

PATOLOGIA OVARICA EN PACIENTES MAYORES DE CUARENTA AÑOS

*Dr. Eduardo Cáceres Alvarez**

*Dr. Alfonso Barbosa Borbón***

Por la importancia del estado hormonal de las pacientes mayores de 40 años y el tema ampliamente discutido en la actualidad, sobre la conveniencia de preservar los ovarios o por el contrario de practicar ooforectomía profiláctica bilateral, en estas pacientes cuando son sometidas a una cirugía pélvica por cualquier causa, nos propusimos hace un año, practicar en un grupo de pacientes de esa edad tomadas al azar, y que iban a ser sometidas a histerectomía total abdominal o vaginal, presentarían o no lesiones de tipo ovárico, tomar biopsias o practicar ooforectomías uni o bilaterales con el objeto de presentar hoy, algunos de los resultados del estudio.

Material y Métodos

Este trabajo fué llevado a cabo en la Sección de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional, Hospital San Juan de Dios. Estudiamos 90 pacientes que fueron sometidas a cirugía pélvica ginecológica por diversas causas: Tumoraciones benignas o malignas, inflamatorias, prolapso, etc., ováricas o extraováricas; pero a quienes siempre se intervino sobre ambos ovarios practicándoseles ooforectomías y/o biopsias cuneiformes siguiendo el siguiente esquema:

* Profesor Asistente. Hospital de San Juan de Dios. Sección de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

** Adjunto a la Sección de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

MANEJO DE OVARIOS EN PACIENTES DE 40 AÑOS O MAS

1) Ovarios normales:	Biopsia bilateral
2) Tumor benigno de un ovario y el otro sano:	Ooforectomía y Biopsia.
3) Endometriosis:	a) De un ovario y el otro sano; Ooforectomía y resección cuneiforme del otro ovario. b) Ovárica bilateral: Ooforectomía bilateral. c) De un ovario o de ambos y/o uterina o pélvica: ooforectomía bilateral e histerectomía total abdominal.
4) Ca. de ovario:	Ooforectomía bilateral, histerectomía total abdominal y resección de epiplón.

El objeto de tomar estas biopsias fué el de analizar los resultados histopatológicos encontrados en ovarios macroscópicamente normales al tiempo de la cirugía.

Todas las pacientes eran mayores de 40 años, encontrándose la gran mayoría entre los 40 y los 55 años: 81 pacientes (90%). El Cuadro N° 1 muestra la distribución por edades.

CUADRO N° 1**GRUPOS DE EDAD**

Grupos de edad	Nº de pacientes	Porcentaje
40 - 44	32	35,5%
45 - 49	26	28,9%
50 - 54	23	25,6%
55 - 59	7	7,8%
60 y más	2	2,2%

Se analizó también el número de gestaciones por paciente, encontrándose que el mayor número de pacientes: 46, (51,1%) tenían de 0 a 5 embarazos. El Cuadro N° 2 muestra la distribución por grupos de embarazos.

CUADRO N° 2**GRAVIDEZ**

Número Embarazos	Número de pacientes	Porcentaje
0 - 5	46	51,1%
6 - 10	29	32,2%
11 y más	14	15,6%
SIN DATO	1	1,1%
TOTAL:	90	100 %

En el Cuadro N° 3 se observan los diversos diagnósticos con que fueron intervenidas las pacientes, encontrándose 40 (31,7%) por miomatosis uterina, 22 (17,5%) por tumores benignos de ovario, 12 (9,5%) por carcinoma de cérvix, 11 (8,7%) por

prolapso genital y los restantes por diferentes causas entre los que tenemos que distinguir 4 (3,2%) por cáncer de ovario y 3 (2,4%) por carcinoma de endometrio.

