



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

FRECUENCIA DE LESIONES INFLAMATORIAS Y NO NEOPLÁSICAS DE OVARIO

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

Dra. Karina Irais Alonso Lizardi

ASESOR:

Dr. Víctor Alberto Olguín Cruces



CIUDAD DE MÉXICO

GRADUACIÓN FEBRERO DE 2020



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.

Índice

Carta de aceptación del trabajo de tesis	3
Agradecimientos	4
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Antecedentes científicos	7
Objetivo.....	12
Planteamiento del problema	13
Justificación.....	14
Metodología y tipo de estudio.....	15
Resultados	16
Discusión.....	17
Conclusiones.....	18
Tablas	19
Bibliografía	24
Dictamen de aprobación	25

Carta de aceptación del trabajo de tesis

Por medio de la presente informamos que la Dra. Karina Irais Alonso Lizardi residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis "FRECUENCIA DE LESIONES INFLAMATORIAS Y NO NEOPLÁSICAS DE OVARIO" con número de registro del proyecto **R-2019-3606-008** por lo que otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

Dr. Oscar Moreno Álvarez

Director General

Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer

Director de Educación e Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Sebastián Carranza Lira

Jefe de la División de Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Víctor Alberto Olguín Cruces

Asesor de Tesis

Anatomopatólogo del Servicio de Anatomía Patológica.
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Agradecimientos

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar de mi vida, gracias porque cada día me demuestra lo hermosa que es y lo justa que puede llegar a ser.

A mi Mamá, gracias por enseñarme a ser una mujer completa, por estar en todos mis tropiezos y siempre estar ahí para mostrarme que todo pasa por algo y que ese algo, también pasará. Te amo.

A mi Papá, gracias por ser mi mejor amigo, el que siempre cree en mí, por darme todo lo que tienes para que logre mis metas. Te amo.

A mi hermano, Omar, mi pequeño gran luchador, aprendo cada día de ti; gracias por enseñarme a luchar por lo que amamos en la vida, a ser autentico a pesar de que al mundo no le guste. Te amo.

A mi Cari, abuelita hermosa, gracias por tu amor infinito, por siempre tenerme en tus pensamientos, por ser esa gran guerrera.

A Balbino, mi abuelito, que ahora eres un ángel que nos guía, gracias por enseñarme que cuando se quiere, se puede; siempre logrando todos tus sueños, siempre tan entero y sabio.

A mis "Venados", gracias por mostrarme que se puede ser amigo en este mundo llamado residencia, por estos 4 años llenos de crecimiento, por todas las risas y lágrimas. Son los mejores en todos los sentidos.

A "La Catedral" de la ginecología y obstetricia, porque eres un monstruo, que alberga el más grande tesoro, el conocimiento, en forma de médicos especialistas, sub-especialistas, residentes y pacientes. Gracias por sacar lo mejor y lo peor de mí, por llevarme al extremo de todas las emociones y por enseñarme que puedo salir de todas.

Resumen

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

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 simular cáncer de ovario. La patología de ovario llega en ocasiones a desorientar al clínico por varias razones: la localización del ovario, producción de síntomas variables compatibles con cuadros abdominales agudos, dificultad para determinar con exactitud la malignidad o benignidad por medios clínicos, que llevan a realizar procedimientos quirúrgicos radicales con extirpación total del órgano para determinar su origen.

Objetivo: Determinar la frecuencia de lesiones inflamatorias y no neoplásicas de ovario.

Material y Métodos

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

Metodología: Se seleccionarán a todas las pacientes que cuenten con reporte histopatológico de lesiones inflamatorias y no neoplásicas de ovario en el servicio de anatomía patológica de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" durante el periodo de 01 de enero del 2017 al 31 de diciembre del 2018.

Resultados: Se revisaron un total de 716 reportes histopatológicos de tumores de ovario, con o sin histerectomía, en el periodo 2017 a 2018 recabados en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".

De los 716 pacientes, el 26.3% (188 casos) representaron tumores neoplásicos benignos; 14% (100 casos) fueron ovario sin alteraciones histopatológicas y 59.7% (428 casos) se trataron de tumores inflamatorios y no neoplásicos de ovario.

