

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CISTOADENOMAS Y CISTOADENOCARCINOMAS  
SEROSOS Y MUCINOSOS DEL OVARIO.**

**(Revisión de 322 casos registrados de los  
años de 1957 a 1972)**

**NOE MARROQUIN BOCANEGRA**

Guatemala, Marzo de 1974.

## PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. MATERIAL Y METODOS
- IV. CONSIDERACIONES GENERALES
- V. RESULTADOS
- VI. DISCUSION
- VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA.

## I. INTRODUCCION

Siendo los neoplasmas del ovario, una de las patologías más frecuentes entre las enfermedades de la mujer (16), es necesario conocerlos y estudiarlos para obtener cada día un diagnóstico más exacto y tratarlos adecuadamente.

Las neoplasias del ovario pueden ser sólidas o quísticas, benignas o malignas. En el presente estudio nos ocuparemos de la variedad quística, concretándonos a analizar los Cistoadenomas y Cistoadenocarcinomas serosos y mucinosos, benignos y malignos.

Los Cistoadenomas y Cistoadenocarcinomas serosos y mucinosos del ovario, ocupan el mayor porcentaje de los neoplasmas del ovario (1,11), aún así, su distinción clínica e histopatológica es difícil de efectuar. Cualquier ginecólogo experimentado ha operado a pacientes con diagnóstico de tumor anexial, para encontrarse con anexos sanos y sin huella de tumor; al contrario, en intervenciones quirúrgicas con diagnóstico de patología uterina o anexial diversa, se han encontrado tumores ováricos, que habían pasado inadvertidos clínicamente.

## II. OBJETIVOS:

### GENERALES:

Conocer y reclasificar los diferentes tipos de tumores originados en el epitelio germinal del ovario, registrados en el Depto. de Anatomía patológica "Dr. Carlos Martínez Durán" del Hospital San Juan de Dios, durante los años 1957 a 1972.

### ESPECIFICOS:

- a) Analizar la frecuencia, edad, diagnósticos clínico, quirúrgico e histológico, etc. de cada uno de los tumores, y sus implicaciones clínico-patológicas.
- b) Actualizar el conocimiento que sobre estos tipos de neoplasmas se tiene en Guatemala.

### III. MATERIAL Y METODOS:

En el presente estudio se revisaron los protocolos de especímenes quirúrgicos de los archivos de Anatomía Patológica "Dr. Carlos Martínez Durán" del Hospital General San Juan de Dios, del año de 1957 a 1972. De éstos, sólo se tomaron en cuenta los protocolos correspondientes a tumores quísticos benignos y malignos del ovario. Así mismo se revisaron las historias clínicas de las pacientes con estos tumores.

Entre los parámetros a tomarse en cuenta estuvieron la edad de las pacientes, síntomas y signos, tiempo de evolución, antecedentes gineco-obstétricos, diagnóstico clínico preoperatorio, diagnóstico postoperatorio, tratamiento efectuado y clasificación histológica. Los diagnósticos incompletos o problemáticos fueron confirmados mediante la revisión de los cortes histológicos. Se descartaron los casos con diagnósticos equivocados.

Todos los datos adquiridos se procesaron en cuadros descriptivos para su análisis posterior.

#### IV. CONSIDERACIONES GENERALES:

La clasificación de los neoplasmas ováricos de acuerdo a una base histogenética, considera cuatro categorías de tumores primarios del ovario: 1) neoplasmas originados en las células germinales, 2) neoplasmas originados en el epitelio germinal, 3) neoplasmas del estroma gonadal especializado (cordones sexuales y mesenquima), y 4) neoplasmas del estroma gonadal no especializado y elementos heterotópicos (1). De igual manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) basa su clasificación según la morfología e histogénesis de los tumores (18).

En general, el 70o/o de los neoplasmas del ovario se originan del epitelio germinal, 16o/o de las células germinales, 5o/o del estroma gonadal especializado, y 9o/o vienen del estroma gonadal no especializado y elementos heterotópicos (1).

Las neoplasias benignas y malignas ocurren frecuentemente en el ovario. La mayoría (75o/o) son benignas cuando se descubren, pero muchas son potencialmente malignas, si no son removidas adecuadamente (1).

En este estudio nos ocuparemos de la segunda categoría, los neoplasmas originados en el epitelio germinal, que son los más frecuentes, haciendo mención de los tumores serosos y mucinosos, benignos y malignos.

## NEOPLASMAS ORIGINADOS EN EL EPITELIO GERMINAL DEL OVARIO: (1)

| Benignos                           | Malignos               |
|------------------------------------|------------------------|
| 1. Tipo seroso:                    |                        |
| Cistoadenomas: simples             | Cistoadenocarcinomas:  |
| papilares                          | simples                |
| Papilomas                          | papilares              |
| Cistadenofibromas                  |                        |
| Adenofibromas                      |                        |
| 2. Tipo mucinosos:                 |                        |
| Cistoadenomas: simples             | Cistoadenocarcinomas:  |
| papilares                          | simples                |
| Cistadenofibromas                  | papilares              |
| adenofibromas                      |                        |
| 3. Tipo endometriode:              |                        |
| Cistadenomas                       | Cistadenocarcinomas    |
|                                    | Acanto-adenocarcinomas |
| 4. Tumor de Brenner:               |                        |
| Benigno                            | Maligno                |
| 5. Tipos mixtos e inclasificables: |                        |
| Cistoadenomas                      | Cistoadenocarcinomas   |

De esta clasificación nos ocuparemos únicamente de los tumores serosos y mucinosos.

Hay dos corrientes acerca del origen de los tumores serosos y mucinosos: 1) del epitelio germinal del ovario por un proceso de invaginación o metaplasia del epitelio ovárico, y 2) que algunos tumores mucinosos también pueden tener un ancestro teratomatoso (10).

