

11217
2-A

2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



REVISION DE TUMORES DE OVARIO OPERADOS
EN EL TRANCURSO DE CUATRO AÑOS EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL
C.H. DOCTOR DARIO FERNANDEZ DEL I.S.S.S.T.E.

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. SUSANA ELVA CONTRERAS WEBER

MEXICO D.F. TESIS CON DICIEMBRE 1979

300728

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

- I.- TITULO: Revisión de tumores de ovario operados en el ---
transcurso de 4 años en el servicio de Ginecología y Obstetricia del C.H. DR. DARIO FERNANDEZ -
del I. S. S. S. T. E.
- II.- INTRODUCCION.-
- III.- HISTORIA.-
- IV.- OBJETIVOS: a.- Revisión retrospectiva de los parámetros-
de mayor importancia.
b.- Incidencia de los tumores malignos y be-
nignos.
c.- Corroborar la efectividad de los métodos-
clínicos y de laboratorio así como de ga-
binete en el diagnóstico preoperatorio co
rrelacionado con el diagnóstico histopatol^o
lógico de la pieza quirúrgica.
- V.- MATERIAL Y METODOS:
- a.- Se analizaron hojas rosas de egreso del -
archivo del servicio de G.O.
b.- Se revisó la libreta de reporte anatómopa
tológico del servicio de G.O.
c.- Se revisaron expedientes clínicos del ar-
chivo del C.H. Dr. Darío Fernández del --
I. S. S. S. T. E.

Se procedió a hacer correlación con los siguientes parámetros:

- a.- Edad.
b.- Antecedentes de esterilidad.
c.- Número de gestaciones.
d.- uso de hormonales.
e.- Síntomas y signos mas importantes.
f.- Exámenes de laboratorio especiales: cito-
logía vaginal.
g.- Exámenes de gabinete: ultrasonografía.
h.- Otros estudios: Citología del líquido de-
ascitis, biopsia de endometrio.
i.- Diagnóstico preoperatorio.
j.- Operación proyectada.
k.- Operación realizada.

- l.- Biopsia transoperatoria realizada.
- m.- Días de estancia intrahospitalaria.
- n.- Morbilidad.
- ñ.- Mortalidad.

VI.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

VII.- CONCLUSIONES.

VIII.-BIBLIOGRAFIA.

COORDINADOR: DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS, MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE G.O. DEL CH DR. DARIO FERNANDEZ DEL ----
I.S.S.S.T.E.

AUTOR: DRA. SUSANA ELVA CONTRERAS WEBER,
RIII DE G.O. DEL CH DR. DARIO FERNANDEZ DEL ----
I.S.S.S.T.E.
MEXICO, D.F. AÑO DE 1979 MES DE DICIEMBRE.

INTRODUCCION

Nunca se insistirá lo bastante en la importancia de los tumores de ovario, los que con frecuencia tienden a ser asintomáticos hasta que no alcanzan un tamaño considerable. Quizá uno de los problemas mayores sea la multiplicidad de los tipos tumorales, ya que hasta el momento no se ha logrado hacer una clasificación global y por otro lado hay que recordar que los ovarios son asiento fácil, de metástasis de otros órganos con patología maligna.

Las dificultades más frecuentes con que el clínico se tropieza al elaborar un diagnóstico de tumoración ovárica, son múltiples y los mencionaremos a continuación:

- 1.- Embriogénesis ovárica compleja.
- 2.- Multiplicidad de los tejidos que forman el ovario.
- 3.- Tendencia a la quistificación tanto benigna como maligna.
- 4.- Gran actividad funcional.
- 5.- Asociación con otras tumoraciones.
- 6.- Dificultad para la identificación histológica.
- 7.- Diagnóstico tardío sobre todo de los de tipo maligno. (1)

Para el residente quirúrgico es necesario el aprendizaje a fondo de los diversos tipos de patología ovárica y familiarizarse con ella para que de ésta manera tenga una idea más precisa durante el acto quirúrgico. (46). También es de importancia su paso por servicios de Anatomía patológica para que -

de ésta manera no solo aprenda a distinguir tumores, sino poder valorar su aspecto microscópico.

Por otra parte la decisión de si deberá ser extirpado -- uno o los dos ovarios, deberá individualizarse en cada caso, tomando en cuenta no solo los síntomas, sino también la edad, estado civil, estado psíquico y la importancia de mantener su ciclo menstrual y sus funciones de reproducción: pero sobre todo la estirpe histológica del tumor. El tipo de cirugía dependerá del estudio integral de cada paciente y del conocimiento y comprensión a fondo de la fisiología y de la fisiopatología de los órganos de la reproducción y de las manifestaciones clínicas de la enfermedad, así mismo de saber no solo "Cómo" hacerla, sino saber "Cuándo, porque y qué", de ésta manera obtendremos mortalidad y morbilidad baja. (46).

El hecho de haber escogido éste tema como trabajo de Tesis ha sido porque se trata de un tema apasionante y porque desgraciadamente y con gran frecuencia se hace en forma tardía el diagnóstico.

Para realizar este trabajo he contado con la colaboración desinteresada del Dr. Alberto Chávez Merlos Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del C.H. Dr. Darío Fernández del I.S.S.S.T.E. con pacientes de este mismo centro hospitalario y con la ayuda del servicio de Archivo clínico y de Anatomía Patológica de este mismo centro hospitalario y finalmente, con la revisión de la literatura que existe tanto en bi-

bliotecas, hemerotecas y en centros de información por computación en lo referente a éste tema.

HISTORIA

Los tumores de ovario abarcan un tema muy amplio y de gran importancia no solo dentro de la ginecología sino también de la oncología y de la patología. Dado que su nomenclatura y clasificación siguen siendo motivo de discusión; en cuanto a su terapéutica hay divergencias de criterio y además porque la bibliografía es muy amplia. A partir del libro de Spencer Wells en 1884 (1), los trabajos monográficos sobre tumores de ovario han ido en aumento y se conocen hasta la fecha solo 12, se agregan a ellos capítulos dedicados al tema en libros sobre tumores tanto en los ginecológicos como en revistas médicas.

Con la práctica de la autopsia, fué posible la descripción de los tumores ováricos en los siglos XVII y XVIII (36), así mismo ello se encuentra reportado ya en los trabajos de Virchow. Otros investigadores que también escribieron sobre ésta entidad fueron: Krukenberg, Walthard Von Kahliden y Schiller y es de mencionar en forma especial a R. Meyer quien lo describe en su libro titulado "Descripción anatómica y clasificación" (26). Fué en el terreno de la cirugía abdominal y de la ginecología en donde se puso más énfasis en el estudio de los tumores, y se puede señalar a éste respecto lo anotado por varios autores como fueron: Suárez Gamboa, Velázquez Uriarte, Juan Villareal, J. Castillejos, Rosendo Amor y Francisco Reyes.

En el año de 1701, Robert Houston, originario de Glasgow,

fué el primero en efectuar una operación sobre ovario, no se sabe exactamente si extirpó o solo drenó el quiste, pero la paciente de nombre Margaret Miller vivió 13 años después de la operación. En 1809 Efraim Macdowell originario de Virginia USA, fue el primero en efectuar la primera Anexiectomía, habiendo hecho durante toda su carrera 13 ovariectomías con solo 5 fracasos. En 1864 Jules Pean en París efectuó la primera Ovariectomía. En 1870, se presentó la primera clasificación de tumores de ovario por el alemán Heinrich Wilhelm Von Wladyer Hertz. En 1875, se efectúa la primera ovariectomía en México por el Dr. Julio Clement, siendo un éxito la intervención.

En 1895 el Dr Friedrich Ernest Krukenberg presentó su tesis sobre el estudio de un tumor ovárico mixto al que le llamó fibrosarcoma mucocellulare carcinomatoide, el cual en la actualidad lleva su nombre.

En 1896 Emil Kramer demostró la actividad endócrina tan importante de los ovarios en sus observaciones sobre castración y sobre efectos sobre el endometrio.

