

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

Facultad de Ciencias Medicas

CARRERA DE MEDICINA



TESIS

Tumores Benignos De Ovario

Sustentada Por La Bachiller

Ana Lidia Messen Fajardo

Previa Opción Al Título De:

DRA. EN MEDICINA Y CIRUGIA

pa, D. C.

Honduras, C. A.

1989

616.99365
M58

9-9
C.2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

Facultad de Ciencias Medicas

CARRERA DE MEDICINA



TESIS

Tumores Benignos De Ovario

Sustentada Por La Bachiller

Ana Lidia Messen Fajardo

Previa Opción Al Título De:

DRA. EN MEDICINA Y CIRUGIA

Tegucigalpa, D. C.

Honduras, C. A.

1989

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Tegucigalpa, D.C.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR
SECRETARIO GENERAL

LIC.OMAR CASCO ZELAYA
LIC.ALFREDO HAWIT BANEGAS

JUNTA DIRECTIVA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS

DECANO
VICE-DECANO
SECRETARIA
PROSECRETARIO
VOCAL
VOCAL

DR. RAUL FELIPE CALIX
DR. RENATO VALENZUELA C.
LIC. EVA LUZ DE ALVARADO
DR. JESUS ADELMO ARITA
DR. CARLOS R. GARCIA V.
DR. CESAR A. CASTELLANOS

VOCALES ESTUDIANTILES

PROPIETARIOS
Br. Jorge Eduardo Quínn
Br. Denis Chirinos
Br. Nelson E. Salinas
Br. Iván E. Trejo

SUPLENTE
Br. Ruth Gómez
Br. Félix Castillo
Br. Elmer Mayes
Br. Jenny Paredes

SUSTENTANTE : Br. Ana Lidia Messén Fajardo

ASESOR : Doctor Oscar Flores Funes

SUSTENTANTE

Br. Ana Lidia Messén Fajardo

TERNA EXAMINADORA

Dr. Humberto Rivera (Coordinador)

Dr. Marcial Vides Turcios

Dr. Marco A. Villar

PADRINOS

Victor R. Gabrie

Suyapa R. de Gabrie

DEDICATORIA

Acto que dedico a: Dios, mis padres; mi esposo,
mi hijo.

Y con agradecimiento a mi asesor.

I N D I C E

	<u>PAGINA</u>
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS	2
III. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	3
IV. MARCO TEORICO	4 - 30
IV. 1. HIPOTESIS	31
V. VARIABLES A UTILIZAR	32
V. 1. DEFINICION DE VARIABLES Y SUS CATEGORIAS	33 - 37
VI. METODO MATERIAL Y PROCEDIMIENTOS	38
VII. ESTADISTICA	39 - 64
VIII. CONCLUSIONES	65 - 67
IX. RECOMENDACIONES	68
X. RESUMEN	69 - 71
XI. BIBLIOGRAFIA	72 - 75
XII. ANEXOS (DIBUJOS, ENCUESTA)	76 - 78

INTRODUCCION

La patología ginecológica, constituye una de las causas más frecuentes de la consulta diaria en la práctica médica. Dentro de esta patología, los tumores ováricos, aunque no son los más frecuentes, presentan problemas de diagnóstico y en ocasiones de tratamiento.

Las neoplasias ováricas malignas son sumamente agresivas y mortales, y además prácticamente son asintomáticas en su inicio. Es importante diferenciar precozmente un tumor benigno de uno maligno, porque la conducta terapéutica, evolución, sobrevida y secuelas psíquicas y fisiológicas, son diferentes, y previo a la laparotomía en la gran mayoría de casos no se puede establecer la diferencia.

En nuestro medio se han estudiado las neoplasias malignas de ovario, pero no se ha hecho un estudio para conocer las características inherentes a los tumores benignos.

El Hospital Escuela es el primer centro nacional de referencia, además cuenta en su plantel con médicos especialistas en Oncología (Médica y Quirúrgica), Ginecología y Patología, por lo que los resultados serán un indicativo revelador de la realidad nacional para tumores benignos de ovario.

En este trabajo de investigación evaluaré los expedientes de las pacientes que entre 1983 y 1987 fueron diagnosticadas y tratadas por tumores benignos de ovario en el Hospital Escuela.

O B J E T I V O S

I. GENERALES

1. Revisar el estado de la patología tumor benigno de ovario y compararlo con la literatura mundial.
2. Determinar a través del análisis de los expedientes de las pacientes con tumores benignos de ovario, cual ha sido la incidencia de los tumores benignos de ovario en el Hospital Escuela entre los años 1983-1987.
3. Determinar cuales fueron los síntomas y signos más frecuentes, evolución y tipo histológico de los tumores benignos de ovario diagnosticados en el Hospital Escuela entre 1983-1987.

II. ESPECIFICOS

1. Identificar el grupo de edad en que más frecuentemente se diagnosticaron los tumores benignos de ovario.
2. Establecer la relación que existe entre tumores ováricos benignos y paridad de la paciente.
3. Identificar factores de riesgo en las pacientes con tumor ovárico benigno.
4. Evaluar el manejo de las pacientes con tumor benigno de ovario.
5. Identificar el tratamiento más frecuente en las pacientes con diagnóstico de tumor ovárico benigno.
6. Establecer cual ha sido la complicación más frecuente en pacientes con tumor ovárico benigno.

7. Determinar la complicación más frecuente en las pacientes con tumores benignos de ovario después del tratamiento quirúrgico.
8. Identificar el tipo histológico más frecuentemente reportado en las biopsias de pacientes con tumor benigno de ovario.
9. Establecer un estudio de la patología que pueda servir como base para estudios posteriores.

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El desconocimiento de la epidemiología de los tumores benignos de ovario en nuestro medio, exige la realización de un estudio en este sentido, no solo para compararlo con las estadísticas internacionales, sino también para evaluar los costos del estudio y tratamiento de las pacientes que tienen esta enfermedad, ya que un método diagnóstico mal aplicado, conlleva a un costo más alto y a un retraso en el diagnóstico y tratamiento.

MARCO TEORICO

EL OVARIO

Embriología.

Antes de la sexta o séptima semana después de la nidación las gónadas son indiferenciadas desde el punto de vista sexual, éstas se definen en estructuras masculinas o femeninas de acuerdo a la herencia cromosómica del feto y por efectos hormonales, las hormonas tanto endógenas como exógenas, estimulan o retrasan el desarrollo genital del feto (6).

Alrededor de la quinta y sexta semana de vida embrionaria se forman las crestas genitales en las regiones dorsolumbar izquierda y derecha, las porciones cefálicas de las crestas se transforman en gónadas. Células cúbicas de origen mesodérmico revisten la cavidad celómica y cubren la cresta genital. Al mismo tiempo, células sexuales primitivas se trasladan desde el saco vitelino hasta la corteza de las gónadas a través del mesenterio, mientras tanto, aparecen columnas discontinuas de células parcialmente diferenciadas (cordones de Waldeyer), que después se canalizan en forma parcial (túbulos de Pflüger) dentro de la sustancia de la gónada inicial.

Si el producto va a ser de sexo femenino, las células sexuales parecen organizar a los elementos meselquimatosos de la gónada alrededor de la octava semana. Se desarrollan agrupaciones de óvulos primitivos como islas de células constituidas por un gran óvulo primitivo rodeado de células más pequeñas moderadamente diferenciadas que se transforman en células del estroma menos diferenciadas que se transforman en células tecales. Las células germinativas ulteriormente se convierten en oogonios y las células epiteliales circundantes que provienen del epitelio superficial forman las células foliculares (16).

Los cordones de Waldeyer y los subsecuentes túbulos de Pflüger desaparecen en la mujer, pueden permanecer algunos vestigios que contribuyen a la formación de tumores ováricos raros como el adenoma de Pick (6).

ANATOMIA

Los ovarios son un par de órganos ovoides aplanados, firmes y blanquecinos con dimensión aproximada de 1.5 x 3 x 3.5 centímetros con un peso de 2 a 3 gramos, localizados en la pelvis verdadera (6).

Cada ovario presenta una cara externa y una interna, un extremo superior o tubárico y otro inferior o uterino, un borde anterior o mesoovárico y otro posterior libre (13).

Los ovarios se encuentran en un espacio llamado "fosa ovárica" en la pared lateral de la pelvis. Espacio limitado medialmente por la arteria umbilical obliterada, a los lados por el uréter y los vasos uterinos, y en la parte de abajo por los vasos y el nervio obturador (6).

Los ovarios son irrigados por las arterias ováricas ramas de la aorta, se anastomosan libremente en el mesosalpinx con la arteria uterina y proporcionan algunas ramas a la trompa de falopio. Las venas emergen del hilio en forma del plexo pampiniforme, la vena ovárica está formada por este plexo y abandona la pelvis en compañía de la arteria (13).

La vena ovárica derecha desemboca en la vena cava inferior, en tanto que la izquierda lo hace en la vena renal del mismo lado. La inervación está dada por las raíces dorsales de T10 y L1, así como las fibras simpáticas hipogástricas y lumbares. Los linfáticos del ovario se unen a los uterinos para drenar en los ganglios ilíacos y aórticos (6).

Microscópicamente la superficie del ovario está cubierta por una lámina de células cilíndricas que constituyen el epitelio germinativo (de Waldeyer).

El ovario se compone de cierto número de folículos ováricos incluidos en las redes de una estroma. La estroma es un tejido blando compuesto en su mayor parte de células en forma de huso, en la superficie del órgano este tejido está mucho más condensado y forma una lámina o túnica albugínea, compuesta de fibras de tejido conectivo con células fusiformes entre ellas. En el estroma

situado inmediatamente debajo de la túnica albugínea se encuentran un gran número de folículos primarios que contienen un óculo rodeado por una capa de células fusiformes, estos folículos constituyen la corteza del ovario. En el centro del órgano se halla la sustancia medular (zona vascular de Waldeyer) que forma el tejido del hilio por el que se fija el ovario, por donde penetran los nervios y vasos sanguíneos, este tejido no contiene folículos.

Durante los estadios de crecimiento del folículo, las células de la estroma situadas alrededor se aplanan en una lámina o teca, cuando los folículos maduran las tecas se disponen en un estrato interno y otro externo conocidos como teca interna y teca externa. Cuando el folículo está maduro forma una vesícula clara de 10 a 12 milímetros de diámetro al que se le conoce con el nombre de folículo de Graaff.

Por influencia hormonal se rompe el folículo liberando un óvulo, el folículo roto toma el nombre de cuerpo hemorrágico. Las células foliculares que persisten forman el cuerpo lúteo, el cual persiste y continúa desarrollándose si el óvulo es fecundado constituye el cuerpo amarillo de la gestación. Si el óvulo no es fecundado, el folículo forma un cuerpo amarillo más pequeño llamado menstrual, que degenera un tejido blanquecino conocido como cuerpo albicans (13). Además en el ovario pueden observarse muchos folículos que no alcanzan su desarrollo total ni llegan a la rotura, sino que se hallan sometidos a un proceso degenerativo conocido como atresia folicular.

FISIOLOGIA

Las funciones del ovario son: la preparación y maduración del óvulo para la fecundación y la secreción de hormonas. Estas dos funciones son reguladas a su vez por la participación de dos glándulas endocrinas. El lóbulo anterior de la hipófisis y el núcleo arciriforme del hipotálamo ventral (12) (Fig. 1). El hipotálamo secreta dentro de los vasos porta hipofisarios una hormona llamada "hormona liberadora de la hormona luteinizante" (HLHL), esta llega al lóbulo anterior de la hipófisis de donde se liberan dos hormonas, la hormona luteinizante (HL), que es la responsable de la ovulación y de la formación inicial del cuerpo lúteo, y la hormona folículo estimulante (HFS) la cual es

responsable de la maduración precoz de los folículos ováricos, las dos hormonas juntas la HL y la HFS son responsables de la maduración final del folículo ovárico. Estos eventos suceden en la mujer en forma cíclica aproximadamente cada 28 días, constituyendo lo que se conoce como ciclo menstrual (Fig. 2).

Al iniciarse cada ciclo, varios folículos primordiales comienzan a crecer, y al sexto día aproximadamente, uno de estos se agranda mientras que los otros regresan.

Las células de la teca interna del folículo, son la fuente primaria de los estrógenos. Al catorceavo día aproximadamente, el folículo se rompe y el óvulo es expulsado a la cavidad abdominal, este proceso se llama ovulación. El óvulo es recogido por los extremos fimbriados de las trompas de falopio y transportado al útero, si no ocurre fecundación sale hacia la vagina. El folículo roto se llena de sangre, la sangrea coagulada es reemplazada por el cuerpo lúteo, cuyas células lúteas secretan estrógenos y progesterona. Si no hay embarazo el cuerpo lúteo empieza a degenerar, aproximadamente el 24 día del ciclo más o menos cuatro días antes del siguiente sangrado, hasta formar el cuerpo albicante compuesto de tejido cicatrizal.

Bajo la influencia de los estógenos del folículo en desarrollo, el endometrio aumenta de espesor entre el quinto y catorceavo día del ciclo, estos cambios se llaman proliferativos. Después de la ovulación el endometrio se adematiza, las glándulas secretoras se enrollan bajo la influencia de los estrógenos y progesterona del cuerpo lúteo, estos son los cambios secretorios o prostaglandínicos. Al retirar el apoyo hormonal del cuerpo lúteo las arterias espirales del endometrio sufren constricción produciendo isquemia, las paredes necróticas se rompen produciendo hemorragia y flujo menstrual, la duración promedio del flujo es de cinco días, terminando cuando las arterias espiraladas de nuevo experimentan constricción.

Las hormonas ováricas tienen influencia también sobre el moco cervical, los estrógenos hacen al moco cervical más fluido y alcalino, cambios necesarios para la sobrevivencia y transporte de los espermatozoides, este tipo de moco

lo encontramos en el tiempo de la ovulación. La progesterona vuelve al moco más viscoso tenaz y celular.

Los estrógenos naturales son esteroides, secretados por las células de la teca interna de los folículos ováricos, cuerpo lúteo, placenta y en pequeñas cantidades por la corteza adrenal y los testículos. El principal estrógeno secretado es el 17 beta estradiol, que está en equilibrio con la estrona en la circulación la cual es metabolizada a estriol. El estradiol es el estrógeno más potente de los tres y el estriol lo es menos. Los estrógenos hacen disminuir la secreción de HFS. En algunas circunstancias inhiben la secreción de HL (refección inversa) en tanto que en otras pueden incrementarlo (refección positiva).

La progesterona es un esteroide C21 secretada por el cuerpo lúteo y la placenta, es convertida a pregnandiol en hígado y es excretado en la orina unida con el ácido glucorónico. La progesterona es responsable de los cambios progestacionales del endometrio, descritos anteriormente.

El ovario también libera un factor relajante del útero llamado relaxina, secretado aparentemente por el cuerpo lúteo. La actividad de la relaxina ha sido demostrada en la sangre de mujeres embarazadas (12).