El grado de malignidad de los tumores serosos y mucinosos se ha valorizado de acuerdo a dos características microscópicas: a) la suma de núcleos atípicos y actividad mitótica, y b) la presencia o ausencia de invasión del elemento epitelial al componente estrómico (18). Este criterio fue adoptado por la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras como la base primaria para la clasificación y ha tenido gran aceptación. De aquí que estos tumores se dividen en benignos, de variedad intermedia (también llamados "bordeando la malignidad") y carcinomas. Los tumores de variedad intermedia se caracterizan por actividad proliferativa y anormalidades nucleares de las células epiteliales, pero sin crecimiento o invasión destructivos (18). Hay que enfatizar, sin embargo, que estos tumores intermedios pueden invadir el peritoneo..

A continuación procedemos a describir algunas generalidades de los tumores serosos y mucinosos.

### TUMORES SEROSOS:

El término "seroso" da lugar a equivocaciones, pues aún cuando el líquido secretado es de composición análoga al suero sanguíneo, rico en proteínas (seroalbúmina y seroglobulinas) (15), los tumores de este tipo también pueden secretar moco. El moco, sin embargo, es diferente al de los tumores mucinosos (18). Por lo tanto, el diagnóstico se basa en las características del epitelio y ciertos detalles de crecimiento (15).

Hay que recordar que las células epiteliales de los tumores serosos semejan en varias formas a las células del epitelio tubárico (16,18), y que comunmente se encuentran células papilares, ciliadas y cuerpos psamomatosos —pequeños nódulos cálcicos, producto terminal de las implantaciones tumorales—.(3)

Macroscópicamente, no siempre es posible distinguir a los tumores serosos de los mucinosos, pues el aspecto exterior puede ser el mismo (15). A pesar de todo, en gran número de casos,

podemos reconocer la variedad, por la tendencia que tiene la forma seroso a presentar excrescencias papilares en el interior de sus celdillas, y no raramente también en la superficie externa de la tumoración (15,19).

La variante más sencilla es la de un quiste unilocular, de tamaño moderado, tapizado de ordinario, como veremos más adelante, de una capa unicelular de epitelio cúbico. Los mayores quistes serosos son casi siempre lobulados y multiloculares, conteniendo líquido acuoso, o menos viscoso que la variedad mucinosa (15). Puede también ser parduzco o de color chocolate cuando contiene elementos de la sangre. Cuando se abre el quiste, lo corriente es encontrar en uno o varios de sus departamentos, excrescencias papilares nacidas en la pared. Además, la superficie exterior a veces está cubierta por masas papilomatosas que son capaces de infiltrar los órganos vecinos. Tales masas papilomatosas pueden formar enormes masas parecidas a coliflores, llenando la pelvis y sembrándose en todos los órganos de la misma (15).

Microscópicamente, las células se encuentran dispuestas en una sola capa de epitelio cuboidal en las neoplasias benignas. Sin embargo, son muy comunes las desviaciones de esta imagen, las cuales se caracterizan por falsas estratificaciones del epitelio cuando los cortes se efectúan tangencialmente a las ondulaciones o papilas (15). Tal cosa dificulta el diagnóstico microscópico, y no siempre resulta fácil determinar si nos hallamos frente a un Cistoadenoma seroso benigno, o a un Cistoadenocarcinoma papilar. (16).

Los Cistoadenocarcinomas serosos se caracterizan por un patrón sólido de crecimiento, pero pueden tener componente quístico. El examen microscópico revela invasión de las células papilares al estroma, acinis pequeños, masas sólidas epiteliales de varios tamaños y agregados de células neoplásicas (16).

Los tumores serosos intermedios contienen gran cantidad de pólipos de tejido estrómico, que caracterizan a los

Cistoadenomas papilares, y además, finas papilas, que en el examen microscópico revelan proliferación de células epiteliales en el lumen de los quistes, así como estados variables de actividad mitótica y núcleos atípicos. La extensión glandular del epitelio puede estar presente en el estroma subyacente, pero no hay verdadera invasión como en los carcinomas serosos (18). Cuando un tumor intermedio se implanta en el peritoneo puede invadir los tejidos subyacentes, como el miometrio o las paredes del intestino.

La distinción entre los tumores intermedios y el verdadero carcinoma tiene mayor significado desde el punto de vista del pronóstico, cuando se aplica a los tumores serosos, que aplicado a cualquier otra categoría de tumores del ovario. La sobrevivencia de 10 años en casos de carcinomas serosos se ha reportado en sólo 13o/o, mientras que en los Cistoadenomas serosos intermedios ha sido de 76o/o (18).

El término adenofibroma, se aplica cuando la proliferación del tejido fibroso es acentuada y el epitelio "seroso" retiene una tendencia adenomatosa. Si esta variante incluye dilataciones quísticas de diversos tamaños, se designan como Cistoadenofibromas (14). El Cistoadenofibroma del ovario es una neoplasia rara. En la literatura inglesa hay menos de 20 casos de estos tumores, mientras que en la germana durante el siglo XX, han reunido 30 casos bien documentados. Los casos encontrados están entre la 6a. y 7a. décadas. Es difícil diferenciarlo del Cistoadenoma. (8).

El hallazgo de 237 casos de Cistoadenofibroma papilar en un período de 20 años en un estudio realizado por Malloy y colaboradores, cambiaría la idea que este tumor es raro (10). Minkowitz, reporta un caso de adenocarcinoma primario del ovario originado dentro de los elementos glandulares de un típico Cistoadenofibroma seroso, lo cual es un tumor poco conocido y raramente encontrado (12).

Histogenéticamente, no hay duda que el Cistoadenoma seroso se origina a partir del epitelio germinal del ovario. El

fundamento básico de tal afirmación es la posibilidad de encontrar todos los grados morfológicos que van desde la sencilla invaginación del epitelio germinal hasta el papiloma seroso (15).

## TUMORES MUCINOSOS

Los tumores en este grupo pueden alcanzar enorme tamaño, llenando por completo la cavidad abdominal. Los tumores más voluminosos son de este tipo. El mayor ha sido descrito por Spohn, de 173 kg, incluido el líquido extraído en paracentesis previas (15).