En 1900 Jacobaeus introduce un instrumento óptico en la cavidad abdominal con el fin de visualizar las vísceras pélvicas (11).

En 1892 Fiedel Pick un alemán fué el primero en demostrar un coriepitelioma en una niña de 9 años.

En 1907 Fritz Brenner descubre un tumor de ovario que erro

neamente llamó Oforoma folicular y que en la actualidad lleva su nombre. (34).

En 1910 John Albert Sampson describió el reflujo, tubario, dando una hipótesis de la formación del quiste endometriode del ovario (1).

En 1971 los norteamericanos Stockard y Papanicolaou informaron sobre sus observaciones en las células del epitelio vaginal de conejillos de indias, correlacionado con el desarrollo folicular en los ovarios. (28,34).

En 1923 Edgar Allen y Edward Doisy estadounidenses descubren la hormona folicular.

En 1924 se efectúa por Henser la primera Histerosalpingografía basado en estudios de Sicar y Foriester sobre la introducción de lípidol en el útero.

En 1926 Morreti y Arregoni publican sus observaciones clínicas sobre el cuadro de la hipertecosis ovárica.

En 1928 el Dr Irving Stein describe la entidad que corresponde a mujeres con infertilidad, oligomenorrea, hirsutismo y obesidad a la cual llamó Síndrome de Stein-Leventhal.

En 1930 Lofler y Priesel describen el tecoma, en ese mismo año Meyer describe el Ginandroblastoma.

En 1939 Schiller publica varios artículos sobre el mesonefro.

En 1944 Decker y Cherry introducen el culdoscopio como mé-

todo de diagnóstico (11).

En 1950 fué introducido el ultrasonido en la búsqueda de tumores abdominales por Donald y cols.

En 1961 Donald introduce el ultrasonido específicamente en el campo de la obstetricia y de la ginecología. (12).

En 1963 Stenberg describe el luteoma de la embarazada. - (34).

En la actualidad son múltiples los métodos de diagnóstico, de tratamiento y las técnicas quirúrgicas que existen para la resolución de las tumores ováricas.

MATERIAL Y METODO

Para el estudio de ésta entidad clinica-patológica fué - necesaria la revisión de 134 casos ginecológicos de pacientes - con tumoraciones ováricas, los cuales fueron tomados del archi- vo clínico del C.H. Dr Darío Fdez, así como de las hojas de egra- so y de la libreta de reporte anatonopatológico del Archivo del Servicio de Ginecología y Obstetricia, comprendido en el lapso- del 1-enero de 1975 al 1 de enero de 1979, no se tomaron en - cuenta 12 casos por no encontrarse los expedientes.

Los objetivos principales que se buscan con esté trabajo son los siguientes: Hacer una revisión retrospectiva de los pa- rámetros más importantes como son: frecuencia de tumores malignos y benignos, corroborar la efectividad de los métodos clíni- cos, de laboratorio y de gabinete, corroborándose dicho diagnós- tico clínico con el reporte histopatológico de la pieza operato- ria. También se harán al final conclusiones que serán de utili- dad en el futuro para el diagnóstico preciso de los tumores de - ovario. Los parámetros que correlacionamos y que codificamos de- mayor importancia para este estudio y que nos sirven para apoyar nuestros objetivos son: edad, número de gestaciones, uso de her- monales, esterilidad, síntomas y signos más importantes, estu- - dios de laboratorio tales como la citología vaginal, de gabinete como la ecografía y especiales como la biopsia de endometrio, -- citología del líquido de ascitis y la biopsia transoperatoria, el

diagnóstico clínico preoperatorio, el diagnóstico anatomopatológico, la operación proyectada, la operación realizada, días de estancia intrahospitalaria, morbilidad y mortalidad, parámetros con los cuales hemos podido llegar a efectuar nuestras conclusiones.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CUADRO NO 1

FRECUENCIA DE TUMORES MALIGNOS Y BENIGNOS

CATEGORIA	NºC	%
BENIGNOS	114	93.44
MALIGNOS	8	6.56
TOTAL	122	100.00

En el cuadro No 1 podemos observar que las tumoraciones más frecuentes correspondieron a los tumores benignos con 114 casos con un porcentaje de 93.44%, contra los tumores malignos con 8 casos con 6.56%. Esto está de acuerdo con los autores que reportan mayor frecuencia de hasta dos terceras partes de tumores benignos sobre los malignos (1). Algunos autores mencionan que no es de importancia intentar dar una cifra de proporción entre tumores benignos y malignos dadas las diversas interpretaciones que hay, pero en nuestra revisión se encontró una frecuencia ligeramente mayor a la reportada por autores tales como Perez Múndrego (35), Sherman (40) que reportan un 3% para tumores malignos u Novack (34) que reporta el 75% de todos los tumores de ovario como benignos; Para Graham Shuellere y Back (46) es de 15% la incidencia de tumores malignos sobre benignos. En un estudio efectuado por Vargas López en 1977 (48), reporta que de 112 pacientes estudiadas en un lapso de dos años por tumoraciones ováricas correspondieron 100 casos a tumor benigno con -

89.28% contra 12 casos de tumor malignos con 10.72% lo cual está de acuerdo con el trabajo presentado ahora por nosotros.

De las tumoraciones benignas se menciona como la más frecuente a las tumoraciones quísticas del tipo del cistadenoma seroso y de las malignas al cistadenocarcinoma seroso y de las tumores funcionantes de ovario el principal es el tumor de células de la teca y de la granulosa. (38).

CUADRO No 2
 FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS

NEOPLASIAS	NºC	%
QUISTICAS	111	97.37
SOLIDAS	3	2.63
TOTAL	114	100.00

En el cuadro No 2 debemos aclarar, que para el presente estudio se clasificaron los tumores benignos como Quísticas y como sólidos. Así en esta Revisión correspondieron 111 casos a tumoraciones quísticas con 97.37% contra 3 casos de tumor sólido con un 2.63%, lo cual coincide con lo reportado por otros -- autores que han dicho que las tumoraciones quísticas de ovario son las más frecuentes dándole hasta un porcentaje de 67 a 73% como lo reporta Kaser (28); Frick (8) lo reporta hasta en un -- 80%. En el presente estudio correspondió a una incidencia un po co mayor a la mencionada.

CUADRO No 3

FRECUENCIA DE TUMORES MALIGNOS

ESTIRPE HISTOLOGICA	NoC	%
CISTADENOCARCINOMA PAPILAR SEROSO DE OVARIO I.	3	37.50
CA ENDOMETRIOIDE BILATERAL	3	37.50
CARCINOMA PAPILAR MIXTO BIEN DIFERENCIADO DE OVARIO D.	1	12.50
TUMOR MALIGNO DE LA TECA/ GRANULOSA	1	12.50
TOTAL	8	100.00

En el cuadro No 3 encontramos que los tumores malignos del lote de 122 pacientes correspondieron a 8 casos. De estos ocupó el primer lugar el cistadenocarcinoma papilar seroso con 37.50% lo cual coincide con el reporte de otros autores que lo consignan con una frecuencia de hasta 40% (43,48) también reportan que este tumor en la mitad de los casos afecta a los dos ovarios, pero en nuestro estudio no hubo ningún caso de tumoración bilateral. El Ca.endometrioiide también correspondió a 3 - casos con 37.50%, los autores lo reportan con una frecuencia - de 21% y también mencionan que en la mitad de los casos toma - los dos ovarios (28.34%); en nuestro estudio nunca fué bilate- ral. A carcinoma papilar mixto bien diferenciado correspondió - 1 caso con 12.50%, esta tumoración los autores lo reportan co-

no una forma rara (34,50).

A tumor maligno de la teca granulosa correspondió un caso con 12.50%, esta tumoración la reportan como la tumoración funcionante más frecuente (16), es el tumor ovárico que cursa con más frecuencia con producción de estrógenos y se le asocia a tumor del cuerpo uterino en un 3.27%(1).

