

Caso clínico

Masa anexial: hallazgo casual en una paciente con gastroenteritis aguda

Paula Simonaggio Stancampiano, Alejandra Herrera Coronel, Karina Lama Carbajal, Orlando Heredia León

Centro de Salud de San Martín de la Vega (Madrid)

Mujer de 30 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que acude de urgencia a consulta por un cuadro de diarrea y vómitos, de dos días de evolución, sin productos patológicos ni fiebre. No toma medicación habitualmente ni anticonceptivos. Niega posibilidad de embarazo. Última menstruación hace un mes.

Durante la anamnesis refiere menstruaciones irregulares, con periodos de amenorrea de dos meses, alternados con otros regulares, pero que se han normalizado en los últimos ciclos.

Tiene antecedentes quirúrgicos de amigdalectomía y adenoidectomía.

En la exploración física observamos una paciente consciente, con buen estado general, eupneica, normohidratada y perfundida, presión arterial 120/70 mmHg, afebril. Abdomen blando y depresible; en el flanco izquierdo y en el mesogastrio se palpa una masa de consistencia semiblanda y de forma ovalada, de más de 15 cm de diámetro, aproximadamente; no es dolorosa, ni tampoco parece adherida a planos profundos.

A la vista de este hallazgo, se decide realizar exploración ecográfica en el centro de salud. En ella observamos una imagen quística que ocupa todo el mesogastrio, con aparentes ecos en su interior; no podemos determinar su procedencia (figuras 1, 2, 3 y 4).

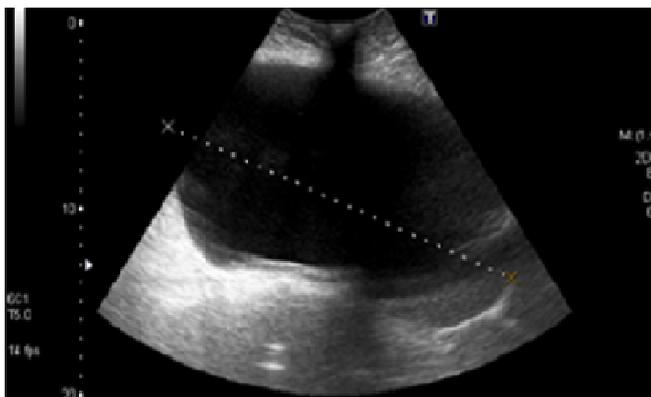


Figura 1.

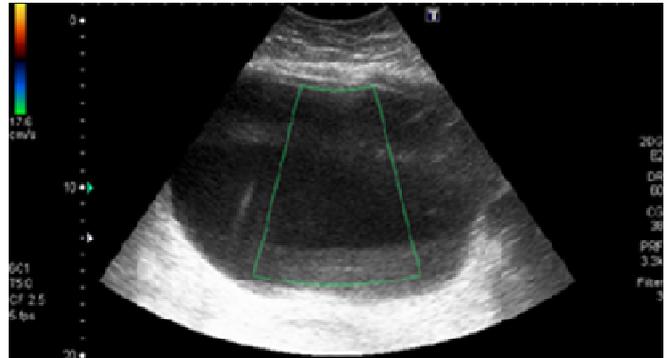


Figura 2.

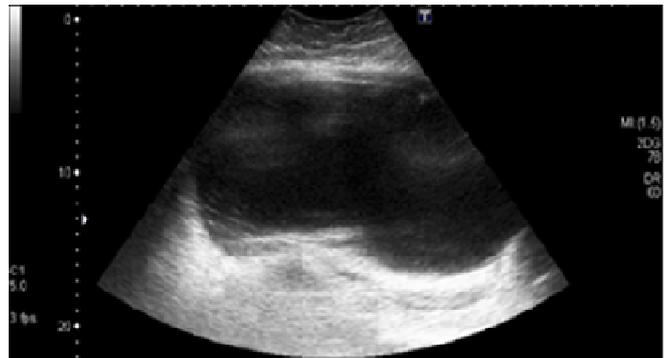


Figura 3.