Macroscópicamente, los Cistoadenomas mucinosos tienen un aspecto lobulado particular, de superficie lisa, que puede estar adherida a los órganos vecinos. La pared del quiste es de ordinario muy delgada, a veces semitransparente, y su color es blanquecino o azulado. Cuando se abre el quiste, sale su contenido, que puede ser muy fluido, pero también es frecuente que sea espeso y viscoso. Aunque el color más habitual es aframbuesado, también puede ser pardo claro o achocolatado, debido a la mezcla con sangre derramada al romperse los vasitos contenidos en tabiques secundarios, interdepartamentales (15). Comparado con el Cistoadenoma seroso, las excrecencias papilares en la pared del quiste no son frecuentes en el mucinoso, viéndoselas tan sólo en el 5-10 por 100 de los tumores (15).

El carácter distintivo de los quistes mucinosos es la típica capa única, que a menudo presenta contornos ondulados, formada por un epitelio alto, que se colorea pobremente, situándose los núcleos en el extremo basal de las células. En las grandes cavidades quísticas el epitelio puede hallarse más o menos aplanado, mientras que en otras podemos encontrar áreas de tipo inmaduro, cuya altura no es tan pronunciada como la de las típicas células en punta que tapizan la mayor parte del quiste (15).

Sobre la histogénesis de los Cistoadenomas mucinosos se acepta que deben considerarse teratomatosos, en los cuales

ciertos elementos endoerámicos han hecho desaparecer todas las estructuras restantes (13,15).

Por otra parte, el parentesco existente entre el característico epitelio de los quistes mucinosos y el epitelio endodérmico del intestino, lo pone de manifiesto la aparición de dicho epitelio en el llamado mucocelo del apéndice (16).

En un estudio realizado con antisero de conejo, con reactividad específica contra la mucosa intestinal, se reveló reacción cruzada con el epitelio del Cistoadenoma mucinoso del ovario y no con el epitelio de otras áreas mucosas (13).

El epitelio del Cistoadenoma mucinoso aparentemente contiene, a lo menos, uno, pero no todos los antígenos específicos de la mucosa intestinal. Estos hallazgos suponen que estos tumores son histológicamente de tipo intestinal (13).

El Cistoadenoma mucinoso se ha encontrado en otras localizaciones, como en el retroperitoneo (7). La mayoría de los casos han estado asociados con múltiples anomalías congénitas, como ausencia de riñón y trompa de falopio y anomalías urogenitales (7).

En un pequeño porcentaje de casos, los tumores mucinosos se originan de los llamados tumores de Brenner, en los que no es rara observar una transformación pseudomucinoso del epitelio.

El crecimiento de masas quísticas conteniendo mucina en toda la cavidad peritoneal, da lugar al Pseudomixoma peritoneal. El origen de este trastorno suele ser un quiste mucinoso del ovario o un mucocelo del apéndice, que se implanta en la cavidad peritoneal en el momento de la intervención quirúrgica o por rotura espontánea (4,6).

Únicamente el 50/0 de los Cistoadenomas mucinosos sufren degeneración maligna, siendo mucho menor que la variedad serosa (5).

El tumor mucinoso maligno muestra la imagen típica del adenocarcinoma, pero pueden presentarse todos los grados de diferenciación posibles. Las células generalmente conservan su tendencia mucoide en mayor o menor grado, de aquí que sea posible comprobar a menudo, la existencia de cavidades grandes o pequeñas ocupadas por una sustancia gelatinosa (15).

### SINTOMATOLOGIA:

La sintomatología de los tumores quísticos benignos y malignos es poco característica. La función menstrual no sufre efecto manifiesto. Cuando las formaciones son de gran tamaño suele haber sensación de pesadez o presión, que a menudo se acompaña de dolor sordo en el lado afectado de la pelvis (16).

En la mayor parte de los casos, los primeros indicios del trastorno surgen cuando la enferma nota una tumoración en el bajo vientre, frecuentemente a un lado de la línea media (16).

Tratándose de tumores serosos papilares, la presencia del quiste ovárico puede pasar inadvertida hasta que se presenta ascitis. Es muchísimo más frecuente, sin embargo, que la ascitis constituya un síntoma de tumor ovárico maligno (16).

Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran la torsión del pedículo. Los síntomas agudos a que da lugar, con frecuencia constituyen el primer indicio de la existencia de un tumor ovárico. Esta complicación es más frecuente en el caso de tumores pequeños o medianos que en los muy voluminosos. En su producción entran distintos factores, de los cuales los más importantes son el peso del tumor, los traumatismos en forma de sacudidas bruscas y los movimientos peristálticos del intestino. La torsión del pedículo se efectúa por lo general, en el sentido de las manecillas del reloj (16).

Otras complicaciones menos frecuentes son la rotura del quiste, supuración por infección secundaria a la necrosis del quiste, y la transformación maligna de los quistes (5,16).

En conjunto, los Cistoadenomas papilares serosos, causan más muertes que los del grupo mucinoso, la frecuencia de transformación maligna es más elevada que los quistes mucinosos, considerándose por lo regular no inferior a 25o/o (5).

### TRATAMIENTO:

Cuando el quiste manifiesta torsión de su pedículo, debe intervenir lo más rápidamente posible (16). Por regla general, no es prudente indicar una operación inmediata en los quistes asintomáticos que no exceden el tamaño de un limón, porque gran número de ellos son de tipo folicular o del cuerpo amarillo, que pueden desaparecer espontáneamente al cabo de algunas semanas; mientras que los quistes neoplásicos persistirán (16). En una paciente de 20 años de edad, está permitido retrasar la cirugía por 2 ó 3 meses, pero en la mujer postmenopáusica no es recomendable esperar.

