Tumores de ovario

REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE 8 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE NEIVA

Dr. Alberto Moreno Rojas

Departamento de Ginecología y Obstetricia

INTRODUCCION

Siendo el Ovario un órgano que cumple una serie de funciones específicas y que como glándula endocrina tiene papel primordial en el ciclo sexual y reproductivo de la mujer, cualquier proceso que altere su funcionalidad va a repercutir en otros órganos de la economía con gran variedad de efectos.

El ovario origina más clases de neoplasias con mayor diversidad de aspecto histológico y de comportamiento biológico que cualquier otro órgano; es a menudo blanco de metástasis por tumores malignos de otros órganos, especialmente aparato gastrointestinal, aparato genital y mamas, que clínica e histológicamente pueden remedar cáncer ovárico primario. (1).

La patología de ovario llega en ocasiones a desorientar al clínico por varias razones:

- a. Localización del ovario en la profundidad de la pelvis.
- b. Producción de síntomas variables compatibles con cuadros abdominales agudos de variada etiología.

- c. Dificultad de determinar con exactitud, en algunos casos la malignidad o benignidad por medios clínicos o paraclínicos, aún especializados, como Laparoscopia, Ultrasonido, Técnicas Bioquímicas, Radioinmunoensayo, etc. (2).

Correspondió al profesor Dr. Leoncio Barreto ejecutar la primera Ovariectomía exitosa en Latinoamérica, el 3 de octubre de 1984 en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá (3).

MATERIAL Y METODOS

El propósito del autor es mostrar los resultados de la revisión de los tumores de Ovario hallados en el Hospital General de Neiva, durante un período de 8 años (1976—1983) para dar a conocer en una mejor forma nuestra patología.

Se revisaron 6.871 protocolos de patología quirúrgica hospitalaria durante el período de 1976 a 1983 y se encontraron 236 protocolos de tumores de Ovario, lo que nos da una incidencia de 3.56% promedio por año. Se seleccionaron 231 protocolos de estudio anatómico-patológico y se excluyeron los correspondientes procesos inflamatorios.

La clasificación de los tumores de ovario pertenece a uno de los capítulos más difíciles y discutidos de la patología ginecológica. Se han propuesto múltiples clasificaciones. Algunos autores han ordenado los tumores de ovario según su comportamiento clínico en benignos y malignos o funcionales y no funcionales. Otros, consideran como base de la clasificación las características macroscópicas de las distintas clases de tumores, o toman en consideración los criterios histológicos, histogenéticos y embriológicos. (4) (5).

Pero a pesar de estos numerosos intentos no existe todavía una clasificación que satisfaga en todos los aspectos al clínico y al anatomopatólogo. Solamente con una labor de conjunto patólogos y clínicos será posible reconocer la naturaleza de los distintos tumores e instituir sobre esta base un tratamiento óptimo.

TUMORES DE OVARIO – CLASIFICACION

1. Tumores benignos de ovario

A. Quísticos

1. No Neoplásicos

- Folículo
- Luteína
- Stein-Levanthal
- Endometriales
- Inflamaciones Tuboováricas
- Inclusiones Germinativas

2. Neoplásicas

- Cistadenoma Mucinoso
- Cistadenoma Seroso
- Dermoide (Teratoma Quístico Benigno)

B. Sólidos

- Fibroma
- Brenner
- Lesiones raras diversas

Cuadro No. 1
PRESENTACION Y
ANALISIS DE RESULTADOS

Año	Protocolos	Casos	Prevalencia
1976	670	38	5.67 %
1977	868	38	4.37 %
1978	660	30	4.50 %
1979	583	18	3.08 %
1980	805	29	3.60 %
1981	1080	34	3.14 %
1982	1072	17	1.58 %
1983	1133	32	2.82 %
TOTAL	6871	236	3.56 %

En el Cuadro No. 1 se muestra el número de protocolos de patología quirúrgica por año y las correspondientes a la patología ovárica. Se observa que la patología ovárica corresponde al 3.56% de toda la patología quirúrgica del Hospital General de Neiva. Algunos autores opinan que los tumores de Ovario son neoplasias frecuentes y de ellos dependen del 2 al 5% de los ingresos hospitalarios. (7).

