
Tumores benignos de ovario

Dra. Ana Lidia Messen, Dr. Osear R. Flores Funes*

RESUMEN

En el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital-Escuela realizamos un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados histológicamente como tumores benignos de ovario, en el período comprendido de enero de 1983 a diciembre de 1987. En estos cinco años encontramos 43 casos, con la tendencia marcada de aumento progresivo año a año, excepto en 1987 donde hubo un descenso sin causa explicable.

Para diagnosticar patología de ovario el píelo grama intravenoso mostró una eficacia apenas del 30%, y el ultrasonido de 28%.

El tratamiento fue quirúrgico, y en un 51% se hizo salpingo-forectomía unilateral con biopsia en cuña contralateral.

Se investigaron factores de riesgo, aunque en la mayoría de los casos no se pudo establecer con objetividad las relaciones entre éstos y los tumores benignos de ovario, que tampoco ha sido posible describirlos en otros países.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más serios en relación a los tumores de ovario, es que rara vez podemos establecer

Resumen de trabajo de Tesis previa opción \$1 Título de Dra. en Medicina.

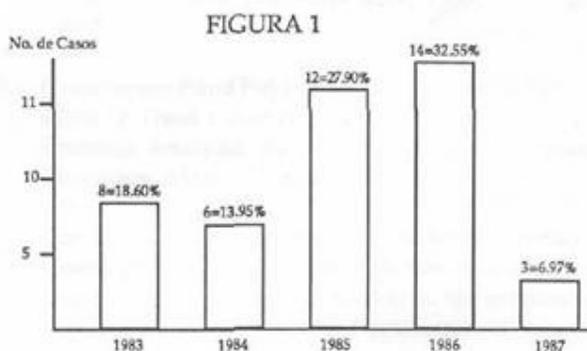
Profesor de pre y postgrado. Facultad de Ciencias Médicas, De Oncólogo quirúrgico del I. H. S. S.

un diagnóstico de benignidad o malignidad en una etapa inicial del padecimiento; esto explica en parte la alta letalidad del cáncer de ovario.

Los tumores de ovario no son muy frecuentes, pero además del problema diagnóstico, en ocasiones también se presentan contradicciones en el tratamiento. Por eso es importante diferenciar un tumor benigno de uno maligno, para escoger correctamente la conducta terapéutica. En este estudio investigamos la incidencia de los tumores benignos de ovario, en el Hospital-Escuela, que refleja claramente la realidad nacional, por tratarse de un hospital universitario de referencia, al que acuden pacientes de todo el país.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos cinco años, 1983 a 1987, obteniendo 43 casos con diagnóstico histológico de tumor benigno de ovario. La distribución por años se presenta en la gráfica No. 1



Como se observa hay una tendencia marcada a aumentar el número de casos por año, sin embargo, por causas no determinadas, en 1987 únicamente se observaron 3 pacientes con el diagnóstico de tumor benigno de ova-

En relación a la distribución por décadas, tal como se describe en la literatura foránea, la mayor incidencia de estos tumores se distribuye entre los 31 y 40 años (1,2), en la figura número dos se observan los casos por décadas.

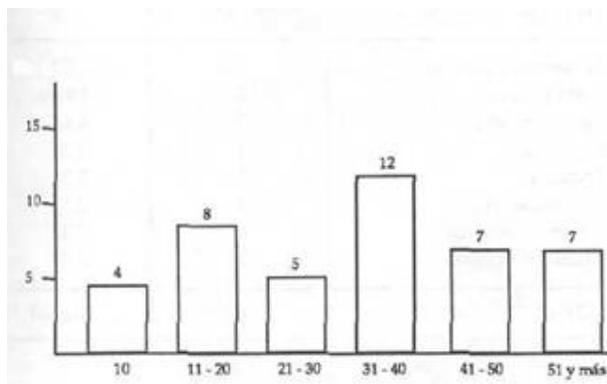


FIGURA 2

No. de Casos

Se sabe que las pacientes que se controlan con anticonceptivos orales tienen un menor riesgo de presentar tumores ováricos benignos en relación a las que no los usan (3), sin embargo en la presente investigación encontramos que 39 casos (el 90.69%) no habían consumido este tipo de medicamento, en las otras cuatro pacientes este dato no se consignó en los expedientes. Ver figura número tres.

FIGURA 3



En general los tumores ováricos se presentan más en los países industrializados. En el nuestro, un 50% fueron

del área urbana, con lo que no podemos decir que las zonas de mayor industria sean determinantes para la formación de este tipo de tumores.

