

Masa Pélvica: características y forma de evaluación en el Instituto Oncológico Nacional. SOLCA Guayaquil.

Dr. Jaime Sánchez S *, Dr. Edmundo Encalada S**, Dr. Víctor Villao R***.

* Cirujano Oncólogo. Jefe del Servicio de Ginecología Oncológica. ION - SOLCA Guayaquil

**Post-Gradista de Cirugía Oncológica ION - SOLCA Guayaquil

*** Post-Gradista de Cirugía General ION - SOLCA Guayaquil.

ABSTRACTO

La masa pélvica es un proceso frecuente en mujeres cuyas edades están comprendidas entre los 10 a 70 años. La mayoría, en sus inicios no se acompañan de síntomas, por lo que es el médico, a través de la sospecha el que tiene que ordenar los exámenes necesarios para la detección precoz y oportuna de la misma ha sabiendas de que confundido entre una masa pélvica puede estarse gestando un cáncer de ovario en estado incipiente. Establecida la masa los procedimientos mas utilizados para el estudio y diagnóstico de la misma son la ecografía simple y el eco doppler, la Tomografía abdominal y como marcadores el ca 125. La cirugía es el método tanto para el diagnóstico definitivo como para el tratamiento, haciendo hincapié en la importancia de la congelación para la resolución in situ del problema. Se analizan en el presente estudio 15 casos evaluados y tratados en el Servicio de Ginecología del Instituto Oncológico Nacional desde julio a diciembre del año 2004 y cuyas edades oscilan entre los 16 y 66 años con promedio 41 años. Los resultados fueron: 5 casos de endometriomas, 3 adenocarcinomas de ovario, 3 patologías no ginecológicas y 4 patologías ginecológicas no tumorales. Se analizan además la relación con la imagenología, el ca 125, y los hallazgos patológicos definitivos.

Palabra clave: Masa pélvica, Ca 125.

INTRODUCCIÓN

En el estudio y análisis de la masa pélvica es importante establecer las características de la misma, su forma de presentación, la edad y los síntomas o signos con los que se acompaña, pues el principio fundamental es la detección oportuna y precoz del cáncer de ovario, el cual en la gran mayoría de los casos es detectado ya en estados avanzados por lo que a pesar de los tratamientos convencionales la tasa de mortalidad es elevada.

Correspondencias y Separatas:

Dr. Jaime Sánchez S.
Servicio de Ginecología Oncológica
ION Solca Guayaquil
Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)
Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

ABSTRACT

Pelvic mass is a common process in women with ages between 10 and 70 years. The majority, at the beginning, doesn't shows symptoms. For this reason the Physician along with the suspicion, order the needed exams for an early and accurate detection knowing clearly how confusing could a pelvic mass be when misunderstood and at the same time by letting and incipient ovarian cancer to grow. Once the mass is established, the most used proceedings for studying it and for obtaining a diagnosis are the abdominal simple sonography, the Doppler sonography, abdominal computed axial tomography, as well as tumor markers such as CA 125. Surgery is the chosen method to establish a diagnosis, remarking also the value of the frozen section in accordance to resolve the problem in situ. We analyze in the present study 15 cases which were evaluated at the Gynecological Service of the Instituto Oncológico Nacional since July until December of 2004 with ages that ranged between 16 and 66 years with an average of 41 years. Results were 5 cases of Emdometriomas, 3 Ovarian Adenocarcinomas, 3 non-gynecological pathologies and 4 non-gynecological tumoral pathologies. We also analyze the relation among imagenology, CA 125 and final pathologic findings.

Key Words: Pelvic mass CA 125.

Es importante recordar que en la pelvis se encuentran no solo los órganos de la reproducción sino que además también están presentes vísceras urinarias e intestinales y estructuras del retroperitoneo que pueden dan origen a masas pélvicas, que en un momento determinado pueden ser tributarias de enfermedad que ocupa espacio y por lo tanto su presencia puede confundir el diagnóstico y el tratamiento

En la evaluación de toda masa pélvica deben comprometerse varios especialistas que realizaran las medidas necesarias para llegar a un diagnóstico precoz y oportuno. Por lo tanto debemos establecer un diagnóstico diferencial correlacionado con el cuadro clínico. A continuación detallamos en cuadros una serie de parámetros basados en el órgano afecto, las características tumorales en el sentido si se trata de un tumor sólido o quístico, así como con la edad. (Figuras 1,2)



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA MASA PÉLVICA		
ÓRGANO	QUISTE	SÓLIDO
Ovario	Funcional Neoplasia Benigna Maligna Endometriosis	Neoplasia Benigna Maligna
Trompa de Falopio	Absceso tuboovárico Hidrosalpinx Quiste para-ovario	Absceso tuboovárico Embarazo ectópico Neoplasia
Utero	Embarazo intrauterino en útero bicorne	Mioma pediculado o intraligamentario
Intestino	Sigmoides o ciego distendido	Diverticulitis Ileitis Apendicitis Cáncer de Colon
Misceláneos	Vejiga distendida Riñón pélvico Quiste del Uraco	Absceso o hematoma de pared abdominal Neoplasia Retro-peritoneal

Figura 1

MASA PÉLVICA RELACIÓN A LA EDAD

	Hasta 20 años	20 - 50 años	Más 50 años
Epitelio Celómico	29%	71%	81%
Células Germinales	59%	14%	6%
Estroma Gonadal especializado	8%	5%	4%
Mesénquima Específico	4%	10%	9%

Figura 2

Es importante recordar que los ovarios no son palpables ni en la menarca por situaciones anatómicas ni en la menopausia por encontrarse atroficos, por lo que deberá sospecharse como maligna, toda tumoración mayor de 10 cm. en mujeres en etapa de pre-menarca, o de 5 cm. en mujer post. menopáusica

Los parámetros básicos para la valoración de una masa pélvica son:

- Historia Clínica
- Ecografía y Tomografía
- Perfil Hormonal y Marcadores Tumorales: ACE, Ca 125, HCG, alfafetoproteína.
- Exploración Física Completa

- Prueba de embarazo
- Perfil Sanguíneo. Marcadores tumorales:
- Opcionales: colonoscopia, citoscopia, sigmoidoscopia.