PATOLOGIA

El diagnóstico y tratamiento de la patología ovárica es un problema que frecuentemente enfrenta el médico en la actualidad, ya que el ovario es un órgano de derivación embriológica compleja, con funciones endocrina y reproductiva, por lo que a lo largo de la vida de la mujer es susceptible a transformaciones neoplásicas e hiperplásicas, como resultado es órgano de sumo interés para patólogos, oncólogos, ginecólogos, endocrinólogos y genetistas. Al considerar el estudio de los tumores debe diferenciarse entre neoplasias benignas y malignas, y también considerar las condiciones no neoplásicas. (5, 15)

EPIDEMIOLOGIA

De las neoplasias primarias del aparato reproductor de la mujer 15 a 20 % se originan en el ovario. Con excepción del Japón, los tumores ováricos son más frecuentes en los países industrializados. En Estados Unidos la tasa es casi igual entre mujeres de raza blanca y negra (5).

No se ha definido la ocurrencia de tumores benignos de ovario dentro de una población determinada, talvéz por que no ha sido muy estudiado, la verdadera incidencia de estos tumores ha sido hasta cierto punto desconocida (15).

No hay factores de riesgo bien definidos en pacientes con tumores benignos de ovario, pero se han hecho estudios enfocando la relación existente entre neoplasias ováricas, quistes funcionales ováricos y anticonceptivos orales, concluyéndose lo siguiente: hay una pequeña reducción en la incidencia de estos tumores (neoplásicos y no neoplásicos) en pacientes que habían tomado anticonceptivos orales combinados (por lo menos seis meses antes del diagnóstico) que en aquellas que no habían tomado. Según reporte de Martin Vessel y Cols. se concluyó que para algunos tipos de tumores benignos (cistadenomas), hay un efecto supresor en aquellas pacientes que toman anticonceptivos orales y emergen solamente después que deja de tomar la droga. El Boston Collaborative Drug Surveillance encontró un 90% de reducción en tumores o quistes funcionales en pacientes que habían tomado anticonceptivos orales, en comparación con las que no tomaban. El Royal College of General Practitioners encontró un 65 % de reducción en tomadoras de píldoras anticonceptivas, y el Walnut Creek Group encontró un 40 % de reducción en tales mujeres (21).

No se ha identificado a la paciente con riesgo de desarrollar neoplasias del ovario pero varios estudios han descrito una frecuencia elevada de esterilidad en un 27 % más o menos (21).

CLASIFICACION

Los tumores benignos de ovario se pueden clasificar según sus características embrionarias, funcionales, e histológicas, entre estas mencionaré la de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y la clasificación en base a histología y funcionalidad.

CLASIFICACION DE LA FIGO

I. CLASIFICACION HISTOLOGICA:

A. Cistoma Seroso

1. Cistadenoma seroso benigno

B. Cistoma mucinoso

1. Cistadenoma mucinoso benigno

C. Tumores endometrioides, semejantes al adenocarcinoma de endometrio.

1. Quistes endometriales
2. Tumores endometrioides con actividad proliferativa de células epiteliales pero con crecimiento infiltrativo destructivo.

D. Tumores del Mesonefros

1. Tumores benignos del mesonefros

La siguiente clasificación es en base a la fisiopatología y embriología, es la actualmente aceptada internacionalmente.

TUMORES BENIGNOS DE OVARIO

I. Tumores no neoplásicos

- A. Quistes de inclusión germinal
- B. Quistes foliculares
- C. Quistes del cuerpo lúteo
- D. Luteoma del embarazo
- E. Quistes Teca luteínicos
- F. Ovarios escleroquísticos.

II. Tumores neoplásicos

Derivados del epitelio celómico

- A. Tumores quísticos
 - 1. Cistadenoma seroso
 - 2. Endometrioma
 - 3. Cistadenoma mucinoso
 - 4. Formas mixtas
- B. Tumores con sobrecrecimiento estromal
 - 1. Fibroma, adenofibroma
 - 2. Tumor de Brenner

III. Tumores derivados de células germinales

- A. Dermoides (teratoma quístico benigno) (10)

SINTOMATOLOGIA

Frecuentemente los tumores benignos ováricos son asintomáticos (5). En algunas ocasiones el diagnóstico se hace al realizar un examen pélvico rutinario, encontrándose una masa anexial (1).

Al encontrarse masa anexial, deben incluirse exámenes que:

- a. Evalúen el estado físico de la paciente.
- b. Correlacionar la lesión con anomalías endocrinas y funcionales
- c. Identificar la presencia o ausencia de enfermedad intestinal o del sistema urinario.
- d. Diagnostiquen neoplasia en otros sitios.

En general los síntomas dependen del tamaño, localización y tipo del tumor, así como de la presencia de factores complicantes (15).

Pueden encontrarse dolor pélvico, que puede ser debido a pulsión, torsión, tracción, distensión o inflamación, o bien el simple tamaño del tumor que cause sensación de peso pélvico o de compresión, cuando ocurre el dolor generalmente es suave, cuando es severo y se presenta en forma súbita, es sugestivo de cualquiera de las complicaciones mencionadas, la más común es la torsión del pedículo ovárico sobre todo cuando es delgado y estrecho, cuando esto ocurre frecuentemente se presentan náuseas y vómitos. Si la torsión es incompleta se produce estasis venosa con extravasación de plasma y sangre en la cavidad quística por tanto hay crecimiento tumoral, dolor y susceptibilidad a ruptura provocando rigidez abdominal. Si la torsión ocluye la arteria que suple sangre, entonces puede ocurrir infarto o necrosis de la parte tumoral sobre todo si es quística, produciéndose perforación y peritonitis. La perforación puede ocurrir después de un trauma abdominal y/o caída.

La hemorragia de un quiste ovárico es otra complicación que causa dolor. Es raro que un tumor ovárico cause dolor pélvico intenso, retención urinaria,

malestar rectal y dificultad en la defecación (5,15).

Los trastornos menstruales como: Oligomenorrea, Amenorrea y Sangrado uterino anormal, ocurren en solo 15 % de las neoplasias primarias del ovario (5).

En raras ocasiones se presentan hirsutismo, obesidad y signos de excesos de andrógenos (1,11).

Algunas pacientes refieren dispareunia (19).

HALLAZGOS FISICOS:

Lo más frecuente a la exploración pélvica bimanual es el hallazgo generalmente casual de masa anexal (1).

Es necesario realizar un exámen recto vaginal para palpar las características de la masa, tamaño, forma, superficie, y así aunado a los puntos básicos citados anteriormente en el enfoque de la paciente con masa pélvica palpable, definir si puede ser benigna o maligna. Por ejemplo, una superficie suave, y regular sugiere un quiste no neoplásico benigno y una superficie irregular y nodular sugiere o malignidad o bien un tumor neoplásico (9,15).

En la descripción de cada tumor, se detallarán las características físicas individuales.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es importante diferenciar masas de origen ginecológico lo que incluye alteraciones uterinas, de las trompas de falopio y estructuras adyacentes. El Proceso por el cual se formó la masa puede ser funcional, congénito, neoplásico e inflamatorio.

Masas uterinas:

Es importante considerar el embarazo en las primeras 8 a 12 semanas sobre todo cuando el segmento uterino es suave puede palpase el cuerpo uterino como una masa separada. Similarmente cuando el útero están en marcada retroversión, puede simular un quiste en el fondo de saco rectal. Los miomas uterinos, sobre todo cuando se encuentran en el ligamento ancho, unido al segmento uterino por un pedículo bastante fino, los miomas se encuentran en por lo menos 10 % de mujeres en edad de 35 años. Otra condición que puede provocar agrandamiento uterino es la adenomiosis así como también el carcinoma endometrial.

Masas en las trompas de Falopio:

Las neoplasias de estas estructuras son raras, generalmente las masas anexiales son secundarias a enfermedad inflamatoria tubélica o a un embarazo ectópico, los métodos diagnósticos complementarios al examen físico y anamnesis permitirán diferenciar estas patologías.

También es necesario considerar masas pélvicas de origen no ginecológico, que incluye el intestino, la mayor parte de entidades que constituyen una masa está dada por materia fecal en el colon sigmoidees o del ciego, estos pacientes deben ser evaluados con enema evacuante. La diverticulitis del Intestino delgado puede detectarse en el examen pélvico, pero generalmente se acompaña de síntomas como diarrea, anorexia, nausea y vómito, sangrado rectal que sugieren alteraciones gastrointestinales. Las neoplasias de Intestino delgado se incrementan al aumentar la edad, 80 % ocurren en el lado izquierdo, el enema baritado ayuda a detectar su procedencia.

En algunas pacientes que presentan retención urinaria puede diagnosticarse equívocamente una masa de 10 centímetros como un tumor ovárico que desaparece al efectuarse cateterización vesical.

Por último hablaremos de alteraciones retroperitoneales como linfomas,

sarcomas y teratomas del área sacrococígea se encuentran con alguna frecuencia al examen rectovaginal; la ultrasonografía y la tomografía axial computarizada pueden ayudar al diagnóstico (5,9,15).

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

La anamnesis y examen físico sistemático son básicos para orientar los métodos diagnósticos.

La diferenciación entre benignidad y malignidad de los crecimientos ováricos es casi la decisión exclusiva de el patólogo ya que los quistes no neoplásicos y los tumores ováricos neoplásicos no producen síntomas que realmente los diferencien de los tumores malignos (1).

En la actualidad han surgido métodos diagnósticos que orientan en cierta medida sobre el tipo de tumor, entre ellos: La ultrasonografía pélvica puede mostrar la presencia de uno o varios quistes ováricos dependiendo del tipo de tumor (14). En algunos casos es inconclusa por la ecogenicidad natural que pueda tener la masa o crecimiento ovárico o también por el tamaño del mismo (17).

La tomografía axial computarizada es un método más preciso de diagnóstico, se ha demostrado su utilidad asociado al diagnóstico de tumores ováricos secretantes de andrógenos y niveles hormonales en sangre periférica, siendo el método más preciso para identificar el origen de la producción de andrógenos en síndromes virilizantes (10).

La resonancia electromagnética es un método con bastante especificidad y alta sensibilidad sobre todo en el diagnóstico de tumores quísticos con hemorragia interna ya que los componentes sanguíneos (hierro de la hemoglobina), reflejan imágenes llamada de alta intensidad T1 pesadas, además de un sombreado prominente. Nishimura y Col. en su experiencia con 62 casos de masas ováricas quísticas y neoplásicas, encontraron lo que describen como imágenes de alta intensidad en T1 y T2, además observaron lóculos dependiendo

del contenido del tumor, además pueden verse adherencias a órganos o cambios como anillos si la cápsula del tumor está presente (17).

En los casos más raros de síndromes virilizantes, deben evaluarse las concentraciones séricas de andrógenos. Cualquier tumor ovárico puede estar asociado con secreción excesiva de estrógenos y/o andrógenos en pacientes premenopáusicas. La posibilidad de un tumor ovárico debe considerarse en cualquier mujer que presente disturbios menstruales o síntomas clínicos de exceso de andrógenos de reciente aparición, aún cuando no haya masa anexal palpable. Puede medirse el nivel de 17 beta estradiol, estrona, testosterona y androstenediona (1).

Hay que considerar que la estrona y el 17 B estradiol, varían durante el ciclo, por el contrario la concentración de testosterona y androstenediona no varían durante el ciclo (1,11). Esto puede demorar significativamente la detección temprana (11).

Es importante evaluar sobre todo la testosterona sérica, en un estudio hecho por Fiedman y Col. concluyen que en la paciente con hiperandrogenemia, sin masa anexal palpable o demostrable por clínica, ultrasonografía o tomografía axial computarizada, deben hacerse otros estudios como arteriografía, venografía ovárica o adrenal o bien extrayendo muestra sanguínea venosa ovárica, o por evaluación quirúrgica e histológica ovárica. La morbilidad asociada a esto hace necesario evaluar la concentración de testosterona sérica mayor de 2 nanogramos y comparar su significado en una mujer con masa anexal palpable y una sin masa demostrable, concluyéndose que en una mujer en edad reproductiva con solo una concentración de testosterona mayor de 2 nanogramos x mililitro es un criterio inespecífico para proceder con métodos diagnósticos invasivos para descartar un tumor productor de andrógeno. En caso de masa unilateral o agrandamiento marcado de anexos, la cirugía puede ser apropiada adicionada a los análisis sanguíneos de testosterona.

Los autores sugieren que en ausencia de masa anexal, la extracción de sangre venosa ovárica o la exploración quirúrgica para descartar neoplasias productora de andrógenos en mujeres con síntomas de exceso crónico de

andrógenos, sea reservada para quienes se demuestre un valor sérico de testosterona de 2.5, de 3 análisis sanguíneos separados diariamente. En la experiencia de los autores el número de mujeres calificadas para procedimientos diagnósticos invasivos en ausencia de masa anexal puede ser reducido en un 60 %. Aunque esto puede demorar significativamente la detección temprana (11).

MANEJO

El tratamiento quirúrgico de las neoplasias ováricas, consiste en remoción con laparotomía bajo anestesia general.

Lancet, publica un estudio de tumores ováricos programados para remoción por laparotomía por punción transabdominal, guiada por ultrasonografía, extrayéndose líquido quístico para ver si esto producía un diagnóstico con suficiente confianza para rehuir la cirugía cuando se pensó que no había malignidad, concluyéndose que esta punción no se recomienda para el manejo de tumores ováricos ya que se puede encontrar un alto porcentaje de falsos positivos (8).

La edad es una consideración importante en el manejo de pacientes sospechosas de tumor ovárico, si la persona es joven o vieja, la masa que se encuentre en anexos, debe ser considerada anormal. El manejo consiste en un trabajo cuidadoso y laparotomía exploratoria.

Hay No hay tiempo ni lugar para observación en pacientes de este grupo.

Hay controversia en el manejo de pacientes a las que se les diagnostica un embarazo asociado.

Tomaremos como categorías a considerar para el manejo, las siguientes:

- * Del nacimiento a 20 años: los tumores ováricos ocupan sólo 1 % de crecimiento en niñas menores de 16 años, pero aún así son los tumores genitales más frecuentes en la adolescencia y niñez. Son más frecuentes en la pubertad (10 a 14), tal vez porque los órganos genitales migran del

abdomen a la pelvis en esta época. El tumor más común en esta época es el de células germinales, teratoma quístico. La clave del tratamiento es conservador. Cualquier crecimiento más allá del ovario demanda un tratamiento más agresivo.

- ⌘ De 20 a 40 años: Hay controversia en el manejo de este grupo, si la paciente se acerca a los 40 años, el tratamiento debe ser más agresivo. En este grupo son frecuentes los tumores de células germinales del estroma y de células epiteliales. El tratamiento debe ser individualizado de acuerdo al tipo de tumor, etapa de la enfermedad y edad de la paciente.
- ⌘ De 40 años y más: Este grupo de pacientes tiene un alto riesgo de presentar neoplasias malignas y no se indica la observación, el manejo debe realizarse sin ningún retraso.
- ⌘ De 65 años y más: Están aún más propensas al cáncer y en estadíos más avanzados, por lo que el manejo quirúrgico tampoco debe hacerse esperar (4).