Conclusiones: En esta serie de casos revisados de tumores de ovario se encontró que la frecuencia de los tumores inflamatorios y no neoplásicos es mayor con respecto a la encontrada en la literatura, siendo de un 59.7%.

Encontramos que la edad promedio de afección se encuentra en la edad reproductiva, teniendo como edad promedio 45 años, con un 75% de los casos por debajo de los 51 años.

Palabras clave: lesión no neoplásica, quiste lúteo, quiste folicular, endometrioma, absceso, lesión inflamatoria, ovario.

Abstract

The ovary causes more types of neoplasms with greater diversity of histological appearance and biological behavior than any other organ; It is the pathology that sometimes leads to disorientation of the clinician for several reasons: localization, production of variable symptoms compatible with acute abdominal symptoms, difficulty in accurately determining the malignancy or benignity by clinical means, which lead to radical surgical procedures with extirpation total of the organ to determine its origin.

Objective: To determine the frequency of inflammatory and non-neoplastic ovarian lesions.

Material and Methods: Type of study, Observational, descriptive, retrospective and transversal. All patients with a histopathological report of inflammatory and non-neoplastic ovarian lesions in the pathology department were selected.

Results: A total of 716 histopathological reports of ovarian tumors were reviewed, with or without hysterectomy. 26.3% (188 cases) represented benign neoplastic tumors; 14% (100 cases) were ovarian without histopathological alterations and 59.7% (428 cases) were treated for inflammatory and non-neoplastic ovarian tumors.

Conclusions: In this series of reviewed cases of ovarian tumors, it was found that the frequency of inflammatory and non-neoplastic tumors was higher than that found in the literature, being 59.7%.

We found that the average age of the condition is 45 years, with 75% of the cases below 51 years.

Key words: non-neoplastic lesion, luteal cyst, follicular cyst, endometrioma, abscess, inflammatory lesion, ovary.

Antecedentes científicos

La tumoración anexial constituye una de las patologías más frecuentes en la práctica ginecológica, y corresponde a la tercera intervención quirúrgica en frecuencia en un servicio de ginecología. Se estima que cerca de 1 de cada 10 mujeres tendrá un tumor anexial a lo largo de su vida, y la mayoría requerirá de cirugía. Aproximadamente 80% de los tumores anexiales tiene un comportamiento benigno.¹

Algunos datos epidemiológicos nos muestran la importancia del problema:

- Constituyen la cuarta causa de ingreso hospitalario.
- Aparecen sobre todo en edad reproductiva (20-45 años); las causas más frecuentes en esta época son las de origen funcional.
- En perimenopáusicas y postmenopáusicas deben ser objeto de estudio inmediato, por el aumento del riesgo de malignidad. Se sabe que el cáncer de ovario incrementa su frecuencia con la edad, hasta tal punto que el factor de riesgo de mayor peso es, sin duda alguna, la edad, con un máximo pico de incidencia entre los 60 y 70 años.²

A pesar de ser un hallazgo común, no existen estadísticas precisas disponibles sobre su incidencia, que varía en función de la población estudiada y de los criterios empleados. En Estados Unidos cerca del 10% de las mujeres en algún momento de su vida se someterán a evaluación quirúrgica por un tumor anexial, lo que supone una estimación de 60000 intervenciones quirúrgicas por año.³

Hoy día la aparición de un tumor anexial supone un reto tanto diagnóstico como terapéutico, ya que la mayoría son entidades benignas y no necesariamente demandan una intervención quirúrgica activa. Para determinar el diagnóstico y estrategia más adecuados, se debe realizar un triaje efectivo respecto al riesgo de malignidad, considerando cuidadosamente el contexto clínico de cada paciente de manera individual.⁴

La evaluación diagnóstica de las mujeres con una masa anexial benigna incluye la historia familiar y personal de la paciente, el examen físico, estudios de imagen: ecografía bidimensional y Doppler, Resonancia Magnética Nuclear, Tomografía computarizada; así como pruebas de laboratorio (hemograma, BHCG sérica, marcadores tumorales (CA 125).

