

Manejo laparoscópico de masas anexiales en el Hospital Civil de Culiacan en un periodo de 5 años

Guillermo Castilla-Esparza,^{a,*} Fred Morgan-Ortiz,^a Juan M. Soto-Pineda,^a Josefina Báez-Barraza^a

^aCentro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Sinaloa, Sinaloa, México.

Recibido julio 2011; aceptado Agosto 2011

Objetivo: Describir la presentación clínica, subclínica de pacientes sometidas a laparoscopia por una masa anexial en un periodo de 5 años en el Hospital Civil de Culiacán. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo en el cual se incluyeron 157 registros de las pacientes intervenidas por laparoscopia con un diagnóstico de masa anexial durante el periodo de 2006 al 2010 en el Hospital Civil de Culiacán. **Resultados:** La edad promedio de las pacientes fue de 27.9 años (DE:9.5) con una mínima de 13 y un máxima de 63 años. El tiempo quirúrgico promedio fue de 52.4 minutos (DE:17.6). El resultado histológico más frecuentemente reportado fueron el quiste simple funcional en un 32.1% (n=50), seguido por endometrioma en un 14.1% (n=22) y teratoma quístico maduro (quiste dermoide) en un 11.5% (n=18). **Conclusiones:** El manejo de las masas anexiales es factible de ser realizado por laparoscopia con mínimas complicaciones y buenos resultados clínicos, que en paciente adecuadamente seleccionadas por clínica, laboratorio y gabinete evita intervenir pacientes con patología maligna.

Palabras clave: Masas anexiales, laparoscopia, diagnóstico, tratamiento.

Objective: To describe the clinical presentation of subclinical patients undergoing laparoscopy for an adnexal mass in a period of 5 years in the Civil Hospital of Culiacan. **Material and methods:** We conducted a descriptive study where we included the clinical records of 157 patients who underwent laparoscopic surgery with a diagnosis of adnexal mass during the period 2006 to 2010 at the Civil Hospital of Culiacan. **Results:** The average patient age was 27.9 years (SD:9.5) a minimum 13 and maximum 63 years. The average operative time was 52.4 min (SD:17.6). The most frequently reported histological results were simple functional cyst by 32.1% (n = 50), followed by endometrioma by 14.1% (n = 22) and mature cystic teratoma (dermoid cyst) in 11.5% (n = 18). **Conclusions:** The management of adnexal masses is feasible to be performed by laparoscopy with minimal complications and good clinical results in properly selected patients by clinical, laboratory and office intervention prevents patients with malignancy.

Keywords: adnexal masses, laparoscopy, diagnosis, treatment.

Introducción

Una de las principales ventajas del manejo laparoscópico de las masa anexiales es evitar la laparotomía y el sobre-tratamiento, además de los beneficios ya conocidos de la laparoscopia como menor estancia hospitalaria, recuperación más rápida, disminución del dolor postoperatorio, menor formación de adherencias y menor costos para la paciente y el hospital.¹⁻⁵ Debido a que la mayoría de las masas anexiales son benignas, con una frecuencia de malignidad reportada en premenopáusicas del 7-13% y del

8-45% en postmenopausicas.⁶ La incidencia de cáncer de ovario no sospechado al momento de la laparoscopia es del 0.04%.⁷

Un diagnóstico de certeza al momento de la cirugía es la clave para el manejo exitoso de las masas anexiales en mujeres en edad reproductiva. Los indicadores más confiables de malignidad son la combinación de la exploración laparoscópica y las biopsias transoperatorias,⁸ aunque se ha reportado una discrepancia del 3% entre las biopsias transoperatorias por congelación con el diagnóstico histopatológico final. Por la tanto, aunque la laparoscopia es segura y confiable para el diagnóstico y tratamiento de masa anexiales, siempre hay que tener en mente los principios de la cirugía oncológica.

