

Recurrencia de masas anexiales benignas en un periodo de 5 años en un hospital de segundo nivel

Benign adnexal mass recurrence presented in a 5 years period in a second level hospital

León-Gil María Del Socorro^{1*}, Morgan-Ortiz Fred², Peraza-Garay Felipe³.

1. Residente de cuarto año de ginecología y obstetricia. Hospital civil de Culiacán, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa
2. Médico especialista en ginecología y obstetricia. Hospital civil de Culiacán. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa
3. Doctor en probabilidad y estadística. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa

*Correspondencia: María Del Socorro León Gil.

Eustaquio Buelna No.91 Col. Gabriel Leyva, CP: 80030, Culiacán, Sinaloa, México.

Correo: dra.leongms@gmail.com

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n3.002>

Recibido 10 de Febrero 2020, aceptado 12 de Mayo 2020

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la recurrencia de masas anexiales benignas en un periodo de 5 años en el hospital civil de Culiacán. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrolectivo. Se revisaron los expedientes electrónicos, de todas las pacientes con el diagnóstico de masa anexial sometidas a cirugía laparoscópica o por laparotomía exploradora, en el hospital civil de Culiacán, en el periodo del 2014-2019. Se les dio seguimiento para detectar recurrencia. Se analizó la recurrencia de las masas anexiales, el tipo histológico más frecuente, y el que recurre con mayor frecuencia, así como la recurrencia en el ovario contralateral y la edad promedio de presentación. **Resultados:** Se estudiaron 252 pacientes en total, se observó una recurrencia del 7.5% (n=19) en general. Con edad promedio de 33.9 años. La estirpe histológica más frecuente fue el cistoadenoma seroso con un 25% (n=63) pero la que mostró mayor recurrencia fue el endometrioma con un 26.3% (n=5). El 54.8% (n=138) fueron sometidas a laparotomía exploradora y 45.2% (n=114) a laparoscopia. La recurrencia de ovario contralateral fue 2.4% (n=6). Se encontró mayor recurrencia en laparoscopia y cistectomía con 9.6% (n=11), 11.3% (n=17) respectivamente. **Conclusiones:** Es importante conocer el porcentaje de recurrencia que presentan las masas anexiales, el tipo histológico que mayormente presenta recurrencia, la edad de presentación promedio, ya que la recurrencia disminuye la reserva ovárica y estas se presentan en edad fértil.

Palabras clave: Recurrencia, masa anexial, quiste ovárico, laparoscopia, cistectomía.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the benign adnexal mass recurrence presented in a five year period of time in Culiacan's Civil Hospital. **Material and Methods:** Observational, descriptive, retrospective study. We researched all medical records of patients with adnexal mass diagnosis who required surgical intervention by laparoscopy or abdominal laparotomy approach in Culiacan's Civil Hospital, during 2014 to 2019. Then we followed them to detect recurrence. We analyzed the adnexal mass recurrence, the most common histological type and the one that recurred more frequently, as well as the presence of contralateral recurrence and mean age at presentation. **Results:** We study a total of 252 patients, who presented a 7.5% recurrence (n=19), with a mean age of 33.9 years. The most frequent histological type was serous cistoadenoma with a 25% (n=63) but endometrioma presented higher recurrence with 26.3% (n=5). Laparotomy was made in 54.8% (n=138) patients, and 45.2% (n=114) by laparoscopy. Contralateral recurrence was present in a 2.4% (n=6). Laparoscopy and cystectomy presented higher recurrence rate with 9.6% (n=11) and 11.3% (n=17) respectively. **Conclusions:** It's important to have knowledge of the percentage recurrence of adnexal masses, histological type that often recur, mean age of presentation, due to diminish ovarian reserve that present with every recurrence, and as seen before, adnexal masses presents during childbearing age.

Key words: Recurrence, adnexal mass, cystectomy.