Cada tumor tiene sus características propias, a continuación se hará una descripción de cada tumor de acuerdo a la clasificación aceptada internacionalmente.

⌘ TUMORES NO NEOPLASICOS:

Las masas que más frecuentemente se encuentran afectando a los anexos, son los quistes no neoplásicos. Un quiste es una formación sacular con líquido o materia semisólida. Los quistes ováricos pueden desarrollarse en cualquier edad pero son más frecuentes en la pubertad a la menopausia, o sea en los años de vida reproductiva. Muchos son pequeños y sin importancia clínica, pero son sin embargo sitios de potencial desarrollo de neoplasias malignas (5).

Es importante aclarar que tienen significado clínico por que no pueden ser distinguidos de verdaderas neoplasias del ovario solamente por clínica.

Los quistes o tumores no neoplásicos del ovario son: Quistes funcionales, del cuerpo lúteo y del folículo; quistes teca luteínicos; luteoma del embarazo, ovarios poliquísticos, y quistes endometrioides (9).

* QUISTES DEL FOLICULO: Son comunes, bilaterales, múltiples y aparecen en la superficie ovárica como burbujas pálidas llenas con un líquido claro, su tamaño varía desde el microscópico hasta 4 centímetros (rara vez son mayores), aunque pueden alcanzar hasta 10 centímetros en diámetro. Los síntomas generalmente no existen, a menos que haya ruptura con hemorragia o torsión, presentándose síntomas de abdomen agudo. Los quistes grandes pueden causar dolor pélvico intenso, dispareunia y ocasionalmente sangrado uterino anormal, con trastornos del patrón ovulatorio (1, 9).

Estos quistes suelen desaparecer en 60 días sin tratamiento, generalmente ocurren porque ha fallado la ovulación (5).

Se ha visto que las mujeres que usan anticonceptivos orales tienen un efecto protector ya que hay una reducción de 49 % en la incidencia de estos tumores quísticos, en relación a aquellas que no toman anticonceptivos orales (21).

Cuando los síntomas son muy molestos, el restablecimiento del ciclo ovárico normal puede ser útil, simulando ovulación con tratamiento de inyección intramuscular de progesterona en aceite (5 milímetros) caproato de hidrolprogesterona (1.25 a 2.5 miligramos x día), intramuscular, o inducir ovulación con citrato de clomifeno (50 miligramos x 5 días, por vía oral), rara vez se necesita de este tratamiento y debe evitarse excepto en la paciente muy enferma. Si la masa persiste por más de 60 días, probablemente no es folicular (5,9).

* QUISTES LUTEINICOS:

- a) GRANULOSA LUTEINICA: (interior del cuerpo amarillo) se producen cuando hay ovulación, formación del cuerpo lúteo y hay un agrandamiento por hemorragia interna (cuerpo hemorrágico) (9). Durante la fase hemorrágica del ciclo se sustituye la sangre por líquido, lo cual es posterior a la ovulación o inicios del embarazo. Son de 4 - 6 centímetros de diámetro, color pardo con líquido seroso parduzco con un coágulo sanguíneo en su interior. Puede causar dolor local, hiperestesia, amenorrea o menstruación retardada, seguida por sangrado brusco después de la resolución del quiste (5).

Puede confundirse con un embarazo, para lo que se requiere prueba de embarazo (9). Puede también ocasiona torsión del ovario, con dolor intenso ó bien sufrir ruptura y sangrar, entonces se requiere laparotomía para controlar la hemorragia en la cavidad peritoneal. Desaparece en dos meses y requiere solo tratamiento sintomático, cuando está presente en el embarazo, va disminuyendo gradualmente en el último trimestre del mismo (5).

Estos quistes tienen un porcentaje de reducción de más o menos 78 % en su incidencia en pacientes que toman anticonceptivos orales (21).

- b) QUISTES TECA LUTEINICOS: Resultan de sobreestímulo ovárico por la gonadotropina coriónica humana (hgc), se caracterizan por luteinización del estroma que rodea al folículo (9,15).

Varían en tamaño desde diminutos a varios centímetros, son bilaterales por lo general, con líquido fresa, se asocian a mola hidatidiforme coriocarcinoma o tratamiento con clomifeno y hgc.

Los síntomas son mínimos: sensación de peso pélvico, dolor, en ocasiones sufre ruptura produciéndose sangrado intraperitoneal.

Laboratoriamente pueden haber títulos altos de hormona gonadotropina coriónica humana. Debe hacerse legrado solo si hay duda respecto a productos retenidos del embarazo, mola o coriocarcinoma. Debe hacerse diagnóstico diferencial con embarazo extrauterino (5).

c) LUTEOMA DE EMBARAZO: Ocurre por estímulo de la hormona gonadotropina coriónica humana; rara vez se produce tumefacciones que requieran tratamiento quirúrgico, se asocia con hidramnios y embarazo múltiple. Todavía no se determina si es neoplasia verdadera o luteinización estromal, involuciona post parto cuando la gonadotropina coriónica disminuye. Se asocia con virilización materna en un 40 % (5).

d) ENFERMEDAD POLIQUISTICA DE LOS OVARIOS (SINDROME DE STEIN LEVENTHAL): Describe un grupo de mujeres con síntomas de obesidad, hirsutismo (en un 50 %), oligomenorrea, esterilidad, afecta a mujeres entre 15 y 30 años.

Se produce un alargamiento bilateral ovárico escleroquistico, con superficies lisas y color aperlado, sin cicatrización superficial, contiene folículos pequeños, llenos de líquido, bajo la superficie de la corteza fibrosa (5,9,19),

El diagnóstico presuntivo se hace por historia clínica y exploración física, generalmente hay pubertad normal y luego historia de episodios de amenorrea. Los ovarios se encuentran crecidos en casi la mitad de las enfermas.

Los 17 cetosteroides urinarios se elevan un poco, la excreción de estrógenos y hormona folículo estimulante es normal, la concentración de hormona luteinizante se encuentra elevada aunque en ocasiones no hay un aumento evidente. Algunas pacientes tienen aumento de 4 androstenediona y otras de dehidroepiandrosterona. Los títulos de hormonas

corticosuprarrenales son normales. Los registros de temperatura corporal basal y biopsias endometriales reportan anovulación, la neumorradiografía pélvica, culdoscopia, laparoscopia o laparotomía revelan anomalías ováricas.

El tratamiento varía, puede darse hidrocortisona (50 miligramos x vía oral 2 veces al día x 2 a 3 meses), tratando de inducir ovulación. el citrato de clomifeno (50 a 100 miligramos al día x 5 a 7 días) cíclicamente puede ser eficaz para inducir la ovulación.

Raras veces se requiere de resección en cuña, esto restablece la ovulación y la fertilidad en un buen porcentaje (5).

Generalmente son bilaterales, pero se han reportado casos de afección de un solo ovario, el ultrasonido es de gran ayuda en el diagnóstico y debe practicarse en forma rutinaria. La etiología del síndrome permanece desconocida, pero se sugiere que la causa de la patología es intraovárica en caso de afección de un solo ovario, o bien un desorden con anomalía del eje hipotálamo hipofisario, cuando se encuentran afectados los dos ovarios (19).

* LESIONES NEOPLASICAS:

Solo 20 % de las neoplasias ováricas son malignas, y solo ocasionalmente es posible distinguir entre benignidad y malignidad de un tumor, basándose en la historia clínica y examen físico.

El ovario se compone de tejido derivado del epitelio colómico, células germinales y mesénquima (9). El 85 % de los tumores del ovario son del tipo epitelial e incluye las lesiones serosas, mucinosas y teratomas quísticos (dermoides) (5).

Las neoplasias más comunes del ovario son los tumores serosos, representan 40 a 50% de los tumores epiteliales. Se han observado

en mujeres de todas las edades (9). Pero es más frecuente en nulíparas (5) y menos frecuentes en pacientes que usan anticonceptivos orales (21).

* CISTADENOMA SEROSO: Es quístico, genralmente unilateral, de tamaño desde 5 a 10 centímetros de diámetro, en ocasiones alcanza mayores tamaños, constituye el 30 % de las neoplasias benignas del ovario, es más frecuente en mujeres entre 20 a 50 años de edad (2).

El epitelio que lo recubre casi siempre es cúbico, cilíndrico o ciliado. A menudo hay proyecciones papilares hacia las cavidades, cuando es marcado este crecimiento, el tumor parece casi sólido (5).

Es frecuente encontrar pequeñas concreciones calcificadas laminadas, desarrolladas en el estroma, son producto final de degeneración de los implantes papilares. Aure y colaboradores, sugieren que estos son indicativos de una respuesta inmunológica funcional (9). Otros autores consideran que representa una evidencia de resistencia tisular al crecimiento tumoral, en algunas ocasiones se ha encontrado material extraño en ellos como talco, sugiriendo que un irritante puede iniciar una proliferación atípica (20).

Cuando hay fibrosis asociada al tumor se le denomina Cistadenofibroma, es más frecuente en la post menopausia 60 % en la séptima década de la vida (9).

No hay síntomas clásicos asociados a estas lesiones, algunas pacientes refieren malestar o dolor pélvico inespecífico, puede haber tumefacción abdominal palpable o enfermedad extraabdominal. Deben diferenciarse de lesiones intestinales y del sistema urinario, del riñón pélvico, dilatación ureteral por implantación de cálculo, divertículos vesicales,

neoplasias intestinales enfermedad de Crohn, divertículos vesicales, tumores uterinos, salpingitis, la miomatosis uterina es el diagnóstico primario que se hace en la tercera parte de las mujeres con tumores ováricos.

La laparoscopia puede ser útil, pero la laparotomía es necesaria sobre todo cuando se distorsiona la arquitectura pélvica.

El tratamiento es la escisión quirúrgica, se elige ovariectomía en la mujer joven, es importante valorar el otro ovario, como también efectuar estudio citológico del líquido peritoneal y estudiar las superficies peritoneales (5).

- CISTADENOMA MUCINOSO: El multilocular, con contenido líquido claro mucinoso o viscoso, de paredes delgadas, casi siempre sin proliferación papilar, el epitelio es cilíndrico columnar con núcleos basales y citoplasma claro (2,5,9).

Se cree que surge de metaplasia simple del epitelio germinal. Generalmente aparece entre los 20 a 50 años de edad, tiene un volumen de 1 a 50 centímetros y hasta 30 kilogramos de peso, generalmente es unilateral, se asocia frecuentemente con embarazo (2,5). Cuando es masivo se debe sospechar de que el tumor sea mucinoso, tanto el cistadenoma seroso como el mucinoso se sujetan al ovario por un pedículo de paredes delgadas y frecuentemente sufre torsión e infarto hemorrágico (2).

El tratamiento es quirúrgico, rara vez la lesión es circunscrita, en ocasiones estas lesiones se complican al sufrir escurrimiento el contenido a la cavidad peritoneal con implantación peritoneal, lo que se conoce como peritoneo pseudomixomatoso, es difícil de tratar por la dificultad de eliminar el material mucinoso, en este caso puede usarse

dextrosa al 10 % que producen licuefacción de la mucina en la mayoría de los casos (5).

* ENDOMETRIOMA:

La endometriosis se divide en dos grupos clínico-patológicos: Adeniosis o endometriosis interna y externa, esta última se refiere al crecimiento endometrial fuera del útero, usualmente en la cavidad pélvica superficie serosa uterina, ligamento uterosacro; y otros como el ovario. Ocurre generalmente en mujeres infértiles en la edad de 40 años, usualmente están bajo control hormonal y responden a estimulación ovárica con hemorragia interna (9).

Varían en tamaño desde microscópico hasta 10 a 12 centímetros de diámetro. Es común la adherencia a órganos adyacentes, hay glándulas y estroma, los quistes grandes, tienen líquido color parduzco, el epitelio puede ser aplanado con estroma con fagocitos llenos de hemosiderina.

Clínicamente el dolor es común asociado con la menstruación, aunque también puede ser intermenstrual (5).

El ultrasonido y la tomografía axial computarizada han jugado un papel importante en el diagnóstico de estas lesiones, pero han perdido especificidad con el surgimiento de la resonancia electromagnética, que analiza en forma más detallada los lóculos de cada quiste, el tamaño y la intensidad del contenido del quiste, cambios producidos por la hemorragia que se produce en los quistes y la adherencia a los órganos vecinos (17).

El tratamiento durante los años menstruales o fértiles debe ser conservador debido a que por lo común ocurre entre la tercera y cuarta década de la vida y la enferma puede estar relativamente asintomática. Si el diagnóstico no puede hacerse por exploración, puede ser necesaria la cirugía, la que depende de la edad de la paciente, extensión de la enfermedad e interés en la función reproductiva (5).

FORMAS MIXTAS

⌘ CISTADENOFIBROMA:

Este tiene componentes estromales y epiteliales, clasificado usualmente como variante del cistadenoma seroso, con reportes de tejido con diferenciación tubal, mucinosa y endometriode, generalmente está confinado dentro del ovario, pero se han descrito algunos casos con afección de intestino grueso, peritoneo, donde se sospecha que si hay benignidad, el origen multicéntrico probablemente es mesotelial (14).

= FIBROMA:

Es derivado del estroma (o mesenquimatoso), generalmente es unilateral, se presenta en mujeres post menopáusicas, representa más ó menos el 5 % de los tumores ováricos (2,5).

Tiene tejido conjuntivo de sostén, linfáticos, nervios, y un componente mesenquimatoso del que provee el elemento funcional o teca (con potencial endocrino). Rara vez llega a 10 centímetros, pero hay tumores hasta de 22 kilogramos. Son lisos, lobulados, encapsulados, de color amarillento o grisáceo, son frecuentes los cambios degenerativos, hialinización y licuefacción local (5,9). Se presentan en la quinta a séptima década de la vida, en su mayoría son asintomáticos, pero pueden peduncular la gónada, produciéndose torsión, dolor y degeneración.

Si el tumor tiene componente tecal, hay producción aumentada de estrógenos asociado a hiperplasia endometrial. Esto es importante ya que se asocia con mayor frecuencia de carcinoma de endometrio (1,5).

El síndrome de Meigs caracterizado por un tumor sólido benigno del ovario e hidrotórax trasudativo o ascitis, se asocia con fibroma ovárico, los síntomas son distensión abdominal, malestar al

respirar, dolor abdominal y no se palpa el tumor por la acumulación de líquido. El líquido es trasudado con pocos eritrocitos generalmente de color fresa pálido.

La causa del síndrome no es completamente conocida se ha visto que el hidrotórax ocurre por conexión directa entre las dos cavidades por los linfáticos o a través de poros en el diafragma (5,9).

Raramente es bilateral, debe hacerse diagnóstico diferencial con hepatopatías, cardiopatías, lesiones inflamatorias abdominales, leiomioma uterino, anomalías del sistema urinario y digestivo.

