

**02/03/2012**

## **PROTOCOLO DE PUNCIÓN DE MASA ANEXIAL**

La incidencia de masa anexial en mujeres sanas asintomáticas es del 6%, correspondiendo el 90% de las mismas a lesiones quísticas, siendo la mayor parte quistes simples de ovario.

Para la correcta valoración de una tumoración anexial es necesario realizar:

- Anamnesis
- Exploración física
- Pruebas complementarias (analítica y ecografía).

Según estas características, las masas anexiales se pueden clasificar en 2 grupos:

- Bajo riesgo de malignidad
- Alto riesgo de malignidad.

### *I. Anamnesis*

- Antecedentes familiares de cáncer de mama, ovario, endometrio, colon.
- Edad:
  - Premenopausia: prevalece la patología anexial benigna y funcional (considerar tumores de extirpe germinal en menores de 30 años).
  - Postmenopausia: aumenta la incidencia de cáncer de ovario (entre 50-70 años).
- Dolor
  - a mitad de ciclo (quiste funcional)
  - brusco con náuseas y vómitos (torsión ovárica, folículo hemorrágico, degeneración de fibroma)
  - intenso postcoital (ruptura del quiste)
  - fiebre (EIP+/-apendicitis, diverticulitis)
  - crónico (neoplasia)
  - dispaurenia (endometriosis)

### *II. Exploración física (tacto vaginal, rectal)*

Valorar tamaño, localización, consistencia y movilidad de la masa.

Signos clínicos de ALTO riesgo de malignidad:

Masa dura, fija, irregular, no uniforme  
Bilateralidad (70% de los canceres son bilaterales vs 5% de las lesiones benignas)  
Ocupación del saco de Douglas  
Insensibilidad relativa de la masa tumoral  
Signos de afectación o fijación a estructuras vecinas  
Hepatomegalia nodular, ascitis, masa epiploica indurada

### III. Ecografía TV

Signos ecográficos de riesgo de malignidad:

Tamaño > 10cm.  
Masas irregulares, límites mal definidos.  
Componente sólido.  
Papilas o imágenes nodulares intraquiste.  
Septos gruesos (>2-3mm).  
Neovascularización (peri- e intratumoral), V max sistólica alta (> 15 cm/s), flujos de baja resistencia (IR<0.4, IP <1).  
Bilateralidad.  
Presencia de ascitis, masas peritoneales o adenopatías.

Características de la masa sugestivas de benignidad:

- Tamaño: menores de 4cm – funcionales; entre 4 y 10cm – tributarios de punción.
- Contenido:
  - unilocular, de pared fina, anecoico – quiste funcional vs cistadenoma seroso
  - multilobulado, ecogénico, de gran tamaño, unilateral – cistadenoma mucinoso
  - heterogéneo, densidad variable - teratoma
  - homogéneo con ecos de baja-media intensidad en su interior – endometrioma
- Estudio Doppler color: avascular/baja vascularización periférica, V max sistólica baja (<10cm/s), flujos de alta resistencia (IR>0.6, IP >1,5).

### IV. Marcadores tumorales

- CA-125 (<35 U/mL)
- HE4 (Human Epididymis protein 4; <150 pmol/L).

# **CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE MASA ANEXIAL PARA PUNCIÓN ECOGUIADA**

## *I. Ecografía*

Quiste simple:

- formación quística anecóica
- paredes lisas
- diámetro entre 4y 10cm
- ausencia de papilas, septos
- avascular al Doppler color ó vascularización periférica con baja velocidad (<10cm/s) y alta resistencia (IR >0,6; IP >1,5)

Quiste endometriósico:

- Tipo 1
  - redondos
  - sin tabiques
  - menores de 5cm
  - ecogenicidad homogénea
  - transmisión posterior conservada
- Tipo 2
  - paredes gruesas
  - irregulares
  - contornos cuadrangulares por adherencias
  - ecodensidad interna heterogénea, con niveles líquido-líquido y áreas hiperrefringentes en relación a concreciones de pigmentos hemáticos (no confundir con papilas)

