

11217
193205

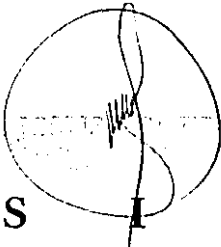
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA



OOFORECTOMIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA SEPTIEMBRE DE 1986-1987

DR. SAMUEL KARCHMER K. DEL INSTITUTO DE SECURA
DIRECTOR GENERAL
PROFESOR TITULAR



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DRA. MARGARITA TORRES HERNANDEZ



INPer

México, D. F.

1988

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAGINA
I INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES HISTORICOS	1
CONDICIONES DEL ESTUDIO	3
II REVISION BIBLIOGRAFICA	5
III OBJETIVOS	16
IV MATERIAL Y METODOS	17
V RESULTADOS	22
VI DISCUSION	27
VII CONCLUSIONES	35
VIII BIBLIOGRAFIA	37

I. INTRODUCCION.

1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

Al revisar la bibliografía respecto a la ooforectomía profiláctica y terapéutica a lo largo de la historia, ha variado la frecuencia y las indicaciones de la ooforectomía; es así como la primera ooforectomía fué realizada en Kentucky por Ephraim Mac Dowell en 1809, quien extirpó un quiste gigante de ovario presionado por la desesperación y a pesar de la oposición de los habitantes del pueblo. Destruído así el tabú de la laparotomía, se hace frecuente la extirpación de los ovarios, sin criterios definidos, pero principalmente como tratamiento de la "insanidad" o locura.

El procedimiento original fué conocido con el nombre de cirugía de Battey. El mismo Battey realizó pocas ooforectomías e hizo hincapié en la necesidad de disminuir sus indicaciones. A mediados del siglo XIX aparecieron en la literatura reportes en relación a la mortalidad postoooforectomía, la cual alcanzaba hasta un 25%, contrastada con solo un 25% de buenos resultados. Al iniciar el siglo XX la fisiología del ovario fué estudiada y se inicia la era de la cirugía conservadora de ovario. Sin embargo, al mismo tiempo, el concepto de cirugía profiláctica fué ganando aceptación. (1) (5)

Los cirujanos ginecólogos, frustrados frecuentemente por el difícil diagnóstico y baja curabilidad del cáncer ovárico, debaten

hasta la actualidad la conveniencia de extirpar los ovarios normales como profilaxis de los tumores ováricos en la mujer perimenopáusicas y postmenopáusicas durante la histerectomía por padecimientos benignos.

Es así como la preservación ovárica en cirugía ginecológica por causa benigna sigue siendo un tema de controversia. Los argumentos a favor de la cirugía conservadora se basan en la necesidad de mantener la función endócrina del ovario, con el objeto de evitar un climaterio precoz y, las alteraciones psicológicas que pueden resultar de la castración quirúrgica. Además de los discutibles beneficios en la prevención de la osteoporosis y de alteraciones cardiovasculares. Por otro lado, aquellos que apoyan la ablación quirúrgica se basan en la prevención de la neoplasia ovárica maligna, las cuales comunmente tienen pobre pronóstico porque se diagnostican tardíamente. Factor importante dentro de esta decisión es la edad de la paciente que se interviene, ya que generalmente la ooforectomía profiláctica en la mujer postmenopáusicas tiene menos oposición. El problema se plantea en las mujeres pre y perimenopáusicas en quienes, la indicación es discutible. (1) (2) (10) (11)

2. CONDICIONES DEL ESTUDIO.

En nuestro medio, no existen estudios que recopilen los resultados histopatológicos de los ovarios extraídos por patología intrínseca del ovario, o bien, por patología de órganos vecinos.

En el Instituto Nacional de Perinatología se encuentra normatizada la conducta quirúrgica de ooforectomía durante la histerectomía; sin embargo, se desconoce la frecuencia y distribución, con que se presenta patología intrínseca del ovario aunada a padecimientos ginecológicos que ameriten histerectomía.

Por otra parte el estudio del total de ooforectomías durante un período determinado nos permitirá conocer la frecuencia en general de la patología ovárica en nuestro medio, en donde se estudian predominantemente pacientes en edad reproductiva, con problemas de esterilidad e infertilidad, siendo canalizadas a Centro oncológico de tercer nivel, aquellas pacientes que de primera instancia sugieren patología maligna.

Los tumores de ovario son entidades cuyo diagnóstico raramente se hace en una etapa temprana de la enfermedad; esto es debido a la ausencia o escasez de síntomas que presentan y en muchas ocasiones a la poca cultura médica de la población. Los tumores ováricos con bastante frecuencia son detectados en etapas avanzadas del padecimiento, o bien, durante procedimientos quirúrgicos por otras causas.

Con el fin de estudiar el curso clínico de la patología tumoral y no tumoral de ovario, se revisaron los casos de estas patologías, comprobadas quirúrgica e histopatológicamente.

4. REVISION BIBLIOGRAFICA.

Al referirnos a la ooforectomía transhisterectomía, abordaremos lo publicado por Te Linde y Wharton, quienes mostraron que al conservar los ovarios normales durante la histerectomía en la mujer premenopáusicas, la función hormonal dependiente del ovario continuaba normal hasta la edad natural de la menopausia. Lo anterior demostrado con determinaciones seriadas de Beta estradiol, progesterona y citología vaginal. (1)

Por otro lado, el aporte sanguíneo al ovario ha sido sujeto a diversas publicaciones, en donde existe controversia. Para algunos autores el aporte sanguíneo al ovario está dado exclusivamente por la arteria ovárica y para la opinión general, es que la arteria uterina suple una tercera parte, en tanto que la arteria ovárica suple dos terceras partes.

Una alteración permanente posiblemente secundario a la disminución del aporte sanguíneo posterior a la histerectomía, puede explicar el llamado "Síndrome de ovario residual".

El interés del Síndrome de ovario residual, se inició en 1955 con un informe de Grogan y Duncan quienes encontraron que en 391 enfermas sometidas a histerectomía con conservación de uno o ambos ovarios, en 19 casos (5.1%) requirieron posteriormente resección ovárica, por masas anexiales, dolor abdominal severo, dispareunia

y/o malestar pélvico generalizado.

En esta serie, 20 pacientes más, presentaron problemas similares en menor grado que no requirieron manejo quirúrgico. En términos generales la frecuencia reportada en la literatura de reintervención post cirugía ginecológica con conservación de uno o dos ovarios, varía de 0.9% a 3.3%, siendo las causas más frecuentes quistes funcionales, hidrosalpinx pequeños o adherencias. (2) (15) Por supuesto que lo más grave de la conservación de los ovarios durante la histerectomía, es el desarrollar cáncer ovárico, el cual como sabemos alcanza una mortalidad muy elevada (11,000 muertes por año en E.E. U.U.).

Counseller estudió en la Clínica Mayo 1,500 casos de cáncer ovárico y encontró que el 4.5% tenían antecedentes de histerectomía por patología benigna. Sin embargo, Te Linde confronta diferentes series en donde el porcentaje de cáncer ovárico posterior a histerectomía por patología benigna no excede el .2%. (1)

Los ovarios en la mujer premenopáusica, juegan un papel muy activo en varios procesos metabólicos básicos, como lo es la secreción de estrógenos, progesterona y andrógenos. Las hormonas ováricas influyen en el metabolismo de las proteínas, calcio, potasio y carbohidratos; es por esto que tiene una gran implicación en patologías como osteoporosis, enfermedad coronaria y accidentes cerebrovasculares. (7) (8) (9) (14) (16)

Por otro lado, existen reportes en la literatura que describen la existencia del Síndrome de ovario remanente, el cual, se presenta posterior a ooforectomía bilateral con tejido ovárico remanente funcional. Es frecuente, que cuente con antecedentes de histerectomía abdominal difícil por endometriosis pélvica y/o enfermedad pélvica inflamatoria. Y el diagnóstico se establece al documentar tejido ovárico obtenido en una cirugía subsecuente y, se sospecha al determinar en la mujer premenopáusica niveles de Hormona Folículo Estimulante (FSH) (menores de 40 m UI/ml) en ausencia de terapia sustitutiva a base de estrógenos y/o progesterona, o bien, por la presencia de masas al exámen físico o por ultrasonido. Los autores concluyen sus reportes manifestando que el síndrome de ovario remanente es más frecuente de los que se sospechó con anterioridad. De las patologías más frecuentes detectadas pertenecientes a éste síndrome se documentan: masas quísticas, endometriosis y adenocarcinoma. (17)

(18)

Los padecimientos ováricos son entidades cuyo diagnóstico raramente se hace en una etapa temprana de la enfermedad; esto es particularmente cierto para los tumores ováricos. En nuestro medio, las neoplasias del ovario son generalmente diagnosticadas cuando el tumor ha alcanzado un tamaño considerable. Esto es debido a la ausencia o escasez de síntomas que presentan y en muchas ocasiones a la poca precisión diagnóstica por parte del médico. Los tumores ováricos generalmente son identificados durante un exámen pélvico ordinario o durante cirugía ginecológica por otra causa. (4)

La compleja estructura de los ovarios desde el punto de vista embriológico, anatómico y funcional y las potencialidades evolutivas del óvulo, hacen que estas pequeñas células sean la fuente de una gran variedad de neoplasias muy difícil de encontrar en cualquier otro órgano del cuerpo humano y sobre el cual existen tantas hipótesis controversiales respecto a la histogénesis de gran número de los tumores. De allí las dificultades para establecer su clasificación histogenética de manera uniforme.

