

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN – LEÓN
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA**



TESIS PARA OPTAR AL TITULO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**CARACTERISTICAS CLINICAS E HISTOPALOGICAS DE
TUMORES DE OVARIO EN GINECOLOGIA HEODRA EN EL
PERÍODO DE AGOSTO 2003 – DICIEMBRE 2005**

AUTOR:

**Walter Francisco Esquivel Picado
Residente IV año Gineco- Obstetricia**

TUTOR:

**Dra. Maura Elena Pineda
Especialidad en Ginecobstetricia**

ASESOR:

**Dr. Gregorio Matus
Master en salud Pública**

León, Marzo 2006

OPINION DEL CATEDRATICO GUIA

El ovario ha sido considerado como un órgano bien complejo, tanto desde el punto de vista embriológico y fisiológico, este constituye el depósito de células sexuales primordiales, pero con una capacidad tumorigena bien grande y de gran variedad, siendo el órgano del cuerpo que produce una diversidad de tumores.

Sin embargo en nuestro medio, a veces consideramos una tumoración de ovario como un problema común, sin darle mucha importancia a las consecuencias y repercusiones que pueden presentarse en mujeres jóvenes de tipo familiar y social.

Por lo que este trabajo pretende actualizar datos de la frecuencia de la patología, abordaje diagnóstico, identificar grupos de mayor riesgo y así contribuir a la mejoría de la atención de las pacientes con dicho problema.

Dra. Maura Elena Pineda
Especialidad en ginecología y Obstetricia

DEDICATORIA

DEDICO EL PRESENTE TRABAJO MONOGRAFICO

A MIS PADRES

JULIO CESAR ESQUIVEL
MARIA CONSUELO PICADO

QUIENES EN VIDA LOGRARON GUIAR MI CAMINO CON AMOR Y SACRIFICIO PARA ASI LOGRAR VENCER LOS OBSTACULOS Y OBTENER ASI LA CORONACION CON ÉXITO DE MI CARRERA.

A MI ESPOSA

JUDITH SOMARRIBA GUTIERREZ

QUIEN HA SIDO MI APOYO Y FORTALEZA DURANTE ESTOS CUATRO AÑO DE MI CARRERA.

A MI FAMILIA

QUIENES CON SUS ORACIONES HAN ALUMBRADO MI CAMINO

AGRADECIMIENTO

A mis profesores del servicio de Ginecología y Obstetricia por su colaboración y transmisión de conocimientos, a lo largo de los años lectivos, y a concluir exitosamente en mi información como hombre de bien al servicio de los pacientes y como especialista.

A la Dra. Maura Elena Pineda, por su disponibilidad ilimitable, en su orientación para la realización de dicha tesis en el transcurso de estos años.

Al personal de estadística y personal de patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello por su colaboración para la realización del presente trabajo.

ÍNDICE

<u>CONTENIDO</u>	Pág. No.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	3
III. MARCO TEÓRICO	4
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	19
V. RESULTADOS	24
VI. DISCUSIÓN	26
VII. CONCLUSIÓN	27
VIII. RECOMENDACIONES	28
IX. BIBLIOGRAFÍA	29
X. ANEXO	31

INTRODUCCIÓN

Desde décadas anteriores, hasta nuestros días, se han realizados muchos avances tecnológicos en el estudio del ovario, su manejo y complicaciones clínicas (1).

Esto ha impulsado aún más a los sistemas de salud para prevenir las complicaciones de tumores de ovario, lo que conlleva al aumento de la morbilidad en la población femenina (1,2).

Tomando en cuenta que el ovario es una glándula que desempeña funciones de gran importancia en la vida genital de la mujer tales como generativas, vegetativas y somáticas y su alto porcentaje de extensión y variedades de metástasis, se hace importante un estudio en el que conozcamos sus caracteres histológicos, como también realizar un diagnóstico clínico por medio de su historial, edad de la paciente, antecedentes ginecológicos y síntomas agregados.

El presente estudio se realizó con el fin de dar respuesta a la necesidad que existe de obtener los resultados histopatológicos de tumores de ovarios, si bien es cierto que se han practicado otros estudio, donde se investigaron la prevalencia de tumores de ovarios, ejecutados por la doctora Maribel Mendoza en el HEODRA 1992 y la doctora Yazmina Mayorga, en el Hospital Bertha Calderón en 1985, habiéndose determinado como resultado final la incidencia de tumores de ovario (3).

Existe otro estudio del doctor Elí Matute, realizado en el HEODRA en 1999, fundamentado en la investigación sobre el manejo de masas anexiales y los hallazgos histopatológicos (3).

Sin embargo en nuestro medio, la incidencia global de las tumoraciones ováricas, es difícil precisar debido a que carecemos de estadísticas propias, para conocer la incidencia, comportamiento y población más frecuentemente afectada.

Este trabajo se ha venido realizando durante 2 años en donde se ha encontrado que existe predominancia de los quistes foliculares como principal diagnóstico de las tumoraciones de ovario.

Con lo antes mencionados se pretende aportar un mayor conocimiento actualizado sobre los hallazgos histopatológicos de tumores de ovarios para detectar y tratar eficazmente a nuestra población femenina, parte integrante y fundamental de nuestra sociedad.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las características clínicas e histopatológicas de tumores de ovarios en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, en el período de Agosto del 2003 a Diciembre 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características clínicas y ginecoobtétricas de las pacientes que presentaron tumores de ovarios.
2. Determinar los principales métodos diagnósticos utilizados en las pacientes con tumores de ovarios.
3. Caracterizar según hallazgos patológicos, las tumoraciones benignas y malignas de ovarios.

MARCO TEORICO

El ovario es una glándula endocrina del aparato genital femenino, de forma ovoide, en número de dos situados a ambos lados de la pelvis donde sus principales funciones son: generativa, vegetativa, y somática (2,4).

Aunque no es irreal considerar toda neoplasia o toda masa ovárica como potencialmente maligna, en realidad solo el 20% de todas las neoplasias del ovario son anatomopatológicamente malignas. En muchos casos, el diagnóstico solo puede hacerse después del estudio a simple vista y microscópico de la masa (4).

El ovario está constituido por un epitelio celómico, células germinales y mesénquima y clínicamente, las neoplasias ováricas pueden dividirse en neoplasias de tipo sólida y de tipo quístico (5, 6, 7)

Los tumores de ovario son las lesiones más frecuentemente observadas en el ovario, son entidades de mayor importancia dentro del campo de la Medicina, puesto que una proporción de ellos es maligna y su diagnóstico oportuno es difícil, puesto que requiere, buena preparación médica, agudeza clínica y metodología adecuada y la mayoría de las veces es asintomática (3,4, 6, 8).

No existe grupo de mayor riesgo pero sí de menor riesgo en aquellas pacientes con largo período de anovulación determinados por la frecuencia de embarazos o ingestión de anticonceptivos orales. (1, 3,7).

La mayor parte de los tumores de ovario son benignos, pero afecta al 1.4% de las mujeres en alguna etapa de su vida, ocupando el tercer lugar de causas de muerte por Neoplasia maligna, en todas las mujeres con un índice de sobrevivencia global a los 5 años entre el 15 y 30% y una incidencia anual por 100,000 mujeres de 14.2 para la raza blanca y 9.3 para la raza negra. (1, 5,9).

Debido a que el ovario es único en cuanto a extensión y variedad de tumores con diferentes conductas y que ha dado lugar a un sin número de clasificaciones para facilitar su estudio. (2, 4, 10).

Decidimos tomar como guía para la exposición del presente trabajo y facilitar su estudio, la clasificación de la organización Mundial de la Salud. (O.M.S.) que mencionaremos a continuación, según hallazgo Histopatológicos.