El principal riesgo es el manejo inadecuado del

*Dr. Guillermo Castilla Esparza. **Correspondencia:** , Eustaquio Buena No. 91, Col. Gabriel Leyva. Culiacán, Sinaloa, México. CP: 80030. Tel-Fax: (667)7137978. E-mail: memo-castilla@hotmail.com

cáncer de ovario ya que se ha reportado hasta un retardo del tratamiento de 4 semanas posterior al diagnóstico inicial, lo cual puede alterar desfavorablemente el resultado.⁹

El derrame del contenido de una masa Quística es un problema tanto en la laparoscopia como en la laparotomía tratándose de condiciones benignas o malignas. Por los ejemplos mencionados anteriormente para el manejo de cistadenomas mucinosos (pseudomixoma peritoneal) y teratoma quístico benigno (peritonitis). El derrame de liquido de un quiste maligno cambia la estadificación de la FIGO de un estadio Ia a Ic, sin embargo algunos estudios no han encontrado que este cambio en la estadificación afecte la tasa de recaídas o el pronóstico¹⁰ ya que la sobrevivida a 5 años para paciente con estadio I de cáncer de ovario es similar en paciente con y sin ruptura intraoperatoria del quiste, sin embargo la ruptura espontánea si afecta la sobrevivida, por lo que se recomienda hasta donde sea posible evitar la ruptura y derrame del líquido del quiste.¹¹

Las metástasis de los sitios del puerto han sido reportadas tanto con laparotomía como con laparoscopia, la cual se ha reportado en aproximadamente el 1% después de laparotomía y del 1-2% después de laparoscopia.¹² El mecanismo es la contaminación directa por el procedimiento quirúrgico durante la extracción del tumor. Otro mecanismo propuesto es la influencia que pueda tener el CO2 utilizado para insuflación aunque esto únicamente se ha observado en estudios animales y estos modelos no son aplicables a los humanos.¹³

El objetivo del presente trabajo fue describir la presentación clínica y subclínica de las masas anexiales diagnosticadas y manejadas por laparoscopia en un periodo de 5 años en el Hospital Civil de Culiacán.

1. Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de todas las masas anexiales manejadas por vía laparoscópica en un periodo de 5 años en el Hospital Civil de Culiacán (2006-2010). Se incluyeron todas las pacientes que presentaron un expediente clínico completo. Se estudiaron las siguientes variables: Masa anexial la cual definida como toda lesión solida o quística que se encontró como hallazgo durante el procedimiento laparoscópico localizada en los anexos (ovario, meso-ovario y salpinges). Estas

masas fueron clasificadas como benignas o malignas.

Entre las benignas las masas anexiales incluidas fueron embarazo ectópico, endometrioma, teratoma, quiste funcional, cistadenoma seroso o mucinoso, quiste paratubario, hidrosalpinx, piosalpinx y folículo ovárico roto. Entre las lesiones malignas se incluyeron el cistadenocarcinoma seroso o mucinoso.

Se revisaron todos los expedientes de pacientes intervenida por vía laparoscópica por una masa anexial durante el periodo de 2006 a 2010 en el cual se detallara las características del reporte ultrasonográfico, laparoscópico e histopatológico.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el cálculo de medias y proporciones e intervalos de confianza del 95%. El análisis de los datos se llevo a cabo utilizando el paquete estadístico Epi-info 6.04. Se utilizo un alfa de 0.05. Para hacer comparaciones intragrupo adicionales se utilizaron la prueba ji cuadrada y T de student para variables categóricas y numéricas respectivamente.

2. Resultados

La edad promedio de las paciente estudiadas fue de 27.9 años (DE:9.5) con una mínima de 13 y un máxima de 63 años.

En lo que respecta a las características generales, el 54.1% fueron nuligestas (n=85) y el restante 45.9% (n=72) tuvieron un promedio de 1.26 gestas (DE:2.3). El medio socioeconómico, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, uso de método anticonceptivo y tipo, y si existía antecedente de cáncer genital en la familia y tipo en caso de una respuesta afirmativa, se muestran en el Cuadro 1.

Entre los casos que tenían el antecedente de un embarazo previo (n= 92), el 63.8% presentaron uno o más partos (n=46). El 36.1% presentaba el uno o más abortos (n=22) y el 33.3% presentaba cuando menos el antecedente de una o más cesáreas (n=24).

Al momento del ingreso al hospital el 73.2% de las pacientes presentaba sintomatología (n=115) siendo el dolor como único síntoma en el 75.6% (n=87), únicamente sangrado en el 1.7% (n=2) y el 22.6% presentaba dolor y sangrado (n=26).

