

NOVEDADES RESPECTO A LA VERSION ANTERIOR

- Actualización respecto a la epidemiología actual.
- Actualización en lo respectivo a las técnicas de diagnóstico.
- Se añaden cambios y se matiza respecto al plan de actuación y manejo.
- Se añaden los apartados de “alternativas” y de “consideraciones” en lo referente a la cirugía.
- Se añade el apartado de “seguimiento”.
- Cambios en la edición y formato.

INDICE

1. Introducción
2. Epidemiología
3. Diagnóstico
4. Plan de actuación y manejo
5. Seguimiento

1. INTRODUCCIÓN

La presencia de una masa anexial durante la gestación, pese a no ser un hecho relativamente frecuente, está aumentando en incidencia en su diagnóstico, sobre todo a nivel incidental como hallazgo, especialmente desde la sistematización de una ecografía protocolaria en I^{er} trimestre para realizar el screening de cromosopatías y de preeclampsia. Este hecho ha dado a lugar a que aumenten, sobre todo, los diagnósticos de masas asintomáticas.

La gran mayoría de hallazgos corresponden a quistes funcionales (foliculares, cuerpo lúteo...) seguidos, en frecuencia, de procesos benignos (en orden: teratomas benignos, cistoadenomas serosos, cistoadenomas mucinosos y endometriomas) y por último, en menor frecuencia, de tumoraciones malignas.

La gran mayoría, más de dos tercios de los mismos, resuelven de manera espontánea, sobre todo cuanto más precoz es su diagnóstico dado que, con mayor probabilidad, se tratará de procesos funcionales.

2. EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de presentar una masa anexial durante la gestación se sitúa en torno al 0,5-3% de todos los embarazos. De las mismas, solo un 2-4% presentan carácter de malignidad, siendo, en su gran mayoría, tumores de bajo potencial de malignidad (los más frecuentes, los tumores de células germinales).

Las masas anexiales detectadas antes de las 16 semanas de gestación y < 5 cm suelen ser, en la gran mayoría de los casos, de origen funcional, resolviendo espontáneamente en casi todos los casos. Asimismo, la persistencia de masas por encima de la semana 16 suelen aumentar la probabilidad de que su origen sea neoplásico. El 1-3% de los tumores anexiales que persisten o que son diagnosticados ya en segundo trimestre de la gestación suelen tener un origen neoplásico.

3. DIAGNÓSTICO

Como ya se ha comentado, en la gran mayoría de los casos, el diagnóstico se realiza de manera casual como hallazgo incidental durante los controles ecográficos protocolarios o en el contexto de una visita a Urgencias por otros motivos diversos. Una vez que se realiza el diagnóstico, debe realizarse un estudio completo, que deberá llevarse a cabo en las consultas de obstetricia por personal especializado en ecografía obstétrica.

Anamnesis

Como todo hallazgo de reciente diagnóstico, debe llevarse a cabo una anamnesis completa, sobre todo orientada a establecer si la masa anexial ya existía previamente a la gestación, o si la paciente tiene antecedentes de patología ginecológica que puedan explicar dicha masa (por ejemplo, antecedentes de endometriosis). Asimismo, se debe hacer hincapié en la presencia de sintomatología, dado que ello puede cambiar la orientación terapéutica (dolor, signos de torsión...).

Ecografía

Es la técnica de elección. Además de realizarse de manera transvaginal, la cual no es imprescindible, siempre deberá realizarse una ecografía vía abdominal (dado que, por el aumento fisiológico del tamaño del útero, va a permitir una mejor valoración de la fosa anexial y de dicha masa). La ecografía abdominal presenta una sensibilidad y una especificidad ambas superiores al 90%. Asociada al Doppler Color aumenta el valor predictivo tanto positivo como, principalmente, el negativo de poder sospechar origen neoplásico de las mismas.

Imágenes sugestivas de lesiones benignas que presentan patrones característicos, como pueden ser endometriomas, quistes hemorrágicos o teratomas pueden orientar hacia la benignidad del hallazgo y orientar quizás a un manejo más conservador de dichas lesiones.

Pese a no estar validado en gestantes, parece lógico y razonable utilizar los criterios IOTA (*ver protocolo específico*) para establecer sospecha o no y, de haber sospecha, el grado de la misma, respecto a la malignidad. Este dato será crucial a la hora de plantear el manejo de dichas lesiones.