II. Marcadores tumorales negativos:

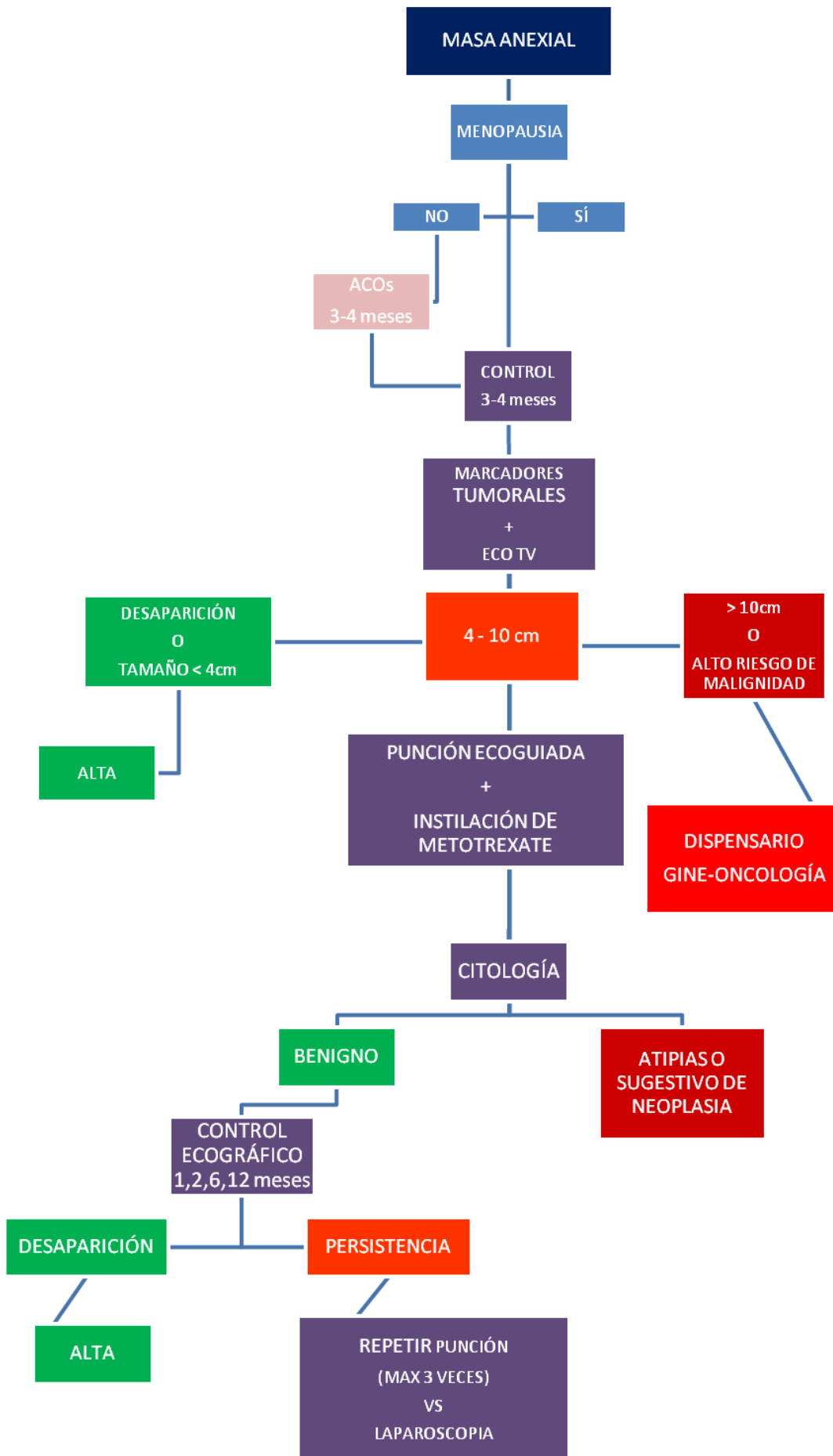
- CA-125 (<35 U/mL)
- HE4 (Human Epididymis protein 4; <150 pmol/L)

A fin de descartar su posible origen funcional, se recomienda confirmar su persistencia tras 3-4 meses de observación.

Se puede valorar la introducción de tratamiento con ACOs en pacientes premenopausicas.

## TÉCNICA DE PUNCIÓN ECOGUIADA

- I. Ambulatoria.
- II. Vía de abordaje (según localización y acceso):
  - Transvaginal (17-20G)
  - Abdominal (18-20G, en función de características del quiste y tolerancia de la paciente).
- III. Valorar analgesia endovenosa vs sedación con observación posterior durante 2-3 horas.
- IV. Aspiración + envío del material a AP.
- V. Sustancia instilada – Metotrexate 30mg en 3ml de SF.
- VI. Valorar protección antibiótica hasta 3 días después de la punción, especialmente en endometriomas.
- VII. Control a los 1, 3, 6 y 12 meses.



## BIBLIOGRAFIA

Mesogitis S, et al. Management of Ovarian Cysts with aspiration and methotrexate injection. *Radiology* 2005; 235: 668-673.

Shawki HE, et al. In situ methotrexate injection after transvaginal ultrasound-guided aspiration of ovarian endometriomas: a randomized controlled trial. *Middle East Fertility Society Journal* (2011) 16. 224-231

Agostini A, et al. In situ methotrexate injection for treatment of recurrent endometriosis cysts. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007; 130(I): 129-31.

Ngo C, et al. Antiproliferative effects of anastrozole, metotrexate and 5-fluorouracil on endometriosis in vitro and in vivo. *Fertil Steril.* 2009; 31:231-5.

Mesogitis S et al. Combined ultrasonographically guided drainage and metotrexate administration for treatment of endometriotic cysts (letter). *Lancet* 2000; 355-1160.

Kafali, H. Management of non neoplastic ovarian cysts with sclerotherapy. *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 81 (2003) 41-45.

Koutlaki et al. Transvaginal aspiration of ovarian cysts: Our experience over 121 cases. *Minimally Invasive Therapy.* 2011; 20:155-159.

Petrovic N. Ultrasound guided aspiration in pathological adnexal processes. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology* 104 (2002) 52-57.

Timmermam D, et al. ovarian cancer prediction in adnexal masses using ultrasound based logistic regression models: a temporal and external validation study by the IOTA group. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 36: 226-234.