

PROTOCOLO: MANEJO DE UNA MASA ANEXIAL

Índice de Riesgo de Malignidad (IRM):

$$\text{IRM} = U \times M \times \text{CA } 125$$

- Criterios ecográficos (U): 1 pto a cada característica: Q. multilocular, áreas sólidas, metástasis, ascitis, lesiones bilaterales. U=0 (0 ptos); U=1 (1 pto); U=3 (2 a 5 ptos)
- M=1 (♀premenopáusicas); M=3 (♀menopáusica)
- Determinación de CA 125(UI/ml)

En postmenopausia:

- Bajo riesgo: <25 (Riesgo de cáncer <3%)
- Riesgo moderado: 25-250 (Riesgo de cáncer 20%)
- Alto riesgo: > 250 (Riesgo de cáncer 75%)

Clasificación de masas anexiales por riesgo de malignidad:

I) Riesgo alto:

- IRM \geq 200.
- M-Rules:** **M1:** T. sólido irregular; **M2:** Ascitis moderada-severa (descartar patología extraovárica); **M3:** \geq 4 estruct. papilares; **M4:** T. Sólido-quístico multilocular > 100 mm; **M5:** Abundante mapa color.
- Otras **características ecográficas de malignidad:** De forma aislada: **vegetación parietal; área sólida; tamaño \geq 10 cm en PM o \geq 5 cm + dolor abdominal (también en PM).** O bien, 2 o más de las siguientes: pared \geq 3 mm, tabique intraquístico \geq 3 mm, bilateralidad, ascitis, mapa color central.

II) Riesgo intermedio:

- Masas no incluidas en I o III
- IRM 25-200.
- B2:** componente sólido <7mm; **B3:** Sombra acústica; **B4:** T. multilocular <100 mm,

III) Riesgo bajo:

- Quiste unilocular, anecoico, con paredes delgadas: quiste simple.
- IRM <25.
- B1:** Quiste unilocular, **BD1:** Endometrioma tipo I, **BD4:** patrón reticular.

Manejo de una masa anexial en posmenopausia:

I) **Alto riesgo:** Exploración quirúrgica.

II) **Riesgo intermedio:**

Cirugía: Si CA 125 > 35.

Controles: Ecotv+CA 125 a los 2-2-4-4-4 y 12 meses, y alta (seguimiento 2,4 años).

III) **Riesgo bajo:**

Cirugía: Si CA 125 > 35.

Controles: Ecotv+CA 125 en 3 y 6 meses, una última cita al año, y alta.

Manejo de una masa anexial en premenopausia:

I) **Alto riesgo:** Exploración quirúrgica.

II) **Riesgo intermedio:** controles con Ecotv+CA 125 a los 3-3-6 y 12 meses, y alta. (un último control al año dependiendo de la edad)

Cirugía si CA 125 \geq 200 ó incremento rápido. No repetir CA 125 si < 35 U/ml.

Cirugía si se sospecha tumor de células germinales o de cordones sexuales.

Solicitar **LDH, β HCG y α FP** en: mujeres <40 años y pacientes con síntomas asociados a exceso de estrógenos (HUA) o andrógenos (signos virilización).

III) **Riesgo bajo:** controles con Ecotv a los 3 y 6 meses, y alta.

Tanto en PM como en premenopausia, se indicará cirugía si aumenta el tamaño o cambia la morfología de la masa.

Laparoscopia vs Laparotomía:

LPT si alta sospecha de malignidad y, LPS en masas de riesgo intermedio y bajo riesgo.

Grandes masas con componentes sólidos, preferible LPT. Por lo general > 70 mm.

Si alta sospecha malignidad → ooforectomía.

Masas anexiales con sospecha de malignidad baja y aspecto benigno intraoperatorio:

- En posmenopausia: Ooforectomía bilateral.
- En premenopausia: quistectomía ovárica, o bien ooforectomía, si > 40 años y paridad satisfecha.
- Aspiración del quiste no se aconseja.