El método y extensión de la operación dependen de la variedad del quiste y también de la edad de la enferma, o si se quiere conservar la capacidad reproductiva. Es conveniente abrir el quiste inmediatamente después de extirparlo, y antes de cerrar el abdomen. Si su pared es delgada, y sobre todo si no se presentan excrescencias papilomatosas o sólidas en su cara interna, podemos estar seguros de su naturaleza benigna; de aquí que en este caso esté indicada la cirugía conservadora (16). En presencia de extensas formaciones papilomatosas, especialmente si se acompañan de infiltración de los tejidos vecinos, la extirpación radical del útero y anexos de ambos lados es el procedimiento más indicado (16). En caso de existir metástasis viscerales o peritoneales, pueden elegirse la radiación o la quimioterapia postoperatorias (5).

### PRONOSTICO:

Aproximadamente el 50o/o de los Cistoadenomas serosos se malignizan y se extienden al ovario opuesto (5). En cambio, el 5o/o de los mucinosos se malignizan e invaden la gónada contralateral y otras estructuras.

Unicamente el 25o/o de las pacientes con Cistoadenocarcinomas que se operan, tienen posibilidades de curación. En el 75o/o restante, la neoplasia se encuentra muy diseminada como para ser curable (5).

## V. RESULTADOS:

Entre los tumores primarios del ovario se encontraron 322 casos clasificados como neoplasias originadas en el epitelio germinal del ovario, de las cuales 243 fueron diagnosticadas como benignas y 79 como malignas. De los tumores benignos, los Cistoadenomas serosos ocuparon un 67o/o y los mucinosos un 33o/o. De los tumores malignos, 60.7 fueron Cistoadenocarcinomas serosos y 39.3o/o Cistoadenocarcinomas mucinosos.

La edad de las pacientes con Cistoadenomas osciló entre los 8 y 79 años; y la de los Cistoadenocarcinomas entre los 19 y 76 años.

De los grupos etarios clasificados, en la 5a. y 4a. décadas se encontraron la mayoría de los Cistoadenomas serosos, y en la 5a., 6a. y 3a. décadas, la mayoría de los Cistoadenomas mucinosos.

En cambio, para los Cistoadenocarcinomas, el grupo etario que presentó mayor incidencia fue el de la 4a. década tanto para los tumores serosos como para los mucinosos, correspondiéndoles un 21o/o y 10o/o, respectivamente. Le siguió en orden de frecuencia la 5a. y 6a. décadas para los serosos y la 3a. y 6a. décadas para los mucinosos.

El cuadro No. 1 ilustra la frecuencia de los diferentes tipos histológicos según los grupos etarios.

## Cuadro No. 1

## TUMORES ORIGINADOS EN EL EPITELIO GERMINAL DEL OVARIO CISTOADENOMAS Y CISTOADENOCARCINOMAS=

322 casos

## DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS:

| Edades | Cistoadenomas |         | Cistoadenocarcinomas |         | Cistoadenomas |         | Cistoadenocarcinomas |         |
|--------|---------------|---------|----------------------|---------|---------------|---------|----------------------|---------|
|        | Serosos       | o/o     | Mucinosos            | o/o     | Serosos       | o/o     | Mucinosos            | o/o     |
| 0 -10  | 2             | 0.8     | 0                    | 0       | 0             | 0       | 0                    | 0       |
| 11-20  | 12            | 4.9     | 4                    | 1.6     | 0             | 0       | 1                    | 1.3     |
| 21-30  | 29            | 12.0    | 18                   | 7.2     | 5             | 6.3     | 6                    | 7.6     |
| 31-40  | 39            | 16.4    | 8                    | 3.2     | 17            | 21.5    | 8                    | 10.1    |
| 41-50  | 46            | 18.9    | 20                   | 8.0     | 13            | 16.4    | 4                    | 5.0     |
| 51-60  | 15            | 6.1     | 19                   | 7.6     | 8             | 10.1    | 6                    | 7.6     |
| 61-70  | 17            | 6.9     | 9                    | 3.6     | 4             | 5.0     | 4                    | 5.0     |
| 71-80  | 3             | 1.2     | 1                    | 0.4     | 1             | 1.3     | 2                    | 2.5     |
| TOTAL  | 163           | 67.0o/o | 79                   | 33.0o/o | 48            | 60.7o/o | 31                   | 39.3o/o |
|        |               | 243     |                      |         |               | 79      |                      |         |

Los dos casos de la primera década, correspondieron a hallazgos post-operatorios de 2 pacientes de 8 y 10 años de edad; una con un Quiste dermoide más agenesia uterina, y la otra con agenesia uterina y de trompa izquierda, respectivamente, ambos casos asociados con Cistoadenomas mucinosos. En el primer caso la paciente refirió la presencia de masa abdominal asintomática, desconociéndose el tiempo de evolución.

## SINTOMAS Y SIGNOS:

Los síntomas y signos de nuestros pacientes con tumores del ovario originados en el epitelio germinal se ilustran en los

cuadros No. 2 y No. 3 para los benignos y malignos, respectivamente.

## Cuadro No. 2

## TUMORES ORIGINADOS EN EL EPITELIO GERMINAL DEL OVARIO

CISTOADENOMAS = 322 casos

## SINTOMAS Y SIGNOS:

|  | No. de casos | o/o      |
|--|--------------|----------|
| 1. Aumento progresivo del abdomen      | 49           | 20.0     |
| 2. Dolor en una u otra fosa ilíaca     | 40           | 16.4     |
| 3. Dolor abdominal y presencia de masa | 39           | 16.0     |
| 4. Dolor en hipogastrio                | 29           | 12.0     |
| 5. Hemorragia vaginal                  | 24           | 9.8      |
| 6. Masa en hipogastrio                 | 19           | 7.9      |
| 7. Masa en una u otra fosa ilíaca      | 18           | 7.4      |
| 8. Trastornos menstruales              | 16           | 6.5      |
| 9. Sensación de peso en hipogastrio    | 7            | 2.8      |
| 10. Asintomáticos                      | 6            | 2.4      |
| 11. Pérdida de peso                    | 2            | 0.8      |
| 12. Dolor en hipocondrio derecho       | 2            | 0.8      |
|  | 243          | 100.0o/o |

### Cuadro No. 3

## TUMORES ORIGINADOS EN EL EPITELIO GERMINAL DEL OVARIO

CISTOADENOCARCINOMAS = 322 casos

### SINTOMAS Y SIGNOS:

|  | No. de casos | o/o      |
|--|--------------|----------|
| 1. Masa dolorosa en hipogastrio            | 25           | 31.6     |
| 2. Presencia de masa abdominal             | 22           | 27.9     |
| 3. Crecimiento abdominal progresivo        | 14           | 17.7     |
| 4. Hemorragia vaginal                      | 12           | 15.1     |
| 5. Ascitis                                 | 8            | 10.1     |
| 6. Pérdida de peso                         | 6            | 7.6      |
| 7. Dolor en una u otra fosa ilíaca         | 6            | 7.6      |
| 8. Dolor abdominal                         | 3            | 3.8      |
| 9. Dificultad para la micción y defecación | 2            | 2.5      |
| 10. Derrame pleural                        | 1            | 1.3      |
|  | 79           | 100.0o/o |

En el cuadro No. 2 notamos que la queja principal o el hallazgo clínico, fue AUMENTO PROGRESIVO DEL ABDOMEN en 49 casos; otras quejas frecuentes fueron dolor en una u otra fosa ilíaca, presencia de masa acompañada con dolor abdominal, hemorragia abdominal, masa o dolor en hipogastrio, etc. Es de notarse que en 11 casos los tumores benignos fueron hallazgos incidentales en la intervención quirúrgica, ya que el motivo de consulta fue diferente, tal como dolor en hipocondrio derecho, y que al efectuarse Colectomía se encontró un quiste ovárico.

El tiempo de evolución de los síntomas referidos por las pacientes con tumores benignos fue variable. La evolución máxima fue de 12 años, en una paciente cuyo motivo de consulta fue aumento progresivo del abdomen, comprobándose un

Cistoadenoma seroso simple bilateral. La evolución mínima la dió una paciente de 17 años de edad, con dolor abdominal de 6 horas de evolución, que correspondió a un Cistoadenoma seroso retorcido del ovario. El tiempo promedio de evolución de los síntomas osciló entre 6 y 12 meses.

Los síntomas y signos correspondientes a pacientes con Cistoadenocarcinomas del ovario, más frecuentes fue MASA DOLOROSA EN HIPOGASTRIO con 25 casos; seguida de presencia de masa abdominal 22 casos; crecimiento abdominal progresivo 14 casos; hemorragia vaginal 12 casos; ascitis 8 casos y pérdida de peso 6 casos.

En algunos casos de ascitis, se llegó a obtener hasta 5,000 cc de líquido ascítico. En otro caso se encontró derrame pleural en la radiografía de torax, que correspondió a un Cistoadenocarcinoma seroso papilar.

En los tumores malignos, la evolución máxima fue dada por una paciente con una masa en hipogastrio asintomática de 10 años de evolución, que histológicamente correspondió a un Cistoadenocarcinoma mucinoso. La evolución mínima fue de 48 horas en una paciente de 70 años, con dolor agudo en FID y antecedentes de Histerectomía vaginal hacía 10 años; el tumor fue un Cistoadenocarcinoma papilar. El promedio osciló en aproximadamente un año.

### ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

La mayoría de los tumores benignos fueron encontrados en pacientes multíparas, excepto un caso incidental de una paciente nulípara de 49 años, que consultó por dolor en hipocondrio derecho y masa abdominal; el tumor fue un Cistoadenoma seroso simple.

Tres pacientes tenían antecedentes de Histerectomía abdominal previa por Leiomiomas uterinos. A una paciente se le habían practicado 3 cesáreas. Dos pacientes tenían antecedentes de Ca. del cérvix grado II, una de ellas fue tratada con

Histerectomía; en la otra se desconoce el tratamiento. En ambas, se encontró un Cistoadenoma mucinoso.

Una paciente con antecedentes de resección de un Adenocarcinoma del sigmoides, consultó por dolor en hipogastrio de un año de evolución, que correspondió a un Cistoadenoma mucinoso papilar.

Los tumores malignos fueron encontrados en su mayoría en pacientes multíparas. A una de las pacientes 3 años antes se le había efectuado biopsia de ovario, que había demostrado un Cistoadenocarcinoma mucinoso; consultó posteriormente por crecimiento abdominal de un año de evolución, habiéndose confirmado el diagnóstico. Otra paciente con antecedentes de resección de dos tumores en abdomen, consultó por sensación de masa en hipogastrio de un año de evolución, demostrándose al examen histológico un Cistoadenocarcinoma seroso pobremente diferenciado. En una paciente había antecedente de resección de un tumor semejante un año antes. Consultó en esta oportunidad por tumor abdominal en crecimiento, hallándose un Cisto-adenocarcinoma mucinoso. En este caso en particular no puede decirse con exactitud si el segundo neoplasma era primario o secundario metástasis del tumor previamente resecado, ya que no se hizo biopsia del ovario contralateral, aunque a juzgar por el tamaño, lo más probable es que sea otro primario que pasó desapercibido en la primera intervención.

En una paciente había antecedente de paracentesis hacía un mes, demostrándose al examen citológico en esa ocasión la presencia de un Cisto-adenocarcinoma seroso papilar; razón por la que fue intervenida, encontrándose el mismo tipo de tumor.

En las pacientes tanto con tumores benignos como malignos, en el examen ginecológico se encontró el cuello cervical de aspecto normal, excepto en los casos con Carcinoma del cérvix. Las masas uterinas palpables correspondieron a leiomiomas uterinos. En muchos casos, las masas ováricas fueron detectadas a la palpación bimanual de los anexos. El tamaño de

las masas ováricas osciló entre 6 y 25 centímetros, con un promedio de 15 centímetros. El examen físico en general, excepto por pérdida de peso en algunas pacientes con neoplasmas malignos estuvo dentro de límites normales.