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, según su comportamiento clínico en benignos y malignos o funcionales y no funcionales, las características macroscópicas de las distintas clases de tumores, o por criterios histológicos, histogénicos y embriológicos.⁵

El criterio de la clasificación de tumores no neoplásicos de ovario es que, hay lesiones ováricas que clínicamente deben considerarse como tumores, pero que no llenan el

requisito fundamental para ser clasificados como neoplasias verdaderas, es decir, que sus elementos estructurales tengan un desarrollo autónomo independiente del crecimiento de cualquier otro tejido u órgano. Estas lesiones se agrupan en:

1. Quistes solitarios no neoplásicos
 - a. Quiste folicular
 - b. Quiste de cuerpo lúteo
2. Ovario poliquístico
3. Endometriosis
4. Enfermedades inflamatorias
 - a. Infecciones no granulomatosas
 - b. Infecciones granulomatosas
 - c. Inflamación granulomatosa no infecciosas
5. Otros
 - a. Infarto
 - b. Hiperplasia mesotelial
 - c. Amiloidosis

En un estudio realizado en Perú durante 2 años, con 876 tumores anexiales operados, encontró que 165 correspondían a tumoraciones ováricas no neoplásicas (18,8% del total), destacaron los 59 casos de quistes foliculares (36% de estas tumoraciones), los 33 casos de endometriomas (20%) y los 29 casos de quistes lúteos hemorrágicos (18%). La edad promedio en que se presentaron estos tumores fue 40 y 41 años, respectivamente, lo que demuestra que, a pesar de ser en gran parte quistes funcionales, ocurrieron en mujeres mayores. Los 5 casos de quistes hemorrágicos se registraron en mujeres jóvenes con un promedio de edad de 27 años.

Es conveniente analizar las particularidades de cada tipo de tumor y de su diagnóstico clínico, pues no siempre hay indicación quirúrgica para su tratamiento.⁶

Estos tumores se presentan con frecuencia en la edad reproductiva de la mujer e intervienen en su capacidad reproductiva, por lo que debe considerarse tratarse con un criterio conservador. Cualquiera de estos tumores no neoplásicos, en particular, los quistes foliculares y luteínicos pueden dar hemorragias intraperitoneales por erosión de sus vasos o ruptura de sus paredes, dando un cuadro clínico similar a un embarazo ectópico roto que por el contrario requiere un manejo quirúrgico de emergencia.⁶

Los quistes foliculares del ovario son las estructuras quísticas más comúnmente halladas en los ovarios normales. Estos quistes provienen de variaciones patológicas temporarias de un proceso fisiológico normal y no son neoplásicos. Los tumores son el resultado de la falta de eclosión de un folículo maduro dominante o de la insuficiencia de un folículo inmaduro para sufrir el proceso normal de atresia, sin reabsorción del líquido folicular. Como factor etiológico se ha postulado la liberación anormal de gonadotropinas en la hipófisis anterior. Muchos quistes foliculares pierden la capacidad de producir estrógeno; en otros casos las células de la granulosa siguen siendo productivas y segregando estrógenos en forma prolongada. Los quistes foliculares

solitarios son comunes y pueden ocurrir durante todos los estadios de crecimiento, desde la vida fetal hasta la menopausia.⁷

Mediante ecografía pueden encontrarse en el 68% de ovarios premenárquicos (usualmente tienen menos de 10mm de diámetro). Los quistes tienen paredes delgadas, son uniloculares y su tamaño va de algunos milímetros hasta 8cm de diámetro, con promedio de 2cm. Para el diagnóstico el ultrasonido y sus parámetros tienen una sensibilidad de 80% y especificidad de 93%, lo que ha hecho que este examen sea el estándar de oro.

Cuando se sospecha de un quiste folicular, su manejo es conservador. Muchos de ellos se resuelven entre las 8 a 12 semanas de observación, el tratamiento con anticonceptivos orales puede acelerar la resolución del quiste.⁸

Los quistes de cuerpo lúteo tienen menor incidencia que los foliculares. El cuerpo lúteo no es considerado quiste a menos que su tamaño alcance 3cm de diámetro. El quiste es resultado de la hemorragia intraquística que se produce como una parte normal del periodo de vascularización, 2 a 4 días después de la ovulación. El sangrado es rápido y excesivo puede provocar la ruptura y hemoperitoneo. Es común que estos quistes no tengan actividad hormonal y posean un diámetro promedio de 4 cm. Cuando se produce hemorragia predomina en el lado derecho, posiblemente por la presión intraluminal es más elevada.