Clasificación de la O.M.S. (Histológica).

I.- Tumores “Epiteliales” Comunes.

A. Tumores Serosos.

1.- Benignos:

- a.- Cistoadenoma y Cistoadenoma papilar.
- b.- Papiloma superficial
- c.- Adenofibroma y Cistoadenofibroma.

2.- De malignidad dudosa. (Carcinoma de bajo potencial maligno)

- a.- Cistoadenoma y Cistoadenoma papilar.
- b.- Papiloma de la superficie.
- c.- Adenofibroma y Cistoadenofibroma.

3.- Malignos.

- a.- Adenocarcinoma y Adenocarcinoma papilar y cistoadenocarcinoma
- b.- Carcinoma papilar superficial
- c.- Adenofibroma maligno y Cistoadenofibroma

B.- Tumores Mucinosos:

1.- Benignos:

a.-Cistoadenoma

b.- Adenofibroma y Cistoadenofibroma maligno

C.- Tumores Endometriodes.

1.- Benignos:

a.-Adenoma y Cistoadenoma

b.- Adenofibroma y Cistoadenofibroma

2.- De malignidad dudosa (carcinoma de bajo potencial)

a.- Adenoma y Cistoadenoma

b.- Adenofibroma y Cistoadenofibroma

3.-Malignos:

a.- Carcinoma:

1.- Adenocarcinoma

2.- Adenoscantoma.

3.-Malignos:

a.- Adenocarcinoma y Adenocarcinoma papilar y Cistoadenocarcinoma.

b.- Carcinoma papilar superficial.

c.- Adenofibroma maligno y Cistoadenofibroma.

B.- Tumores Mucinosos:

1.- Benignos:

a.- Cistoadenoma

b.- Adenofibroma y Cistoadenofibroma maligno.

C.-Tumores Endometriodes.

1.- Benignos:

- a.- Adenoma y Cistoadenoma
- b.- Adenofibroma y Cistoadenofibroma.

2.- De malignidad dudosa (carcinoma de bajo potencial).

- a.- Adenoma y Cistoadenoma.
- b.- Adenofibroma y Cistoadenofibroma.

3.- Malignos:

- a.- Carcinoma:
- b.- Sarcoma Endometroide del Estroma

1.- Adenocarcinoma

2.- Adenoscantoma

3.- Adenofibroma y Cistoadenofibroma maligno

C.-Tumores Mesodérmicos (mullerianos) combinados, homólogos y heterólogos).

D.- Tumores de Células claras (Mesonefroides).

- 1.- Benignos: Adenofibroma
- 2.- De malignidad dudosa (carcinomas de bajo potencial).
- 3.- Malignos: Carcinoma y Adenocarcinoma.

E.- Tumores de Brenner.

- 1.- Benignos.
- 2.- De malignidad limítrofe (Proliferante)
- 3.- Malignos.

F.- Tumores Epiteliales Mixtos:

- 1.- Benignos
- 2.- De malignidad limítrofe
- 3.- Malignos.

G.- Carcinoma Indiferenciado.

H.- Tumores Epiteliales no clasificados.

II.- Tumores Estromáticos de los Cordones Sexuales.

A.- Tumores de Células de la granulosa.

- 1.- Tumores de Células de la granulosa. -
- 2.-Tumores del grupo tecota-Fibroma.
 - a.- Tecota
 - b- Fibroma
- 3.- No clasificados.

B.- Androblastomas, tumores de células de Sertoli y de Leydig.

1 Bien diferenciado.

a.- Androblastoma tubular (de células de Sertoli de Pick).

b.- Androblastoma tubular con depósito de lípidos (De células de Sertoli y de depósitos lípidos).

Foliculoma Lipoidico de Lecene.

c.- Tumor de Célula de Sertoli y de Leydig (Adenoma tubular con célula de Leydig).

d.- Tumor de Célula de Leydig (célula de Hilio).

2.- De diferenciación intermedia.

3.- Mal diferenciados (Sarcomatoides)

4.- Con elementos Heterólogos.

C.- Ginandroblastoma.

D.- No clasificados.

III.- Tumores de células Germen.

A.- Disgerminoma

B.- Tumor del seno Endodérmico

C.-Carcinoma Embrionario

D.- Poliembrioma

E.- Coriocarcinoma

F.- Teratoma

1.- Inmaduro

2.- Maduro

a.- Sólido

b.- Quístico

1.- Quiste Dermoide (teratoma quístico maduro)

2.- Quiste Dermoide con transformación maligna.

3.- Mesodérmicos y muy especializados.

a- Struma Ovario

b.- Carcinoides

c.- Struma Ovario y Carcinoides

d- Otros.

IV.- Formas Mixtas

V.- Gonadoblastoma

A.- Poros

B.- Mixtos con Disgerminoma y otra forma de tumor de célula germen.

VI.- Tumores de tejidos Blandos no específicos del Ovario.

VII. Tumores no clasificados.

VIII.- Tumores Secundarios (Metastáticos).

A.- Luteoma del Embarazo

B.- Hiperplasia del Estroma Ovárico e Hipertriosis.

C.- Edema masivo.

D.- Quiste folicular solitario y quiste del cuerpo amarillo.

E.- Quiste foliculares múltiples (Ovarios poligúísticos).

F- Quistes foliculares Luteinizados múltiples del cuerpo amarillo o de ambos.

G.- Endometriosis.

H.- Quistes por inclusión del Epitelio de la superficie (quistes germinativos por inclusión)

I.- Quistes simples.

J.- Lesiones inflamatorias.

K.- Quistes paraováricos. (2,3).

QUISTES FUNCIONALES:

Se caracterizan por ser transitorios, por sintomatología ruidosa y desproporcionada con que se presentan y se justifica observar su evolución.

Entre estos tenemos:

QUISTES FOLICULARES:

Son muy frecuentes y ocurren cuando un folículo que no se ha roto en el momento de la ovulación, y forma parte del grupo que está en proceso de atresia, se hace quístico y no se rompe, probablemente por engrosamiento de la tónica albugínea, secundario a inflamación. Son uniloculares de paredes delgadas en la fase inicial de desarrollo por una capa de células de la granulosa y otra de la teca a veces luteinizada, cuando el quiste aumenta de tamaño y la presión intraquística es mayor, el contenido es claro y a veces hemorrágico.

Su tamaño generalmente no sobrepasa 4-6 cm., pueden presentarse desde la pubertad hasta la menopausia, generalmente son asintomáticos a no ser que

presenten torsión o rotura y dar lugar a abdomen agudo, pueden a veces pasar desapercibidos, producir irregularidades menstruales, y si son grandes dolor hipogástrico y dispareunia. (7, 8, 9,15).

QUISTES DEL CUERPO LUTEO:

Se forman después de la ovulación el motivo aún se desconoce pero probablemente sea debido aún trastorno vascular linfático, y resultan por acumulación de líquido producido por excesiva secreción, en un cuerpo amarillo en involución. Su tamaño raramente es mayor de 6-8cm. Los síntomas son similares a los de los quistes foliculares y si se rompen pueden producir una hemorragia intraperitoneal y desencadenar abdomen agudo. Histológicamente formado por una capa de células de las granulosa rodeada de Célula de la teca, en algunas ocasiones luteinizadas, con lo cual la pared adquiere una apariencia amarillenta, entre la sintomatología se asocian a amenorrea, metrorragia, puede simular embarazo ectópico. A lo que se ha llamado Enfermedad de Halban. Es un síndrome caracterizado por quiste persistente del cuerpo lúteo, amenorrea, seguido de Hemorragia uterina, dolor pélvico unilateral y presencia de una masa pequeña móvil y sensible en la pelvis. (8, 9,16).