Los diagnósticos pre y post-operatorios de nuestras pacientes con tumores benignos del ovario originados en el epitelio germinal, se ilustran en los cuadros No. 4 y No. 5, respectivamente.

#### Cuadro No. 4

### TUMORES ORIGINADOS EN EL EPITELIO GERMINAL DEL OVARIO

CISTOADENOMAS = 322 casos

#### DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:

|                                | No. de casos | o/o      |
|--------------------------------|--------------|----------|
| 1. Quiste del ovario           | 121          | 49.8     |
| 2. Cistoadenoma del ovario     | 26           | 10.4     |
| 3. Fibromatosis uterina        | 22           | 9.0      |
| 4. Quiste retorcido del ovario | 19           | 7.9      |
| 5. Carcinoma del ovario        | 11           | 4.4      |
| 6. Tumor sólido del ovario     | 8            | 3.2      |
| 7. Masa anexial                | 6            | 2.4      |
| 8. Embarazo ectópico           | 6            | 2.4      |
| 9. Prolapso genital            | 4            | 1.6      |
| 10. Apendicitis                | 3            | 1.2      |
| 11. Infección pélvica aguda    | 3            | 1.2      |
| 12. Carcinomatosis peritoneal  | 3            | 1.2      |
| 13. Tumor de Krukenberg        | 1            | 0.4      |
| 14. Quiste dermoide            | 1            | 0.4      |
|                                | 243          | 100.0o/o |

## Cuadro No. 5

**TUMORES ORIGINADOS EN EL EPITELIO  
GERMINAL DEL OVARIO**

**CISTOADENOMAS = 322 casos**

**DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO:**

|  | No. de casos | o/o      |
|--|--------------|----------|
| 1. Quiste ovárico                        | 117          | 48.1     |
| 2. Cistoadenoma del ovario               | 38           | 15.6     |
| 3. Cistoadenocarcinoma del ovario        | 16           | 6.4      |
| 4. Quiste retorcido del ovario           | 16           | 6.4      |
| 5. Fibromatosis uterina + quiste ovárico | 13           | 5.2      |
| 6. Quiste ovárico bilateral              | 8            | 3.2      |
| 7. Quistes foliculares del ovario        | 6            | 2.4      |
| 8. C.C.C. + quiste ovárico               | 5            | 2.0      |
| 9. Quiste dermoide                       | 4            | 1.6      |
| 10. Prolapso genital + quiste ovárico    | 4            | 1.6      |
| 11. Teratoma del ovario                  | 2            | 0.8      |
| 12. Embarazo ectópico + quiste ovárico   | 2            | 0.8      |
| 13. Apendicitis + quiste ovárico         | 2            | 0.8      |
| 14. Cistoadenoma bilateral               | 1            | 0.4      |
|  | 243          | 100.0o/o |

Como podemos notar, el diagnóstico clínico con el cual la paciente fue operada fue inespecífico la mayoría de las veces, pues a un 49.8o/o de los tumores se les nombró como quistes del ovario y sólo en 26 casos el diagnóstico preoperatorio de Cistoadenoma (10.4o/o) fue correcto. El diagnóstico postoperatorio de Cistoadenoma sólo se hizo adecuadamente en 38 casos (15.6o/o). De los 19 casos en que clínicamente se sospechó quiste retorcido del ovario preoperatoriamente, en 16 casos se confirmó el diagnóstico al operar a las pacientes, y en 15 casos por examen histológico.

De los 22 casos con diagnóstico de Fibromatosis uterina, 13 se confirmaron postoperatoriamente, correspondiendo a leiomiomas, algunos de los cuales estaban asociados con quistes del ovario, tomándose biopsias de los mismos.

Ocho casos de quistes bilaterales fueron hallazgos postoperatorios correspondiendo a Cistoadenomas serosos en su mayoría.

Otros hallazgos postoperatorios de patologías no relacionadas con tumores benignos del ovario, fueron Colecistitis crónica calculosa, prolapso genital, embarazo ectópico, apendicitis, en los cuales se encontraron Cistoadenomas asintomáticos. En uno de los casos de apendicitis, el apéndice estaba ocupado por OXIUROS.

Los diagnósticos pre y postoperatorios de los tumores malignos originados en el epitelio germinal del ovario se ilustran en los cuadros No. 6 y No. 7.

## Cuadro No. 6

TUMORES ORIGINADOS EN EL EPITELIO  
GERMINAL DEL OVARIO

CISTOADENOCARCINOMAS = 322 casos

## DIAGNOSTICO PREOPERATORIO:

|                                   | No. de casos | o/o      |
|-----------------------------------|--------------|----------|
| 1. Quiste ovárico                 | 28           | 35.4     |
| 2. Cancer del ovario              | 19           | 24.0     |
| 3. Fibromatosis uterina           | 10           | 12.6     |
| 4. Cistoadenocarcinoma del ovario | 7            | 8.9      |
| 5. Cistoadenoma del ovario        | 4            | 5.0      |
| 6. Carcinomatosis peritoneal      | 5            | 6.3      |
| 7. Quistes malignos               | 3            | 3.8      |
| 8. Tumor abdómino-pélvico         | 2            | 2.6      |
| 9. Quiste retorcido del ovario    | 2            | 2.6      |
| 10. Sarcoma del ovario            | 1            | 1.3      |
| 11. Cancer del cuello             | 1            | 1.3      |
| 12. Quiste dermoide               | 1            | 1.3      |
| 13. Epitelioma del ovario         | 1            | 1.3      |
|                                   | 79           | 100.0o/o |

