

Quistes de ovario incidentales

Se proporciona un método para evaluar los quistes de diagnóstico dudoso.

Autor: Elisa K. Ross, Medhi Kebría. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine* Volume 80 • Number 8 August 2013 503

Página 1

A menudo, los quistes de ovario, a veces informados como tumores de ovario o tumores anexiales, se hallan en forma incidental en mujeres que no presentan síntomas. Estos quistes pueden ser fisiológicos (relacionados con la ovulación) o neoplásicos—benignos, *borderline* (bajo potencial maligno) o francamente malignos. Por lo tanto, estas lesiones incidentales plantean muchos problemas diagnósticos.

Si bien la gran mayoría de los quistes de ovario son benignos, algunos son malignos. Los tumores de ovario malignos tienen una tasa de supervivencia notablemente baja. El diagnóstico solo puede hacerse quirúrgicamente, ya que la aspiración o la biopsia no son definitivas y pueden ser perjudiciales. Por lo tanto, el médico debe tratar de equilibrar los riesgos de la cirugía de una lesión que posiblemente sea benigna con el riesgo de retrasar el diagnóstico de un tumor maligno. En este artículo se proporciona un método para orientar el diagnóstico de estos quistes y establecer cuándo el paciente puede estar tranquilo y cuándo necesita ser derivado al especialista.

≈ El dilema de los quistes de ovario

► **Los quistes ováricos son comunes**

Se considera que las mujeres premenopáusicas pueden desarrollar al menos 1 quiste folicular pequeño casi todos los meses. Se ha informado que la prevalencia puntual significativa de los quistes es de casi el 8% en las mujeres premenopáusicas. Se destaca que en las mujeres postmenopáusicas la prevalencia alcanza el 14% al 18%, con una incidencia anual del 8%. Entre el 30% y el 54% de los quistes ováricos en las mujeres posmenopáusicas persisten durante años.

Una palabra sobre el cribado

No se recomienda el cribado de las mujeres con riesgo promedio de cáncer de ovario por cualquier grupo profesional. La incidencia de cáncer de ovario es demasiado baja, la ecografía y el antígeno del cáncer 125 (CA125) son demasiado inespecíficos y la biología del cáncer no se presta para el cribado. En un estudio grande reciente, el cribado anual con CA125 y ecografía no disminuyó la tasa de mortalidad por cáncer de ovario, y una evaluación reciente e importante de los resultados positivos falsos comprobó la asociación con complicaciones.

Una palabra sobre la prevención

Los anticonceptivos orales tienen un efecto protector contra el cáncer de ovario y pueden evitar la formación de quistes funcionales. La ooforectomía bilateral protege contra los cánceres de ovario y de mama pero se asocia con un aumento la tasa de mortalidad global

► **Poco se sabe acerca de la etiología de la mayoría de los quistes ováricos.**

Se cree que los quistes funcionales o fisiológicos son variaciones del proceso ovulatorio. Ellos no parecen ser precursores del cáncer de ovario. También se cree que la mayoría de los quistes neoplásicos benignos no son precancerosos, con la posible excepción del quiste de ovario mucinoso. Los quistes de ovario no aumentan el riesgo de cáncer de ovario en el transcurso de la vida y la eliminación de los quistes benignos no ha demostrado que disminuya el riesgo de muerte por cáncer de ovario.

► **La mayoría de los quistes ováricos y las tumoraciones son benignas**

Los quistes ováricos simples son mucho más propensos a ser benignos que malignos. Las tumoraciones ováricas complejas y sólidas también son más propensas a ser benignas, independientemente del estado de la menopausia, pero en este grupo se encuentran más malignidades.

En con cualquier tipo de tumoración, las posibilidades de malignidad aumentan con la edad. Las niñas y adolescentes no se discuten en este artículo; deben ser derivados al especialista.

► **El cáncer de ovario suele temer un mal pronóstico**

Este tipo de cáncer "silencioso" se descubre más frecuentemente y se comienza a tratar cuando ya se ha extendido, contribuyendo a una tasa de supervivencia a los 5 años de solo el 33% al 46%. Idealmente, el cáncer de ovario podría hallarse y eliminarse mientras todavía está confinado al ovario, en cuyo caso la tasa de supervivencia a los 5 años es >90%. Por desgracia, dicen los autores, en la mayoría de los cánceres de ovario no parece haber una lesión precursora, y no hay una buena manera de descubrir el cáncer cuando todavía se halla en la fase 1, por lo que la detección de este cáncer antes de su propagación sigue siendo un objetivo escurridizo.