Cuadro No. 2
PATOLOGIA OVARICA
HOSPITAL GENERAL DE NEIVA

LESIONES	No. CASOS	%
No Neoplásicas	128	55.41
Neoplásicas Benignas	82	35.50
Neoplásicas Malignas	21	9.09
TOTAL	231	100.00

En el Cuadro No. 2 encontramos los tres grandes grupos en los cuales se aglutina la patología ovárica encontrada. El mayor número corresponde a los tumores no neoplásicos que son el 55.41% de la patología ovárica total; las neoplasias benignas llegan al 35.50% y las neoplasias malignas solo corresponden a un 9.09%.

Cuadro No. 3

LESIONES NO NEOPLASICAS HOSPITAL GENERAL DE NEIVA

LESIONES	Nº. CASOS	%	PROMEDIO EDAD
C. Lúteo Quístico	21	9.09	27,5
Quiste Follicular	102	44,15	35,4
Ov. Poliquísticos	5	2,16	36,5
TOTAL	128	55,41	

En el Cuadro No. 3 se han discriminado las lesiones no neoplásicas y podemos ver que la más común es el Quiste Follicular, luego el Cuerpo Luteo Quístico y los Ovarios Poliquísticos y comprometen al grupo de población comprendido entre los 27 y los 36 años, lo cual está de acuerdo con otros estudios revisados.

Cuadro No. 4

NEOPLASIAS BENIGNAS HOSPITAL GENERAL DE NEIVA

LESIONES	Nº. CASOS	%	PROMEDIO EDAD
Teratomas	39	16,88	26,4
Quiste Simple	14	6,09	35,0
Cistadenoma Serosopapilar	23	9,99	42,6
Cistadenoma Pseudomucinoso	3	1,26	50,5
Fibroma	2	0,85	41,5
Quiste Endometrial	1	0,43	50,0
TOTAL	82	35,50	

Las neoplasias benignas figuran en el Cuadro No. 4 y se muestra que la más común es el Teratoma con el 16.8% de frecuencia, seguido del Cistadenoma

Seroso Papilar con el 9.9% y el Quiste Simple con el 6.09%. Solamente se encontraron 7 casos de Teratomas bilaterales (17.9%). La paciente más joven fue una niña de 8 años, procedente del área rural a quien se le encontró un Teratoma. Los Teratomas constituyen cerca del 20% de todo el grupo de neoplasias Ováricas y es el tumor más común en adolescentes. (8) (9). Aproximadamente el 90% son de tipo benigno o adulto. (10) (11). Según Norris y Col. la asociación frecuente de los tumores de Ovario con el embarazo constituye en ocasiones un serio problema al presentar un cuadro de abdomen agudo por torsión del pedículo o actuar como tumor previo. (19). En nuestra revisión uno de los tumores de Ovario fue encontrado en una paciente embarazada y clasificado como quiste simple. (20).

Cuadro No. 5

NEOPLASIAS MALIGNAS HOSPITAL GENERAL DE NEIVA

LESIONES	Nº. CASOS	%	PROMEDIO EDAD
Carcinoma Serosopapilar	8	3,50	37,2
Carcinoma Metastásico	4	1,75	44,2
Carcinoma Pseudomucinoso	4	1,75	46,7
Tumor de la Granulosa	4	1,75	45,6
Dysgerminoma	1	0,34	42
TOTAL	21	9,09	

El Cuadro No. 5 nos muestra que el Tumor de Ovario maligno más común en la serie es el Carcinoma Seroso Papilar con el 3.50%, luego el Carcinoma Metastásico, el Pseudomucinoso y los tumores de la Granulosa con una incidencia similar, al 1.75%. El Cistadenocarcinoma Seroso, según algunos autores, es el tumor Ovárico maligno más frecuente y comprende por lo menos el 40% de los cánceres del Ovario. En la mitad, aproximadamente, de los casos están afectados ambos ovarios. El Cistadenocarcinoma Mucinoso representa el 10%, aproximadamente, de los cánceres del Ovario. (22).