## Cuadro No. 7

TUMORES ORIGINADOS EN EL EPITELIO  
GERMINAL DEL OVARIO

CISTOADENOCARCINOMAS = 322 casos

## DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO:

|  | No. de casos | o/o      |
|--|--------------|----------|
| 1. Cistoadenocarcinomas del ovario                               | 30           | 37.8     |
| 2. Quistes del ovario  | 15           | 18.9     |
| 3. Cistoadenocarcinomas + fibromas uterinos                      | 10           | 12.6     |
| 4. Cistoadenocarcinomas + metástasis a<br>epiplón o peritoneo    | 8            | 10.1     |
| 5. Cistoadenomas   | 4            | 5.0      |
| 6. Quistes del ovario bilaterales                                | 2            | 2.6      |
| 7. Cistoadenocarcinoma + metástasis gan-<br>glionares y rectales | 1            | 1.3      |
| 8. Ca. del cuello  | 1            | 1.3      |
| 9. Quiste Dermoide   | 1            | 1.3      |
| 10. Epitelioma del ovario  | 1            | 1.3      |
| 11. Tumores quísticos en cavidad abdominal                       | 1            | 1.3      |
| 12. Sarcoma del ovario   | 1            | 1.3      |
|  | 79           | 100.0o/o |

A diferencia de los cuadros anteriores, el diagnóstico postoperatorio fue más acertado en la mayoría de los casos con neoplasmas malignos. De todos los tumores intervenidos, 49 casos se confirmaron como Cistoadenocarcinomas postoperatoriamente; 10 de los cuales estaban asociados con Fibromas uterinos, 8 eran bilaterales o habían dado metástasis a epiplón o peritoneo y uno había dado metástasis ganglionares y rectales.

El tipo de tratamiento practicado a nuestros pacientes con tumores del ovario originados en el epitelio germinal fue quirúrgico. Este se ilustra en el cuadro No. 8.

Cuadro No. 8

**TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS ORIGINADOS  
EN EL EPITELIO GERMINAL DEL  
OVARIO = 322 casos**

## TRATAMIENTO:

|   | Cistoadenomas | o/o      | Cistoadenocarcinomas | o/o      |
|---|---------------|----------|----------------------|----------|
| -Ooforectomía Unilateral                          | 139           | 57.2     | 31                   | 39.3     |
| -Ooforectomía Bilateral                           | 7             | 2.8      | 9                    | 11.4     |
| -Salpingo-ooforectomía Unilat.                    | 33            | 13.6     | 8                    | 10.1     |
| - " " Bilateral                                   | 2             | 0.8      | 7                    | 8.9      |
| -Histerectomía + Salpingo-ooforectomía unilateral | 24            | 9.8      | 0                    | 0        |
| -Histerectomía + Salpingo-ooforectomía bilateral  | 30            | 12.4     | 17                   | 21.5     |
| -Biopsia de ovario                                | 5             | 2.0      | 2                    | 2.6      |
| -Biopsia de Epiplón                               | 3             | 1.2      | 5                    | 6.3      |
|   | 243           | 100.0o/o | 79                   | 100.0o/o |

En este cuadro notamos, que el tratamiento en su totalidad fue quirúrgico, ya sea resecaando sólo el ovario afectado, 57.2o/o en los Cistoadenomas y 39.3o/o en los Cistoadenocarcinomas; o los dos ovarios si el tumor era bilateral; o tomando biopsias de ovario o de epiplón en los casos sospechosos. Sin embargo, la biopsia del ovario contralateral no fue hecha de rutina.

Los casos en que se combinó Ooforectomía más Salpingectomía estaban asociados con Infecciones pélvica (salpingitis), embarazos ectópicos o extensión del tumor a la trompa. En muchos de los casos en que se practicó también Histerectomía, se encontraron leiomiomas asociadas a tumores benignos o malignos del ovario.

En el cuadro No. 9 se informa el tipo histológico y la frecuencia de los 322 casos de neoplasmas del ovario originados en el epitelio germinal del ovario, que motivaron este reporte.

Cuadro No. 9

**TUMORES ORIGINADOS EN EL EPITELIO GERMINAL  
DEL OVARIO CISTOADENOMAS Y CISTOADENOCARCINOMAS  
= 322 casos**

## CLASIFICACION HISTOLOGICA:

| Tipo Anatomico-patológico           | Cistoadenomas | o/o  | Cistoadenocarcinomas | o/o  |
|-------------------------------------|---------------|------|----------------------|------|
| C. Seroso simple                    | 103           | 42.4 | 7                    | 8.9  |
| C. seroso papilar                   | 54            | 22.2 | 36                   | 45.5 |
| C. seroso evertido                  | 0             | 0    | 0                    | 0    |
| C. Mucinoso simple                  | 62            | 25.5 | 21                   | 26.6 |
| C. Mucinoso papilar                 | 21            | 8.6  | 8                    | 10.1 |
| C. Mucinoso evertido                | 0             | 0    | 0                    | 0    |
| C. seroso Variedad Intermedia       | 1             | 0.4  | 5                    | 6.3  |
| C. Mucinoso pobremente diferenciado | 0             | 0    | 1                    | 1.3  |
| Cistoadenofibroma                   | 2             | 0.8  | 0                    | 0    |
|                                     | 243           |      | 79                   |      |

En este cuadro se comparan los diferentes hallazgos anatomopatológicos tomando en cuenta los criterios de malignidad, el tipo histológico y la diferenciación de los tumores.

De los tumores benignos, el más frecuente fue el Cistoadenoma seroso simple, ocupando un 42.4o/o de los tumores benignos. Le sigue el Cistoadenoma mucinoso simple en 25o/o. En orden de frecuencia sigue el Cistoadenoma seroso papilar en 22.2o/o, y a continuación el Cistoadenoma mucinoso papilar en 8.6o/o.

Dos de los 243 casos de tumores benignos correspondieron a CISTOADENOFIBROMAS en 2 pacientes (0.8o/o); de 68 y 78 años de edad, que consultaron por dolor

abdominal difuso de 3 y 1 año de evolución, respectivamente, los cuales se intervinieron con el diagnóstico de quiste ovárico.