Resonancia Magnética Nuclear

Reservada para casos que presenten dudas razonables dado que, solo con la ecografía ± Doppler, en la gran mayoría de los casos, podremos obtener una precisión diagnóstica elevada, similar a la TC o a la RMN. A priori dado que la RMN es segura en la gestación (siempre que tengamos en cuenta que debe utilizarse sin contraste con gadolinio ya que, el mismo, está contraindicado en el

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

MASAS ANEXIALES EN LA GESTACIÓN

embarazo) esta sería la técnica diagnóstica de elección en caso de dudas, dejando como última instancia, siendo preferible evitarlo, el uso del TC. Útil para descartar origen uterino de la masa (miomas subserosos, pediculados, etc.), en caso de masas de tamaño superior a 8-10 cm, así como para establecer grado de malignidad y extensión en caso de alta sospecha de malignidad.

Marcadores tumores

A día de hoy su utilidad en el diagnóstico sigue siendo dudosa. De solicitarse, deberíamos considerar solamente la petición de Ca 125, Ca 19.9, Antígeno Carcinoembrionario (CEA) y proteína HE-4; teniendo en cuenta de que, con alta probabilidad, la gran mayoría de ellos suelen elevarse en la gestación, sobre todo en las primeras semanas de embarazo, con lo cual es frecuente la alta tasa de falsos positivos. Por ello, parece más razonable utilizarlos como marcador de seguimiento y de efectividad del tratamiento, sobre todo en patología tumoral maligna, más que como arma diagnóstica.

Marcadores tumorales como la β -HCG o la α -fetoproteína carecen de interés en el diagnóstico y seguimiento de masas anexiales durante la gestación dado que los mismos aumentan sus niveles de manera fisiológica.

4. PLAN DE ACTUACIÓN Y MANEJO

Para el manejo de las masas anexiales durante la gestación hay que tener en cuenta, en primer lugar, la alta probabilidad de que correspondan a lesiones benignas o funcionales. Asimismo debemos de tener presente la posibilidad de complicaciones, la mayoría derivadas del tamaño de las mismas, como puede ser el dolor, los síntomas compresivos o la torsión pedicular. Y, por último, debemos de tener en cuenta la sospecha o no de malignidad de las mismas.

Conservador

Expectación: Reservado a pacientes que cumplan los siguientes requisitos:

- Masa asintomática (especialmente, ausencia de dolor).
- Tamaño < 5 cm.
- Signos ecográficos (\pm IOTA) de benignidad.
- Ausencia de cambios, sobre todo, respecto al crecimiento, en las posteriores ecografías de control.

Estas pacientes no requerirán de exámenes adicionales y seguirán los controles habituales y protocolarios de la gestación.

Expectación con especial seguimiento:

- Tamaño entre 5-8 cm.
- Cambios ecográficos respecto a exploraciones anteriores (pero manteniendo criterios de benignidad).
- En caso de IOTA dudosos, se solicitará valoración por parte de segundo obstetra y/o se planteará la opción de solicitar RMN.

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

MASAS ANEXIALES EN LA GESTACIÓN

En estas pacientes, se realizarán controles obstétricos adicionales en semanas 16 y 28 de la gestación. Si, en algún momento, deja de cumplir criterios para mantener tratamiento conservador, se valorará cirugía.

Cirugía

Dado que el manejo quirúrgico se ha visto relacionado estadísticamente con un aumento en la tasa de abortos (9-10%) y de partos pretérmino (15-17%) así como con las complicaciones quirúrgicas derivadas de la técnica, se realizará solamente en los siguientes casos:

- Masas anexiales de > 8 cm de tamaño.
- Sospecha de malignidad (criterios ecográficos \pm IOTA).
- Sintomatología clínica (dolor, sospecha de torsión...).
- Ausencia de criterios para mantener tratamiento conservador.

De realizarse, se ha demostrado que los riesgos derivados de la técnica se minimizan si se programa en el segundo trimestre de la gestación. Es deseable evitar la cirugía en primer trimestre por un lado porque así la mayor parte de la organogénesis ya se ha completado (reduciendo riesgos de teratogénesis inducida por fármacos necesarios durante la cirugía) y, por otro, porque la función hormonal del cuerpo lúteo ya ha sido reemplazada en estas semanas por la placenta y, por tanto, se reduce el riesgo de una disminución iatrogénica de los niveles de progesterona). Por consenso, si se realiza de manera programada, la edad gestacional óptima se sitúa en torno a las 16-17 semanas de gestación dado que, más adelante, por el tamaño y conversión uterinos, el acceso a las fosas anexiales puede presentar mayor dificultad técnica.