QUISTE DE LA TECA-LUTEINICOS:

Generalmente aparecen cuando la paciente tiene un embarazo molar; ya sea corion o mola hidatiforme y también cuando se administran gonadotropinas (H.G.M, Clomifeno), también en casos de embarazo gemelar por defectuosa utilización de la unidad fetoplacentaria, incompatibilidad por RH, preeclampsia, eclampsia y diabetes mellitus. Su tamaño es variable de 5-8 cm. Y generalmente bilaterales y pueden alcanzar hasta 15-20cm. de diámetro al romperse pueden ocasionar hemorragia intraperitoneal. Generalmente son asintomáticos, pero pueden causar sensación de peso hipogástrico, y aumento de gonadotropinas en sangre.

TRATAMIENTO:

La Laparotomía, gestágenos orales para disminuir la acción de los gonadotropinas por inhibición de la ovulación y favorecer la involución espontánea. (8, 9, 10,17).

ENFERMEDADES POLIQUISTICA DE LOS OVARIOS:

Es una enfermedad hereditaria por una anomalía cromosómica en el cromosoma "6" con cariotipo normal, caracterizada por aumento de los ovarios uniforme, poliquístico, trastornos menstruales e infertilidad, son pacientes obesas, con hirsutismo en grado variable, es frecuente en mujeres jóvenes, la etiología, aún no se define si es a nivel hipotalámico, hipófisis o en ovario o por hiperplasia suprarrenal congénita atenuada. Microscópicamente se observa luteinización de la teca interna e hiperplasia del estroma cortical. El diagnóstico por la historia menarca normal y luego episodios de oligo y amenorrea, en laboratorio aumento de la LH y la desproporción entre ella y FSH de 3 al 1.

TRATAMIENTO:

Inductores de la ovulación, raramente la resección en cuña. Debido al constante estímulo estrogénico se le ha asociado a carcinoma endometrial, por lo que se recomiendan progestágenos para provocar la descamación endometrial que contrarreste la hiperplasia. (4, 6, 8,18)

QUISTE DEL PARAOVARIO:

Fácilmente se reconocen en el momento de la laparotomía por la posición entre el ovario y la trompa y ninguno contribuye a su formación generalmente son de 3-4 cm. Pero pueden alcanzar hasta 15-20 cm. Y producir síntomas de compresión, se originan en el paramesonefro y representan luces dilatada de tubos ciegos de esa estructura.

TRATAMIENTO:

Por punción abdominal y succión del líquido por aguja, si no ha ocurrido torsión, si se encuentran entre las hojas del ligamento del uréter en el fondo y cerca de la pared posterior del quiste (8, 11).

LUTEOMAS DEL EMBARAZO:

No son realmente un tumor, sino una hiperplasia o reacción exagerada de las células tecaluteínicas o de las células luteínicas del estroma producida por la gonadotropinas en el embarazo, ocasionalmente puede producir virilismo materno y fetal, también se ha informado que producen estrógenos. Su crecimiento con promedio de 10 cm. Sólido pero blando sin cápsula, regresan en el posparto pero pueden presentarse en embarazos ulteriores (5, 12).

ENDOMETRIOSIS:

Tejido endometrial dentro del ovario, como focos microscópicos o estructurales quísticos visibles y se llaman endometriomas. Su tamaño varía de 10 ó más cm., son bilaterales también se les llama quistes de chocolate por el material sanguinolento oscuro, el tejido endometrial presenta variaciones cíclicas por el estímulo ovárico, su tratamiento es quirúrgico (8, 11, 19).

CISTADENOMAS SEROSOS:

La mayoría de los tumores epiteliales benignos son quísticos, pueden ser uni o multiloculares son más frecuentes y de menor tamaño que los mucinosos, pueden presentarse proliferaciones tanto del estroma, como del epitelio dando lugar al cistoadenoma papilar y es en estas áreas que son frecuentes los cambios malignos, si su contenido solamente es líquido es más probable que sea benigno (1, 7, 8).

CISTADENOMAS MUCINOSOS:

Se originan en una metaplasia mucinosa del epitelio y algunos sostienen que en ciertos casos provienen de teratomas, donde sólo han persistido los elementos endodérmicos, su tamaño es mayor que los serosos, parece que el de mayor peso alcanzó 148 Kg. Están tapizados por epitelio mucinoso igual al del endocérvix. La formación de grandes cúmulos de células productoras de mucus en la superficie peritoneal se ha atribuido a la ruptura de un cistoadenoma mucinosos a lo que se ha llamado pseudo mixoma peritoneal aunque su patogenia, no está bien establecida produciendo adherencias peritoneales densas, obstrucción intestinal, inanición y muerte. (4, 7, 8).

TUMOR DE BRENNER:

Representa el 1-2% de los tumores de ovario, se describen como sólidos benignos, unilaterales, ocurren generalmente en mujeres de 45-50 años, son generalmente pequeños y encapsulados. Está compuesto de acúmulos de epitelio transicional en medio de abundante tejido fibroso denso. Microscópicamente se caracteriza por células en granos de café.

Se ha encontrado su asociación a mujeres menopáusicas y tendencia a la proliferación maligna y producción de estrógenos, asociados a embarazos ectópicos, abortos espontáneos y embarazo normal.

Microscópicamente masa sólida blanca o amarilla pálida que lo asemeja a un fibroma o a un teratoma donde el 99% son benignos. (1, 5).

TERATOMAS:

Se derivan de las células germinales, generalmente benignos y solo se malignizan en un 2%, se infectan en 1-2%, facilitada por torsión, embarazo y punción transvaginal, su contenido es muy irritante que si se rompe produce una gran reacción inflamatoria granulomatosa de curso lento, representan el 10% de los tumores de ovario en general, son generalmente asintomáticos, se descubren por examen pélvico de rutina o cirugía ginecológicas por otra causa.

Pueden Ser:

MADUROS:

Caracterizado por la presencia de tejidos maduros piel en una masa sólida, las edades más frecuentes 30 y 50 años, un tercio por menopausia y la mitad de los que ocurren en niñas antes de la menarca son de este tipo, con un diámetro generalmente de cm. Su contenido sebáceo con pelo, dientes.

INMADUROS:

En 1% de los teratomas compuestos por tejidos parcial o incompletamente diferenciado que simula estructura embrionaria generalmente neuroectodérmico y consiste en tejido glial celular y rosetas neuroectodérmico y consiste en tejido glial celular y rosetas neuroepiteliales, la malignidad está en relación con la inmadurez tisular que muestran. (6, 8, 9).

FIBROMA:

Tumor benigno compuesto por fibroblastos y abundante colágeno, se presenta alrededor de los 40 años puede producir el síndrome de Meigs que consiste en asociación de fibroma con ascitis e hidrotórax los que desaparecen al extirpar el tumor. Puede tener áreas de calcificación u osificación (8, 10, 12).

ETIOLOGIA:

Uno de los factores importantes es:

1.- La edad, porque las pacientes más jóvenes tienden más a tener una enfermedad benigna y los tumores malignos son infrecuentes y las pacientes de edad avanzada perimenopáusicas y posmenopáusicas tienen mayor tendencia a las neoplasias malignas, aunque pueden aparecer a cualquier edad, las formas benignas aparecen entre los 20 y 44 años y las malignas entre los 45 y 64 años, (1, 4, 7).

2.- Otro factor importante es la raza, ya que los índices de incidencia anual por cada 100,000 mujeres son 14.2 en la raza blanca y 9.3 para la raza negra. En Estados Unidos 13.2, en Suecia 13.4, en Japón 2.6, en Chile 2.5, en la India 3.32 y podemos observar de esta forma que su predominio es en la mujer de raza blanca (1, 2, 6).