► **Para diagnosticar casos difíciles es necesaria la cirugía**

No existe una prueba perfecta para la evaluación preoperatoria de una masa quística ovárica. Cada método tiene su inconveniente. Por lo tanto, National Institutes of Health estima que en EE. UU. el 5% al 10% de las mujeres se someterá, en su vida, a la exploración quirúrgica de un quiste de ovario y solo el 13% al 21% de estos quistes serán malignos.

≈ **Evaluación de un tumor de ovario descubierto en forma incidental**

Ciertos factores de la historia, la semiología y el análisis de sangre pueden sugerir la existencia del quiste, ya sea benigno o maligno, y pueden influir en la evaluación posterior. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el mejor paso a seguir es realizar una ecografía transvaginal.

► **Historia**

La edad es un factor de riesgo importante para el cáncer de ovario; la edad media al momento del diagnóstico es 63 años.

En el grupo de edad reproductiva, los quistes ováricos tienen mayor probabilidad de ser funcional que neoplásicos. Los cánceres epiteliales son raros antes de los 40 años pero pueden ocurrir otros tipos de cáncer como los borderline, el cáncer de células germinales o los tumores del estroma de los cordones sexuales. Según el grupo etario, la probabilidad de que el quiste sea benigno o maligno varía, aunque como se señaló antes, la probabilidad de malignidad aumenta con la edad.

► **Síntomas.** La mayoría de los quistes de ovario benignos o malignos son asintomáticos y se hallan solo incidentalmente. Los síntomas más frecuentes son la presión o el dolor pélvico o abdominal bajo. El dolor agudo puede estar provocado por la torsión del ovario, la hemorragia en el quiste, su con o sin hemorragia intraabdominal, el embarazo ectópico y la enfermedad inflamatoria pélvica con absceso tubo-ovárico.

Algunos pacientes con cáncer de ovario informan síntomas vagos como urgencia urinaria o polaquiuria, distensión abdominal y dificultad para comer o saciedad precoz. Aunque el valor predictivo positivo de esta constelación sintomática es solo de aproximadamente el 1%, su utilidad aumenta si estos síntomas son de reciente presentación (en el último año) con frecuencia de 12 días al mes.

► Los **antecedentes familiares** de cáncer de ovario, mama, endometrio o colon son particularmente importantes. Cuanto mayor es el número de familiares afectados y más cercano el grado de parentesco mayor es el riesgo. En algunos casos, el riesgo relativo de cáncer es 40 veces superior. El síndrome de cáncer de mama-ovario, el síndrome de cáncer colorrectal no poliposis hereditario y el síndrome de cáncer familiar, así como una conformación genética de alto riesgo, como la presencia de BRCA1, BRCA2, y el síndrome de Lynch, imprimen en la mujer un riesgo significativamente mayor. Las hijas tienden a desarrollar cáncer a una menor edad que las madres afectadas. Sin embargo, sólo el 10% de los cánceres de ovario ocurre en pacientes con antecedentes familiares, dejando al 90% como sucesos esporádicos.

► **Otros antecedentes.** Los factores de protección contra el cáncer de ovario incluyen el uso de anticonceptivos orales en cualquier momento, la ligadura de trompas, la histerectomía, la paridad, la lactancia materna, una dieta hipograsa y, posiblemente, el uso de aspirina y paracetamol.

Los factores de riesgo de malignidad incluyen: edad avanzada; nuliparidad; antecedentes familiares de cáncer de ovario o de mama; antecedentes personales de cáncer de mama; uso de talco; exposición al amianto; raza blanca; irradiación pélvica; tabaquismo; consumo de alcohol; posiblemente, el uso previo de medicamentos para la fertilidad, estrógenos o andrógenos; antecedente de paperas; residencia urbana; menarca precoz y menopausia tardía.

► **Examen físico**

Signos vitales. La fiebre puede indicar una enfermedad infecciosa o la torsión del ovario. La aparición repentina de hipotensión o taquicardia indican una condición hemorrágica como el embarazo ectópico o la rotura de un quiste hemorrágico.

