

Aspiración transvaginal de tumores quísticos de la pelvis. Primera experiencia nacional

Drs. Gustavo Pagés, Juan Aller, Roberto Jiménez, María Isabel Rasines, Alfredo Martell, Bethania Aller

Fertilab Unidad de Reproducción Humana. Clínica El Ávila, Caracas

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la aspiración transvaginal, guiada por ultrasonido, como técnica para el tratamiento de tumores quísticos de la pelvis.

Método: A pacientes tumores quísticos de ovario con criterios ecográficos y marcadores séricos sugestivos de benignidad, se les realizó aspiración transvaginal guiada por ultrasonido.

Ambiente: Consulta externa de Fertilab, Unidad de Reproducción Humana de la Clínica El Ávila.

Resultados: Entre diciembre de 1995 y noviembre de 1999 se realizó el procedimiento a 65 pacientes logrando el éxito en el 98,46% de los casos. El resultado de anatomía patológica señaló quiste seroso en el 67% de los casos y endometriosis en el 33%. Hubo recidiva en el 28% de las pacientes.

Conclusión: La aspiración transvaginal de quistes pélvicos en el consultorio es una técnica sencilla, poco dolorosa, económica y que puede evitar la cirugía innecesaria en un número considerable de casos.

Palabras clave: Aspiración. Quistes. Pelvis. Ultrasonido transvaginal.

SUMMARY

Objective: To assess the transvaginal ultrasound-guided aspiration of pelvic cystic neoplasm.

Methods: Transvaginal sound-guided aspiration was performed to patients with echographical and serum markers suggestive of benign cystic ovarian tumors.

Setting: Outpatient clinic of Fertilab, Human Reproductive Unit of "Clinica El Avila".

Results: From December 1995 until November 1999, 65 patients were treated with the procedure, that was successful in 98.46%. Histological findings were serous cysts in 67% of cases and endometriosis in 33%. Recurrence occurred in 28% of the patients.

Conclusions: The transvaginal ultrasound-guided aspiration of pelvic cysts in the office is simple, painless, and a lower cost procedure that can avoid the surgery in many cases.

Key words: Aspiration. Cysts. Pelvis. Ultrasound.

INTRODUCCIÓN

El manejo de los tumores quísticos persistentes de la pelvis ha evolucionado desde la laparotomía exploradora, que era el tratamiento de elección en la década de los 80', hasta la laparoscopia que es el método quirúrgico usado en la actualidad para resolver esta patología (1). Sin embargo, estos procedimientos son costosos, requieren de un área quirúrgica apropiada, entrenamiento previo y pueden producir adherencias anexiales, con la consecuente disminución de la fertilidad.

Con el desarrollo de la ultrasonografía transvaginal (UTV) se ha podido diferenciar, con gran sensibilidad y especificidad, las características de malignidad o benignidad de una lesión quística de la pelvis.

Se ha señalado que, en una mujer mayor de 40 años, la posibilidad que una lesión quística de ovario, unilocular, sin papilas ni tabiques en su interior, sea maligna es de 0,3%. Mientras que para quistes multiloculares es de 8%, para tumores mixtos multiloculares de 36% y para tumores sólidos de 39% (2).

Si a estos parámetros ecográficos se le agregan las características clínicas, como ausencia de ascitis, distensión abdominal, pérdida del apetito, pérdida

Trabajo presentado en el XVII Congreso de Ginecología y Obstetricia. I Congreso Bolivariano de Obstetricia y Ginecología.

Recibido: 09-08-00

Aceptado para publicación: 01-09-00

de peso inexplicable y la ausencia de niveles elevados de marcadores séricos para tumores epiteliales de ovario, la posibilidad de que el tumor quístico sea maligno disminuye todavía más (3).

Por otro lado, la aspiración folicular de oocitos durante los procedimientos de reproducción asistida (RA) han evolucionado desde las técnicas iniciales en las que se realizaba una laparotomía ginecológica, pasando por la laparoscopia, hasta los momentos actuales en que se realiza por vía transvaginal, guiada por UTV, con anestesia local y en forma ambulatoria.