Introducción

Las masas anexiales en ginecología, representan la tercera causa de intervención quirúrgica, así como motivo de consulta. Éstas pueden encontrarse en diferente grupo etario, por lo que su pre-

valencia varia ampliamente dependiendo de la población estudiada, los criterios empleados y la presentación clínica. En el grupo de edad fértil (25-40 años) la prevalencia de masas anexiales detectadas por ultrasonido es del 7.8% ¹, Pubertad 1-12%, postmenopausia 14-18%, embarazadas 0.2-5% ². Al detectar una masa anexial, se

debe descartar patologías no ginecológicas como apendicitis, diverticulitis; Así como la presentación aguda o asintomática de éstas. Tales como embarazo ectópico, o torsión ovárica que requiera intervención quirúrgica inmediata³. La presentación asintomática, permite realizar un protocolo adecuado para excluir el riesgo de malignidad, por medio del marcador tumoral CA 125 con punto de corte 65UI/ml⁴, índice de ROMA con punto de corte ≥ 1.31 en premenopausicas y postmenopausicas ≥ 2.77 ³, IRM de Jacobs con punto de corte > 200 para pre y postmenopausicas⁵; Así como los criterios ecográficos simples sugestivos de malignidad como: Componente sólido, ascitis, tumor mayor a 10 cm, papilas mayores a 4, septos de 3 mm o más^{6,7}. Aunque el carcinoma ovárico es raro en paciente premenopausicas. El manejo de las masas anexiales de etiología benigna puede ser expectante cuando son menores a 6 cm o presentan comorbilidades, con seguimiento ultrasonográfico durante 1 año sin componente sólido y 2 para el último⁸. Dentro del manejo quirúrgico se puede realizar por laparotomía exploradora, laparoscopia o cirugía robótica, siendo esta última menor realizada por su alto costo. Debido a que las tumoraciones ováricas benignas se pueden presentar en edad fértil o pubertad, siempre debe ir su enfoque a la preservación de la fertilidad, independientemente del tipo de abordaje que se realice, prefiriéndose la mínima invasión^{9,10}. El aspirado de las masas anexiales no se recomienda debido a que presentan recurrencia en un 44%^{11,12}, únicamente como tratamiento para abs-

ceso tuboovaricos que no responden a antibiocioterapia¹³. Un inconveniente sobre las masas anexiales es su recurrencia, existe poca evidencia donde se plasme en porcentaje el mismo de manera general, solo se describen por estirpe histológica, siendo el endometrioma el mayor estudiado en este aspecto con una tasa de 7.8-24.6% de 1 a 4 años respectivamente^{14, 15,16}, seguido de teratoma maduro o quiste dermoide 2.5-4.2%¹⁷, además, este último se presenta de manera bilateral en un 10-17%¹⁸. Se ha demostrado que la propia recurrencia ocasiona daño en la reserva ovárica¹⁹. Así mismo, en un estudio de 110 mujeres, con una media de edad de 35-45 años, se reporta la recurrencia de endometrioma contralateral posterior a salpingooforectomía en $n= 8$ (16%) en general, al año 8%, 2 años 10.2%, 3 años 12.7 % y 5 años 24.7%. Las pacientes a quienes se les realizó cistectomía tuvieron una recurrencia de 11.7%²⁰. Respecto a la literatura anterior se pretende estimar un porcentaje de recurrencia que presentan las masas anexiales de manera general, para así, evitar manejos radicales ante la sospecha de benignidad, sobre todo en pacientes púberes, nuligestas o con paridad insatisfecha.

Material y métodos

Nuestro estudio fue observacional, descriptivo, retrolectivo tipo encuesta. En el cual se revisaron los expedientes clínicos electrónicos de todas las pacientes con diagnóstico de masa anexial sometidas a cirugía laparoscópica o laparotomía exploradora, en el hospital civil de Culiacán, en el periodo del 2014-2019, se recolectaron un total de

417 pacientes, se excluyeron 15 por manejo expectante, 10 por alta voluntaria, se eliminaron 117 por falta de reporte histopatológico, 10 por patología no ginecológica, y 13 por diagnóstico de carcinoma. Se estudiaron un total de **252** pacientes con reporte histopatológico, se realizó la cedula de recolección de datos, y posteriormente se plasmaron las variables una tabla en Excel, donde se incluyeron datos importantes como: edad, tipo de procedimiento e intervención realizada, tamaño de la masa anexial, lateralidad de la masa. Se realizó una encuesta vía telefónica, para identificar quienes presentaron recurrencia posterior a 1 año de haberse realizado el procedimiento quirúrgico. Se analizó la recurrencia de las masas anexiales, el tipo histológico más frecuente, y el que mayormente recurre, lateralidad de la masa anexial, así como la recurrencia en el ovario contralateral y la edad promedio de las pacientes, se buscó determinar si existía correlación entre el tamaño de la masa anexial con su recurrencia.