Entre los cánceres que cada día toman más auge se reporta el carcinoma ovárico, en 1975 en USA murieron 14000 mujeres debido a él. La gran importancia del Ca. ovárico reside en que el 15% de todos los tumores de la mujer tienen origen ovárico (44).

Anikwe en 1978 (3), informa de un estudio efectuado en 9326 mujeres con tumoración ovárica, correspondieron 82 casos a ca ovárico de tipo funcionante. 39 fueron tecomas, 30 fueron tumores de la granulosa y solo 2 de la teca y de la granulosa. Estos tumores dice que recurren en un 30%, lo cual es a largo plazo ya que su crecimiento es lento. En nuestro estudio el único caso mencionado presentó pocos datos de feminización y fue canalizado a un centro oncológico especializado después de someterse a HTA más SOB.

CUADRO No 4

FRECUENCIA DE TUMORES QUISTICOS

ESTIRPE HISTOLOGICA	NoC	%
QUISTES FOLICULARES	34	30.60
CISTADENOMA SEROSO	34	30.60
QUISTE DERMOIDE	17	16.00
FOLIQUISTOSIS OVARICA	2	9.11
QUISTE ENDOMETRIOIDE	1	0.90
CISTADENOMA MUCINOSO	1	0.90
OTROS	15	13.51
TOTAL	111	100.00

En el cuadro no 4 encontramos que la frecuencia mayor de los tumores quísticos ováricos correspondió a quistes foliculares y a cistadenomas serosos ambos con 34 casos con 30.60%. Los quistes foliculares son pequeñas estructuras quísticas que se observan con mayor frecuencia en los ovarios y que pueden considerarse como quistes de retención de tipo funcional, su origen es a partir de los folículos o de los cuerpos amarillos. Por otra parte los cistadenomas serosos son una forma de tumoración quística muy frecuente reportada hasta en un 30-50% los autores mencionan que con gran frecuencia es bilateral, en nuestro estudio siempre fué unilateral, se ha dicho que los tumores serosos son más frecuentes que los mucinosos, pero en realidad se ha

comprobado por otros autores que la diferencia es poca, lo importante de mencionar es que predomina la malignización de los serosos sobre los mucinosos hasta en un 50%. (28 y 34).

A quiste dermoide correspondieron 17 casos con 16%. Se ha reportado que aproximadamente el 10% de los tumores ováricos son teratomas o quistes dermoides, se reportan hasta en un 12% de -- predominio bilateral, no es rara la asociación de ellos con un - cistadenoma mucinoso o con un tumor de brenner y se reporta su - malignización hasta en un 1.9% (34). A poliquistosis ovárica correspondieron 9 casos con 9.11% esta entidad es diferente a ovarios poliquísticos o síndrome de Stein-Leventhal, de este no se encontró ningún caso.

Solo se reportó un caso de quiste endometriode con 0.9% que corresponde a lo anotado por otros autores que dan el mismo porcentaje en cuanto a tumoraciones benígnas. El término endometriode hace referencia al parecido de ésta tumoración con algunas de endometrio, también se le ha llamado quiste de chocolate- (1)

El quiste mucinoso solo correspondió al I caso con 0.9% se reporta que es menos frecuente que el cistadenoma seroso, con -- frecuencia se reporta que tiende a la taconatosis o sea a la lú teinización, y puede malignizarse (1).

A otras tumoraciones correspondieron 15 casos con 13.51% los cuales se trataron de casos de Píovario, hiperplasia cortical medular (estos dos casos asociados con tumoración mamaria maligna) y a cuerpos amarillos hemorrágicos.

CUADRO No 5
 FRECUENCIA DE TUMORES SOLIDOS BENIGNOS

ESTIRPE HISTOLOGICA	NoC	%
TUMOR BENIGNO DE LA TECA GRANULOSA	1	33.33
TUMOR BENIGNO DE LA TECA O TECOMA	1	33.33
FIBROMA DE OVARIO	1	33.33
TOTAL	3	100.00

En el cuadro No 5 puede observarse que de los tumores sólidos del lote de 114 casos de tumoración ovárica benigna, correspondió 1 caso con 33.33% a Tumor benigno de la teca y de la granulosa, se ha dicho que estas tumoraciones son las más comunes y que se derivan de la glándulas sexuales, correspondiendo a 4% de todos los tumores de ovario como lo ha reportado -- Dinnerstein (16). Para Morris (32) es de 4-9%. Estas tumoraciones son funcionantes y con gran frecuencia tienden a la malignización, pero en nuestro estudio el caso único que tuvimos se trató de una tumoración benigna.

A tumor benigno de la teca o tecomoma correspondió también un caso con 33.33%, ésta tumoración se reporta como rara y corresponde al 1x8 de los tumores de la teca granulosa el 1x tiende a la malignización pero otros autores reportan que se maligniza en un 2.6% tal como lo reporta Saleh (39). A fibroma

de ovario correspondió 1 caso con 33.33%, Moore ha reportado que el 5% de todos los tumores de ovario son fibromas, Kaser y Pérez Tama-
yo (28,36) lo reportan también en un 5% y Dockerty (17), lo --
reporta en un 10%.

CUADRO No. 6

FRECUENCIA POR EDAD EN TUMORES BENIGNOS

EDAD	Nos	%
16 a 25 años	19	16.66
26 a 35	60	52.62
36 a 45	27	23.68
46 a 55	7	6.14
56 a 65	0	0
66 a 75	1	0.86
TOTAL	114	100.00

En el cuadro No. 6 podemos apreciar que de los tumores benignos la frecuencia mayor la obtuvimos entre las edades de 26 a 35 años con 60 casos lo que constituyó el 52.62 % y que coincide con lo reportado por otros autores tales como Symonds (42), Moore (31) Kaser (28) y Novack (34) y que dicen también que las tumoraciones benignas con más frecuencia se reportan en las edades de mayor fertilidad correspondiendo su incidencia mayor a quistes foliculares siguiendo en orden de importancia los cistomas serosos. Después de los 50 años los tumores que predominan son los tumores malignos, en nuestro estudio se encontró entre las edades de 46 a 55 años 7 casos con 6.14 % de tumoración benigna, es de llamar la atención que entre las edades de 56 a 65 años no tuvimos ningún caso y solo correspondió-

a un caso con 0.86% a las edades de 66 a 75 años,. Por otro lado entre las edades de 16 a 25 años se encontraron 19 casos con 16.66% lo que corresponde a lo reportado por los diversos autores los que dicen que casi todos las tumoraciones que se presentan en estas edades son de tipo benigno, aunque en la actualidad nos llama la atención que se están reportando casos más frecuentes de carácter maligno en personas jóvenes. En el estudio efectuado por Vargas López sobre tumores de ovario reporta la frecuencia mayor de tumores benignos entre la 3 y 4 década de la vida lo cual esta bastante de acuerdo con nuestro estudio. - (48).