Desde la década de los 90 se describe el uso de esta técnica para el manejo de tumores quísticos de ovario (4), para la obtención de biopsias de masas sólidas de ovario (5) y, más recientemente, en el manejo de quistes de la pelvis en mujeres embarazadas (6).

El objetivo del presente trabajo es evaluar la misma técnica que se usa, en la Unidad de Reproducción Humana de la Clínica El Ávila, para la aspiración de oocitos en la fertilización in vitro con transferencia de embriones (FIV-TE), en el manejo de pacientes con tumores quísticos de la pelvis.

MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluaron pacientes de la consulta externa de Fertilab-Unidad de Reproducción Humana de la Clínica El Ávila, entre diciembre de 1995 y noviembre de 1999, que tenían criterios ecográficos y marcadores séricos para tumores epiteliales de ovario (Ca 125 y Ca 15-30) sugestivos de benignidad, a quienes se les realizó aspiración transvaginal de tumores quísticos de la pelvis.

Las pacientes recibieron tratamiento hormonal con estrógenos y progestágenos, por lo menos, durante tres meses antes del procedimiento y si, en el control ecográfico, persistía la lesión eran sometidas a tratamiento con antibiótico, basado en nitrofurazona intravaginal, 6 días antes de la aspiración.

Para el diagnóstico del tumor y la punción se usó un equipo de ultrasonido marca Medison SonoAce® 6000 con sonda transvaginal convex de 5-7,5 MHz.

En el consultorio con la paciente en posición ginecológica, se colocó un espéculo, se realizó antisepsia del fondo de saco vaginal con solución de yodo-polivinilpirrolidona y se aplicó anestesia local, con lidocaína al 2% en forma de irrigación y luego por punción en fondo de saco.

Se retiró el espéculo y se introdujo la sonda transvaginal, con el guizador para punción cubierta con una Vagi-Cover (*Zilianti Medical Systems*) previamente esterilizado. Con una aguja 17 Fr, introducida a través del guizador, se realizó la punción del tumor y se aspiró su contenido con una inyectora de 50 cm³. El material extraído se envió para estudio anatomopatológico y la paciente egresó a los 10 minutos con analgésico en caso de dolor.

Para evaluar el dolor del procedimiento, se usó la escala del Instituto UPSA del dolor, la cual es colorimétrica, con valores que oscilan entre 0 y 10.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 65 pacientes que tenían criterios ecográficos y de laboratorio de benignidad. La edad promedio fue de 32,84 años (rango: 21-54) y el motivo de consulta fue: asintomática (53,84%), infertilidad (35,38%), dolor (6,15%) y trastornos menstruales (4,61%).

El tamaño promedio de los tumores quísticos, por UTV, fue de 37,03 mm (rango: 3-120) y el volumen extraído promedio fue de 31 cm (rango: 2-90).

Un total de 62 pacientes (95,38%) recibieron tratamiento cíclico hormonal antes del procedimiento, con el fin de evitar la intervención quirúrgica, de estas, en 56 (90,32%), el quiste permaneció igual, en 5 (8,06%) aumentó y en 1 (1,61%) disminuyó.

En 64 casos (98,46%) se logró la punción y en 1 (1,54%) el tumor era muy móvil y no se pudo aspirar. El dolor según la escala de dolor del Instituto UPSA, fue de 1,5 en promedio (rango: 0-6,8). No hubo ninguna complicación.

El resultado de anatomía patológica fue quiste seroso en 67% de los casos y endometriosis en 33%.

La evolución fue satisfactoria en 46 casos (71,87%) y recidiva en 18 (28,12%). En 16 casos (24,62%) con tumores mayores de 50 mm no se realizó cirugía y en los 3 casos (4,63%) donde se practicó ooforectomía el diagnóstico fue de endometriosis.