3.- El factor genético, como el Síndrome de Pente Jeghers se asocia en 5% de los casos con cistoadenofibroma papilar de ovario, el ovario poliquístico asociado a anomalías cromosómicas. (6, 10, 18, 22).

SINTOMATOLOGIA:

La sintomatología es poco característica. Las mujeres con quistes foliculares o quistes lúteos, no presentan por lo general síntomas, lo mismo que las que presentan tumores ováricos benignos. (3, 5, 6).

Ocasionalmente una discreta molestia hipogástrica o aumento del perímetro abdominal, por el contrario los malignos dan síntomas como: hemorragias anormales, molestias gastrointestinales, alteraciones urinarias, pérdidas de peso, dolor abdominal. (1, 3, 4).

DIAGNOSTICO:

Por lo general es clínico aunque podemos ayudarnos de otros métodos diagnósticos como: ultrasonido, radiografía de abdomen donde se pueden visualizar calcificaciones. EJ.: Quistes Dermoides, Laparoscopia cuando existe duda que la tumoración sea anexial, punción abdominal o del fondo de saco de Douglas y en otras ocasiones el diagnóstico es transquirúrgico. (3, 5, 7).

COMPLICACIONES:

Torsión del Quiste

Rotura del Quiste.

Supuración del Quiste.

Transformación maligna

Hemorragia (2, 3, 4)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

1.- Tumoraciones pélvicas como: apendicitis, anexitis, abscesos pélvicos, etc.

2.- Embarazo

3.- Embarazo Ectópico

4.- Tumoraciones pediculadas del cuerpo uterino.

5.- Diverticulitis sigmoidea. (1, 2, 7).

TRATAMIENTO:

En cuanto al tratamiento se realizará de acuerdo al tamaño de la tumoración, edad, paridad y deseo de procreación de la paciente.

Si la tumoración mide menos de 7 cm. Su manejo es observación, debido a que en su mayoría pueden presentar regresión de la tumoración.

La Laparotomía exploradora se realizará en aquellas tumoraciones que no presentaron regresión, que fueron de mayor tamaño y además sintomático lo que facilita el diagnóstico y permite decidir si es posible una operación radical.

En aquellas mujeres que desean tener hijos la cirugía será conservadora.

En aquellos tumores bilaterales benignos la conducta dependerá de la edad de la paciente, deseo de tener hijos y la clase de tumor. (1, 3, 6, 8, 21, 22).

La radiación en aquellos tumores malignos tiene poca utilidad.

La quimioterapia, se ha utilizado en el Cáncer de Ovario desde 1950 influyendo en la síntesis de D.N.A. y R.N.A., y se recomienda usar los esquemas asociados dos o más, dando mejor respuesta y efectividad al combinarse con la cirugía, obteniéndose mejores resultados si el tumor se encuentra en etapa inicial, si es bien diferenciado y en aquellos pacientes menores de 40 años (1, 2, 9, 10).

MATERIAL Y METODO

El presente trabajo sobre, características clínicas e histopatológicas de tumores de ovario, en el servicio de Ginecología del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Argüello", en el período comprendido de Agosto de 2003 a Diciembre 2005 es un trabajo de tipo descriptivo de serie de casos, donde se tomó como universo 68 pacientes, que ingresaron al servicio con diagnóstico de tumor de ovario en el servicio de Ginecología en el período comprendido.

Las fuentes de los datos fueron:

- 1.- Expedientes clínicos.
- 2.- Libros de Registros de cirugía ginecológica.
- 3.- Libros de archivo de resultados histopatológicos del Departamento de Patología.
- 4.- Archivo de oficina de Estadísticas.

Dicha información se recolectó a través de un formato, realizando consolidado en hojas recolectoras, utilizando las variables necesarias acorde a nuestros objetivos.

PLAN DE ANALISIS:

Se realizaron distribuciones de frecuencia de las variables en estudio de forma absoluta o relativa en (porcentaje).

La información recolectada fue procesada en los programas EPI.6 olb y se calcularon las distribuciones de frecuencia simple de todas las variables, realizándose cruce de variables, las cuales fueron expuestas en tablas y gráficos.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

1.- Edad:

Es la edad de la paciente expresada en años cumplidos, con las siguientes escalas:

Menores de 19 años

20 – 29 años

30 – 39 años

40 – 49 años

50 y más.

2.- Paridad:

Nulípara: Sin ningún parto.

Primíparas: que han tenido un parto.

Bíparas: Que han tenido dos partos.

Múltiparas: Con más de tres partos.

3.- Planificación familiar:

Utilización de algún método anticonceptivo

Gestágenos orales, inyectables.

4.- Edad de la paciente en que aparece la primera menstruación.

Menores de 13 años.

Mayores de 13 años.

5.- Ciclo menstrual

Regularidad del ciclo menstrual

Regular, irregular.

6.- IVSA

Edad en que inició vida sexual activa

Negado

Menores 15 años

Mayores 16 años

7.- Números de compañeros

- Número de parejas sexuales que ha tenido

Ninguna

Menores de 2

Mayores de 3

8.- Tamaño del tumor:

Medidas en centímetros del diámetro del tumor

Menores de 5 centímetros.

De 5 – 10 centímetros.

Mayores de 10 centímetros.

9.- Movilidad

Movilidad del tumor:

Móvil

Fijo

10.- Consistencia:

Característica del tumor al examen pélvico

Sólido

Quístico

11.- Medio diagnóstico

Medios con los cuales se complementa el diagnóstico

Ultrasonido

Radiografía simple de abdomen

Pielograma intravenoso

CA -125

12.- Síntomas y signos:

Trastornos objetivos y subjetivos que el paciente manifiesta

Abiertos

13.- Hallazgos histopatológicos:

Características anatomopatológicas en el estudio de la muestra

Abierto

RESULTADOS Y DISCUSION

Se estudiaron 68 pacientes cuyo diagnóstico al ingreso del servicio de Ginecología fue de tumor de ovario, en donde de acuerdo a los grupos etáreos el más afectado fue de 40-49 años (cuadro 1), representando el 33.82% y si unificamos los grupos en edad fértil, observamos que el porcentaje se eleva en un 80%, encontrándose que en pacientes mayores de 50 años el porcentaje tiende a descender, aunque en la literatura consultada puede presentarse a cualquier edad. Este resultado coincide con otros estudios realizados como el elaborado por la doctora Maria Mendoza sobre la prevalencia de tumores de ovario en el HEODRA 1992, en donde el mayor porcentaje fue representado por mujeres en edad fértil para un porcentaje del 46%, encontrándose además correlación con el estudio del doctor Elí Matute sobre manejo de masas anexiales en el que la mujer en edad fértil representó el 66.70%(3).

Cuando analizamos los antecedentes ginecológicos de las pacientes con tumor de ovario encontramos que las mujeres con inicio de vida sexual activa representó 89.69%,(cuadro 2) lo cual corresponde con el estudio realizado por el doctor Elí Matute sobre masas anexiales en el cual se encontró que el 59% de las mujeres en edad entre los 15 y 19 años presentaba inicio de vida sexual activa(3).

Teniendo en cuenta que no existe ningún grupo humano de mayor riesgo como en otro tipos de tumores, al analizar la paridad de las pacientes encontramos que las pacientes multíparas representaron el mayor porcentaje con 61.76%,(cuadro 2), siguiendo en orden de frecuencia, las bíparas 27.94% y en menos frecuencia las primíparas 23.33%, lo cual coincide con la literatura consultadas y otros estudios realizados como el de la doctora Maria Mendoza, en el cual se investigó prevalencia de Tumores de ovario encontrándose que las pacientes multíparas representaron el 40%(1).