Las clasificaciones basadas en la actividad hormonal de la glándula tienen varias dificultades por su capacidad para sintetizar esteroides androgénicos y estrogénicos. Por otra parte, la mayoría de los tumores ováricos no producen hormonas y existen lesiones funcionantes que no son verdaderas neoplasias, que ocupan un lugar importante dentro de la patología ovárica, como lo son: la poliquistosis ovárica, el quiste folicular, el quiste de cuerpo amarillo, endometriosis, quistes simples, quistes paratubarios, entre otros, los cuales serán abordados en el transcurso de este trabajo.

La clasificación actual más reconocida es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la distribución histológica:

- I. Tumores epiteliales (Serosos, mucinosos, endometrioides, tumor de células claras, tumor de Brenner, tumores epiteliales mixtos, carcinoma indiferenciado y tumores epiteliales no clasificados).

- II. Tumores estromáticos de los cordones sexuales: Tumores de células de la granulosa y tecales (tecoma, fibroma y no clasificados), Androblastoma, tumor de células Sertoli-Leydig, ginandroblastomas.
- III. Tumores de células de lípidos (lipoides).
- IV. Tumores de células germinales: Disgerminoma, tumor del seno endodérmico, carcinoma embrionario, poliembrioma, coriocarcinoma, teratomas y tumor de formas mixtas.
- V. Gonadoblastoma.
- VI. Tumores de tejidos blandos no específicos del ovario.
- VII. Tumores no clasificados.
- VIII. Tumores secundarios (metastásicos).
- IX. Lesiones semejantes a tumores: Luteoma del embarazo, hipertecosis, edema masivo, quiste folicular y quiste del cuerpo amarillo, ovarios poliquísticos, endometriosis, quistes simples, quistes de inclusión, lesiones inflamatorias y quistes paratubarios. (3) (30)

El mayor número de neoplasias primarias del ovario pertenecen

al primer grupo o tumores originados en el epitelio de la superficie: El epitelio puede ser seroso (si semeja epitelio tubario), mucinoso (si semeja epitelio cervical) y endometroide (si semeja endometrio). En algunos tumores, el epitelio es muy anaplásico y por lo mismo no puede clasificarse. Las neoplasias epiteliales pueden ser de diferentes tamaños, desde pequeños a masivos que a veces ocupan toda la pelvis, incluso la cavidad abdominal. El más demostrativo de este tipo de tumores es el Cistadenoma de tipo seroso, el cual generalmente es quístico y revestido de células epiteliales cilíndricas altas, llenas de líquido seroso. Sumados, los de tipo benigno y maligno ocupan alrededor de 30% de tumores ováricos.

El cociente de tumores serosos benignos y malignos es de 1:9 -- Y los cistadenocarcinomas serosos corresponden al 60% de todos los tumores malignos ováricos. Son más frecuentes entre los 20 y 50 años de edad, aunque se presentan a cualquier edad. Son raros antes de la pubertad. Su sintomatología es tardía y generalmente debida a masa palpable en abdomen y dolor crónico en bajo vientre de tipo pesantez. (3) (22)

Una historia clínica detallada y un examen clínico minucioso, harán el diagnóstico. El ultrasonido pélvico es un estudio de gabinete que según las diferentes series alcanza un valor predictivo positivo de malignidad hasta un 97% en tanto que para benignidad de un 95.6%. En general de todos los tumores ováricos. (26) (27)

Los tumores mucinosos ocupan el 20% de todos los tumores ováricos y su relación de benignidad con malignidad es de 7:1. Los cistadenocarcinomas mucinosos ocupan únicamente el 3% de todos los cánceres ováricos. Característicamente son quísticos y su interior está compuesto de líquido pegajoso gelatinoso rico en glucoproteínas.

Los tumores endometrioides corresponden al 15% de todos los cánceres ováricos. Se diferencian de los tumores serosos y mucinosos por la presencia de glándulas tubulares que guardan íntima relación con endometrio benigno o maligno. Frecuentemente se acompañan de carcinoma de endometrio.

El cistadenofibroma es, en esencia, una variante del cistadenoma seroso, caracterizado por una proliferación más intensa del estroma, son interesantes porque el elemento del estroma a veces origina hiperestrogenismo. La transformación carcinomatosa es rara.

Los tumores de células claras se caracterizan por células epiteliales voluminosas con abundante citoplasma claro con gran parecido al carcinoma hipernefroide de células claras del riñón.

El tumor de Brenner se caracteriza por estroma fibroso compacto que presenta nidos de células en transición, a menudo estos nudos forman microquistes o espacios glandulares con células que secretan mucina. Ocupan el 2% de todas las neoplasias ováricas, se presentan en cualquier etapa de la vida. Estas neoplasias pueden tener activi-

dad hormonal y en raras ocasiones son benignos.

De los tumores originarios de la célula germinal mencionaremos el disgerminoma, el teratoma y el coriocarcinoma. El disgerminoma es el equivalente ovárico del seminoma testicular, ocupa el 1% de todos los tumores ováricos, se puede presentar a cualquier edad con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década, unilaterales en un 80%, más frecuentes en el ovario izquierdo y deben considerarse todos de tipo maligno.

El teratoma quístico o quiste dermoide, están revestidos de piel con todos los anexos concomitantes, son casi invariablemente benignos y se supone que provienen de la diferenciación ectodérmica de células totipotenciales, aunque a menudo, dentro de la pared del quiste, se observan elementos mesodérmicos, y endodérmicos. Corresponden al 25% de todas las neoplasias ováricas.

El teratoma sólido difiere del dermoide por cuanto posee un conjunto más heterogéneo de tejidos y estructuras organoides que provienen de las tres capas germinativas. Tienden a ocurrir en mujeres de edad menor y a veces se presentan antes de la pubertad. Para ambos las manifestaciones clínicas son las de todas las neoplasias ováricas: dolor abdominal, masa tumoral, trastornos gastrointestinales y trastornos menstruales.

El coriocarcinoma, que suele ser de origen placentario, puede

crecer en el ovario a causa de crecimiento de células germinativas, elabora cifras muy altas de hormona gonadotrofina coriónica y su mortalidad es muy alta.

