



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Diagnóstico anatomopatológico de la masa anexial en
gestantes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins de
Enero de 1994 a Setiembre del 2005**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Gineco-Obstetricia

AUTOR

Angel Alois OSORIO MANYARI

ASESOR

Rolando SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Osorio, A. Diagnóstico anatomopatológico de la masa anexial en gestantes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Enero de 1994 a Setiembre del 2005. [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

INFORME FINAL DE TESIS

1. TITULO : Diagnóstico anatomopatológico de la masa anexial en gestantes del Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Enero de 1994 a Setiembre del 2005.

2. NOMBRE DEL AUTOR:

Angel Alois Osorio Manyari.

Médico cirujano CMP 39170

Médico residente de 3er año de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

3. NOMBRE DEL ASESOR:

Dr. Rolando Sánchez Sánchez.

Médico asistente del servicio de Oncología ginecológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Profesor Principal del Curso de Oncología Ginecológica y mamaria de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

CMP 3558 RNE Ginecología oncológica 10163,

RNE Ginecología y obstetricia 14621

4. LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO:

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

5. RESUMEN:

OBJETIVO: Identificar los diagnósticos anatomopatológicos de las masas anexiales detectadas durante el embarazo en gestantes sometidas a cirugía en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante Enero de 1994 y Setiembre del 2005.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio Descriptivo, Retrospectivo, Observacional, Transversal. Se revisó un total de 440 historias clínicas correspondientes a gestantes con diagnóstico ecográfico de masa anexial correspondiente al período entre enero de 1994 y Setiembre del 2005. Sólo 132 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se recolectaron los resultados de 139 masas anexiales que fueron analizadas utilizando tablas de frecuencias y porcentajes. Se utilizó la t de Student y el Chi-cuadrado para comparar medias y proporciones respectivamente. Se consideró significativo si $p < 0.05$.

RESULTADOS: Sólo el 5% de las masas anexiales fueron neoplasias malignas, siendo el cistoadenocarcinoma el hallazgo histopatológico más frecuente; mientras que el teratoma quístico maduro fue la neoplasia benigna más frecuente (42.4%). La principal complicación fue la torsión de la masa anexial (76.2%), que en ningún caso correspondió a neoplasias malignas. El quiste roto-hemorrágico se presentó en el 8.6% de los casos, cuyo diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue el quiste funcional. Hubo un 10% de masas anexiales que no presentó ninguna complicación ni tampoco correspondió a neoplasias malignas. Cinco de las neoplasias malignas tuvieron una patrón ecográfico de quiste complejo, mientras que las dos restantes se presentaron como masa sólida. Cuando se comparó al grupo estudiado con aquellas gestantes con manejo expectante no hubo diferencias significativas en cuanto a las frecuencias de abortos, partos pretérminos, edad gestacional en el parto ni peso del recién nacido.

CONCLUSIONES: El 95% de las masas anexiales fueron benignas, siendo el teratoma quístico maduro el más frecuente, mientras que el cistoadenocarcinoma fue la neoplasia maligna más frecuente.

PALABRAS CLAVES: masa anexial, gestación.

6. INTRODUCCIÓN:

La incidencia de una masa anexial asociada a gestación ha sido reportada en el rango entre 1 en 81 y 1 en 2500 gestaciones. De todas las masas anexiales diagnosticadas durante la gestación, el 50% tendrá un diámetro menor a 5 cm, 25% tendrá entre 5-10 cm de diámetro, y el 25% tendrá un diámetro mayor a 10 cm. La mayoría de masas anexiales será un hallazgo ecográfico incidental y se resolverá espontáneamente^{1,2,3}.

En efecto, más del 90% de aquellas masas unilaterales, no complejas, menores a 5 cm de diámetro que son notificadas en el primer trimestre se resolverán espontáneamente^{4,5}.

Las masas ováricas son usualmente asintomáticas a menos que ocurra una torsión o ruptura. La torsión de anexos es una de las pocas causas de abdomen agudo más frecuente en el embarazo que fuera de él (28% en comparación con 7%). Sólo el 2% de las masas ováricas sufrirán ruptura durante la gestación^{2,6}.