DISCUSIÓN

Los tumores quísticos del ovario con características ecográficas de benignidad, generalmente desaparecen espontáneamente en los siguientes ciclos menstruales. A pesar de que varios estudios señalan que los preparados hormonales basados en

estrógenos y progestágenos no tienen influencia sobre los tumores quísticos de ovario, estos se siguen usando frecuentemente en el manejo de esta patología (7,8).

Existe un grupo de pacientes con tumores quísticos que no desaparecen espontáneamente y a quienes, tradicionalmente, se les practica intervención quirúrgica por laparoscopia o por laparotomía, con aumento de los costos y de la morbi-mortalidad.

El desarrollo de las diferentes técnicas de imagenología ha permitido evitar la intervención quirúrgica, tanto diagnóstica como terapéutica, en muchos pacientes y los tumores pélvicos no escapan a estos avances. Así, con el desarrollo de la UTV, se han descrito técnicas para el tratamiento de endometriomas ováricos, quistes simples, aspiración de oocitos en técnicas de RA, manejo de tumores quísticos en mujeres embarazadas, etc. (9,10).

En el presente trabajo, se evaluaron pacientes con quistes persistentes de ovario a pesar de recibir, su mayoría, por lo menos tres meses de tratamiento hormonal basado en estrógenos y progestágenos. En relación con la edad a pesar que el rango varió entre 21 y 54 años, 64 pacientes estaban premenopáusicas. En la única paciente menopáusica se pudo realizar la punción, no hubo recidiva y el resultado de anatomía patológica fue benigno, lo cual difiere a lo publicado por otros autores, que señalan una tasa de recidiva de 80% en estas pacientes (5).

A pesar de que es en este grupo de edad el cáncer de ovario es más frecuente, si la paciente no tiene factores de riesgo para malignidad y los parámetros paraclínicos no lo sugieren, se puede realizar el procedimiento sin aumento de la posibilidad de diseminar células malignas; en caso contrario se sugiere no realizarlo.

En relación con el tamaño del tumor, es importante destacar que 16 eran mayores de 50 mm y en ninguno se realizó cirugía ni se presentó recidiva posterior a la aspiración. Es de hacer notar que, según los criterios clásicos, estas pacientes hubieran requerido una laparotomía ginecológica con gran aumento de los costos y la morbimortalidad.

En 70,58% de los casos en que se presentó recidiva el resultado de anatomía patológica fue endometriosis, por lo que se debe considerar que éste no es el tratamiento ideal para pacientes con esta patología. Sólo se debe utilizar para las que inmediatamente después del procedimiento se les va a practicar un FIV-TE, que no responden al

tratamiento médico o que una vez practicado el tratamiento quirúrgico presentan recidivas sintomáticas.

Al analizar la tasa de éxito se observa que se logró la aspiración en 64 pacientes, con un promedio de dolor, según la escala del Instituto UPSA, de 1,5; lo cual permite concluir que es un procedimiento con alta efectividad y poco doloroso. Inclusive en pacientes con adherencias pélvicas severas, en las que la intervención quirúrgica puede resultar complicada, el procedimiento, frecuentemente, resulta más fácil porque los anexos son poco móviles y no se desplazan al ser tocados con la aguja de punción.

Al analizar las complicaciones se observa que, en la presente serie, no hubo complicaciones, lo que corresponde con otras series publicadas con anterioridad (9,11). Sin embargo, se recomienda el tratamiento previo con antibióticos intravaginales en forma de óvulos así como el uso de material estéril y una adecuada antisepsia del fondo de saco vaginal para evitar el riesgo teórico de la inoculación de gérmenes dentro del ovario en que se realizó la punción. También se recomienda no realizar más de dos intentos para evitar que un procedimiento que no es doloroso se torne no apto para ser realizado en consultorio.

La tasa de recidivas en el presente trabajo fue de 28,12%, que es similar o menor a la señalada por otros autores (6,12). En estos casos, se puede realizar una segunda y hasta una tercera aspiración transvaginal, antes de practicar una intervención quirúrgica, por la posibilidad de que la lesión desaparezca (13).