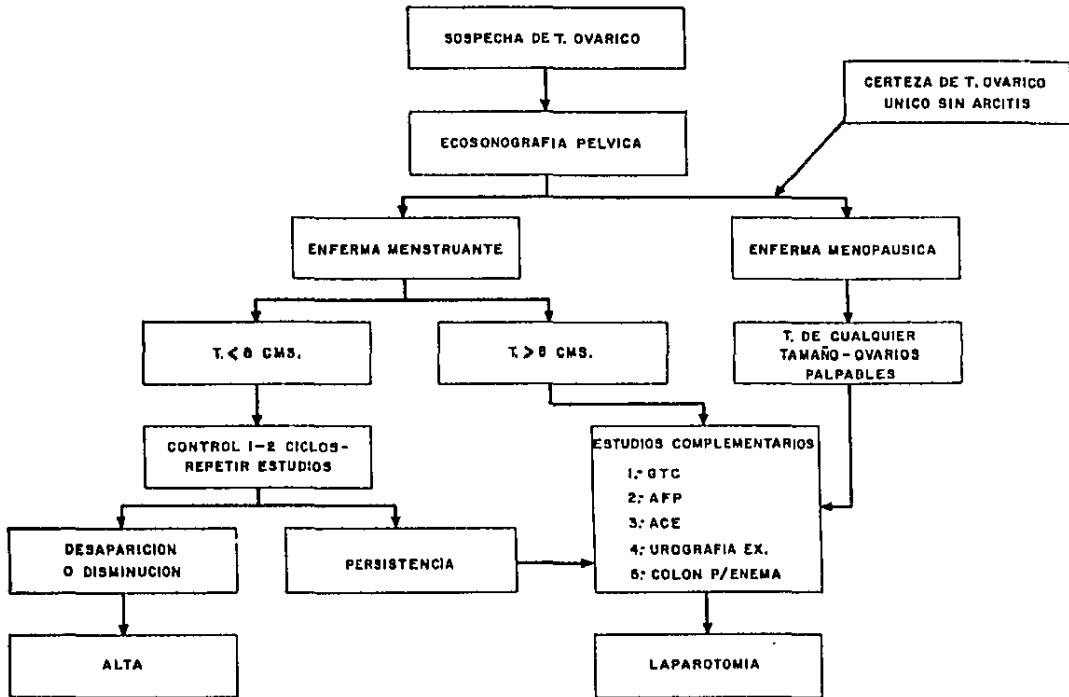
Dentro de los tumores del estroma se incluyen los tumores de células granulosa y tecales, que ocupan del 5 a 10% de todas las neoplasias ováricas, este tipo de tumores suelen ser funcionantes y puesto que las células tecales son productoras de estrógenos, este tipo de neoplasias puede provocar afecto feminizante. Este tipo de tumores ocurren en cualquier edad y son más frecuentes después de la menopausia.

Los cordones sexuales embrionarios pueden experimentar diferenciación siguiendo la línea masculina y originar tumores de células de Sertoli-Leydig, mejor conocidos como arrenoblastomas; estos carecen de función o tienen efecto estrogénico.

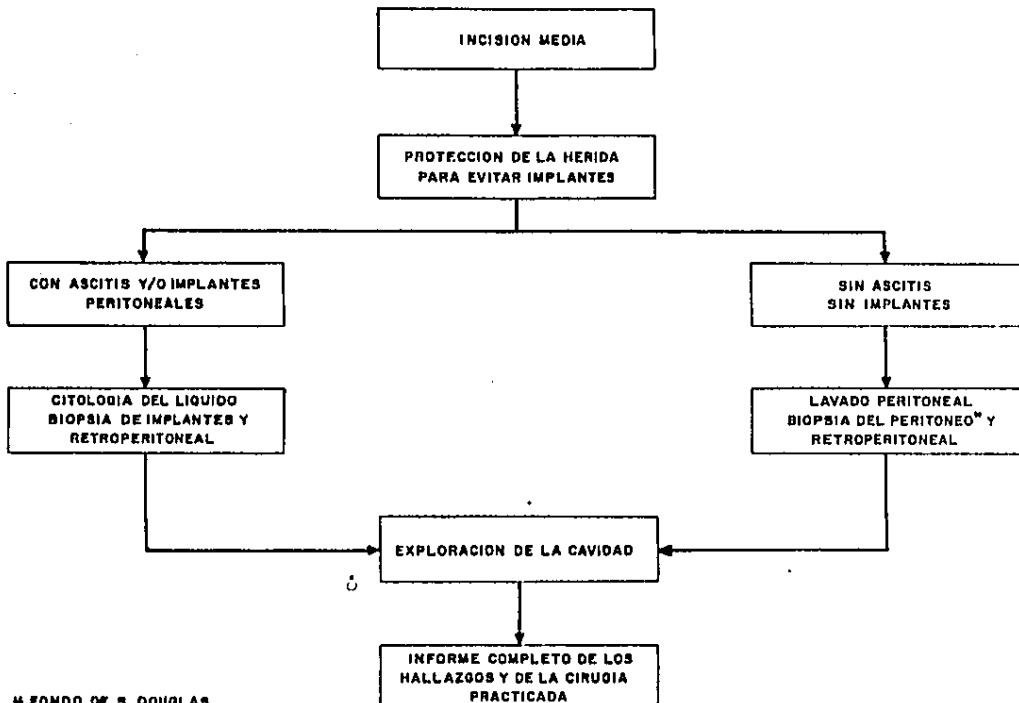
Otro tipo de tumores que se presentan en el ovario, son los provenientes de tejido no intrínseco del ovario, como lo son los fibromas, hemangiomas, entre otros. De la misma manera los tumores metastásicos, dentro de ellos el tumor de Krukenberg, el cual consiste en neoplasias ováricas bilaterales que se presentan como masas voluminosas, sólidas, de color gris blanquecino, constituidas por estroma, en el cual se encuentran células esparcidas mucosas "en anillo de sello", con cáncer primario en tubo digestivo, vías biliares y páncreas.

Una vez abordadas las características propias en forma individual de las neoplasias ováricas, en forma muy general, se retomará brevemente las bases para el diagnóstico. En forma inicial la clínica y el examen detallado de la región pélvica. La laparoscopia puede ser definitiva cuando no se sabe si una masa anexial es de origen uterino u ovárico. Cuando la ascitis es muy intensa puede realizarse paracentesis para hacer diagnóstico diferencial con enfermedades hepáticas, tuberculosis, entre otras. Algunos autores han señalado de interés el lavado peritoneal al efectuar la laparotomía prestándole valor pronóstico, si se lleva a cabo antes de la manipulación operatoria, inmediatamente después de penetrar en el vientre. Sin embargo, existen reportes como el de Pretorius y colaboradores, quienes mencionan una gran incidencia de falsas negativas en el carcinoma metastásico del ovario. (25) No obstante, a continuación se muestra una alternativa adecuada del manejo transoperatorio de las masas pélvicas de origen ovario y un esquema diagnóstico. (Ver cuadro No. 1 y No. 2)

CANCER DEL OVARIO diagnóstico



CANCER DEL OVARIO - DIAGNOSTICO
conducta durante la laparotomia



* FONDO DE S. DOUGLAS
CORREDERAS PARIETOCOLICAS

En el transcurso de este trabajo, como se mencionó anteriormente, abordaremos en forma inicial la ooforectomía transhisterectomía. En un segundo punto la distribución y frecuencia de los padecimientos ováricos, detectados en el Instituto Nacional de Perinatología de Septiembre de 1986 a Septiembre de 1987, haciendo énfasis en que se incluirán padecimientos no tumorales como lo son la poliquistosis ovárica, los quistes foliculares, el embarazo ectópico, el absceso ovárico o colonización bacteriana, el quiste simple y la inflamación crónica granulomatosa, entre otras. Se agrupará según su estirpe histológica y distribución por edades, se examinará una serie de parámetros clínicos, se correlacionará el tipo de neoplasias con la sintomatología presentada, su asociación con otros padecimientos y el tipo de tratamiento efectuado.

3. OBJETIVOS.

1. Conocer la distribución y frecuencia de los resultados histopatológicos de la pieza quirúrgica extraída por ooforectomía en el Instituto Nacional de Perinatología en un periodo determinado.

2. En relación a los hallazgos anatomopatológicos, analizar el cuadro clínico y la indicación quirúrgica.

3. Proponer la normatización en el Instituto Nacional de Perinatología del manejo preoperatorio, y transoperatorio de la paciente candidata a ooforectomía.

MATERIAL Y METODO:

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

De acuerdo a los lineamientos establecidos se catalogó el presente estudio como un estudio replicativo, longitudinal, no experimental, cerrado, de tipo retrospectivo descriptivo y con fines aplicativos.

El presente estudio se llevó a cabo, en el Instituto Nacional de Perinatología, localizado en el área urbana del Distrito Federal. Se revisaron los expedientes y reporte histopatológico de pacientes a quienes se les practicó ooforectomía en el lapso comprendido entre septiembre de 1986 y septiembre de 1987. Los criterios de inclusión y exclusión a continuación se indican:

A. CRITERIOS DE INCLUSION:

- a) paciente a la cual se le haya practicado ooforectomía en el Instituto Nacional de Perinatología en el período previamente marcado.
- b) Ooforectomía por sospecha o diagnóstico de patología ovárica.
- c) Ooforectomía por sospecha transoperatoria de patología -- ovárica.