CUADRO N° 3**DIAGNOSTICOS OPERATORIOS**

Diagnóstico	Nº	Porcentaje
Miomatosis uterina	40	31,7%
Tumores benignos de ovarios	22	17,5%
Cáncer de cérvix	12	9,5%
Prolapso	11	8,7%
Anexitis	8	6,3%
Otros diagnósticos	8	6,3%
Adenomiosis	6	4,8%
Hemorragia disfuncional	6	4,8%
Cáncer de ovario	4	3,2%
Endometriosis ovárica	4	3,2%
Carcinoma de Endometrio	3	2,4%
Hidrosalpinx	2	1,6%
TOTAL Diagnósticos	126	100 %
TOTAL de casos	90	1,4%

En el Cuadro N° 4 vemos que, de las 90 pacientes estudiadas, a 29 (32,2%) se les practicó biopsia bilateral de ovarios, a 15 (16,7%) biopsia unilateral y ooforectomía, a 45 (50%) ooforectomía bilateral y a una ooforectomía unilateral y resección de quiste. No mencionamos aquí el tipo de cirugía ginecológica extraovárica practicada a estas pacientes (histerectomía abdominal o vaginal, etc.) pues nos limitamos solamente a lo relacionado con la patología ovárica. Recalcamos que las biopsias cuneiformes fueron practicadas sobre ovarios macroscópicamente normales.

Finalmente presentamos el número de Ooforectomías practicadas, su tipo e indicación. En el Cuadro N° 5 podemos apreciar que se practicaron 45 Ooforectomías bilaterales, siendo 4 por carcinoma de ovario, 34 por otras causas y 7 sin indicación.

CUADRO Nº 4

**INTERVENCIONES Y BIOPSIAS CUNEIFORMES
PRACTICADAS SOBRE OVARIOS**

Tipo de intervención	Nº	Porcentaje
Biopsia bilateral	29	32,2%
Biopsia unilateral y Ooforectomía	15	16,7%
Ooforectomía bilateral	45	50,0%
Ooforectomía unilateral y Resección de quiste	1	1,1%
TOTAL:	90	100 %

Por otra parte 18 Ooforectomías fueron unilaterales, 14 por diversas causas y 4 sin indicación.

Resultados

Hallazgos histopatológicos de las ooforectomías y biopsias practicadas. El Cuadro Nº 6, muestra que el mayor número de diagnósticos correspondió a cuerpos blancos, quistes foliculares, folículos atrésicos, ovarios atróficos sin presencia de tumor: 81 (57,8%) y cuerpo lúteo 25 (17,8%). Separamos cuerpo lúteo de la primera enumeración para hacer resaltar la gran frecuencia con que se presenta, lo que nos indica que muchas de estas pacientes presentaban ciclos ovulatorios.

CUADRO Nº 5

OOFORECTOMIAS PRACTICADAS

Tipo de Ooforectomía y causa	Nº	Porcentaje
Ooforectomías bil. por Ca. Ovárico	4	6,3%
Ooforectomías bil. por otras causas	34	54,0%
Ooforectomías bil. sin indicación	7	11,1%
Ooforectomías Unilat. indicadas	14	22,3%
Ooforectomías Unilat. in indicación	4	6,3%
TOTAL :	63	100 %

CUADRO Nº 6

RESULTADOS ANATOMOPATOLOGICOS EN BIOPSIAS OVARICAS Y OOFORECTOMIAS

Diagnósticos anatomopatológicos	Nº	Porcentaje
Cuerpos blancos, quistes foliculares, atrofia. folículos atrésicos, no hay tumor	81	57,8%
Cuerpo lúteo	25	17,8%
Tumores quísticos benignos	22	15,7%
Endometriosis ovárica	4	2,9%
Cáncer ovárico	4	2,9%
Tumores sólidos benignos	4	2,9%
TOTAL DE DIAGNOSTICOS	140	100 %

Nota: DIAGNOSTICO PROMEDIO POR PACIENTE: 1,6%.

Fueron estos los diagnósticos hallados en las biopsias practicadas y en las ooforectomías con ovarios aparentemente normales. Solamente

en tres casos de biopsias y en uno de ooforectomía hubo hallazgos especiales: en una paciente con diagnóstico de miomatosis uterina y ade-

nomiosis, a quien se practicó histerectomía abdominal y biopsia bilateral de ovarios, se encontró endometriosis ovárica derecha; el segundo corresponde a una paciente operada de histerectomía abdominal por miomatosis uterina a quien se practicó biopsia ovárica bilateral, encontrándose pequeño quiste dermoide del ovario izquierdo; el tercer caso fué el de una mujer intervenida con histerectomía vaginal, por prolapso de III grado, a quien se le practicó biopsia bilateral con resultado patológico de ovarios normales, encontrándose en un sitio del ovario izquierdo: "discreta proliferación de células de la teca, sin importancia patológica"; el cuarto corresponde a una paciente a quien se le practicó histerectomía total abdominal y salpingo-ooforectomía bilateral por miomatosis uterina y ovario derecho poliquístico, se encontró como resultado patológico: quiste no clasificado de ovario derecho y pequeño quiste dermoide y fibroma de 0,5 cms. de diámetro del ovario izquierdo.