CUADRO No. 7

FRECUENCIA POR EDAD EN TUMORES MALIGNOS

EDAD	Noc	%
16 a 25 años	1	12.50
26 a 35 años	3	37.50
36 a 45 años	1	12.50
46 a 55 años	2	25.00
56 a 65	0	0
66 a 75	1	12.50
TOTAL	8	100.00

En el cuadro No. 7 se encontró para las edades de 26 a - 35 años la mayor incidencia con 3 casos con 37.50% contrariamente a lo que reportan algunos autores en cuanto a que la incidencia mayor es después de los 50 años. Para Ahumada (4), Díaz Bazán (15), Urrutria (47) y Zuckerman (50) reportan la incidencia mayor después de los 40 años, así encontramos que en las edades de 46 a 55 años se reportan 2 casos con 25% lo que coincide con lo mencionado anteriormente. Hemos de mencionar que la paciente de menor edad en nuestros casos fue de 19 años y la mayor edad fue de 75 años. Dumont-Herskowitz reporta que los tumores ováricos son poco frecuentes en la infancia y cuando estos se encuentran corresponden a tumores benignos del tipo del teratoma los-

pocos casos que se han reportado de cáncer maligno en la infancia han correspondido a disgerminomas; esta es una forma rara de tumor maligno que se encuentra con mayor frecuencia en niñas y mujeres jóvenes, su crecimiento está confinado a un ovario y se ha reportado en forma bilateral en solo 10%, da rápidamente metástasis linfáticas y es altamente radiosensible. Burkons (5) reporta en un estudio de 13 pacientes con disgerminoma de ovario con edades de 12-40 años las cuales se manejaron con salpingooforectomía unilateral y biopsia del otro ovario. En 1979 se reportó por James (25) el caso de una niña de 3 años y medio la cual desarrolló pubertad precoz debido a un tumor maligno de la teca y de la granulosa. Para Benson (6), Morris (33), Thatcher (45) el Ca de ovario es raro en la niñez y en la adolescencia, pero Marshall Ziegler (1) ha reportado tumoraciones malignas aún en la lactancia. En el estudio efectuado por Vargas Ló-López sobre tumores de ovario encontró la mayor frecuencia en la 2 y en la 5 década de la vida, en nuestro estudio los grupos de edades con mayor incidencia de Ca de ovario fueron a 2 y la 4 década, el tumor que predominó fue el cistadenocarcinoma seroso lo que está de acuerdo con lo reportado por el mismo autor.

CUADRO No. 8

ESTERILIDAD Y TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS

CATEGORIA	Noc	%
BENIGNOS	14	93.33
MALIGNOS	1	6.67
TOTAL	15	100.00

En el cuadro No. 8 podemos apreciar que de las 122 pacientes estudiadas solo 15 cursaron con esterilidad, correspondieron 14 casos a tumoración benigna con 93.33% y sólo un caso a tumoración maligna con 6.67%. Podemos señalar también que un caso no mencionado en la tabla correspondió a una paciente vigen de 29 años. 12 casos de la categoría de tumores benignos correspondieron a: poliquistosis ovárica 9, y a quistes foliculares 3 casos; esta pacientes cursaron con trastornos menstruales del tipo de la amenorrea los ciclos se regularizaron después de la cirugía (resección en cuña), pero no sabemos si se han embarazado o no. Algunos autores mencionan que es frecuente la asociación de tumores ováricos benignos con esterilidad (8,34).

En este estudio no se encontró ningún caso de síndrome de stein leventhal, sabemos que las pacientes con esta patología cursan con esterilidad y anovulación recurrente por acción estrogénica persistente. En un estudio efectuado por Jafari en 1978 -

(24) reporta 6 casos de pacientes con síndrome de stein-leven--
thal y coexistencia de Adenocarcinoma de endometrio, como comen-
tario dice que estas pacientes deben considerarse de alto ries-
go para desarrollar cáncer endometrial.

CUADRO No. 9

NUMERO DE GESTACIONES EN TUMORACIONES MALIGNAS

No. DE GESTACIONES	No.	%
MULIGESTA	3	37.50
PRIMIGESTA	2	25.00
SECUNDIGESTA	0	0
MULTIGESTA	3	37.50
TOTAL	8	100.00

En el cuadro No. 9 encontramos que para las nuligesta y para las multigestas correspondieron 3 casos para cada grupo con 37.50%, para primigestas 2 casos con 25% y no se encontró ningún caso en pacientes secundigestas. Por lo que se refiere a gravidez y embarazo los autores aún no aceptan relación etiológica, excepto en el coriocarcinoma (1).

Por otra parte es más frecuente que se asocien tumores y embarazo sobre todo del tipo de tumor de la granulosa o disgerminoma según lo reportan Graham (19), Hamilton (22), Brock (7), - Jeffcoate (26) y Smith (41) los que dan un porcentaje de 0.5%. La vida sexual activa no parece intervenir en la frecuencia de la Ca de ovario ya que en algunas estadísticas fue más frecuente en personas solteras y en otras en personas casadas (22, 49). Prácticamente cualquier tipo de tumor puede aparecer en el embarazo.

CUADRO No. 10

NUMERO DE GESTACIONES EN TUMORES BENIGNOS

NO. DE GESTACIONES	NO.	%
MULIGESTA	23	20.17
PRIMIGESTA	14	12.28
SECUNDIGESTA	22	19.29
MULTIGESTA	55	48.24
TOTAL	114	100.00

En el cuadro No. 10 podemos apreciar que del total de 114 casos de tumoraciones benignas correspondió la mayor incidencia con 55 casos a multigestas lo cual constituye el 48.24%, le siguen en orden de frecuencia las nuligestas con 23 casos y 20.17%, a primigestas correspondió 14 casos con 12.28%, a secundigestas 22 casos con 19.29%. Las tumoraciones benignas que se presentaron con más frecuencia fueron los teratomas, losquistomas y finalmente los mucinosos en los reportes mencionados por Tachi (43). Nivack (34) menciona que el quiste dermoide es la tumoración ovárica que con más frecuencia coincide con embarazo reportándola hasta en una incidencia de 1 x 600 embarazos.

Como se mencionó, para el Ca de ovario no se ha encontrado aún relación etiológica entre número de gestaciones y tumor benigno de ovario, lo que si es importante mencionar es que los quistes foliculares y del cuerpo amarillo se reportan como más

frecuentes en la edad de mayor estímulo hormonal (1).

En nuestro estudio encontramos 5 casos de embarazo y tumoración de ovario la cual correspondió a quiste dermoide y a quistes foliculares, lo cual está de acuerdo con lo reportado por los autores. (34).

CUADRO No. 11
USO DE HORMONALES

CATEGORIA	Noc	%
BENIGNOS	29	93,54
MALIGNOS	2	6,46
TOTAL	31	100,00

En el cuadro No. 11 podemos apreciar que de 31 casos de - pacientes con antecedentes de ingestión de hormonales y que desarrollaron tumoración ovárica, correspondió a 29 casos con 93.54% tumoración benigna, y solo se reportaron 2 casos con 6.46% para tumoración maligna. Todas estas pacientes tomaban hormonales del tipo combinado con fines anticonceptivos.

A pesar del empleo tan extenso de los estrógenos y progestágenos durante muchos años en el tratamiento de la menopausia o como método de anticoncepción, solo hasta fecha reciente se reportan datos que señalan que estas sustancias no guardan relación alguna con la producción de cáncer (23,38).

En una monografía publicada en 1974 por la organización - Internacional para la investigación del cáncer se señala que salvo la aparición de Ca endometrial en mujeres con disgenesia gonadal tratadas con dietilbestrol, no hubo pruebas que confirmaran la participación de los estrógenos en la etiología del cáncer.

Por otro lado en lo que sí se encontró relación de ingesta de hormonales y aparición de lesiones tumorales fue en patología mamaria y endometrial.

En el ovario ha sido señalado fibrosis del estroma que suele ser transitoria y que desaparece después de interrumpir el medicamento y la cual no tiene importancia clínica (30).

CUADRO No. 12

SINTOMAS MAS FRECUENTES EN TUMORES MALIGNOS Y BENIGNOS

DATOS CLINICOS	B	M	TOTAL	%
DOLOR	68	5	73	45.62
TRASTORNOS MENSTRUALES	35	2	37	23.12
DISMENORREA	17	1	18	11.25
CRECIMIENTO ABDOMINAL	11	4	15	9.38
ATAQUE AL EDO. GRAL.	0	2	2	1.25
NULO	15	0	15	9.38

En el cuadro. No. 12 podemos apreciar que la sintomatología mayor reportada por nuestra pacientes fue de DOLOR con 73 - pacientes que reporta el 45.62%, le siguió en orden de frecuencia los trastornos menstruales con 37 casos y 23.12%, a dismenorrea correspondieron 18 casos con 11.25%, a crecimiento abdominal 15 casos y 9.38%, ataque al estado general solo 2 casos con - - 1.25% y finalmente se reportaron como asintomática 15 pacientes - con 9.38%. El dolor se reportó como sensación de distensión abdominal y adolorimiento, para Kottmeier (29) Pomerance (37) y Urrutia (47) fue el síntoma más frecuente en sus investigaciones. En México en un estudio efectuado por Vargas López reporta al dolor como el síntoma principal con un porcentaje de 52% (48). Los - trastornos menstruales que nuestras pacientes presentaron fueron

casí siempre de oligomenorrea o de amenorrea. La dismenorrea se reporta por Vargas López hasta en un 12% de frecuencia (48). Varios autores reportan que el crecimiento abdominal es característico de las tumoraciones benignas cuando es condicionado por masas pélvicas, para otros autores cuando el crecimiento es condicionado por ascitis, lo asocian a tumoración maligna. Spohn describió un caso de una tumoración quística benigna con peso de 148 Kgs. lo cual no fue creíble.