- d) Ooforectomía con características macroscópicas transoperatorias de ovarios normales.
- e) Ooforectomía con o sin tratamiento hormonal previo.
- f) Ooforectomía con o sin infección puerperal.
- g) Ooforectomía de pacientes que cuenten con información clínica y anatomopatológica completa.
- h) Ooforectomía realizada en el Instituto Nacional de Perinatología.
- i) Período comprendido: 1o. de septiembre de 1986 a 1o. de septiembre de 1987.

B. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1. Información clínica incompleta.
- 2. En aquellos casos en que no se haya completado el estudio histopatológico y que no se cuente con laminillas y/o resultado de la pieza quirúrgica.

UNIDADES DE OBSERVACION Y VARIABLES DE ESTUDIO.

Las unidades de observación se consideraron en forma individual y fué la pieza quirúrgica extraída. Las variables de estudio fueron: Edad, paridad, cuadro clínico, estudio ultrasonográfico, bilateralidad o no, estudios hormonales, tratamiento médico hormonal, factor de esterilidad, presencia o no de tumoración y tamaño del mismo, tipo de cirugía y coexistencia de patología ginecológica no ovárica.

1. Edad: Expresada en años.
2. Paridad: Expresada en número de embarazos independientemente del resultado de los mismos.
3. Cuadro clínico, considerando como variables a estudio: Dolor, aumento de volumen, dispareunia, dismenorrea, trastornos menstruales, esterilidad, hirsutismo y cuadro clínico de abdomen agudo.

Todos estos datos como hallazgo al interrogatorio y/o de exploración reportados en el expediente clínico que sugirieron o hicieron el diagnóstico de patología ovárica.

4. Ecosonografía pélvica realizada dentro de la institución con los aparatos: Sonolayer-Sal 38 AS, Transductor de 5 MHz. marca Toshiba. Previa preparación de

la paciente, a medio llenar la vejiga.

5. Bilateralidad o no, de acuerdo a reporte transoperatorio y con resección del ovario contralateral, ya sea en cuña, resección del quiste y/u ooforectomía.
6. Estudios hormonales previos independientemente de su indicación y resultados, como fué el caso de pacientes en estudio por esterilidad con patología ovárica adyacente.
7. Esterilidad, considerada como la incapacidad de una pareja para concebir, después de un tiempo determinado. De la mujer al embarazo, de uno o dos años después dependiendo edad menor y mayor de 30 años.
8. Presencia o no de tumoración. Se incluyeron todas aquellas entidades que semejan tumor, entre las cuales se encuentran endometriosis, poliquistosis ovárica, absceso ovárico, embarazo ovárico, quiste paratubario - con compromiso del ovario, e inflamación crónica granulomatosa. Toda entidad fué corroborada por diagnóstico histopatológico por personal de patología con amplia experiencia previa.
9. Tamaño del tumor: Expresado en centímetros.

10. Tipo de cirugía: De acuerdo al reporte escrito en hoja quirúrgica del expediente, sea ésta Histerectomía Total Abdominal, más Salpingooforectomía, uni o bilateral, cesárea más ooforectomía uni o bilateral, ooforectomía y resección en cuña de ovario.

11. Coexistencia de patología ginecológica no ovárica: Dato recopilado del expediente clínico y agrupado de acuerdo a las diferentes entidades en frecuencias, en su mayoría motivo de indicación de histerectomía como fué el caso de miomatosis uterina.

El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica extraída fué practicado en microscopio de luz.

Todos los datos fueron recopilados del expediente clínico y obtenidos por la misma persona. (investigador responsable). El personal del Servicio de Patología fué el encargado en analizar los resultados histopatológicos, de acuerdo a las normas de patología, con amplia experiencia en el problema que nos ocupa.

Para el análisis de los resultados se obtuvo: Frecuencias, promedio y media.

RESULTADOS.

De 91 ooforectomías realizadas en un año. El número de pacientes afectadas por padecimientos ováricos fué de 56, de estas, 19 (20.6%) correspondieron a padecimientos no neoplásicos, entre ellos poliquístosis ovárica 4 (7.2%), quistes foliculares 4 (7.2%), quiste luteínico 2 (3.6%), quiste paratubario 2 (3.6%), absceso ovárico 4 (7.2%), enfermedad pélvico ovárico 1 caso. Dentro de la patología neoplásica 37 casos (79.3%). En el total de la serie únicamente se registraron 2 tumoraciones malignas, 1 cistadenoma seroso papilar y 1 tumor de células de la granulosa sarcomatoso. La tumoración benigna más frecuente fué el cistadenoma seroso simple con 14 casos (25.4%), seguido del quiste endometriósico con 11 casos (20.0%) y teratoma 7 casos (12.7%) seguidos en orden de frecuencia por el cistadenoma papilar seroso y tumor de la granulosa quístico. (ver tabla No. 1)

Los tumores benignos predominaron de los 20 a los 40 años de edad, siendo más frecuentes en la tercera década de la vida. El cistadenoma seroso simple se presentó con mayor frecuencia de los 20 a los 30 años de edad y curiosamente se detectó un caso en una paciente de 84 años. El quiste endometriósico se presentó con mayor frecuencia en la tercera y cuarta década de la vida, siendo más frecuente de los 30 a 40 años de edad. El teratoma se presentó únicamente en pacientes menores de 35 años, y de ellas

el mayor porcentaje se encontró entre los 20 y 30 años de edad. Los quistes foliculares se presentaron casi selectivamente en mujeres arriba de 40 años y los dos casos de quistes luteínicos se registraron en pacientes de 30 y 29 años. La poliquistosis ovárica mostró mayor presentación entre los 20 y 40 años de edad. (ver tabla No. 2)

Las edades registradas a lo largo de la serie fué entre 15 y 84 años. (ver gráfica No. 1)

De acuerdo a su distribución histológica, se encontraron 29 casos del grupo de tumores epiteliales, 28 con resultado de benignidad, entre cistadenoma seroso simple y papilar y quistes endometriósicos, con 1 caso de malignidad de cistadenocarcinoma papilar seroso. Del grupo de tumores derivados del estroma se encontraron 2 tumores de células de la granulosa, uno de ellos, maligno. Se reportaron 2 casos de quistes luteínicos y por último fueron detectados 7 teratomas como derivados de célula germinal. (ver gráfica No. 2)

Los síntomas y signos más frecuentes observados, en las pacientes estudiadas en esta serie fueron: Alteraciones menstruales en 25%, dolor abdominal 23.2%, aumento de volumen del abdomen 14.2%, dispareunia en 10.7%, cuadro de abdomen agudo en 8.9%, dismenorrea en 7.1%, masa palpable 5.3% hirsutismo en 3.5% y obesidad en 1.7%. (ver tabla No. 3)

El tamaño del tumor varió de 3 centímetros hasta 28 cm., siendo los que alcanzaron mayor tamaño los cistadenomas serosos simples con tumores arriba de 6 cms en 11 casos, (78.5%) de un total de 14, en contraste con lo ocurrido con el quiste endometriósico en donde sólo 4 pacientes (36.3%) de un total de 7, fueron mayores de 6 cms. (ver tabla No. 4)

Al estudiar la interrelación de esterilidad con patología ovárica encontramos que la patología más frecuente relacionada a esterilidad fué el teratoma y la poliquistosis ovárica con un 57.1% y 50.0% respectivamente de presentación en sus casos, y en los casos aislados de tumor de células de la granulosa, tanto en el caso benigno, como en el maligno, ambos coexistían con esterilidad.

Por otro lado, los 2 tumores luteínicos se presentaron en pacientes en estudio de esterilidad. En total se presentó en 15 pacientes. (ver tabla No.5)

Los padecimientos ováricos mostraron mayor frecuencia en pacientes con 1 o 2 gestaciones con 33 casos (36.2%), seguida en frecuencia con las pacientes nuligestas con 20 casos (21.9%) y con múltiparas de 3 a 4 gestaciones con 19 casos equivalente a un 20.8%. (ver gráfica No. 3)

El tamaño del tumor varió de 3 centímetros hasta 28 cm., siendo los que alcanzaron mayor tamaño los cistadenomas serosos simples con tumores arriba de 6 cms en 11 casos, (78.5%) de un total de 14, en contraste con lo ocurrido con el quiste endometriósico en donde sólo 4 pacientes (36.3%) de un total de 7, fueron mayores de 6 cms. (ver tabla No. 4)

Al estudiar la interrelación de esterilidad con patología ovárica encontramos que la patología más frecuente relacionada a esterilidad fué el teratoma y la poliquistosis ovárica con un 57.1% y 50.0% respectivamente de presentación en sus casos, y en los casos aislados de tumor de células de la granulosa, tanto en el caso benigno, como en el maligno, ambos coexistían con esterilidad.