Los síntomas con las que puede debutar una masa pélvica tal como lo demostró De Van Winter en la presentación de 275 casos (figura 3) varían notoriamente en la gran mayoría de las pacientes, siendo el dolor y la masa pélvica los principales, sin que exista ningún síntoma o signo característico en las etapas incipientes por lo que el diagnóstico para la detección oportuna o precoz del tumor pélvico se basa en la sospecha la cual a su vez se fundamenta en los diversos procesos relacionados a la edad de la paciente y al órgano afecto tal como se expuso ya en las figuras 1 y 2.

Síntomas principales de la Masa Pélvica

Dolor	271
Masa	151
Menstruación Irregular	71
Dismenorrea	50
Amenorrea Primaria	12
Amenorrea secundaria	35
Incremento abdomen	34
Molestias urinarias	13
Desarrollo sexual precoz	6

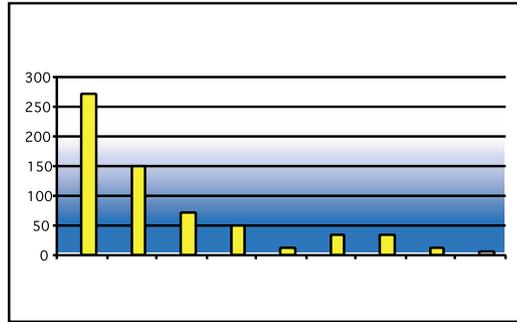


Figura 3

El algoritmo para el manejo de una paciente con masa pélvica lo exponemos en la figura 4



Figura 4

En las mujeres menores de 20 años que presentan masa pélvica es importante establecer su posible origen basado en la frecuencia que las patologías neoplásicas y no neoplásicas pueden afectar a este grupo étnico, tal como lo demuestra el estudio de De Van Winter Figura 5

MASA PÉLVICA MÁS FRECUENTE DE 0 A 20 AÑOS

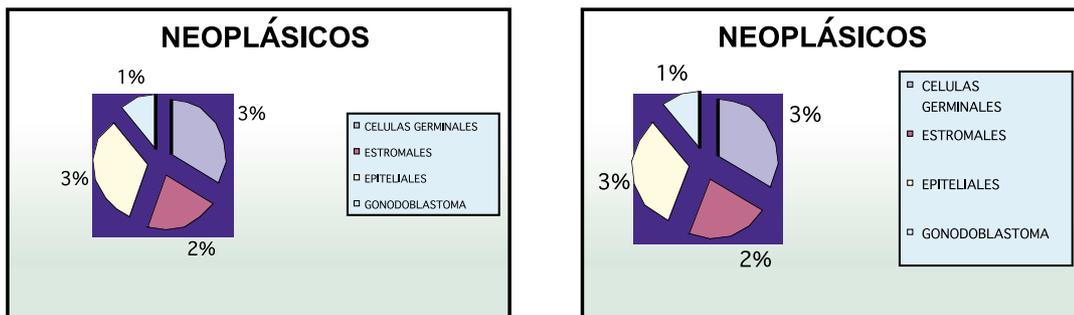


Figura 5



Para el diagnóstico de la masa pélvica los métodos utilizados en el Instituto Oncológico Nacional son la ecografía convencional, el eco doppler, la Tomografía, los marcadores tumorales en especial el ca 125, por lo que a continuación expondremos brevemente los fundamentos de su utilización.

Ecografía. Es un método de diagnóstico no invasivo que utiliza la propiedad que tienen los ultrasonidos de producir ecos cuando encuentran un tejido distinto a su paso por el organismo que nos permite determinar el tamaño, forma y consistencia de la tumoración, siendo lo más importante sin duda la mejora en la técnica basados en los modernos aparatos con el consiguiente perfeccionamiento de la imagen que es cada vez más precisa y exacta. En el estudio de la pelvis femenina la vejiga estará completamente llena, ya que actúa como una "ventana" desplazando los gases intestinales y materia fecal adyacentes, que de otra manera ocultan en forma completa el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. Aunque la incomodidad es evidente, los beneficios para la paciente son numerosos e importantes Fotos 1,2

Mediante una sonda o transductor adecuado introducido de manera adecuada en la vagina, pueden ser obtenidas imágenes más claras y confiables que aquellas obtenidas por vía abdominal, la cual está en muchas ocasiones interferida por gases intestinales, materia fecal, textura del paciente o por la imposibilidad para retener la orina principalmente en pacientes ancianas, Foto 3.



Foto 1- Eco Doppler de "Masa Tumoral Bilateral".



Foto 2 - Eco Normal.



Foto 3 - Eco Endovaginal.

El **eco doppler** esta basado en el efecto que produce las ondas de ultrasonidos que chocan cuando un objeto se encuentra en movimiento conocido con el nombre de efecto Doppler que nos ayuda a establecer que si en la masa tumoral existe flujo vascular el cual es un signo indicativo de malignidad previamente descartando cualquier patología vascular. Existen dos tipos distintos de Doppler el continuo y el pulsado. Fotos 4,5,6.