Lo característico de la ruptura es que se produce durante los 20 a 26 días del ciclo menstrual. Muchas pacientes presentan dolor agudo de menos de 24hrs de evolución, aunque en el 23% el dolor puede tener una duración de 7 días. Cerca del 17% de las pacientes relatan el inicio del dolor durante el coito. La ecografía puede confirmar el diagnóstico.⁹

En 1935 se reportó la asociación entre la presencia de lesiones poliquísticas bilaterales en los ovarios con la anovulación, amenorrea e infertilidad, y observaron que muchas de estas pacientes presentaban hirsutismo y obesidad. Actualmente conocemos que el síndrome de ovarios poliquísticos es la causa más importante de infertilidad secundaria a anovulación. Su etiología es incierta, se reconocen factores genéticos y un importante defecto en el metabolismo de la insulina. Se produce una resistencia a la insulina en el tejido adiposo y musculo esquelético, ocasionando hiperinsulinemia, y los ovarios siguen siendo sensibles al efecto de la insulina gracias al factor de crecimiento 1 similar a la insulina y a la hormona luteinizante se produce una hiperplasia de células de la teca, incrementando los niveles de andrógenos y estrógenos y se produce un arresto folicular.

Los ovarios comúnmente están alargados y rodeados con folículos múltiples quísticos, la superficie es acartonada y pálida que da la apariencia de una verdadera cápsula. Microscópicamente la corteza se observa hipocelular con incremento en fibras de colágeno, los quistes son alineados principalmente en la teca interna dando un aspecto

de hipertecosis folicular, las células de la granulosa se encuentran en menor número y no están luteinizadas.¹⁰

En 1906 se introdujo el término “decidua ectópica” para describir la transformación a tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. En el ovario es la lesión más común y muy frecuentemente asociado al embarazo. Su cuadro clínico es inespecífico, pero se piensa en ella cuando hay dismenorrea secundaria, localizada y progresiva, trastornos menstruales, esterilidad y tumor ovárico cuya sensibilidad y tamaño aumentan durante el periodo menstrual. En una vista microscópica el cambio de la decidua se da comúnmente en el estroma cortical y se separa del epitelio superficial. La decidua es similar a la encontrada en el tejido endometrial y ricamente vascularizado, se pueden encontrar células musculares.

En vista de la dependencia ovárica de la endometriosis, el único tratamiento radical es la supresión de la función ovárica, cuando las lesiones no son accesibles a cirugía, cuando hay reactivación de una lesión tratada previamente de forma quirúrgica o cuando es un grado leve, debe recurrirse al tratamiento hormonal.¹¹

Las infecciones no granulomatosas incluyen a la enfermedad pélvica inflamatoria que generalmente inicia como una infección ascendente que proviene de las fimbrias. Los agentes etiológicos implicados más comúnmente son, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma hominis*. El aspecto del ovario es de una inflamación severa con tejido de granulación y exudado, se puede perder la anatomía, fusionándose el ovario con la fimbria u otros órganos, y formando abscesos tuboováricos. La mayoría de veces es una afección unilateral, y se resuelve de forma espontánea ocasionando adherencias fibrosas entre el ovario y la tuba. Generalmente no es necesario identificar el agente causal y se inicia tratamiento antibiótico empírico.¹²

La principal infección granulomatosa en el ovario es la tuberculosis, secundaria a una infección tubaria, aunque también se puede adquirir de forma hematógena. Los ovarios son afectados en un 25% de los casos de tuberculosis genital, es frecuente la presencia de adherencias en epiplón e intestino.

En pacientes con sarcoidosis o enfermedad de Crohn se pueden presentar granulomas de extensión en el ovario, son pequeñas colecciones de células epiteliales, rodeadas de células gigantes. Estas lesiones tienen poca significancia clínica.¹³

La torsión, es el resultado de un infarto hemorrágico, una de las principales complicaciones de los tumores ováricos. Usualmente la trompa ipsilateral también sufre de torsión. Generalmente se presenta como un cuadro agudo de dolor abdominal unilateral.

La hiperplasia mesotelial se produce cuando las células mesoteliales son estimuladas de forma exagerada, puede ser por procesos neoplásicos o inflamatorios.