En cuanto a los ciclos menstruales se encontró que el 64.70% (cuadro2) fue representado por las pacientes con ciclo menstruales irregular y las pacientes con menopausia representaron el menor porcentaje de paciente para un 20.58%, lo cual corresponde con el estudio realizado por el doctor Elí Matute sobre el manejo de masas anexiales en el que se encontró 79.5% de pacientes con ciclo irregular y 5.1% correspondían a pacientes con menopausia (3).

En cuanto a las características del tumor al examen pélvico, encontramos que el 77.94% (53 pacientes) fueron tumores unilaterales y 22% (15 pacientes) fueron bilaterales, encontrándose que el 69.11% fueron móviles y el 63.23% de superficie regular y quísticas del 83.82% y con un 23.52% fueron de consistencia sólidas (cuadro 3).

Observando los síntomas más frecuentemente encontrados, en primer lugar encontramos la Dispareunia con 61.76% seguido del dolor en fosa iliaca para un 58.82% y un 26.66% de las pacientes presentaron presencia de masa, encontrándose además la presencia de dolor y estreñimiento y sensación de peso en un 13.33% (cuadro 4), esto no corresponde con las investigaciones realizadas por la doctora Maria Mendoza y el doctor Elí Matute, en los cuales se encontró que la sintomatología más frecuente fue dolor abdominal, irregularidad menstrual, presencia de masas, para un 23%, 37.5% y 10.4% respectivamente(2,3).

Los datos antes descritos corresponden con la literatura consultada en lo cual se ha encontrado que el 97.4% corresponde a tumores de ovario unilaterales y móviles y con superficie regular en 39%(1, 2,3).

Al detallar el tamaño de los tumores de ovario encontramos que el 40% eran menores de 5cm. En su mayoría unilaterales, de 5 a 10cm, para un 36.66% y 23.33% correspondieron a los mayores de 10cm.

Esto coincide con los resultados obtenidos por el doctor Elí Matute sobre el manejo de masas anexiales en donde se encontró que los tumores de 5cm. representaron la mayoría para el 56.4%(3).

Al analizar los medios de diagnósticos (cuadro 5), el más utilizado fue el ultrasonido pélvico para el 61.76%, seguido de radiografía simple de abdomen 13.23% y CA 125 el 11.26%.

Es importante destacar la gran utilidad que brinda al clínico la ecografía como también el apoyo que ofrecen los estudio hormonales, si bien es cierto el ultrasonido es el método que más se utilizó 61.76%, es importante recordar que según la literatura consultada no ha resultado tan útil para el tumor de ovario siendo importante el auxilio de marcadores tumorales.

En cuanto a los hallazgos histopatológicos de tumor de ovario no neoplásicos o lesiones pseudos tumorales encontramos que el mayor porcentaje fueron los tumores unilaterales predominando el hallazgo de quiste folicular (37 casos), para el 69.81%, seguido de cistoadenoma seroso (13 casos), lo que corresponde 24.55%, quiste Dermoide (4 casos) y tumor de Brenner (3 casos), Cistoadenoma mucinoso y Cistadenofibroma y tumor de célula granulosa juvenil (1 caso).

Esto se encuentra en correspondencia con la literatura consultada en donde los quistes foliculares representan el 53.8% en su mayoría como en el estudio realizado por la doctora Maria Mendoza, sobre prevalencia de tumores de ovario (1,2).

CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de pacientes con tumoración de ovario correspondió al grupo etáreo de 40-49 años con 33.82%, en los cuales se encontró inicio de vida sexual activa en menores de 19 años 89.69% e irregularidades menstruales en el 64.70%.
2. Los signos y síntomas fueron dolor en fosas ilíacas 58.82%, irregularidad menstrual 64.70%, dispareunia 61.76% y menos frecuente dismenorrea y presencia de masas.
3. Las características clínicas de tumores de ovario al examen pélvico más frecuentemente encontradas fueron unilaterales de consistencias quística 83.82%, móviles 69.11% y con un tamaño menor de 5cm. en un 54.41%.
4. El principal método de diagnóstico fue ultrasonido pélvico 61.76%, seguido radiografía simple de abdomen y CA 125, con un menor porcentaje de exámenes complementarios como Pielograma intravenoso y Rectosigmoidoscopia.
5. Según los hallazgos histopatológicos del total de pacientes con tumores de ovario funcionales, predominaron los quistes foliculares para el 69.81%, Cistoadenoma seroso 24.55% de predominio unilateral y tumores benignos bilaterales como quistes foliculares 46.66% y teratoma maduro 20%.

RECOMENDACIONES

- 1.- Ofrecer un mejor control y seguimiento de los hallazgos histopatológicos de tumores de ovario.
- 2.- Establecer normas para la realización de cirugías ováricas, de forma que sean adecuadas para cada caso y tratar de resolverlas en el menor tiempo posible.
- 3.- Hacer un mayor énfasis en cuanto a las medidas diagnósticas e implementar la utilización de medios complementarios como Pielograma intravenoso, colon por enema y rectosigmoidoscopia.

BIBLIOGRAFIA

1. Mendoza, M. Prevalencia de tumores de ovario. Hospital Escuela” Oscar Danilo Rosales” 1992.
2. Mayorga, Y incidencia de tumores de ovario, Hospital “Bertha Calderón “ 1985
3. Matute, E. manejo de masas anexiales Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello” 1999.
4. Disaia, Oncología Ginecológica, 1993, Págs.: 299-307.
5. Morales, J. comportamiento y manejo terapéutico de los tumores de ovario en la infancia. Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales”
6. Pérez Sánchez, A. Ginecología, 2da.Edición, publicaciones técnicas mediterráneo, 1997.
7. Howard W. Jones III, Anne Colston Wentz, Lonnie S. Burnett, Tratado de Ginecología de Novak, 11va. Edición.Editorial Interamericana-Mc. Graw-Hill. 1991.
8. Brewer J.I. Et al- American Journal of obstetrics and gynecology – 1980 number 6, vol. 137, pag.656-660.
9. Shwarcz R.L Et al Obstetricia 1989, 4ta. Edición Pág. 6
10. Wied Y.L Et al, the journal of reproductive medicine for the obstetrician and gynecologist. 1983 number 10 – vol. 28 pag. 681-684.

11. Nora P. tratado de Cirugía General 2da. Edición 1985 Pág.1186-1194.
12. Mattlin – Thompson J.D. te linde ginecología operatoria – 6ta. Edición 1987, Pág. 776-802
13. Brewer J.I. Et. Al American Journal of obstetrics and gynecology – 1980, number 8 vol. 138 Pág. 1120 – 1130.
14. Botero J. Jubiz H.A obstetricia y ginecología. 4ta. Edición 1990 Pág. 588-604.
15. Howard W.J. Seeger Georgiana, Tratado de Ginecología de Novak. 10 edición 1987, Pág. 507-606.
16. Toirac A. Tumores Neoplásicos de Ovario. Santiago Cuba 1982. Pág. 33-90.
17. Robbins Stanley L. Patología Estructural y Funcional 1984. Pág. 1192-1208.
18. Benson R. obstetricia y ginecología 1985. Pág. 1126.
19. Berkow R. Et al, Manual Merck de diagnóstico y terapéutica 8va. Edición 1989. Pág.1854-1864.
20. Minsap – Temas de Ginecología. República Cuba 1981. Pág.125.
21. Mateo J.M. Cáncer de útero 1ra. Edición 1982. Pág. 376-377.
22. Pitkin R.M. Et al obstetric and gynecology – 1992. Vol. 80 Number 4. Pág. 660-664 y 700-706.