La paridad tampoco se identifica como factor de riesgo, nosotros encontramos 17(39.53%) en pacientes nulíparas, y otras 17, en pacientes con más de cuatro partos.

Esta distribución se aprecia mejor en el cuadro número 1.

CUADRO NUMERO 1 TUMORES BENIGNOS DE OVARIO SEGÚN PARIDAD

PARIDAD	No DE CASOS	%
0	17	39.53
1	4	9.30
2	4	9.30
3	1	2.32
Más de 4	17	39.53
TOTAL	43	100.00

Los síntomas y signos de las 43 pacientes se describen en el cuadro número dos.

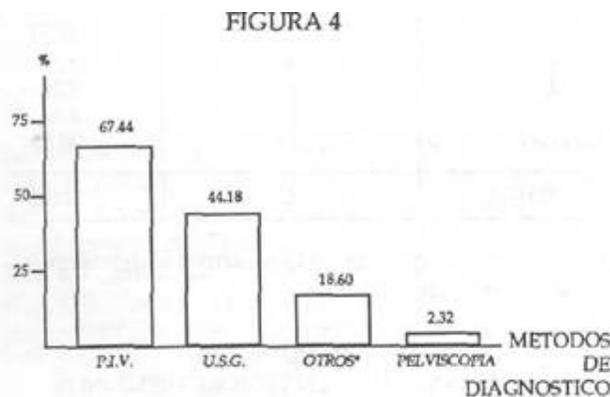
CUADRO NUMERO 2 SÍNTOMAS Y SIGNOS EN TUMORES BENIGNOS DE OVARIO

SINTOMAS Y SIGNOS	NUMERO	%
TUMOR ABDOMINAL	39	90.69
DOLOR PELVICO	25	58.13
IRREGULARIDAD MENSTRUAL	8	18.60
HIRSUTISMO	1	2.32
ABDOMEN AGUDO	1	2.32
OTROS	19	44.80

La literatura mundial informa que es frecuente que los tumores benignos de ovario sean a sin tomaticos, y que los síntomas y signos más frecuentes son: el tumor abdominal o masa anexial, y el dolor pélvico (1). En nuestro estudio el tumor se presentó en un 90.69% y el dolor pélvico en un 58.13%.

En otros síntomas, que representaron el 44.8%, se encontraron: pérdida de peso, náuseas, vómitos, ascitis, y con menor frecuencia, fiebre.

Uno de los problemas en el abordaje de los tumores de ovario es el abuso de los estudios de gabinete, que la mayor parte de las veces son innecesarios para el tratamiento de los tumores de ovario, retrasando frecuentemente el acto quirúrgico, que es lo que en definitiva establece el diagnóstico de benignidad o malignidad, y es la base del tratamiento. El pello grama intravenoso se realizó en 29 pacientes, lo que representó el 67.44%; el ultrasonido se hizo en 19 (44.18%); en otros estudios se indicaron enemas balitados y radiografías simples de abdomen. Para el ultrasonido se observa una mayor tendencia para realizarlos desde 1986. En la gráfica número cuatro vemos las relaciones, en porcentaje, de los distintos métodos de estudio.



* Otros incluyen: enema baritado, radiografías simples de abdomen, etc.

En la literatura mundial casi todos los autores han encontrado que el cistadenoma seroso ocupa más o menos un 30% de los tumores ováricos benignos, y el teratoma quístico es el 12 a 15% de estas neoplasias (2, 4). En el presente estudio encontramos resultados diferentes, con el Teratoma quístico teniendo un 65.11%, el cistadenoma seroso 18.60% y en tercer lugar el cistadenoma mucinoso con 4.65%. En el cuadro número tres se detallan los distintos tipos de tumores con sus porcentajes.

En tumores benignos de ovario el tratamiento es quirúrgico, se hace laparotomía media, con resección del tumor (Salpingo-ovorectomía unilateral), y biopsia transoperatoria (por congelación), con biopsia en cuña contralateral. Dependiendo del resultado de la biopsia se decide la conducta, excepto en pacientes de 40 ó más

años en quienes siempre se hará Histerectomía abdominal total más salpingo-ovorectomía bilateral, y omentectomía si se trata de un cáncer. Los distintos procedimientos quirúrgicos se describen en el cuadro número cuatro.