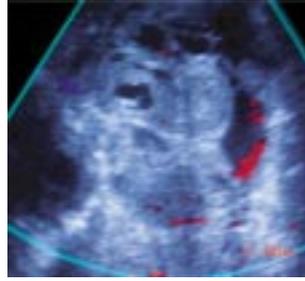


Foto 4 - Eco Doppler Positivo.

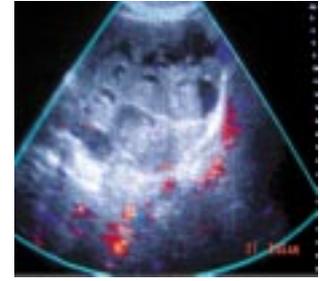


Foto 5 - Vascularidad Aumentada.



Foto 6 - Ecopulsátil.

Tomografía. simple o contrastada es otro método de diagnóstico no invasivo que nos ayuda mediante cálculos matemáticos realizado por un ordenador, obtener secciones corporales transversas, representadas en escalas de grises, con una capacidad para diferenciar pequeños cambios de densidad muy superior a las técnicas de radiología convencional y muy importante en la parte pélvica pues nos permite establecer la consistencia de la masa y los planos de clivaje en relación a los órganos vecinos o visualizar signos de metástasis en otros sitios. Foto 7,8,9.

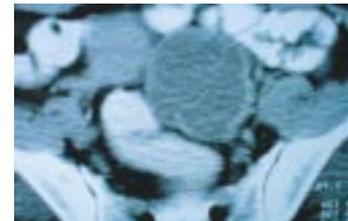


Foto 7 - Tumor de Anexo Izquierdo.



Foto 8 - Gran Tumoración que ocupa toda la pelvis.

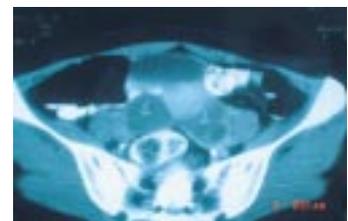


Foto 9 - Múltiples tumores que invaden órganos pélvicos.

Marcadores Tumorales. El más utilizado en nuestro Instituto para la evaluación de la masa pélvica es el ca 125. El **ca 125** es una glicoproteína que es producida por el útero, el cérvix, las trompas de falopio, y la pared del tórax y abdomen. Cuando alguno de estos tejidos es dañado o inflamado, como por un cáncer del ovario en desarrollo, cantidades pequeñas de CA 125 pueden entrar al flujo sanguíneo donde el examen de sangre puede detectarlo. El examen permite que se evalúe el riesgo de una mujer de desarrollar cáncer de los ovarios basados en el nivel de CA 125 en su sangre. En general, niveles de CA 125 arriba de 35 U/ml son considerados altos. Desafortunadamente, la interpretación de los resultados de un examen de CA 125 no es fácil. La importancia de niveles elevados de CA 125 no es siempre tan directa. Los niveles elevados de CA 125 pueden ser causados por eventos aparte del cáncer, tales como el embarazo, la menstruación, problemas del hígado, o la endometriosis. Varias mujeres con niveles elevados de CA-125 no necesariamente tienen o desarrollan cáncer pues como observamos en la figura 15, puede elevarse tanto en patologías benignas como malignas, así como en enfermedades no ginecológicas.

CAUSAS GINECOLÓGICAS	CAUSAS NO GINECOLÓGICAS	CAUSAS ONCOLÓGICAS
Enf. Inflamatoria	Hepatitis activa	Cáncer de colon
Adenomiosis	Hepatopatías crónicas	Cáncer de páncreas
Neoplasia benigna del ovario	Pancreatitis aguda	Cáncer de estomago
Quistes funcionales del ovario	Cirrosis	Mesotelioma
Síndrome de Meigs	Colitis	Cáncer de pulmón
Menstruaciones	Mesotelioma	Cáncer de ovario
Miomas uterinos	Neumonías	Cáncer de trompas
	Lupus	Cáncer de endometrio

Figura 6

Por último es importante establecer que el verdadero valor del ca 125 radica que en casos coincida con cáncer de ovario y este elevado, será el mejor marcador para establecer la evolución de la enfermedad.

Tratamiento Quirúrgico

En cuanto al tratamiento de la masa pélvica, la cirugía es la base fundamental para el diagnóstico y el tratamiento definitivo la cual puede ser tanto por laparotomía exploradora o por laparoscopia. "Laparotomía exploradora". Constituye el procedimiento fundamental para el tratamiento de las masas pélvicas complejas y de manera especial el cáncer de ovario. La vía de acceso quirúrgico debe planearse en una forma juiciosa basada especialmente en la evaluación prequirúrgica que justificó realizar la laparotomía, para evitar a los pacientes cirugías innecesarias como intervenir Quistes Funcionales, o cirugías extensas en tumores benignos que por una fea apariencia clínica son catalogados como tumores malignos, o en su lugar minimizar la posibilidad de que se trate de un cáncer de ovario, sin que se pueda realizar el tratamiento específico en el mismo momento, lo que retrasaría el tratamiento definitivo tanto por cirugía como la adyuvancia necesaria por quimioterapia. Lo anterior será posible solo si usamos la "biopsia por congelación", como la piedra angular en el manejo de las masas pélvicas, la cual debe estar a la disposición del médico que realiza un tratamiento quirúrgico, pues es la que decidirá la conducta a seguir en el mismo momento mas aun si la paciente está en etapas reproductivas.