En caso de que se programe por sospecha de malignidad deberá, primeramente, presentarse en comité tanto obstétrico, como de tumores, para plantear las futuras opciones terapéuticas y la necesidad de cirugía de estadiaje versus cirugía de intervalo. En dichos casos, también debe plantearse la opción de estudio citológico de lavado peritoneal.

La vía de abordaje quirúrgico (laparotomía versus laparoscopia) dependerá de las preferencias, habilidades y experiencia del cirujano, del tamaño de la lesión, de la presencia de urgencia (dolor, torsión...) y del riesgo de malignidad (en caso de sospecha de malignidad, siempre debe realizarse mediante vía abierta y, a poder ser, mediante laparotomía media). Actualmente ambas vías presentan similares tasas respecto a complicaciones maternas y perinatales aunque la vía laparoscópica se asocia a menor dolor postquirúrgico y menor estancia hospitalaria. Asimismo la vía laparoscópica permite la actuación en semanas de gestación más precoces.

Alternativas

En caso de pacientes que presenten quistes anexiales sintomáticos o de gran tamaño, en los que previamente se hayan descartado con seguridad signos de malignidad y en los que no exista sospecha de torsión, en aquellas que deseen evitar la cirugía, se les puede proponer la opción de aspiración eco-guiada durante la gestación, con quistectomía definitiva en el postparto en caso de ser necesario.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

MASAS ANEXIALES EN LA GESTACIÓN

Consideraciones

- En caso de que la cirugía se realice antes de semana 10 (por ejemplo, por dolor o sospecha de torsión) y se realice la extirpación del cuerpo lúteo en la cirugía, se deberá administrar progesterona natural micronizada 200 mcg intravaginales/12h hasta la semana 12 de gestación.
- Tocolisis profiláctica. No existe evidencia en la literatura que avale su uso. Aun así, se podrá valorar su uso en función de la edad gestacional (dependiendo de la misma se valorará el tipo de fármaco a utilizar) y de la clínica.
- En función de la edad gestacional, valorar el uso de Celestone® para maduración fetal.
- Altamente recomendable el uso de antibioterapia profiláctica (cefazolina 2 gr. i.v. en dosis única).

5. SEGUIMIENTO

- En el caso de haber adoptado una actitud conservadora durante la gestación, se deberá solicitar una cita de seguimiento en consulta en el puerperio (aproximadamente al mes del parto) para reevaluar el aspecto de la masa anexial, plantear cirugía en el postparto, de ser precisa, y para comprobar la evolución en los marcadores tumorales.

- En el caso de manejo quirúrgico, al Alta hospitalaria, se le deberá gestionar una cita a las 4-6 semanas para revisión postquirúrgica, así como para evolución de marcadores tumorales y para comprobar resultados de la anatomía patológica los cuales son, en última instancia, los que van a determinar la posterior evolución y seguimiento. Asimismo, será altamente recomendable la realización de cervicometría, dado el aumento en la tasa de partos pretérmino así como la realización de registro cardiotocográfico / control de dinámica en caso de que la paciente presente sintomatología compatible con dinámica uterina.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Runowicz CD, Brewer M. Adnexal mass: Evaluation and management in pregnancy. In: UpToDate, Goff B (Ed), UpToDate, Waltham, MA. 2023. Last update on January 17, 2023. Accessed: January 28, 2023.
- Cobo B, Presa J. Protocolo: Masas anexiales en el embarazo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Departamento de Obstetricia y Ginecología, 2018.
- López M et al. Protocolo: Tumoraciones anexiales y gestación. Protocolos y Medicina Maternofetal. Hospital Clinic - Hospital Sant Joan de Déu - Universitat de Barcelona. Enero, 2021.
- Testa AC, Mascilini F, Quagliozzi L, et al. Management of ovarian masses in pregnancy: patient selection for interventional treatment. Int J Gynecol Cancer 2021; 31:899.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES**MASAS ANEXIALES EN LA GESTACIÓN**

- Montes de Oca MK, Dotters-Katz SK, Kuller JA, Previs RA. Adnexal Masses in Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2021; 76:437.
- Evidence-Based Guideline on Laparoscopy in Pregnancy: Commissioned by the British Society for Gynaecological Endoscopy (BSGE) Endorsed by the Royal College of Obstetricians&Gynaecologists (RCOG).

Autor	Dr. Rivera Izquierdo, C.		
Fecha	Enero/2023	Vigencia	Enero/2027