CUADRO NUMERO 3
TIPOS HISTOLÓGICOS DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO

TIPO DE TUMOR	Nº	%
Teratoma quístico	28	65.11
Cistadenoma	8	18.60
Cistadenoma	2	4.65
Fibroma	1	2.32
Tecoma	1	2.32
Teratoma sólido	1	2.32
Estroma ovárico	1	2.32
Quiste folicular	1	2.32
TOTAL	43	100.00

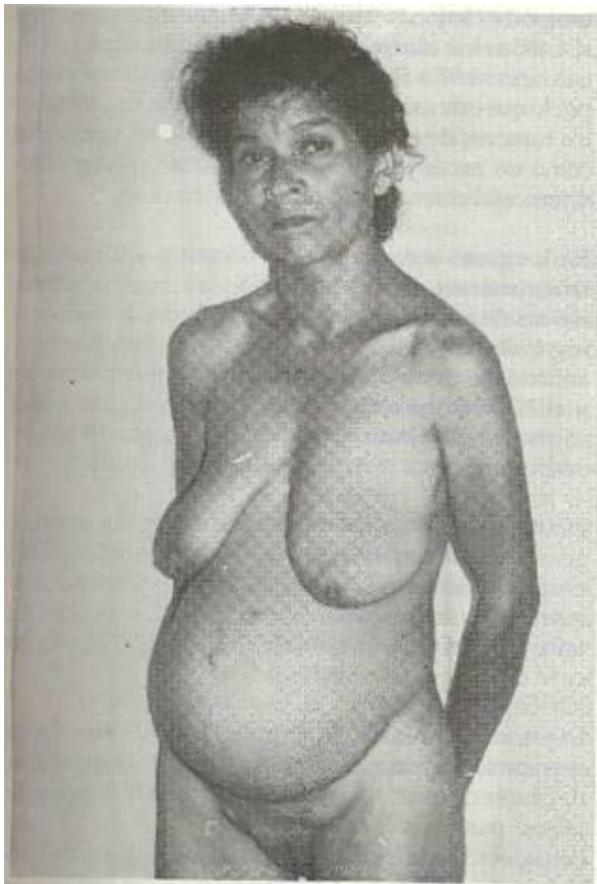
CUADRO NUMERO 4
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUMORES BENIGNOS DE OVARIO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	Nº	%
Salpingo-ovorectomía		
unilateral biopsia en cuña	22	51.16
Salpingo-ovorectomía		
Unilateral	10	23.25
H.A.T. + S.O. B.	9	20.93
H. A. SUBTOTAL + S. O. B.	1	2.32
Salpingo-ovorectomía +		
Apendicetomía	1	2.32
TOTAL	43	100.00

Puede observarse que la mayoría de pacientes se manejaron con salpingo-ovorectomía unilateral mas biopsia en cuña del ovario contralateral (22 casos), 51.16%); otro porcentaje significativo es el de las pacientes en las que se realizó H.A.T. + S.O.B., con nueve (20.93%), que son pacientes de 40 años o mayores, lo cual es indicación para reseca los ovarios.

En la fotografía número 1 presentamos una paciente en la que se hizo el diagnóstico de tumor benigno de

ovario, y en la fotografía número dos se aprecia un cistadenocarcinoma seroso de ovario, que macroscópicamente es indistinguible de un tumor benigno.



Fotografía No. 1: Tumor Benigno de Ovario que parecía embarazo a término.

DISCUSIÓN

El ovario por la diversidad de tumores con distintas características, es un órgano que despierta gran interés. Al considerar su estudio debe diferenciarse entre neoplasias benignas y malignas, y también tomar en cuenta las condiciones no neoplásicas.

El principal problema en general, es establecer el diagnóstico de benignidad y malignidad.

No se ha definido la ocurrencia de tumores benignos de



Fotografía No. 2: Tumor maligno de Ovario, Macroscópicamente indistinguible de un tumor benigno; cápsula intacta, superficie lisa, sin adherencias, y áreas quísticas.

ovario dentro de una población determinada, tal vez porque la verdadera incidencia no ha sido estudiada(2).

Tampoco hay factores de riesgo bien definidos, pero se han hecho estudios que han demostrado una reducción en la incidencia de estos tumores en pacientes que habían tomado anticonceptivos orales combinados, por lo menos seis meses antes del diagnóstico (3). También se ha encontrado una frecuencia elevada de esterilidad (27%) en estas pacientes (3).

La C I de tumores benignos más aceptada, es la que toma en cuenta la embriología y f fisiopatología, e incluye: 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, y f) Ovarios escleroquisticos. II) Tumores neoplásicos: A) 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, 3) Tumores derivados de células germinales: a) Teratoma quístico (Quiste dermoide). (2,4).

