



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL DE LA MUJER

**“CARACTERÍSTICAS CLINICO- QUIRURGICA E HISTOPATOLÓGICA DE LOS
TUMORES DE OVARIO RESIDUAL”**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DR. OSWALD ARTURO GONZALEZ VIDAL

ASESOR

DR. MAURICIO PICHARDO CUEVAS

CIUDAD DE MEXICO, OCTUBRE 2019



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.

AUTORIZACIONES

DR. BENJAMÍN OROZCO ZUÑIGA

SUBDIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA MUJER

DRA. ROSALBA GARDUÑO ZARAZUA

JEFE DE DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. MAURICIO PICHARDO CUEVAS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

DR. MAURICIO PICHARDO CUEVAS

ASESOR PRINCIPAL

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a mis amados padres y hermana quienes con sus palabras de aliento no me dejaron decaer para que siguiera adelante, siendo perseverante y así cumpliendo mis metas e ideales, también les agradezco por su amor incondicional ya que todo este tiempo vivieron mi formación conmigo.

A mi amada esposa con todo mi amor y cariño Diana Carolina Rivera Venegas por su sacrificio y esfuerzo ya que me ha apoyado todo este tiempo dejando a un lado todo para cuidar a nuestro amado hijo.

A mi Hijo Diego Arturo González Rivera por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día y darle a él y a mi esposa un mejor futuro para los tres. Ya que sacrifico tiempo para que terminará mi

A mis Amigos quienes durante todo este tiempo fueron mis acompañantes durante todo este proceso de formación, viviendo, sufriendo, gozando y emocionándonos cada día de aprendizaje.

A mis profesores quienes sin ellos no podría lograr este triunfo ya que ellos me prepararon para ser un especialista dedicado, comprometido y atento hacia nuestros pacientes, les agradezco infinitamente.

A mi asesor de tesis quien sin él no podría haber culminado mi proceso como especialista ya que me brindó su apoyo durante estos 4 años grandiosos en el Hospital de la Mujer.

A la Institución del Hospital de la Mujer por abrirme sus puertas durante estos largos 4 años que hoy gracias a Dios llegaron a su fin dándome las habilidades para salir y mejor mi vida tanto académica como personal.

Y por último dedico mi tesis a Dios ya que me ha dado salud durante todo este tiempo y sobre todo fuerzas de seguir adelante, dándome fe en toda mi formación e inspirándome para ser mejor cada día.

ÍNDICE

Autorizaciones.....	II
Dedicatoria.....	III
Resumen.....	V
Introducción.....	1
Marco Teórico.....	2
Planteamiento del Problema.....	13
Justificación.....	14
Objetivos.....	15
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos.....	15
Material y Métodos.....	15
Criterios de Selección de Pacientes.....	16
Variables.....	17
Recolección de Datos.....	22
Análisis Estadístico.....	22
Consideraciones Éticas y Bioéticas.....	23
Cronograma de Actividades.....	24
Resultados.....	25
Discusión.....	34
Conclusiones.....	36
Bibliografía.....	38
Anexos.....	41

RESUMEN

Introducción: Una de las más frecuentes y controvertidas decisiones que debe tomar los ginecólogos cuando efectúan una histerectomía por patología benigna es determinar si extirpan o no los ovarios macroscópicamente sanos. Sin embargo, siempre estará latente la posibilidad de que a las pacientes a las que se les conservaron los ovarios durante una histerectomía, puedan desarrollar una tumoración en alguno o ambos de los ovarios.

Objetivo: Determinar las características clínicas y de los hallazgos quirúrgicos y las estirpes histopatológicas de los tumores de ovario residual. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo donde se realizó una revisión de los expedientes de pacientes atendidas con diagnóstico de tumor de ovario residual en el Hospital de la Mujer, en el periodo comprendido del 1 de Enero del 2017 al 31 de Diciembre del 2018.

Resultados: Durante el 31 de Enero del 2017 al 31 de Diciembre del 2018 se realizaron 1336 Histerectomías de las cuales se incluyeron un total de 450 pacientes con conservación de anexos, y de estos 77 pacientes posterior a una Histerectomía Abdominal desarrollaron tumor de ovario residual. Los posibles factores de riesgo para el desarrollo de tumor de ovario residual, así como la edad encontrándose más frecuente en personas de 41-50 años con un total de 29 pacientes (37.66%), el antecedente del número de Gestas se encontró más frecuente el tumor de ovario residual en pacientes multigestas con un total de 39 pacientes (50.64%). Se analizó en quien era más frecuente por edad para la aparición de tumor de ovario residual encontrando un total de 77 pacientes con edad de 41-50 años con un total de 29 pacientes con un porcentaje del 38%. Se evaluó a las 77 pacientes con diagnóstico de tumor de ovario residual utilizando como protocolo de diagnóstico ultrasonido pélvico y marcadores tumorales con elevación de Ca-125 en 66.23%.

Conclusión: Se concluye que las características clínicas como el dolor abdominal, el antecedente cirugías previas, el número de gestas, las obesidades están relacionadas con el resultado Histopatológico de un tumor de ovario residual.

Palabras Clave: Tumor de ovario residual, estirpe histológica, histerectomía.

INTRODUCCIÓN

Una de las más frecuentes y controvertidas decisiones que debe tomar los ginecólogos cuando efectúan una histerectomía por patología benigna es determinar si extirpan o no los ovarios macroscópicamente sanos.

Se argumenta que el tejido ovárico mantenido producirá hormonas que, sin duda, serán beneficiosas para la salud de la mujer, previniendo trastornos que involucran, entre otros órdenes, el sistema circulatorio, tanto cardíaco como cerebral; el depósito cálcico del hueso; el trofismo del aparato genital; la preservación y mantenimiento de piel, faneras, cabellos.

Por el contrario, la extirpación ovárica protegerá a la paciente de laparotomías por ocasionales quistes anexiales y/o adherencias, o bien podría prevenir la ocurrencia de tumores malignos.

Sin embargo, siempre estará latente la posibilidad de que a las pacientes a las que se les conservaron los ovarios durante una histerectomía, puedan desarrollar una tumoración en alguno o ambos de los ovarios.

En este estudio se analizará las características clínico- quirúrgica e histopatológica de los tumores de ovario residuales con manejo quirúrgico del Hospital de la Mujer.

MARCO TEÓRICO

El síndrome de ovario residual es definido como los signos y síntomas que se presentan posteriores a una Histerectomía con una historia de conservación de ovario caracterizado por dolor pélvico recurrente, dispareunia, o por un tumor pélvico persistente. Sin embargo, Funt realizó una investigación en 992 pacientes después de la conservación de un ovario o de ambos en el momento de la histerectomía e informó que ninguna de las pacientes desarrolló neoplasias ováricas malignas y que solo el 1.4% requirió una intervención quirúrgica posterior debido a la presencia de una masa anexial.

En un informe retrospectivo que reunió 20 años de experiencia con pacientes con síndrome de ovario residual en las cuales se llevaron a cabo 2561 histerectomías, la incidencia de síndrome de ovario residual fue del 2.85%. (1)

Al enfocarnos en este tipo de pacientes a quienes se le realiza Histerectomía Total Abdominal considerando que casi el 90% de las histerectomías se realiza por indicaciones benignas; entre las más importantes encontramos leiomiomas, irregularidades del ciclo menstrual, hiperplasia endometrial, displasias cervicales, adenomiosis, patología anexial, pólipo endometrial, dismenorrea o dolor pélvico crónico, endometriosis y prolapso uterino. (2,3)

Se debe considerar la posibilidad de preservar los ovarios por causas benignas en pacientes quienes aún necesitan apoyo hormonal, sin embargo, debido a la incidencia de neoplasias malignas por la persistencia de los ovarios se considera por diversos autores realizar la ooforectomía profiláctica y otros consideran por el síndrome de ovario residual. (1,4)

Se sugiere que recientemente ha aumentado el riesgo de cáncer de ovario y síndrome de ovario residual como uno de los factores principales.