El **examen pélvico bimanual** es notoriamente inexacto para detectar y caracterizar los quistes ováricos. En un estudio prospectivo, examinadores que desconocían el motivo de la cirugía evaluaron a mujeres bajo anestesia. Los autores

concluyeron que el examen bimanual era de poco valor, incluso en las mejores circunstancias. El examen pélvico puede ser aún más difícil en las pacientes obesas, vírgenes o con atrofia vaginal, o están doloridas.

La información útil que puede ser obtenida mediante el examen bimanual incluye la ubicación exacta de la sensibilidad pélvica, la firmeza relativa de una tumoración identificada, y la existencia de nódulos en la pared posterior del fondo de saco, lo que sugiere cáncer de ovario avanzado.

► **Marcadores tumorales**

El *antígeno de cáncer 125 (CA125)* es el marcador tumoral más ampliamente estudiado y utilizado para el cáncer de ovario. Cuando el cáncer de ovario epitelial avanzado se asocia con un nivel elevado del marcador, el valor se correlaciona con la carga tumoral. Lamentablemente, dicen los autores, solo la mitad de los cánceres de ovario en estadio temprano y el 75% al 80% de los cánceres de ovario avanzados expresan este marcador. Especialmente en las mujeres premenopáusicas hay muchas afecciones pélvicas que pueden elevar falsamente el CA125.

Por lo tanto, su sensibilidad y especificidad para predecir el cáncer de ovario son subóptimas. Sin embargo, el CA125 suele usarse para ayudar a estratificar el riesgo cuando se evalúan quistes y tumoraciones ováricas conocidos. El valor considerado anormal en las mujeres posmenopáusicas es ≥ 35 U/ml mientras que en las mujeres premenopáusicas el punto de corte no está tan bien definido. Cuanto más bajo se establece el nivel de corte más sensible es la prueba. Las recomendaciones actuales aconsejan utilizar el valor de 50 U/ml o 67 U/ml en lugar de 200 U/ml aconsejado por el American Congress of Obstetricians and Gynecologists y la Society of Gynecologic Oncology.

Sin embargo, es probable que la especificidad sea menor con estos valores de corte más bajos. Las afecciones que pueden elevar los niveles de CA125 son casi cualquiera que irrite el peritoneo, incluyendo el embarazo, la menstruación, los fibromas, la endometriosis, la infección y la hiperestimulación ovárica, así como condiciones médicas como las enfermedades hepáticas o renales, colitis, diverticulitis, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes, enfermedades autoinmunes y ascitis.

El seguimiento de los niveles de CA125 puede ser más mejor que tratar de establecer un valor de corte de CA125 único. El CA125 no debe ser utilizado como un instrumento de cribado en las mujeres de riesgo promedio.

► **OVA1.** Se han desarrollado y evaluado varios paneles de biomarcadores para evaluar el riesgo en las mujeres con tumoraciones pélvicas. El OVA1, un panel patentado de pruebas (Vermillion, Austin, TX) fue aprobado por la US Food and Drug Administration (FDA) en 2009. Incluye el CA125 y otras 4 proteínas, de las cuales se calcula un puntaje de probabilidad (elevado o bajo) utilizando una fórmula patentada. En estudios prospectivos, el OVA1 fue más sensible que la evaluación clínica o el CA125 solos. La mayor sensibilidad y valor predictivo negativo se vieron contrarrestados por una especificidad más baja y un valor predictivo positivo. El OVA1 no es una herramienta de detección.

≈ **Evaluación con ecografía**

La ecografía es el estudio de imagen de elección para evaluar los quistes y tumores anexiales, y por lo tanto es el paso de elección después de hacer la historia clínica, realizar el examen físico y obtener los análisis de sangre. En los casos en los que la tumoración ovárica se descubre en forma incidental, la tomografía computarizada (TC) permite caracterizar el hallazgo hecho por la ecografía.

La ecografía pélvica puede ser realizada por vía transabdominal o transvaginal. Esta última brinda imágenes más claras en la mayoría de las pacientes. La exploración transabdominal está indicada para los tumores grandes; cuando el acceso vaginal es difícil (como en las pacientes vírgenes o con atrofia vaginal) o, cuando el tumor está fuera de la distancia focal de la sonda vaginal. Para obtener mejores imágenes con la ecografía transabdominal generalmente se requiere la vejiga llena. El valor de las imágenes obtenidas depende de la experiencia del ecografista y del lector y también del equipo. Por otra parte, actualmente hay normas ampliamente utilizadas para el informe de los hallazgos—la descripción es individualizada, al punto que algunos autores recomiendan que el clínico revise personalmente las películas para obtener un cuadro más preciso.