La masa anexial más común en el primer trimestre es el quiste de cuerpo lúteo, el que raramente excede los 6 cm de diámetro. Las neoplasias ováricas benignas más frecuentes durante la gestación son los teratomas quísticos benignos (21%), cistoadenoma seroso (21%), quiste de cuerpo lúteo (18%), y cistoadenoma mucinoso^{1,7,8}.

Usualmente la ecografía determina el tamaño y la complejidad morfológica de la masa anexial. Si la masa es unilateral, móvil y quística; y los niveles de marcadores tumorales se encuentran dentro de los límites normales, el riesgo de malignidad es bajo y la cirugía puede ser diferida hasta el segundo trimestre. Por otro lado, aquellas masas anexiales persistentes después de las 14 semanas de gestación, con tamaño creciente demostrado en ecografías seriadas, con componente sólido, con vegetaciones internas, fijas, con ascitis circundante y/o sintomáticas; justifica la exploración quirúrgica y el diagnóstico patológico. Las masas anexiales asintomáticas que son diagnosticadas en el tercer trimestre de la gestación pueden ser sometidas a un manejo expectante hasta el inicio del trabajo del parto, porque el tamaño del útero puede presentar problemas de abordaje durante la laparotomía y debido a que la cirugía propiamente dicha puede producir un trabajo de parto pretérmino^{3,9,10,11,12}.

Debido a la poca frecuencia de masa anexial en gestación y a que el manejo de dicha entidad depende de sus características ecográficas y de los riesgos relativos de complicaciones (torsión, malignidad, ruptura) e intraoperatoriamente del aspecto macroscópico y del resultado de la biopsia por congelación; nuestro objetivo en el presente estudio fue determinar los diagnósticos anatomopatológicos más frecuentes y determinar la frecuencia de sus complicaciones y sus características ecográficas.

7. MATERIAL Y MÉTODOS:

7.1 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal.

7.2 POBLACIÓN:

Se revisaron un total de 440 historias clínicas correspondientes a gestantes con diagnóstico ecográfico de masa anexial correspondiente al período entre Enero de 1994 y Setiembre del 2005. Se seleccionaron sólo aquellas pacientes: que tuvieron un diagnóstico ecográfico de masa anexial durante el embarazo o en las primeras 6 semanas del puerperio, que fueron sometidas a cirugía, que tengan diagnóstico anatomopatológico de la masa anexial, que tengan resultado de marcadores tumorales en caso de ser sometidas a cirugía electiva, y que tengan seguimiento del embarazo hasta el parto y las primeras seis semanas del puerperio. Sólo 132 pacientes cumplieron dichos criterios. Se recolectaron los resultados de 139 masas anexiales, que fueron registradas en fichas de recolección de datos.(anexo).

7.3 PROCESO DE CAPTACIÓN DE DATOS:

Se recolectaron los datos a partir de las historias clínicas de 134 gestantes, y debido a la bilateralidad de masas anexiales en 7 gestantes, se obtuvieron datos correspondientes a 139 masas anexiales. Además se recolectaron información adicional del total de 440 gestantes para el análisis de los resultados perinatales.

7.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizaron tablas de frecuencias y porcentajes. Se utilizó la t de Student-Fisher para comparar medias y el chi-cuadrado para comparar porcentajes en grupos independientes. Se consideró significativo un $p < 0.05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 12.0

8. RESULTADOS:

El diagnóstico de masa anexial se hizo con mayor frecuencia en el primer trimestre, mientras que la cirugía por dicho motivo se realizó más habitualmente en el segundo trimestre (tabla 1).

Sólo el 5% de las masas anexiales fueron neoplasias malignas, mientras que el teratoma quístico maduro fue la neoplasia benigna más frecuente (42.4%). (tabla 2).

De las 7 neoplasias malignas, 3 correspondieron a cistoadenocarcinomas serosos , mientras que hubieron 2 disgerminomas. Todas estas neoplasias se encontraban en estadio I.(tabla 3).

La principal indicación de cirugía fue el quiste a pedículo torcido (78.7), y el 14.3% de las gestantes fue sometida a cirugía por la sospecha de malignidad (tabla 4).

