

TUMORES BENIGNOS DE OVARIO DIAGNOSTICO, CLINICA Y TRATAMIENTO

Francisco Aznaran Castillo

SUMARIO

Se revisa 45 casos de tumor benigno de ovario del Hospital Central del Norte de Chiclayo, correspondiente a los años 1975 a 1980, obteniéndose las siguientes conclusiones:

1. La incidencia de tumor benigno de ovario es 0.5^o/o y representa el 4^o/o de los pacientes hospitalizados.
2. El 75^o/o de los casos estuvo comprendido entre los 21 y 40 años.
3. El 71^o/o fue casada y el 29^o/o soltera, siendo más frecuente en multigestas, 46.6^o/o.
4. Los antecedentes patológicos más frecuentes e importantes fueron cirugía ginecológica e infertilidad.
5. La sintomatología predominante fue el dolor pélvico o abdominal, 53.3^o/o.
6. El hallazgo físico más importante fue la tumoración o masa anexial, 76.6^o/o.
7. El medio auxiliar diagnóstico más importante fue la neumopelvigrafía.
8. El diagnóstico clínico correcto se hizo en el 62^o/o y, en el 38^o/o restante, el diagnóstico fue operatorio.
9. La localización más frecuente fue el ovario derecho, 75^o/o.
10. El 18^o/o de los tumores benignos se complicó, siendo la torsión del pedículo la más frecuente.
11. El 100^o/o de los pacientes fue tratado quirúrgicamente, siendo la exéresis del tumor la operación más frecuente, 51^o/o.
12. Las complicaciones post operatorias más frecuentes fueron fiebre, 20^o/o y cefalea, 11^o/o.
13. Los hallazgos histopatológicos correspondieron a cistadenoma seroso, 64^o/o, quiste dermoide 29^o/o y cistadenoma mucinoso 7^o/o.

INTRODUCCION

El ovario es un órgano muy complejo, tiene una función trófica, somática y generativa. Por su ontogénesis y capacidad multipotencial, es el órgano tumorigénico por excelencia (1,6).

Los tumores de ovario son igualmente frecuentes en todas las edades. Constituyen el tercer gran grupo de los tumores del aparato reproductor de la mujer: el 75^o/o son benignos, el 20^o/o malignos y el 5^o/o tumores no clasificados (2,3,4,5,7).

Uno de los problemas es la multiplicidad de los tipos tumorales; no es posible todavía una clasificación global adecuada (8,9,10,11,12).

Los tumores benignos de ovario, mientras no alcanzan un tamaño considerable, tienden a ser asintomáticos, y por esta razón no se les diagnostica (2,5, 10).

En el presente trabajo se hace un estudio de la sintomatología clínica, diagnóstico y tratamiento de los tumores benignos de ovario en el Hospital Central del Norte de Chiclayo, con el objeto de analizar los resultados clínico quirúrgicos y conocer la patología ovárica benigna regional.

MATERIAL Y METODOS

Se ha estudiado 45 historias clínicas pertenecientes a pacientes mujeres hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Central del Norte de Chiclayo de enero de 1975 a diciembre de 1980.

Se ha considerado únicamente los tumores benignos de ovario, descartándose las lesiones funcionales o pseudotumorales (10,11,12).

Todos tuvieron comprobación anatomopatológica.

Los datos fueron recolectados en un formulario especial y procesados según el método estadístico de diseño de una sola casilla (14).

DISCUSION

Con el fin de obtener información acerca de la sintomatología clínica, diagnóstico y tratamiento de

los tumores benignos de ovario, se ha analizado los datos clínicos e histopatológicos de las historias clínicas pertenecientes a 45 pacientes operadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Central del Norte de Chiclayo, de enero de 1975 a diciembre de 1980.

Durante estos seis años, consultaron 9554 pacientes, siendo hospitalizadas 1147.

El 65% de los tumores se presentan en pacientes entre los 20 y 44 años (9).

El síntoma más común es el dolor pélvico o abdominal 60%, preferentemente en el cuadrante inferior del mismo lado de la lesión (2,3,4,5). El dolor agudo aparece en 30% de las pacientes y suele ser producido por la torsión del pedículo o tracción peritoneal. La tumoración o masa abdominal se presenta con menor frecuencia que el dolor 22%.

El examen ginecológico y/o rectal señala la presencia de una masa o tumoración anexial en el 90% de los casos (5,1).

Los síntomas y signos clínicos restantes, en los tumores ováricos, son inespecíficos y reflejan las complicaciones de torsión, inflamación, extensión y presión de las estructuras abdominales y pélvicas adyacentes por la lesión. Incluyen náuseas, vómito, estreñimiento, tenesmo rectal y vesical, dolor inguinal y en la extremidad (2,5,8,9,10).

El curso clínico de casi todos los tumores benignos de ovario es asintomático; pero, cuando aparecen los síntomas, se observa dolor progresivo y recidivante en el abdomen en un 75% (2,5,8).