Se reporta ataque al estado general en pacientes casi siempre con tumoración maligna y en nuestro estudio los 2 casos que tuvimos se trató de tumoración maligna que había dado ya metástasis a otros sitios. Las pacientes catalogadas como asintomáticas fueron en realidad hallazgos transoperatorios. No se investigó en este estudio ataque a otros sistemas tales como el digestivo, nervioso, urinario y tampoco el síntoma de leucorrea.

CUADRO No. 13

CITOLOGIA VAGINAL EN TUMORES MALIGNOS

CLASE	No.	%
POSITIVA	2	25.00
NEGATIVA	6	75.00
TOTAL	8	100.00

En el cuadro No. 13 apreciamos que de las 8 pacientes con tumoración ovárica maligna en 6 pacientes la citología vaginal - fue negativa lo cual constituyó el 75%, contra 2 pacientes en - quienes la citología resultó positiva con 25%. Ya que es un indi - cador muy sensible del estado hormonal esteroide el epitelio va - ginal. se ha dicho que en algunas ocasiones la citología cervico - vaginal puede identificar células que por sus características ha - gan sospechar en la posibilidad de un proceso neoplásico como lo - menciona Zuckerman (50). Los tumores funcionantes producen en la - citología una desviación del índice de maduración que es caracte - rístico de la hormona o de las hormonas secretadas, esto sucede - con los tumores de células de la granulosa y los luteinizantes - productores de progestágenos. En las pacientes con tumores no - funcionantes a pesar de la ausencia de secreción hormonal el ín - dice de maduración se encuentra alterado mencionando que se en - cuentra desviado a la derecha y a veces es el único dato de sos - pecha de enfermedad ovárica ya que las pacientes se encuentran -

asintomáticas (96, 34).

En un estudio efectuado en el centro Médico de New York - en los años de 1955-1976 sobre 9326 tumores de ovario, se encontraron en el 62% Hiperplasia de endometrio asociado con tumor de células de la teca, y en 37% hiperplasia de endometrio asociado con tumor de células de la granulosa. Cáncer de endometrio se asoció a ambas tumoraciones respectivamente en un 13 y en un 27%.

De nuestro estudio los 2 casos reportados con citología vaginal positiva correspondieron a tumor de ovario con metástasis a endometrio y a epiplón.

CUADRO No 14
LEGRADO BIOPSIA EN LOS TUMORES MALIGNOS

RESULTADO	NºC	%
POSITIVO A CA	3	37.50
NEGATIVO A CA	3	37.50
NO SE EFECTUO	2	25.00
TOTAL	8	100.00

En el cuadro no 14 puede apreciarse que de las 8 pacientes con tumoración maligna de ovario, a 2 no se les efectuó el grado biopsia, 3 pacientes se reportaron con resultado positivo a ca con 37.50% y otras 3 pacientes con resultado Negativo a Ca con 37.50%.

Los 3 casos de pacientes con resultado positivo tenían metástasis a endometrio, que sabemos es uno de los primeros sitios en donde da metástasis la tumoración maligna de ovario. Huber (10) reporta la frecuente asociación de Ca de ovario con Ca de endometrio, esta combinación es tan frecuente que a veces resulta imposible saber cual fué el primario o si se trata de dos lesiones diferentes. Esta asociación Novack (34) La reporta en un 15 a 20%. Ronald Green publicó una monografía en 1973 en la cual describe asociación de tumores funcionantes de ovario asociados a ca endometrial con una frecuencia de 3.3 --

a 5.2% Cuttler (14) y cols reportaron 5 casos de Ca de endometrio de un total de 24 pacientes con disgenesia gonadal tratados con estilbestrol.

CUADRO No. 15

OTROS METODOS DE DIAGNOSTICO	BENIGNOS	MALIGNOS	TOTAL
CITOLOGIA EN EL LIQUIDO DE ASCITIS	0	2	2
ULTRASONOGRAFIA	3	0	3

En el cuadro No. 15 se aprecia que del total de 122 pacientes estudiadas solo se practicó citología del líquido de ascitis a 2 pacientes con reporte positivo de malignidad y que correspondió a Ca. ovario con metástasis a epiplón. Paola y Zuckerman (49, 50), reportan que las células malignas que se encuentran en el líquido de ascitis no siempre indican siembra peritoneal, pues la simple descamación celular aparece en el líquido sin existir metástasis en muchos casos. Cuando el líquido es hemorrágico casi siempre hace pensar en un proceso maligno (1, 50). Por otra parte el líquido de ascitis cuya fisiopatología no está bien definida, puede encontrarse en tumores benignos tales como el fibroma de ovario o el tumor de Brenner, los que cursan con síndrome de Desmonds-Meigs (ascitis e hidrotórax) (1).

Johnson y cols en 1972 (27) señalan que un 13% de los derrames de origen neoplásico son originados por cáncer de ovario en el mismo cuadro podemos apreciar que solo se practico a 3 pacientes del total de 122 pacientes estudio ultrasonográfico y el reporte fue de naturaleza benigna. La ultrasonografía introduci-

da en 1961 en la ginecología (18) es en la actualidad un estudio esencial en lo que se refiere a patología de anexos, los autores reportan que por medio de ella ha sido posible efectuar diagnóstico macroscópico probable, de la tumoración (18,43).

CUADRO No 16

OPERACION PROYECTADA	NoC	OPERACION REALIZADA	No
		OFORECTOMIA UNILATERAL	26
		LEGRADO + OFORECTOMIA U.	7
		CUÑA DE OVARIO	6
		HTA + SOB	4
		SALPINGOFORECTOMIA BIL	2
		APENDICECTOMIA + CUÑA D.	2
		OFORECTOMIA + MIOECTOMIA	1
LAPARATOMIA EXPLORADORA	52	HTA + SALPINGOFORECTOMIA	U I
		HTA + SOB + OMENTECTOMIA	1
		PLASTIA INGUINAL + OFOREC	1
		TOMIA UNILATERAL	
		COLECISTECTOMIA + SALPIN-	1
		GOFORECTOMIA UNILATERAL.	
		SALPINGOCLASIA + OFORECTO	13
SALPINGOCLASIA BILATERAL	17	MIA UNILATERAL	
		SALPINGOCLASIA + CUÑA O.	4
		HTA + SOB	7
		OFORECTOMIA UNILATERAL	1
HTA	10	HTA MAS OFORECTOMIA U.	1
		HVR + OFORECTOMIA U.	1
		OFORECTOMIA UNILATERAL	9
OFORECTOMIA UNILATERAL	10	HTA + SOB	1
		LEGRADO + OFORECTOMIA U	6
		LEGRADO + CUÑA DE OVARIO	1
EX. BAJO ANESTESIA		SALPINGOCLASIA + CUÑA O.	1
		OFORECTOMIA UNILATERAL	1
		HTA + SOB	6
		HTA + SOB + OMENTECTOMIA	1
HTA MAS SOB	9	HTA + OFORECTOMIA U.	1
		OFORECTOMIA UNILATERAL	1
		OFORECTOMIA UNILATERAL	4
		MIOECTOMIA + CUÑA DE O.	1
MIOECTOMIA	6	CUÑA DE OVARIO	1
		CESAREA + OFORECTOMIA U	4
O. CESAREA	5	CESAREA ITERATIVA + SAL-	1
		PINGO + OFORECTOMIA U.	
		CUÑA DE OVARIO	2
CUÑA DE OVARIO	2	CUÑA DE OVARIO	2
		SALPINGO BIL + CUÑA DE O.	1
SALPINGO BIL + CUÑA DE O.	1	SALPINGO BIL + CUÑA O	1
		HVR + OFORECTOMIA U	1
HVR	1	HVR + OFORECTOMIA U	1
TOTAL	122		

En el cuadro no 16 se reporta que de los 122 casos estudiados la operación proyectada de mayor frecuencia fué la LAPARATOMIA EXPLORADORA con 52 casos correspondiendo a Oforectomía unilateral 26 casos, a legrado más oforectomía unilateral 7 casos, a cuña de ovario 6 casos, HTA más SOB 4 casos, SOB 2 casos, Apendicectomía más cuña de ovario 2 casos, oforectomía + miomectomía un caso, HTA más SOB unilateral un caso, HTA más SOB más omentectomía un caso, plastia inguinal más oforectomía unilateral un caso y un caso de colecistectomía más SOB unilateral.