Al abordar la cavidad abdominal es importante establecer parámetros que pueden guiarnos para establecer in situ si se trata de una lesión benigna o maligna. Figura 7.

MASA PÉLVICA	HALLAZGOS QUIRÚRGICOS	
	BENIGNOS	MALIGNOS
Papilas superficiales	raras	muy frecuente
Papilas intraquisticas	no frecuente	muy frecuente
Zonas sólidas	raras	muy frecuente
Bilateralidad	raras	muy frecuente
Adherencias	no frecuente	frecuente
Ascitis (100 ml)	raras	frecuente
Necrosis	raras	frecuente
Implantes peritoneales	raras	frecuente
Cápsula intacta	frecuente	infrecuente
Totalmente quístico	frecuente	raro

Figura 7

LAPAROSCOPIA

El tratamiento laparoscópico debe realizarse bajo una selección cuidadosa de la paciente, basado en hechos clínicos, radiológicos e inmunológicos precisos que nos permita determinar si la masa es exclusivamente quística y cuyas indicaciones se resumen a continuación:

INDICACIONES DE LA LAPAROSCOPIA

- Tumor < de 10 cm. unilateral o quistes simples bilaterales.
- Ecolúcida, o con refringencias mínimas.
- Superficie intacta, sin presencia de papilas o vegetaciones
- Ca 125 en límites normales

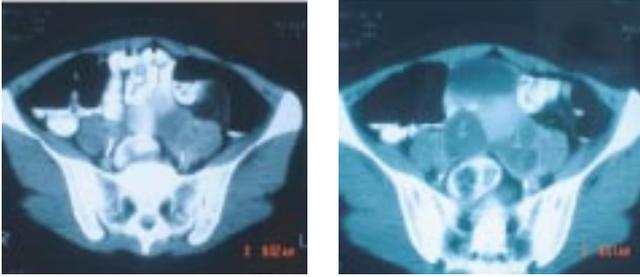
En lo relacionado ante la presencia de un quiste por este procedimiento debemos de aspirar el líquido, el cual se debe enviarse para examen citológico, seguido de la apertura del quiste y la inspección de la pared interna para detectar cualquier irregularidad.

A continuación expondremos una serie de casos que hemos tenido la oportunidad de tratar en el Instituto Oncológico Nacional, relacionando especialmente las imágenes ecográficas o de tomografía con el ca 125 y los resultados en la intervención quirúrgica.

CASOS CLÍNICOS

Caso # 1 Paciente de 36 años de edad, que consulta por dolor y trastornos menstruales por lo que se practica una ecografía que detecta las presencia de masa pélvica bilateral, que se corrobora con una Tomografía que revela: imágenes quísticas hipodensas en ambos ovarios, la mayor de 3cm., el ca 125 es de 738 u/ml. Al examen físico se detectó una masa anexial derecha, dura, dolorosa. Fue sometida a una laparotomía exploradora, extirpándose una tumoración de 6x3x2, se envía a Patología para corte por congelación, el reporte es negativo para cáncer, se extirpó otra tumoración en el anexo izquierdo. El resultado definitivo fue endometriosis.



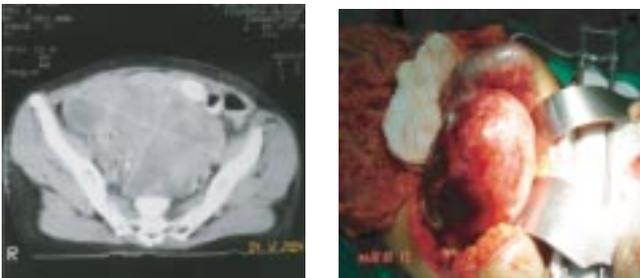


TAC - presencia de masa pélvica bilateral.



Expuesta la cavidad obsérvese las masas quísticas bilaterales.

Caso # 2 Paciente de 48 años de edad, que consulta por presentar dolor y sensación de plenitud abdominal así como pérdida de peso, teniendo una masa pélvica que sobrepasa la cicatriz umbilical, que a la ecografía practicada fuera del instituto es de aspecto mixto, con un CA125 u/ml fue de 4501 u/ml. El examen físico estableció una masa pélvica que ocupaba toda la pelvis. Se practico una TAC que reveló masa tumoral bilateral. Fue sometida a una laparotomía exploradora, encontrándose tumoración de aspecto maligno, confirmado por patología al corte por congelación, por lo que se realizó resección amplia, que involucró histerectomía con extirpación de ambos ovarios, omentectomía, apendicectomía. El resultado anátomo-patológico Adenocarcinoma endometrioide.

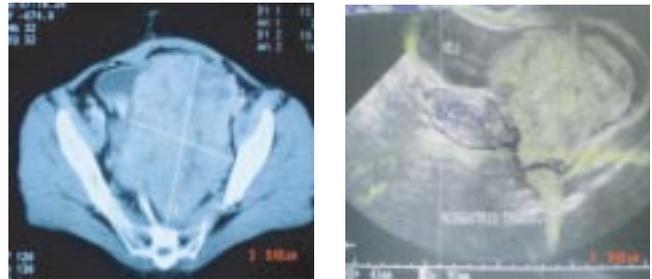


TAC - de gran masa pélvica y a la derecha expuesta la masa.



Útero, ovarios y epiplón. Cáncer endometrioide.