La mayoría de los tumores benignos de ovario son a sintomáticos (2). En algunas ocasiones el diagnóstico se hace al realizar un examen pélvico rutinario, encontrándose una masa anexial (5). Los síntomas dependen de tamaño, localización y tipo de tumor, así como de complicaciones (6). Puede encontrarse dolor

pélvico, náuseas y vómitos que se asocian a tordón del pedículo. Puede existir ruptura del tumor y peritonitis. Rara vez hay dolor pélvico intenso, trastornos urinarios o defecatorios (6). Los trastornos menstruales como oligomenorrea, amenorrea y sangrado uterino anormal, ocurren en solo 15% de las neoplasias primarias de ovario(2).

En raras ocasiones hay hirsutismo, obesidad y otros signos androgénicos (5,7).

Algunas pacientes se quejan de dispareunia (8).

A la exploración pélvica el hallazgo más frecuente es el de tumor anexial (5).

Es necesario hacer un tacto rectal, además del vaginal, y al mismo tiempo, porque esto facilita la determinación exacta del tumor(2,6).

El diagnóstico diferencial incluye tumores uterinos, de trompas de falopio y estructuras adyacentes como vejiga, colon y retroperitoneo, etc. También es importante considerar el embarazo en las primeras 8 a 10 semanas, lo mismo que los miomas, que ocurren hasta en un 10% de mujeres alrededor de 35 años. Otras condiciones incluyen la adenomiosis y rara vez el carcinoma endometria I(2,6).

El ultrasonido pélvico puede mostrar la presencia de uno o varios quistes ováricos, dependiendo del tipo de tumor(9), pero en muchos casos es inconcluso(10).

Es bueno recordar que por ultrasonido no podemos hacer el diagnóstico de benignidad o malignidad, y ante la presencia obvia, por clínica, de un tumor de ovario, el ultrasonido es innecesario. La tomografía axial computarizada, es un método más preciso que el ultrasonido, pero prácticamente da los mismos resultados en la evaluación de tumores de ovario.

La resonancia magnética nuclear es un método con bastante especificidad y alta sensibilidad, sobre todo en el diagnóstico de tumores quísticos con hemorragia interna. Nishimura y colaboradores, en su experiencia de 62 casos, encontraron lo que describen como imágenes de alta densidad en T1 y T2, además observaron lóculos dependiendo del contenido del tumor, también refieren adherencias a órganos o algunos cambios en anillos si la cápsula del tumor está presente(10).

Con el píelo grama intravenoso hay un abuso en nuestro medio, y tumor de ovario prácticamente es una condición en que muchos clínicos solicitan este estudio, sin embargo aún en los cánceres de ovario el compromiso uretral es bajo, de 2 a 3% (11), lo que quiere decir que si a todos los cánceres de ovario les realizamos P.I.V., entonces el 97 a 98% de los estudios son innecesarios, por lo que este estudio no debe solicitarse, en general, en los tumores de ovario, excepto cuando existan dudas, como un excesivo tamaño que plantee el diagnóstico diferencial con tumores retroperitoneales.

En los casos más raros de síndromes virilizantes, o feminizantes, deben evaluarse las concentraciones séricas de andrógenos y estrógenos; puede medirse el nivel de 17 Beta estradiol, estrona, testosterona y androstenediona (5). Hay que considerar que al estrona y el 17 Beta estradiol varían durante el ciclo, por el contrario la concentración de testosterona y androstenediona no sufren estas variaciones (7).

El tratamiento de las neoplasias benignas ováricas, generalmente es quirúrgico, con excepción de los quistes o hiperplasias funcionantes del ovario. El procedimiento quirúrgico es con laparotomía media, remodón del tumor (Salpingo-oforectomía unilateral) y biopsia en cuña del ovario contralateral.

La punción transabdominal guiada por ultrasonido, no se recomienda, porque siempre está latente la posibilidad de cáncer de ovario, y además hay un alto porcentaje de falsos positivos y negativos(12). La edad es una consideración importante en el manejo de pacientes con tumor de ovario. En preadolescentes los tumores de ovario son raros, ocupan sólo el 1 % en niñas menores de 16 años, pero si se presenta un tumor pélvico en esas pacientes la primera posibilidad es de un tumor de ovario, generalmente maligno y de tipo germinal (12, 13).