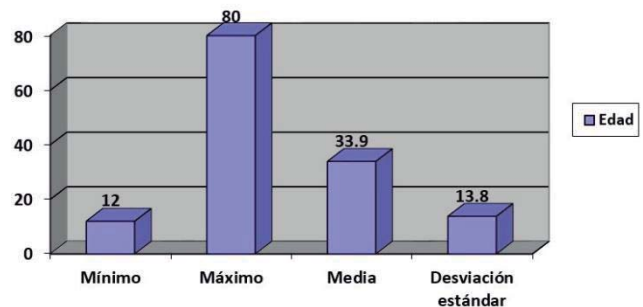
Para comparar la relación entre variables categóricas se utilizó la prueba Chi-cuadrada. Relación entre dicotómicas y numéricas se utilizó la prueba t. Los datos fueron analizados en spss v22. Un valor p menor a .05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados

Se analizaron **252** pacientes con diagnóstico de masa anexial, que requirieron intervención quirúrgica. Presentando una edad promedio de 33.9 años (DE: 13.8; mínimo: 12 y máximo: 80), (**Fi-**

gura 1). 54.8% (n=138) fueron sometidas a laparotomía exploradora y 45.2% (n=114) por laparoscopia; Mostrando predominio de aparición sobre el ovario izquierdo con 46% (n=116) pacientes versus 44.4% (n=112) derecho y bilateral en 9.5% (n=24) pacientes. El procedimiento que mayormente se realizó fue cistectomía en 59.5% (n=150) pacientes, seguido de salpingooforectomía en 18.7% (n=47) y ooforectomía sola en 15.5% (n=39) pacientes.

Figura 1. Edad de presentación promedio de masas anexiales



La estirpe histológica que más se presentó fue: cistoadenoma seroso en 25% (n=63) pacientes, seguido de endometrioma con 17.1% (n=43). (**Tabla 1**). En nuestro estudio, el 7.5% (n=19) presentó recurrencia a partir de 1 año de la realización del procedimiento quirúrgico, donde 2.4% (n=6) tuvieron aparición en el ovario contralateral. (**Tabla 2**). Se buscó el porcentaje de recurrencia de las masas anexiales, así como la estirpe histológica que mayor recurrencia presenta, encontrándose al endometrioma con un 26.3% (n=5/19) seguido de cistoadenoma seroso y cuerpo lúteo hemorrágico con un 15.8% (n=3/19) ambos. (**Figura 2**). El análisis realizado para la asociación entre la recurrencia de las masas anexiales con el

tipo de intervención llevado a cabo, no mostro diferencia significativa ($p=.338$), con laparoscopia 9.6% ($n=11$) versus laparotomía exploradora 5.8% ($n=8$). Ni tampoco lo hizo el tipo de procedimiento realizado ($p=.177$). Presentándose recurrencia en 11.3 % ($n=17$) a las que se les realizo cistectomía y 5.1% ($n=2$) ooforectomía sola. (**Tabla 2**)

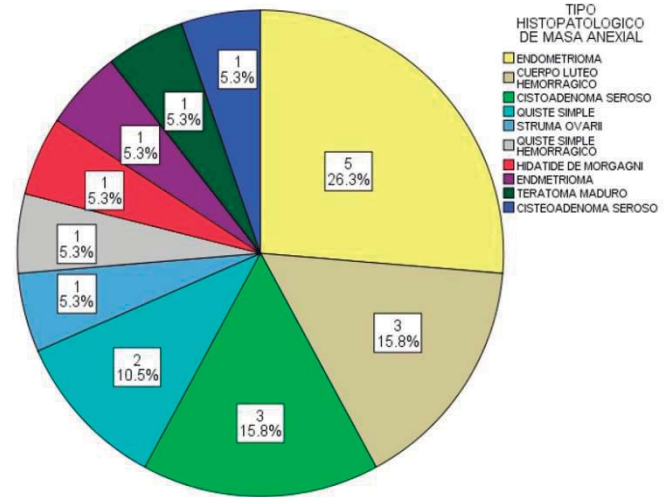
Tabla 1. Frecuencia del tipo histológico de las masas anexiales