Caso # 3 Paciente de 41 años de edad, consultó por tener una masa fija, que ocupaba toda la pelvis, por lo que fue intervenida inicialmente de una laparotomía exploradora fuera del Instituto, no habiendo realizado ningún gesto quirúrgico por lo que fue declarada irreseccable. La tomografía revela la presencia de una masa pélvica probablemente de origen anexial izq con planos de clivaje con desplazamiento del uréter izquierdo, el CA125 u/ml fue de 55.54 u/ml. Fue sometida a una laparotomía exploradora en la que se encontró una masa tumoral originaria de retroperitoneo firmemente adherida en la fosa obturatriz de donde provenía. El diagnóstico histológico definitivo fue de Leiomioma de bajo grado de malignidad.

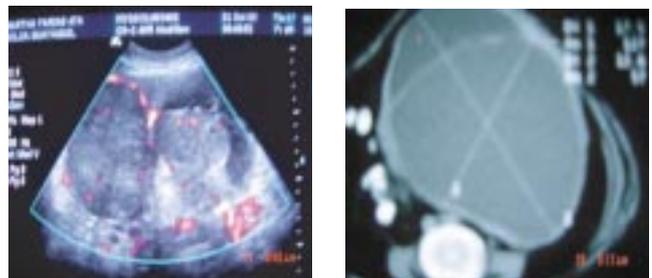


TAC - anterior y Lateral de gran masa pélvica.



Vista del Tumor In sito y extirpado.

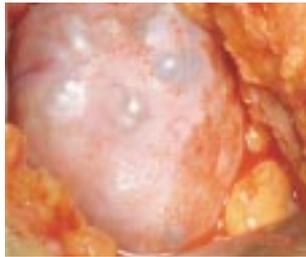
Caso # 4. Paciente de 54 años de edad, que consulta por presentar masa tumoral pélvica que llega hasta la altura de la cicatriz umbilical, de crecimiento lento, acompañada de dolor y síntomas de plenitud y pérdida de peso. La tomografía revela una masa heterogénea que ocupa toda la pelvis, con ca125 u/ml de 244.10. Al examen físico se detecta masa tumoral que afecta toda la pelvis. Sometida a una laparotomía exploradora, se realiza extirpación de la masa que enviada a patología reporta tratarse de una tumoración maligna por lo que se realizó una histerectomía total con salpingooforectomía bilateral y colectomía parcial por encontrarse involucrado el colon sigmoides con restablecimiento de la continuidad en el mismo acto quirúrgico. El resultado anatómopatológico reveló: Adenocarcinoma papilar seroso de ovario que invadía el sigmoides.



Eco Doppler y TAC - en donde se aprecia gran masa quística bilateral.



Gran incisión en línea media y movilización de la tumoración.



Tumor multiloculado extirpado.

Caso # 5 Paciente de 38 años de edad que consulto a este Instituto luego de haber sido intervenida quirúrgicamente de una Laparotomía exploradora en la que se detecta una masa pélvica fija a la pared anterior y posterior del abdomen, por lo que fue declarada irreseccable, la imagen ecográfica se observa que es compatible con tumor heterogéneo que afecta a ambos ovarios con marcador tumoral ca 125 de 280 u/ml. Fue intervenida quirúrgicamente, se extirpó uno de los anexos que se envió a congelación y el resultado fue negativo para cáncer. Por estar involucrado el otro anexo y además presentar una miomatosis uterina se practico panhisterectomía, el resultado anátomo-patológico fue de endometriosis bilateral



Ecografía - Masa quística.



TAC - gran masa tumoral.



Incisión previa fuera del Instituto.

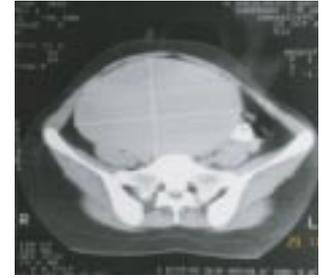


La cavidad obsérvese la tumoración.

Caso # 6 Paciente de 16 años de edad que acude por presentar una masa pélvica que ocupa todo el epigastrio y que se extiende hacia la sínfisis del pubis, poco dolorosa y de aumento progresivo. Se realizo TAC encontrándose una gran tumoración de aspecto sólida de 15 cm. aproximadamente que parece corresponder al anexo derecho, no se visualiza útero, marcador tumoral ca 125 de 30 u/ml. Al examen físico se detecta una masa que protruye en el abdomen. Fue sometida a Laparotomía exploradora encontrándose una tumoración que compromete todo el fondo uterino, por lo que se decide realizar una enucleación del tumor, el que se envía a congelación. El reporte fue negativo para cáncer. El diagnóstico definitivo fue de Leiomioma intramural



Vista lateral - gran tumor abdominal.



TAC - de la tumoración.



Expuesta la cavidad.



Comenzando enucleación.



Tumor extirpado.

Caso # 7 Paciente de años 48 de edad que consulta por presentar dolor abdominal en especial a nivel de fosa iliaca izquierda por lo que se practico una tomografía en la que se observa una masa pélvica a nivel de anexo izquierdo. Al examen físico no se detecta la masa por palpación. El ca 125 es de 43 u/ml. Fue intervenida quirúrgicamente encontrándose una tumoración en el epiplón de aspecto quístico que fue extirpada y enviada a congelación. El reporte fue de un cistoadenoma, negativo para malignidad. Por encontrarse además una fibromatosis uterina se practico hysterectomía total más omentectomía. El resultado definitivo estableció fue de fibromatosis uterina mas cistoadenoma del epiplón.





TAC - del tumor pélvico.



TAC - corte superior del tumor pélvico.



Producto de histerectomía con tumor de ligamento ancho.



Tumor de epiplón.



Tumor extirpado.