En el estudio realizado en el Hospital San Juan de Dios de Cúcuta en 1975 entre las neoplasias malignas, la más común fue el Cistadenocarcinoma Seroso. (16). La paciente más joven de nuestra serie con una neoplasia maligna fue una niña de 11 años, del área urbana, con diagnóstico de T. de la Granulosa. Los tumores de la Granulosa pueden aparecer a cualquier edad antes de la pubertad durante la época de reproducción o después de la menopausia. (12) (13). Algunos de estos tumores son histológicamente benignos pero malignos desde el punto de vista clínico ya que pueden observarse recidivas locales en número considerable en un lapso de 10 a 15 años. (17). Parson y Sommers afirman que más del 30% de estos tumores tienen una tendencia a la malignidad. (18). La fuente más común de metástasis al Ovario es el Seno y el tracto gastrointestinal. Se afecta el ovario no solo a través de las vías linfáticas y sanguíneas, sino también tras afectación sucesiva del pleura, diafragma y peritoneo. (23). Kasalig y Rutledge y otros han observado que en las mujeres con tumor recurrente de mama, la castración terapéutica reveló metástasis ovárica en el 25% de los casos en que se practicó la ooforectomía. (14). El Disgerminoma constituye menos del 1% de los tumores de ovario y cerca del 5% de los tumores malignos. El Disgerminoma es ante todo un tumor de los primeros años de vida; es común antes de la pubertad y en adolescentes jóvenes; sin embargo ocasionalmente se lo encuentra en mujeres adultas. (15).

A dos pacientes con diagnóstico de Carcinoma de Ovario se les practicó una segunda laparotomía a los 2 y 3 meses después de la resección del tumor; la una para tratamiento de la obstrucción intestinal por metástasis y en ambos casos para completar la cirugía; en las dos ocasiones la conducta quirúrgica inicial se había limitado solamente a la resección de la masa tumoral.

De las 21 pacientes con diagnóstico de neoplasias malignas, 20 fueron remitidas al Instituto Nacional de Cancerología para continuar su tratamiento, según los datos encontrados en los archivos de Estadística del Hospital General de Neiva. Los casos se discriminan así:

Pacientes remitidas	20
Asistieron a tratamiento en el INC	6
Completaron tratamiento	5

Asisten actualmente a control en la Consulta Externa del HGN: 3 pacientes. (Dos operadas en 1977 con Dx de Tumor de la Granulosa y Cistadenocarcinoma Seroso Papilar, respectivamente y otra operada en 1982 con Dx de Cistadenocarcinoma Seroso Papilar). De las tres pacientes que se encuentran en control, solamente una asistió al Instituto Nacional de Cancerología y no completó su tratamiento. Sabemos con certeza de 2 pacientes fallecidas, y de las demás no hay datos.

En un estudio realizado en el IMI de Bogotá de los Tumores de Ovario, durante un período de 15 años (1960—1974) con un total de 1.248 casos, en el cual participé en compañía de los Profesores Fonnegra (q.e.p.d.), Guzmán, Alvarado y Onatra, encontramos los siguientes datos en orden de frecuencia: (2).