El tratamiento es quirúrgico consiste en ovariectomía. En la enferma joven el tratamiento es más conservador, en pacientes de 50 a 60 años, se recomienda la histerectomía total y salpingooforectomía bilateral (5).

※ TUMOR DE BRENNER:

Es una neoplasia no adherente, color amarillo parduzco, en su mayor parte es sólido, fibroepiteliomatoso y tiene componente quístico, se ha creído que proviene de restos de Walthard (inclusiones peritoneales con metaplasia), pero actualmente se ha demostrado que el origen puede ser de diversos orígenes debido a los hallazgos como epitelio superficial y estroma ovárico (5,9). La génesis se relaciona con metaplasia del mesotelio en las inclusiones peritoneales o con estructuras adenomatosas que se ven en la corteza del ovario. Aquí pueden verse cuerpos de psammoma. Las células del tumor son metaplásicas, escamosas ovoideas, con abundante citoplasma y núcleo pálido que tiene cromatina granular que divide al núcleo en dos dando apariencia de "grano de Café".

Clínicamente hay malestar pélvico, sensación de plenitud, cuando hay torsión se presenta dolor intenso, la ascitis o tumor de Meigs, coexiste cuando el tumor alcanza proporciones de 30 centímetros.

y hacer evaluación endoscópica del conducto intestinal; los cariotipos con cromosoma y sugieren disgenesia y peligro que la gónada contralateral sea asiento para desarrollar posteriormente un tumor (5).

∴ TERATOMA QUISTICO BENIGNO:

Comprende 12 a 15 % de las neoplasias ováricas, generalmente es más frecuente en la primera década de la vida (8).

Tiene tejido derivado de las 3 líneas de células germinales (ecto, meso y endodermo). Estudios genéticos han demostrado que tienen un cariotipo 46xx femenino, el cromosoma y enzimas marcadoras del tumor son diferentes de las de sus huéspedes, Linder deduce que se deriva de una célula germinal posterior a una meiosis por supresión de la segunda meiosis o por fusión de un cuerpo polar II con el oocito. Garrier y Col., propusieron falla en la meiosis I como segundo mecanismo de origen. Parrington descubrió que un óvulo maduro se duplica y por eso hay exceso de homocigotismo como tercer mecanismo de origen (8,18).

Puede tener elementos embrionarios o extraembrionarios, maduros e inmaduros. Los elementos maduros se asocian con benignidad del tumor y son: piel, tejido adiposo, pelo, tejido muscular, hueso, dientes, cartílago, y elementos extraembrionarios del trofoblasto, neuroblasto.

Generalmente es asintomático, puede tomar un tamaño grande y producir dolor abdominal, irregularidades menstruales (en casos raros), puede complicar un embarazo, no se asocia con esterilidad. En ocasiones al realizar rayos x de abdomen se pueden ver los dientes o calcificaciones. Pueden producir torsión ovárica presentándose infarto y ruptura asociados con vómito y dolor intenso. Se puede producir fístulas y vaciado del contenido al interior de la vejiga urinaria o a la vagina. Rara vez hay estruma que puede producir síntomas clásicos de hipertiroidismo.

El tratamiento es quirúrgico, con resección ovárica y tratar de preservar una pequeña cantidad de tejido ovárico para la reproducción futura, debe evitarse la bisección de la gónada contralateral (5).

HIPOTESIS

1. Los tumores benignos de ovario se presentan con menor frecuencia en aquellas pacientes que usan anticonceptivos orales.
2. En las pacientes con tumor benigno ovárico hay una elevada frecuencia de esterilidad.
3. El tipo Histológico más frecuente de los tumores ováricos benignos pertenece al grupo epitelial, y dentro de éste el más frecuente es el cistadenoma seroso.
4. En su inicio los tumores ováricos benignos son asintomáticos.
5. El signo más frecuentemente encontrado en la paciente con tumor ovárico benigno es la presencia de masa anexial.
6. En algunos casos los tumores ováricos benignos se presentan complicados con torsión.
7. Los síntomas menos comunes de los tumores benignos de ovario son hirsutismo y obesidad.
8. La miomatosis uterina es el principal diagnóstico diferencial que se establece con tumor benigno de ovario.
9. El método diagnóstico que más frecuente se usa (previo a biopsia) en tumores benignos de ovario es el ultrasonido de pelvis.
10. El tratamiento más usado en tumor benigno de ovario es el quirúrgico.

VARIABLES A UTILIZAR

I. VARIABLE DEPENDIENTE:

Tumor benigno de ovario, su incidencia, su diagnóstico y su tratamiento.

II. VARIABLES INDEPENDIENTES:

- a) Edad
- b) Procedencia
- c) Vida sexual activa
- d) Anticonceptivos orales
- e) Paridad
- f) Síntomas y signos
- g) Datos de laboratorio
- h) Método de diagnóstico
- i) Reporte de Pielograma
- j) Reporte de Pelviscopia
- k) Reporte de ultrasonografía
- l) Reporte histológico
- ll) Tratamiento quirúrgico
- m) Complicación post quirúrgica.

DEFINICION DE VARIABLES
Y SUS CATEGORIAS

1. EDAD:

Parámetro de características de medición cuantitativa en la que se estableció la edad en que se presentaron los tumores benignos de ovario.

Se dividió en los siguientes grupos:

- a) Menor o igual de 10 años
- b) De 11 a 20 años
- c) De 21 a 30 años
- d) De 31 a 40 años
- e) De 41 a 50 años
- f) De 51 o más años.

2. PROCEDENCIA:

Variable cuantitativa en la que se tomó:

- a) Area rural: Población con título de aldea, caserío y pueblo.
- b) Area urbana: Poblaciones con título de ciudad.

3. ANTICONCEPTIVOS ORALES:

Se tomó en cuenta si la paciente planifica con anticonceptivos orales ó no y el tipo de anticonceptivos orales. Con el propósito de establecer si hay relación entre el uso de éstos y tumores benignos de ovario.

4. PARIDAD:

Se consignó si la paciente había tenido hijos, si tuvo embarazos o no, y el número de partos; con el fin de establecer la relación entre paridad y frecuencia de tumores benignos de ovario.

5. SINTOMAS Y SIGNOS:

Variable cuantitativa importante para establecer el síntoma o signo más frecuentemente encontrado en la paciente con tumor ovárico benigno.

Se tomaron los siguientes:

- a) Masa pélvica : Presente o ausente
- b) Dolor pélvico: Presente o ausente
- c) Abdomen agudo
- d) Trastornos menstruales (especificando el tipo de trastorno)
- e) Hirsutismo
- f) Obesidad
- g) Otros

7. DATOS DE LABORATORIO:

Las pacientes con tumor ovárico benigno puede presentar anemia por sangrado, otras pueden presentar alteraciones virilizantes con elevación de las concentraciones séricas de esteroides sexuales. Tomando en cuenta esto se consideraron:

- a) Anemia:

Presente o ausente; de acuerdo al hematócrito.- Menor de 36 se definió como anemia.

Igual o mayor de 36 volúmenes por ciento se definió sin anemia.

b) Nivel de Esteroides sexuales:

Nivel de testosterona: Aunque este examen no se realiza en el Hospital Escuela, se tomó en cuenta ya que la paciente pudo habérselo realizado en otro centro.

c) Otro:

8. METODO DIAGNOSTICO:

Parámetro cuantitativo de suma importancia para conocer cuál se usa con mayor frecuencia en nuestro medio y para evaluar cual se reporta con mayor eficacia.

Se tomó en cuenta el reporte de:

- a) Ultrasonografía.
- b) Tomografía.
- c) Laparoscopia.
- d) Neumopelviografía.
- e) Pielograma Intravenoso
- f) Laparotomía exploratoria.
- g) Otros: Como Rayos X simple de abdomen y enema baritado.

9. REPORTE HISTOLOGICO:

Variable muy importante para clasificar el tipo histológico de tumor más incidente en nuestro medio; Edad en la que se presenta.

Se usó el siguiente esquema:

I. Tumores no Neoplásicos:

- ** Quistes de Inclusión germinal.

- * Quistes folículos.
- * Quistes del cuerpo lúteo.
- * Quistes teca luteínicos.
- * Ovarios escleroquisticos.

II. Tumores Neoplásicos:

- * Derivados del epitelio celómico.
- * Cistadenoma seroso.
- * Cistadenoma Mucinoso
- * Endometrioma.
- * Formas mixtas.

III. Tumor con sobrecrecimiento estromal:

- * Fibroma
- * Tumor de Brenner.

IV. Tumores derivados de células germinales:

- * Dermoides (teratoma quístico benigno).
- * Otros.(10)

10. TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Se especificó el tipo de cirugía que se realizó en cada paciente y se relacionó con la edad para evaluar el manejo acorde a la edad:

- a) Histerectomía abdominal total más salpingooforectomía uni o bilateral.
- b) Ooforectomía uni o bilateral.
- c) Resección en cuña de ovario.
- d) Otros.

11. COMPLICACION QUIRURGICA:

Se estableció el tipo de complicación que surgió en el acto quirúrgico y en el tiempo posterior a la cirugía.

METODO, MATERIAL Y PROCEDIMIENTO

- Tipo de Estudio: El trabajo se desarrolló utilizando un diseño de investigación tipo descriptivo retrospectivo.
- Area de Estudio: La información fué extraída de los expedientes archivados en el departamento de Estadística del Hospital Escuela durante los años 1983-1987.
- Población y muestra de Estudio: A efectos de comprobar estadísticamente los parámetros que se relacionaron con la epidemiología de los tumores ováricos benignos, se tomó como universo el número de expedientes que se encontraban en el Hospital Escuela, comprendidos entre 1983-1987, con diagnóstico confirmado por biopsia de tumor benigno de ovario, y que se encontró el resultado en dicho expediente, no se tomaron en cuenta los casos que se presentaron como sospechosos, pendientes o que no tenían confirmación por biopsia.
- Recolección de Datos: Después de establecido el universo y definido las variables, se procedió a la recolección de datos, en base a encuesta diseñada para tal efecto, se revisaron los expedientes entre enero de 1983 a diciembre de 1987.
- Plan de Análisis: Luego de recolectar los datos, haber tabulado y obtenido resultados se expusieron conclusiones; utilizando análisis estadísticos estandares.

T A B L A N O . 1

Incidencia de Tumores benignos de Ovario por año. Casos diagnosticados en el Hospital Escuela. Período 83 - 87.

AÑO	CASOS	%
1983	8	18.60
1984	6	13.95
1985	12	27.90
1986	14	32.55
1987	3	6.97
TOTAL	43	100.00

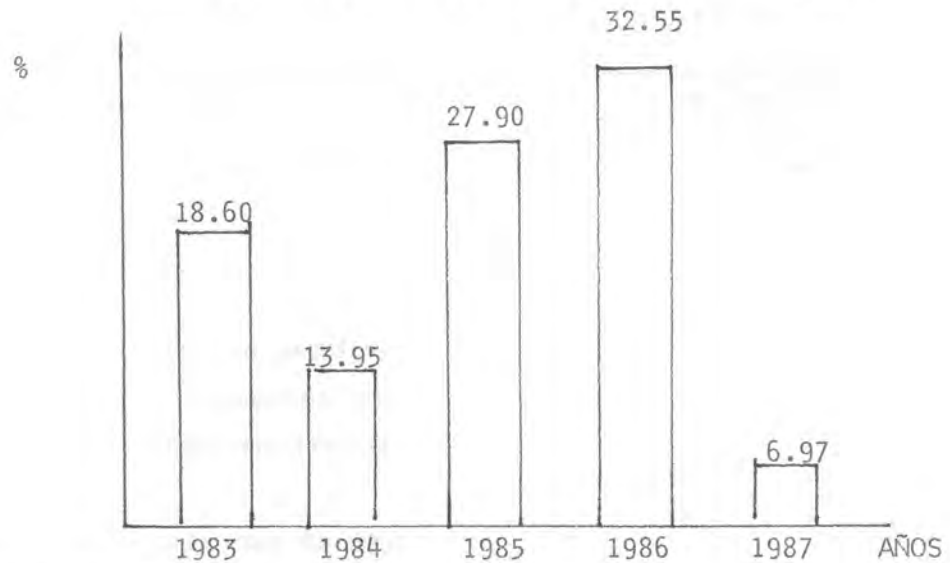
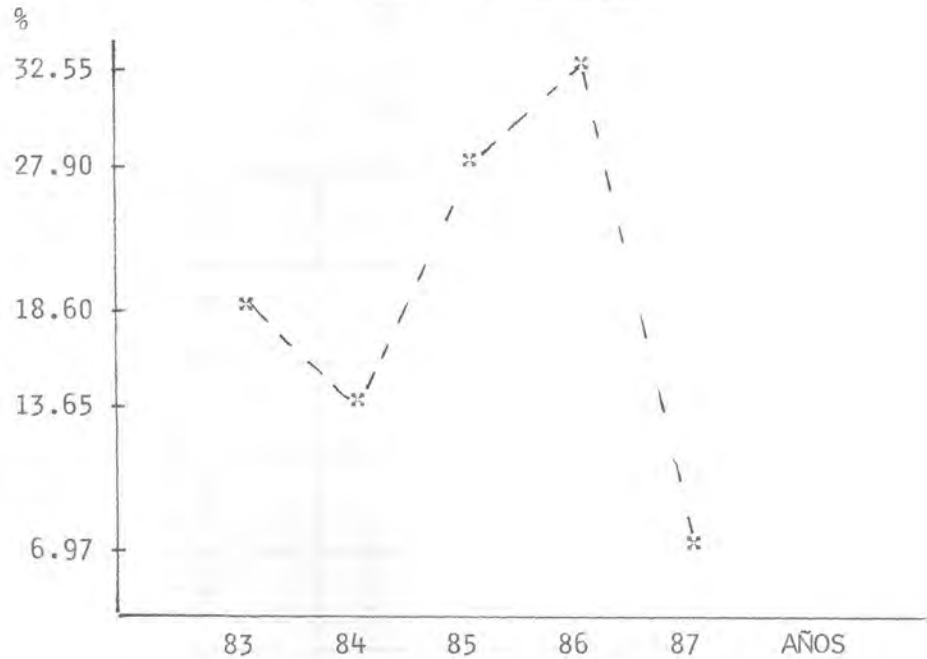
TABLA No. 1

La incidencia de tumores benignos de ovario ha tendido en forma general a ir en aumento, específicamente en los años 85 - 86, con un brusco descenso en 1987.

En países industrializados los tumores ováricos benignos son más frecuentes, con excepción del Japón, aunque la verdadera incidencia de esta patología ha sido hasta cierto punto desconocida (5,15).

GRAFICA NO. 1

INCIDENCIA DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO POR AÑO, HOSPITAL ESCUELA
(SEGUN CUADRO NO. 1)



GRAFICA NO. 1

La representación lineal y en barras de la incidencia de tumores benignos ováricos por año muestra una elevación en los años 85 - 86 con un brusco descenso en 1987.

