

TUMORES BENIGNOS DEL OVARIO

Dr. ABELARDO HERRERA CALMET

GENERALIDADES

EL interés que tiene el estudio de los tumores del ovario, no sólo radica en su frecuencia y las dificultades diagnósticas que, en ocasiones, plantean, sino que han dado motivo a una serie de consideraciones doctrinarias respecto a su etiología, su estructura, funcionamiento, acción endócrina y su desarrollo embriológico aún no es bien conocido. Esta complejidad y el hecho de que sea un órgano con gran potencialidad reproductora de sus elementos celulares hacen que se le considere como el de más rica patología tumoral del organismo (Botella Llusía).

Por la naturaleza de este trabajo, no podemos entrar en consideraciones teóricas y nociones generales que debemos dar por conocidas y nos concretamos sólo a los hechos observados.

MATERIAL Y METODOS

Este trabajo se basa en la experiencia de los últimos diez años (1954-1963), en el Servicio de Ginecología del Pabellón 5, II del Hospital Arzobispo Loayza, donde colaboramos desde hace dos décadas. Sobre 4,377 ginecópatas estudiadas, encontramos que 374, o sea el 8,15%, eran portadoras de tumores benignos del ovario.

Siguiendo a Novak, hemos clasificado los tumores benignos del ovario clínicamente en quísticos y sólidos; sabemos que esta clasificación no es absoluta, por el hecho de que puede haber superposiciones, es decir, formaciones quísticas y sólidas en un mismo tumor, pero la adoptamos por ser simple y práctica.

En los tumores quísticos hemos considerado los neoplásicos, o sean aquellos en que sus elementos celulares son capaces de crecimiento autónomo e independiente, por lo tanto están excluidos los quistes de retención o no neoplásicos. Igualmente hemos excluido los tumores funcionantes, cuya acción hormonal sobre el organismo es bien conocida.

CONSIDERACIONES CLINICO-PATOLOGICAS

De los 374 tumores benignos del ovario, el 88,77% eran quísticos; el 4,81% tumores sólidos y en 6,42% no se determinó el tipo del tumor por carecer de examen histopatológico.

En 224 casos (60%), el tumor ovárico fue el único hallazgo operatorio y en 150 estuvo asociado a otros procesos ginecológicos (fibroma uterino principalmente —50%—).

La edad en que se presentaron con mayor frecuencia estuvo entre los 20 y 50 años, época de mayor actividad genital, alcanzando un promedio de 83%, que está de acuerdo con la mayoría de los autores. La enferma de menor edad, en nuestra casuística tenía 14 años y la de mayor edad 74 (Cuadro N° 1).

CUADRO N° 1

Incidencia por edades

Edad	No asociados	Asociados	Total
10 a 14 años	1	—	1
15 a 19 "	14	2	16
20 a 24 "	31	6	37
25 a 29 "	26	12	38
30 a 34 "	48	23	71
35 a 39 "	35	30	65
40 a 44 "	17	39	46
45 a 49 "	23	39	52
50 a 54 "	12	12	24
55 a 59 "	4	4	8
60 a más	13	3	16
T o t a l	224	150	374

De las 224 portadoras de tumor de ovario no asociado a otra ginecopatía, el 79.01% habían tenido hijos, lo que nos hace afirmar, como Botella, que los tumores de ovario no son por sí capaces de producir esterilidad.

Síntomas.— Los síntomas dependen de tamaño, situación (intra-ligamentarios o no), variedad y sobre todo de las complicaciones del tumor.

En nuestra casuística, el dolor fue el síntoma de mayor frecuencia con 43,05%, este dolor fue referido como pesadez o hincadas en el bajo vientre y molestias compresivas en recto y vejiga. La sensación de tumor estuvo presente en el 27,24% de los casos. Los trastornos menstruales en el 13,9% y se caracterizaron por menometrorragias, menorragias, amenorreas, oligomenorreas en su mayor frecuencia (Cuadro N° 2).