Todas las pacientes se les realizó un estudio ultrasonográfico y en el 100% de las pacientes se reportó una masa anexial. La característica de la masa fue quística en el 65% de los casos (n=102), sólida en el

2.5% (n=4) y mixta en el 32.5% (n=51). Reportándose líquido libre en el 12.1% de los casos (n=19). El tamaño promedio de la masa fue de 6.6 cm (DE:2.4), siendo de 8 cm o mayor en el 29.3% de los casos (n=46). La masa fue localizada en un 50.9 (n=80) en el anexo derecho y en un 49.1% en el anexo izquierdo (n=77). (Cuadro 2)

Cuadro 1.- Características generales de la población estudiada

Característica	N	%
IVSA		
18 ^a	21	13.5%
19 ^a	20	12.5%
17 ^a	11	7.1%
Medio socioeconómico		
Bajo	11	7.0%
Medio	146	93%
Tipo de método anticonceptivo		
Oral	31	19.7%
Injectable	1	0.63%
DIU	1	0.63%
Implante	1	0.63%
Preservativo	16	10.1%
OTB	5	3.1%
Ninguno	100	63.6%
Antecedente de cáncer		
Positivo	20	12.7%
Negativo	134	87.3%
Tipo de cáncer		
Ovario	3	13.0%
Cérvix	11	47.8%
Endometrio	1	4.3%
Otro	8	34.8%

VSA: Nivel de vida sexual; DIU: Dispositivo intrauterino;
OTB: Oclusión tubaria bilateral

Cuadro 2.- Características ultrasonográficas de la masa anexial

Características	N	PORCENTAJE
ultrasonográficas de la masa		
Consistencia		
Quística	102	65%
Sólida	4	2.5%
Mixta	51	32.5%
Líquido libre (+)	19	12.1%
Localización		
Anexo derecho	80	50.9%
Anexo izquierdo	77	49.1%

El diagnóstico ultrasonográfico más frecuente fue el de quiste simple en un 59.2% (n=88) seguido por embarazo ectópico en un 10.8% (n=17) y teratoma en un 10.2% (n=16). El 10.8% de las pacientes presentaba

una sub-unidad beta positiva (n=17) correspondiendo a todas a las pacientes con diagnóstico ultrasonográfico de embarazo ectópico.

El 45.2% (n=71) de las pacientes tenía una determinación sérica de CA-125, siendo positiva (> 35 UI) en el 16.9% de las pacientes (n=12) y de estas solo dos pacientes presentaron niveles iguales o mayores de 300 U/ml.

El diagnóstico laparoscópico más frecuente fue el de quiste simple en un 23.6% (n=37) seguido por el diagnóstico de quiste paratubario en un 19.1% (n=30) y endometrioma en un 15.3% (n=24).

El tiempo quirúrgico promedio fue de 52.4 minutos (DE:17.6), con una pérdida sanguínea transoperatoria promedio de 110.6 ml (DE: 74.4)

El manejo del ovario en el 100% de los casos fue sin afrontamiento de sus bordes, solo coagulación con energía bipolar del lecho del quiste para realizar hemostasia.

No se presentaron complicaciones transoperatorias relacionadas con el procedimiento. El 1.3% de los procedimientos laparoscópicos se convirtieron a laparotomía por problemas técnicos (n=2).

Se presentaron complicaciones postoperatorias en el 5.7% de los casos (n=9) siendo las más frecuentes el seroma (n=3) y el fleo paralítico (n=6)

El resultado histológico más frecuentemente reportado fue quiste simple funcional en un 32.1% (n=50), seguido por el diagnóstico de endometrioma en un 14.1% (n=22) y teratoma quístico maduro (quiste dermoide) en un 11.5% (n=18).

3. 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.

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.⁶

Usando criterios ecográficos la predicción de benignidad en masas anexiales es del 96%.¹⁴ 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.¹⁵⁻¹⁸ En nuestro estudio se confirma lo anterior ya que la etiología más frecuente correspondió a lesiones benignas anexiales, en las que destacan el teratoma quístico maduro, los quistes endometriósicos, quistes funcionales y patología tubaria. 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.^{1,2}

Cabe mencionar que la vía laparoscópica es bastante segura cuando se respetan todas las normas sugeridas.^{3,4} En nuestra casuística, las complicaciones se describen sólo en cinco casos, correspondiendo a ileo paralítico y seromas de pared abdominal se destaca la ausencia de lesiones intestinales y hemorragias.