Por otro lado, los 2 tumores luteínicos se presentaron en pacientes en estudio de esterilidad. En total se presentó en 15 pacientes. (ver tabla No.5)

Los padecimientos ováricos mostraron mayor frecuencia en pacientes con 1 o 2 gestaciones con 33 casos (36.2%), seguida en frecuencia con las pacientes nuligestas con 20 casos (21.9%) y con multíparas de 3 a 4 gestaciones con 19 casos equivalente a un 20.8%. (ver gráfica No. 3)

De los padecimientos no ováricos asociados a la ooforectomía fueron los siguientes: Miomatosis uterina en 27 casos (42.1%), esterilidad en 15 casos (21.8%), embarazo ectópico no ovárico 6 casos (9.3%), infección puerperal con pelviperitonitis en 6 casos (9.3%), trastornos de la estática pélvica en 3 casos (4.6%) seguidas en frecuencia por quiste paratubario, embarazo, adenomiosis, apendicitis e hiperplasia adenomatosa, estas últimas con 1 caso. (ver tabla No. 6)

De las 91 ooforectomías realizadas en el año, 59 fueron trans-histerectomía, en 27 casos se encontró patología ovárica durante el procedimiento realizado por patología no intrínseca del ovario. En 32 casos (54.2%) no se encontró patología ovárica, de los cuales en 13 pacientes los ovarios fueron retirados por aspecto macroscópico anormal según el cirujano al momento transoperatorio; el resto (19 casos) la ooforectomía fué realizada como profilaxis del cáncer ovárico. (ver gráfica No. 4)

De las 59 histerectomías, a 15 pacientes (25.4%) se les practicó histerectomía total abdominal, más salpingooforectomía bilateral y al resto, 44 pacientes, se les practicó histerectomía total abdominal más salpingooforectomía unilateral (74.5%).

Cabe mencionar que a las edades comprendidas entre las pacientes con histerectomía abdominal más salpingooforectomía bilateral

fueron entre 34 y 65 años.

De las 92 pacientes con ooforectomía se determinó que el número de pacientes con diagnóstico médico previo de tumoración ovárica con resultado positivo histopatológico fué de 33 pacientes. El número de pacientes con diagnóstico médico previo a la ooforectomía con resultado negativo histopatológico fué de 5 casos. Durante la histerectomía se encontraron 21 casos con patología no detectada previamente y se realizaron 32 ooforectomías sin diagnóstico previo y sin alteraciones al estudio histopatológico.

TABLA No. 1

OOFORRECTOMIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

FRECUENCIA DE PATOLOGIA OVARICA

ENTIDAD PATOLOGIA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
CISTADENOMA SEROSO SIMPLE	14	25.4%
QUISTE ENDOMETRIOSICO	11	20.0%
TERATOMA ADULTO BENIGNO	7	12.7%
POLIQUISTOSIS OVARICA	4	7.2%
QUISTE FOLICULAR	4	7.2%
ABSCESO OVARICO	4	7.2%
CISTADENOMA PAPILAR SEROSO	3	5.4%
QUISTE LUTEINICO	2	3.6%
QUISTE PARATUBARIO CON COMPROMISO DEL OVARIO ÓPSILATERAL	2	3.6%
TUMOR DE LA GRANULOSA	1	1.8%
TUMOR DE LA GRANULOSA QUISTICO SARCOMATOSO	1	1.8%
CISTADENOCARCINOMA SEROSO	1	1.8%
INFLAMACION CRONICA GRANULOMATOSA	1	1.8%
EMBARAZO ECTOPICO OVARICO	1	1.8%
T O T A L . -	56	100%

SEPTIEMBRE 86-87.

TABLA No. 2

OOFORECTOMIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

TUMORES OVARICOS Y SU AGRUPACION POR EDADES

TIPO DE TUMOR	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	+ 70	TOTAL
CISTADENOMA SEROSO SIMPLE		7	3	2	1		1	14
CISTADENOMA SEROSO PAPILAR			2		1			3
CISTADENOCARCINOMA PAPILAR SEROSO	1							1
QUISTE ENDOMETRIOSICO		3	6	1	1			11
TUMOR DE CELULAS DE LA GRANULOSA BENIGNO			1					1
TUMOR DE GRANULOSA SARCOMATOSO		1						1
TERATOMA	1	5	1					7
QUISTE FOLICULAR		1	1					2
QUISTE LUTEINICO		1	1					2
TOTALES	2	18	14	6	3	0	1	44

SEPTIEMBRE 1986 - 87.

TABLA No. 3

OOFORRECTOMIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
 FRECUENCIA DE SINTOMAS Y SIGNOS

SIGNOS Y SINTOMAS	PORCENTAJE DE CASOS
TRASTORNOS MENSTRUALES	35%
DOLOR ABDOMINAL	23.2%
AUMENTO DEL VOLUMEN DEL ABDOMEN	14.2%
DISPAREUNIA	10.7%
CUADRO DE ABDOMEN AGUDO	8.9%
DISMENORREA	7.1%
MASA PALPABLE	5.3%
HIRSUTISMO	3.5%
OBESIDAD	1.7%

SEPTIEMBRE 86 - 87

OOFORECTOMIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
TAMAÑO DEL TUMOR * FRECUENCIA

TIPO DE TUMOR	NO. DE CASOS	MENOR DE 6 CMS	MAYOR DE 6 CMS.
CISTADENOMA SEROSO SIMPLE	14	3 (21.4%)	11 (78.5%)
CISTADENOMA SEROSO PAPILAR	3		3 (100.0%)
CISTADENOMA SEROSO	1		1 (100.0%)
QUISTE ENDOMETRIOSICO	11	7 (63.6%)	4 (46.3%)
TUMOR BENIGNO DE CELULAS DE LA GRANULOSA	1		1 (100.0%)
TUMOR DE CELULAS DE LA GRANULOSA MALIGNO SARCOMATOSO	1		1 (100.0%)
TERATOMA	7	7 (28.5%)	5 (71.4%)
QUISTE FOLICULAR	4	4 (100.0%)	
POLIQUISTOSIS OVARICA	4	4 (100.0%)	
QUISTE TECALUTEINICO	2	1 (50.0%)	1 (50.0%)
T O T A L . -	48	21 (43.7%)	27 (56.2%)

* SE INCLUYE POLIQUISTOSIS OVARICA, QUISTE FOLICULAR, Y QUISTE TECALUTEINICO.

TABLA No. 5

OOFORRECTOMIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
 FRECUENCIA DE ESTERILIDAD

TIPO DE TUMOR	NO. DE CASOS.	ESTERILIDAD	FRECUENCIA
CISTADENOMA SEROSO SIMPLE	17	2	11.7%
QUISTE ENDOMETRIOSICO	11	4	36.3%
TERATOMA	7	4	57.1%
POLYQUISTOSIS OVARICA	4	2	50.0%
QUISTE FOLICULAR	4	1	25.0%
TUMOR DE LA GRANULOSA QUISTICO	1	1	100.0%
TUMOR DE LA GRANULOSA SARCOMATOSO	1	1	100.0%
T O T A L . -	45	15	33.3%

SEPTIEMBRE 86 - 87.