Dentro de los tumores de ovario se pueden clasificar de la siguiente manera:

Clasificación

El cáncer de ovario en forma general se divide en tumores no epiteliales y epiteliales, este último representa el 90% de los casos.

Los tumores epiteliales de superficie se denominan así porque se derivan del epitelio superficial ovárico.

La complejidad aparente de su clasificación es más fácil de comprender si se toman en cuenta los criterios histopatológicos tales como: tipo celular, grado de atipia citológica y patrón de crecimiento.

Los tumores de la superficie epitelial se clasifican en cinco tipos celulares diferentes:

- 1.- Serosos.
- 2.- Mucinosos.
- 3.- Endometrioides,
- 4.- De células claras y células transicionales.

Los tres grados de atipia citológica incluyen: lesiones benignas, lesiones limítrofes o de bajo potencial maligno y lesiones malignas. La forma de crecimiento alude a la configuración arquitectónica del tumor e indica si la neoplasia crece con un patrón exofítico papilar desde la superficie del ovario o en un estilo endofítico, o sea dentro de un quiste.

Los tumores limítrofes son un grupo especial de malformaciones epiteliales definidas por su incapacidad de invasión al estroma ovárico; representan un 10% de las neoplasias epiteliales y pueden corresponder a variedades histológicas serosas, mucinosas, endometrioides, y de células claras. Por lo general, se presentan en mujeres premenopáusicas y permanecen confinados en el ovario por largos periodos. (3,4)

Actualmente, se cree que los tumores de ovario provienen, en último término, de uno de los tres componentes siguientes del ovario:

- 1) Epitelio de superficie derivado del epitelio celómico o de epitelio endometrial ectópico. El primero da lugar al epitelio mülleriano durante el desarrollo embrionario. De él derivan las trompas de Falopio (células ciliadas cilíndricas serosas), el revestimiento endometrial (células cilíndricas no ciliadas), o las glándulas endocervicales (células mucinosas no ciliadas).
- 2) Las células germinales, que migran hasta el ovario desde el saco vitelino y que son pluripotenciales.
- 3) El estroma del ovario, que incluye los cordones sexuales, precursores del aparato endocrino del ovario posnatal. (4)

La clasificación de los tumores del ovario que se recoge a continuación, es una versión simplificada de la clasificación histológica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que divide a las neoplasias ováricas según el tejido de origen más probable.

I. Carcinomas del epitelio de superficie-estroma

- Adenocarcinoma seroso.
- Adenocarcinoma mucinoso.
- Adenocarcinoma endometrioides.
- Adenocarcinoma de células claras.
- Carcinoma de células transicionales.
- Tumor de Brenner maligno.
- Carcinoma de células transicionales (no de tipo Brenner)
- Carcinoma mixto.
- Carcinoma indiferenciado e inespecífico.

II. Tumores malignos de los cordones sexuales-estroma

- Tumores malignos de células de la granulosa-estroma.
- Tumores malignos de células de Sertoli-estroma.
- Tumores de células de Leydig.
- Tumores mixtos de los cordones sexuales-estroma.

III. Tumores malignos de células germinales

- Disgerminoma.
- Carcinoma embrionario.
- Teratoma maduro.
- Tumor de Yolk Sac (tumor del saco vitelino, del seno endodérmico).

- Teratoma inmaduro.
- Poliembrioma.
- Tumores mixtos de células germinales.

IV. Cáncer metastático no ovárico (de primario no ovárico)

V. Otros

Los tumores de origen epitelial constituyen el 90% de la incidencia de los tumores ováricos malignos. (5)

Los subtipos histológicos del cáncer epitelial de ovario se caracterizan por ser heterogéneos, por mostrar distintos fenotipos y diferentes caracterizaciones moleculares. Aproximadamente, el 45 a 50% de tumores invasivos epiteliales encontrados son serosos, 24% endometrioides, 12% mucinosos, 8% de células claras, y 6-11% indiferenciados u otros.

Los tumores malignos de células germinales y los tumores de los cordones sexuales-estroma, representa cada uno de ellos menos del 5 % de toda la malignidad ovárica.

Los tumores no epiteliales del estroma y de los cordones sexuales constituyen un término que fue elegido por la Organización Mundial de la Salud para incluir tumores compuestos por células de la granulosa, células de Sertoli, células de Leydig, células de la teca y células del estroma ovárico.

Estos tumores pueden existir en formas puras de cualquiera de los tipos celulares antes mencionados, pero con frecuencia corresponden a mezclas de elementos celulares en proporciones y grado de diferenciación variables. (5)

Factores de Riesgo

Ochoa-Carrillo (2018), considera que el 85-90% de los casos de cáncer de ovario epitelial (COE) son esporádicos y que el 10-15% se debe a causas genéticas. Las mutaciones más frecuentes son las de los genes BRCA, lo que confiere un riesgo de neoplasia del 39-46% para BRCA1 y del 12-20% para BRCA2, aunque dependerá de la población estudiada, ya que se han reportado hasta del 62%.

Algunos factores de riesgo se asocian con alguna de las hipótesis conocidas sobre la patogenia del desarrollo de COE:

– Ovulación incesante. La ovulación repetida ocasiona traumas en el epitelio ovárico que podrían ocasionar transformación maligna o un incremento en el riesgo de mutaciones. Recomendación 2C.

– Neoplasia intraepitelial tubaria. Es una lesión con atipias expansible en la salpíngex considerada como precursora de carcinoma seroso pélvico extrauterino. Se le ha atribuido un papel importante en el desarrollo de COE y cáncer peritoneal. Recomendación 1B.

– Exposición a gonadotropinas. La exposición persistente a gonadotropinas y concentraciones elevadas de estradiol pueden ser carcinogénicas. Recomendación 2C.

Se desconocen los mecanismos patogénicos de la mayoría de los factores de riesgo y el desarrollo de cáncer de ovario (CO). Los factores de riesgo más conocidos son la edad, factores hormonales y reproductivos, genéticos y ambientales. Los dos estudios prospectivos que más información aportan sobre factores de riesgo son uno estadounidense, con 200,000 mujeres, y otro europeo, con 300,000 mujeres.

Edad

La incidencia aumenta con la edad. En el National Health System (NHS) se identificó un incremento del riesgo al COE del 2% por cada año adicional en mujeres < 50 años y del 11% en mujeres ≥ 50 años. El 80% de los casos de COE ocurre en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas. Con excepción de las formas hereditarias, es poco común antes de los 40 años. Recomendación 1B.

Factores de riesgos hormonales y reproductivos

Menarca temprana y menopausia tardía La patogenia se basa en la hipótesis de la ovulación persistente, una historia ovulatoria de 40 años o más. Se incrementa un 2-7% por cada año adicional de ovulación.

Mujeres con menopausia tardía (> 52 años) tuvieron mayor riesgo de CO en comparación con aquellas que la tuvieron a menor edad (> 52 vs. ≤ 45 años). (6) Recomendación 1B.

Nuliparidad

La evidencia existente no es uniforme para sustentarla como factor de riesgo independiente.

Infertilidad

No existe evidencia como factor de riesgo independiente; no obstante, algunas de sus causas sí se relacionan, como endometriosis, obesidad y síndrome de ovario poliquístico. Según estudios observacionales, el tratamiento para inducción de ovulación en infertilidad no incrementa el riesgo de CO de tipo invasor. Recomendación 1C.

Endometriosis

Existen varios estudios que demuestran que esta entidad incrementa el riesgo, con un rango de 1.73 a 3.11, existiendo variaciones según la histología y antecedentes reproductivos. (6) Según un metaanálisis reciente hay mayor riesgo de COE en mujeres en las que el diagnóstico de endometriosis se realizó después de los 45 años de edad (por imagen o quirúrgico), que fueran posmenopáusicas, nulíparas, con al menos un endometrioma > 9 cm en el momento del diagnóstico de endometriosis, con hiperestrogenismo (exógeno o endógeno) y/o con la presencia de quistes ováricos con componente sólido. Recomendación 1B.