Caso # 8 Paciente de 66 años con antecedente de Linfoma de Hodgkin que presento una masa anexial izquierda detectada a través de una ecografía y una tomografía, sin síntomas acompañantes, con marcador de ca 125 de 46 u/ml, y detectada además por examen físico. Se sometió a laparotomía exploradora, en la que se detectó una fibromatosis uterina más una tumoración pediculada proveniente del útero en el ligamento ancho, por lo que se realizó histerectomía mas salpingo- ooforectomía bilateral. El resultado reveló una fibromatosis uterina con fibroma pediculado en el ligamento ancho.

Caso # 9 Paciente de 41 años que consulta por dolor abdominal y trastornos menstruales inespecíficos, por lo que se practicó una ecografía en que se detecta una masa pélvica que ocupa toda la pelvis que parecería corresponder a una fibromatosis uterina con masa quística anexial izquierda. La TAC detecta la presencia de una masa retrouterina y probable compromiso del riñón izquierdo. El ca 125 fue de 40 u/ml. El examen físico corroboró la presencia de una masa tumoral izquierda. Se practicó laparotomía exploradora y se detectó una tumoración quística izquierda en el anexo que se extirpó, la congelación estableció tratarse de un proceso benigno (cistoadenoma) realizándose histerectomía por fibromatosis. Se detectó además la presencia de un riñón pélvico izquierdo, que se comprueba después con un pielograma intravenoso.



Eco en que se observa tumor pélvico.



TAC - tumor anexo izquierdo.



Eco detecta tumor uterino.



A mayor aumento se observa masa retrouterina.



Imágenes tomográficas que se detecta riñón pélvico.



Tumor lateral izquierdo.



Expuesto el ligamento ancho.

Caso # 10 Paciente de 62 años de edad que acude al instituto por dolor abdominal, perdida de peso y sensación de plenitud, además de trastornos en la evacuación por lo que se realiza una ecografía en la que se detecta tumor pélvico, con un ca 125 de 1400 u/ml. Al examen físico se palpa una masa dura, dolorosa que avanza hasta la región umbilical con presencia de adenopatías inguinales izquierdas. La TAC demuestra la presencia de una masa de consistencia mixta (pétrea) sin planos de clivaje. Fue sometida a laparotomía exploradora, detectándose tumores en los 2 ovarios, que se extirparon y el reporte de la congelación reveló un cistoadenocarcinoma bilateral, por lo que se realizó cirugía

citorreductora, presentando además en la citología del líquido peritoneal la presencia de células neoplásicas



Eco detecta gran masa retrouterina.



TAC - obsérvese tumor hasta altura de los riñones.



TAC - de masa pélvica.



Expuesta la cavidad.



Extirpación de útero con las dos masas anexiales.

Caso # 11 Paciente de 33 años que viene al Instituto por presentar una masa tumoral en anexo izquierdo, tiene como antecedente de haber sido intervenida quirúrgicamente de una histerectomía total simple por un ca in situ y después de un tumor de anexo derecho cuyo resultado no se determinó. Al examen físico se palpa una masa en la fosa obturatriz izquierda, dura no dolorosa. El eco revela una imagen sólida quística en el anexo izquierdo, la TAC establece una tumoración que de 6 cm. El marcador ca 125 es de 70 u/ml. Fue sometida a laparotomía exploradora y el resultado del transoperatorio fue negativo para cáncer. El diagnóstico definitivo es de un quiste endometriósico mas un quiste luteínico.



TAC - que demuestran masa quística izquierda.



Expuesta la cavidad masa quística.



Tumor quístico extirpado.

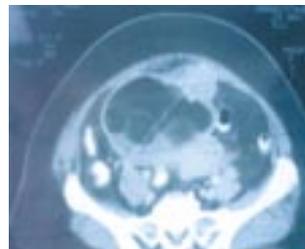
Caso # 12 Paciente de 53 años, que consultó por masa pélvica que sobrepasa la sínfisis del pubis. Refiere presentar dolor abdominal, pérdida de peso, sensación de plenitud y trastornos menstruales de hipermenorrea. Trajo una ecografía practicada fuera del instituto, que demuestra la presencia de una tumoración con predominio sólido en anexo izquierdo, de 13 cm. de diámetro. La tomografía revela un proceso expansivo heterogéneo con densidad de tejidos blandos y zonas de calcificación compatible con un tumor desmoides. El ca 125 es de 50.3 u/ml. Fue sometida a laparotomía exploradora y el resultado es de un tumor quístico torsionado sobre su eje, de aspecto hemorrágico, se lo envía a congelación y el reporte fue negativo para malignidad.. Se practico histerectomía total con salpingectomía bilateral. El resultado definitivo fue de un teratoma quístico benigno torsionado.



Eco gran masa quística.



TAC - con imágenes multiloculadas.



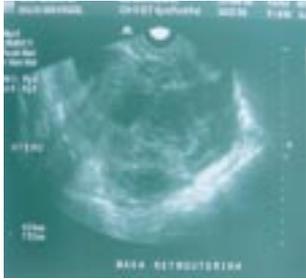
La imagen anterior más caudal.



Enorme tumoración extirpada.

