

PATOLOGÍA ANEXIAL

Las enfermedades anexiales incluye un amplio espectro de tumoraciones ováricas. Lo más frecuente, en el 75-80% de los casos, es que sean benignas; pero siempre será fundamental descartar malignidad por las consecuencias clínicas y terapéuticas que conlleva.

A menudo, las tumoraciones anexiales se diagnostican como un hallazgo casual durante una exploración ginecológica rutinaria. En caso de que produzcan síntomas suele ser cuando son de gran tamaño, en forma de molestias abdominales inespecíficas por compresión de estructuras vecinas.

También pueden producir sangrados menstruales anormales por alteraciones hormonales en la ovulación.

Excepcionalmente, se pueden producir torsiones ováricas, que consiste en la torsión del ovario debido al peso de un tumor ovárico de gran tamaño. Estos casos se manifiestan con dolor intenso localizado y generalmente de inicio agudo, por lo que se diagnostican fácilmente ya que se suele tener que acudir a urgencias por el dolor severo.

La ecografía ginecológica diagnostica el tumor ovárico, así como su tamaño y su contenido, ya que pueden ser quísticos, sólidos o mixtos (sólido-quísticos).

Además, mediante la ecografía es posible realizar una aproximación en cuanto a benignidad o malignidad en función de diversas características ecográficas que nos orientan.

Para completar el estudio, se realizan también análisis sanguíneos en busca de marcadores de tumores ováricos.

En función de la edad de la paciente, síntomas, imagen ecográfica y los resultados de los marcadores tumorales, podemos hacer una aproximación diagnóstica. Si bien, el diagnóstico definitivo siempre será el análisis anatomopatológico.

En caso de sospecha de malignidad, se ha de completar el estudio y realizar el tratamiento médico-quirúrgico que corresponda según características y extensión del tumor.

En caso de sospecha de benignidad, se puede realizar seguimiento ecográfico, clínico y analítico en aquellos tumores de pequeño tamaño (menores de 4 cm).

Algunos casos de quistes ováricos en mujeres en edad reproductiva se tratan de quiste funcionales persistentes, que suelen desaparecer al cabo de unos tres meses aproximadamente.

Aquellos tumores de más de 4 cm, que presenten síntomas, que hayan aumentado de tamaño durante el seguimiento, de consistencia sólida (no endometriomas) o por deseo de la paciente, son tributarios al tratamiento quirúrgico. El abordaje quirúrgico de

elección siempre que se pueda, será mediante laparoscopia en vez de cirugía abierta, ya que la laparoscopia presenta una mejor y más rápida recuperación, menor estancia hospitalaria, con un menor riesgo de complicaciones. La laparoscopia es un tipo de técnica quirúrgica mínimamente invasiva, que consiste en la visualización de la cavidad abdominal mediante el uso de una cámara y la realización de pequeñas incisiones en la piel.

Dependiendo del tamaño del tumor y de la edad de la paciente se realiza o bien una quistectomía, es decir la extirpación únicamente del quiste ovárico, o una anexectomía, es decir la exéresis completa del ovario. La anexectomía se reserva en casos de quistes grandes y/o mujeres peri o postmenopáusicas.

La anexectomía bilateral, es decir la extirpación de ambos ovarios, se ha de consensuar junto con el ginecólogo en aquellas mujeres en periodo postmenopáusico con un tumor anexial.

PREGUNTAS FRECUENTES

1.- Si tengo un tumor ovárico sólido pero de pequeño tamaño y deseo gestación, ¿debo de operarme?

Sí se recomienda la cirugía en todos los casos de tumores sólidos o mixtos, siempre y cuando no se traten de endometriomas, a pesar de que sean de pequeño tamaño, ya que el diagnóstico definitivo es el análisis anatomopatológico.

2.- Al haber tenido un quiste o tumor benigno anexial, ¿tengo más riesgo de que aparezca otro a pesar de su extirpación quirúrgica completa?

No existe más riesgo de que aparezca un nuevo tumor o quiste anexial una vez realizado el tratamiento quirúrgico. El riesgo de que aparezca una nueva lesión sería igual al de otra mujer que nunca ha tenido ninguno.