Encontraremos patrón tubulopapilar y células mesoteliales difusas, ausencia de tumor.¹⁴

La amiloidosis usualmente es un hallazgo en pacientes con amiloidosis sistémica, sin embargo, se puede presentar solo como tumor dependiente de ovario.¹⁵

Objetivo

Determinar la frecuencia de lesiones inflamatorias y no neoplásicas de ovario.

Planteamiento del problema

¿Cuál es la frecuencia de lesiones de ovario inflamatorias y no neoplásicas?

Justificación

Un estudio realizado de 6 871 casos de patología quirúrgica de ovario en un hospital general de Colombia, dio como resultado que los tumores no neoplásicos de ovario corresponden a un 55.4% del total de casos atendidos por patología tumoral de este órgano. Siendo el quiste folicular la prevalencia, en una edad promedio de 27 a 35 años.

Con este estudio se realizó una revisión de los casos quirúrgicos de patología tumoral de ovario con resultado anatomopatológico que se incluya como tumor no neoplásico, para evaluando su frecuencia y valorando la posibilidad de disminuir tratamientos quirúrgicos radicales al tratarse de patologías no malignas.

Metodología y tipo de estudio

Estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo.

Área de estudio

México, Ciudad de México, UMAE NO. 4 "Luis Castelazo Ayala", servicio de anatomía patológica.

Universo de trabajo

Se tomaron los resultados de patología con diagnóstico de lesión inflamatoria y no neoplásica de ovario del departamento de anatomía patológica en el periodo del 01 de enero del 2017 al 31 de diciembre del 2018.

Resultados

Se revisaron un total de 716 reportes histopatológicos de lesiones de ovario, con o sin histerectomía, en el periodo 2017 a 2018 recabados en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".

De los 716 pacientes, el 26.3% (188 casos) representaron tumores neoplásicos benignos; 14% (100 casos) fueron ovario sin alteraciones histopatológicas y 59.7% (428 casos) se trataron de lesiones inflamatorias y no neoplásicas de ovario. (Tabla 1)

De los reportes obtenidos 46.7% (335 casos) fueron resultado de histerectomía con salpingooforectomía; 80.5% (578 casos) fue salpingooforectomía unilateral y 19.5%. (Tabla 2)

Con respecto a la distribución de las lesiones según el grupo etario la media fue de 45 años y un 75% (537 casos) se encuentra por debajo de los 51 años. (Tabla 3)

La frecuencia de las lesiones inflamatorias y no neoplásicas de ovario representan 428 casos, obteniendo como resultados: el 37.8% (162 casos) representaron quistes foliculares, el 31.5% (135 casos) endometrioma, 17.5% (75 casos) quiste de inclusión, 6.2% (27 casos) quiste de cuerpo lúteo, 4.6% (20 casos) absceso, 1.8% (8 casos) infarto, 0.6% (un caso) tuberculosis, en cuanto a las lesiones por sarcoidosis, ovario poliquístico y amiloidosis no se reportaron casos. (Tabla 4)

Según el tipo histopatológico de la lesión el comportamiento por grupo etario fue: quiste folicular el 48.1% (78 casos) se encontró entre los 40-50 años; endometrioma el 42.9% (58 casos) están entre los 30-40 años; en el quiste de inclusión el 38.7% (29 casos) se encuentran entre 40-50 años; el quiste lúteo se encontró que el 48.1% (13 casos) se encontraron entre 40-50 años; en absceso se encontró 45.0% (9 casos) entre 30-40 años y el infarto no se encontró un grupo etario con mayoría de casos. (Tabla 5)

Discusión

Las lesiones inflamatorias y no neoplásicas de ovario representan del 10 al 18% del total de la patología benigna de ovario, según la literatura consultada, sin embargo, en esta serie la incidencia fue de 59.7% en la población estudiada.³

De las piezas recibidas en el departamento de patología se encontró que la lesión a estudiar provenía en la mayoría de casos de una ooforectomía unilateral con un 80.5% y asociado a histerectomía en un 46.7%.