Sin embargo, sólo se confirmó la presencia de una neoplasia maligna en el 5% de las pacientes. En el 10% de las pacientes sometidas a cirugía no se demostró ninguna complicación en los hallazgos intraoperatorios, ni neoplasia maligna en el estudio anatomopatológico (tabla 5).

Cinco de las 7 neoplasias malignas tuvieron un patrón ecográfico de quiste complejo y las otras 2 mostraron un patrón de masa sólida (tabla 6).

Al comparar los resultados perinatales, el grupo de gestantes con masa anexial sometida a cirugía tuvo un mayor riesgo significativo de amenaza de aborto comparado con el grupo de gestante que tuvieron manejo expectante (tabla 7).

Tabla 1. Características de las gestantes sometidas a cirugía por masa anexial
(n=132).

gestantes	Promedio +/- DE
Edad (años)	27.4+/-3.2
paridad	0.8+/-0.4
gravidez	1.5+/-0.6
EG en el Dx (semanas)	8.4+/-1.6
EG en la cirugía (semanas)	16.6+/-3.4
% Cirugía durante la cesárea o puerperio	14%

Tabla 2. Masas anexiales en gestantes según diagnóstico anatomopatológico
(n=139).

Diagnóstico AP	n	%
Teratoma quístico maduro	59	42.4
cistoadenoma	35	25.1
funcional	16	11.5
Paratubárico, paraovárico	14	10.0
Neoplasia maligna	7	5.0
endometrioma	6	4.3
mioma	2	1.4

Tabla 3. Histología de masas anexiales malignas extirpadas durante el embarazo
(n=7).

Neoplasias malignas	Marcadores tumorales					estadio	Tratamiento quirúrgico
	B-hCG	AFP	CA-125	LDH	CEA		
	VN: <5mUI/ml	VN: <50 ng/ml	VN: <72 U/ml	VN: <250U/ml	VN: <2.5ng/ml		
Cistoadenocarcinoma seroso	18,900	33	110	160	2.4	Ia	anexectomía
Cistoadenocarcinoma seroso	52,6000	66	152	260	1.7	Ib	anexectomía
Cistoadenocarcinoma seroso	14,300	28	220	197	1.1	Ic	Cesàrea estadiaje
Cistoadenocarcinoma mucinoso	22,300	42	105	180	5.2	Ia	anexectomía
disgerminoma	18,700	55	330	320	1.8	Ia	Cesàrea estadiaje
disgerminoma	46,100	32	80	220	1.6	Ib	anexectomía
estromal	32,000	55	66	300	2.2	Ia	anexectomía

Tabla 4. Gestantes con masa anexial según diagnóstico preoperatorio (n=132).

	Torsión (78.7%) n=104	hemorrágico-roto (3%) n=4	Malignidad (14.3%) n=19	ectopico Complicado(3.7%) n=5
Teratoma quístico maduro	51	-	7	1
Cistoadenoma	28	-	4	3
Funcional	9	2	1	1
Paratubárico paraovárico	10	-	-	-
Neoplasia maligna	-	2	5	-
Endometrioma	4	-	2	-
mioma	2	-	-	-

Tabla 5. Masas anexiales en gestante según diagnóstico postoperatorio (n=139).

	Torsión (76.2%) n=106	Hemorrágico-roto (8.6%) n=12	Malignidad (5%) n=7	no complicado (10%) n=14
Teratoma quístico maduro	54	2	-	3
cistoadenoma	27	-	-	8
funcional	5	10	-	1
Paratubárico paraovárico	12	-	-	2
Neoplasia maligna	-	-	7	-
endometrioma	6	-	-	-
mioma	2	-	-	-

Tabla 6. Masas anexiales en gestantes según características sonográficas (n=139).