Se proyectó efectuar salpingoclasia en 17 casos correspondiendo a salpingoclasia más oforectomía unilateral 13 casos, y a salpingoclasia más cuña de ovario 4 casos.

Se proyectó realizar HTA en 10 casos, realizandose HTA más SOB en 7 casos, Oforectomía unilateral un caso, HTA más SOB unilateral en un caso, y finalmente HVR más oforectomía unilateral en un caso.

Se programó Oforectomía unilateral en 10 casos efectuandose oforectomía unilateral en 9 casos y solo en un caso se realizó HTA más SOB.

Se programó Exploración bajo anestesia en 9 casos de urgencia y se realizó legrado más oforectomía unilateral en 6, legrado más cuña de ovario en un caso, salpingoclasia más cuña de ovario en un caso y oforectomía unilateral en un caso.

HTA más SOB se programó en 9 casos efectuandose HTA más --

SOB en 6 casos, HTA más SOB más Omentectomía en un caso, HTA más Oforectomía unilateral en un caso y oforectomía unilateral en un caso.

Miomectomía se programó en 6 casos de los cuales se efectuó Oforectomía unilateral en 4 casos, miomectomía y cuña de ovario en un caso y cuña de ovario en un caso.

Se programó operación cesarea en 5 casos, de los cuales -- se realizó O. cesarea más oforectomía unilateral en 4 casos, y -- cesarea interativa más salpingoclasia más oforectomia unilateral en un caso.

Se programó resección en cuña de ovario en 2 casos realizándose la misma cirugía en los 2 casos.

Se programó salpingoclasia bilateral más cuña de ovario en un caso y se efectuó lo mismo en ese caso.

Finalmente HVR en un caso efectuándose HVR más oforectomía unilateral por vía abdominal en ese caso.

En el estudio efectuado por Vargas López (48) sobre tumores de ovario reportó que los tumores benignos de ovario se manejaron con Salpingoforectomía unilateral, en otros oforectomía bilateral dependiendo de hallazgos y en algunos casos además de oforectomía tanto unilateral como bilateral se efectuó histerectomía total. Los tumores malignos los manejó en un porcentaje elevado y de acuerdo con estirpe histológica y edad de la paciente con histerectomía total abdominal más salpingooforectomía bilateral y --

CUADRO No. 17

CORRELACION	CLINICA		%	% TOTAL
	Noe	RESULTADO HISTOPATOLOGICO		
DIAGNOSTICO CLINICO PREOPERATORIO DE TUMORES BENIGNOS Y - MALIGNOS.				
TUMORES BENIGNOS	95	BENIGNOS: 91 MALIGNOS: 4	95.78 4.22	74.59 3.27
TUMORES MALIGNOS	6	BENIGNOS: 1 MALIGNOS: 5	16.67 83.33	.81 4.91
HALLAZGOS	21	BENIGNOS: 21 MALIGNOS: 0	100.00 0	16.42 0
TOTAL 122	122			100.00

En el cuadro No. 17 podemos apreciar que se hizo diagnóstico preoperatorio de tipo benignos en 95 casos correspondiendo a 91 casos reporte histopatológico también de tipo benignos con 95.78% sobre el total de 95 casos y 74.59% del total de 122 casos y resultado histopatológicos de tipo maligno a 4 casos con 4.22% y 3.27% respectivamente. Se hizo diagnóstico de tumoración maligna en 6 casos reportándose estirpe maligna en 5 casos con 83.33% y solo 1 caso con reporte de tipo benigno correspondele el 16.67% y el 81% respectivamente.

Hallazgos transoperatorios de tipo benigno fueron 21 casos los cuales también se reportaron por patología como benignos

dando un 100% y un 16.42% respectivamente. En el trabajo efectuado por Vargas López sobre tumores de ovario (48) se reporta que el diagnóstico postoperatorio de benignidad correspondió a 89.28% y el de malignidad a 10.72%, en un estudio efectuado en 112 pacientes con tumor de ovario, de los tumores el más frecuente de los benignos fue el cistoma seroso y de los malignos el cistadenocarcinoma seroso hasta en un 50%.

CUADRO No. 18

BIOPSIA TRANSOPERATORIA

DIAGNOSTICO CLINICO PREOPERATORIO	Nos	RESULTADO HISTOPATOLOGICO
TUMORES BENIGNOS	6	BENIGNO: 6 MALIGNO: 0
TUMORES MALIGNOS	9	BENIGNO: 1 MALIGNO: 8
TOTAL	15	15

En el cuadro No. 18 se puede apreciar que de los 122 casos estudiados solamente se practicó biopsia transoperatoria a 15 pacientes, de estos 15 casos correspondieron a diagnósticos de tipo benígno 6 casos lo cual fue corroborado por el estudio.

A diagnóstico preoperatorio de tipo maligno correspondieron 9 casos de los cuales, en 7 de ellos se corrobora el diagnóstico por el estudio histopatológico y se reportó solo un caso como de tipo benígno.

Los diversos autores dicen que son las características -- macroscópicas apreciadas dentro por el cirujano como por el histopatológico lo que ayuda en un momento dado a hacer el diagnóstico y de hecho en un alto porcentaje basándose en ello se ha hecho -- un diagnóstico presuncional certero. (36, 49 y 50).

Por otro lado algunos autores reportan que la biopsia -- transoperatoria debe realizarse siempre ya que los tumores ovarí

cos son los tumores más difíciles de estudiar debido a la diversidad de estirpes histológicas y por otro lado que en muchas - ocasiones no se aprecia tumor o este es de características aparentemente benignas y después de un estudio cuidadoso se reporta que la tumoración era maligna (1).

CUADRO No. 19

DÍAS DE ESTANCIA	Noc	%
3 a 8 días	108	89.44
9 a 18 días	12	9.90
19 a 28 días	1	0.83
29 a 40 días	1	0.83
TOTAL	122	100.00

En el cuadro No. 19 podemos apreciar que el promedio de días de estancia intrahospitalaria mayor correspondió al grupo de 3 a 8 días con 108 casos y 89.44%, le siguen en frecuencia - el grupo de 9 a 18 días con 12 casos y 9.90%. En seguida para 19-28 días y 29 a 40 días correspondieron un caso para cada grupo con 0.83%.

En el estudio efectuado los dos casos que se mencionan - en los dos últimos grupos de días prolongaron su estancia intrahospitalario a 28 y 40 días por complicaciones tales como pelvi peritonitis y cuadro de suboclusión intestinal, estos dos casos estaban diagnosticados como Ca. de ovario. En nuestro estudio no se presentó ningún reintegro; por otra parte las pacientes que cursaron con patología maligna fueron canalizadas lo más pronto posible a centros oncológicos especializados para continuar su manejo.

En resumen podemos decir que el promedio de días de estancia

oscila entre 3 y 8 días en pacientes que cursan con tumoración-ovárica benigna diagnosticada y los días aumentan si las pacientes se encuentran en etapa de estudio o cuando surge una complicación inherente a la cirugía efectuada o al edo. del paciente sobre todo en aquellas pacientes que cursan con patología agregada en otros órganos y sistemas. (1).