Síndrome de ovario poliquístico

La definición de este síndrome es variada, por lo que el riesgo de COE también es variado. En el metaanálisis que incluyó ocho estudios de casos y controles de Chittenden, et al., las mujeres con síndrome de ovario poliquístico tuvieron mayor riesgo de CO. Recomendación 1C.

Terapia de reemplazo hormonal

Incrementa el riesgo después de 10 años de uso, independientemente de que sea sólo con estrógenos o combinado con progestinas. Recomendación 1C.

FACTORES AMBIENTALES

Tabaquismo

El tabaquismo incrementa el riesgo de carcinoma mucinoso y aumenta con la cantidad de cigarrillos. Recomendación 1C.

Talco y asbesto

Es controversial el riesgo de COE con el uso de talco en la higiene genital, pues no hay evidencia suficiente, aunque el talco es estructuralmente similar al asbesto. (6) Recomendación 2C.

Dieta y ejercicio

La alta ingesta de grasas poliinsaturadas tiene un riesgo bajo para desarrollar COE. El alto consumo de soja se considera un factor protector, y no se encontró asociación con el uso de suplementos de vitamina D. No hay una relación clara entre el ejercicio y el riesgo de COE. Recomendación 2C.

Obesidad

Un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² incrementa el riesgo de COE. Por encima de 35 kg/m² se incrementa el riesgo de muerte. (6) Recomendación 1B.

RIESGOS HEREDITARIOS Y FAMILIARES

Cáncer de Ovario Hereditario

Presencia de una mutación genética conocida que se encuentra en una familia, con una probabilidad de desarrollar CO en un 25-50%. Recomendación 1B.

Cáncer de ovario familiar

Familias con miembros aislados que tienen o han tenido CO y no hay evidencia de un patrón hereditario, generalmente con incremento en el riesgo a desarrollar CO.

La presencia de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 incrementa el riesgo de cáncer de mama y CO, siendo muy variado el riesgo acorde a la población.

FACTORES PROTECTORES

Multiparidad

Mujeres con antecedente de paridad tuvieron disminución de riesgo en un 29% en comparación con nulíparas, con una reducción del 8% por cada embarazo adicional.

La multiparidad reduce el riesgo en un 40-60% respecto a mujeres nulíparas, dependiendo del número de gestas. Esta disminución de riesgo ocurre en mujeres de diferentes razas.

Anticonceptivos orales

El efecto protector sucede con el uso prolongado, con una reducción en términos de riesgo del 20% por cada cinco años de uso, y después de 15 años de uso el riesgo disminuye un 50%, comparado con mujeres que nunca usaron.

Después de 10 años de uso, el riesgo disminuye un 45% en comparación con mujeres que sólo usaron ≤ 1 año.

A mayor tiempo de uso, se incrementa el efecto protector posterior al cese del uso de anticonceptivos. Los anticonceptivos orales también disminuyen el riesgo de carcinoma de trompa de Falopio. Recomendación 1C.

Salpingooforectomía Bilateral

La salpingooforectomía bilateral reduce el riesgo de tumoración de ovárica y salpínge entre un 80 y 85% aunque algunas mujeres pueden desarrollar carcinoma peritoneal. Debido a la presencia de carcinoma oculto de trompas de Falopio, debe realizarse también salpingectomía bilateral cuando se realiza ooforectomía bilateral reductora de riesgo. Recomendación 1B.

Existen otros factores que se han reportado como protectores, como la histerectomía, ooforectomía unilateral, salpingooforectomía unilateral y oclusión tubaria bilateral, la cual tiene mayor asociación en carcinomas no serosos y en mujeres menores de 35 años.

La lactancia acumulada > 1 año comparada con mujeres que nunca lactaron disminuye el riesgo de COE. No existe evidencia suficiente para recomendar el uso de ácido acetilsalicílico como agente protector para el CO. (6)

Fisiopatología

Dentro de la fisiopatología se destaca actualmente en los 4 puntos siguientes:

1) Los problemas fisiopatológicos del ovario residual, planteados por la cirugía de orientación funcional, están estrechamente vinculados a la etiopatogenia de las lesiones de

las glándulas genitales y se acompañan de alteraciones en los circuitos ovario-hipofisario-endometrial. (7)

2) La causa más importante de la disfunción del ovario, reside en el compromiso de su circulación sanguínea y de su sistema neurotrófico.

3) La conservación de fragmentos ováricos, que por su naturaleza equivalen a los injertos ováricos afectan gravemente los circuitos ovario-hipofisario y ovario-endometrial.

4) Las modernas técnicas quirúrgicas deberán ajustarse a los fundamentos y leyes que gobiernan la terapéutica funcional y deberán considerar los peligros de la anulación ovárica progresiva en las amplias resecciones de la glándula. (7)

Existen teorías las cuales se han sugerido para explicar la ocurrencia del síndrome ovárico residual durante la cirugía laparoscópica donde la implantación del tejido ovárico es la más importante. Varios factores de crecimiento tales como factor de crecimiento del fibroblasto, factor de crecimiento de transformación y factor de crecimiento vascular endotelial intervienen en la formación de ovario residual. (8)

Este tejido de ovario residual da como resultados el dolor pélvico o masa pélvica, cuenta con factores asociados como la remoción incompleta de un ovario con la subsecuente aparición de síndrome de ovario residual incluyendo una historia de endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, múltiples cirugías previas, enfermedad adherencial.

La mayoría de los pacientes presentan frecuentemente con dolor pélvico crónico, dolor pélvico asociado con una masa pélvica o cursar con una masa pélvica asintomática.

La remoción incompleta de tejido ovárico al tiempo de haber inhabilitado con ooforectomía inicial para obtener márgenes quirúrgicos adecuados o extracción inapropiada de la cavidad pélvica durante la laparoscopia puede causar síndrome de ovario residual.

La extracción del tejido ovárico es cada vez más abordada de forma mínimamente invasiva. (9,10,11)

En el momento de la histerectomía los ovarios pueden ser removidos o retenidos, La ooforectomía no agrega significativamente a la duración o complicaciones inmediatas de la histerectomía, pero puede tener implicaciones significativas para la salud a corto y largo plazo.

El Impacto de la ooforectomía bilateral premenopáusico, pocos estudios han abordado el impacto de la menopausia quirúrgica en los síntomas menopáusicos posteriores. Se afirma ampliamente que los síntomas menopáusicos después de la menopausia quirúrgica pueden ser más severos y duraderos que los que se observan después de una insuficiencia ovárica espontánea, pero esto no se ha abordado en estudios de cohortes prospectivos o de alta calidad. La extirpación de los ovarios generalmente da como resultado una reducción de alrededor del 50% en los niveles de testosterona circulante (Davis et al., 2005). (12,13,15)

Los niveles circulantes de testosterona parecen contribuir al deseo sexual en las mujeres. Los estudios prospectivos sugieren que la retención de los ovarios en el momento de la histerectomía se asocia con la libido mejorada y la función sexual superior en comparación con los que se someten a ooforectomía. Estos estudios pueden ser confundidos por las diferencias en la función sexual preoperatoria entre las mujeres que eligieron retener o perder sus ovarios. (13,14)

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia y la sociedad de Ginecología Oncológica dan las siguientes recomendaciones:

Actualmente no existe una estrategia para la detección temprana de cáncer de ovario la cual pueda reducirla, así también que el uso de ultrasonografía y marcadores tumorales (CA 125), solos o en combinación para la detección temprana de cáncer de ovario en mujeres con riesgo promedio no se ha demostrado que reduzcan la mortalidad y existen daños por pruebas diagnósticas invasivas como a cirugía. (14,15)

Se debe tener muy en cuenta el historial familiar y personal para cáncer de mama, ginecológico y de colon y así saber el riesgo en el que se encuentren para desarrollar cáncer de ovario epitelial. (14,15)

El riesgo de desarrollar cáncer de ovario después de histerectomía con conservación ovárica realizado para la enfermedad benigna es del 40% más bajo que con mujeres que no se someten histerectomía, sin embargo, realizando ooforectomía electiva para reducir riesgo del cáncer en el momento de histerectomía involuntariamente causa más muertes de todas las causas por la edad, que el número de vidas salvado por cáncer de ovario. (15,16)

La ooforectomía electiva es algo que debe ser considerado sobre una base individual dada el riesgo único de las mujeres del cáncer ovárico. El miedo a las consecuencias negativas potenciales no debe eclipsar los beneficios de este procedimiento profiláctico.