En cuanto a los tipos histológicos de las lesiones inflamatorias y no neoplásicas en la bibliografía estudiada coincide con los hallazgos del estudio en esta población, teniendo como primer lugar de incidencia el quiste folicular (37.8%), en segundo lugar, endometrioma (31.5%), sin embargo, el tercer lugar la literatura muestra al quiste de cuerpo lúteo con un 18%, en la serie de casos estudiados se obtuvo al quiste de inclusión como tercer lugar con un 17.5%.²

De acuerdo a la bibliografía consultada coincide el quiste folicular como la lesión no neoplásica más frecuente, sin embargo, en la literatura refieren un rango de edad de aparición de 27 a 35 años, en los reportes se obtuvo que el grupo etario más frecuente fue de 40 a 50 años.⁴

Se encontró reportado un caso de tuberculosis, y no se reportaron casos de otras lesiones inflamatorias como sarcoidosis, amiloidosis ni de ovario poliquístico.

De las lesiones inflamatorias la bibliografía reporta el absceso ovárico como a principal lesión con un 3.6%, que corresponde a los reportes que se encontraron, en donde se obtuvo al absceso con un 4.6% (20 casos), como el primer lugar, y el resto de lesiones inflamatorias sin casos reportados.¹⁴

La edad promedio de presentación de lesiones inflamatorias y no neoplásicas fue de 45 años, con un caso de 14 años con reporte de quiste de cuerpo lúteo y se observa que un 75% de la población estudiada se encuentra por debajo de los 51 años. Lo anterior corresponde a la edad promedio reportada en la bibliografía que va de 40 a 41 años.¹

Se observó que el quiste folicular, el quiste de inclusión y el quiste de cuerpo lúteo el rango de edad que predomina se encuentra entre 40 a 50 años, mientras que el endometrioma y el absceso se encontró en población más joven, de los 30 a 40 años, y en cuanto al absceso no se encontró una edad de prevalencia.

Conclusiones

La frecuencia de las lesiones inflamatorias y no neoplásicas de ovario en la población del servicio de patología del hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" fue más alta 59.7%, que la reportada en otros estudios.

En esta serie de tumores de ovario predominan las lesiones inflamatorias y no neoplásicas que afectan a mujeres de 40-50 años comparado con los tumores neoplásicos benignos que se presentan en mujeres de 30-40 años.

De los tipos histológicos de lesiones no neoplásicas son más frecuentes los quistes foliculares.

De los casos reportados se observó que la pieza enviada en su mayoría consistió en salpingooforectomía unilateral sin histerectomía. Lo que es de gran importancia ya que se observó que la mayoría de la población afectada son mujeres en edad reproductiva.

Se encontró solo un caso de tuberculosis ovárica.

En nuestra población no se encontró ningún caso de sarcoidosis, amiloidosis ni de ovario poliquístico.

Tabla 1. Resultado de reportes de patología de tumores de ovario.

Reporte histológico	Número de casos	Porcentaje
Lesiones inflamatorias y no neoplásicas	428	59.7
Tumores neoplásicos benignos	188	26.3
Normales	100	14
Total	716	100

Tabla 2. Reporte de patología de tumores de ovario con histerectomía, unilaterales o bilaterales.

Cirugía	Número de casos	Porcentaje
Con histerectomía	335	46.7
Sin histerectomía	381	53.3
Salpingooforectomía unilateral	576	80.5
Salpingooforectomía bilateral	140	19.5

Tabla 3. Frecuencia de lesiones inflamatorias y no neoplásicas de ovario por grupo etario.

Edad	Número de casos	Porcentaje
10-20	1	0.23
20-30	49	11.4
30-40	125	29.2
40-50	166	38.7
50-60	59	13.7
60-70	21	4.9
70-80	6	1.4
80-90	1	0.2
Total	428	100

Tabla 4. Frecuencia de tumores de ovario inflamatorios y no neoplásicos por tipo histológico.

Tipo histológico	Número de casos	Porcentaje
Quiste folicular	162	37.8
Endometrioma	135	31.5
Quiste de inclusión	75	17.5
Quiste de cuerpo lúteo	27	6.2
Absceso	20	4.6
Infarto	8	1.8
Tuberculosis	1	0.6
Sarcoidosis	0	0
Ovario poliquístico	0	0
Amiloidosis	0	0
Total	428	100

Tabla 5. Edad de pacientes con tumor inflamatorio o no neoplásico de ovario, por tipo histológico.

