

## MASAS OVÁRICAS CON SOSPECHA DE MALIGNIDAD TRATADAS POR LAPAROSCOPIA

### ADNEXAL MASSES SUSPECTED TO BE BENIGN TREATED WITH LAPAROSCOPY

*Journal of the Society of Laparoscopic Surgeons. 2012; 16: 71-84*

*Richard H. Demir, MD, Greg J. Marchand, MD*

**Neus Juanmartí Palacín**

---

#### Objetivo

En 2002, el American College of Obstetrician Gynecologists (ACOG) desarrolló una serie de criterios para la derivación de pacientes con masas pélvicas sospechosas de cáncer de ovario a oncoginecólogos (ACOG Committee Opinion 280). Los objetivos de este estudio son confirmar el valor predictivo negativo (VPN) de dichos criterios para seleccionar pacientes cuyas masas tienen baja probabilidad de ser malignas, demostrar la seguridad de un tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo para las masas anexiales de 8 a 13 cm supuestamente benignas y promover la aceptación de un nuevo algoritmo de tratamiento de dichas lesiones mediante esta modalidad quirúrgica.

#### Introducción

Las masas anexiales son una patología frecuente, aunque el cáncer de ovario tiene relativamente baja prevalencia: da síntomas inespecíficos y es normalmente subclínico en sus estadios iniciales. Por el momento no existe ninguna prueba de screening para su detección precoz.

Varios estudios han abordado la probabilidad de malignidad en masas ováricas entre 0.38% y 18.67%.

El riesgo de encontrar malignidad no esperada después del estudio inicial preoperatorio (anamnesis y examen físico, CA 125 y ecografía transvaginal) es de 0.9-13%. El ACOG evaluó los factores predictivos de malignidad y publicó el ACOG Committee Opinion 280:

#### Premenopáusicas:

CA 125 > 200 U/ml, ascitis, evidencia de metástasis a distancia, historia familiar de 1º grado con cáncer de ovario o mama

#### Postmenopáusicas:

CA 125 elevado, ascitis, masa pélvica fija o nodular, evidencia de metástasis a distancia, historia familiar de 1º grado con cáncer de ovario o mama

\*Nota: un solo criterio es suficiente para remitir a oncoginecología.

Según trabajos publicados anteriormente, el valor predictivo positivo (VPP) de estos criterios varía entre 13.6% y 47.3% para las mujeres premenopáusicas y 44.9% y 90.5% para postmenopáusicas, y el valor predictivo negativo (VPN) entre 91% y 97.7%, y 90.5% y 95% respectivamente.

Sólo un 25% de las pacientes diagnosticadas de cáncer de ovario están en Estadio I. De éstas, el 20% tiene en realidad metástasis microscópicas en la estadificación. La estadificación exhaustiva es crucial independientemente de la impresión quirúrgica inicial.

La estadificación definitiva del cáncer de ovario (CO) incluye lavados citológicos, histerectomía total, salpingo-ooforectomía bilateral, biopsias de la superficie peritoneal, omentectomía total y linfadenectomía retroperitoneal desde la pelvis y regiones paraaórticas hasta la vena renal izquierda. La laparoscopia y la laparotomía tienen la misma eficacia en todos los estadios del CO.

Es frecuente que la estadificación definitiva tenga que hacerse en una segunda cirugía, dado que el resultado anatomopatológico de CO es en muchas ocasiones inesperado. Un 10-35.7% de las pacientes con CO inicialmente en estadio I acaba resultando tener un estadio definitivo superior.

Una consideración importante en la cirugía de masas anexiales es la apertura inadvertida de la cápsula ovárica. La probabilidad de ruptura de un quiste durante la extracción por laparoscopia o laparotomía se extiende entre un 10.5% y 41.8% en estudios publicados.

El derrame afecta a la tasa de recurrencia de algunas lesiones benignas, incluyendo el cistoadenoma mucinoso. En casos de malignidad en que la enfermedad está confinada en el ovario, la ruptura de éste eleva el estadio a IC.