Con la disponibilidad y la falta de métodos eficaces de cribado del cáncer ovárico, el ooforectomía profiláctico es una opción viable. (15,17)

La salpingooforectomía bilateral se ha ligado a la debilitación cognoscitiva causada por deficiencia del estrógeno. Los efectos neuroprotectores del estrógeno, en la menopausia se pueden ver en los estudios que demuestran el deterioro de las funciones cognitivas después de la cirugía, y es particularmente evidente entre las mujeres con salpingooforectomía bilateral menores de 50 años de edad. (15,17)

Se han realizado comparaciones sobre la cirugía robótica, laparoscópica para síndrome de ovario residual y remanente ofreciendo como ventajas sobre laparotomía en términos de reducción de pérdida sanguínea, complicaciones postoperatorias más bajas y de una longitud más corta de la estancia, así como disminución de complicaciones postquirúrgicos. (6,17)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tumor de ovario residual se encuentra asociada a pacientes que presentan dolor pélvico cíclico y crónico que se les realiza Histerectomía y se conservan los ovarios. Es una patología que se presenta en pacientes tanto en edad reproductiva como en perimenopáusicas y posmenopáusicas.

Al enfocarnos en este tipo de pacientes a quienes se le realiza Histerectomía Total Abdominal considerando que casi el 90% de las histerectomías se realiza por indicaciones benignas; entre las más importantes encontramos leiomiomas, irregularidades del ciclo menstrual, hiperplasia endometrial, displasias cervicales, adenomiosis, patología anexial, pólipo endometrial, dismenorrea o dolor pélvico crónico, endometriosis y prolapso uterino.

Se debe considerar la posibilidad de preservar los ovarios por causas benignas en pacientes quienes aún necesitan apoyo hormonal sin embargo debido a la incidencia de neoplasias malignas por la persistencia de los ovarios se ha considerado por diversos autores realizar la ooforectomía profiláctica y otros consideran por el síndrome de ovario residual.

En la literatura no existen muchos reportes a cerca de los tumores de ovario, las estirpes histológicas ni la repercusión clínica que esta patología, por lo que es necesario conocer en nuestra población las características clínicas de estos tumores, los hallazgos y complicaciones quirúrgicas, así como las estirpes histológicas de estos. Motivo por el cual surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las características clínico-quirúrgicas de los tumores de ovario residual? y
¿Cuáles son las estirpes histológicas?

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación pretende, realizar el análisis de los aspectos clínicos y quirúrgicos de los tumores de ovario residual, y conocer las estirpes histopatológicas en nuestro hospital.

La importancia de este tema radica en evaluar o modificar el impacto que los protocolos de manejo actuales en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las pacientes que presentan un tumor de ovario residual. Y evaluar el beneficio de conservar o no los ovarios en el momento de realizar una histerectomía.

Los resultados obtenidos en este estudio proporcionarán información reciente y actualizada sobre los tumores de ovario residual, así también servirán para la formación de nuevas guías tanto de diagnóstico como de manejo que nos permitirán utilizarla de base en pacientes futuras con esta misma patología.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar las características clínicas y de los hallazgos quirúrgicos y las estirpes histopatológicas de los tumores de ovario residual.

Objetivo específicos

- Determinar los posibles factores de riesgo.
- Conocer los grupos de edad en que se observan con mayor frecuencia.
- Describir el protocolo de diagnóstico y tratamiento en estas pacientes.
- Conocer que estudios se utilizaron como seguimiento en las pacientes postoperadas de tumor de ovario residual.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio

Se realizará un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo.

Universo de Trabajo

Se realizará una revisión de los expedientes de pacientes atendidas con diagnóstico de tumor de ovario residual en el Hospital de la Mujer, en el periodo comprendido del 1 de Enero del 2017 al 31 de Diciembre del 2018.

SELECCIÓN DE PACIENTES

Criterios de Inclusión

- Expedientes de pacientes con diagnóstico de tumor de ovario residual atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital de la Mujer de la Ciudad de México.
- Expedientes de pacientes de todas las edades
- Expedientes de pacientes que cuenten con reporte definitivo de Histopatología del tumor de ovario.

Criterios de No Inclusión

- Expedientes de pacientes que no cuenten con reporte Histopatológico
- Expedientes de pacientes que no continuaron su tratamiento, valoración y seguimiento en el Hospital.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	MEDICIÓN
EDAD	Del latín aetas, es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo. Años cronológicamente vividos.	Grupo etario que se presenta. 1= <30 años 2= 31 a 40 años 3= 41 a 50 años 4= 51 a 60 años 5= >60 años	Cualitativa Ordinal	División por grupo etario asignado. Números. 1,2,3,4,5
DOLOR ABDOMINAL	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en área estomacal o intestinal. Es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas.	1.Ausente 2.Presente	Cualitativa Nominal	Se asignará 1 y 2

ASCITIS	Acumulación de líquido seroso en la cavidad peritoneal	1.Si 2.No	CUALITATIVA NOMINAL	Si existe se asignará: 1 o 2
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente vía abdominal	1.Obstetrica 2.Ginecológica	Cualitativa Nominal	Se asignará 1 o 2
CIRUGÍAS PREVIAS	Procedimiento para extirpar o reparar una parte del cuerpo, o para determinar la presencia de una enfermedad. Una operación.	1.Si 2.No	Cualitativa Nominal	Se asignará 1 o 2. Especificar cuáles.
HALLAZGO QUIRÚRGICO	Cualquier hallazgo patológico o anormal durante un procedimiento quirúrgico.	Capsula integra del tumor 1.Si, especificar 2.No	Cualitativa Nominal	Se asignará 1 o 2
ADHERENCIAS ABDOMINALES	Son bandas de tejido fibroso que se forman en los órganos en el abdomen al cicatrizar, haciendo que los órganos se peguen unos a otros o a la pared del abdomen.	1.Si 2.No	Cualitativa Nominal	Se asignará 1 o 2

TAMAÑO DEL TUMOR	Medida directamente sobre la pieza quirúrgica.	Mayor a 5 cm	Cuantitativa	Se asignará el tamaño del tumor en cm.
------------------	--	--------------	--------------	--

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN	MEDICIÓN
TUMOR (Estirpes Histológicas)	Masa de tejido de una parte del organismo cuyas células sufren un crecimiento anormal y no tienen ninguna función fisiológica; estas células tienen tendencia a invadir otras partes del cuerpo.	Tipo histológico: 1. Epiteliales. 2. Germinales 3. Cordones sexuales 4. Estroma	CUALITATIVA ORDINAL	Según el tipo Histológico: 1,2,3,4

LESIÓN QUÍSTICA	Tubérculo densamente ecogénico (nódulo de Rokitansky) con atenuación del sonido debido a material sebáceo y el pelo dentro de la cavidad quística.	1. Si 2. No	CUALITATIVA ORDINAL.	En 1, 2 según la existencia.
LESIÓN SOLIDA (con estructuras compuestas)	masa difusa con el área ecogénica mostrando atenuación del sonido debido a material sebáceo y pelos dentro de la cavidad quística.	Se medirá por: 1.- Sí. 2.- No	CUALITATIVA ORDINAL	Se asigna 1, 2, dependiendo de la existencia.
COMPONENTE GRASO	Múltiples estructuras esféricas móviles (bolas de grasa) de ecogenicidad ligeramente aumentada, flotando libres en una gran masa quística, es uno de los patrones más raros.	1.- SI 2.- NO	CUALITATIVA ORDINAL	Se asigna 1 o 2 dependiendo si existe

MARCADORES TUMORALES	Sustancia que se encuentra en los tejidos, la sangre u otros líquidos del cuerpo y que a veces es un signo de cáncer o de ciertas afecciones benignas (no cancerosas).	Elevación de Marcadores tumorales y especificar cuáles: 1.Si, Especificar cual: 2.No	Cualitativa Nominal	Se asignará 1 y especificar cual o 2
HALLAZGOS ECOGRÁFICOS ANORMALES	Cualquier hallazgo patológico o anormal encontrado en el reporte ecográfico de ovario.	1= GI-RADS 0: no concluyente 2= GI-RADS 1: estudio normal 3= GI-RADS 2: hallazgos benignos 4= GI-RADS 3: sugerente de benignidad 5= GI-RADS 4: sospechoso de malignidad 6= GI-RADS 5: alta probabilidad de malignidad	CUALITATIVA NOMINAL	Se utilizara 1,2,3,4,5 según la clasificación

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se revisarán los expedientes clínicos resguardados en el archivo clínico del Hospital de la Mujer de pacientes atendidas con diagnóstico de tumor de ovario residual y se diseñó una hoja recolectora de datos en una hoja de Excel, codificados, para posterior elaboración de base de datos y análisis estadístico.