CUADRO N° 2

Tumores benignos de ovario no asociados
Sintomatología general

Síntomas	N° de casos	Porcentaje
Dolor	158	43,05 %
Tumor	100	27,24 %
Trastornos menstruales	51	13,90 %
Menometrorragias	11	
Amenorreas	11	
Hipermenorrea	8	
Polimenorrea	5	
Oligomenorrea	3	
Dismenorrea	13	
Náuseas y vómitos	35	9,53 %
Hallazgo clínico	7	1,90 %
Otros síntomas	16	4,38 %

CLASIFICACION. VARIEDAD DEL TUMOR

No es nuestra intención abordar el tema de la clasificación de los tumores del ovario, tema que ha promovido muy variadas opiniones de patólogos y ginecólogos, habiéndose, con este motivo, propuesto muchas clasificaciones; sin embargo, no hay hasta ahora una que sea aceptada unánimemente. Debemos hacer notar que las clasificaciones como la de Schiller, J. Bolletta Llusía, Bassis y otros, basadas en la embriología de la gonada y en la histogénesis de los tumores, son las que gozan de mayor aceptación.

Siguiendo el criterio anteriormente expuesto, la variedad de tumores benignos del ovario encontrados en nuestra casuística lo resumimos en el Cuadro N° 3.

CUADRO N° 3

Clasificación

T. Quísticos 88,77 %	Cis. seroso	210	simple	183	63,25 %
			papilifero	27	
	Cis. mucinoso	30	simple	26	9,04 %
			papilifero	4	
	Q. Dermoide	92			
		<hr/>			27,71 %
		332			
T. Sólidos 4,81 %	Fibromas	13			
	T. de Brenner	5			
T. no determinados 6,42 %		<hr/>			
		18			
		24			

Observemos que del total de tumores quísticos el cistoadenoma seroso con sus dos tipos, alcanzan una incidencia de 63,25%; el cistoadenomaseudomucinoso el 9,04% y el quiste dermoide el 27,71%.

De los tumores sólidos, 13 fueron fibromas y 5 tumores de Brenner.

En nuestra casuística, predominan los cistoadenomas serosos, tumores generalmente uniloculares con contenido de líquido seroso (de allí su nombre), tapizados por epitelio cilíndrico bajo ciliado o no, dispuesto en una sola fila y que presentan con frecuencia formaciones papilomatosas. Su crecimiento es menor que el de losseudomucinosos pero su potencialidad hacia la transformación maligna es mayor. Los cistoadenomasseudomucinosos, son tumores que alcanzan gran tamaño, su cápsula generalmente es gruesa y su contenido es un líquido parecido a la mucina, son multiloculares y poseen un epitelio de revestimiento constituido por células cilíndricas altas.

El quiste dermoide, es una variedad de teratoma, generalmente bilateral y no alcanzan el tamaño de los cistoadenomas; su contenido es una sustancia grasosa y elementos derivados del ectodermo (pelos, dientes), y en ocasiones de las otras hojas blastodérmicas, siendo posible encontrar nódulos cartilaginosos y óseos lo que facilita su diagnóstico por los Rayos X.

Dentro de los tumores sólidos, el fibroma es el más frecuente, son de mediano tamaño y pueden determinar el síndrome de Meigs.

El tumor de Brenner tiene toda la apariencia macroscópica del fibroma, pero se diferencia microscópicamente por la presencia de nidos de células epiteliales. Algunos autores como Farrer y colaboradores, consideran que el T. de Brenner es capaz de producir estrógenos.

Complicaciones.— La complicación más frecuente con 35 casos y el 56,5% correspondió a la torsión del pedículo, luego la infección del quiste en el 19,35% y en menor frecuencia, la hemorragia intraquística, el infarto hemorrágico y la degeneración cálcica. Otras complicaciones pueden ser la ruptura del tumor y la degeneración maligna que es la más temida (Cuadro N° 4).

CUADRO N° 4

Complicaciones

Torsión del pedículo	35
Infección del quiste	12
Hemorragia intraquística	7
Infarto hemorrágico	7
Calcificación	1
Total	62

DIAGNOSTICO

El diagnóstico positivo se hace, generalmente, por la exploración, ya que los datos anamnésicos son poco expresivos. En resumen, cuando el tumor es de mediano tamaño, consiste en el hallazgo de una tumoración para-uterina, redondeada, móvil o no, de consistencia variable y que se desliza entre las manos que exploran. Cuando el tumor alcanza dimensiones considerables, repercuten en el estado general y local de la paciente, produciendo síntomas compresivos en los órganos vecinos. Los exámenes auxiliares de laboratorio y radiológicos, pueden aportar datos complementarios, inclusive para determinar la variedad de un quiste ovárico.

Diagnóstico Diferencial.— El diagnóstico se dificulta cuando se presentan las complicaciones del tumor o están asociados a otros procesos ginecológicos, en estos casos hay que plantear el diagnóstico diferencial con cualquier proceso tumoral o infeccioso pélvico-abdominal. Los antecedentes, el cuidadoso examen clínico y los exámenes auxiliares de laboratorio, Rayos X, celioscopia, nos orientarán hacia el diagnóstico preciso.