	Quiste simple n=25	Q. complejo n=77	hemorrágico- roto n=15	Masa sólida n=22	Diámetro (cm)
Teratoma quístico maduro	-	40	4	15	6.4+/-2.3
Cistoadenoma	8	23	1	3	10+/-4.1
Funcional	4	2	10	-	7.5+/-2.8
Paratubárico paraovárico	12	2	-	-	7.0+/-1.1
Neoplasia maligna	-	5	-	2	12.0+/-3.5
endometrioma	1	5	-	-	5.0+/-2.0
mioma	-	-	-	2	3.5+/-1.0

Tabla 7. Resultado perinatal de gestante con masa anexial sometidas a cirugía (n=132) comparado con aquellas con manejo expectante (n=308).

	cirugía	Expectante	p
EG en el parto (semanas)	38.2+/-1.6	39.1+/-1.4	N.S.
Peso RN (Kg)	3.1+/-0.4	3.2+/-0.8	N.S.
% Parto pretérmino	15.9	12.9	N.S.
% APP	21.9	17.8	N.S.
% Aborto	3.7	3.8	N.S.
% Amenaza aborto	18.1	10.7	<0.05
% Parto vaginal	34.0	40.9	N.S.
% Cesárea	65.9	59.1	N.S.

9. DISCUSIÓN:

La edad gestacional promedio en el momento del diagnóstico fue de 8.4 semanas , lo que se explica por el actual uso más amplio de la ecografía; mientras que la edad gestacional promedio en el momento de la cirugía fue a las 16.6 semanas , lo que explicaría la ausencia de impacto sobre el riesgo de aborto debido a que después de la 9na semana de edad gestacional el cuerpo lúteo no cumple ningún efecto progesteronal^{5,13,14}.

El teratoma quístico maduro representó el 42.4% del total de masas anexiales que tuvieron diagnóstico anatomopatológico. Todas las series revisadas confirman nuestro hallazgo y reportan al teratoma benigno con frecuencias entre 30.8% y 50%^{11,15}.

Nosotros encontramos que el 5% del total de masas anexiales correspondieron a neoplasias malignas, de las que el cistoadenocarcinoma representó el 57.1% y los disgerminomas el 28.5% de los casos. Los estudios reportan que la malignidad se da entre el 2% y 6% de las masas anexiales con estudio anatomopatológico. Además en la mayoría de series las neoplasias malignas más frecuentes fueron los tumores de células germinales, explicado por el grupo etáreo en que se encuentran la mayoría de gestantes; sin embargo algunos otros estudios refieren a los neoplasias malignas de células epiteliales como las de mayor número. Todas las neoplasias malignas estuvieron confinadas al ovario (estadio I), lo que justifica el manejo quirúrgico conservador en la mayoría de los casos, realizándose sólo el estadiaje cuando se pudo realizar una cesárea-histerectomía en fetos con maduración pulmonar^{3,7,16,17}.

En 1963 Munnell escribió que la cirugía de la masa anexial durante la gestación tenía como indicaciones : riesgo de torsión, ruptura, hemorragia; riesgo de malignidad; y/o riesgo de distocia en el parto. A pesar de los avances en la tecnología médica en los últimos 40 años, dichos preceptos se mantienen hoy en día. En nuestro estudio, el principal diagnóstico preoperatorio fue la torsión anexial (78.7%), seguido por la sospecha de malignidad (14.3%)^{9,12,14}

En el postoperatorio se demostró que el 76.2% tuvo torsión anexial, pero que sólo en una tercera parte se confirmó el diagnóstico de neoplasia maligna (5%). Los patrones ecográficos correspondientes a dichas neoplasias fueron el quiste complejo y la masa sólida. Asimismo, todos tuvieron un diámetro mayor de 8 cm y marcadores tumorales elevados, lo que permite tener un alto índice de sospecha de malignidad preoperatoriamente.

La hemorragia-ruptura de un quiste se reportó en el 8.6% de las gestantes con masa anexial sometidas a cirugía, siendo los quistes funcionales los más frecuentes; también se halló dos teratomas quísticos maduros con hemorragia quística. Al respecto diversos estudios refieren que la ruptura de un quiste durante el embarazo es muy infrecuente, y que cuando se realiza la cirugía por dicho motivo, se reporta a los quistes funcionales como de relativa frecuencia, asimismo también se describen a algunas neoplasias malignas como los disgerminomas, pero en muy infrecuente que se rompan espontáneamente las neoplasias benignas a menos que se trate de un caso de trauma abdominal^{6,16,18}.