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Revisión y análisis de los Expedientes clínicos encontrados en el archivo clínico de pacientes con diagnóstico de tumor de ovario residual.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Tabla de frecuencias para variables cualitativas

Medidas de tendencia de central y dispersión para variables cuantitativas.

Estadística descriptiva:

Variables Cuantitativas:

a) Medidas de tendencia central: Media.

Se realizará Intervalo de confianza.

b) Medidas de dispersión: desviación estándar

Para las Variables Cualitativas:

a) Porcentajes y Frecuencias.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y BIOÉTICAS

Este proyecto se considera una investigación sin riesgo de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, para los sujetos de estudio, puesto que solo se utilizarán datos proporcionados por los expedientes clínicos de las pacientes que presentaron tumores de ovario residual en pacientes Histerectomizadas en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México correlacionado con diagnóstico histopatológico en el periodo comprendido del 1ero Enero 2017 al 31 de Diciembre del 2018.

RESULTADOS

Durante el 31 de Enero del 2017 al 31 de Diciembre del 2018 se realizaron 1336 Histerectomías de las cuales se incluyeron un total de 450 pacientes que presentaban conservación de anexos, y de estos 77 pacientes posterior a una Histerectomía Abdominal desarrollaron tumor de ovario residual. Se eliminaron los expedientes de 10 pacientes que se les realizó histerectomía Total Abdominal por no cumplir los criterios de inclusión debido a que no se encontró reporte Histopatológico y 5 expedientes de pacientes por no continuar seguimiento en el Hospital de la Mujer.

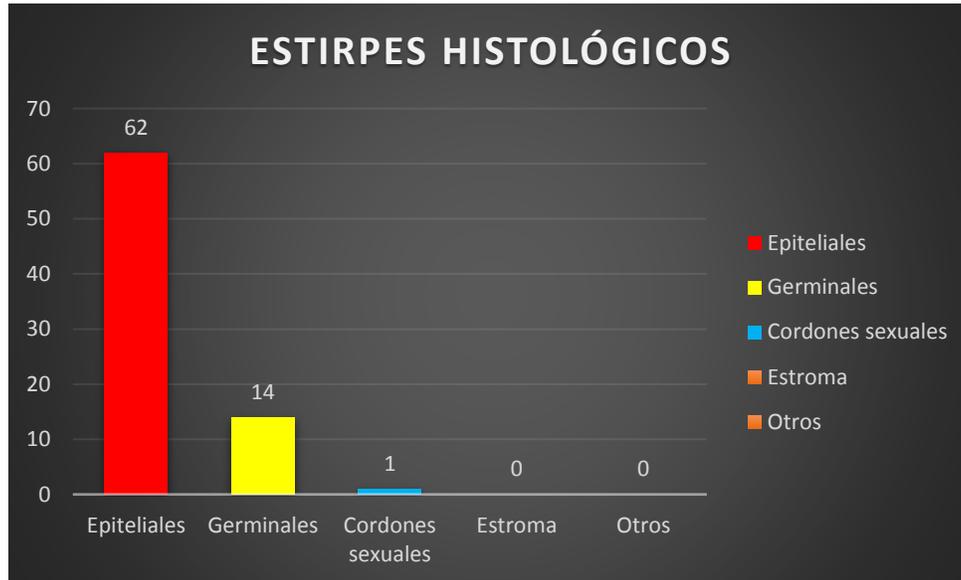


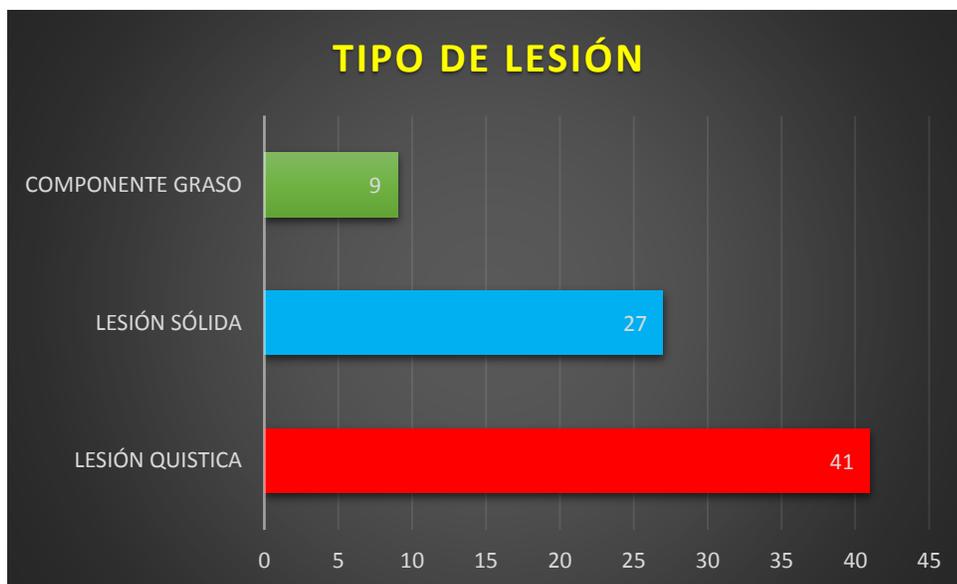
Gráfico 1: Clasificación de los Tumores de acuerdo a su estirpe Histológica. La fuente de la Información fue tomada el archivo clínico del hospital.

Clasificación	Numero	Tipos	Porcentaje %
Epiteliales	62	Seroso (19) Mucinoso (30) Endometrioma (13)	80.519%
Germinales	14	Teratoma Maduro (12) Teratoma Inmaduro (2)	18.181%
Cordones Sexuales	1	Fibroma	1.298%
Estroma	0	Ninguno	0

Tabla 1: Clasificación de los Tumores de acuerdo a su estirpe Histológica, Tipos y Porcentaje. La fuente de la Información fue tomada el archivo clínico del hospital.

Se estudió como primera variable los tipos histológicos del tumor de ovario clasificando en 4 grandes grupos mostrados en el Gráfico 1, clasificándose de la siguiente manera: tumores epiteliales en los cuales se encontraron un total de 62 pacientes de los cuales 19 fueron de tipo seroso, mucinosos 30, endometrioma 13 dando un total de 80.519%. Del tipo Germinal se encontraron 14 pacientes de los cuales se clasificaron como Teratoma Maduro con una cantidad de 12 pacientes y Teratoma Inmaduro con un total de 2 pacientes equivalente al 18.181% derivando estas 2 últimas al servicio de oncología, de los tumores clasificados como cordones sexuales se encontró una sola paciente con fibroma equivalente al 1.298% y por último grupo de los tumores estromales no se encontró ninguna paciente mostrados en la Tabla 1.

Se estudió el tipo de tumoración y cuál era el tipo de lesión en el cual se reportaron de los 77 pacientes con tumor de ovario residual, encontrando una frecuencia de 41 pacientes presentaron una lesión quística, equivalente a más de la mitad de los casos con 53.24%, 27 pacientes con lesión sólida equivalente a 35.06% y por último 9 pacientes con componente graso equivalente a 11.68% dando en total el 100% de los tumores de ovario residual.



