



MASA ANEXIAL GIGANTE Y GESTACIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO.

Vázquez Campà, Raquel; Escudero Borrego, Isabel; García Teruel, María Paz; Hernández Ros, María Inés; Moreno Sánchez, Cristina.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de masa anexial en la mujer gestante no es un hecho infrecuente. En algunos artículos se habla de una incidencia del 4%, mientras que otras revisiones señalan una incidencia de 1/2300 gestaciones.

Procesos como la estimulación ovárica y las técnicas de reproducción asistida, pueden ser un factor de riesgo adicional a la aparición de masas anexiales, con riesgo sobreañadido de torsión ovárica.

La mayoría de tumoraciones en la gestación son asintomáticas, y pueden confundirse con los síntomas propios del embarazo, como la distensión abdominal, molestias gastrointestinales o flatulencias.

En cuanto a la etiología, la mayoría son de origen funcional y suelen presentar resolución en hasta el 80% de los casos. Entre ellos, los quistes foliculares y los cuerpos lúteos son los más frecuentes. Los no funcionales son los segundos en prevalencia, siendo los más frecuentes los quistes dermoides, seguidos de los cistoadenomas mucinosos, serosos y los quistes endometriósicos.

En lo referente al riesgo de malignidad, suele ser menor de un 2% y se asocia la mayoría de los casos a tumores epiteliales borderline, disgerminomas y teratomas malignos.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de 27 años, primípara con gestación de curso normal, sin antecedentes de interés.

Ecografías de semana 12 y 20 dentro de la normalidad. En semana 36 se realiza ecografía abdominal y se observa feto en podálica y adyacente a la gestación formación sonoluscente de 145 x 103 mm que se extiende desde hipocondrio derecho y flanco compatible con quiste gigante ovárico (imagen 1).

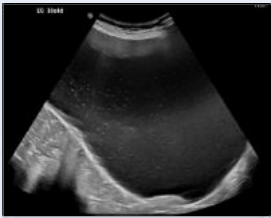


Imagen 1.

Dado el hallazgo de masa anexial derecha, se

solicita analítica con marcadores tumorales, ecografía abdominal completa para filiar la formación y se cita en semana 38 para resultados y programar cesárea electiva, dado que está contraindicada la realización de versión cefálica externa.

Los marcadores tumorales (Ca19.9, Ca125, HE4 y ROMA premenopáusicas) son negativos.

La ecografía abdominal completa describe lesión anecoica homogénea (quistica) de 15x10 cm localizada en hipocondrio-flanco derecho, que contacta con hígado, riñón derecho y ovario derecho, con aparente origen en anexo derecho y plano graso de clivaje con los otros órganos.

Se realiza cesárea electiva en semana 39 de gestación, nace varón sin incidencias en presentación podálica. En el mismo acto se observa formación procedente de ovario derecho de 200 mm de longitud y 100 mm de grosor, que alcanza hipocondrio derecho, móvil, no adherida a planos, de contenido líquido, con paredes muy finas, que se rompe durante la manipulación, obteniendo líquido seroso. Se consigue realizar quistectomía, conservando resto de ovario sano (imagen 2). Postoperatorio de curso normal.

El diagnóstico anatomopatológico indica que se trata de un quiste folicular luteinizado asociado al embarazo y la citología del líquido confirma escasa celularidad de hábito mesotelial benigno.



Imagen 2.

CONCLUSIÓN

El hallazgo o diagnóstico de masas anexiales durante la gestación es frecuente debido al control y manejo ecográfico que se realiza durante la misma. La mayoría de las masas diagnosticadas durante la gestación son tumoraciones funcionales, seguidas de las no funcionales y en menor rango tumores malignos.

El manejo de las mismas varía en función de la etiología, y el tamaño no suele superar los 60 mm de tamaño. Las principales complicaciones asocia torsión ovárica o rotura, y la clínica suele pasar desapercibida al camuflarse con los síntomas propios de la gestación.

Ante dudas diagnósticas, la RMN puede ser de utilidad, al no asociar riesgo fetal.

BIBLIOGRAFÍA

De Haan, J., Verheecke, M., & Amant, F. Management of ovarian cysts and cancer in pregnancy. Facts, views & vision in ObGyn 2015, 7(1), 25-31
Hakoun AM, AbouAl-Shaar I, Zaza KJ, Abou-Al-Shaar H, Salloum MA. Adnexal masses in pregnancy: An updated review. Avicenna J Med 2017;7:153-7
Schwartz N, Timor-Tritsch IE, Wang E. Adnexal masses in pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2009 Dec; 52 (4):57085. doi: 10.1097/GRF.0b013e3181bea9d7