	Frecuencia	Porcentaje
Cistoadenoma seroso papilar	1	.4 %
Cistoadenofibroma	1	.4 %
Cistoadenofibroma seroso	5	2.0 %
Cistoadenofibroma seroso papilar	3	1.2 %
Cistoadenoma mucinoso	6	2.4 %
Cistoadenoma seroso	63	25
Cistoadenoma seroso paratubarico	1	.4 %
Cuerpo luteo hemorragico	32	12.7 %
Endometrioma	43	17.1 %
Fibroma	4	1.6 %
Hidatide de morgagni	4	1.6 %
Hidrosalpinx	8	3.2 %
Piosalpinx	3	1.2 %
Quiste de inclusion	1	.4 %
Quiste folicular	5	2.0 %
Quiste simple	16	6.4 %
Quiste simple hemorragico	2	.8 %
Quiste simple paratubarico	14	5.6 %
Quiste torcido	4	1.6 %
Salpingitis cronica	1	.4 %
Salpingooforitis abscedada	1	.4 %
Salpingooforitis aguda	2	.8 %
Struma ovarii	2	.8 %
Teratoma maduro	30	11.9 %
Total	252	100 %

Tabla 2. Porcentaje de recurrencia global, de acuerdo al tipo de intervención, procedimiento y presentación en ovario contralateral posterior a cirugía.

N=252	Total procedimientos	Total Recurrencia	%	p
Recurrencia		19	7.5%	
Tipo de intervención				
Laparoscopia	114	11	9.6%	.338
Lape	138	8	5.8%	
Tipo de procedimiento				
Cistectomía	150	17	11.3%	.177
Ooforectomía	39	2	5.1%	
Contralateralidad		6	2.4%	

Figura 2. Recurrencia que presenta la masa anexial según el tipo histológico



Discusion

Las masas anexiales son una causa frecuente de consulta en el servicio de ginecología y obstetricia y constituye la tercera causa de cirugía ginecológica. Existe poca evidencia sobre el porcentaje de recurrencia de las masas anexiales en general, por lo que se estudian de manera individual dependiendo del tipo histológico, en este estudio se encontró de manera general una recurrencia del 7.5% ($n=19/252$), encontrándose como estirpe histológica más común el endometrioma en un 17.1% ($n=43/252$) comparado con la literatura de un 17.4%¹²; así como una recurrencia del 26.3% ($n=5$) comparado con la literatura de 7.8- 24.6% desde 1 año hasta los 4 años^{14, 16}.

La edad media de presentación se reportó en 33 años, correspondiente a una edad reproductiva, periodo donde se presentan con mayor frecuencia los endometriomas de acuerdo a la literatura^{20,21}.

La cirugía laparoscopia es considerada el estándar de oro, para el manejo de las masas anexiales benignas, sin embargo debido a su alto costo se opta por la laparotomía exploradora¹⁹. En nuestra institución se realizaron casi de manera similar los procedimientos de laparoscopia 45.2% (n= 144) versus laparotomía 54.8% (n=138) presentando mayor recurrencia en laparoscopia con un 9.6% (n=11) versus laparotomía exploradora 5.8% (n=8), aunque no fue estadísticamente significativo (p=.338).

En un estudio, de 110 mujeres, con una media de edad de 35-45 años, se reporta la recurrencia de endometrioma contralateral posterior a salpingooforectomía encontrándose en 16% (n=8) en general. Las pacientes a quienes se les realizó cistectomía tuvieron una recurrencia de 11.7%²⁰. En nuestro estudio se encontró recurrencia contralateral del 2.4% (n=6) en su mayoría tras la realización de cistectomía, menor a lo reportado en la literatura previa.

En este estudio se buscó encontrar asociación entre el tamaño de la masa anexial con la recurrencia de las mismas sin encontrarse significancia estadística.

Los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento de un porcentaje estimado de la recurrencia de las masas anexiales que pueden presentarse en un hospital de segundo nivel como nuestra institución, así como la edad media de presentación, el porcentaje en el que puede presentarse

una recurrencia contralateral, el sitio de predominio, todo esto encaminado a evitar la presentación de la recurrencia.