La amenaza de aborto de día con mayor frecuencia en el grupo de gestantes con masas anexiales sometidas a cirugía, comparado con el grupo con manejo expectante; probablemente debido a la manipulación uterina durante el acto quirúrgico. La frecuencia de abortos no se incrementó porque la placenta es la que rige el efecto progestacional a partir de las 7-9 semanas de gestación, mucho antes del momento en que se realizan las cirugías de las masas anexiales^{7,13,18}.

10. CONCLUSIONES:

- El 95% de las masas anexiales de gestantes sometidas a cirugía fueron benignas, de las que el teratoma quístico maduro representó el 42.4% del total de masas anexiales. De las siete neoplasias malignas, el 57.1% correspondió a cistoadenocarcinomas.
- Las complicaciones de las masas anexiales en gestantes sometidas a cirugía fueron la torsión anexial en el 76.2%, cuyo diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue el teratoma quístico maduro; y la ruptura-hemorragia del quiste en el 8.6% de los casos, cuyo principal diagnóstico fue de el quiste funcional.
- Según el patrón ecográfico: el 100% de los quistes simples, el 100% de los quistes hemorrágicos-rotos, el 93.5% de los quistes complejos; y el 90.9% de las masas sólidas tuvieron el diagnóstico anatomopatológico de masa anexial benigna.

RECOMENDACIONES:

- Se recomienda realizar estudios que evalúen comparativamente de manera prospectiva el manejo de la masa anexial expectante versus el manejo quirúrgico, sea éste por laparotomía o laparoscopia.
- Se recomienda validar el uso de scores de predicción de benignidad de masa anexial en gestantes como herramienta para elegir el manejo más adecuado.

11. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:

1. Gordon B, Sherard A, et al. Adnexal masses and pregnancy : a 12-year experience. *Am J Obstetric Gynecol* 2003; 189:358-63.
2. Lee GS, Hur SY, et al. Elective vs conservative management of ovarian tumors in pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2004; 85: 250-54.
3. Mathevet P, Nessah K, Dargent D. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series. *Eur J Obstet Gynecol* 2003; 108:217-22.
4. Soriano D, Yuval Y, Seidman D. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 1999; 71(5): 955-960.
5. Zanetta G, Mariani E, Lissoni A. A prospective study of the role of ultrasound in the management of adnexal masses in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110: 578-583.
6. Bernhard L, Klebba P, Gray D. Predictors of persistence of adnexal masses in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999; 93(4): 585-9.
7. Bromley B, Benacerraf B. Adnexal masses during pregnancy: Accuracy of sonographic diagnosis and outcome. *J Ultrasound Med* 1997; 16:447-455.
8. Moore RD, Smith WG. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy women . *J Reprod med* 1999; 44: 97-102.
9. Platek DN, Henderson CE, Goldberg GL. The management of a persist mass in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 1236-42.
10. Whitecar P, Turner S. Adnexal masses in pregnancy : A review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:19-24.

11. Verena H, Coenen MD, Dunton CH. Persist adnexal masses during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999; 93(4) : 65-68.
12. Picone O, Lhomme C, Tournaire M. Preservation of pregnancy in a patient with a stage IIIB ovarian epithelial carcinoma diagnosed at 22 weeks of gestation and treated with initial chemotherapy: case report and literature review. *Gynecol Oncol* 2004; 94: 600-604.
13. Willem A, Schol E, et al. Successful pregnancy after early luteectomy. *Eur J Obstet Gynecol* 1994; 56(2): 133-135.
14. Young R, Gatewood D. Granulosa cell, Sertoli-Leydig cel, and unclassified sex cord-stromal tumors associated with pregnancy: A clinicopathological analysis of thirty-six cases. *Gynecol Oncol* 1984; 18(2): 181-205.
15. Mendez L, Antoaneta M. Paclitaxel and carboplatin Chemotherapy Administered during pregnancy for advanced epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 1200-2.
16. Atallah D, rouzier R. Malignant female adnexal tumor of probable wolffian origin relapsing after pregnancy. *Gynecol Oncol* 2004; 95: 402-404.
17. Geomini P, Bremer G. Diagnostic accuracy of frozen section diagnosis of the adnexal mass: a metaanalysis. *Gynecol Oncol* 2005; 96: 1-9.
18. Tohya T. Conservative management of the acute abdomen secondary to hemorrhagic disease of the ovary. *Int J Gynecol Obstet* 2003; 80: 165-166.

12. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

No de registro: HC:

EDAD: GRAVIDEZ: PARIDAD:.....

Edad gestacional en el diagnóstico :

Edad gestacional en el momento de la cirugía:.....

Tipo de tratamiento quirúrgico: electivo () emergencia ()

Laparoscopia () laparotomía ()

Cistectomía () anexectomía () estadiaje () citoreducción ()

Otro:

CARACTERÍSTICAS SONOGRÁFICAS DE LA MASA ANEXIAL

Quiste simple () hemorrágico () masa compleja () masa sólida () diámetro.....

Unilateral () derecho () izquierdo () Bilateral () Ascitis ()

MANIFESTACIONES CLINICAS EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO:

Asintomática ()

Sintomática () Dolor abdominal intermitente () Dolor abdominal agudo ()

Síntomas constitucionales () Molestias gastrointestinales ()

MARCADORES TUMORALES

Ca-125AFPLDHB-hCG.....

CEA.....

COMPLICACIONES DE MASA ANEXIAL:

Torsión anexial () Trimestre : y/o puerperio ()

Enfermedad hemorrágica del ovario ()quiste hemorrágico () trimestre.....

....quiste roto () trimestre

Distocia de labor de parto ()

Complicaciones obstétricas : Amenaza de parto pretérmino () Amenaza de aborto ()

Aborto ()

Otras.....

Vía del parto: vaginal () , cesárea ()

Edad gestacional momento del parto

Peso del recién nacido

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Método diagnóstico : Biopsia por congelación ()

Estudio con parafina ()

Diagnóstico histológico : Benigno () Tipo.....

Maligno () Tipo.....

Borderline ()

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

MASA ANEXIAL

El anexo se refiere a la región dentro de la pelvis que contiene el ovario , trompa uterina, ligamento redondo y estructuras de los restos embrionarios. Esta área también puede involucrar patología relacionada al útero, intestino y retroperitoneo. Masa anexial se refiere a cualquier tumoración que se ubica en los anexos.

CLASIFICACIÓN SONOGRAFICA DE MASA ANEXIAL

- Quiste simple +/- hemorragia : toda imagen anecogénica de mayor de 30 mm de diámetro.
- Masa Compleja : muestra una de las siguientes características : septos, nódulo mural, engrosamientos irregulares de la pared, ecodensidad que produce sombras, ecos brillantes difusos regionales y/o líneas o puntos hiperecoicos.
- Masa de aspecto sólido o predominantemente sólido.

TORSIÓN ANEXIAL

Es una causa de dolor abdominal agudo. Es producida por la rotación del ovario o de los anexos sobre el pedículo ovárico, resultando en la obstrucción arterial, venosa o linfática. La torsión anexial puede incluir al ovario, a la trompa , o a ambas estructuras juntas.

ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL OVARIO

Es una causa de dolor abdominal agudo. Incluye al cuerpo lúteo roto que se diagnostica ecográficamente por la presencia de líquido libre en fondo de saco de Douglas, y al quiste ovárico hemorrágico que se diagnostica ecográficamente por una imagen redondeada bien definida con ecos internos con un patrón complejo sin líquido libre.

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

El diagnóstico del tipo de masa anexial lo determina el estudio macroscópico en un 70% y el restante 30% lo complementa el estudio microscópico. La biopsia por congelación en el intraoperatorio tiene una sensibilidad entre 65% y 100% y una especificidad del 99% para el diagnóstico de masas ováricas como benignas, malignas y borderline maligna cuando se correlaciona con el resultado final histopatológico de parafina.

El diagnóstico puede ser de quiste funcional (folicular, lúteo o tecaluteínico), endometrioma ; neoplasia ovárica benigna o maligna de origen epitelial, germinal, estromal-cordón sexual, metastásico y/o de otro tipo (paratubárico, absceso, leiomioma, etc).

MARCADORES TUMORALES

Tienen un valor limitado durante el embarazo, debido al incremento fisiológico en la B-hCG, la alfafetoproteína , el CA-125 y el LDH. Tras el diagnóstico de un tumor maligno, los marcadores séricos apropiados son útiles para monitorizar el curso de la enfermedad.