Analizando los datos de la literatura y los resultados de este estudio, se concluye que la laparoscopia es una vía segura, con una baja tasa de complicaciones en manos de personal debidamente entrenado para abordar masas anexiales sugerentes 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.^{1,5,15}

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.

Cabe mencionar la solicitud de marcadores tumorales (CA-125) en todas las pacientes, lo que aparece como innecesario, ya que este marcador solo muestra ser útil en pacientes durante 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.

Los resultados del presente trabajo permiten concluir que es factible el manejo laparoscópico de las masas anexiales, ya que permite acortar los días de hospitalización, una recuperación más rápida y con menor dolor postoperatorio. Por lo cual se sugiere que la laparoscopia es la técnica por excelencia para el manejo de los tumores anexiales.

Referencias

1. Mais V, Ajossa S, Guerriero S, et al. Laparoscopic versus abdominal myomectomy: a prospective randomized trial to evaluate benefits in early outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174: 654-658.
2. Mais V, Ajossa S, B Piras, et al. 1995. Treatment of nonendometriotic benign adnexal cyst. A randomized comparison of laparoscopy and laparotomy. *Obstet. Gynecol.* 86: 770-774.
3. Davison J, Park W, Penney L. Comparative study of operative laparoscopy vs laparotomy: analysis of the financial impact. *Reprod Med* 1993. 38: 357-360.
4. Lundorff P, Thorburn J, Hahlin M, et al.. Adhesion formation after laparoscopic surgery in tubal pregnancy: a randomized trial versus laparotomy. *Fertil. Steril* 1991; 55: 911-915.
5. Maruri F, Azziz A. Laparoscopic surgery for ectopic pregnancies: technology assessment and public health implications. *Technol Steril* 1993;59: 487-498.
6. Parker WH, Berek JS. Laparoscopic management of the adnexal mass. *Obstet Gynecol Clin N. Am* 1994; 21: 79-92.
7. Hulka JT, Parker WH, Surrey MW, et al. American Association of Gynecologists and Laparoscopists. Survey of management of ovarian masses in 1990. *J Reprod Med* 1992;37: 599-602.
8. Nezhat FR, Nezhat CH, Welander CE, Benigno B. Four ovarian cancers diagnosed during laparoscopic management of 1011 women with ad-

- nexal masses. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167: 790-796.
9. Maiman M, Seltzer V, Boyce J. Laparoscopic excision of ovarian neoplasms subsequently found to be malignant. *Obstet Gynecol* 1991;77: 563-765.
 10. Dembo AJ, Davy M, Stenwig AE, et al. Prognostic factors in patients with stage I epithelial ovarian cancer. *Obstet. Gynecol* 1990.. 75: 263-272.
 11. Vergote I, De Brabanter J, Fyles A, et al. Prognostic importance of degree of differentiation and cyst rupture in stage I invasive epithelial ovarian carcinoma. *Lancet* 2001; 357:176-182.
 12. Childers, J.M., K.A. Aqua, E.A. Surwit, et al. Abdominal wall tumor implantation after laparoscopy for malignant conditions. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 765-769.
 13. Canis M, Botchorishvilli R, Wattiez A, et al. Cancer and laparoscopy, experimental studies: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;91:1-9.
 14. Kauppila A. *Act Obstet Gynecol. Scand* 1999; 78 (10): 833-837.
 15. Jacobs I, Davies AP, Bridges J, et al. Prevalence screening for ovarian cancer in postmenopausal women by CA125 measurement and ultrasonography. *Br Med J* 1993;306: 1030-1032.
 16. Brooks SE. Preoperative evaluation of patients with suspicious ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1994; 55: 80-90.
 17. Meyer T, Rustin GSJ. Role of tumor markers in monitoring epithelial ovarian cancer. *Br J Cancer* 2000; 82: 1535-1538.
 18. Morrow CP, Curtin JP 1998. Etiology and detection of gynecologic cancer. In *Synopsis of Gynecologic Oncology*. C.P. Morrow & J.P. Curtin, Eds.: 1-16. Churchill Livingstone. Philadelphia.