La aspiración transvaginal de quistes pélvicos en el consultorio es una técnica sencilla, prácticamente indolora, económica y que puede evitar la cirugía en un número considerable de casos.

REFERENCIAS

1. Mane S, Penketh R. Laparoscopic management of benign ovarian disease. *Semin Laparosc Surg* 1999;6(2):104-111.
2. Granberg S, Wikland M, Jansson I. Macroscopic characterization of ovarian tumors and the relation to the histological diagnosis: Criteria to be used for ultrasound evaluation. *Ginecol Oncol* 1989;35(2):139-144.
3. Tay SK, Tan YY. Risk factors and risk scoring system for the prediction of malignancy in ovarian cysts. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1992;32(4):341-345.
4. de Crespigny LC, Robinson HP, Davoren RA, Fortune D. The "simple" ovarian cysts: Aspirate or operate? *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96(9):1035-1039.

5. Bret PM, Guibaud L, Atri M, Gillet P, Seymour RJ, Setermen MK. Transvaginal US-guided aspiration of ovarian cysts an solid pelvis mass. *Radiology* 1992;185(2):337-380.
6. Caspi B, Ben-Arie A, Appelman Z, Or Y, Hagay Z. Aspiration on simple pelvis cysts during pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 2000;49(2):102-105.
7. Nezhat FR, Nezhat CH, Borhan S, Nezhat CR. Is hormonal suppression efficacious in treating functional ovarian cysts? *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1994;1(4, Part 2): S26.
8. Steinkampf MP, Hammond KR, Blackwell RE. Hormonal treatment of functional ovarian cysts: A randomized, prospective study. *Fertil Steril* 1990;54(5):775-777.
9. Troyano RN, Taylor KJ. Sonographically guide therapeutic aspiration of benign-appearing ovarian cysts and endometriomas. *AJR* 1998;171(6):1601-1605.
10. Guariglia L, Conte M, Are P, Rosati P. Ultrasound-guide fine needle aspiration of ovarian cyst during pregnancy. *Ur J Obstet Reprod Biol* 1999;82(1):5-9.
11. Khaw KT, Walker WJ. Ultrasound guide fine needle aspiration of ovarian cysts: Diagnosis and treatment in pregnant and non-pregnant women. *Clin Radiol* 1990;4(2):105-108.
12. Balat O, Sarac K, Sonmez S. Ultrasound guided aspiration of benign ovarian cyts: An alternative to surgery? *Eur J Radiol* 1996;22(2):136-137.
13. Granber S, Crona N, Hammarberg K, Wikland M. Ultrasound-guide puncture of cystic tumors in the lower pelvis of young women. *J Clin Ultrasound* 1989; 17(2):107-111.

Una encuesta señala que las mujeres están más a gusto con el uso de los anticonceptivos orales.

Cuarenta años después de la introducción de los anticonceptivos orales (AO), finalmente han sido reconocidos como seguros y confiables por las mujeres. Una encuesta de la organización Gallup, conducida por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACG) en abril de este año, encontró que las mujeres no sólo creen que la píldora es segura, sino que también confían en los beneficios no anticonceptivos de la misma.

Cerca del 48% de las mujeres encuestadas dijeron conocer los beneficios no anticonceptivos de los AO. Los citados con mayor frecuencia fueron el control del acné y la regularización del sangrado

menstrual. También manifestaron conocer que el uso de la píldora reduce el riesgo de ciertas condiciones, así como el cáncer de endometrio y la enfermedad inflamatoria pélvica.

Un 37% de las mujeres afirmó estar tomando los AO para reducir los síntomas de la perimenopausia, como calorones o irregularidades del sangrado, o conocer alguien que toma los AO para el manejo de esos síntomas.

Para el grupo de mujeres entre 18 y 34 años, los AO fueron el método anticonceptivo más común (24%), seguido por el condón (13%) y la ligadura de trompas (9%).

ACOG Today 2000;44(7):1.