Caso # 13 Paciente de 25 años de edad que presenta tumoración en anexo izquierdo asintomático detectado por ecografía particular posterior a rastreo ecográfico por legrado post aborto, tiene como antecedente el haber sido intervenida en 2 ocasiones. Al momento presenta dolor a la palpación, trastornos menstruales inespecíficos. Se confirma el diagnóstico en este instituto con ecografía endovaginal describiendo masa heterogénea con áreas sólidas y quísticas por detrás del útero y de bordes bien definidos que miden 79 x 43 x 80 mms. El marcador tumoral CA 125 es de 54.89 u/ml, por lo que es programada para una laparotomía exploradora, encontrándose una tumoración dependiente del anexo izquierdo y por detrás del útero de 7 a

8 cm. aproximadamente de bordes regulares adherida al colon sigmoides y al útero en su cara posterior, que es extirpado y enviado a congelación, cuyo reporte fue negativo para cáncer compatible con un tumor endometriode. El diagnóstico definitivo es de un endometrioma de ovario..



Eco masa quística pélvica.



Expuesta la cavidad obsérvese el quiste.

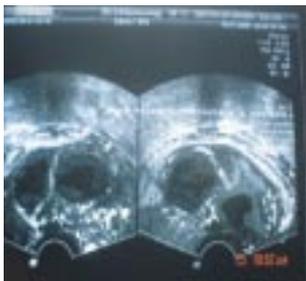


Quiste en posición retrouterina.



Tumor extirpado.

Caso# 14 Paciente de 37 años que consulta por presentar dolor intenso en pelvis, estreñimiento, urgencia urinaria y perdida de peso. Al examen físico se detecta pelvis dolorosa a la palpación que imposibilita realizar examen ginecológico. Se practicó una ecografía en la que se detecta una masa quística bilateral que compromete ambos anexos. El eco doppler revela aumento de la vascularización. La TAC revela gran masa heterogénea que compromete ambos ovarios. El ca 125 es de 250 u/ml. Se realizo laparotomía exploradora en la que se detecta fuerte proceso inflamatorio, con una tumoración quística en anexo izquierdo, en posición retrouterina, firmemente adherida al Douglas, y otra de iguales características en el anexo derecho pero más pequeña, que se extirpan, se envían a patología y el reporte es negativo para cáncer. Diagnóstico definitivo endometrioma de ovario bilateral..



Imágenes Ecográficas convencionales y Doppler. Masas quísticas con aumento de la vascularización.



Imágenes Tomográficas a diversas alturas de la masa pélvica.



TAC - de la masa quística.

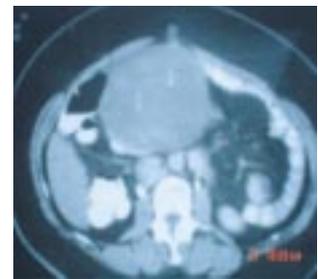


Lesión retrouterina bilobulada.



Tumor extirpado.

Caso # 15. Paciente de 33 años que presenta dolor abdominal difuso, perdida de peso y masa abdominal de 6 meses de evolución. Como antecedente tiene que fue operada previamente de una histerectomía total por un sarcoma uterino, recibiendo además radioterapia. Al examen físico se detecta una masa que sobrepasa la cicatriz umbilical. Al examen ginecológico, cúpula vaginal normal, papanicolau normal. El ca 125 es de 107 u/ml. La TAC revela gran masa tumoral que desplaza las asas intestinales de componente sólido. Se realiza laparotomía exploradora detectándose una gran masa sólida, de aspecto necrótico que se extirpa se envía a patología, el reporte es positivo para malignidad. El diagnóstico definitivo estableció un sarcoma metastático.



Visión In situ de la lesión.



Masa pélvica siendo extirpado.



Tumor sarcomatoso extirpado.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Como establecimos al inicio la masa pélvica es un proceso que puede afectar a la mujer a cualquier edad por lo que es importante tener en consideración las probables patologías que pueden ocurrir, así como la forma adecuada y correcta de establecer su evaluación.

En los 15 casos expuestos podemos identificar muchos elementos que nos han permitido evaluar de una manera objetiva las pacientes portadoras de masa pélvica. La edad de nuestras pacientes osciló entre los 16 y 66 años con un promedio de 41 años. En cuanto a los síntomas y signos podemos establecer que por lo general son inespecíficos, siendo el dolor el que mayor predomina (9 casos), la sensación de plenitud abdominal en 4 casos, pérdida de peso en 4, trastornos menstruales inespecíficos en 3 y asintomáticos 4.

En todos los casos se realizó examen físico completo, que incluyó valoración ginecológica, y toma de muestra para papanicolau, el mismo que fue normal en 13 de 14 casos, (no se realizó en una paciente por ser virgen) siendo positivo en una paciente que presentó además de su masa pélvica (cáncer de ovario) un carcinoma in situ en el producto de la histerectomía realizada. Se realizó ecografía sea abdominal o endovaginal, a 13 de los 15 casos, cuyos resultados fueron coincidentes con los resultados tanto quirúrgicos como patológicos, en especial cuando se realizó el estudio con eco doppler.

La Tomografía Computarizada, constituyó el medio de diagnóstico no invasivo más idóneo pues nos permite evaluar en conjunto la tumoración, su aspecto y lo más importante la relación con los otros órganos pélvicos. Se realizó en 12 de los 15 casos.

En cuanto al marcador ca 125, este estuvo notoriamente elevado en pacientes con cánceres de ovario, 3 en nuestra serie (mas de 10 veces el valor normal) y en los casos de endometriosis (5 casos) también estuvo elevado de una manera significativa, por lo cual se deberá sospechar en esta última patología más aun cuando además en el eco se detecta la presencia de masa con cocientes sólidos quísticos, bilaterales y en especial en mujeres jóvenes. Su elevación pasado los 50 años debe ser indicativo de mayor investigación, pues las posibilidades de encontrarnos con un cáncer son significativamente mayores.