CUADRO NO 20

MORBILIDAD

COMPLICACIONES	NoC	%
FLEBITIS DE MIEMBROS S.	3	2.55
UROSEPSIS	2	1.65
ABSCESO DE PARED	1	.81
PELVIPERITONITIS	1	.81
SUBOCCLUSION INTESTINAL	1	.81
SIN COMPLICACIONES	115	94.37
TOTAL	122	100.00

En el cuadro No 20 podemos apreciar que la morbilidad mayor correspondió a 3 casos con 2.55% con diagnóstico de flebitis de miembros superiores secundario a aplicación de soluciones parenterales y antibióticos por vía intravenosa. 2 casos se complicaron por urosepsis dando un 1.65%. Se reportó un caso de absceso de pared secundario a HTA más SOB más Omentectomía en una paciente con Ca de ovario dando .81%. Correspondió un caso a un cuadro de pelviperitonitis posterior también a cirugía del tipo de HTA más SOB más omentectomía en una paciente con Ca de ovario. Se presentó un caso de suboclusión intestinal con .81% también en una paciente postoperada de HTA más SOB. No hubo complicación alguna en 115 pacientes dándose el porcentaje mayor a ellas de 94.37%.

Las pacientes que presentaron flebitis y urosepsis resolvieron esta complicación en un lapso de 8 días con tratamiento médico y se egresaron asintomáticas.

La paciente que cursó con absceso de pared prolongó su estancia a 18 días y fué manejada con drenaje del mismo, curaciones frecuentes, antibióticos y resutura de herida quirúrgica - egresando por mejoría.

La paciente que cursó con suboclusión intestinal fué manejada con tratamiento médico conservador y fue egresada sin problema. Finalmente la única paciente reportada con cuadro de pelviperitonitis fué sometida nuevamente a cirugía dejandose drenaje y auxiliandose con tratamiento médico a base de soluciones parenterales, vitamínicos y antibióticos egresando por mejoría. En nuestro estudio no se encontró ninguna defunción. Todas las pacientes con patología maligna fueron canalizadas al CH 20 de Noviembre al servicio de Oncología para continuar su control, por lo tanto aquí no podemos hablar de su estado actual porque lo desconocemos.

Las complicaciones que los autores reportan como más frecuentes son las inherentes a la cirugía o al edo. gen. del paciente mencionado entre ellas como más importantes: lesión ureteral, fistulas ureterovaginales, abscesos pélvicos, abscesos de pared, ileo reflejo, hipoestrogenismo y esterilidad por castración, en pacientes de edad avanzada el postoperatorio puede complicarse también por desequilibrio hidroelectrolítico, desnutri-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ción, infecciones de vías respiratorias y de vías urinarias, anemia ; y cuando cursan con otras patologías agregadas pueden complicarse por descompensación de las mismas como es el caso de las diabéticas, hipertensas, bronquíticas etc. (43, 48, 49 y 50).

CONCLUSIONES

En este capítulo y tal como se dió a entender en la descripción de los objetivos trataremos de resumir y de concluir los puntos principales de este trabajo, que creemos van a ser de utilidad para brindar un beneficio mayor a nuestras pacientes que son a fin de cuentas la meta principal del médico y en nuestro caso concreto del ginecólogo.

Las conclusiones mas importantes son:

1.- Efectuar una historia clínica general completa y posteriormente la ginecológica poniendo énfasis en los antecedentes tales como el ritmo menstrual, ingestión de hormonales, antecedente de cirugía, ginecológica previa y tipo de la misma, -- dar importancia a los síntomas y signos tales como dismenorreas, crecimiento abdominal, dolor y trastornos menstruales. Interrogar en forma adecuada otra patología a nivel de otros organos -- por la frecuencia de tumores metastásicos a ovario.

2.- Podemos concluir que los tumores mas frecuentes son los benignos en un porcentaje elevado, de estos tumores los -- quísticos son los que mas sobresalen tomando el primer lugar el cistadenoma seroso. Los tumores malignos son mucho menos frecuentes y ocupa el primer lugar el cistadenocarcinoma seroso, -- de aquí la importancia del cistadenoma seroso por su frecuencia, si tomamos en cuenta que casi siempre tendrá el antecedente de un cistadenocarcinoma seroso.

3.- En lo que corresponde al grupo de edades podemos concluir que los tumores benignos son mas frecuentes en la 2 y 3 década de la vida quizá por la relación que existe en esa época de mayor estímulo hormonal, la edad promedio para los tumores malignos fue la 2 y la 4 y 5 década de la vida.

4.- En toda paciente que cursa con esterilidad y tumor benigno de ovario se le debe descartar la posibilidad de ciclos anovulatorios ya que una gran mayoría de estos tumores son manifestación de esta patología principalmente los quísticos.

5.- Aunque no se ha encontrado relación etiológica entre número de gestaciones y tumoraciones de ovario malignas podemos concluir que son mas frecuentes en los extremos de la paridad - en nuligestas y en multigestas, quizá el único caso que si tiene relación con el embarazo es el coriocarcinoma.

6.- Las tumoraciones benignas de ovario tampoco guardan relación etiológica con el número de embarazos, podemos concluir que en nuestro estudio fueron mas frecuentes en pacientes multigestas ocupando el primer lugar los quistes foliculares y los quistes dermoides lo cual está de acuerdo con lo reportado en la literatura.

7.- Hasta la fecha no se ha encontrado relación causal entre tumores tanto benignos como malignos de ovario e ingesta de hormonales con fines anticonceptivos, lo que se ha visto y se concluye es la relación de estos con patología mamaria o endometrial. Lo único que se ha reportado que produce la in-

gestión prolongada de anticonceptivos en el ovario es fibrosis del estroma y atrofia folicular la cual desaparece al interrumpir el tratamiento.

8.- Se debe efectuar en toda paciente citología vaginal rutinaria aunque estas sean vírgenes y se deberá repetir el estudio en caso de duda.

9.- Siempre que sea posible se deberá efectuar legrado o biopsia de endometrio a las pacientes sospechosas de tumoración ovárica porque se ha encontrado con gran frecuencia relación -- con adenocarcinoma de endometrio o para descartar posibles metástasis de ovario a endometrio.

10.- Se deberá efectuar estudio ultrasonográfico en todas las pacientes con sospecha de patología ovárica y sobre todo en aquellas que son vírgenes o es muy difícil efectuar la exploración por cualquier otra circunstancia, ya que sabemos que este es un método fácil de realizar poco molesto y sobre todo es inocuo para la paciente y quizá uno de los que aporta mayores datos para corroborar el diagnóstico presuncional.

11.- Siempre que sea posible deberá efectuarse citología del líquido de ascitis previo a la cirugía o en su defecto tomar muestras durante el acto quirúrgico para contar con mas parámetros de ayuda en el diagnóstico.

12.- La biopsia transoperatoria es vital y debe ser rutinaria sea cual sea la impresión clínica de benignidad o de ma--

lignidad. Sabemos que es un auxiliar muy importante en el manejo conservador o radical de la paciente. Ponemos énfasis en que sería necesario contar con la presencia sino del oncólogo, del patólogo en la sala de operaciones como colaborador indispensable para de esta manera abreviar pasos y tiempo anestésico a -- nuestra paciente.

13.- Otra cosa muy importante sería el paso del residente o porque nó del médico adscrito a servicios tales como citología, patología y oncología para familiarizarse mas con los métodos de detección temprana de patología maligna no solo ovárica sino de otros organos.

14.- Podemos concluir que los métodos clínicos de laboratorio y de gabinete con los que contamos para efectuar un diagnóstico clínico preoperatorio son aceptables por la estadística que se obtuvo en ésta revisión.

15.- Consideramos que toda cirugía por tumoración ovariaca deberá programarse como Laparatomía exploradora, ya que ignoramos el tipo de neoplasia que vamos a encontrar y por lo tanto la cirugía que vamos a efectuar.