Gráfica 2. Tipo de lesión presentados por pacientes que desarrollaron tumor de ovario residual. La fuente de la Información fue tomada el archivo clínico del hospital.

Se determinaron los posibles factores de riesgo para el desarrollo de tumor de ovario residual mostradas en la Tabla 2, encontrándose como requisito indispensable el antecedente de Histerectomía ya sea de causa obstétrica o ginecológica en un 100%, así también la edad encontrándose más frecuentemente en la edad de 41-50 años con un total de 29 pacientes con un porcentaje del 37.66%, el antecedente del número de Gestas encontrándose más frecuente el tumor de ovario residual en pacientes multigestas con un total de 39 pacientes con un porcentaje del 50.64% lo que nos indica que se presenta en más de la mitad de la población estudiada. El antecedente de Cirugías previas encontrándose un total de 55 de las 77 pacientes encontradas con tumor de ovario residual, con un porcentaje de 71.42%, como último se encontró que la presencia de obesidad se presentó en 45 pacientes lo que equivale al 58.44%.

Factores de Riesgo		
Edad	<30 años	12
	31-40 años	27
	41-50 años	29
	51-60 años	9
	>60 años	0
Número de gestas	NULÍGESTA	0
	PRIMIGESTA	17
	SECUNDIGESTA	21
	MULTIGESTA	39
Antecedente de Cirugías previas	Si	55
	No	22
Antecedente de Histerectomía abdominal	OBSTÉTRICA	5
	GINECOLÓGICA	72
Obesidad	Si	45
	No	32
Sintomatología - Ascitis	Si	25
	No	52

Tabla 2. Factores de Riesgo para el Tumor de Ovario Residual. La fuente de la Información fue tomada el archivo clínico del hospital.

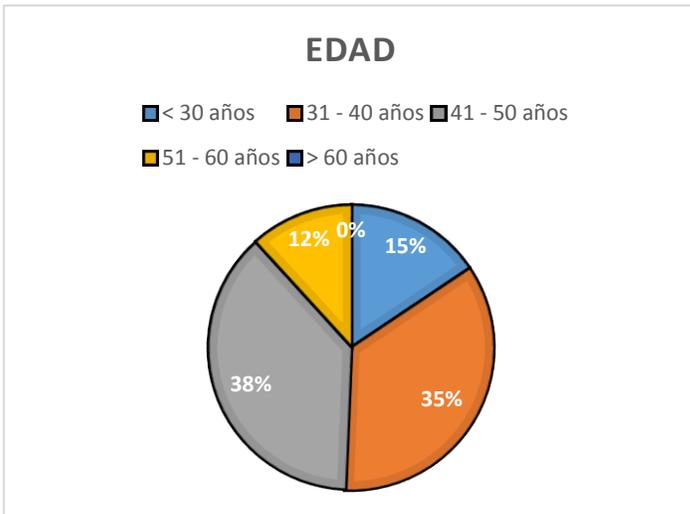


Gráfico 3. Frecuencia por edad de aparición para tumor de ovario residual. La fuente de la Información fue tomada el archivo clínico del hospital.

EDAD	
< 30 años	12
31 - 40 años	27
41 - 50 años	29
51 - 60 años	9
> 60 años	0
Total	77

Tabla 3. Número de casos de tumor de ovario residual por edad Residual. La fuente de la Información fue tomada el archivo clínico del hospital.

Se analizó en quien era más frecuente por edad para la aparición de tumor de ovario residual encontrando un total de 77 pacientes mostradas en la Tabla 3: con edad <30 años un total de 12 pacientes equivalente al 15%, de 31-40 años con un total de 27 pacientes equivalente al 35%, de 41-50 años con un total de 29 pacientes con un porcentaje del 38%, 51-60 años con un total de 9 pacientes equivalente del 12% y por último para la edad de 60 años no se encontró ningún, mostrados en el Gráfico 3.

Se evaluó a las 77 pacientes con diagnóstico de tumor de ovario residual utilizando como protocolo de diagnóstico, identificando mediante Ultrasonido Pélvico en el cual se utilizó la clasificación de GI-RADS en el cual se muestra en la gráfica 4, encontrando:

21 pacientes con GI- RADS 1 equivalente 27%, 46 pacientes con GI-RADS 2 con un porcentaje del 60% y 10 pacientes con GI-RADS 3 con un porcentaje del 13% y como complemento se solicitaron marcadores tumorales el cual se muestra en la Tabla 4, en los cuales se encontró que en 51 pacientes con elevación de Ca-125 equivalente a 66.23%, 4 pacientes con elevación de CEA equivalente a 5.19%, 2 pacientes elevaron la DHL 2.6% y por último 20 pacientes no elevaron ningún marcador tumoral equivalente a 26%.

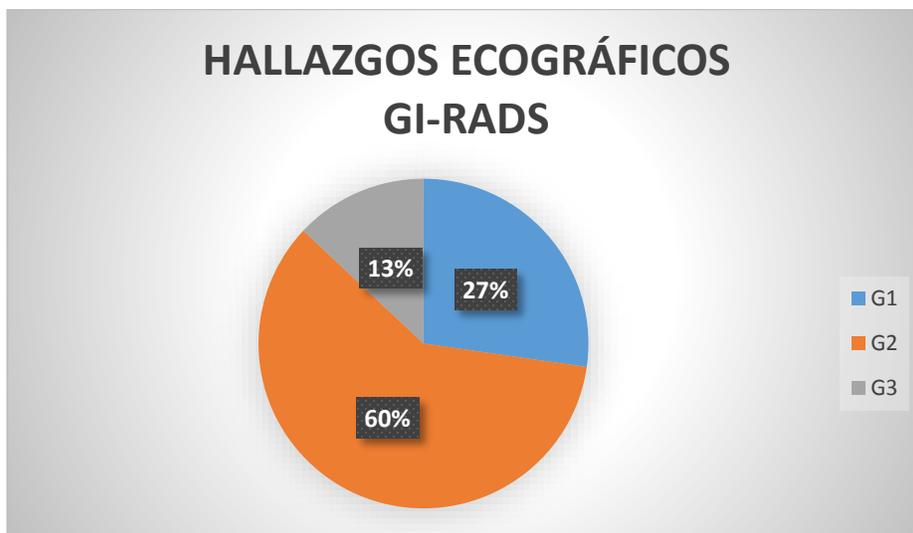


Gráfico 4. Porcentaje de pacientes con Hallazgos ecográficos mediante GI-RADS. La fuente de la Información fue tomada el archivo clínico del hospital.

MARCADORES TUMORALES	# PACIENTES	PORCENTAJE
Ca. 125	51	66.23%
CEA	4	5.19%
DHL	2	2.6%
NO ELEVARON	20	26%

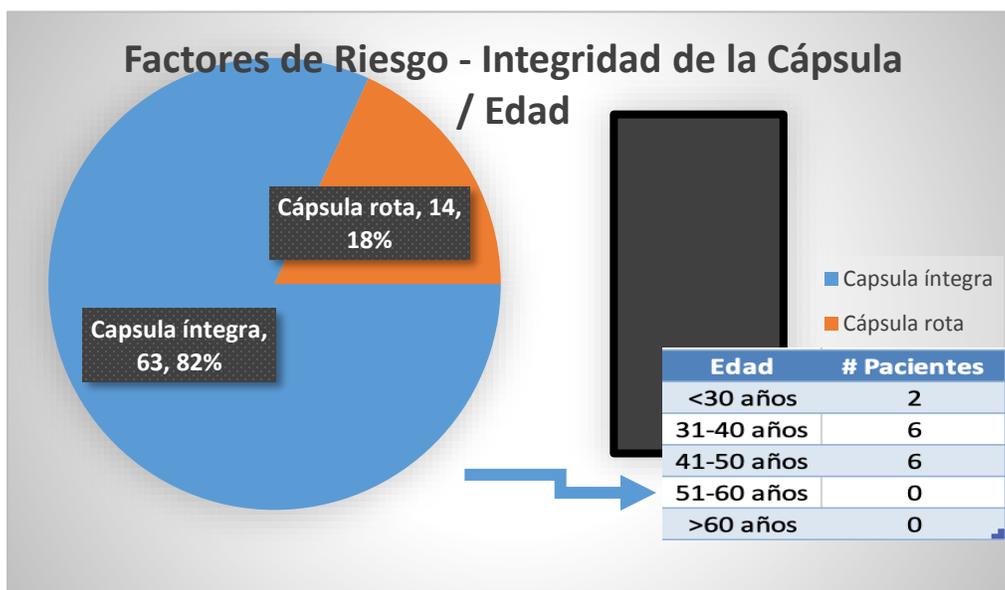
Tabla 4. Porcentaje de los marcadores Tumorales que se elevaron por número de pacientes en relación a los pacientes que no elevaron. La fuente de la Información fue tomada el archivo clínico del hospital.