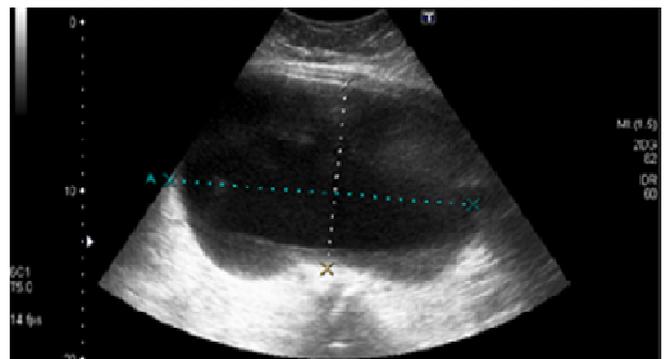


Figura 4.

Dado este hallazgo, se decide remitir a Urgencias para completar el diagnóstico.

Allí efectúan nueva exploración ecográfica, que corrobora lo descrito en atención primaria. El informe de esta segunda exploración refiere ocupación del mesogastrio y de la pelvis por una gran formación quística, de aproximadamente 18 x 20 x 23 mm; no se puede determinar el órgano de procedencia.

En el informe de la TAC se refiere la presencia de una masa de naturaleza quística en el abdomen inferior; no se puede esclarecer su órgano de dependencia, aunque

puede ser de origen anexial; se sugiere valorar por Ginecología mediante estudio dirigido.

Allí efectúan exploración ecográfica transvaginal. En el informe se describe el hallazgo de un útero en anteverso-flexión, con endometrio de 2 mm; se observa una formación quística, de unos 20 cm de diámetro, sin tabiques ni papilas, que parece depender del anejo izquierdo; el ovario derecho es aparentemente normal.

Se explica a la paciente el hallazgo y se aconseja quistectomía mediante laparotomía. En el quirófano se toma muestra para citología del lavado peritoneal y se procede a la extirpación de un quiste paratubárico, sin incidencias. Se conservan ambos ovarios y trompas.

El informe de anatomía patológica confirma el hallazgo de un quiste paratubárico.

Tras la intervención quirúrgica la paciente presenta una buena evolución. Actualmente está asintomática.

COMENTARIO

Los quistes paratubáricos se clasifican según su histología en serosos o simples; y según su origen embrionario en mesoteliales (68 %), mullerianos (30 %) y wolffianos (2 %).

Constituyen una patología infrecuente (significan no más de 10-20 % de las masas anexiales).

El pico de edad de mayor incidencia se encuentra en los 30-40 años. Aunque es difícil de diagnosticar en edades pediátricas, existen algunos casos descritos en niñas peripuberales, en las que la estimulación hormonal provoca cambios en el quiste y pasan a ser sintomáticos.

Las complicaciones pueden dar lugar a un cuadro de dolor abdominal agudo, en ocasiones semejante al de un cuadro apendicular, sobre todo si se trata de una torsión tubárica. Por ello es importante tener en cuenta esta patología en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo.

El hallazgo en una paciente joven de una tumoración anexial de características funcionales benignas o malignas constituye uno de los que surgen con mayor frecuencia en la práctica clínica diaria. Gracias a la implantación de la ecografía en atención primaria se puede optimizar su abordaje en lo referente a su derivación y a la premura con la que debe realizarse la misma.

Existe un estudio, publicado sobre 1524 mujeres diagnosticadas de una masa anexial, que demostró la asociación entre los quistes paratubáricos y la obesidad, aunque sus resultados no han sido significativos. Además, aparentemente existe una fuerte asociación entre el hiperandrogenismo y la tendencia a desarrollar grandes quistes paratubáricos.

La aparición de una masa anexial supone un reto tanto diagnóstico como terapéutico, ya que la mayoría son entidades benignas y no necesariamente demandan una intervención quirúrgica activa. Para determinar el diagnóstico y la estrategia más adecuados, se debe realizar una clasificación efectiva con respecto al riesgo de malignidad y considerar cuidadosamente el contexto clínico de cada paciente de manera individual.