Los exámenes auxiliares de laboratorio y radiológicos son necesarios, aunque no aportan datos útiles. La calcificación tumoral es casi exclusivamente un signo de los teratomas. La ecografía permite diferenciar las lesiones sólidas y quísticas (1,2,8). La laparoscopia tiene un rol importante en el diagnóstico de los tumores pélvicos (1,2,4,5,10).

Los tumores de origen epitelial representan 70 a 80% de los tumores benignos de ovario en el adulto (2,6,7,9,11). Estos tumores son quísticos, multiloculares, unilaterales y encapsulados. En un 25% son bilaterales (1,2,13). No hay diferencia importante en el aspecto macroscópico de las lesiones mucinosas y serosas (2,5,10,11).

Los resultados obtenidos en el presente trabajo concuerdan con la incidencia, frecuencia, síntomas y signos clínicos, referidos por la literatura revisada y, anteriormente expuestos; excepto, la baja incidencia encontrada de cistadenomas mucinosos, lo cual se

explicaría por el carácter disontogenético y multipotencial del ovario y la edad relativamente joven de las pacientes estudiadas.

La frecuencia reportada de diagnóstico correcto oscila de 36 a 63% (2,5,6,10). En nuestra serie fue de 62%.

El diagnóstico erróneo más frecuente fue apendicitis aguda. También deben ser considerados en el diagnóstico diferencial, especialmente en la forma aguda o complicada: embarazo ectópico, enfermedad tubárica, enfermedad renal, miomatosis uterina, gestación, peritonitis tuberculosa y diverticulitis (1,2,5,9,10).

El tratamiento de estos tumores fue quirúrgico.

El manejo del tumor ovárico constituye el mayor reto para el ginecólogo y pone en juego su experiencia y capacidad.

Actualmente se recomienda:

- Básicamente pensar o sospechar el diagnóstico.
- En la niñez y post menopausia, proceder a la laparotomía exploradora.
- En la adultez:
 1. Si el tumor es menor de 5 cm., control y observación durante 3 a 6 meses. Si aumenta o persiste, laparotomía.
 2. Si el tumor es mayor de 5cm., se debe proceder a la exéresis del mismo u ooforectomía ipsilateral.
 3. Si el tumor es bilateral, se procederá a la extirpación de los mismos u ooforectomía bilateral.
- La conducta con el ovario contralateral no se resuelto. La inspección, palpación son indispensables, procediéndose a la resección cuneiforme si hubiera agrandamiento o irregularidad.

CONCLUSIONES

1. Los tumores benignos de ovario son relativamente frecuentes.
2. El tumor benigno de ovario constituye un cuadro clínico de evolución crónica.
3. El diagnóstico fue clínico fundamentalmente.
4. El tratamiento fue quirúrgico.
5. El diagnóstico final fue histopatológico.
6. El cistadenoma seroso fue el tumor ovárico benigno más frecuente.

BIBLIOGRAFIA

- BOTELLA LLUSIA, J. Y CLAVERO NUÑEZ, J.A., Tratado de Ginecología, 11a. edición. Barcelona, Edit. Científico-Médica, 3:721-793, 1976.
- BREEN, J.L. AND MAXSON, W.S., Ovarian tumors. Clin.Obstet.Gynecol., 20:615-633, 1977.
- FOX, H. AND LANGLEY, F.A., Tumors of the Ovary. Chicago, Yearbook Medical Publishers, 1976.
- GOVAN, A.D.T., Tumores ováricos. Signos clínicos e histopatológicos. Temas actuales. Clinics Obstet. Gynaecol. 3:89-157, 1976.

- GREENGALD, E.F., Ovarian tumors. *Clin.Obstet.Gynecol.* 18:61, 1975.
- HART, W.T. AND NORRIS, H.J., Borderline and malignant mucinous tumors of the ovary. Histologic criteria and clinical behavior. *Cancer*, 31:1031-1045, 1973.
- HERTIG, A.T. AND GORE, H., Tumors of the Female Sex Organs, Section ix, fasc. 33, part 3, Washington. Armed Forces Institute of Pathology, 1961.
- HUGHESDON, P. E., Modern Trends in Gynaecology. Vol. 3. Edit. R. J. Kellar. London. Butterworth, 1963.
- JANOVSKI, N.A. ANA PARAMANANDHAN, J.L., Ovarian tumors. Vol. 4. Philadelphia. W.R. Saunders, 1973.
- NOVAK, E.R. JONES, G.S. AND JONES, H.W., Novak's Testbook of Gynecology. 8th edit. México. Interamericana, S.A. de C.V. 1970. pp. 448-480.
- NOVAK, E.R. AND WOODRUFF, J.D., Novak's Gynaecological and Obstetrical Pathology. 8th. edition. Philadelphia. W. B. Saunders, 1974.
- SEROV, S.F.; SCULLY, R.E. AND SOBIN, L.H., Histological typing of ovarian tumors. Geneva. World Health Organizations, 1973.
- WILLIAMS, T.J. AND DOCKERTY, M.B., Status of the contralateral ovary in encapsulated low grade tumors of the ovary. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 143:763, 1976.
- FALCON, P.; ZAVALETA, V. Y CALDERON, W., Metodología de la Investigación Científica. Edit. Univ. Nacional de Trujillo. Trujillo, 1978.