16.- Toda paciente a la cual se le efectúe salpingoclasia abdominal se le debe realizar revisión de ambos ovarios ya que con frecuencia las neoplasias en las mismas son hallazgos -- transoperatorios.

17.- Toda paciente que ingrese por urgencias con diagnóstico de probable tumoración de ovario se le debe efectuar ex--

ploración bajo anestesia y legrado para tener un diagnóstico -- preoperatorio mas completo.

18.- En toda paciente en la cual se programa operación cesárea se le debe efectuar revisión de anexos para evitar toda posibilidad de neoplasia ovárica.

19.- Sería útil el incrementar otros métodos de auxiliares como el laparoscopia y el culdoscopia para afinar el diagnóstico.

20.- Aunque en nuestro estudio la morbilidad fue muy baja y sobre todo que no tuvimos casos de muerte intrahospitalaria consideramos que esta puede disminuir aún más, si ponemos especial empeño en la asepsia y antisepsia de la región a operar y sobre todo nuestro cuidado personal del postoperatorio sobre todo de aquellas pacientes que cursen con otras patologías agregadas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Avances recientes en ginecología y obstetricia. Asociación mexicana de ginecología y obstetricia. México, D.F.-1976.
- 2.- Ameline, A. y Senese, J. Tumores de los anexos. Encyclopedic medico-quirurgicals, 680, 1952.
- 3.- Anikwe C. Tumor of cells of the theca granulosa. Obstet and gynecol. 51(2) 214-20, feb. 1978.
- 4.- Phumada, J.C. El cáncer ginecológico, Tomo II. El Ateneo. Buenos Aires, Argentina. 59-276, 1953.
- 5.- Burkons, D.M. Disgerminoma de ovario. Obstet and gynecol. 51(2) 221-4, feb. 1978.
- 6.- Benson, R.C. Ovarian tumors in childhood and adolescence. Postgrad med. 50:230, 1971.
- 7.- Brock, N. Granulosa cells tumor of the ovary associated with pregnancy. A.J. of obstet and gynecology. 90(3), --- 383-87, 1962.
- 8.- Botella Llusia Jose, Tratado de ginecología.
- 9.- Burkons, D.M., Disgerminoma de ovario. 51(2), 221-4, feb. 1978.
- 10.- Cameron, W.J. Endometrial carcinoma with ovarian metastasis in association with stein-leventhal syndrome. Obstet and gynec. 22, 12, 1963.
- 11.- Clínicas obstétricas y ginecológicas. Junio de 1976.
- 12.- Clínicas obstétricas y ginecológicas. Septiembre de 1976.
- 13.- Clínicas obstétricas y ginecológicas. Diciembre de 1976.
- 14.- Cuttler, D.S. Endometrial carcinoma after stilbestrol therapy in gonadal dysgenesis. New. Eng. J. Med. 287, 628, 1972.
- 15.- Díaz Bazan, N., Sarcomas del aparato genital femenino. Semana médica de México, Año XII. 47(600), 37-50, 1965.

- 16.- Dinnerstein, A.J. Granulosa theca cell tumors. A clinical review of 102 patients. *Obstet and gynecol* 31(13), 1968.
- 17.- Dockerty, M.B., ovarian neoplasms. *International abstracts of surgery*. 81, 179-80, 1945.
- 18.- Donald and Brown, J.B. Localization using physical decives radioisotopos and radiographic methods. *Brithish journal of radiology*. 34, 539-46, 1961.
- 19.- Graham, J.C. Dos casos de ca de ovario y embarazo en el Instituto Nacional de Cancerología. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*. I(8-9), 350-3, 1958.
- 20.- Gillibrand, P.N. Granulosa theca cell tumors of the ovary associated with pregnancy. *Amer. J. of obstetrics and gynecology* 94, 1108-11, 1966.
- 21.- Green, R. Feminizing tumor of the ovary carcinoma of the endometrium *obstet and gynec annual*. Pág. 393, 1973.
- 22.- Hamilton, H. Ovarian tumors in pregnancy. *Surgery gynecology and obstetrics*. 89(6), 525-31, 1949.
- 23.- International agency for research on cancer. *Monographs - on the evaluation of carcinogenic risk of chemicals to -- man*. Pág. 6, 1974.
- 24.- Jafari, A. Adenocarcinoma de endometrio asociado a síndrome de stein-leventhal. *Obstet gynecol* 51(1) 97-100, -- 1978.
- 25.- James, D. Tumor de las células de la teca granulosa y pu bertad precoz. *Obstet and gynecol*. 51(2) 210-3, feb. de - 1978.
- 26.- Jeffcoate, T.N. *Principles of gynaecology*. Butterwoerth and co Londres 422-53, 1957.
- 27.- Johnson, C.E. *Advanced ovarian cancer*. *American journal-of roentgenology*. 114, 136-41, 1972.
- 28.- Kaser, O. *Tratado de ginecología*, Tercer tomo.
- 29.- Kobayashi, R.H. *Ovarian teretomas*.
- 30.- Kottmeier, H.L. *The diagnosis and treatment of ovarian -- malignances*. *Archivo de patología*. 37(1), 51-64, 1965.

- 31.- Mishell, Dr. J. Serum estradiol levels in woman receiving combination oral contraceptive steroids. Am. J. --- obstet gynecol. 114: 923-1, 1972.
- 32.- Moore, G.J., Ovarian tumors in infancy, childhood and - adolescence. Amer J. Obstet and gynec. 99,913, 1967.
- 33.- Morris, J.M. Endocrine pathology of the ovary. C.V. Mosby Co. St. Louis. 1958.
- 34.- Morris, J.M., Relative frequency of ovarian neoplasms in children and adolescents. Cancer. 30713, 1972.
- 35.- Novack. Tratado de ginecología.
- 36.- Peres Mórdrego, A. Dirección y diagnóstico precoz del tratamiento del cáncer. Editorial Garsi España, 202-23, 1963.
- 37.- Pérez Tansyo, Ray. Principios de patología.
- 38.- Pomerance, W. Factos influencing survival in ovarian carcinoma. Am. J. of obstet and gynecol. 96(3), 418-24. 1966.
- 39.- Roberths, D.K. Papillary serous cystadenocarcinoma. Cancer. 25:947-58, 1970.
- 40.- Saleh, J.S. Youngest patient with granulosa cell tumor. Amer. J. Obstet Gynec. 67:679, 1954.
- 41.- Sherman, A. Cancer of the female reproductiv organs. The Mosby Co St Louis, Mis. EUA. Págs. 202-23, 1963.
- 42.- Smith, A.H. Dysgerminoma in pregnancy. Obstet and gynecol. 28(4), 502-4, 1966.
- 43.- Symmonds, R.E. Large ovarian tumor. Obstet gynec. 22:473, 1963.
- 44.- Tachi, D. Ovarian gynaecology. 1976.
- 45.- Temas actuales de ginecología y obstetricia. El ovario.- Abril de 1976.
- 46.- Thatcher, D.S. Ovarian cyst and tumors in children. Surg gynecol obstet, 117:477, 1963.
- 47.- Tesis: Correlación clínico patológica de 119 hysterectomias efectuadas en el CH Dr. Darío Fernández por el Dr. - Alberto Chávez Merlos. 1976.

- 48.- Urrutia Ruiz, M. Diagnóstico clínico de tumores de ovario. Rev. Mexicana de cirugía, ginecología y cáncer. -- 7:203-9. 1964.
- 49.- Vargas López, E. Estudio sobre tumores de ovario. Revista Mexicana de ginecología y obstetricia. 41(248): 497-503. 1977.
- 50.- Zuckerman, C. Neoplasias ováricas. Revista Mexicana de cirugía, ginecología y cáncer. 11:323-48, 1953.
- 51.- Zuckerman, C. Neoplasias ováricas. Revista Mexicana de cirugía, ginecología y cáncer. 9:259-65, 1961.