### **Material y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo entre 2004 y 2011. 257 pacientes con masas anexiales de 8 a 13 cm en la ecografía, que no cumplieran los criterios de triaje del ACOG Committee Opinion 280 para derivación a oncoginecología, fueron tratadas mediante anexectomía laparoscópica, “bagging” y colpotomía.

Si en la laparoscopia inicial se encuentran lesiones malignas diseminadas, se realizan lavados, biopsias y fotografías y se finaliza la cirugía, derivando a la paciente inmediatamente a oncoginecología para estadificación definitiva y tratamiento en 7-10 días. Si el diagnóstico de malignidad se obtiene con la anatomía patológica también se remite a oncología.

Si, en cambio, la inspección demuestra una cápsula ovárica intacta sin evidencia de otras lesiones, se procede a ooforectomía o salpingo-ooforectomía, y la masa se introduce en un sistema colector (“bagging”), que se extrae a través de una colpotomía. Se opta por colpotomía en vez de extender la incisión abdominal ya que la vagina es más distensible que la fascia del recto y permite una apertura mayor sin impacto en la tasa de ileo postoperatorio o hernia de pared abdominal.

### **Resultados**

De 257 pacientes incluídas, 6 tenían cáncer de ovario diseminado en el momento de la laparoscopia. Finalmente, del total de pacientes incluídas, 240 (93.38%) completaron el tratamiento, y de éstas el 97.5% no precisó ingreso post-quirúrgico. Sólo el 3.75% requirió reintervención por los oncoginecólogos después de conocerse el resultado final de AP.

La laparoscopia combinada con colpotomía tiene baja incidencia de complicaciones; casi el 98% de las cirugías duraron menos de 136 minutos y el 97% perdió menos de 200ml de sangre. La ruptura intraoperatoria de la cápsula fue extremadamente infrecuente (1.25%).

Las lesiones más frecuentes fueron cistadenomas, endometriomas, quistes y teratomas maduros (85%). El 5% fueron tumores borderline y el 3.75% correspondió a cáncer invasivo de ovario.

De los 9 casos tratados que resultaron ser carcinomas según la AP, todos parecían ser Estadio I en el momento de remitirlos a oncoginecología, aunque 4 fueron finalmente estadios superiores.

El VPN de los criterios del ACOG Committee Opinion 280 para descartar malignidad ovárica en esta población de mujeres con masas de 8 a 13 cm fue 95.57% para premenopáusicas y de 90.91% para postmenopáusicas.

### **Discusión**

El nuevo algoritmo diagnóstico basado en ACOG, permite un tratamiento laparoscópico seguro en masas anexiales de 8 a 13 cm.

La colpotomía es la vía ideal para extraer volúmenes significativos de tejido de la pelvis y tiene múltiples ventajas sobre la mini-laparotomía: no deja cicatriz visible, causa menos ileo postoperatorio, menos dolor y retorno más precoz a la actividad normal.

Aunque la reintervención es precisa en el 6% de los casos, este riesgo es compensado al evitar la laparotomía a casi el 94% de las pacientes con patología benigna, al reducir el tratamiento a una sola cirugía sin ingreso.

En el caso de precisar una segunda cirugía, se hace posible la discusión con los oncoginecólogos disponiendo de la citología y la anatomía patológica, además de tener en cuenta aspectos como la preservación de la fertilidad.

### **Conclusión**

La anexectomía laparoscópica + “bagging” + colpotomía es un objetivo deseable para pacientes con masas anexiales que según los criterios del ACOG no son sospechosas de malignidad y que pueden optar a una cirugía mínimamente invasiva, con beneficios como tratamiento sin ingreso, menor incidencia de ruptura de la cápsula, pocas complicaciones y baja necesidad de reintervención al conocer la anatomía patológica.

Seguir el algoritmo propuesto, según los autores, aumentará la probabilidad de que las mujeres que cumplan los criterios del ACOG Committee Opinion 280 sean inmediatamente remitidas a oncoginecología, asegurará un adecuado estudio pre e intra-operatorio de las masas aparentemente benignas, promoverá el acceso a la CMI de más pacientes y permitirá un consentimiento apropiado de aquellas en las que se objete malignidad en la cirugía inicial.