Del total de las pacientes con tumor de ovario residual se realizó como tratamiento la laparotomía exploradora, así como examen transoperatorio encontrándose como hallazgos quirúrgicos: presencia de ascitis en 25 pacientes equivalente a 32% y 52 pacientes sin presencia de ascitis equivalente a 68% observadas en Gráfica 5.



Gráfica 5. Presencia de ascitis en pacientes con tumor de ovario residual así como porcentaje en los cuales se presentó. La fuente de la Información fue tomada el archivo clínico del hospital.

También se analizó como principal factor el hallazgo quirúrgico de si la cápsula del tumor de se encontraba íntegra o rota en relación con la edad Gráfica 6. En el cual se reporta: que, del total de las 77 pacientes, 63 pacientes tenían la capsula de la tumoración íntegra el cual equivale al 82% y 14 presentaron ruptura de la capsula equivalente al 18% de los cuales relacionados por edad: <30 años 2 pacientes presentaron ruptura, de los 31-40 años 6 pacientes lo presentaron, de los 41-50 años 6 pacientes presentaron, de los 51-60 años y >60 años no presento ninguno ruptura de la capsula del tumor.



Gráfica 6. Relación de la integridad o ruptura de la capsula del tumor de ovario residual en relación a la edad. La fuente de la Información fue tomada el archivo clínico del hospital.

Como último objetivo se dio seguimiento a las pacientes postoperadas de laparotomía exploradora con un reporte de USG Pélvico a los 3 meses en 48 pacientes equivalente a 62.33% y a los 6 meses a 14 pacientes equivalente a 18.18% y a 15 pacientes no se encuentro reporte de seguimiento equivalente al 19.48% sin encontrar recidivas, mostrados en la Tabla 5.

SEGUIMIENTO CON USG PÉLVICO		
Tiempo	No. Pacientes	Porcentaje %
3 MESES	48	62.33%
6 MESES	14	18.18%
SIN SEGUIMIENTO	15	19.48%

Tabla 5. Seguimiento de pacientes con diagnóstico tumor de ovario residual a los 3 y 6 meses de postoperadas de Laparotomía Exploradora. La fuente de la Información fue tomada el archivo clínico del hospital.

DISCUSION

En nuestro estudio de 1336 pacientes sometidas a histerectomía, de ellas 450 pacientes equivalente al 33.68% tuvieron conservación de al menos un ovario, dato que se encuentra ligeramente por debajo del que se reporta en la literatura ya que hasta un 40 a 50%, diferencia que puede sustentar su causa en la decisión de preservar o no los ovarios según el criterio del cirujano, el tipo de paciente e incluso la edad de la misma.

En cuanto a la edad al momento de la intervención fue de 41 – 50 años (38%), siendo estos resultados similares a los publicados en otras literaturas. Se evidencia por lo tanto que hay tendencia a realizar ooforectomía de rutina sobre los 45 años como lo hace mención Dekel A. et al. en su estudio “Síndrome de ovario residual 20 años de experiencia” y Laguna Gallegos en Implicancias clínicas del síndrome de ovario residual en pacientes histerectomizadas.

Es importante señalar que de 450 pacientes con conservación de ovario desarrollaron tumor de ovario residual 77 casos, lo que reflejado en una incidencia anual de casos de Síndrome de Ovario Residual resulta en un 17.11% que difiere en porcentaje más alto que otros informes publicados como los de DeKel A. et al. quien describe incidencia del tumor de ovario residual del 2.85%, o los de Hwo YM. et al. quien describe incidencia del 2.3%; las diferencias halladas con estos estudios se pueden sustentar debido a que la sintomatología como el identificar dolor pélvico crónico cuya descripción de evolución aguda o crónica no se especificó en todas las historias clínicas., tomándose como crónica a toda consulta por dolor pélvico, asimismo el dolor pélvico se puede incluir en más de un diagnóstico diferencial por lo que no se estimó adecuadamente la incidencia en estas 2 revisiones, sin embargo nuestro resultado de incidencia si corresponde con el estudio realizado por Laguna Gallegos en donde ellos estiman una incidencia anual de 11%.

En nuestro estudio se identificaron como posibles factores de riesgo para desarrollar tumor de ovario residual, la edad de aparición entre la quinta y sexta década de la vida con un porcentaje del 38% con antecedente de cirugías previas como cesáreas, colecistectomías y laparotomía exploradoras, en pacientes multigestas con un porcentaje de 77.92%, con obesidad en un 58.44% y con presencia de dolor abdominal en 84.41%, comparados con la literatura podemos identificar que se coincide en aproximadamente en el 70-80%.

En este estudio se realizó como protocolo diagnóstico el solicitar pruebas de gabinete como ultrasonografía pélvica y marcadores tumorales siendo los pilares para identificar la presencia de un tumor de ovario residual, en estos los marcadores que se elevaron en un 74% son Ca-125, CEA y DHL lo que coincide con la literatura para el marcador Ca-125.

En nuestro estudio los tumores de ovario residual encontrados fueron de estirpe epitelial benigno en un 80.51% lo cual coincide con la literatura como en la publicación de Laguna Gallegos donde el 80% fueron quistes simples.

La presencia del desarrollo de neoplasia maligna en pacientes con tumor de ovario residual correspondió al 0.44% del total de casos, siendo este resultado compatible sobre la baja incidencia de cambios malignos identificados en otras revisiones publicadas.

Acerca de esto resulta importante observar como menciona Gallo J. que hay una tendencia generalizada a realizar ooforectomía al mismo tiempo que la histerectomía, con la idea de que la ooforectomía profiláctica es la mejor estrategia para disminuir la tasa de cáncer de ovario. Sin embargo, es importante considerar que el cáncer de ovario ocupa el quinto lugar en frecuencia y que corresponde solo a un 2% del total de casos de cáncer a nivel nacional.

Christ JE. et al. describe que el intervalo entre la histerectomía y la aparición de los síntomas de la cirugía para el residuo de gama anexial varía desde los 4 meses a 26 años; y que en más del 50% de las mujeres se presentan dentro de los 5 años, y el 75% dentro de los 10 años.

En nuestro estudio se realizó laparotomía exploradora teniendo como indicación patología ovárica, en nuestro estudio fueron 77 pacientes a quienes se les tuvo que realizar una nueva intervención siendo la indicación principal tumores de ovario residual., causas similares que fueron motivo de re exploración quirúrgica en otras series publicadas.

Actualmente aún es evidente que la decisión de extirpar o conservar los ovarios está basada en conclusiones obtenidas de datos observacionales, la recomendación del cirujano, o la solicitud de la paciente, e incluso muchos clínicos hacen el corte a los 45 años, como la edad para recomendar fuertemente la ooforectomía profiláctica. Resulta importante entonces considerar que la tendencia debe estar dirigida hacia la conservación de al menos un ovario, porque tal como lo menciona Gallo J. los efectos beneficiosos de preservar los ovarios incluirán disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular, fractura osteoporótica, demencia, Parkinson, disfunción sexual, de modo que la preservación de los ovarios hasta la edad de 65 años se asociará con tasas de supervivencia más altas.

CONCLUSIONES

- En el estudio realizado de 1336 pacientes intervenidas de Histerectomía de las cuales 450 presentaban conservación de anexos.
- De los 450 pacientes que conservaron los anexos, 77 desarrollaron Tumor de Ovario Residual con una incidencia del 17.11%.
- Se identificaron como factores de riesgo para un tumor de ovario residual: pacientes entre la quinta y sexta década de la vida con un porcentaje del 38% con antecedente de cirugías previas como cesáreas, colecistectomías y laparotomía exploradoras, en pacientes multigestas con un porcentaje de 77.92%, con obesidad en un 58.44% y con presencia de dolor abdominal en 84.41%.
- Se observa que el tumor de ovario residual es más frecuente en pacientes de 41-50 años de edad equivalente al 38% del total.
- Se utilizaron como protocolo de diagnóstico el realizar un Ultrasonido Pélvico y marcadores tumorales de los cuales se elevaron en 57 pacientes equivalente al 74% lo que nos indica que tiene una efectividad alta para detectar tumores de ovario residuales.
- Los marcadores tumorales más frecuentes que se elevaron son Ca-125, CEA y DLH.
- La estirpe Histológica más encontrada en nuestro estudio fueron los de tipo epitelial en un 80.51%.
- Los tumores de estirpe maligna de tipo germinal que se encontraron en nuestro estudio fueron 2 casos los cuales se derivaron al servicio de oncología donde se dio tratamiento y seguimiento.
- A las 77 pacientes (100%) fueron sometidas a laparotomía exploradora realizando estudio transoperatorio y posteriormente estudio con reporte Histopatológico definitivo.
- Se observó en nuestro estudio que las pacientes sometidas a Histerectomía Total Abdominal con conservación de anexos fueron por patologías benignas Ginecológicas (miomatosis uterina e Hiperplasia Endometrial) en un 93.50% y de causa Obstétrica (Hemorragia Obstétrica) en un 6.50%
- Se observó que al dar seguimiento con ultrasonido pélvico a las pacientes a los 3 y 6 meses en un 80.51%, los cuales no presentaron recaídas.

- Se concluye en este estudio que las características clínicas como el dolor abdominal, el antecedente cirugías previas como, cesárea, colecistectomía o laparotomía, el número de gestas, las obesidades están estrechamente relacionadas con el resultado Histopatológico de un tumor de ovario residual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laguna Gallegos LN. Implicancias clínicas del síndrome de ovario residual en pacientes histerectomizadas. Lima – Perú. 2014.
2. Arri Coomarasamy MBChB, MD, FRCOG, Mahmood I. Shafi MB BCh, MD, DA, FRCOG, G. Willy Dávila MD, FACOG and Kiong K. Chan MBBS, FRCS, FRCOG. Surgery for Ovarian Remnant. 2016. Wiley Online Library.
3. Alvarado-Cabrero, Isabel. Adenocarcinoma de endometrio: Conceptos actuales. Revista GAMO. 2012, 11 (3):196-202.
4. Christopher P. Crum. Tracto genital femenino en Patología estructural y funcional de Robbins & Cotran. Editorial: Masson. 7ª ed. 2005. Pág 1063-1121.
5. Fujita M, Enomoto T, Murata Y. Genetic alterations in ovarian carcinoma: with specific reference to histological subtypes. Mol Cell Endocrinol 2003; 202: 97-9.
6. Kho, Rosanne M^a; Abrao, Mauricio S. Ovarian remnant syndrome: etiology, diagnosis, treatment and impact of endometriosis. August 2012 - Volume 24 - Issue 4 - p 210–214.
7. Ochoa-Carrillo FJ, Cuarto Consenso Nacional de Cáncer de Ovario, Publicación Oficial de la Sociedad Mexicana de Oncología, Revista de Investigación Clínica. 2018, 5 (6):58.
8. KY Na, JY Sung, KY Won, GY Kim, SJ Lim. Ovarian Remnant Syndrome at the Trochar Site: A Report of a Rare Complication Following Laparoscopic Ovarian Surgery. Korean J Pathol. 2013 Jun; 47(3): 304–306.

9. Zapartiel I, Zanagnolo V, KHO R, Magrina J, Magtibay P. Ovarian remnant syndrome: comparison of laparotomy, laparoscopy and robotic surgery. August 2012. Volumen 91, pages 965-969.

10. Kho, Rosanne M^a; Abrao, Mauricio S. Ovarian remnant syndrome: etiology, diagnosis, treatment and impact of endometriosis. August 2012 - Volume 24 - Issue 4 - p 210–214.

11. Hollman JP –Montiel, Rodriguez Aguiñiga G. Complicaciones de la Histeretomía Total Abdominal Ginecológica por Patología benigna. [www. Medigraphic.org.mx](http://www.Medigraphic.org.mx). Enero-Abril 2014. Vol. VI, No.1, pp 25-30.

12. Poveda G, Rogelio Monfort O., Garcia C., Signes P., Monzo F., Monleón S., Abad C, Payá A. Histerectomía Total Laparoscópica en pacientes con endometriosis profunda. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología. Santiago Agosto 2016. Vol 81, No 4.

13. Navia Lucas. Problemas fisiopatológicos del ovario residual. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 4, núm. 3,2015.

14. Fuentes Porras, Sepúlveda Agudelo. Abordaje integral del dolor pélvico crónico: revisión de la literatura. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología 2014; 79(4): 330 – 339.

15. M. Hickey M. Ambekar I. Hammond. Should the ovaries be removed or retained at the time of hysterectomy for benign disease. Human Reproduction Update, Volume 16, Issue 2, 1 March 2010, Pages 131–141.

16. Committee on Gynecologic Pract. This Committee Opinion was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice and the Society of Gynecologic Oncology (SGO) in collaboration with committee member Kristen A. Matteson, MD, MPH, and SGO members Camille Gunderson, MD and Debra L. Richardson, MD. The Role of the Obstetrician–Gynecologist in the Early Detection of Epithelial Ovarian Cancer in Women at Average Risk. Number 716 • September 2017.

17. Erekson E, MD MPH¹, Deanna K. Martin, MPH¹, and Elena S. Ratner, MD². Oophorectomy: the debate between ovarian conservation and elective oophorectomy. Menopause. 2013 January; 20(1): 110–114.

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
NOMBRE:	EDAD:	NO. EXPEDIENTE:	
VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	CARACTERISTICAS ESPECIFICAS	MEDICION
TUMOR (ESTIRPES HISTOLÓGICOS)	1.EPITELIALES 2. GERMINALES 3.CORDONES SEXUALES 4.ESTROMA		
LESIÓN QUISTOCA	1. SI 2. NO		
LESIÓN SÓLIDA	1. SI 2.-NO		
COMPONENTE GRASO	1. SI 2. NO		
HALLAZGOS ECOGRAFICOS ANORMALES	1= GI-RADS 0: no concluyente		
	2= GI-RADS 1: estudio normal		
	3= GI-RADS 2: hallazgos benignos 4= GI-RADS 3: sugerente de benignidad		
	5= GI-RADS 4: sospechoso de malignidad		
	6= GI-RADS 5: alta probabilidad de malignidad		
ASCISTIS	1. SI 2. NO		
EDAD	1= <30 años, 2=31 a 40 años, 3=41 a 50 años, 4=51 a 60 años, 5=>60 años		
NUMERO DE GESTAS	1. NULIPARA, 2. PRIMIGESA, 3. MULTIPARA		
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	1.OBSTETRICA , 2.GINECOLOGICA	CAUSA:	
CIRUGIAS PREVIAS	1.SI,	ESPECIFICAR:	
	2..NO		
DOLOR ABDOMINAL	1.AUSENTE 2.PRESENTE		
OBESIDAD	1.SI, 2.NO		
MARCADORES TUMORALES	1. SI	CUAL:	
	2.NO		
HALLAZGOS QUIRURGICOS	1.SI	ESPECIFICAR:	
	2.-NO		
ADHERENCIAS ABDOMINALES	1 SI, 2.NO	ESPECIFICAR	
TAMAÑO DEL TUMOR	5 CM Ó >5CM		
COMPLICACIONES QUIRURGICAS	1.SI	ESPECIFICAR:	
	2.NO		