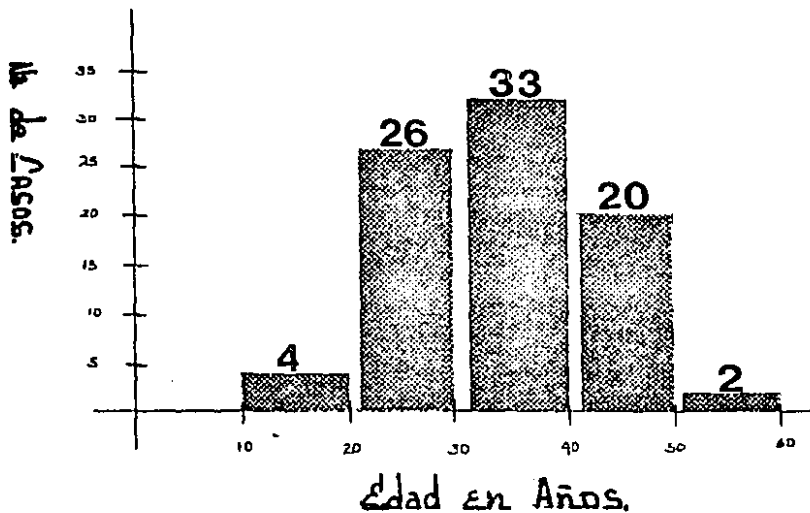
TABLA No. 6

OOFORECTOMIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
PADECIMIENTOS ASOCIADOS. FRECUENCIA

ENTIDAD	NO. DE CASOS	FRECUENCIA
MIOMATOSIS UTERINA	27	42.1%
ESTERILIDAD	14	21.8%
EMBARAZO ECTOPICO NO OVARICO	6	9.3%
INFECCION PUERPERAL PELVI- PERITONITIS	6	9.3%
QUISTE PARATUBARIO	2	3.1%
EMBARAZO	2	3.1%
TRASTORNOS DE LA ESTATICA PELVICA	3	4.6%
ADENOMIOSIS	2	3.1%
APENDICITIS	1	1.5%
HIPERPLASIA ADENOMATOSA	1	1.5%
T O T A L	64	100.0%

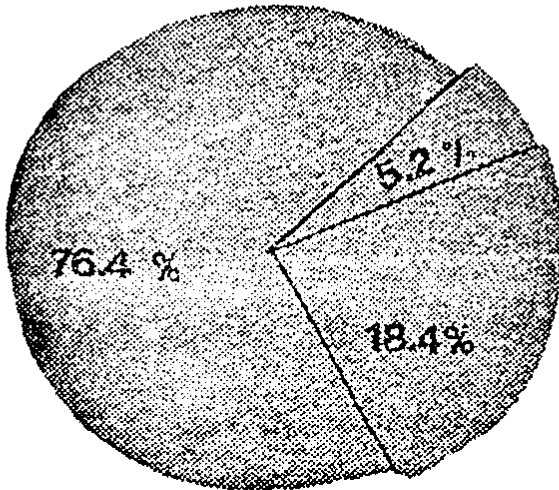
SEPTIEMBRE 86 - 87.

Gráfica No 1
Ooforectomía en el Instituto Nacional de Perinatología.
Distribución por Grupos Etáreos



Sep 86-87

Ooforectomía. Distribución y Frecuencia.



Tumores epiteliales: 29 (76.4%)

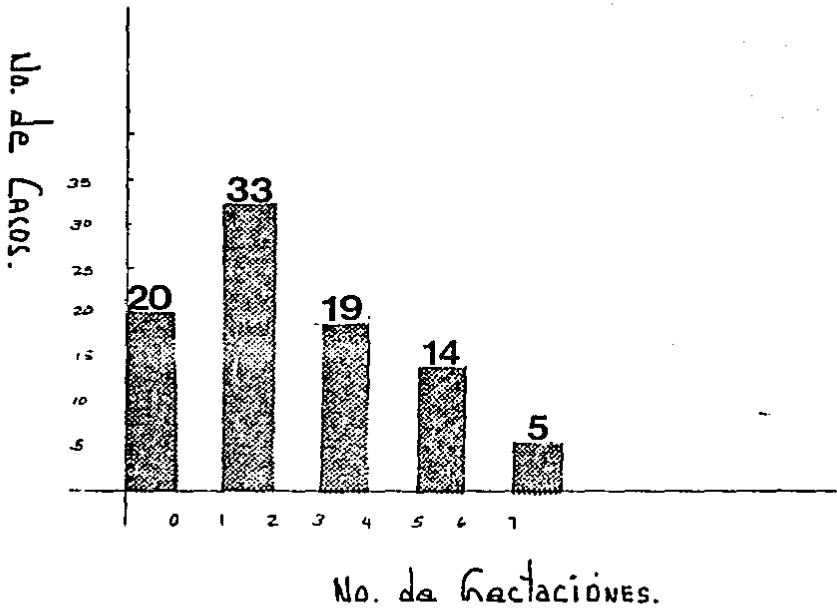
Tumores de células de la granulosa: 2 (5.2%)

Tumores derivados de células germinales 7 (18.4%)

GRAFICA No 3

COLEECTOMIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

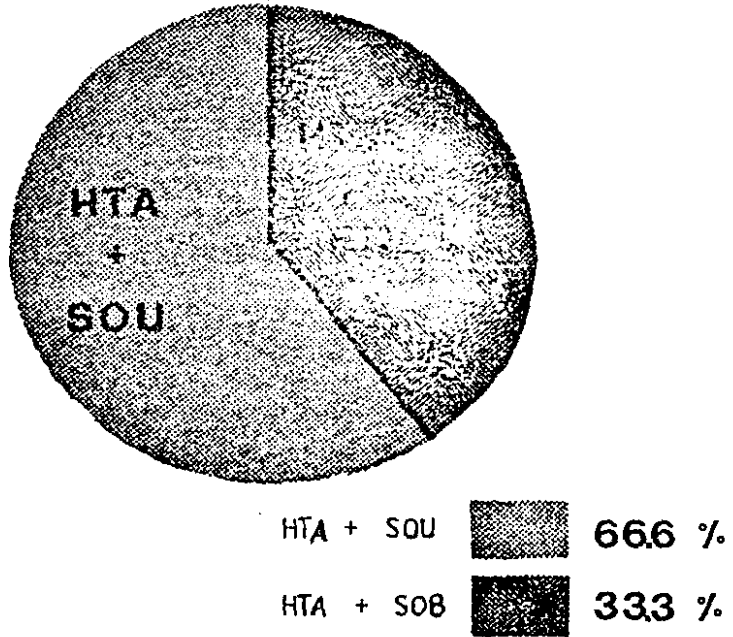
Paridad de las pacientes. Frecuencia



Sep 86-87

Gráfica No 4

Ooforectomía en el Instituto Nacional de Perinatología
Ooforectomía Tranhisterectomía



Sep 86-87

1

DISCUSION

La cirugía ginecológica por causa benigna es un evento frecuente en la perimenopausica, y periódicamente surge la inquietud respecto a la indicación de la ooforectomía bilateral profiláctica. En esta serie se practicaron un total de 91 ooforectomías en el transcurso de un año, de las cuales 59 fueron transhisterectomía, correspondiendo al 64% y, ooforectomías por causas como embarazo ectópico no ovárico, pelviperitonitis postcesarea, entre otras, fueron 10 casos (10.9%), Y por ultimo ooforectomías por causas intrínsecas del ovario en 23 casos o sea un 25.3%. La baja proporción de ooforectomías indicadas por causas ováricas preoperatoriamente es debido a que en nuestro centro hospitalario las pacientes que acuden por masas pélvicas sospechosas de malignidad son enviadas al centro oncológico de tercer nivel. De esta manera se explica que el mayor porcentaje de ooforectomías hayan sido realizadas transhisterectomía.

La salpingooforectomía bilateral transhisterectomía se realizó en 15 pacientes, con rango de edad entre 34 y 64 años, con un promedio de 45 años, y unicamente en 2 mujeres menores de 40 años, una paciente de 34 y una de 36 respectivamente, porque ambas tenían endometriosis avanzada (no se especifica el grado) con compromiso ovárico bilateral.

Así, se hizo ooforectomía profiláctica en mujeres mayores de 45 años. Con lo anterior, se observa que existe cierta uniformidad ya que las pacientes son Salpingooforectomía bilateral se encontraban en etapas perimenopáusicas y postmenopáusicas.

La decisión transoperatoria de ooforectomía se basó en el aspecto macroscópico de los ovarios, en 40 casos de los 91, pero de ellos, 19 pacientes tuvieron ovarios sanos histopatológicamente. Lo anterior obliga al cirujano al conocimiento exacto de las características macroscópicas de los ovarios normales y patológicos con un adecuado manejo de las mismas en el transoperatorio, y de esta manera, evitar la ooforectomía innecesaria en la paciente ginecológica.

De los ovarios con patología ovárica corroborada por histopatología, el mayor porcentaje correspondió a neoplasias ováricas (69.5%), siendo más frecuentes los padecimientos del tipo neoplásico. Este último grupo muestra un gran número de acuerdo al tipo de Institución en donde se atienden pacientes con embarazo de alto riesgo, y pacientes ginecológicas principalmente con problemas de esterilidad e infertilidad.