► **Tamaño**

El tamaño por sí solo no puede ser utilizado para distinguir entre las lesiones benignas y malignas. Los quistes simples hasta 10 cm. tienen más probabilidad de ser benignos, independientemente del estado de la menopausia. Sin embargo, en los casos de tumores complejos o sólidos, el tamaño se correlaciona algo con la posibilidad de malignidad, con excepciones notables, como los famosos fibromas sólidos de gran tamaño o los cistoadenomas mucinosos. Por otra parte, el tamaño puede correlacionarse con el riesgo de otras complicaciones como la torsión o la ruptura sintomáticas.

► **Complejidad**

Los quistes simples tienen un líquido claro, paredes lisas y delgadas, sin loculaciones o septos, y mayor transmisión de las ondas de eco. La complejidad se describe considerando los tabiques, el espesor de la pared, los ecos internos y los nódulos sólidos. La mayor complejidad se correlaciona con un riesgo mayor de malignidad.

► **Hallazgos preocupantes**

Los hallazgos más preocupantes son:

- Áreas sólidas no hiperecoicas, especialmente cuando tienen irrigación sanguínea
- Tabiques gruesos, de más de 2 o 3 mm de ancho, sobre todo si hay flujo sanguíneo dentro de ellos
- Excrecencias en el aspecto interno o externo de una zona quística
- Ascitis
- Otras tumoraciones pélvicas o epiploicas.

► **Condiciones benignas**

Varias condiciones benignas tienen hallazgos complejos característicos en la ecografía, mientras que otros hallazgos pueden ser indeterminados o preocupantes (algunos sugieren malignidad)

Quistes del cuerpo lúteo hemorrágico: pueden ser complejos con un patrón reticular interno debido a la organización de un coágulo y hebras de fibrina. Alrededor del lecho del quiste suele observarse un patrón vascular en "anillo de fuego"

Dermoides (teratomas quísticos maduros): pueden tener elementos hiperecoicos con sombreado acústico, sin flujo Doppler interno. Su aspecto puede ser complejo debido a la grasa, el pelo, y el sebo dentro del quiste. Los quistes desmoides tienen una apariencia patognomónica en la TC, con un nivel grasa-líquido definido.

Endometriomas: clásicamente tienen el aspecto homogéneo del "vidrio esmerilado" o ecos de bajo nivel, sin flujo Doppler color interno, nódulos parietales u otras características malignas.

Fibroides: pueden ser pedunculados y aparecer como tumores anexiales complejos o sólidos.

Hidrosalpinxs: puede presentarse como un tumor quístico de forma tubular tortuosa. Pueden observarse septos incompletos o indentaciones localizados en los lados opuestos (signo "cintura").

Quistes paratubáricos: son generalmente quistes paraováricos simples, redondos, que pueden ser hallados separados del ovario. A veces también parecen complejos.

Quistes de inclusión peritoneal: también conocidos como pseudoquistes; se ven en pacientes con adherencias intraabdominales. A menudo son múltiples y se ven septos a través de un líquido claro. El quiste se adapta a la forma de las otras estructuras pélvicas.

Torsión del ovario: puede ocurrir con cualquier tumor benigno o maligno. La torsión puede ser diagnosticada ante la ausencia de flujo venoso en el Doppler. Sin embargo, la presencia de flujo no descarta la torsión, ya que a menudo ésta es intermitente. Comúnmente, el ovario torcido está agrandado y puede tener aspecto edematoso. Aunque por lo general es benigno, tiene indicación quirúrgica urgente.

► **Vascularidad**

El Doppler ha sido muy estudiado. El principio general es que los tumores malignos son más vascularizados, con un patrón de alto volumen y baja resistencia de flujo. Esto puede resultar en un índice de pulsatilidad <1 o un índice de resistencia $<0,4$. Sin embargo, en la práctica, en los quistes benignos y malignos existe una superposición significativa entre los índices de pulsatilidad elevados y bajos y los índices de resistencia. La resistencia baja también se puede hallar en los endometriomas, los quistes del cuerpo lúteo, los tumores inflamatorios y los tumores vasculares benignos. Un índice de resistencia normal (alto) no descarta la malignidad. Un signo Doppler que sí parece correlacionarse con la malignidad es la presencia de cualquier flujo dentro de un nódulo o una excrecencia sólida parietal.

