

MASAS ANEXIALES EN GESTANTES; CASUÍSTICA ÚLTIMO AÑO EN ÁREA DE SALUD II

Urbano Reyes, María Isabel; Donzo Tobe, Médard; Gómez Leal, Paloma; Isaac Montero, Alejandra²; Esquinas Vega, M⁸ Cruz; López Soto, Álvaro; López-Pérez, Rocío; Romero García, Rafael.
Servicio de Obstetricia y Ginecología de Hospital General Universitario Santa Lucía
²Servicio de Anatomía Patológica de Hospital General Universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones anexiales se presentan en un 0,5-10% de las gestaciones. La mayoría corresponden a procesos funcionales u orgánicos de carácter benigno. La mayoría se resuelven de forma espontánea sin complicaciones. No obstante existen ciertos riesgos; los principales son la torsión y la malignización. Ante el hallazgo de masa anexial en la gestante es prioritario establecer el grado de sospecha de malignidad ya que va a condicionar el manejo de la misma.

A continuación presentamos tres casos de masas anexiales diagnosticados en gestantes durante el último año en el Área de Salud II.

CASO 1

Paciente de 32 años. Primigesta. Sin antecedentes médicos de interés. En la séptima semana de gestación se objetiva en la ecografía tumoración de 145*98 mm de contornos difusos, contenido mixto; líquido, grado y solido de tipo cartilaginoso. Ausencia de líquido libre. Se solicitan marcadores tumorales que resultan negativos. Dado el tamaño de la masa anexial se programa para cirugía en la semana 16; se lleva a cabo anexectomía izquierda. El postoperatorio cursa sin incidencias. La AP informa de Teratoma quístico maduro. Por diagnóstico de PEG, se realiza Inducción médica del parto, que finaliza en parto eutócico.

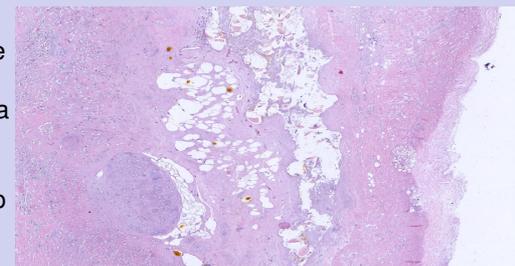
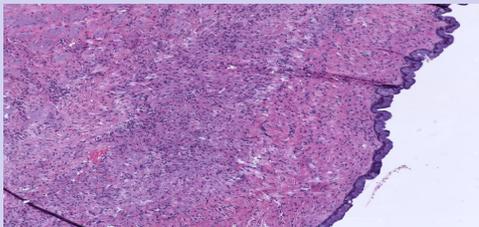
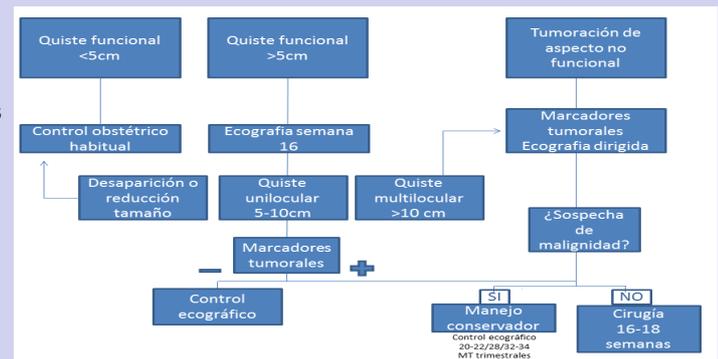


Fig1. Teratoma quístico maduro



CASO 2

Paciente de 28 años. Tercigesta. En la ecografía de screening de primer trimestre, en la semana 12 se objetiva una imagen anecoica de 115*98 parauterina sin poder precisar si depende de ovario o paraovario de tabiques finos menores de 3 mm, sin vascularización central. Se procede de forma similar, en este caso se realiza ooforectomía izquierda. La AP informa de cistoadenoma mucinoso de tipo endocervical.

Fig. 2 Cistoadenoma mucinoso de tipo endocervical.

CASO 3

En este último caso el diagnóstico se lleva a cabo de igual modo durante la ecografía del primer trimestre, en la que se visualiza ovario derecho normal, ovario izquierdo con quiste de 71*39 mm seroso bicameral. Tabiques finos, sin vascularización. Los marcadores tumorales fueron negativos. Así, se decide un manejo conservador durante la gestación, con ecografías de control, en las que se objetivan un aumento progresivo del tamaño del quiste. Durante el puerperio (tras parto eutócico) se completa el estudio con TAC y RMN, que informan de tumoración anexial izquierda correspondiente a posible tumorborderline/ cistoadenocarcinoma sin signos de enfermedad a distancia. Se programa para cirugía con biopsia intraoperatoria que habla de benignidad por lo que se lleva a cabo Anexectomía izquierda. La AP definitiva es cistoadenoma mucinoso multilocular de tipo intestinal.

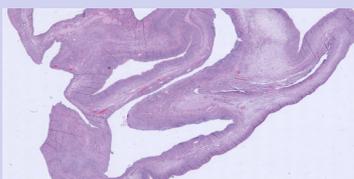


Fig.3 Cistoadenoma mucinoso multilocular de tipo intestinal



CONCLUSIONES

Desde la sistematización del screening del primer trimestre el hallazgo incidental de masas anexiales durante la gestación ha aumentado. Es posible un manejo conservador con ecografías y marcadores tumorales seriados. La cirugía estará indicada en tumoraciones con alta sospecha de malignidad y tumoraciones sintomáticas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Protocolo: Tumoraciones anexiales y gestación. Medicina materno fetal Hospital Clinic Barcelona
2. Practice Bulletin No. 174: Evaluation and Management of Adnexal Masses. Eskander R, Berman M, Keder L. Obstet Gynecol. 2016 Nov;128
3. Risk of torsion and malignancy by adnexal mass size in pregnant women. Koo YJ1, Kim TJ, Lee JE, Kwon YS, Kim HJ, Lee IH, Lim KT, Lee KH, Shim JU, Mok JE. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011 Apr;90