De los padecimientos neoplásicos los tumores epiteliales ocuparon la mayor frecuencia con un 80% siendo más alto de los reportado en la literatura por Novak (70%) y Fox (50%) respectivamente.

(3) (30)

Y de este grupo, coincidiendo con lo mencionado por diversos autores, el cistadenoma seroso ocupó el mayor porcentaje con un 69%, correspondiendo con Fox. (80%) (3).

Se presentó únicamente un caso de malignidad, lo cual se explica por no ser un centro especializado oncológico. Llama la atención la edad de presentación que fué a los 20 años en pacientes nuligestas.

Característicamente este tipo de tumor se presentó más frecuentemente en pacientes jóvenes, en edad reproductiva, y llama la atención su presentación en una paciente de 58 años y otra de 84 años. Esta última con tumoración bilateral, una de ellas de 20 x 15 cms. y cuya sintomatología era el aumento de volúmen abdominal. Este tumor característicamente es grande y en esta serie el 72% correspondieron a tumores mayores de 7 cms de diámetro.

Lo anterior concuerda con lo reportado por Robbins y Novak que hacen énfasis en la característica de tumores gigantes quísticos.

Los quistes endometriósicos se presentaron en un 31% de los tumores epiteliales, cifra mayor a lo reportado por Fox, (0-8%) dado que un gran número de pacientes con endometriosis acuden a este centro hospitalario por esterilidad, y ya sea por laparoscopia

o laparotomía es descubierta enfermedad endometriósica pélvica. En este tipo de patología llama la atención que el cuadro clínico más frecuente fué la dispareunia y dismenorrea como se menciona en la literatura (30). La edad de las pacientes en este tipo de padecimiento predominó en la tercera década de la vida durante vida sexual activa. En un caso se presentó abdomen agudo provocado por una endometriosis pélvica extensa. A pesar de no ser un dato característico en una de las pacientes la sintomatología predominante fué el aumento de volumen abdominal.

De los tumores de célula germinales encontraron 7 teratomas adultos benignos, los cuales ocuparon el 19.4% de las neoplasias ováricas, lo cual concuerda con la recopilación de Fox y Robbins (24% y 18% respectivamente) (22) (3). El 57.1% de estas pacientes presentaron esterilidad al momento del diagnóstico y el 14.2% fué bilateral. Lo anterior es similar a lo referido en la literatura (22) (30)

La mayor frecuencia ocurrió en mujeres nuligestas, jóvenes menores de 25 años como lo descrito en la literatura.

Uno de estos tumores se presentó en una mujer embarazada con 14.1 semanas de embarazo y otra paciente de la serie se encontraba con tratamiento con bromoergocriptina por hiperprolactinemia.

De los tumores del estroma se encontraron unicamente 2 casos

de tumores de células de la granulosa, ocupando el 5.5% del total de neoplasias ováricas, lo cual lo coloca en una posición intermedia a lo reportado en la literatura por Fox (2 a 10%), Robbins (22) y Novak 6% (3) (22) (30).

De los tumores provenientes del estroma encontramos dos casos de tumores de la granulosa (5.5%) uno de ellos maligno. De las series publicadas este tumor ocupa una incidencia muy baja, para Fox del 3% al 5%, como en nuestra revisión.

La poliquistosis ovárica se presentó en mujeres de 15 a 34 años y al igual de los reportado en la literatura por Speroff (16); no existe un patrón hormonal definido en estas pacientes, sin embargo, es más frecuente encontrar niveles de progesterona disminuida, estrógenos aumentados y disparidad en los niveles de FSH y LH. En el 70% de nuestras pacientes se presentó este patrón hormonal, en una de ellas además tenía hiperprolactinemia y se encontraba con tratamiento a base de bromocriptina. Dado que en este tipo de pacientes frecuentemente se asocia la esterilidad por ciclos anovulatorios, el 75% de nuestras pacientes eran nuligestas en estudio de esterilidad. En el 50% se presentó como datos más característicos: Trastornos menstruales, hirsutismo, obesidad y esterilidad, como se ha mencionado en la literatura. (16) (30)

Se encontró asociación de poliquistosis ovárica a otro tipo de tumores como lo fué el caso de una paciente con poliquistosis

de tumores de células de la granulosa, ocupando el 5.5% del total de neoplasias ováricas, lo cual lo coloca en una posición intermedia a lo reportado en la literatura por Fox (2 a 10%), Robbins (22) y Novak 6% (3) (22) (30).

De los tumores provenientes del estroma encontramos dos casos de tumores de la granulosa (5.5%) uno de ellos maligno. De las series publicadas este tumor ocupa una incidencia muy baja, para Fox del 3% al 5%, como en nuestra revisión.

La poliquistosis ovárica se presentó en mujeres de 15 a 34 años y al igual de los reportado en la literatura por Speroff (16); no existe un patrón hormonal definido en estas pacientes, sin embargo, es más frecuente encontrar niveles de progesterona disminuida, estrógenos aumentados y disparidad en los niveles de FSH y LH. En el 70% de nuestras pacientes se presentó este patrón hormonal, en una de ellas además tenía hiperprolactinemia y se encontraba con tratamiento a base de bromoergocriptina. Dado que en este tipo de pacientes frecuentemente se asocia la esterilidad por ciclos anovulatorios, el 75% de nuestras pacientes eran nuligestas en estudio de esterilidad. En el 50% se presentó como datos más característicos: Trastornos menstruales, hirsutismo, obesidad y esterilidad, como se ha mencionado en la literatura. (16) (30)

Se encontró asociación de poliquistosis ovárica a otro tipo de tumores como lo fué el caso de una paciente con poliquistosis

y tumor de la granulosa en el ovario contralateral. De los tratamientos utilizados, se empleó con mayor frecuencia la cuña de ovario, en la mayor parte de los casos bilateral, procedimiento al que actualmente se oponen varios autores, ya que su diagnóstico puede ser por ultrasonido y el riesgo de provocar adherencias en una paciente ya estéril disminuiría la posibilidad de embarazo (16) y la disminución de los signos de androgenización son temporales (16). Únicamente a una paciente se le practicó estudio ecosonográfico pélvico con lo que se hizo el diagnóstico. Los ovarios poliquísticos generalmente no son grandes. En nuestra serie todos los ovarios con poliquistosis ovárica no excedieron a 5 cms de diámetro.

Los quistes foliculares fueron asintomáticos y todos se diagnosticaron transoperatoriamente, el 50% de estas pacientes se encontraban bajo tratamiento con Omifin por estudio de esterilidad y ninguno de ellos excedía los 6 cms de diámetro. En la literatura se ha reportado el síndrome de hiperestimulación ovárica sobre todo en aquellas pacientes bajo tratamiento a base de inductores de ovulación, que únicamente requiere suspender el medicamento y esperar dos o tres ciclos su evolución, antes de tomar la conducta de ooforectomía, que por si misma tiene implicaciones serias y más aún en pacientes en estudio de esterilidad (2) (21). Es importante hacer énfasis en que todas las pacientes fueron diagnosticadas transoperatoriamente ya sea por laparoscopia o bien laparotomía, lo cual obliga al conocimiento macroscópico de padecimientos ováricos.

La presencia de abscesos ováricos fué en proporción importante, el 100% en puerperio complicado por pelviperitonitis postcesárea o postaborto séptico (1 caso). De estos pacientes el 75% mostraron proliferación bacteriana y en el 25% se encontró únicamente ovario hemorrágico posterior a hematoma de corredera parietocólica. Retomando el tema a discusión de la histerectomía obstétrica por factores infecciosos pélvicos con o sin conservación de los ovarios podemos inferir, en base a estos resultados, que durante procesos infecciosos pélvicos, de difícil manejo como lo es la pelviperitonitis puerperal, los ovarios se encuentran comprometidos y efectivamente pueden ser foco de infección.

La paciente que presentó infección crónica granulomatosa tuvo un cuadro de abdomen agudo, por lo que se hizo laparotomía con diagnóstico tanto transoperatorio como histopatológico, sin embargo no se hizo el diagnóstico específico. El proceso infeccioso crónico comprometía al útero y anexo derecho en su totalidad.