Conclusion

Es importante conocer el porcentaje de recurrencia que presentan las masas anexiales, así como el tipo histológico que mayormente presenta recurrencia, la edad de presentación promedio, debido a que la recurrencia disminuye la reserva ovárica y estas se presentan en pacientes en edad fértil. Como se reporta en la literatura, uno de los factores de riesgo es la edad de presentación temprana. Con lo anterior se puede prevenir la realización de procedimientos semi radicales, tales como la ooforectomía debido a que a pesar de los mismos se puede presentar una recurrencia contralateral.

Agradecimientos

En agradecimiento a mi hermosa familia, mis maestros y mis compañeros.

Referencias

1. Borgfeldt C, Andolf E. Transvaginal sonographic ovarian findings in a random sample of women 25-40 years old. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1999;13(5):345–50.
2. Mimoun C, Fritel X, Fauconnier A, Deffieux X, Dumont A, Huchon C. Epidemiology of presumed benign ovarian tumors. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2013;42:722–9
3. ACOG Practice Bulletin No. 174. Evaluation and Management of adnexal masses. *Obstet Gynecol.* 2016; 128 (5):210-226

4. Brooks SE. Preoperative evaluation of patients with suspicious ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1994;55: 80-90
5. Geomini P, Kruitwagen R, Bremer GL, Cnossen J, Mol BW. The accuracy of risk scores in predicting ovarian malignancy: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2016 ; 128 (5):384–94
6. Brown DL, Dudiak KM, Laing FC. Adnexal masses: US characterization and reporting. *Radiology*. 2010;254:342–354
7. Coccia ME, Rizzello F, Romanelli C. Adnexal Masses: What is the Role of Ultrasonographic Imaging? *Arch Gynecol Obstet*. 2014;290:843–854.
8. Suh-Burgmann E, Kinney W. Potential harms outweigh benefits of indefinite monitoring of stable adnexal masses. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213:816.e1-4
9. Karpelowsky JS, Hei ER, Matthews K. Laparoscopic resection of benign ovarian tumours in children with gonadal preservation. *Pediatr Surg Int* 2009;25:251–4
10. Waxman M, Boyce JG. Intraperitoneal rupture of benign cystic ovarian teratoma. *Obstet Gynecol*. 1976;48 (suppl):9S–13S
11. Nikolaou M, Adonakis G, Zyli P, Androutopoulos G, Saltamavros A, Psachoulia C. Transvaginal ultrasound-guided aspiration of benign ovarian cysts. *J Obstet Gynaecol* 2014;34:332–5
12. Garcia-Tejedor A, Castellarnau M, Burdio F, Fernandez E, Marti D, Pla MJ. Ultrasound-guided aspiration of adnexal cysts with a low risk of malignancy: is it a recommendable option? *J Ultrasound Med* 2015;34:985–91
13. Chappell CA, Wiesenfeld HC. Pathogenesis, diagnosis, and management of severe pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Clin Obstet Gynecol* 2012;55:893–903.
14. Liu X, Yuan L, Shen F. Patterns of and risk factors for recurrence in women with ovarian endometriomas. *Obstet Gynecol*, 2007,109(6):1411-1420
15. Ming Y, Wen-wen W. Risk Factors for Recurrence of Ovarian Endometriomas after Surgical Excision. *J Huazhong Univ Sci Technol*. 2014, 34(2): 213-219
16. Busacca M, Chiaffarino F, Candiani M. Determinants of long-term clinically detected recurrence rates of deep, ovarian, and pelvic endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(2):426–432
17. Song YN, Zhu L, Lang JH. Recurrent mature ovarian teratomas: retrospective analysis of 20 cases. *Chin Med J* 2007; 87(17):1184-6.
18. Hackethal A, Brueggmann D, Bohlmann MK, Franke FE, Tinneberg HR, Münstedt K. Squamous-cell carcinoma in mature cystic teratoma of the ovary: systematic review and analysis of published data. *Lancet Oncol* 2008;9:1173-80.
19. Koga k, osuga Y. Recurrence of endometrioma after laparoscopic excision and its prevention by medical management. *Front biosci*. 2013 (5):676-83
20. Tokie H, Tetsuya H. Contralateral ovarian endometrioma recurrence after unilateral salpingoophorectomy. *BMC women's health*. 2019; 19:59
21. Farquhar CM. Extracts from the clinical evidence. *Endometriosis*. *BMJ* 2000;320:1449–52