualmente cursa gestación de 31 1/2 semanas, y en los controles ecográficos no hay evidencia de lesión anexial.

DISCUSIÓN

El diagnóstico correcto de la etiología de una masa anexial en una embarazada, tiene consecuencias trascendentes para la madre, el feto y el médico tratante. La necesidad de evitar cirugía innecesaria es más evidente aún, que la misma

situación en una mujer no embarazada. Sin embargo, la capacidad diagnóstica es menor durante el embarazo, y la decisión más apremiante.

El ultrasonido es en general, y en el embarazo con mayor razón, el método de elección en él diagnóstico de masa anexial, a través de la caracterización subjetiva de estas (4,5), proceso por lo demás, altamente dependiente de la experiencia del operador (6,7).

Si se identifican correctamente los quistes funcionales, quistes endometriósicos, teratomas quísticos, los miomas pediculados y la patología anexial no ovárica, el problema diagnóstico se centra en las masas complejas, persistentes.

Varios elementos orientan hacia el diagnóstico de malignidad, como la persistencia y crecimiento de la masa, la existencia de excrescencias de 3 a 5 mm en la pared, sugerentes de tumor borderline (8), el hallazgo de áreas sólidas de aspecto no graso, y la presencia de flujo, en el interior de la lesión, más aún si éste es de baja resistencia (IR=0,50 o menos) (9).

En la serie presentada, la indicación quirúrgica en 4 de los 5 casos fue la sospecha de un tumor maligno anexial, lo que solo se confirmó en 1 caso. En dos pacientes (casos 2 y 5), lo que orientó erróneamente hacia malignidad, fue la abundante vascularización con curvas de flujo arterial de baja resistencia. En el embarazo los cambios fisiológicos hacen que la utilización del doppler tenga limitaciones agregadas respecto a la mujer no gestante, por lo que en nuestra opinión, y como lo hemos visto en esta serie, su utilización e interpretación debe ser en extremo cautelosa.

Los marcadores tumores como el CA 125, tienen una alta frecuencia de falsos positivos y están normales en una proporción importante de los tumores malignos de ovario en etapas iniciales (10).

Si bien la persistencia de una masa más allá del primer trimestre de la gestación, en la práctica descarta una lesión funcional, la estabilidad de su volumen en el tiempo apunta hacia el diagnóstico de patología benigna.

El examen de la zona anexial debe acompañar siempre a la exploración obstétrica. Aunque la mayoría de las anomalías que se encuentran son benignas y se resuelven espontáneamente, el

operador entrenado y alerta debe ser capaz de diferenciar las imágenes banales y llamar la atención del clínico en los pocos casos en que las imágenes tienen aspecto sospechoso para su eventual resolución quirúrgica después del primer trimestre de la gestación (11).

BIBLIOGRAFÍA

1. Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, *et al.* Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstet Gynecol* 2005;105(5 Pt 1):1098-103.
2. Agarwal N, Parul, Kriplani A, *et al.* Management and outcome of pregnancies complicated with adnexal masses. *Arch Gynecol Obstet* 2003; 267(3):148-52.
3. Zanetta G, Mariano E, Lissoni A, *et al.* A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy. *BJOG* 2003;110(6): 578-83.
4. Amor F, Martínez J, Leyton M, *et al.* Cuerpo lúteo hemorrágico: oveja con piel de lobo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998;63(4):276-81.
5. Amor F, Vaccaro H, Martínez J, *et al.* Ultrasonido y cáncer de ovario, caracterización subjetiva. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005;70 (5):328-31.
6. Valentin I. Prospective cross-validation of doppler ultrasound examination and gray-scale ultrasound imaging for discrimination of benign and malignant pelvis masses. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999;14: 273-83.
7. Timmermann D, Schwarzler P, Collins WP, *et al.* Subjective assesement of adnexal masses with the use of ultrasonography: an análisis of interobserver variability and experience. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999;13:11-6.
8. Exacoustos C, Romanini ME, Rinaldo D, *et al.* Preoperative sonographic features of borderline ovarian tumors. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 25: 50-9.
9. Fishman D, Cohen L, Blank S, *et al.* The role of ultrasound evaluation in the detection of early-stage epithelial ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1214-22.
10. Timmermann D, Bourne T, Tailor A, *et al.* A comparison of methods for preoperative discrimination between malignant and benign adnexal masses: the development of a new logistic regression model. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181(1):57-65.
11. Tapia M, Orellana R, Cisterna P, *et al.* Tumores anexiales y embarazo. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2005;70(6):391-4.