T A B L A N O . 2

INCIDENCIA DE TUMORES BENIGNOS OVARICOS POR GRUPOS DE EDAD

HOSPITAL ESCUELA

PERIODO 83 - 87

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
10	4	9.30
11 - 20	8	18.60
21 - 30	5	11.62
31 - 40	12	27.90
41 - 50	7	16.27
51	7	16.27
TOTAL	43	100.00

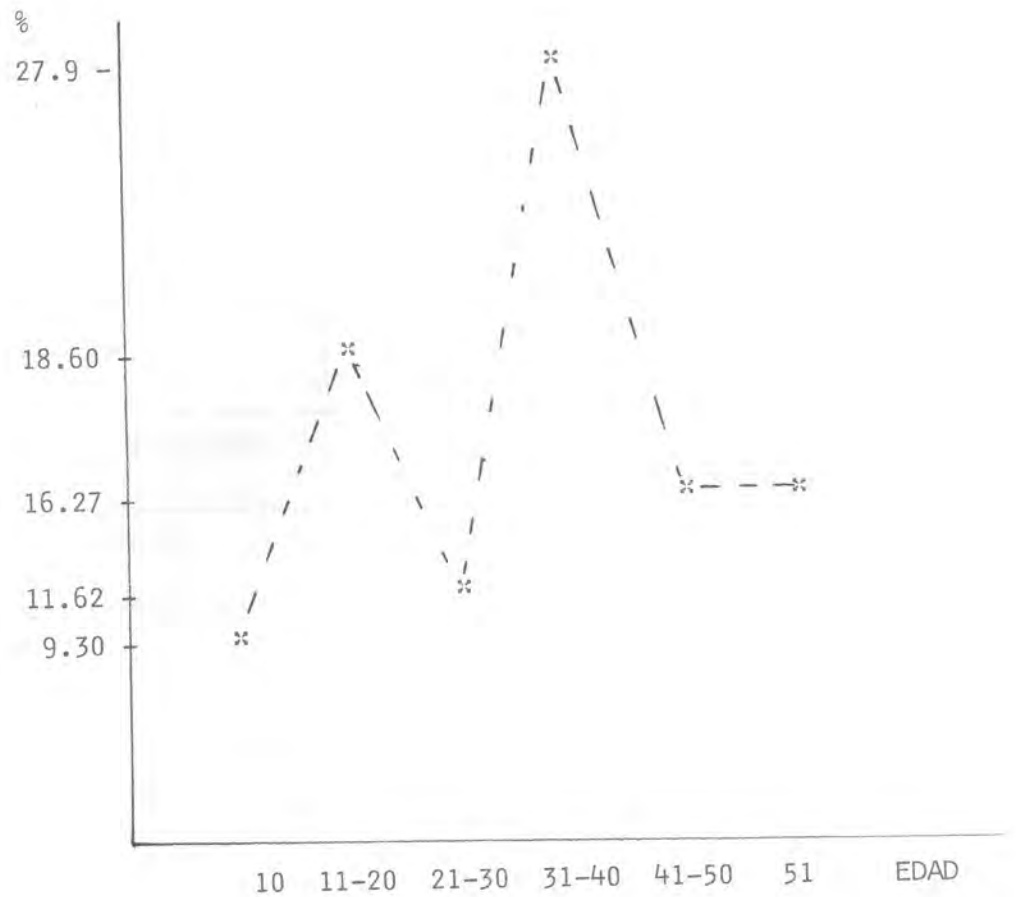
TABLA NO. 2

Según la literatura mundial los tumores ováricos son los tumores genitales más frecuentes en la adolescencia y la niñez; en nuestro estudio presentan una frecuencia elevada.

Además se reporta que la mayor incidencia se encuentra entre los 20 a 50 años (2, 9); lo cual es compatible con nuestro estudio que reporta en este rango de edad un 55.74 % de los casos.

GRAFICA NO. 2

INCIDENCIA DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO. POR GRUPOS DE EDAD



GRAFICA NO. 2

Gráfico lineal que muestra la mayor incidencia de tumores ováricos benignos entre los 20 y 50 años y la menor incidencia en los extremos de la vida, menores de 10 años y mayores de 50 años.

T A B L A N O . 3

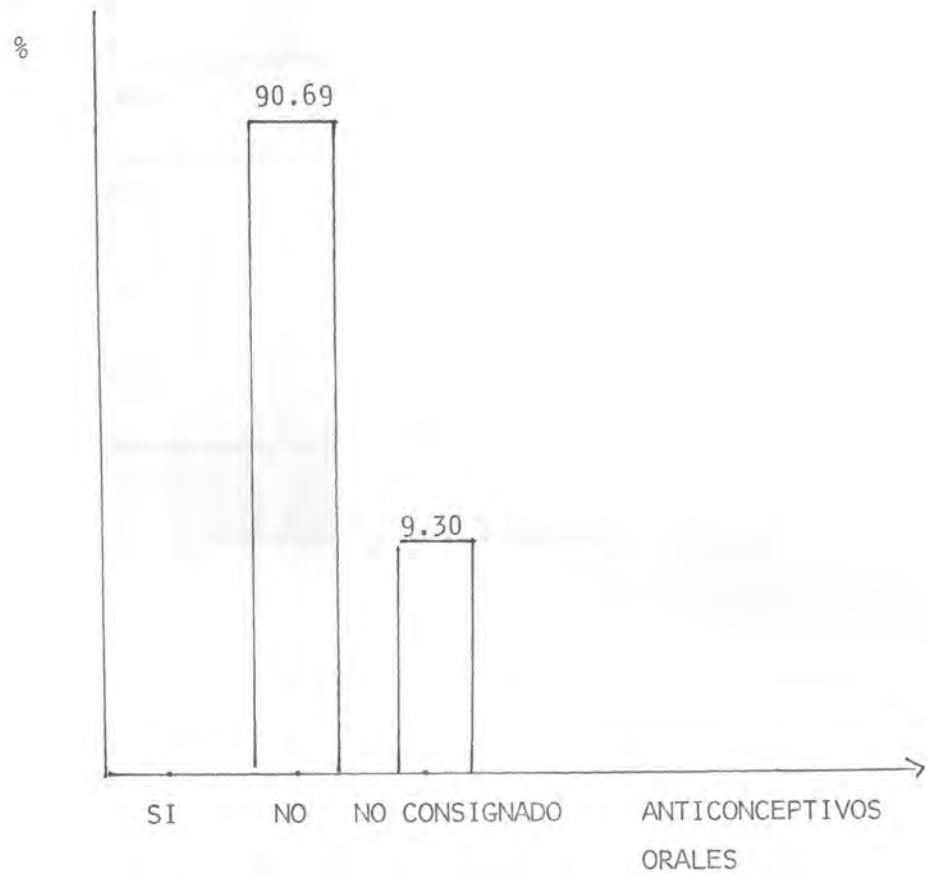
TUMORES BENIGNOS DE OVARIO SEGUN USO DE
ANTICONCEPTIVOS ORALES

ANTICONCEPTIVOS ORALES	NUMERO	PORCENTAJE
SI	0	0.00
NO	39	90.69
NO CONSIGNADO	4	9.30
TOTAL	43	100.00

G R A F I C A N O . 3



GRAFICA NO. 3



CUADRO Y GRAFICAS NO. 3

En los estudios revisados se encuentra que las pacientes que toman anticonceptivos orales tienen un menor riesgo de presentar tumores ováricos benignos en relación a las que no las usan. (21)

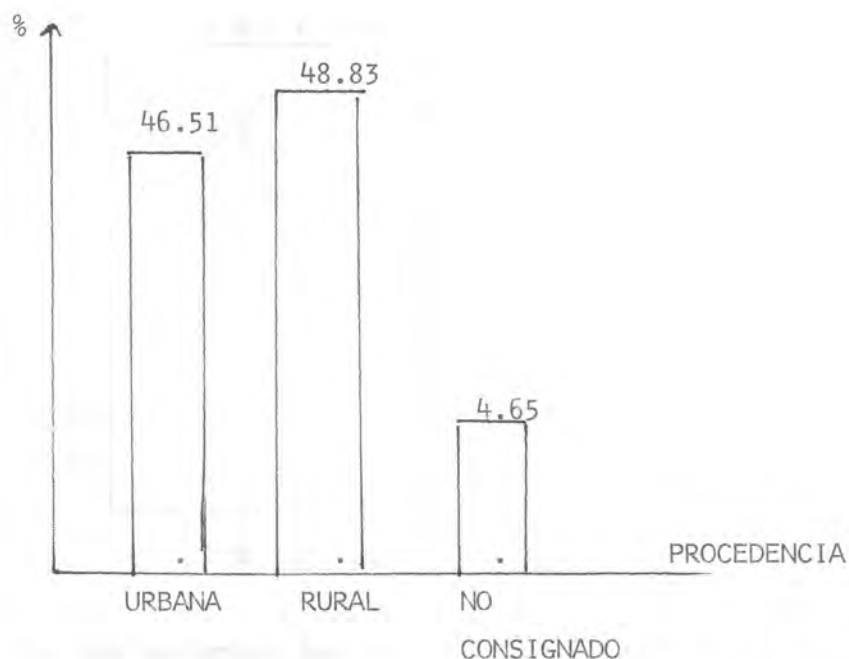
En la presente investigación se encontró que un categórico 90.69 % de las pacientes no habían consumido anticonceptivos orales.

C U A D R O N O . 4

TUMORES BENIGNOS DE OVARIO POR PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	NUMERO	PORCENTAJE
URBANA	20	46.51
RURAL	21	48.83
NO CONSIGNADO	2	4.65
TOTAL	43	100.00

G R A F I C A N O . 4

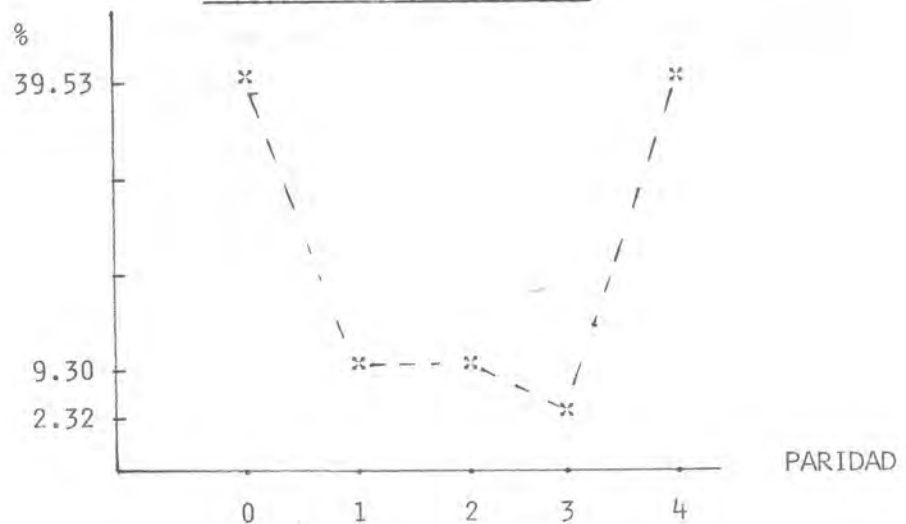


Se observa que el 48.83 % de las pacientes provenían del área rural y un 46.51 % del área urbana, haciendo una diferencia de 2.52 % lo cual no es significativo para decir que el tumor ovárico benigno afecta más o menos a la población urbana o rural.

T A B L A N O . 5
TUMORES BENIGNOS DE OVARIO SEGUN PARIDAD

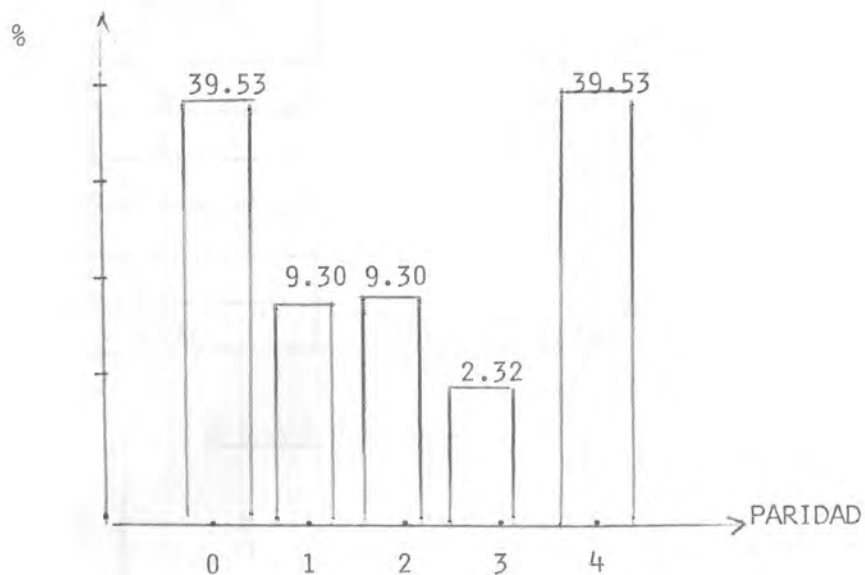
PARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
0	17	39.53
1	4	9.30
2	4	9.30
3	1	2.32
24	17	39.53
TOTAL	43	100.00

G R A F I C A N O . 5



El 20.92 % de las pacientes tenían entre 1 y 3 partos, un 39.53 % de ellas eran de paridad nula y el 39.53 % tenían más de 4 partos, lo cual ubica en los extremos de paridad la incidencia de tumores benignos ováricos; La literatura consultada no identifica la paridad como un factor presente o ausente de riesgo.

GRAFICA NO. 5

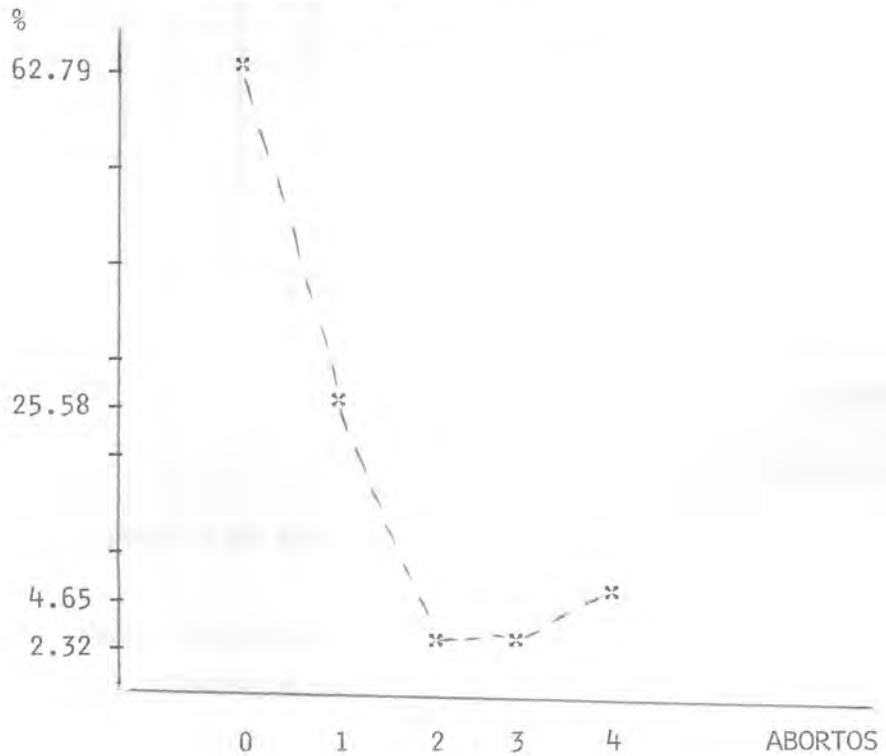


Representación en barras donde puede observarse que en la nuliparidad y la multiparidad se encuentra la mayor incidencia de tumores ováricos benignos.