ANEXOS

CUADRO 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON TUMORES DE OVARIO SEGÚN EDAD. HEODRA AGOSTO 2003 - DICIEMBRE 2005

EDAD	No.PACIENTES	PORCENTAJE
menor de 20	6	8.82%
20-29	7	10.29%
30-39	21	30.88%
40-49	23	33.82%
Mayor de 49	11	16.17%
Total	68	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

CUADRO 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON TUMORES DE OVARIO SEGÚN ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS HEODRA AGOSTO 2003 - DICIEMBRE 2005

ANTECEDENTES	NUMERO	PORCENTAJE
I.V.S.A		
Sin inicio	7	10.29%
Menor de 20	32	47.05%
Mayor de 20	29	42.64%
MENARCA		
Menor de 15	29	42.64%
Mayor de 15	39	57.35%
MENOPAUSIA		
Si	14	20.58%
No	54	79.41%
CICLO		
Regular	24	35.29%
Irregular	44	64.70%
PARIDAD		
Ninguno	7	10.29%
1 o 2	19	27.94%
Mayor de 3	42	61.76%

Fuente: Expediente clínico

CUADRO 3
CARACTERISTICAS CLINICAS DE TUMORES DE OVARIO
AL EXAMEN PELVICO. HEODRA AGOSTO 2003 – DICIEMBRE 2005

CARACTERISTICAS	NUMERO		PORCENTAJE
	UNILATERAL	BILATERAL	
TAMAÑO			
Menor de 5cm	32	5	54.41%
5 a 10cm	12	8	29.41%
Mayor 10cm	9	2	16.17%
SÓLIDO			
Si	5	11	23.52%
No	48	4	76.47%
QUISTICO			
Si	48	9	83.82%
No	5	6	16.17%
MOVILIDAD			
Si	38	9	69.11%
No	15	6	30.88%
FIJO			
Si	9	12	30.88%
No	44	3	69.11%
SUPERFICIE			
Regular	39	4	63.23%
Irregular	14	11	36.76%
Total	53	15	100%

Fuente: Expediente Clínico

CUADRO 4

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN SINTOMATOLOGIA CLINICA DE TUMOR DE OVARIO. HEODRA AGOSTO 2003 - DICIEMBRE 2005

SINTOMATOLOGÍA	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor Fosa iliaca	40	58.82%
Irregularidad menstrual	37	54.41%
Dispareunia	42	61.76%
Dismenorrea	16	23.52%
Presencia de masa	23	33.82%
Dolor abdominal + estreñimiento	11	16.17%
Sensación peso	15	22.05%
Dolor abdominal + anorexia	6	8.82%

Fuente: Expediente clínico

CUADRO 5

METODOS DIAGNOSTICOS EN PACIENTES CON TUMOR DE OVARIO. HEODRA AGOSTO 2003 - DICIEMBRE 2005

METODOS	NUMERO	PORCENTAJE
USG pélvico	42	61.76%
Radiografía simple abdomen	9	13.23%
CA 125	8	11.76%
Pielograma intravenoso	6	8.82%
Rectosigmoidoscopia	3	4.4%
Total	68	100%

Fuente: Expediente clínico

CUADRO 6

HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS DE TUMORES DE OVARIOS UNILATERALES. HEODRA AGOSTO 2003-DICIEMBRE 2005

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS	NUMERO	PORCENTAJE
Quiste Folicular	22	41.54%
Quiste Dermoide	4	7.54%
Quiste folicular + cuerpo lúteo	6	11.32%
Cistoadenoma seroso	13	24.52%
Cistoadenoma mucinoso	1	1.88%
Cistoadenofibroma	1	1.88%
Teratoma Quístico + Brenner	3	5.66%
Hidrosalping	3	5.66%
Total	53	100%

Fuente: Libro de Archivo Histopatológico

CUADRO 7

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS TUMOR DE OVARIO BILATERAL HEODRA AGOSTO2003 - DIIEMBRE 2005

HALLAZGOS	NUMERO	PORCENTAJE
Quistes folicular	7	46.66%
Teratoma maduro	3	20.00%
Cistoadenoma Seroso	3	20.00%
Cistoadenoma mucinoso	1	6.6%
Endometriosis	1	6.6%
Total	15	100.00%

Fuente: Libros de Archivo Histopatológicos

**Grafico1.TUMORES DE OVARIO SEGUN EDAD Y LOCALIZACION.
AGOSTO 2003 A DICIEMBRE 2005.**

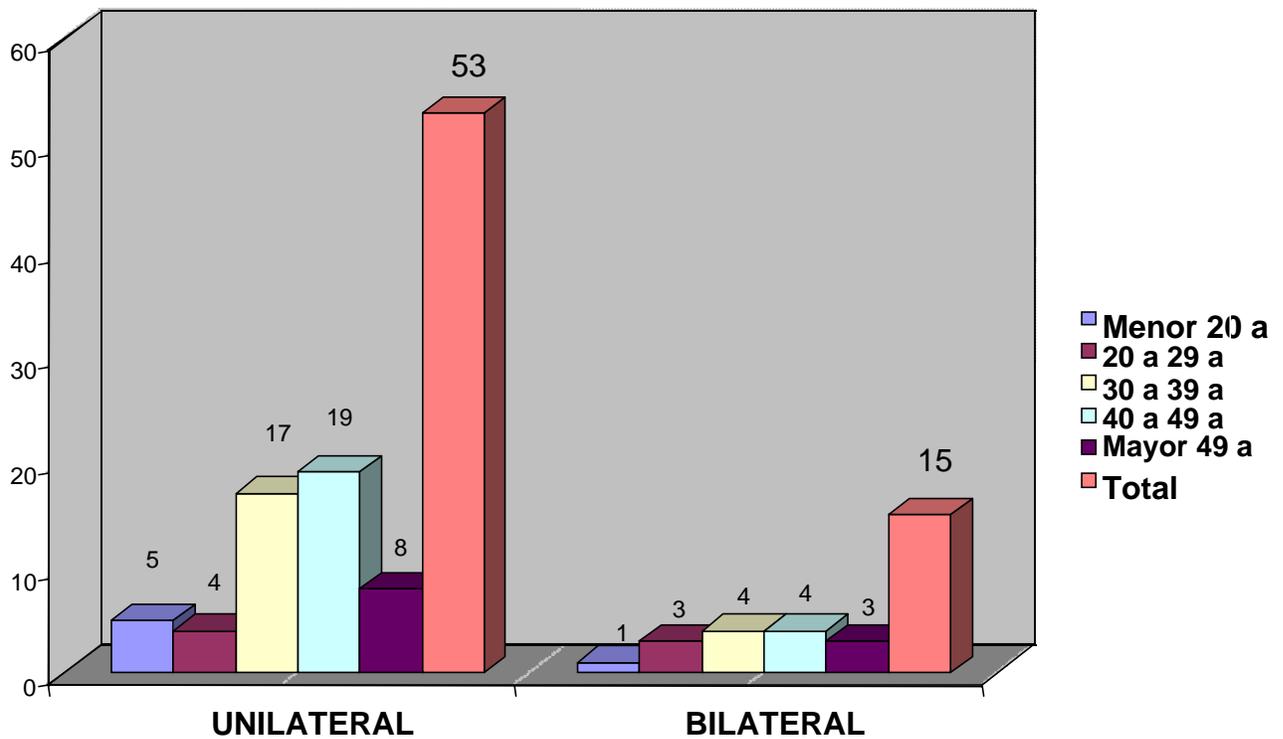


Grafico 2. FRECUENCIA DE TUMORES DE OVARIO SEGUN RESULTADO PATOLOGICO Y EDAD EN TUMORES UNILATERALES. AGOSTO 2003 A DICIEMBRE 2005.