Lesiones No Neoplásicas:

Cuerpo Lúteo Quístico	10.82%
Quiste Folicular	8.81%
Ovarios Poliquísticos	1.04%

Neoplasias Benignas:

Teratomas	21.55%
Quiste Simple	16.19%
Cist. Seropapilar	16.03%
Cist. Seudomucinoso	5.93%
Fibroma	4.73%
Quiste Endometrial	2.48%

Neoplasias Malignas:

Carcin. Seroso papilar	4.80%
Carc. Metastásico	2.00%
Carc. Seudomucinoso	1.60%
Tumor de la Granulosa	0.80%
Disgerminoma	0.64%

COMENTARIOS

1. El Hospital General de Neiva, es un Hospital de referencia de todo el departamento del Huila y algunos departamentos vecinos, que hace aproximadamente 8 años empezó a funcionar a pesar de todas sus deficiencias. Quienes en él laboramos hemos comprendido el reto y desde hace algún tiempo se han empezado a revisar los archivos de Historias Clínicas y de Patología, para darnos cuenta y mostrar al país y a los colegas cuál es la verdadera incidencia de nuestra patología y organizar nuestras fuerzas hacia la prevención y tratamiento de estos problemas.

2. El Ginecólogo debe tener un conocimiento profundo, tanto de la clasificación clínica de las etapas de progresión del Cáncer Ovárico, como del comportamiento de los distintos tipos de ellos; de sus índices de bilateralidad, de sus grados de anaplasia y de su sensibilidad a la radio y a la quimioterapia, porque especialmente en mujeres jóvenes que desean conservar su capacidad reproductora, tales conocimientos son los que van a decidir el tratamiento adecuado. (21).

Es importante tener en cuenta la falta en nuestro Hospital de una Unidad de Radio y Quimioterapia, para poder brindar un tratamiento completo a nuestras pacientes que lo requieran; las cuales debido a los problemas socioeconómicos y culturales no asisten

a continuar su tratamiento en hospitales diferentes y especializados y nos toca verlas regresar después de un tiempo, en condiciones físicas y anímicas deplorables ante la impotencia de nuestros recursos.

3. Insisto en la importancia del cuidado durante el acto operatorio, especialmente los cirujanos no Ginecólogos, de valorar las formaciones quísticas o no, halladas durante el acto quirúrgico en los ovarios y practicar una conducta adecuada, para no realizar ooforectomías innecesarias y no llenar los archivos de patología con resultados de ovarios normales.

4. En la patología de Ovario debemos recordar, que al igual que las demás piezas quirúrgicas obtenidas, todas, sin excepción ninguna, deben ser enviadas para estudio anatomopatológico, no importa que tan lejos esté el Hospital donde se obtuvo la muestra; pues ésta es la única forma de poder tener un dato anatomopatológico digno de credibilidad y poder ofrecer por este conducto un diagnóstico seguro, un tratamiento adecuado y poder dar tranquilidad a nuestra paciente.

5. Se debe insistir en que siempre que haya una paciente en quien se sospeche patología ovárica, procurar hacer el diagnóstico lo más pronto posible utilizando los recursos que tenemos a nuestro alcance. Insistir a las pacientes para que acudan al médico lo antes posible y tratar de descubrir casos nuevos en una exploración rutinaria.

6. Se hace necesario el acuerdo entre los médicos jefes de los diferentes servicios, la Liga de Lucha contra el Cáncer, Seccional Huila y el Servicio de Trabajo Social del Hospital como coordinadora, para aunar esfuerzos y lograr que la remisión de pacientes a los centros especializados se haga en

forma decidida y efectiva y poder tener un mejor control de éstos casos a nivel hospitalario hasta cuando nos sea posible resolverles la situación en nuestra Institución.

RESUMEN

Se presenta la revisión de la casuística de los tumores de ovario encontrados en un período de 8 años en el Hospital

General de Neiva. Se observa que la patología ovárica corresponde al 3.56% de toda la patología quirúrgica hospitalaria. Se revisa la incidencia de las diferentes patologías ováricas y se encuentran cifras comparables, guardadas las proporciones, con otras revisiones más extensas. Se enfatiza sobre la necesidad de tener una Unidad de Radio y Quimioterapia en nuestro Hospital, para poder brindar más facilidad de tratamiento a nuestras pacientes.