CUADRO NO. 6
TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS SEGUN NUMERO DE ABORTOS

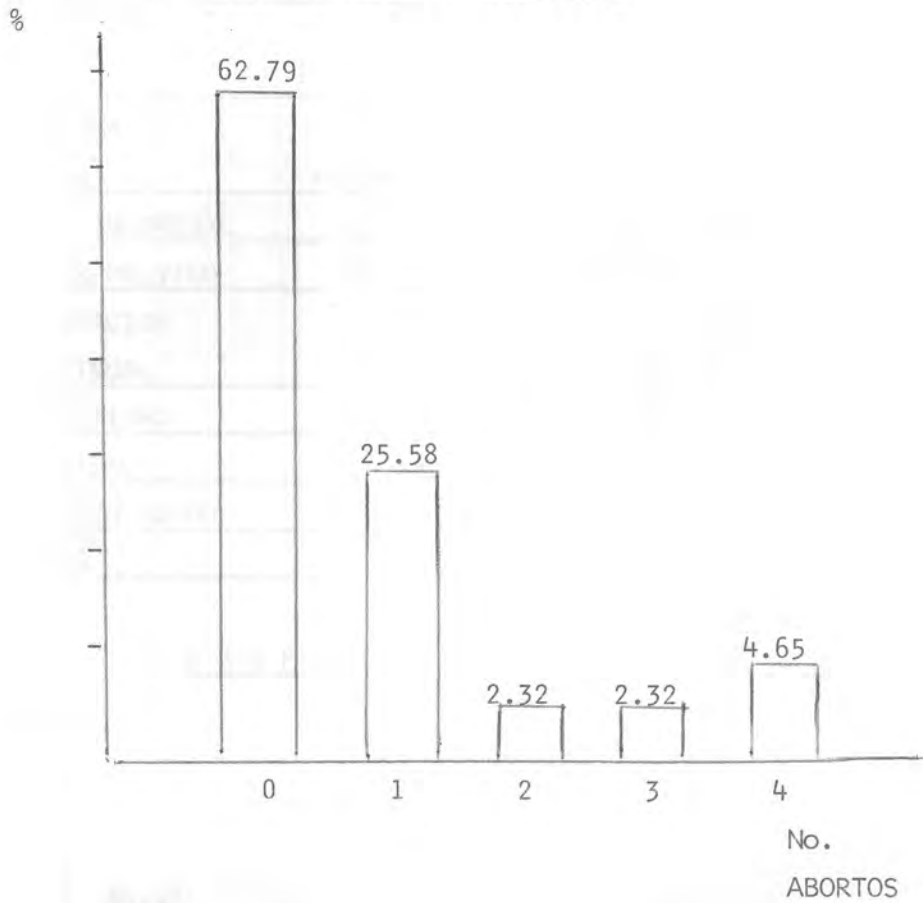
ABORTOS	NUMERO	PORCENTAJE
0	27	62.79
1	11	25.58
2	1	2.32
3	1	2.32
4	2	4.65
TOTAL	43	100.00

GRAFICA NO. 6



No hay reportes respecto a ocurrencia de abortos y relación con tumor ovárico benigno. En este caso se encontró un 62.79 % de pacientes sin antecedentes de aborto y un 25.58 con un aborto.- Solo un 9.29 % con 2 abortos o más.

GRAFICA NO. 6



REPRESENTACION LINEAL Y EN BARRAS

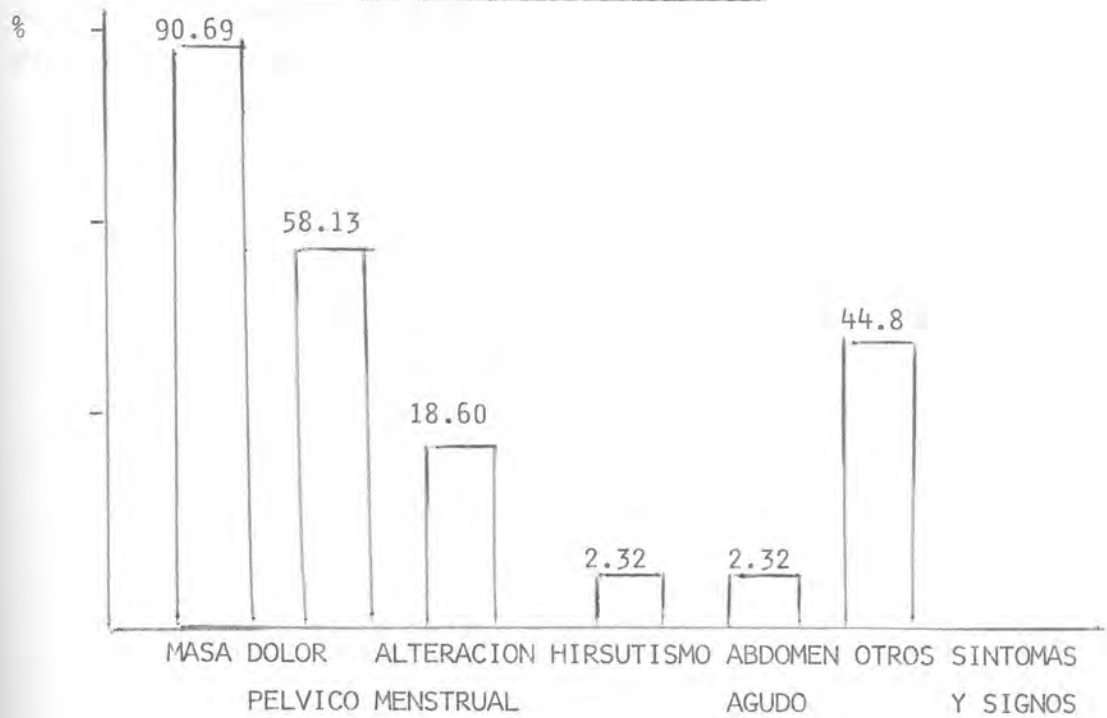
Observese el mayor porcentaje en pacientes que no habían tenido ningún aborto, en relación a un 34.87 que si tuvo más de un aborto.

T A B L A N O . 7

TUMORES OVARICOS BENIGNOS SEGUN SINTOMAS Y SIGNOS MAS FRECUENTES

SINTOMAS Y SIGNOS	NUMERO	PORCENTAJE
MASA ABDOMINAL	39	90.69
DOLOR PELVICO	25	58.13
ALTERACION MENSTRUAL	8	18.60
MIRSUTISMO	1	2.32
OBESIDAD	0	0.00
ABDOMEN AGUDO	1	2.32
OTROS	19	44.8

G R A F I C A N O . 7



CUADRO Y GRAFICA EN BARRAS NO. 7

La literatura reporta que es frecuente que los tumores benignos de ovario sean asintomáticos y que el síntoma o signo más frecuente es la masa abdominal o anexial, y el dolor pélvico (1;5). En nuestro estudio la masa se presentó en un 90.69 % y el dolor pélvico en un 58.13 % lo cual es compatible con la literatura consultada.

El hirsutismo y la obesidad son los síntomas menos frecuentes (11), coincidiendo con lo encontrado en esta revisión.

Los trastornos menstruales ocurren en un 18.60 % en este estudio y en la literatura mundial se encuentran en un 15 % e incluyen amenomea; oligomenorrea o bien sangrado uterino anormal (5).

En otros síntomas que abarcan un 44.8 %, en porcentaje significativo se encontró: pérdida de peso, náuseas, vómitos, ascitis y con menor frecuencia fiebre.

T A B L A N O . 8

FRECUENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES CON TUMORES OVARICOS BENIGNOS

ANEMIA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	8	18.60
NO	35	81.39
TOTAL	43	100.00

G R A F I C A N O . 8

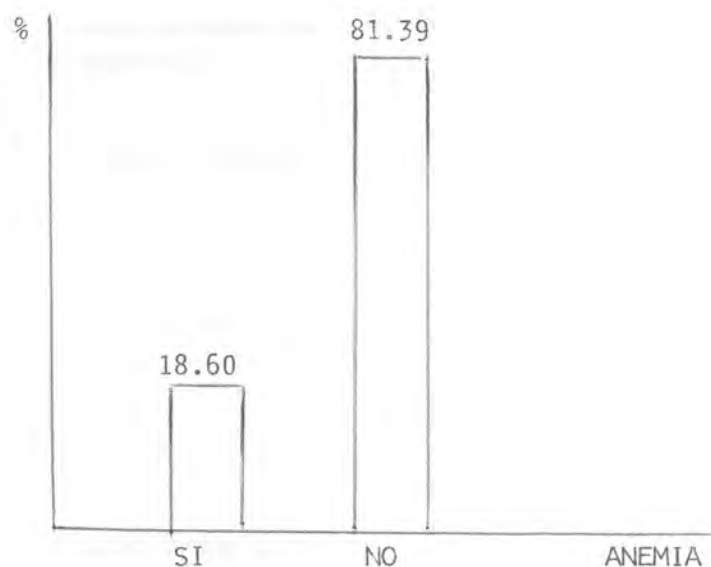


TABLA Y GRAFICA NO. 8

La anemia es un dato que se encuentra sobre todo en las pacientes con tumor benigno ovárico relacionado con las alteraciones menstruales. (5;11)

En el presente estudio se encontró una incidencia de 18.60 % de pacientes con anemia; porcentaje similar al encontrado en pacientes que reportaron alteraciones menstruales.

T A B L A N O . 9

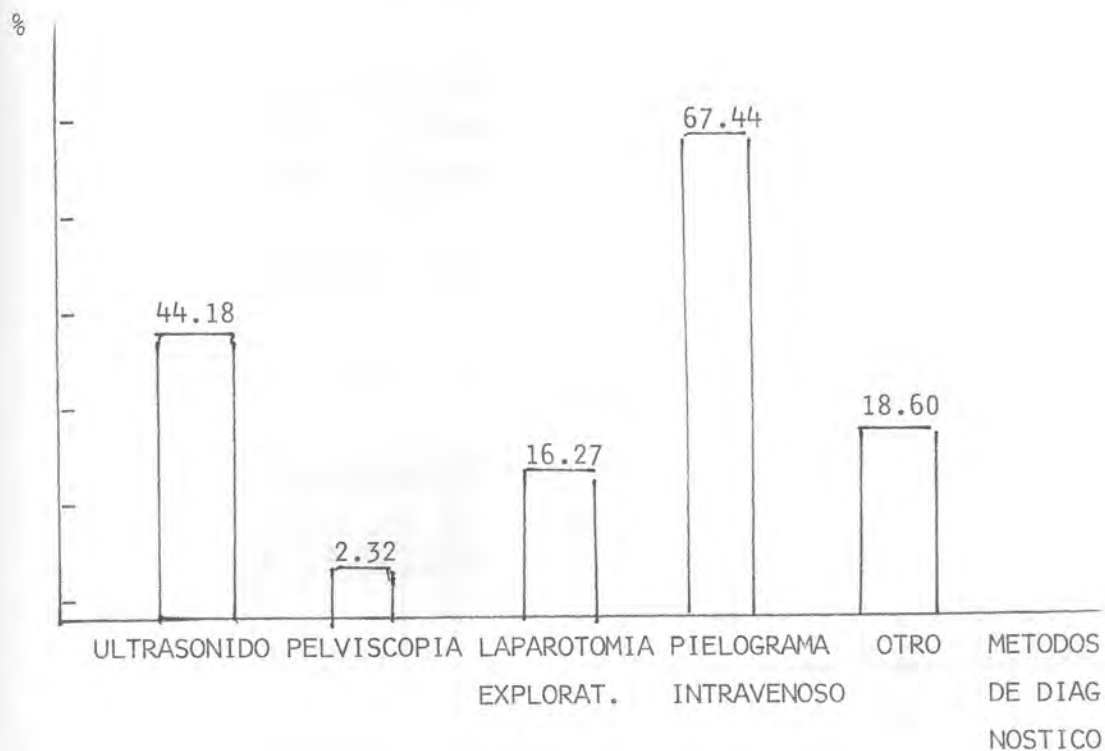
METODOS DE ESTUDIO UTILIZADOS EN PACIENTES CON TUMOR
BENIGNO DE OVARIO

METODO	NUMERO	PORCENTAJE
ULTRASONIDO	19	44.18
TOMOGRAFIA	0	0.00
PELVISCOPIA	1	2.32
NEUMOSCOPIA	0	0.00
LAPAROTOMIA	7	16.28
PIELOGRAMA INTRAVENOSO	29	67.44
OTRO	8	18.60

TABLA NO. 12

El metodo de estudio que con mayor frecuencia se usa en el Hospital Escuela es el Pielograma intravenoso con un 67.44 %; el ultrasonograma ocupa el segundo lugar con un 44.18 %. La tomografía axial computarizada no se usa quizá porque el Hospital no cuenta con ella y por su alto costo. En general estos métodos de estudio son innecesarios y retrasan frecuentemente el acto quirúrgico, que es el que en definitiva establece el diagnóstico de benignidad o malignidad en tumores de ovario; y la base del tratamiento. Estos estudios aumentan los costos y el tiempo hospitalario.

GRAFICA NO. 9



GRAFICA NO. 9

Observense los altos porcentajes del pielograma intravenoso como primer método de estudio seguido del ultrasonido luego otros que comprenden el colon por enema y la radiografía simple de abdomen.

T A B L A N O . 1 0

METODOS DE ESTUDIO UTILIZADOS EN PACIENTES CON TUMOR
OVARICO BENIGNO, SEGUN AÑO

METODO DIAGNOSTICO AÑO	ULTRA SONIDO		LAPARO TOMIA		PIELO GRAMA INTRAV.		TOMO GRAFIA		PELVIS COPIA		OTROS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	N.	%	N.	%
83	2	4.65	3	6.98	6	13.95					3	6.98
84	0		2	4.65	5	11.63					1	2.32
85	4	9.30	1	2.32	10	23.26					3	6.98
86	10	23.25	1	2.32	7	16.28					1	2.32
87	3	6.98			1	2.32						
TOTAL	19	44.18	7	16.28	29	67.44	0		1	2.32	8	16.60

TABLA NO. 12

Observese que en el año 86 se usó en un alto porcentaje el ultrasonido con tendencia general a aumentar su uso. El método que más se usó en cada año fué el pielograma intravenoso.