La clasificación de una masa anexial benigna puede hacerse en función de la edad y de la característica a es-

tudiar. Incluye la historia familiar y personal de la paciente, la exploración física, pruebas de imagen y pruebas de laboratorio (beta-gonadotropina coriónica humana sérica, marcadores tumorales CA12-5 y OVA1...).

Es esencial la determinación precisa de la probabilidad de malignidad para decidir un tratamiento adecuado; sin embargo, es difícil y la mayoría de las veces será necesario un diagnóstico quirúrgico. Para definir la mejor estrategia disponemos de la laparoscopia como la mejor herramienta para la toma de decisión.

Actualmente se aconseja extirpar los quistes paratubáricos por vía laparoscópica. La mayoría de las publicaciones tratan casos de mujeres adultas en las que se ha demostrado la menor morbilidad a corto y largo plazo de esta técnica con respecto a la laparotomía. La laparoscopia reduce el dolor postoperatorio, disminuye la creación de adherencias, favorece el alta precoz y produce un mejor resultado estético. Lo que ocurre es que existe riesgo de malignización (2,9 %) y se discute si la vía laparoscópica es apta para estos casos. Por eso, si existen dudas, normalmente esta técnica debe ser descartada.

Al considerar la intervención quirúrgica en cualquier persona, la decisión definitiva se relaciona con una combinación de factores (riesgo de ruptura, de torsión, fertilidad futura y edad); si bien es cierto que la laparoscopia ha demostrado ser mejor que la laparotomía, los límites para este abordaje vienen dados sobre todo por el tamaño del quiste y por las complicaciones intraoperatorias que puedan producirse. En nuestro caso se decidió realizar una laparotomía.

Además, si bien técnicamente la cirugía es demasiado difícil, se debe recordar que la laparotomía no es ni una contraindicación, ni un fracaso, ni una complicación de la cirugía endoscópica, pues permite realizar el lavado peritoneal para recogida de muestras destinadas a efectuar estudio citológico en busca de malignidad.

Existen trabajos, como el de Marana et al, con los que se concluye que el uso de la laparoscopia en casos de malignizaciones focales o tumores *border-line* no empeora el pronóstico de las pacientes.

También Serur et al afirman que la vía laparoscópica es adecuada para el tratamiento de las masas anexiales. Su estudio incluye a 100 mujeres con diferentes patologías anexiales (tres de ellas quistes paratubáricos) intervenidas por laparoscopia. Sólo en 7 pacientes se reconvirtió a laparotomía por objetivarse datos de malignidad macroscópicos o en la biopsia intraoperatoria. Así, el abordaje laparoscópico de los quistes paratubáricos o paraováricos en niñas o adolescentes debería ser el de elección, teniendo en cuenta que la posibilidad de degeneración maligna en edades pediátricas es escasa: solo existe un caso publicado en la literatura. Siempre se debe tener presente la posibilidad de realizar una biopsia intraoperatoria.

BIBLIOGRAFÍA

- Perlman S, Hertweck P, Fallat M. Paratubal and tubal abnormalities. *Semin Pediatr Surg.* 2005;14:124-34.
- Biggs WS, Marks ST. Diagnosis and Management of Adnexal Masses. *Am Fam Physician.* 2016;93:676-81.

- Muolokwu E, Sanchez J, Bercaw JL, Sangi-Haghpeykar H, Banszek T, Brandt ML, Dietrich JE. Paratubal cysts, obesity, and hyperandrogenism; *J Pediatr Surg.* 2011;46:2164-7. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2011.07.011.
- Subnis BM, Bakhshi GD, Sheikh A, Mogal HD, Wakade VA, Al-gappan C. Paraovarian cyst mimicking mesenteric cyst: a case report. *BHJ.* 2008;50:663-5.
- Serur E, Emeney PL, Byrne DW. Laparoscopic management of adnexal masses. *JSLs* 2002;5:143-51.
- Marana R, Muzii L, Catalano GF, Caruana P, Oliva C, Marana E. Laparoscopic excision of adnexal masses. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004;11:162-66.