A continuación se expresan los demás resultados histopatológicos correspondiendo a: tumores quísticos benignos 22; endometriosis ovárica 4; cáncer ovárico 4 y tumores sólidos benignos de ovario 4. Se puede concluir que no se encontraron cambios malignos en los ovarios macroscópicamente normales; que la patología hallada en los ovarios de estas pacientes es la usual de estas edades y que los cuatro hallazgos mencionados como especiales no revisten ninguna importancia desde el punto de vista de Ca. de ovarios.

Controles Post-operatorios

Es de anotar que estos se refieren casi exclusivamente al estado físico-pélvico post-operatorio, sin mencionarse lo relacionado a síntomas me-

nopáusicos de las pacientes; también anotamos que 32 pacientes, o sea más o menos la tercera parte, no se presentaron a los controles. Se reportaron 55 controles post-operatorios como normales y en 3 casos se anotaron oleadas de calor. Esperamos que estas fallas propias de nuestros hospitales, y en parte debidas al gran número de pacientes que tienen que ser atendidas por un mínimo de personal médico y a la falta de educación de nuestro pueblo, sean superadas en un futuro no lejano y así podamos realizar trabajos con datos más precisos como sería el de la citología funcional vaginal en pacientes histerectomizadas con conservación o extirpación de uno o ambos ovarios.

Consideraciones generales

No podemos olvidar el valor del estado hormonal en las pacientes de 40 años o más, ni tampoco menospreciar la posibilidad de aparición de cáncer en ovarios preservados después de histerectomía. Si revisamos la literatura encontramos multitud de publicaciones sobre estos aspectos.

Para valorar la incidencia del cáncer en ovarios conservados en el momento de la histerectomía, se han seguido dos caminos. El primero consiste en revisar series de cáncer ovárico y buscar el número de casos en los cuales se practicó previamente una histerectomía; así Terz y colaboradores (1), quienes revisaron 624 casos de cáncer ovárico en el Departamento de Ginecología del Memorial Hospital de New York, encontraron que 55 habían sido sometidas previamente a laparotomía por lesiones benignas con una incidencia de 8.8%. Randall, Hall y Armenia (2), encontraron que de 345 pacientes, a quienes se les practicó ooforectomía uni-

lateral por lesiones benignas, en el 7% se desarrollaron posteriormente neoplasmas. Fagan (3) sobre 172 casos, encontró incidencia carcinomatosa de 7,5% consecutiva a cirugía pélvica. Counseller, Hunt y Haigler (4), analizaron 1.500 casos de cáncer ovárico de los cuales 67 pacientes habían sido sometidas a histerectomía previa; ellos encontraron que el promedio de tiempo transcurrido entre la cirugía y el descubrimiento del cáncer ovárico fué de 10 años, de las 67 pacientes en este grupo, 22 eran menores de 40 años en el momento de la histerectomía, 29 estaban entre los 40 y los 50 años y 16 tenían 50 años o más.

Todos estos autores preconizan la extirpación de los ovarios al momento de la histerectomía en mujeres mayores de 40 años para protegerlas de cáncer ovárico.

La segunda manera para evaluar la incidencia del cáncer en ovarios preservados consiste en analizar series de histerectomías con conservación de los ovarios. Reycraft (5), en una serie de 4.500 histerectomías con conservación de uno o ambos ovarios encontró que el 0,2% habían desarrollado un cáncer posteriormente. Funk-Brentano (6), encontró un porcentaje de 0,17% en una serie de 580 pacientes. Whitelaw, mencionado por de Neef y Hollembeck (7), observó que, 1.215 pacientes que habían sido histerectomizadas entre 1927 y 1955 con conservación de tejido ovárico, 4 tuvieron que ser readmitidas por lesiones benignas y no se encontró cáncer en ninguna de ellas. En 1962 Gevaerts, citado también por estos últimos autores (7), en un grupo de 303 pacientes con histerectomía y conservación de ovarios, encontró que no había cáncer de ovarios y tan solo 6 pacientes tuvieron que ser readmitidas por diversas razones.