T A B L A N O . 1 1

REPORTE DE BIOPSIA EN ORDEN DE FRECUENCIA EN PACIENTES CON
TUMORES BENIGNOS DE OVARIO

REPORTE DE BIOPSIA	NUMERO	PORCENTAJE
TERATOMA QUISTICO	28	65.11 %
CISTOADENOMA SEROSO	8	18.60 %
CISTOADENOMA MUCINOSO	2	4.65 %
QUISTE FOLICULAR	1	2.32 %
TECOMA	1	2.32 %
TERATOMA SOLIDO	1	2.32 %
ESTROMA OVARICO	1	2.32 %
FIBROMA	1	2.32 %
TOTAL	43	100.00 %

Mundialmente se ha encontrado que el cistadenoma seroso ocupa más o menos un 30 % de frecuencia entre los tumores ováricos benignos; el teratoma quístico se encuentra en un 12 a 15 % de estas neoplasias (2;5;11).

En el presente estudio se encontró un comportamiento diferente en cuanto a frecuencia: Mayor frecuencia para el teratoma quístico con un 65.11 %, seguido del cistadenoma seroso con un 18.60 % y en tercer lugar el cistadenoma mucinoso con un 4.65 %.

T A B L A N O . 12

REPORTE DE BIOPSIA	TERA-TOMA		CISTA-DENOMA SEROSO		CISTA-DENOMA MUCINOS		QUISTE FOLI-CULAR		TECO-MA		ESTRO-MA		TERA-TOMA SOLIDO		FIBRO-MA	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
≤ 10	4	9.30														
11 - 20	8	18.60											1	2.33		
21 - 30	2	4.65	2	4.65	1	2.33										
31 - 40	6	13.95	3	6.98	1	2.33										
41 - 50	4	9.30	2	4.65			1	2.33	1	2.33	1	2.33				
≥ 51	4	9.30	1	2.33												12.33
TOTAL	29	67.44	8	18.60	2	4.65	1	2.33	1	2.33	1	2.33	1	2.33	1	2.33

TABLA NO. 15

El tumor más frecuente desde el nacimiento hasta los 20 años es el Teratoma quístico (4). El cistadenoma seroso constituye el 30 % de las neoplasias benignas de ovario y es el que se encuentra con mayor frecuencia entre los 20 a los 50 años. (2).

En el presente estudio se observa que el teratoma quístico es el más frecuente en todos los grupos de edad, el cistadenoma seroso ocupa el segundo lugar en cuanto a frecuencia y en el rango de edad de 31 a 40 años; mostrándose un comportamiento diferente en cuanto a frecuencia de tumor ovárico benigno por grupo de edad.

T A B L A N O . 13

REPORTE DE PIELOGRAMA INTRAVENOSO EN PACIENTES CON TUMORES
BENIGNOS DE OVARIO

PIELOGRAMA INTRAVENOSO	NUMERO	PORCENTAJE
QUISTE OVARICO	8	18.60
QUISTE DERMOIDE OVARICO	5	11.62
TUMOR PELVICO	11	25.58
TUMOR UTERINO	5	11.62
TOTAL	29	67.44

TABLA NO. 13

El Pielograma reportó patología ovárica en un 30.22 % de las pacientes; se reportó origen uterino en un 11.62 % y en forma más inespecífica como tumor pélvico en un 25.58 % de las pacientes.

Lo anterior corrobora que el pielograma intravenoso es un estudio inapropiado para evaluar tumores ováricos; porque con este estudio fundamentalmente pretendemos investigar si un tumor es retroperitoneal; mientras que los ovarios son órganos intraperitoneales.

T A B L A N O . 1 4

REPORTE DE ULTRASONIDO EN PACIENTES CON TUMORES
BENIGNOS DE OVARIO

ULTRASONIDO REPORTE	NUMERO	PORCENTAJE
TUMOR SOLIDO OVARICO	3	6.97
TUMOR QUISTICO OVARICO	9	20.93
TUMOR GIGANTE ABDOMINAL	3	6.37
MASA EFOSILIACA IZQ.	2	4.65
MIOMATOSIS UTERINA	1	2.32
NO CONSIGNADO	1	2.32
TOTAL	19	44.18

TABLA NO. 14

Se ha establecido que la ultrasonografía puede ser inconclusa en el diagnóstico de tumores benignos ováricos por la ecogenicidad natural o el tamaño del crecimiento ovárico. (14;17) En este estudio se encontró reporte ultrasonográfico de tumor ovárico en un 27.90 % de casos estudiados y se anotó como masa abdominal o tumor gigante abdominal en 11.62 %.

La Ultrasonografía no establece diagnóstico de benignidad ni malignidad, y frecuentemente, en nuestro medio, ni de tumor ovárico, por ello es un estudio innecesario para analizar los tumores de ovario.

T A B L A N O . 1 5

REPORTE DE LAPAROSCOPIA EN PACIENTES CON TUMOR
BENIGNO OVARICO

REPORTE LAPAROSCOPIA	NUMERO	PORCENTAJE
TUMOR SOLIDO OVARIO IZQ.	1	2.32

TABLA NO. 15

Obsérvese que la laparoscopia no es un método utilizado frecuentemente en pacientes con tumor ovárico benigno; lo que beneficia a las pacientes, porque cuando se utilizaba este estudio se provocaba rupturas de los mismos en biopsias que muchas veces diseminaban enfermedad maligna.

T A B L A N O . 1 6

TRATAMIENTO QUIRURGICO UTILIZADO EN PACIENTES
CON TUMOR BENIGNO DE OVARIO

TRATAMIENTO QUIRURGICO	NUMERO	PORCENTAJE
Laparotomía + Extirpación de tumor	10	23.25
Salpingooforectomía Bilateral + Histerectomía Abdominal total	9	20.93
Ooforectomía Unilateral + Biopsia en cuña contralateral	22	51.16
Laparotomía Exploratoria + Extirpación de tumor + Apendicectomía	1	2.32
Histerectomía Abdominal Subtotal + Salpingooforectomía Bilateral	1	2.32
TOTAL	43	100.00

TABLA NO. 16

El tratamiento básico en pacientes con tumor ovárico benigno es la extirpación del mismo. Puede observarse que la mayoría de pacientes se manejaron con ooforectomía unilateral + biopsia en cuña contralateral 51.16 %, otro porcentaje significativo comprende a las pacientes que se manejaron con ooforectomía + Salpingectomía bilateral e histerectomía abdominal total con un 20.93 %, que corresponden generalmente a pacientes mayores de 40 años o con tumores bilaterales.

T A B L A N O . 1 7
TRATAMIENTO QUIRURGICO EMPLEADO EN PACIENTES CON TUMOR
OVARICO BENIGNO SEGUN EDAD

GRUPOS DE EDAD	M E T O D O T R A T A M I E N T O											
	LAPAROTOMIA EXPLORATOR. + EXTIRPAC. TUMOR		TUMORECTOMIA		HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL + SALPINGOOFORECTOMIA BILATERAL		OOFORECTOMIA UNILATERAL + BIOPSIA EN CUÑA		LAPAROTOMIA EXPLORATOR. + EXTIRPAC. TUMOR + AMPLECT. PENDICECT.		HISTERECTOMIA ABDOMINAL SUBTOTAL + SALPINGOOFORECTOMIA BILATERAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
10	2	4.65	1	2.32			1	2.32				
11 - 20			1	2.32			5	11.63				
21 - 30					1	2.32	5	11.63				
31 - 40	3	6.98			1	2.32	8	18.60	1	2.32		
41 - 50	1	2.32	1	2.32	3	6.98	3	6.98			1	2.32
51			1	2.32	4	9.30						
TOTAL	6	13.95	4	9.30	9	20.93	22	51.62	1	2.32	1	2.32

TABLA NO. 17

La literatura consultada dice que el grupo de pacientes con tumor ovárico benigno en las edades de 0 a 20 años debe manejarse en forma conservadora (4). Obsérvese que en el presente estudio este grupo fué manejado básicamente con tumorectomía unilateral y ooforectomía unilateral en un 23.24 %.

En el grupo de pacientes de 20 a 40, el tratamiento debe ser más agresivo (4). En este grupo se manejó con ooforectomía unilateral + biopsia en cuña contralateral; en un 37.21 %, y solo a un 2.32 % se le practicó histerectomía abdominal total y salpingooforectomía bilateral.

El grupo mayor de 40 años se le practicó más frecuentemente histerectomía abdominal total y salpingooforectomía bilateral.

T A B L A N O . 1 8

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES QUIRURGICAS EN PACIENTES CON
TUMOR BENIGNO DE OVARIO

COMPLICACION QUIRURGICA	NUMERO	PORCENTAJE
INFECCION	2	4.65
RUPTURA DE QUISTE	2	4.65
FISTULA POST QUIRURGICA	1	2.32
TOTAL	5	11.62

TABLA NO. 18

Las complicaciones en el acto quirúrgico y en el postquirúrgico encontradas en el presente estudio incluyen ruptura del quiste bien por el tamaño del mismo o por el manipuleo extirparlo; con un 4.65 %. La infección con un 4.65 % y más remotamente la fístula con un 2.32 %, haciendo un total de 11.62 % de complicación en el manejo de paciente con tumor ovárico benigno.

T A B L A N O . 1 9

DIAGNOSTICO CLINICO PREVIO A BIOPSIA EN PACIENTES
CON TUMOR OVARICO BENIGNO

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
TERATOMA QUISTICO	5	11.62
TUMOR OVARICO	11	25.68
COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA Y COLICO BILIAR	1	2.32
QUISTE GIGANTE OVARICO	3	6.97
PROBABLE CANCER OVARICO	5	11.62
MIOMATOSIS UTERINA	4	9.30
EMBARAZO ECTOPICAROTO	1	2.32
QUISTE TORCIDO OVARIO DERECHO	1	2.32
QUISTE OVARICO	4	9.30
TUMOR SOLIDO OVARICO	4	9.30
TUBERCULOSIS PERITONEAL	1	2.32
MASA ABDOMINAL EN ESTUDIO	3	6.97
TOTAL	43	100.00

TABLA NO. 20

En un 58.22 % de pacientes se sospechó tumor benigno de ovario. El diagnóstico diferencial primordial lo constituyó el cáncer ovárico con un 11.62 %, seguido de la miomatosis uterina con un 9.30 % y en último lugar con masa abdominal en estudio con un 6.97 %.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de tumor benigno de ovario es menor en los extremos de la vida (menores de 10 años y mayores de 50 años).
2. El rango de edad de mayor incidencia de tumor ovárico benigno es de 21 a 50 años.
3. El tipo histológico de tumor benigno de ovario más frecuente pertenece al teratoma quístico benigno; seguido del cistadenoma seroso.
4. A pesar de que la incidencia de tumor ovárico benigno es mayor en el período de vida reproductiva (21 a 50 años) no existe relación entre vida sexual activa e incidencia de la patología.
5. La procedencia no es significativa en la incidencia de tumor ovárico benigno.
6. La mayor parte de pacientes con tumor ovárico benigno no usaban anticonceptivos orales.
7. Hay una frecuencia elevada de nuliparidad y multiparidad en pacientes con tumor ovárico benigno.
8. El síntoma o signo más frecuente en pacientes con tumor ovárico benigno es la masa pélvica; luego le sigue el dolor.
9. El síntoma o signo menos frecuente en pacientes con esta patología es hirsutismo y obesidad.
10. Es importante tomar en cuenta que la anemia se encuentra presente en un porcentaje considerable de pacientes con tumor ovárico benigno.

11. Otros síntomas y signos que se encuentran con frecuencia en pacientes con esta patología son pérdida de peso y ascitis, náuseas y vómitos.
12. El método diagnóstico que se usa con mayor frecuencia en las pacientes con tumor ovárico benigno en el Hospital Escuela es el pielograma intravenoso, seguido del ultrasonograma.
13. El tumor más frecuente en el grupo de edad de 0 a 20 años es el teratoma quístico.
14. En el grupo de edad de 21 a 50 años no se encuentra el cistadenoma seroso sino que el teratoma quístico.
15. La ultrasonografía resulta inconclusa en el diagnóstico de tumores benignos de ovario.
16. La tomografía axial computarizada no se usa en el diagnóstico de tumor ovárico benigno.
17. El manejo básico de pacientes con esta patología es el quirúrgico con remoción del tumor y en caso de afección de anexos entonces la ooforectomía.
18. En la paciente con potencial reproductivo y tumor ovárico benigno se trata de preservar esta función al máximo.
19. Las complicaciones en el acto quirúrgico y en el post quirúrgico son escasas y dentro de éstas las principales son: Ruptura del quiste e infección.
20. El diagnóstico clínico es de suma importancia para orientar los métodos y procedimientos diagnósticos y de tratamiento en la paciente con tumor ovárico benigno.

21. El principal diagnóstico diferencial para tumor ovárico benigno es el cáncer ovárico, seguido de la miomatosis uterina.
22. La complicación única con que se presentaron los tumores benignos de ovario fué torsión.

RECOMENDACIONES

1. Es recomendable que toda paciente en edad reproductiva se realice anualmente un examen ginecológico donde podrían detectarse muchos casos ya que en un inicio los tumores benignos ováricos son asintomáticos.
2. Hacer nuevos estudios preferentemente prospectivos en pacientes con tumor ovárico benigno para conocer a fondo si existen factores de riesgo y determinarlos.
3. En los estudios de esterilidad deberá incluirse la posibilidad de tumor ovárico benigno.
4. Hacer conciencia en las pacientes con tumor ovárico benigno de que lo indicado es la cirugía.
5. Es conveniente establecer un mejor y más orientado interrogatorio en las pacientes en que se sospeche tumor ovárico benigno.
6. Sugerir que en el examen físico se examine a fondo, si la paciente tiene alteraciones en cuanto a peso y características de piel.
7. Tratar que se reclamen y se archiven todos los resultados de biopsia en pacientes con ésta y cualquier patología.
8. Intentar que los expedientes archivados en el departamento de Estadística conserven la mayor parte de información y evitar el extravío de ésta, mejorando el sistema de archivo de los expedientes.

RESUMEN

En el presente trabajo de Tesis, se han expuesto las generalidades acerca del ovario, su anatomía, fisiología y patología.

Dentro de ésta última tratamos sobre los tumores benignos de ovario, presentando una revisión bibliográfica reciente de la incidencia, factores de riesgo, diagnóstico, clasificación y tratamiento de este padecimiento.