El diagnóstico patológico de la masa pélvica fue 11 casos patologías ginecológicas y 4 no ginecológicas. Las patologías ginecológicas que se detectaron fueron: adenocarcinoma de ovario 3 casos, endometriosis o endometriomas 5 casos, fibromatosis uterina con mioma intramural 1 caso, fibroma subseroso y pediculado en

ligamento ancho 1 caso, cistoadenoma benigno de ovario en 1 caso, y 1 caso de riñón pélvico más fibromatosis uterina

En los 3 casos de patología no ginecológica estos fueron, 1 cistoadenoma del epiplón y fibromatosis uterina, otro con un tumor retroperitoneal cuyo resultado fue de un leiomyosarcoma de bajo grado, y otro que fue una recidiva de un sarcoma metastásico proveniente de un sarcoma uterino. Es importante tener en consideración las variedades y anomalías anatómicas en el diagnóstico diferencial de la masa pélvica, así como procesos expansivos de retroperitoneo que pueden confundirse con patología anexial. En nuestra experiencia además del descrito tuvimos 3 casos de tumores retroperitoneales 2 eran adenopatías por linfomas y otro un liposarcoma en el lado izquierdo que además presentó un quiste de ovario derecho en una mujer de 33 años y cuyo marcador tumoral ca 125 era notoriamente elevado.

En relación a la cirugía, es imperativo como en efecto se hizo que todos los procedimientos se realicen en sitios que reúnan todas las facilidades técnicas, con personal idóneo y con el uso de la congelación como medio para determinar in situ la patología de la paciente y de esta manera poder realizar el tratamiento de la forma mas adecuada posible.

Además es importante establecer que en pacientes jóvenes, el tamaño de la tumoración es muy importante pues el hecho de que el reporte de la congelación sea negativa no se descarta la posibilidad de que en el estudio definitivo se trate de un tumor maligno, (especialmente en teratomas inmaduros) por lo que el cirujano tendrá que realizar en este tipo de pacientes maniobras transoperatorias que permitan poder evaluar y estadificar correctamente la enfermedad para que la paciente se beneficie de tratamientos conservadores.

Conclusiones:

1. Notamos un incremento cada vez más significativo de cáncer de ovario en nuestro medio, mismo que en la mayoría de los casos están en estados avanzados.
2. La gran mayoría de las pacientes tratadas fuera de nuestro instituto, son manejadas incorrectamente.
3. La principal causa de lo anterior, esta en relación al poco estudio que se hace en la evaluación de la masa pélvica, y de manera especial al tratamiento quirúrgico en donde el ginecólogo o cirujano general actúa sin los conceptos básicos que rigen a la cirugía oncológica.
4. Consideramos imperativo el uso de la congelación para la decisión del tratamiento a seguir.
5. No existiendo población sensible específica para cáncer de ovario, la sospecha clínica es la clave para el diagnóstico precoz del cáncer de ovario.



Bibliografía

1.- Berek, J., Hacker, N. Practical Gynecologic Oncology. 3ª Edición, 2000.	8.- DiSaia, Ph., Creasman, W. Clinical Gynecologic Oncology. Quinta edición 1997.
2.- DiSaia, Ph., Creasman, W. Clinical Gynecologic Oncology. Quinta edición 1997.	9.- Coppleson, M., Monaghan, J. Gynecologic Oncology Fundamental Principles and Clinical Practice. 2ª edición 1992.
3.- Normas de manejo del Cáncer Genital Femenino. Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. 1993.	10.- Drake, J. Diagnosis and management of the adnexal mass. American Academy of Family Physicians.1999.
4.- Normas de manejo del Cáncer Genital Femenino. Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. 2001.	11.- Alberto Muñoz., Cáncer: Genes y Nuevas Terapéuticas. Editorial Hèlice, 1997.
5.- Coppleson, M., Monaghan, J. Gynecologic Oncology Fundamental Principles and Clinical Practice. 2ª edición 1992.	12.- Molina R., Ballesta A., Marcadores tumorales Estado actual y nuevas perspectivas del futuro. Hospital de Clínicas de Barcelona. 2000.
6.- Drake, J. Diagnosis and management of the adnexal mass. American Academy of Family Physicians.1999.	13.- De Van Winter, Simmons. Am. J. Obstetric Gynecolog.170:1780,1994
7.- Berek, J., Hacker, N. Practical Gynecologic Oncology. 3ª Edición, 2000.	14.- Sánchez Sabando Jaime Cáncer Ginecológico. Oncología 7:1, 1997.

Del Editor:

CESIÓN - ASIGNACIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR
A la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA, Sede Nacional Guayaquil

La revista "ONCOLOGÍA" requiere de la firma de todos los autores y coautores como evidencia de transferencia, asignación y de traspaso de la posesión de los derechos de autor, exclusivamente a la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA.

En caso de que uno de los coautores se haya cambiado de domicilio, usted puede reproducir una copia de este formulario para que dicho coautor firme por separado. Favor enviar una copia de ésta página a nuestra oficina. El envío oportuno de este formulario con todas las firmas nos permitirá programar su artículo para su publicación.

Título del Artículo: _____

Teléfono del Autor: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Nombre: _____ FIRMA: _____

Fecha de Cesión: _____

Nota: Sírvase escribir los nombres en caracteres de imprenta.

Revista "ONCOLOGÍA"
 Av. Pedro Menéndez Gilbert
 Apt. Postal No. 555/ ó 3623
 Guayaquil - Ecuador

Fax: (593-4) 2293-366 / 2287-151
 E-mail: editor@solca.med.ec
 jasanchez@msn.com