► **Ecografía 3D**

A medida que el uso de la ecografía 3D aumenta, los estudios están dando resultados diferentes en cuanto a su utilidad para describir tumoraciones ováricas. La ecografía 3D puede ser útil para identificar vasos localizados en el centro del tumor, de manera que se pueda aplicar el Doppler.

≈ **Otras Imágenes**

Aunque la ecografía es el estudio por imagen inicial de elección para evaluar los tumores anexiales debido a su elevada sensibilidad, disponibilidad y bajo costo, los estudios han demostrado que la ecografía puede informar como indeterminados hasta el 20% de los tumores anexiales.

► **Resonancia magnética**

La resonancia magnética (RM) está surgiendo como una herramienta muy valiosa cuando la ecografía no es concluyente o es limitada. Aunque la imagen por RM es muy precisa no se considera un estudio por imagen de primera línea, ya que es más cara, menos disponible y más incómoda para la paciente que la ecografía.

La RM proporciona información adicional sobre la composición de los tumores de los tejidos blandos. Generalmente, es solicitada con contraste, a menos que haya contraindicaciones. El radiólogo evalúa las características morfológicas, la intensidad de la señal y el realce de las áreas sólidas. Con técnicas como la RM con contraste se puede informar hasta el 20% de los tumores anexiales (siguiendo la distribución del material de contraste en el tiempo); la proyección de imagen dentro y fuera de la fase T1 (en busca de grasa, como en los tumores dermoides), y las nuevas imágenes de difusión ponderada se puede mejorar más la caracterización.

En un estudio de imágenes por RM como segunda elección, la RM con contraste contribuyó a un mayor cambio en la probabilidad de cáncer de ovario comparada con la TC, la ecografía Doppler o la RM sin contraste. Esto puede resultar en una reducción de las cirugías innecesarias y en el aumento de las derivaciones al especialista apropiadas en los casos de sospecha de malignidad.

► **Tomografía computarizada**

Las desventajas de la TC incluyen la exposición a la radiación y la mala discriminación de los tejidos blandos. Sin embargo, se puede diferenciar la grasa o las calcificaciones de los quistes dermoides. Mientras que la TC no suele utilizarse para describir una lesión de ovario, puede ser usada antes de la operación para estadificar un cáncer de ovario o para buscar un cáncer intraabdominal primario con metástasis ováricas.

≈ **Imágenes en el hallazgo incidental de un cáncer o una tumoración de ovario**

No es sencillo combinar la información de la historia, la semiología, las imágenes y los análisis de sangre para asignar el nivel de riesgo de malignidad. El médico debe sopesar varias pruebas imperfectas, cada una con su propia sensibilidad y especificidad, en el contexto de la probabilidad de malignidad de cada paciente. Mientras que un quiste simple de 4 cm. en una mujer premenopáusica puede considerarse de bajo riesgo, y un tumor complejo con flujo en un componente sólido de una mujer posmenopáusica pueden ser considerados dentro de la categoría de alto riesgo, muchas lesiones son más difíciles de evaluar. Se han propuesto varios sistemas para analizar los datos y estandarizar la evaluación de los riesgos.

Se cuenta con una serie de sistemas de puntaje basados en la morfología ecográfica y en varios modelos de regresión matemáticos que incluyen el estado menopáusico y los marcadores tumorales. Pero cada uno tiene inconvenientes y ninguno es definitivamente superior a la opinión especializada. Una revisión sistemática y metaanálisis de 2012 calculó la sensibilidad y la especificidad de varios estudios por imagen, sistemas de puntaje y marcadores tumorales en la sangre. El manejo del quiste de ovario depende en los síntomas, la probabilidad de torsión o ruptura, y el nivel de sospecha de malignidad. Al final del riesgo más bajo del espectro, puede ser apropiado el reaseguro o la observación a lo largo del tiempo. Un ginecólogo general puede evaluar los quistes de ovario indeterminados o sintomáticos. Los pacientes con tumoraciones francamente sospechosas de malignidad se derivarán a un cirujano oncólogo.

► **Manejo expectante de las lesiones de bajo riesgo**

Las lesiones de bajo riesgo como los quistes simples, los endometriomas y los quistes dermoides tienen menos del 1% de probabilidad de malignidad. La mayoría de los pacientes solo requiere apoyo psicológico o un seguimiento ecográfico. Los anticonceptivos pueden prevenir la formación de nuevos quistes. No se recomienda la aspiración.