Para llevar a cabo este estudio se revisaron los expedientes que se encontraban archivados en el Departamento de Estadística del Hospital Escuela de las pacientes con diagnóstico de Tumor benigno ovárico, entre Enero de 1983 y Diciembre de 1987. Se tomaron en cuenta solo los expedientes que tenían registro de biopsia, excluyéndose los que no tenían informe patológico en su expediente que confirmara o negara su diagnóstico.

Se encontraron 43 pacientes con diagnóstico de tumor ovárico benigno en los cuales se hizo el siguiente análisis:

La incidencia de tumores ováricos benignos tuvo tendencia a aumentar progresivamente año con año, encontrándose un descenso brusco durante el año 87; sin encontrar una explicación para éste fenómeno.

No se pueden definir con precisión factores de riesgo para desarrollar tumor benigno de ovario pues el estado marital no se relaciona con la incidencia de la patología; la vida sexual inactiva podría implicar un leve factor de riesgo pero se necesitarían estudios posteriores para verificarlo.

Se observó que la población estudiada en el presente trabajo no consumía anticonceptivos orales; por lo cual no se pudo establecer si existen, diferencias significativas en cuanto a

Incidencia de la patología en pacientes consumidoras y no consumidoras de anticonceptivos orales.

No existe diferencia con respecto a mayor o menor frecuencia de la patología de acuerdo a la procedencia rural o urbana de la paciente.

La edad de mayor incidencia de la enfermedad es de los 20 a los 40 años, y la menor frecuencia en pacientes menores de 10 años y mayores de 51 años.

La paridad no puede definirse como un factor de riesgo definitivo para desarrollar o no la neoplasia pues si bien es cierto que se encontró una elevada frecuencia entre nulíparas y multíparas, se necesitaría un estudio más amplio para conocer mejor el comportamiento de la patología, como también para concluir que porcentaje de esterilidad existe entre las pacientes con tumor benigno de ovario.

La mayor parte de pacientes con tumor ovárico no habían tenido ningún aborto previo al diagnóstico pero sí se encontró un porcentaje significativo de pacientes con antecedente de uno o más abortos.

El principal síntoma encontrado fué la masa abdominal, luego el dolor pélvico y otros como náuseas; vómitos, ascitis y fiebre.

La anemia se presentó en un porcentaje importante coincidiendo con las alteraciones menstruales (sangrado uterino anormal, oligomenorrea).

Con menor frecuencia se presentaron el hirsutismo y la obesidad y no se encontraron reportes de niveles de esteroides sexuales.

Para el diagnóstico se observó que en primer lugar se usa el pielograma intravenoso, seguido de la laparotomía y la

ultrasonografía, la pelviscopia casi no se usa y en otros se reportó cólon por enema y rayos x simple de abdomen. La tomografía y la neumopelviografía no se usan como métodos en esta patología.

En cuanto al reporte del pielograma, éste mostró una eficacia con respecto a definir la patología de origen ovárico en un 30.22 % lo cual demuestra que no es el método más importante para el estudio de este tipo de pacientes. La ultrasonografía mostró tumor ovárico en un 27.90 % de los casos estudiados con una inespecificidad en cuanto a origen del crecimiento de 11.62 % mostrando que no es un estudio básico o importante en estas pacientes; además de retrasar el manejo.

El manejo de las pacientes con tumor benigno de ovario fué quirúrgico y el más usado fué la ooforectomía unilateral más biopsia en cuña contralateral con un 51.16 % coincidiendo con la alta incidencia de la patología en la edad reproductiva, mostrándose que se trató de preservar la capacidad reproductiva en la mayoría de los casos.

Las complicaciones de los tumores ováricos benignos casi no se observaron en este estudio pues prácticamente solo se encontró un caso que se presentó como torsión de quiste ovárico.

La complicación en el acto quirúrgico y el período posterior a la cirugía fué relativamente escasa con un 11 %, dentro de estas se reportó la ruptura del quiste, infección y fístula postquirúrgica.

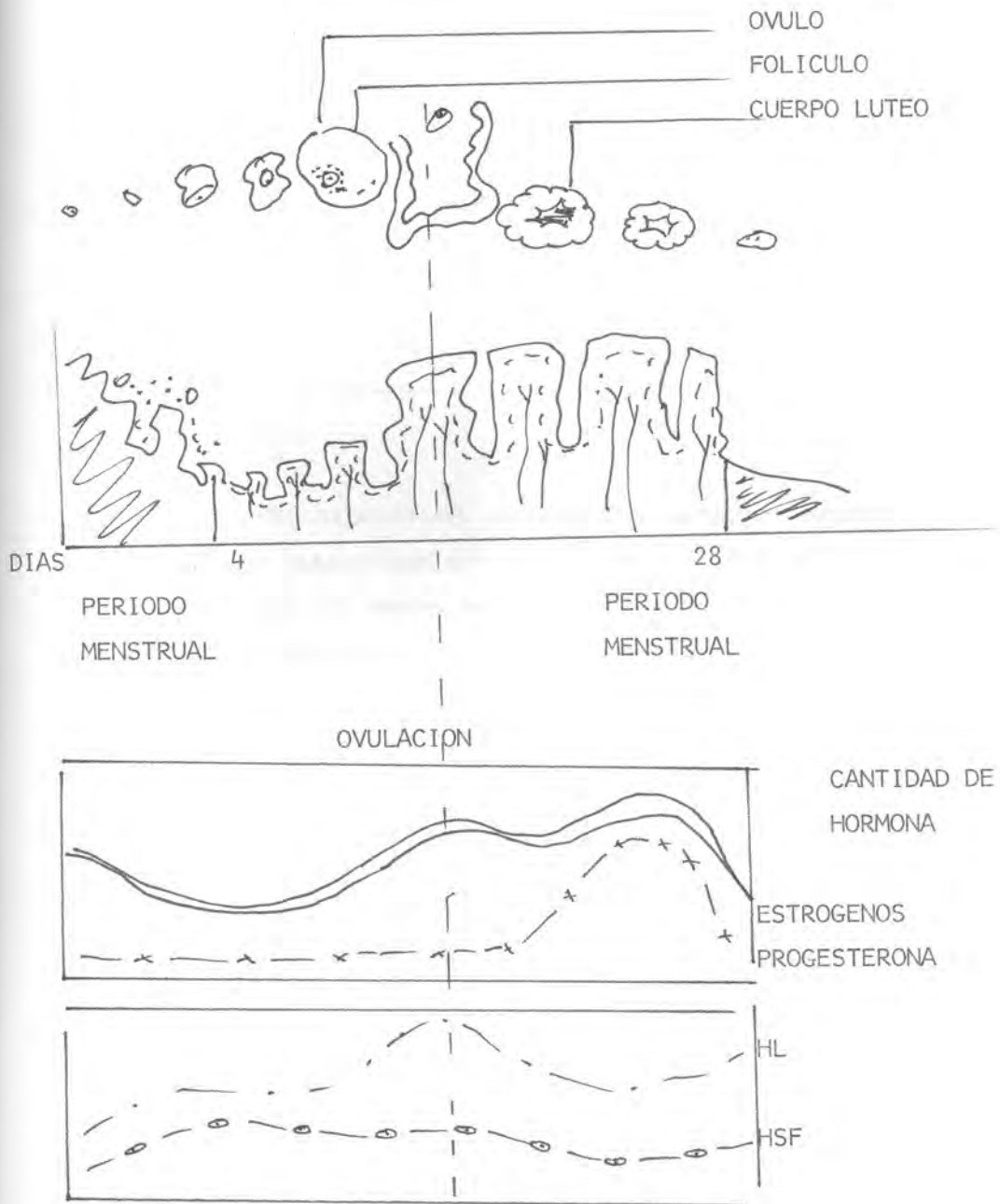


Fig. 2 Ciclo menstrual, la HI es responsable de la ovulación y formación inicial del cuerpo l. La HSF es responsable de la maduración precoz de los folículos, las dos hormonas son responsables de la maduración final del folículo ovárico. Esto sucede cíclicamente cada 28 días aproximadamente.

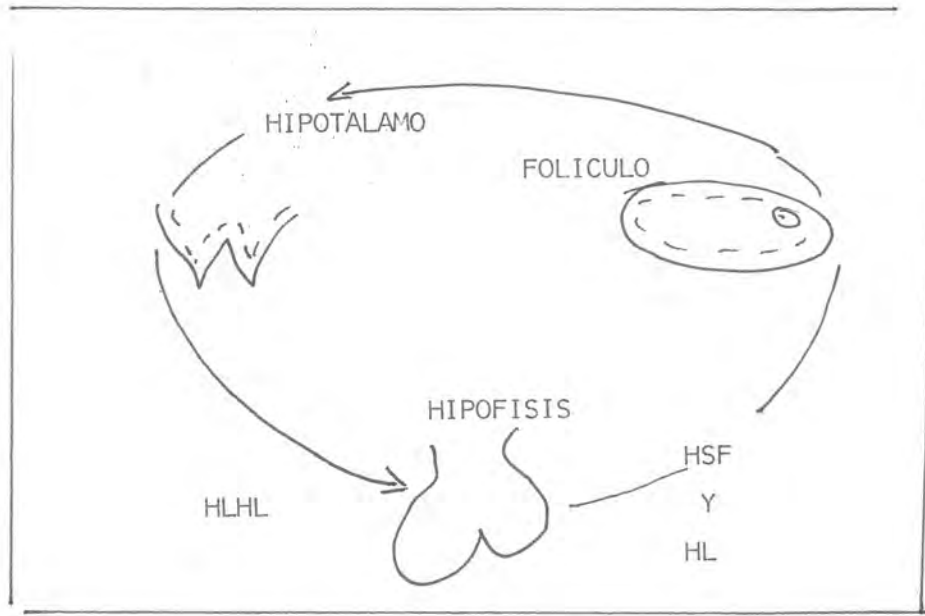


Fig. 1 El hipotálamo secreta una hormona llamada "liberadora de la hormona luteinizante" (HLHL), ésta llega al lóbulo anterior de la hipófisis de donde se liberan la hormona Luteinizante (HL), y la hormona Folículo Estimulante (HSF).

ENCUESTA

1. DATOS GENERALES:

Edad: _____

Estado civil: ___ Soltera ___ Divorciada ___ Casada ___ Viuda
 ___ Unión libre.

Vida Sexual activa: Si ___ No ___

Anticonceptivos orales: Si ___ No ___
 Desde cuando _____ Durante cuanto _____
 Tipo de anticonceptivos.O. _____

Procedencia: Urbana ___ Rural ___

Paridad de la paciente: _____ número de embarazos _____
 No. de partos _____ No. de abortos _____

Síntomas y Signos: Masa pélvica Si _____ No _____
 Dolor pélvico Si _____ No _____
 Trastornos menstruales Si _____ No _____
 Tipo de trastorno _____
 Hirsutismo Si _____ No _____
 Obesidad Si _____ No _____
 Abdomen agudo Si _____ No _____
 Otros _____

Datos de laboratorio: Anemia _____ Si ___ No _____
 Nivel de testosterona _____
 Otros niveles esteroides sexuales _____

Otros _____

Método diagnóstico: Exámen físico _____

Ultrasonografía Reporte _____

Tomografía _____

Laparoscopia _____

Neumopelvigrafía _____

Laparotomía exploratoria _____

Pielograma Intravenoso _____

Otros _____

Reporte de biopsia: _____

Tratamiento quirúrgico: _____

Complicación quirúrgica _____

Complicación post cirugía Si _____ No _____

Tipo de complicación _____

BIBLIOGRAFIA

1. Aiman, James; Forney, Peter and Parker, Richard. "Androgen and Estrogen Secretion by Normal and Neoplastic Ovaries in Premenopausal Women".
Abstet Gynecol 1986:68: No. 3: 327-331
2. Andrade, Sanchez Crespo Pozuelo, Antonio. "Neoplasias del Ovario, Primera Parte". 1986: 68: No. 3: 327-331
3. Andrade, Sanchez; Crespo, Pozuelo, Antonio. "Neoplasias del Ovario, Segunda parte". Revista Promeco. 1978: 01:90, 1-31
4. Barber, Hugh R.K.- "Ovarian Cancer Part. II, Borderline and Anexal Masses". The female patient. 1987: 12-79
5. Benson, Ralph C. Ginecología y Obstetricia, 2a. edición en español. Editorial el manual Moderno, México 1982 pags. 262-280.
6. Benson, Ralph. C. Ginecología y Obstetricia, 7a. Edición en español. Editorial el Manual Moderno, México 1985; pags. 1,6,7, 46.
7. Brumback, Roger A. Brown Bruce. "Unique finding of prostatic tissue in a Benmign Cystic Ovarian Teratoma" Arch. Pathol lab. Med. 1985; 109: 675-677.
8. Diernues, E. ; Rasmussen, J. Soerensen T. "Ovarian Cysts: Management By Puncture?" The lancet; 1987: 9 pag. 1084
9. Disaia, Philip, Clinical Gynecologic Oncology Mosby Company U.S.A. 1981 pag. 223-240

10. Fonseca, Maria Eugenia; Carballo, Olga; Gonzalez, Glicerio "Steroid Secretion by a lipoïd cell tumor causing virilization and its dianosis with computerized tomography" Am. J. obstet gynecol. 1985: 153: 797.
11. Friedman, Chad; Schmidt, Grant, Kim, Moon. "Seruntestosterone concentrations in the evaluation of androgen- producing tumors" Am J. obstet gynecol . 1985: 153- 47.
12. Ganong, William J. Fisiología Médica, 6a edición en español, Editorial el Manual Moderno, México 1978, Pag. 363-399.
13. Gross; Charles Mayo. Anatomía de Gray Versión española de la 2a. edición en Inglés. Salvat editores Barcelona 1976. Pag. 1205-1275.
14. Hafiz, Mohammad A.; Toker, Cyril. "Multicentric Ovarian and Extraovarian Cystedenofibroma". Obstet. Gynecol 1986, 68:945
15. Kister; R.W. Gynecology principles and practices 3a. ed. year boock medical publisher, chicago 1971 pag. 325-410.
16. Langman, Jan. Embriología Médica. 3a. edicion en español Editorial Interamericana México 1974 pag. 146-182.
17. Kazumasa, Nishimura; Togashi, Kaori; Itoh Kyo. "Endometrial Cysts of the ovary: Mr. Imaging". Radiology 1987, 162:315-318.
18. Ohama, Koso; Namura, Kazushi; Odamoto, Etsuji. "Origin of Inmature teratoma of the ovary" Am. J. obstet. Gynecol. 1985; 152: 896-900
19. Polson, D.W.; Adams, J. Steer PlJ. "Unilateral Polyciystic ovary. Case report" British Journal of obstetrics and gynecology 1986,93:1100-1103

20. Schneider, J.; Gonzales, J., Eizaguirre M.J. "Complete psammomatous degeneration of the ovary. Case report" British Journal of obstetrics and Gynecology 1985: 92:411-422.
21. Vessel, Martin; Metcalfe, Alison; Wells, clive. "Ovarian neoplasms, functional ovarian cysts, and oral contraceptive" British Medical Journal. 1987 294:1518-1520.