Parece por estos datos que la verdadera incidencia del cáncer de ovario posterior a la histerectomía debe ser juzgada de acuerdo con las series totales de histerectomía en vez de analizar retrospectivamente series de casos de cáncer de ovario.

Las estadísticas oficiales de incidencia de cáncer de ovario en mujeres mayores de 40 años del estado de New York, publicadas en 1954 por Randall y Gerhardt (8), dan un porcentaje de 0.9%. Taylor (9), en 1959 encontró un porcentaje de 0,8%. Hollembeck (10), pone de presente que la ooforectomía profiláctica podría salvar 3 pacientes de cáncer ovárico subsecuente, si se practicara rutinariamente, en 10.000 histerectomías. También es bueno recordar las palabras de Counseller (11), y colaboradores, que si se piensa en el momento de la cirugía en la profilaxis del cáncer todos los órganos deberían ser removidos por las posibilidades de cambios malignos.

RESUMEN

Se estudiaron 90 pacientes a quienes se practicó cirugía pélvica con Ooforectomía o sin ella y/o biopsias ováricas. Se anotaron los resultados histopatológicos hallados concluyéndose que en los ovarios macroscópicamente normales no hubo cambios de malignidad y que en 27,7% se encontraron cuerpos lúteos lo cual nos indica que muchas pacientes tenían ciclos ovulatorios. En razón de lo anterior y teniendo en cuenta la frecuencia de síntomas menopáusicos anotados por varios autores, creemos que no se justifica la ooforectomía profiláctica.

En consecuencia recomendamos las siguientes pautas para el manejo de ovarios en pacientes de 40 años o más:

CUADRO N° 7

MANEJO DE OVARIOS EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS

-
- 1) Ovarios normales; no hacer nada.
 - 2) Tumor benigno de un ovario y el otro sano: Ooforectomía y Biopsia.
 - 3) Endometriosis: a) De un ovario y el otro sano: Ooforectomía y resección cuneiforme del otro ovario.
b) Ovárica bilateral: Ooforectomía bilateral.
c) De un ovario o de ambos y/o uterina o pélvica: Ooforectomía bilateral e Histerectomía total abdominal.
 - 4) Ca. de Ovario: Ooforectomía bilateral, Histerectomía total abdominal y Resección de Epiplón.
-

BIBLIOGRAFIA

- 1 TERZ J. J., et al. Incidence of carcinoma in the retained ovary. *Am. J. Surg.* 113: 511-5, apr. 67.
- 2 RANDALL C. L., HALL, D. W., and ARMENIA, C. S. Pathology in the preserved ovary after unilateral oophorectomy. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 84:1233, 1962.
- 3 FAGAN, G. J. E., ALLEN, D. E., and KLAWANS, A. H.: *Obst. & Gynec.* 7:418, 1956.
- 4 COUNSELLER V. S., HUNT, W., and HAILGLER, F. H., Jr.: *A.M.J. Obst. & Gynec.* 69:538, 1955.
- 5 REYCRAFT J. L. (Discussion of Counsellor): *Am. J. Obst. & Gynec.* 69:543, 1955.
- 6 FUNCK-BRENTANO, P.: *Rev. Franc. Gynec. et Obst.* 53:217, 1958.
- 7 DE NEEF, J. C., et al. The fate of ovaries preserved at the time of hysterectomy. *Am. J. Obst. Gynec.* 96:1088-97, 15 Dec. 1966.
- 8 RANDALL, C. L. and GERHARDT, P. R.: *New York State J. Med.* 53:2467, 1953.
- 9 TAYLOR, H. C., Jr.: *J. Obst. & Gynec. Brit. Emp.* 66:827, 1959.
- 10 HOLLENBECK, Z. J. R.: *Am. Surgeon* 21: 442, 1955.
- 11 COUNSELLER, V. S., HUNT, W., and HAILGLER, F. H., Jr.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 69:538, 1955.