En 2010, la Society of Radiologists in Ultrasound emitió una declaración de consenso para repetir las imágenes en los quistes de ovario simples. En las mujeres premenopáusicas recomiendan no repetir los estudios de los quistes ≤ 5 cm; hacer el seguimiento anual de los quistes de hasta 7 cm y hacer una RM o una evaluación quirúrgica de los quistes > 7 cm, ya que es difícil captar completamente en la ecografía la imagen de un quiste grande.

En las mujeres posmenopáusicas con quistes ≤ 1 cm. de diámetro no se necesitan más estudios. Para los quistes simples de 1 a 7 cm se recomienda el control anual por imagen y para los quistes > 7 cm. están indicadas la RM o la cirugía. El American College of Radiology recomienda repetir la ecografía y el CA125 para los quistes ≥ 3 cm. pero no especifica el intervalo.

Un quiste que por lo demás es sencillo pero tiene una sola tabicación delgada (< 3 mm) o una sola indentación pequeña en la pared es casi siempre benigno. Tal quiste debe ser seguido como si fuera un quiste simple, según la edad de la paciente y el tamaño del quiste. No existen guías oficiales en cuanto a cuál es el momento para detener el seguimiento por imágenes, pero un trabajo reciente ha sugerido 1 o 2 exámenes ecográficos para confirmar el tamaño y la estabilidad morfológica. Una vez que una lesión se ha resuelto, no hay necesidad de obtener más imágenes.

Anticonceptivos orales para evitar la aparición de quistes nuevos. De acuerdo con una revisión de Cochrane de 2011,

los anticonceptivos orales no aceleran la resolución de los quistes ováricos. Sin embargo, algunos médicos los prescriben en un intento de evitar la aparición de nuevos quistes ante la obtención de imágenes confusas.

No se recomienda la aspiración para diagnóstico o tratamiento. Solo puede ser considerada en pacientes de alto riesgo que no son candidatas para la cirugía. Los resultados del estudio citológico de muestras obtenidas por aspiración con aguja fina no pueden determinar de forma confiable la presencia o ausencia de malignidad. También hay un riesgo teórico de propagación del cáncer a partir de una lesión en un estadio temprano. Un estudio retrospectivo ha sugerido que el derrame del contenido del quiste durante la cirugía del cáncer de ovario temprano se asocia con peor pronóstico.

Desde un punto de vista terapéutico, los estudios han mostrado la misma tasa de resolución a los 6 meses para los quistes que fueron aspirados que para los que siguieron bajo vigilancia. Otro estudio halló una tasa de recurrencia del 25% dentro del año de la aspiración.

► **Derivación de los quistes o tumoraciones ováricas de riesgo medio indeterminado**

Estos pacientes deben ser atendidos por un ginecólogo. Los estudios adicionales ayudarán a estratificar el riesgo de malignidad. Esto puede incluir el análisis de sangre, los marcadores tumorales, la RM o la TC, la ecografía Doppler o la ecografía 3D, las ecografías seriadas o la exploración quirúrgica.

Si se elige la ecografía seriada, el intervalo probable es 6 a 12 semanas. La cirugía puede consistir solo en la eliminación del quiste, o de todo el ovario con o sin la trompa o, a veces, ambos ovarios. La laparoscopia con fines solo diagnósticos se realiza con poca frecuencia ya que la visualización directa de una lesión rara vez es útil. Se debe emplear la biopsia por congelación y el cirujano ginecólogo debe tener experiencia oncológica, ya que la cirugía se realiza para descartar la malignidad.

En el caso de un quiste >6 cm. de aspecto benigno se debe pensar en la probabilidad de que se rompa o se tuerza. La ruptura de un quiste grande puede provocar dolor y en algunos casos hemorragia. El contenido de un quiste dermoide roto puede causar peritonitis química. La torsión de un ovario puede resultar en la pérdida del ovario debido al compromiso de la perfusión. Un ginecólogo general puede decidir con el paciente si está indicada la cirugía preventiva.