En nuestra casuística, se hizo el diagnóstico correcto en el 82,5% de los casos. Los errores diagnósticos fueron fibroma uterino en el 11,6%, embarazo ectópico en el 2,6%, luego apendicitis, piosalpinx, anexitis quística, fueron otros tantos errores de diagnóstico (Cuadro N° 5).

CUADRO N° 5

Diagnóstico clínico

Diagnóstico preoperatorio	Nº de casos	Porcentaje
Tumor de ovario	185	82,5 %
Fibroma	26	11,6 %
Embarazo ectópico	6	2,6 %
Apendicitis	4	
Piosalpinx	2	
Anexitis quística crónica	1	
T o t a l	224	

TRATAMIENTO

Dada la posibilidad de degeneración maligna y de otras complicaciones riesgosas que pueden presentar estos tumores, el único tratamiento lógico es el tratamiento quirúrgico.

En cuanto a la extensión de la exéresis debe tenerse en cuenta la edad de la paciente, las asociaciones con otros procesos ginecológicos y los hallazgos que pueden encontrarse en el acto operatorio.

En personas jóvenes, se extirpará el tumor, respetando la integridad anátomo-fisiológica del aparato genital.

En personas premenopáusicas o menopáusicas, el tratamiento debe orientarse inclusive a la profilaxis, extirpando, con este fin, útero y anexos.

En los casos de tumor complicado, la enxectomía unilateral comprendiendo el tumor, es lo indicado.

En nuestra casuística las operaciones practicadas las podemos observar en el Cuadro N° 6.

CUADRO N° 6
Tratamiento

Tipo de operación	Nº de casos	Porcentaje
Salpingooforectomía	105	46,8 %
Oforectomía	58	25,8 %
Extirpación del quiste	39	17,5 %
Histerectomía Total y anexectomía	19	8,5 %
Histerec. Sub-total y anexectomía	3	1,4 %
T o t a l	224	100.0 %

R E S U M E N

1. Hemos hecho un estudio clínico-patológico de 374 tumores benignos de ovario, operados entre los años 1954-1963, en el Servicio de Ginecología Pab. 5 II del Hospital Arzobispo Loayza y que representa el 8,15% de las ginecópatas internadas en ese lapso.
2. Los tumores quísticos (88,77%) son más frecuentes que los sólidos (4,81%).
3. La edad de mayor frecuencia la encontramos entre los 20 y 50 años.
4. Habían tenido hijos el 79,01% de nuestras enfermas.
5. El dolor fue el síntoma más frecuente (43%); la sensación de tumor alcanzó el 27,24% y, por último, los trastornos menstruales (13,9%).
6. Los cistoadenomas serosos fueron los más frecuentes (63,25%); le siguen en orden de frecuencia los quistes dermoides con 27,71% y en último término los cistoadenomas mucinosos con 9,04%.
7. La complicación más frecuente (56,5%) correspondió a la torsión del pedículo.
8. El diagnóstico se basa, principalmente, en el examen clínico.
9. El tratamiento es quirúrgico.

S U M M A R Y

A clinico-pathological study of 347 benign tumors of the ovary is presented.

The solid tumors were 4.8% and the cystic type included 88,77% of the total; the age of higher incidence was between 20 and 50 years, and 79% of the cases were able to become pregnant.

The most frequent symptom was pain (43%) followed by menstrual disorders in 13.9%.

The serous cystadenoma afforded 63.5% of the total; dermoid cyst were 27.7% and mucinous cystadenoma only 9.04%. The most frequent complication was torsion of the pedicle.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—BOTELLA LUSIA, J.: Enfermedades del aparato genital femenino. Edit. Científico Médica. Barcelona 1962.
- 2.—CALATRONI y RUIZ: Terapéutica Ginecológica VI Edic. Edit. El Ateneo. Buenos Aires 1952.
- 3.—CONILL J.: Tra. de Ginecología y Terapéutica IV Edic. Edit. Labor, Barcelona 1960.
- 4.—LAGUINGE L. A.: Tumores del Ovario. La Prensa Médica Argentina. Vol. 49 N° 36, Set. 1962.
- 5.—NOVAK-SEEGAR: Trt. de Ginecología VI Edic. Edit. Interamericana. S. A. México 1962.