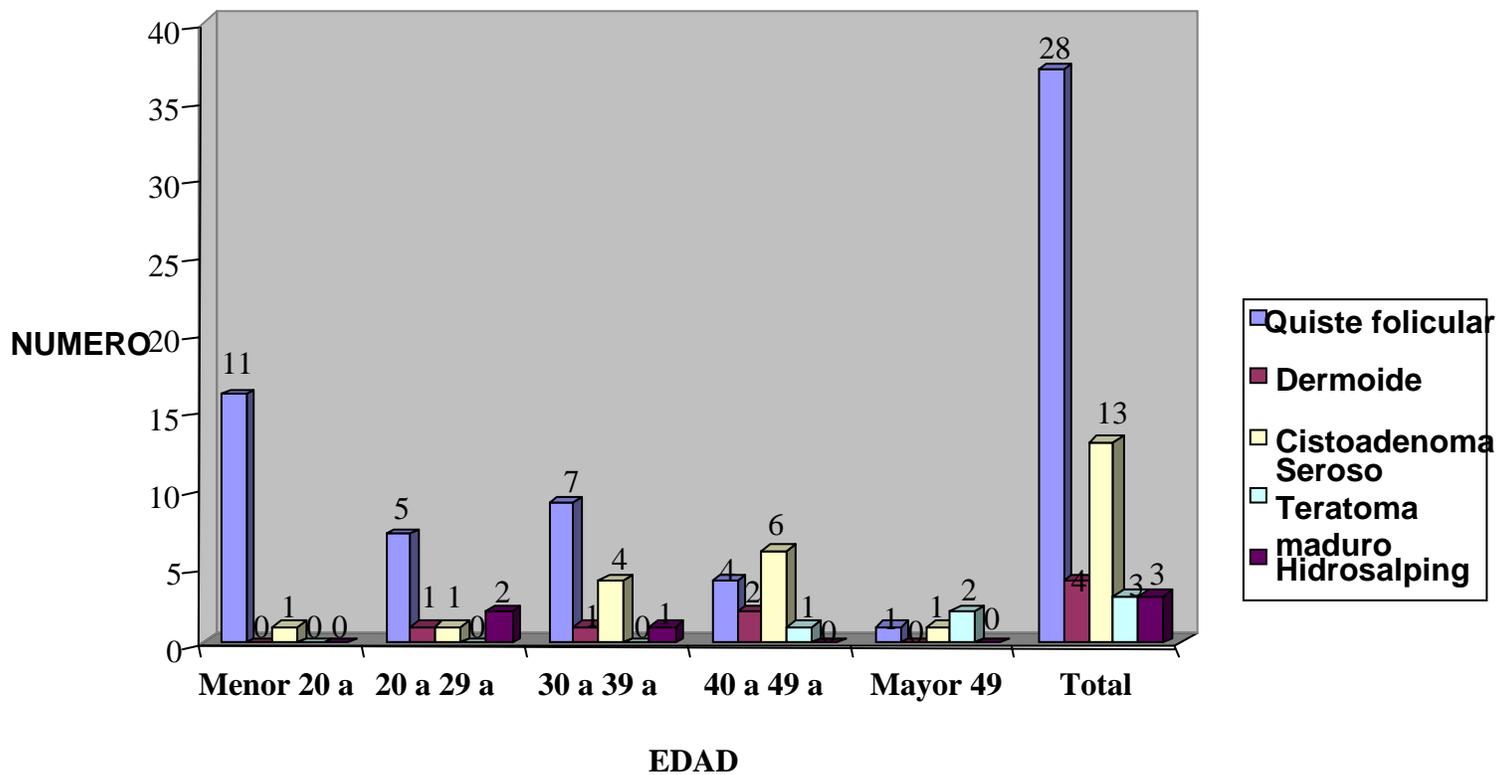
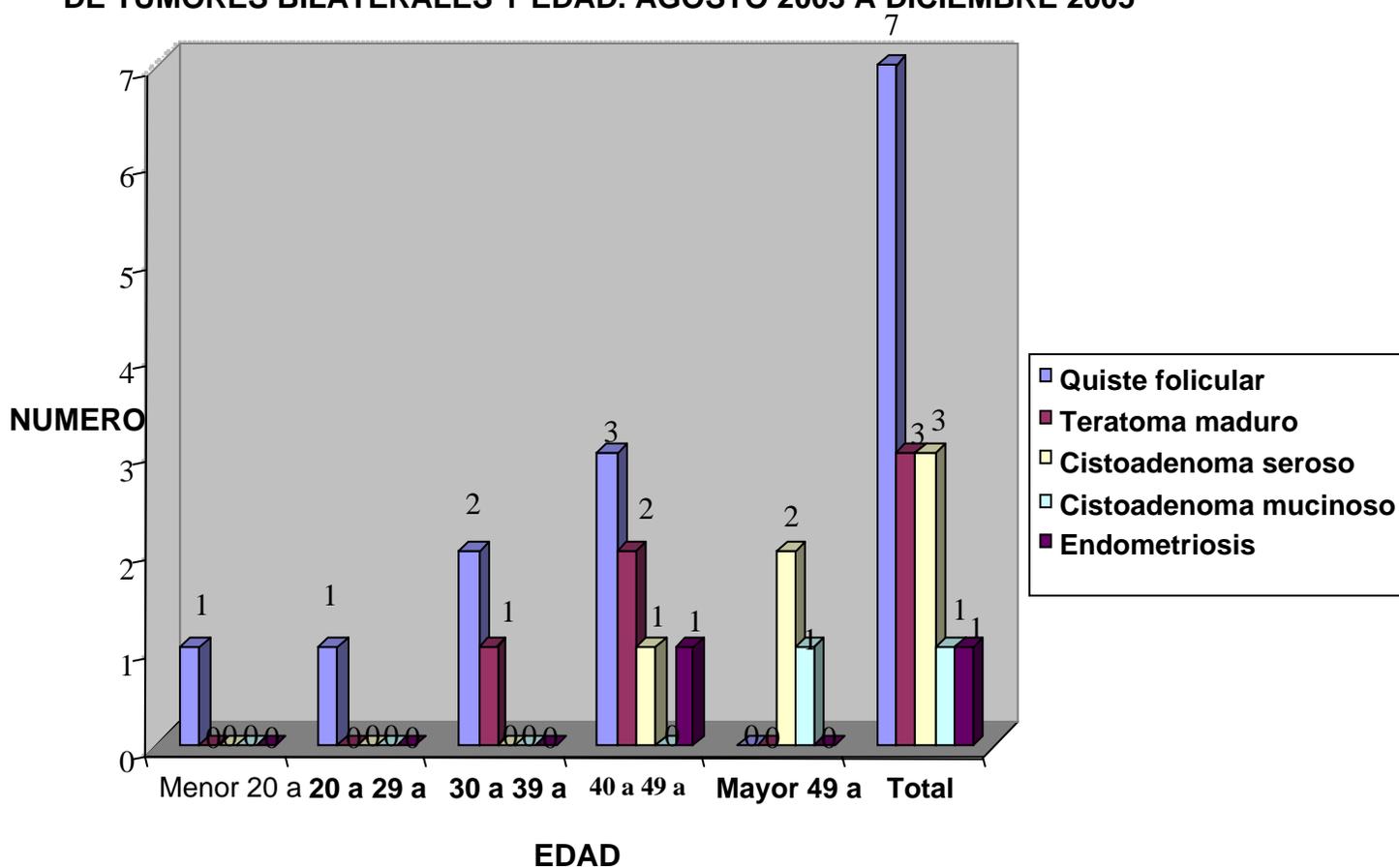
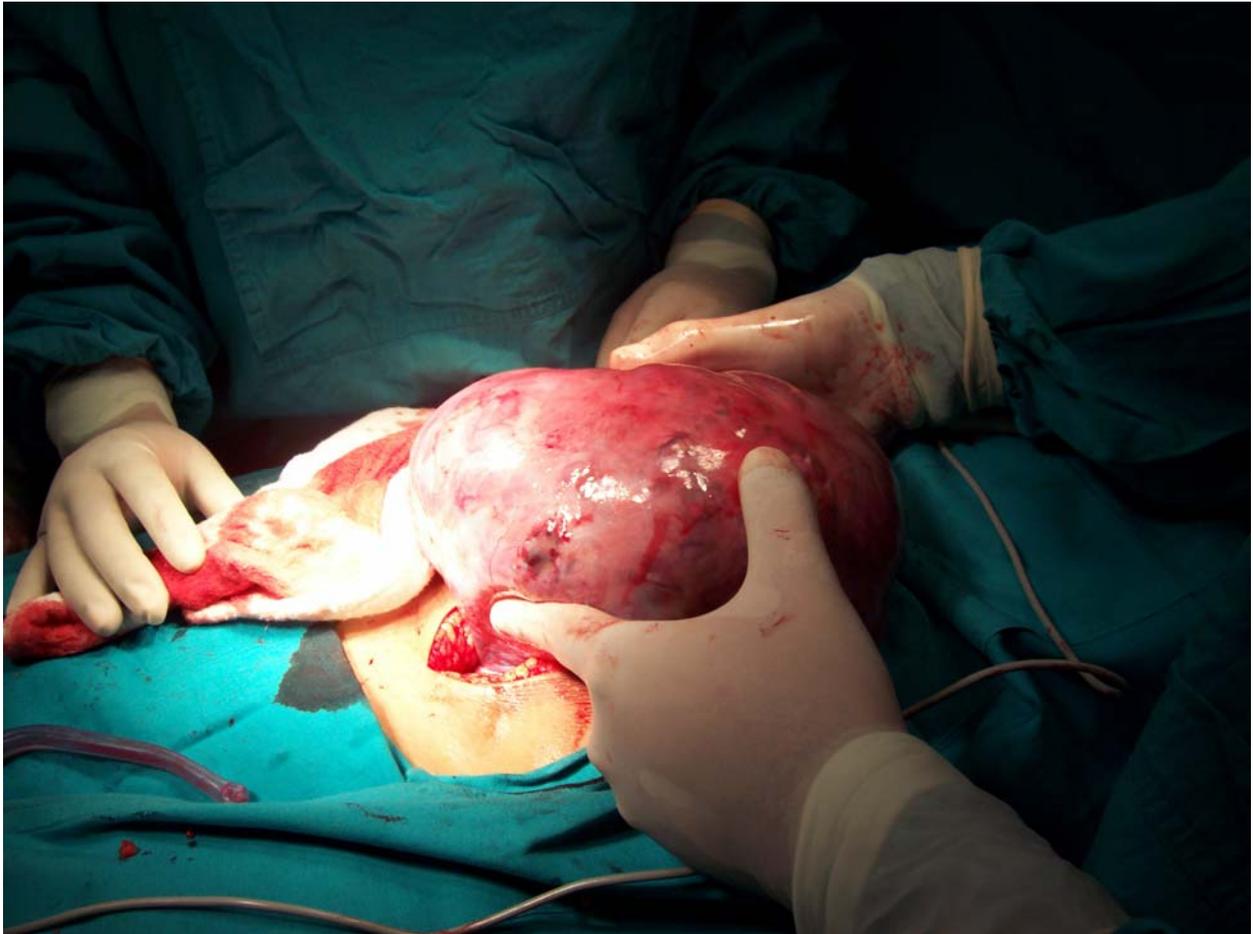