► **Evaluación quirúrgica de un tumor de alto riesgo**

Los pacientes con tumores ováricos de alto riesgo se derivan a un ginecólogo oncólogo para la evaluación quirúrgica. Si las características indican malignidad, como la presencia de septos gruesos, áreas sólidas vascularizadas, ascitis u otras tumoraciones pélvicas, está indicada la cirugía, ya sea laparoscópica o por laparotomía. Cabe señalar que incluso ante características ecográficas preocupantes, muchos tumores resultan ser benignos.

En 2011, el American Congress of Obstetricians and Gynecologists y la Society of Gynecologic Oncology publicaron nuevas normas que recomiendan la derivación al oncólogo de las pacientes con tumores de alto riesgo. El CA125 elevado, la ascitis, los nódulos o tumores pélvicos fijos o la evidencia de metástasis en mujeres posmenopáusicas requiere la evaluación oncológica. En las mujeres premenopáusicas, un CA125 muy elevado, ascitis o metástasis requiere la derivación.

La derivación directa a un oncólogo ginecológico es poco utilizada. Un estudio reciente halló que menos de la mitad de los médicos de atención primaria informó que derivarían un caso sospechoso clásico directamente a un subspecialista. Se estima que solo el 33% de los cánceres de ovario son operados en primera instancia por un oncólogo ginecólogo.

Una revisión Cochrane 2011 confirmó un beneficio en la supervivencia para las mujeres con cáncer operadas inicialmente por oncólogos ginecológicos y no por un ginecólogo general y luego derivadas al especialista. Es más probable que un oncólogo ginecólogo haga la estadificación adecuada y la reducción de volumen en el momento del diagnóstico inicial.

► **Las situaciones especiales requieren la consulta**

Los quistes ováricos durante el embarazo suelen ser benignos, pero la malignidad es siempre una posibilidad. Los quistes funcionales y dermoides son los más comunes. Los dermoides pueden permanecer asintomáticos o romperse, torcerse o causar dificultad en el parto. La Intervención quirúrgica, si es necesaria, se debe realizar en el segundo trimestre, siempre que sea posible. Se aconseja un enfoque multidisciplinario y la derivación a un perinatólogo y un oncólogo ginecólogo

Los *quistes ováricos sintomáticos* que pueden necesitar la intervención quirúrgica son del ámbito del ginecólogo general. Si se considera que el riesgo de una emergencia quirúrgica es bajo, las pacientes sintomáticas pueden recibir medicamentos para el dolor y ser vigiladas en forma ambulatoria. Si la paciente presenta signos de toxicidad es apropiado hacer la consulta quirúrgica inmediata. Dependiendo del cuadro clínico puede haberse producido la ruptura de un absceso o tubo-ovárico, de un embarazo ectópico, o un quiste hemorrágico o la torsión de un quiste de ovario. Cualquiera de estos casos puede necesitar una intervención quirúrgica inmediata. Si un tumor sintomático es altamente sospechoso de cáncer, se debe consultar un ginecólogo oncólogo.

≈ **Cuándo tranquilizar, reevaluar y derivar a la paciente**

Los tumores de ovario suelen plantear dilemas diagnósticos y terapéuticos. Se puede llevar tranquilidad a las mujeres con quistes simples pequeños. La ecografía seriada a intervalos es apropiada para los quistes con mayor probabilidad de ser benignos. Si los hallazgos hacen sospechar malignidad está indicado realizar otras imágenes, análisis de sangre o solicitar la opinión de expertos, o derivar a un cirujano ginecólogo o a un oncólogo ginecológico. Si existe sospecha de malignidad, la derivación directa a un oncólogo ginecólogo ofrece la mejor oportunidad de supervivencia, cuando realmente se trata de un cáncer.

▶ **Cuándo tranquilizar**

- Cuando los quistes simples son <1 cm. en mujeres postmenopáusicas
- Cuando los quistes simples son <5 cm. en pacientes premenopáusicas.

▶ **Reevaluar**

- Con la ecografía anual en los casos de muy bajo riesgo
- Con la repetición de la ecografía a las 6 a 12 semanas cuando el diagnóstico no es claro, pero el quiste es probablemente benigno.

▶ **Derivar**

- A un ginecólogo para los quistes sintomáticos, los quistes >6 cm. y los quistes que requieren pruebas complementarias
- A un ginecólogo oncólogo cuando los hallazgos despiertan la sospecha de cáncer, como los tabiques gruesos, las áreas sólidas vascularizadas, la ascitis, la evidencia de metástasis o el nivel de C125 elevado.

Comentario y resumen objetivo: Dra. Marta Papponetti