En 17 cistadenomas serosos, 2,7% fueron bilaterales, en el momento de la laparotomía, pero esta frecuencia no puede relacionarse con la de la literatura, en donde se refiere una bilateralidad simultánea y tardía de 20% a 30%. (22) (29)

El teratoma adulto benigno que presentó bilateralidad en el 14.2% semejante a los reportado en la literatura, con posibilidad

de bilateralidad del 20%. (30) (29). El resto de las neoplasias fueron unilaterales, sin embargo, cabe mencionar que por el bajo número de casos la muestra no es significativa. No obstante se procuró dar una visión general respecto a la ooforectomía en el Instituto Nacional de Perinatología.

En esta serie se encontró un caso de embarazo ectópico ovárico en una paciente estéril, lo cual concuerda con lo publicado por Infante Ibarra quien presenta un caso en paciente de esterilidad. En la literatura mexicana hasta 1970 unicamente se habían publicado 5 casos. (24)

CONCLUSIONES:

- Los padecimientos ováricos pueden dividirse en patología neoplásica y no neoplásica. En nuestro medio, resultó ser más frecuente la patología neoplásica.

- Los tumores ováricos se clasifican de acuerdo a su origen histológico, de ahí, epiteliales, del estroma gonadal, de células germinales, de y provenientes de restos embrionarios.

- De las neoplasias ováricas, las más frecuentes son las de origen epitelial y de ellas el cistadenoma seroso simple, seguidas por el quiste endometriósico y posteriormente por los tumores de células germinales como lo son los teratomas adultos benignos.

En esta serie el porcentaje de malignidad fué del 5.5%.

- La patología ovárica no neoplásica ocupa un lugar importante en nuestro medio por la alta frecuencia con que se presenta: poliquistosis ovárica, quistes foliculares, quistes luteínicos, absceso ovárico y enfermedad pélvica inflamatoria crónica.

- El síndrome de hiperestimulación ovárica puede presentarse en pacientes bajo tratamiento con inductores de ovulación, lo cual obliga al médico, al conocimiento de este, y seguimiento ultrasónico

ovárico, con el fin de detectarlo y dar el manejo adecuado.

- El manejo transoperatorio, así como la conducta quirúrgica deben ser totalmente justificados de acuerdo al conocimiento de la patología ovárica y reconocimiento macroscópico de los ovarios normales y anormales.

- La ooforectomía transhisterectomía como profilaxis del cáncer ovárico sigue siendo un tema de controversia en la mujer premenopáusica y perimenopáusica, no así en la mujer postmenopáusica. En nuestro medio existe cierta uniformidad de practicarla únicamente a la mujer postmenopáusica.

- El manejo quirúrgico por medio de la cuña en los ovarios poliquísticos es procedimiento que está indicado únicamente en los casos de androgenización importante, el cual no haya respondido al tratamiento médico, sobre todo en la paciente con esterilidad por alta posibilidad en desarrollar adherencias pélvicas.

- En las instituciones es necesaria la normatización del manejo preoperatorio y transoperatorio por medio de flujogramas de la patología ovárica y evitar de esta manera la ooforectomía innecesaria e injustificada.

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

- 1.- Mattingly, R.F., Thompson, J.D.: Operative Gynecology. 6a. ed. Lippincott Company Philadelphia, 1985.
- 2.- Yasigi, I.R.: Cáncer de ovario en pacientes con conservación ovárica previa. Rev. Chil. Obstet Ginecol. 47:236, 1982.
- 3.- Fox, H., Langley, F.A.: Tumors of the Ovary. Ed. A, William Heinemann Medical Books Publication. 1st. Ed. Chicago, 1976.
- 4.- Valenzuela, R.M., Gómez, O.L., Rodríguez, L.R., Castellanos, R.J., Ayala, G.Y.: Correlación anatomoclínica de los tumores ováricos. Ginec. Obstet Méx. 51:253, 1983.
- 5.- Stockwell, H.G., Lyman, G.H.: Cigarette Smoking and the Risk of Female Reproductive Cancer. Am. J. Gynecol. 157:35, 1987.
- 6.- Schneider, A.P.: Risk Factor for Ovarian cáncer. N. Engl. J. Med 317:508, 1987.
- 7.- Utian, W.H., Katz, M.M., Davey, D.A., Carr, P.J.: Effect of Premenopausal Castration and Incremental Dosages of Conjugated

- Equine Estrogens on Plasma-Follicle-Stimulating Hormone, Luteinizing Hormone, and Estradiol. *Am. J. Obstet Gynecol.* 132:297, 1987.
- 8.- Simon, J.A., Dizerega, G.S.: Physiologic Estradiol Replacement Following Oophorectomy: Failure to Maintain Precastration Gonadotropin Levels. *Obstetric and Gynecology.* 59:511, 1982.
- 9.- Melis, G.B., Mais, V.M., Gambacciani, A.M., Paoletti, M.D.: Dexamethasone Reduces the Postcastration Gonadotropin Rise in Women. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 65:237, 1987.
- 10.- Mc Cowman, L.: Ovarian Cancer After Hysterectomy; *Obstetrics and Gynecol* 69:386, 1987.
- 11.- Randall, C.L.: Pathology in the Preserved Ovary After Unilateral Oophorectomy. *Am. J. Obstet. and. Gynecol.* 1233 Nov, 1962.
- 12.- Johansson, B.W.: On Some Late Effects of Bilateral Oophorectomy in the Age Range 15-30 Years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 54:450, 1975.
- 13.- Ehren, I.M., Mahour, G.H., Isaacs, H.: Benign and Malignant Ovarian Tumors in Children and Adolescents. A Review of 63 cases. *Am. J. Surg.* 147:340, 1984.

- 14.- Richelson, L.S.: Relative Contributions of Aging and Estrogen Deficiency to Postmenopausal Bone Loss. N. Engl. J. Med. 311: 1273, 1984.
- 15.- Chris, J.E.: The Residual Ovary Syndrome. Obstet and Gynecol 46:551, 1975.
- 16.- Speroff, L. Kasse, H.: Endocrinología ginecológica e infertilidad 1a. Ed. en Español Ed. Toray España, 1986.
- 17.- Steege, J.F.: Ovarian Remnant Syndrome. Obstet Gynecol 70:64, 1987.
- 18.- Shemwell, R.E., Weed, J.C.: Ovarian Remnant Syndrome Obstet and Gynecol. 36:299, 1970.
- 19.- Strickler, R.C., Kelly, R.W., Askin, F.B.: Postmenopausal Ovarian Follicle Cyst: An Unusual Cause of Estrogen Excess. Int. J. Gynecol Pathol. 3:318, 1984.
- 20.- Ben-Hur, H.R., Lancet, M.Z.: Ovarian Carcinoma Masquerading as Ovarian Hyperstimulation Syndrome. Acta Obstet Gynecol Scand 65:813, 1986.
- 21.- Blankstein, J., Shalev, J., Saadon, T.: Ovarian Hyperstimulation Syndrome Prediction by Number and Size of Proovulatory

Ovarian Follicles. Fertility and Sterility. 47:597, 1987.

- 22.- Robbins, S.L.: Patología estructural y funcional. 1a. Ed en Español. Ed. Interamericana. México, 1975.
- 23.- Erminy, R.A., Aguilera, F.C., Anzola, C.M.: Tumores malignos Primitivos del Ovario. Rev. de Obstet y Gin de Venezuela. 30:319, 1970.
- 24.- Dias, A.I., López F.J.: Embarazo ovárico en una paciente con esterilidad. Gin y Obstet Méx. 322:51, 1984.
- 25.- Pretorius, R.G., Kenneth, R.L.: False Negative Peritoneal Cytology in Metastatic Ovarian Carcinoma. Obstet Gynecol 68: 619, 1986.
- 26.- Herman, U.L., Gottfried, W.N., Goldhirsch, A.A.: Sonographic Patterns of Ovarian Tumors : Prediction of Malignancy. Obstet Gynecol 67:777, 1987.
- 27.- Andolf, E., Svalenius, B.E.: Ultrasonography for Early Detection of Ovarian Carcinoma B.J. Obstet and Gynecol 93:1286, 1986.
- 28.- Mc Gowman, L.M.: Misstaging of Ovarian Cancer. Obstet Gynecol 65:568, 1985.

29.- Normas y Procedimientos de Ginecología del Instituto Nacional de Perinatología. Patología del Ovario. México, 1987.

30.- Jones, H.W., Jones,G.S.: Tratado de ginecología de Novak, 10a. Ed. Ed. Interamericana, México, 1985.