Edad	Quiste folicular		Endometrioma		Quiste de inclusión		Quiste de cuerpo lúteo		Absceso		Infarto	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
10-20	0	0	0	0	0	0	1	3.7	0	0	0	0
20-30	13	8.02	22	16.3	5	6.67	3	11.11	4	20	2	25
30-40	41	25.31	58	42.96	9	12	6	22.22	9	45	2	25
40-50	78	48.15	39	22.88	29	38.67	12	48.15	5	25	2	25
50-60	22	13.58	9	6.67	22	29.33	2	7.41	2	10	2	25
60-70	5	3.09	5	3.7	9	12	2	7.41	0	0	0	0
70-80	2	1.23	2	1.48	1	1.33	1	0	0	0	0	0
80-90	1	0.62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	162	100	135	100	75	100	27	100	20	100	8	100

Bibliografía

1. Moreno Rojas A. Tumores de ovario- Revisión de la casuística de 8 años en el Hospital General de Neiva. *Rev Col Obs Gin* 1998;36:95-101.
2. Rasheed F, Sandhya M, Sowmya T. Study of histomorphological pattern of ovarian neoplastic and non- neoplastic lesions. *Int J Res Med Sci* 2017;5:2095-2098.
3. Álvarez Bravo A. Tratamiento quirúrgico de los tumores del ovario no neoplásicos. *Rev Fac Med* 1999;10:196-202.
4. Deepa H, Sheela C, Nehra B, Pawan B, Sachan B. Clinico-histopathological analysis of neoplastic and non-neoplastic lesion of ovary in Garhwal region of Uttarakhand: a 4 year study at tertiary level hospital. *Indian J Pathol Oncol* 2016;3:133-140.
5. Sánchez Aguilar J, Bastián Manso L, Castro Guevara E. Quistes no neoplásicos y neoplásicos de ovario en edad pediátrica. *Rev AMC* 2006;10:65-75.
6. Annapurna P, Jalagam Rajendra P, Natta Bharat R, Sudhakar G. Study of non-neoplastic lesions of the ovary. *J Dent Med Sci* 2015;1:92-96.
7. Clement Philip B. Selected miscellaneous ovarian lesions: small cell carcinomas, mesothelial lesions, mesenchymal and mixed neoplasms, and non-neoplastic lesions. *Mod Pathol* 2005;18:113-129.
8. Parakrama C, Clive R. *Patología general*. 3ª ed. México: Manual Moderno;1999.
9. Jones H, Wentz A, Burnett L. *Tratado de Ginecología de Novak*. 11ª ed. California: Interamericana McGraw-Hill;1991.
10. Fox H, Wells M. *Obstetrical and gynecological pathology*, 5ª ed. Livingston: Elsevier Science Limited;2003.
11. DeCherney A, Nathan L. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. 8ª ed. México: Manual Moderno;2003.
12. Lui J, Zanotti K. Management of the adnexal Mass. *Am J Obstet Gynecol* 2011;117:1413-1428.
13. Alvarez Bravo A. Tratamiento quirúrgico de los tumores de ovario no neoplásicos. *Ginecol Obstet Mex* 2016;5:196-202.
14. Sandoval Paredes J, Sandoval Paz C. Características histopatológicas de las tumoraciones anexiales. *Rev Peru Ginecol Obstet* 2016;15:339-395.
15. Blake G, Robert A, Tornos C. *Diagnostic pathology of ovarian tumors*. 6ª ed. New York:2011;55-73.
16. Rensselaer Van J, Ware Miller R. Evaluación y manejo de tumores ováricos detectados por ultrasonido en mujeres asintomáticas. *Am J Obstet Gynecol* 2016;127:848-858.
17. Mora Delgado M, Del Valle Solano R. Manejo de masas anexiales. *Rev Clin Esc Med* 2016;1:129-133.

11/3/2019

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 3606.
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA

Registro COFEPRIS 17 CI 09 010 024

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 026 2016121

FECHA Lunes, 11 de marzo de 2019

Dr. victor alberto olguin cruces

PRESENTE

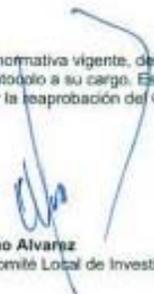
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FRECUENCIA DE LESIONES INFLAMATORIAS Y NO NEOPLÁSICAS DE OVARIO**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2019-3606-008

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. Oscar Moreno Alvarez
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3606

Incoprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL