

NEOPLASIAS DE OVARIO

REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LOS HOSPITALES, GENERAL Y
MATERNO INFANTIL DE TEGUCIGALPA. 1977

*Dra. Claudina Ferrera de Erazo**

*Dra. Yelba R. de Tabora ***

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo es una recopilación de los casos de neoplasias de Ovario informados en el Departamento de Patología de los Hospitales General y Materno Infantil, de pacientes que fueron admitidas en estos centros en 1977.

El objetivo primordial de este trabajo es conocer nuestra propia casuística, ya que casi siempre debemos atenernos a estadísticas de otros países. En nuestro medio hay diferencias por las condiciones culturales, socio-económicas, de transporte, etc., que dificultan el acceso de éstas pacientes al hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó el archivo del Laboratorio de Anatomía Patológica del hospital General en donde se efectúan los estudios de ambos hospitales.

El estudio histológico se hizo con cortes de tejido coloreado

dos con Hematoxilina-eosina y Usamos la clasificación de utilizando en algunos casos coloraciones especiales como PAS, la OMS(7) ya que otras clasificaciones (hormonal, funcional, Alcian Blue, Sudan III, tricromico de Masson. embrionaria, etc.), resultan incompletas y confusas, en cambio

También se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes con el diagnóstico de neoplasia de ovario, para obtener otros datos. esa clasificación (cuadro No. 1), es más comprensible y se basa en conceptos aceptados sobre la histogénesis de estas lesiones.

CUADRO No. 1

CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES DE OVARIO, OMS, 1973

- I. Tumores Epiteliales Comunes
 - A. Tumores Serosos
 1. Benignos: Cistadenoma, Papiloma, Cistadenofibroma
 2. En el límite de malignidad: Cistadenoma, Papiloma, Cistadenofibroma.
 3. Malignos: Adenocarcinoma, Ca papilar, Cistadenofibroma maligno.
 - B. Tumores Mucinosos
 1. Benignos: Cistadenoma, Cistadenofibroma
 2. En el límite de la malignidad: ídem
 3. Malignos: Adenocarcinoma, Cistadenofibroma maligno
 - C. Tumores Endometrioides
 1. Benignos (Adenomas)
 2. En el límite de la malignidad
 3. Malignos: a) Carcinoma
 - b) Sarcoma estromático
 - c) Tumores mesodérmicos mixtos

(* Patóloga del H.M.I., Profesor de Patología de la Facultad de Ciencias Médicas UNAH.

(** Médico Residente de Ginecología y Obstetricia, H.M.L)

- D. Tumores de Células Claras (Mesonefroides)
 - 1. Bengnos
 - 2. En el límite de la malignidad
 - 3. Malignos
- E. Tumores de Brenner
 - 1. Bengnos
 - 2. En el límite de la malignidad
 - 3. Malignos
- F. Tumores Epiteliales Mixtos
 - 1. Bengnos
 - 2. En el límite de la malignidad
 - 3. Malignos
- G. Carcinoma Indiferenciado
- H. Tumores Epiteliales no clasificados

II Tumores de los Cordones Sexuales-estroma.

- A. Tumores de Células granuloso-estromáticas
 - 1. Tumor de Células de la granulosa
 - 2. Tumores del grupo tecoma-fibroma
 - a) Tecoma
 - b) Fibroma
 - c) No clasificados
- B. Androblastomas; Tumores de Células de Sertoli-Leydig
 - 1. Bien diferenciado
 - 2. Medianamente diferenciados
 - 3. Poco diferenciados (sarcomatoides)
 - 4. Con elementos heterólogos
- C. Ginandroblastomas
- D. No clasificados

III Tumores de Células Lipoideas

IV. Tumores de Células Germinales

- A. Disgerminoma
- B. Tumor de senos endodémicos
- C. Carcinoma Embrionario
- D. Poliembrioma
- E. Coriocarcinoma
- F. Teratomas
 - 1. Inmaduros
 - 2. Maduros
 - a) Sólidos
 - b) Quísticos.- Quistes Dermoides
 - 3. Monodérmicos altamente especializados
 - a) Struma ovárico
 - b) Carcinoide
 - c) Struma ovárico y carcinoide
 - d) Otros
- G. Formas Mixtas

- V. Gonadoblastoma
 - A. Puro
 - B. Asociado a otras formas de tumores de células germinales
- VI. Tumores de tejidos blandos no específicos del ovario
- VII. Tumores no clasificados
- VIII. Tumores secundarios (Metastásicos)
- IX. Lesiones pseudotumorales

RESULTADOS:

Entre 7,507 biopsias efectuadas en 1977 se encontraron 68 neoplasias de ovario.

TABLA No. 1
NEOPLASIAS DE OVARIO
Hospital General y Materno Infantil,
Tegucigalpa, D. C. 1977

No. de Biopsias estudiadas en 1977	7,507
No. de Neoplasias de Ovario	68
Porcentaje de Neoplasias de Ovario	0.9

TABLA No. 2
NEOPLASIAS DE OVARIO
Hospital General y Materno Infantil,
Tegucigalpa, D. C. 1977

Neoplasias	No. de casos	%
Epitelio Seroso	15	22.1
Cistodermatoide	4	5.9 (++)
Cistodermatoide seroso papilar	2	2.9
Cistodermoma Mucinoso	5	7.4
Cistodermatoide mucinoso	1	1.5
Tumor de Células Claras	1	1.5
Tumor de la Granulosa	3	4.4
Disgerminoma	2	2.9 (++)
Teratomas		
- Inmaduros	2	2.9
- Maduros	26	43
- Struma ovárico	1	1.5
Tumores Metastásicos		
- De Mamma	1	1.5
- De Tromba Uterina	1	1.5
- De origen no determinado	1	1.5 (+++)

(+) Un caso bilateral
(++) El diagnóstico se hizo por biopsia de metástasis retroperitoneal.
(+++ Carcinoma epidermoide. No fue posible encontrar el sitio primario.

TABLA No. 3
NEOPLASIAS DE OVARIO

Distribución de los pacientes según la edad
Hospital General y Materno Infantil,
Tegucigalpa, D. C. 1977

Edad en años	No. de casos	Porcentaje
1 - 10	2	2.9
11 - 20	9	13.2
21 - 30	19	27.9
31 - 40	13	19.1
41 - 50	13	19.1
51 - 60	6	8.8
61 - 70	5	7.4
No consignada	1	1.5

Gráfica No. 1

NEOPLASIAS DE OVARIO

Distribución de los pacientes según la edad
Hospital General y Materno Infantil,
Tegucigalpa, D. C. 1977

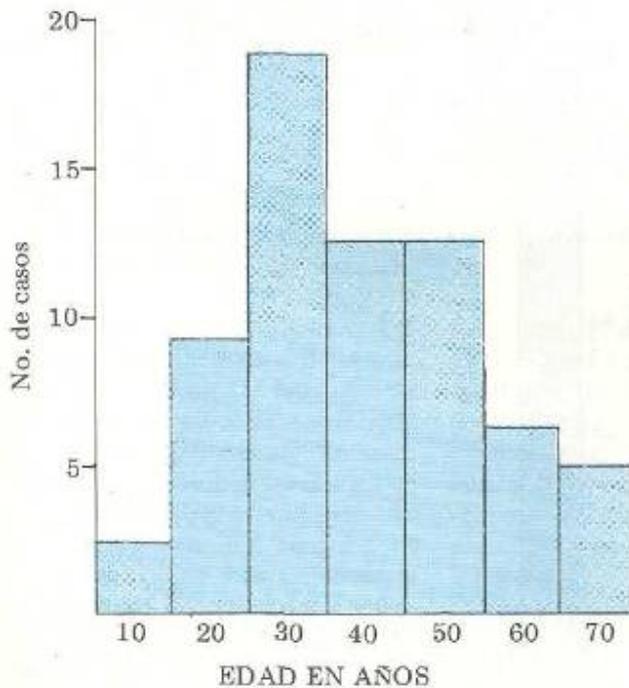


Tabla No. 4
NEOPLASIAS DE OVARIO

Signos y Síntomas de las pacientes
Hospital General y Materno Infantil,
Tegucigalpa, D. C. 1977

Síntoma	Porcentaje	No. de pacs.
Tumor	51.5	35
Dolor	45.6	31
Asintomático	16	11
Síntomas gastro-intestinales	10.3	7
Trastornos menstruales	8.8	6
Hemorragia Uterina Anormal	7.4	5
Abdomen Agudo	5.9	4
Esterilidad	2.9	2
Otros	10.4	7

Gráfica No. 2

NEOPLASIAS DE OVARIO

Signos y Síntomas de las pacientes
Hospital General y Materno Infantil,
Tegucigalpa, D. C. 1977

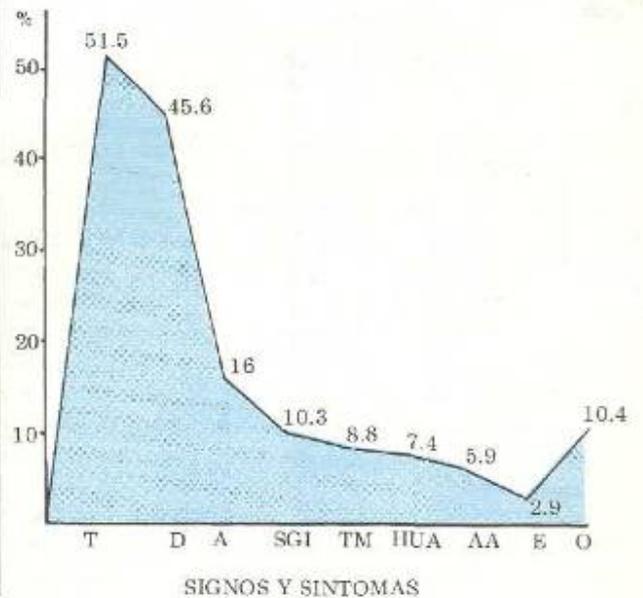


Tabla No. 5
NEOPLASIAS DE OVARIO
 Distribución según la localización
 Hospital General y Materno Infantil,
 Tegucigalpa, D. C. 1977

Ovario Derecho	38 casos	55.9%
Ovario Izquierdo	21 "	30.8
Bilateral	8 "	11.7
No determinado	1 "	1.5

Gráfica No. 3
NEOPLASIAS DE OVARIO
 Distribución según la localización
 Hospitales General y Materno Infantil
 Tegucigalpa, D. C., 1977

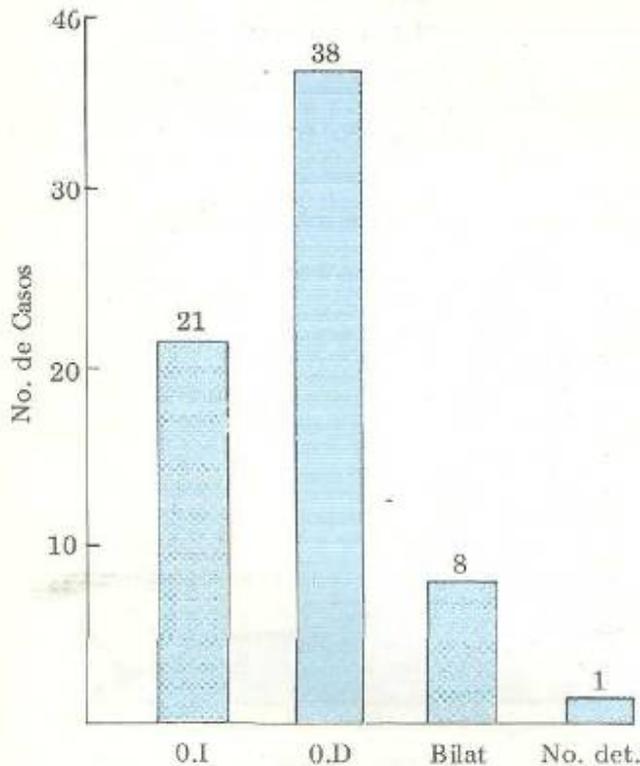
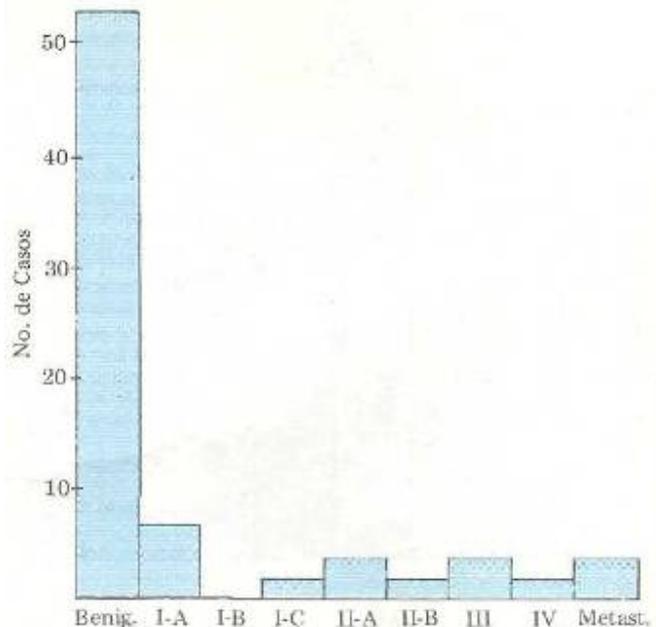


TABLA No. 6
NEOPLASIAS DE OVARIO
 Distribución según Estadío Clínico (+)
 Hospital General y Materno Infantil,
 Tegucigalpa, D. C. 1977

Tumores Benignos	55 casos	80.8%
Tumores Malignos:		
I - A	4	5.9
I - B	0	0
I - C	1	1.5
II - A	2	2.9
II - B	1	1.5
III	2	2.9
IV	1	1.5
Metastásico:	2	2.9

(+) Según la clasificación de la F.I.G.O.

Gráfica No. 4
NEOPLASIAS DE OVARIO
 Distribución según estadío Clínico
 Hospital General y Materno Infantil,
 Tegucigalpa, D. C. 1977



DISCUSIÓN.

Como se observa en la Tabla No. 2, el mayor número de casos corresponden a Quistes Serosos y Teratomas Maduros (Benignos), lo cual demuestra que por su carácter benigno, a pesar de ser tan frecuentes, no representan una amenaza para la vida de las pacientes, pero la aparición de otro tipo de tumores nos alerta a que pensemos en ellos cuando la clínica lo sugiera, aunque su incidencia sea baja.

Estamos de acuerdo con Czernobilsky y col. (1), al concluir que los cistadenofibromas son más frecuentes de lo que se cree y que casi siempre son benignos, necesitando solamente una terapia quirúrgica conservadora.

El porcentaje de los teratomas es de 10 a 15% según lo reportado en otra Literatura (5) en relación con el total de neoplasias de ovario, y la gran mayoría son benignos. La incidencia encontrada por nosotros es mayor: 42%; uno de ellos presenta diferenciación especializada, (Struma ovarii).

Los cistadenomas serosos y mucinosos representan en nuestro medio el 29.6%, similar a otros reportes extranjeros. Encontramos la presencia de teratomas benignos en dos hermanas, y la menor de ellas ya había sido operada anteriormente en otro hospital, por tumor similar en un ovario. Reportamos este dato por lo curioso, ya que ninguna de las teorías que nos explican la patogénesis de este tumor (blastomérica, partenogenética y embrionaria) nos inclinan a sospe-

Tabla No. 7
NEOPLASIAS DE OVARIO
Hospital General y Materno Infantil, Tegucigalpa, D. C. 1977

Cirugía	64 casos	94.1%
Cirugía, Radiación, Quimioterapia	2	2.9
Cirugía, Radiación	1	1.5
Cirugía, Quimioterapia	1	1.5

Tabla No. 8
NEOPLASIAS DE OVARIO
Hospital General y Materno Infantil, Tegucigalpa, D. C. 1977

HAT + SOB	18 casos	26.4%
Resección del tumor	16	23.5
Coforectomía unilat. + biopsia contralateral	10	14.7
SOU	7	10.3
SOU + Biopsia contralateral	6	8.8
HAT + SOU + Biopsia contralateral	3	4.4
HAT + SOU	3	4.4
Biopsia del tumor	2	2.9
HVT + SOB	1	1.5
HVT + SOU	1	1.5
Ooforectomía bilateral	1	1.5

char que exista un factor familiar.

Edad (Tabla No. 3 y Gráfica No. 1). La paciente de menor edad fue una niña de 7 años y la mayor de 70 años, con una incidencia predominante durante la época reproductiva de la mujer; también se observó que la malignidad era más frecuente entre los 20 y 40 años de edad, en otras estadísticas éstas se encuentran en pacientes de más edad. (De 50 a 70 años).

Signos y Síntomas (Tabla No. 4 y Gráfica No. 2). Los tumores de ovario suelen ser asintomáticos, pero ya dijimos que existen en nuestras pacientes factores socioeconómicos, culturales, que las hacen acudir al médico cuando ya hay síntomas muy molestos. Así, observamos que la incidencia de tumor y dolor fueron los síntomas más frecuentes, seguido por amplia diferencia con las asintomáticas. Las complicaciones fueron raras, pues solo el 5.9% ingresaron con mani-

festaciones de abdomen agudo. Los síntomas gastrointestinales generalmente fueron debidos al tamaño alcanzado por el tumor. Los trastornos ginecológicos fueron condicionados por el tumor en sí o por algunas características especiales (tumores funcionantes, etc.) En otros signos y síntomas incluimos los inespecíficos como: malestar general, decaimiento, ascitis, pérdida de peso.

Localización (Tabla No. 5). No creemos que ésto sea relevante, ya que pensamos que ambos ovarios son igualmente susceptibles de ser afectados por alguna neoplasia, pero sí encontramos una gran diferencia en cuanto al sitio de localización, ya que fue mayor en el ovario derecho (55.9%), y también pensamos que la localización bilateral es relativamente alta: 11.7%, igual a la reportada por otros autores (5).

Estadio Clínico (Tabla No. 6). Debemos apuntar que la mayor parte de las neoplasias fueron benignas. Dentro de los 13 casos de neoplasias malignas, hubo una distribución casi igual en los diferentes estadios. En esta misma clase se incluyeron dos tumores de células de la granulosa con comportamiento poco agresivo uno, y el otro con características francamente malignas (siembras peritoneales); tomando en cuenta su evolución clínica y no su apariencia histológica, ya que como sabemos, ésta no siempre nos permite hacer una correlación con el pronóstico clínico. Fox y col. (2), prefieren considerar los siguientes parámetros para conocer la evolución de los tumores de la granulosa, los cuales son aplica-

bles a todos los tumores del ovario, según nuestro criterio:

- a) Paciente mayor de 40 años
- b) Presentación con síntomas abnormales
- c) Presencia de masa palpable
- d) Diseminación extra-ovárica
- e) Tumor bilateral
- f) Tumor sólido
- g) Tumor que mide más de 15 cm. de diámetro
- h) Actividad mitótica alta

Todas estas son indicativos de mal pronóstico.

Para la clasificación utilizamos la recomendada por la F.I.G.O. Agregamos los tumores secundarios (metastásicos), uno de ellos originado en mama y otro en sitio no determinado. Consideramos que éste número de casos es muy bajo para hacer comparación estadística con otros informes. Gompel y Silverberg (3), nos reportan que una buena proporción (aproximadamente 10%) de las neoplasias en el ovario son metastásicas de otros sitios (51% mama, 37% gastrointestinales y 22% genital)

Tratamiento (Tabla No. 7). El tratamiento de elección fue el quirúrgico, correspondiendo al 94.1%. Si excluimos de éstos los casos benignos, encontramos que hay gran parte de los tumores malignos que solamente recibieron tratamiento quirúrgico, no por una decisión médica, sino porque las pacientes no regresaron a control, la mayor parte por factores enunciados al inicio de este artículo, (nivel cultural, vías de comunicación inadecuadas para llegar al hospital, etc.)

De los 13 casos con neoplasias malignas, solo cuatro recibie-

ron tratamiento combinado: cirugía, radiación, quimioterapia; ninguno de ellos se manejó exclusivamente con radio o quimioterapia. Observamos aquí, que la terapéutica usada, ha sido similar a la recomendada en la literatura consultada.

Cirugía (Tabla No. 8). La HAT con SOB, fue la cirugía más efectuada tomando en cuenta la edad y la paridad de la paciente, es decir que aunque la mayor parte de tumoraciones ocurrieron en pacientes relativamente jóvenes, la cirugía fue amplia debido a que nuestras pacientes comienzan a tener hijos temprano; también se tomaron en cuenta otros datos: localización, aspecto externo, etc.

En ninguno de estos casos el Cirujano-Ginecólogo solicitó al Patólogo, que le hiciera biopsia transoperatoria con el propósito de tomar una decisión quirúrgica inmediata.

No hemos hecho consideraciones sobre la evolución de todas las pacientes encontradas con tumor de ovario, porque creemos que es muy poco el tiempo para hablar de sobrevida y además, porque como se ha señalado antes, muchas de ellas no han sido controladas posteriormente, por el médico.

RESUMEN:

Las neoplasias de ovario representan el 0.9% del total de biopsias diagnosticadas en el Departamento de Patología durante 1977.

La mayoría son benignos con la ventaja que las pacientes

salieron curadas con la cirugía efectuada.

Se hizo un análisis comparativo con las estadísticas reportadas en la literatura extranjera, encontrándose disparidades importantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. CZERNOBILSKY, Bernard; Cystadenofibroma of the Ovary; *Cáncer* 34:1971-1981. 1974.
2. FOX, H. y Colaboradores; A clinicopathologic Study of 92 cases of Granulosa Cell Tumor of the Ovary with Special Reference to the Factors Influencing Prognosis; *Cáncer* 35: 231-241, 1975.
3. GOMPEL, Claude; Selverberg, Steven; Pathology in Gynecology and Obstetrics, II Ed., 271-360.1977.
4. KISTNER, Robert W.; Neoplasias Ováricas; Tratado de Ginecología; 353-440; I Ed.; Enero 1974.
5. KASER, O. y Colaboradores; Tumores Genitales; Ginecología y Obstetricia; Tomo III Ginecología Especial; 512-590; I Ed., 1974.
6. NOVAK, Edmund R. y Woodruff, J. Donald; Ovarian Neoplasias; Gynecologic and Obstetric Pathology; 367484; VII Ed., 1974.
7. SEROV, S.F.; Scully R.E.; Sobin, L.H.; Tipos Histológicos de Tumores Ováricos, Clasificación Histológica Internacional de Tumores No. 9; OMS; 1973.