OVARIAN TUMORS

SUMMARY

This article summarizes all cases of ovarian tumors detected at Neiva General Hospital during a period of eight years.

Ovarian pathology represents 3.56% of all surgical pathology at the hospital. The study included incidence of diffe-

rent types of ovarian pathology and within the limits of this study, the data obtained is comparable with other larger studies.

The need to establish a Radio and Chemotherapy Unit in this hospital seems a priority in order to serve in a more efficient and safer way all patients.

BIBLIOGRAFIA

1. MORROW, C. Paul. Clasificación y características del Cáncer Ovárico. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 4. Pág. 963, 1979.
2. ONATRA H.W, FONNEGRA M. A. y Col. Prevalencia de la Patología Ovárica en el IMI. Revista de la Facultad de Medicina U.N. Vol. 39; No. 3. Pág. 243, 1981.
3. SANCHEZ T, Fernando. Historia de la Obstetricia y la Ginecología en Latinoamérica. FLASOG. Imprenta Distrital de Bogotá. Pág. 139, 1970.
4. Janovski N, Paramanandhan I. Ovarian Tumors. Philadelphia W.B. Saunders. 1973.
5. NOVAK, Patología Ginecológica y Obstétrica. Ed. Médica Panamericana S.A., Cap. 19. Pág. 385, 1982.
6. NOVAK, R. Edmund. Tratado de Ginecología. Editorial Interamericana. Pág. 432, 1977.
7. ROBBINS, S.L. Tratado de Patología. Ed. Interamericana. Pág. 1039, 1968.
8. STEPHENS, C.A. Cystic and solid Ovarian tumors in Children. J. Pediatrics surg. 5:148-156, 1970.
9. GARCIA, BUNUEL, R. Luteomas of Pregnancy. Obst. Gynecol. 45: 407, 1975.
10. NORRIS, H.J. Immature Teratoma of the Ovary. Cáncer, 37: 2359, 1976.

11. ABELL, M.R. Ovarian Neoplasms in, Childhood. Am. J. Obs. Gynecol. 93: 850. 1965.
12. MALKASIAN, G.D. Jr. Review 82 Theca Cells Tumors. Obst. Gynecol. 55: 231 - 238. 1980.
13. ANIKVE, C. et. Al. Granulosa y Theca Cell Tumors. Obst. Gynecol. 51: 214-1978.
14. KASALIG, F.B., RUTLEDGE, F.N. Metastatic Breast Carcinoma in Ovary. Am J. Obst. Gynecol. 74: 989. 1957.
15. JIMMERSON, G.K. Germ Cell tumors of the Ovary. Clin. Obst. Gynecol. 17: 229-1974.
16. GOMEZ, P. Eduardo y col. Tumores de Ovario. Rev. Col. Obs. Gin. Vol. XXVI. No. 6 Pág. 369. 1975.
17. GUZMAN A. R.D. y col. Tumores Funcionales de Ovario. Rev. Col. Obs. Gin. XXVII No. 4 1976.
18. PARSON and SOMMERS. Gynecology. Ed. W.B. Saunders Comp. Philadelphia and London. 1968.
19. NORRIS, H.J. y col. Functioning Tumors of the Ovary. Clin. Obs. Gyn. Vol. I. 1974.
20. HERNANDEZ, M.A. y ARZUZA, L. Tumores de Ovario Gigantes asociados con embarazo. Rev. Col. Obs. Gin. XXVIII. No. 1. 1977.
21. PINILLA GALVIS, E. Tratamiento Quirúrgico de los cánceres ováricos derivados del epitelio superficial. Rev. Col. Obs., Gin. XXXII. No. 4. 1981.
22. KASER, O. Ginecología y Obstetricia. Salvat Editores. Vol. III. 1974.
23. WATRING, W. Exámenes de Selección y diagnóstico en el Cáncer Ovárico. Clin. Obs. y Gin. 3: 769. 1979.