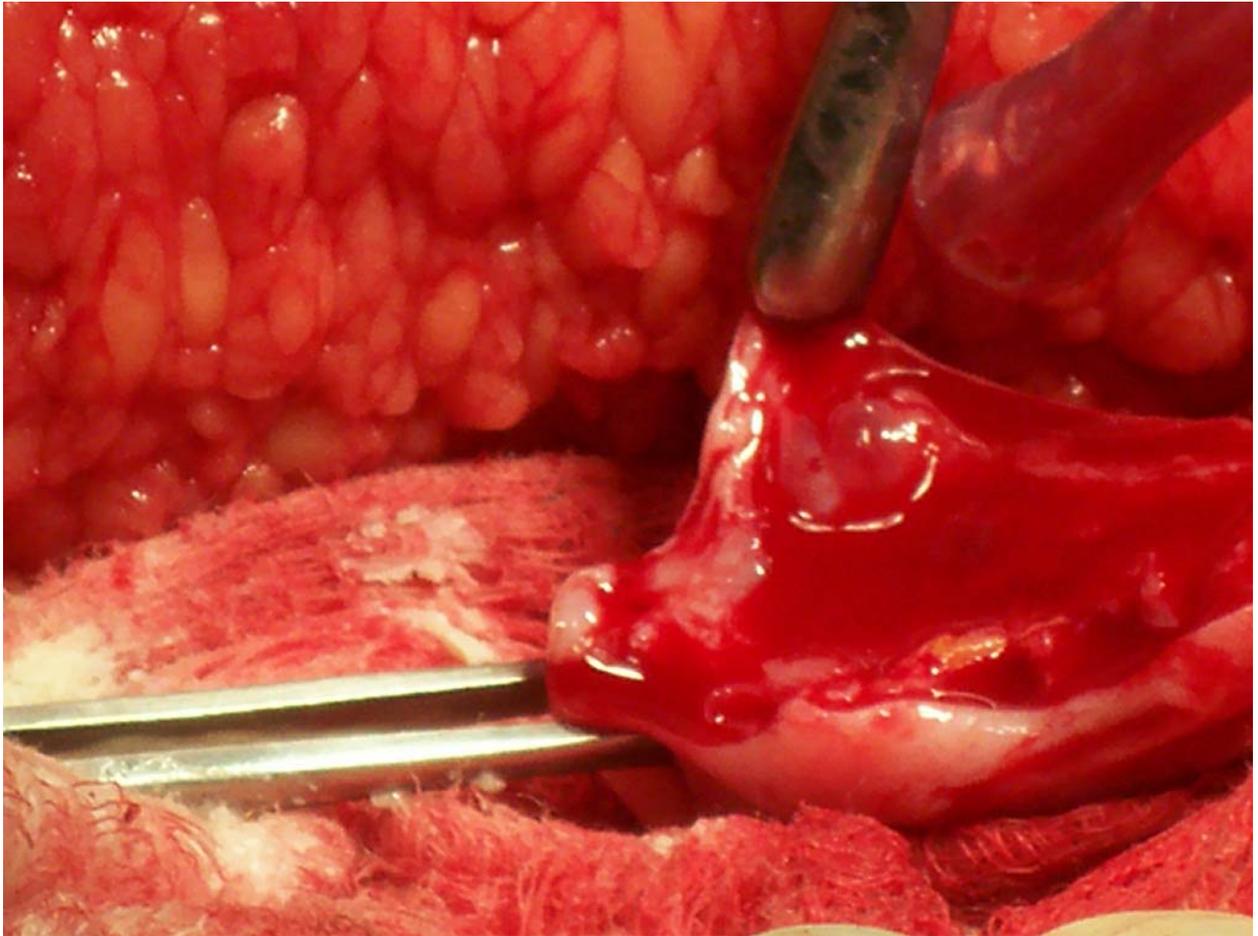
Grafico 3. FRECUENCIA DE TUMORES DE OVARIO SEGUN RESULTADO PATOLOGICO DE TUMORES BILATERALES Y EDAD. AGOSTO 2003 A DICIEMBRE 2005



**Laparotomía exploradora por tumor de ovario.
Cistoadenoma Mucinoso**



**Laparotomía exploradora por tumor de ovario.
Cistoadenoma Mucinoso**



**Laparotomía exploradora por tumor de ovario.
Cistoadenoma Mucinoso**