En mujeres de edad reproductiva, puede seguirse una conducta conservadora, con estricta vigilancia, cuando los tumores son de 8 cm o de menor tamaño, porque la gran mayoría son quistes o hiperplasias funcionantes. Estos quistes desaparecen después de observación por cuatro a seis semanas, y los anticonceptivos ayudan a la reducción de ellos (2,3,6,8); es obvio que un requisito básico es que se pueda establecer un estricto control de estas pacientes, debido a que otras posibilidades son neoplasias benignas, sobre todo cistadenoma seroso y

tera tomas quísticas (1,2,14,15), u otros tumores benignos como los estromales (1,2,4,5,8,9), y en menor porcentaje existe también la posibilidad de un cáncer de ovario.

De los 40 a 65 años predominan los tumores malignos, y en la etapa posmenopáusica, después de los 65 años, los tumores benignos se vuelven más frecuentes 16).

CONCLUSIONES

1.- La mayor incidencia de tumores benignos, en nuestro medio, es de los 30 a 40 años. 2.- En nuestro país el tumor de ovario benigno más frecuente es el Teratomaquistico (Quiste dermoide), contrarrestando los informes internacionales que establecen al Cistadenoma seroso como el de mayor predominio.

3.- El 91% de las pacientes de nuestro estudio no habían ingerido anticonceptivos orales, apoyando las ya conocidas evidencias de que en efecto estos medicamentos disminuyen el riesgo de tumores de ovario; en el porcentaje restante no se investigó este dato al momento de la historia clínica.

4.- Hay un abuso de estudios innecesarios para el diagnóstico y aún para el manejo de estas pacientes, especialmente de píelo grama intravenoso y ultrasonido.

5.- Debe recordarse que el principal diagnóstico diferencial debe ser el cáncer de ovario, por eso no hay que retardar innecesariamente el tratamiento quirúrgico de estas pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sánchez, Andrade; Crespo Pozuelo, Antonio, Neoplasias del ovario, Segunda parte. Edición Por medio. 1978:1:90.
- 2.- Disaia, Philip; Creasman, William. Clinical Gynecologic Oncology, C.B. Mosby company. 1981:223.
- 3.- Vessel, Martin; Metcalfe, Allison; Wells, Clive. Ovarian neoplasm, functional ovarian cysts, and oral contraceptive. Br. Med. J. 1987:294.
- 4.- Fonseca, María Eugenia; Carballo, Olga; González, Glicerio. Steroid secretion by a lipoid ceü tumor causing virilization and its diagnosis with computerized tomography. Am. J. Obstet Gynecol. 1985:153:797.
- 5.- Aiman, James; Forney, Peter; Parker, Richard. Androgen and estrogen secretion by normal and

neoplastic ovaries in premenopausal women. Abstet. Gynecol 1986:68:327. 6.- Kister, R.W. Gynecology principles and practices.

Year boock medical publisher, Chicago 1971:146.

- 7.- Friedman, Chad; Schmidt, Grant; Kim, Moon, Serum testosterone concentrations in the evaluation of androgen producing tumors. Am J. Obstet. Gynecol 1985:153. 8.-

8. Polson, D.W.; Adams, J. Steer, Unilateral polycystic ovary. "Case report". Br. J. Obstet. Gynecol 1986:93:1100. 9.-

9. Hafiz, Mohammad A.; Toker, Cyrill. Multicentric ovarian and extraovarian cystedenofibroma. Obstet. Gynecol 1986:68:945.

- 10 Kazumasa, Nishimura; Togashi, Kaori; Itoh, Kyo. Endometrial cysts of the ovary: Mr. imaging, Radiology 1987:162:315.

11. - Haskell, CharlesM., MD. Cáncer treatment. Second edition. W.B. Saunders company. 1985:27:412.

- 12.- Diernues, E.; Rasmussen, J. Soerensen T. Ovarían Cysts: Management by puncture?. The Lancet. 1987:9:1084.

- 13.- Ohama, Koso; Namura, Kazushi; Odamoto, Etsuji, Origin of immature teratoma of the ovary. Am. J. bstet Gynecol. 1985:152:896.

- 14.-Schneider J.; González, J.;Eizaguirre,MJ. Complete psammomatous degeneración of the ovary. "Case report". Br J. Obstet Gynecol 1985:92:411.

- 15.- Brumback, Roger A.; Brown, Bruce. Unique finding of prostatic tissue in a bennign cystic ovarian teratoma. Arch. Pathol Lab. Med. 1985:109:675.

- 16.-Barber, Hugh R. K. Ovarían cáncer. Part II. Borderline and anexa! masses. The female patient.1987:12:79.