Un caso se clasificó como Cistoadenoma seroso de variedad intermedia. No hubo ningún caso clasificado como Cistoadenoma seroso evertido.

De los tumores malignos, el más frecuente fue el Cistoadenocarcinoma seroso papilar (45.50/o); le sigue el Cistoadenocarcinoma mucinoso simple (26.60/o); el Cistoadenocarcinoma mucinoso papilar ocupó el 10.10/o; el Cistoadenocarcinoma seroso simple ocupó el 8.90/o. Cinco tumores malignos se clasificaron como serosos de variedad intermedia (6.30/o) y un caso como Cistoadenocarcinoma mucinoso pobremente diferenciado (1.30/o).

En los cuadros No. 10 y No. 11 destacamos la correlación clínico-patológica y quirúrgico-patológica de los tumores benignos y malignos. En estos cuadros se comparan los diagnósticos pre y postoperatorios dados por el cirujano en relación al diagnóstico histológico dado por el patólogo, notando que en su mayoría, los pacientes fueron intervenidos con diagnóstico incierto o inespecífico. Los diagnósticos correctos aumentaron al efectuarse la intervención quirúrgica. Unos pocos casos se intervinieron sin diagnóstico clínico.

### Cuadro No. 10

#### TUMORES ORIGINADOS EN EL EPITELIO GERMINAL DEL OVARIO CISTOADENOMAS Y CISTOADENOCARCINOMAS = 322 casos

##### CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA:

|                          | Cistoadenomas |      | Cistoadenocarcinomas |      |
|--------------------------|---------------|------|----------------------|------|
|                          | No. casos     | o/o  | No. casos            | o/o  |
| Diagnósticos correctos   | 40            | 16.4 | 14                   | 17.7 |
| Diagnósticos incorrectos | 198           | 81.4 | 63                   | 79.7 |
| Sin diagnóstico clínico  | 5             | 2.0  | 2                    | 2.6  |

### Cuadro No. 11

#### TUMORES ORIGINADOS EN EL EPITELIO GERMINAL DEL OVARIO CISTOADENOMAS Y CISTOADENOCARCINOMAS = 322 casos

##### CORRELACION QUIRURGICO-PATOLOGICA:

|                          | Cistoadenomas |      | Cistoadenocarcinomas |      |
|--------------------------|---------------|------|----------------------|------|
|                          | No. de casos  | o/o  | No. de casos         | o/o  |
| Diagnósticos correctos   | 56            | 23.0 | 31                   | 39.3 |
| Diagnósticos incorrectos | 183           | 75.3 | 48                   | 60.7 |
| Sin Diagnóstico post op  | 4             | 1.6  | 0                    | 0.0  |

##### PRONOSTICO:

Se hizo imposible determinar la sobrevivencia o el curso seguido después de resear los tumores ya sean benignos o malignos, pues fue difícil controlar a las pacientes. Algunas de ellas procedían de los departamentos o han cambiado sus direcciones, y muy pocas acuden a evaluaciones post-operatorias.

## VI. DISCUSION:

El análisis de los resultados obtenidos de nuestros 322 casos de tumores benignos y malignos originados en el epitelio germinal del ovario, comparados, con estudios realizados por otros autores, es concluyente, pudiéndose hacer generalizaciones sobre la validez de nuestros hallazgos.

### Analizaremos algunos parámetros:

Las edades en las cuales se encontraron tumores benignos y malignos oscilaron entre los 8 y 79 años y entre los 19 y 76 años, respectivamente. Esto coincide con un estudio de 20 años realizado por Malloy y colaboradores en Rochester, Minnesota, que incluyó 923 casos de tumores benignos y malignos (10), encontrando que las edades de los tumores estuvieron comprendidas entre los 19 - 77 años, y entre los 20 - 78 años, respectivamente.

Ninguno de los autores consultados mencionó tumores en pacientes de 10 años o menos, como en nuestro estudio.

Las décadas en que más frecuentemente se encontraron los tumores benignos fue entre la 3a. y 6a.; de éstas, en la 5a. década se encontró la mayor frecuencia. Los tumores malignos tuvieron su incidencia mayor en la 4a. década.

Una revisión clínico quirúrgica del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del IMSS, por el Dr. Méndez Gonzáles (11), encontró la mayor incidencia para tumores del ovario entre la 3a. y 5a. décadas.

La frecuencia de los tumores benignos y malignos, comparativamente fue así: de los 322 casos, 243 casos (75o/o) correspondieron a Cistoadenomas, y los 79 casos restantes (25o/o) a Cistoadenocarcinomas.

Porcentajes de benignidad similares (75o/o) se mencionan en un estudio sobre "The nature and clasification of ovarian neoplasms" por Abell, MR. efectuado en Michigan (1).

Los Cistoadenomas serosos y mucinosos se encontraron más frecuentemente en la 5a. década, con 46 y 20 casos, respectivamente. En cambio, la 4a. década, con 17 y 8 casos, respectivamente.

La proporción entre tumores serosos y mucinosos fue de 2:1 de los Cistoadenomas y de 1.5:1 en los Cistoadenocarcinomas.

La bilateralidad de los tumores benignos y malignos se encontró en 2.8o/o en los Cistoadenomas y 11.4o/o en los Cistoadenocarcinomas.

En el estudio de Malloy, el porcentaje de bilateralidad fue más alto, así: 24o/o en los tumores benignos y 44o/o en los tumores malignos. Nuestros datos, son más bajos, debido a que en muy pocos casos se tomó biopsia del ovario contralateral.

Los síntomas y signos, tiempo de evolución, hallazgos al examen físico y procedimientos de laboratorio de los tumores benignos y malignos de nuestros 322 casos son iguales a los encontrados por otros autores.

Malloy menciona casos de tumores malignos hasta de 29 años de evolución (10). Tanto en ese estudio, como en el nuestro, el hallazgo al examen físico fue una masa pélvica palpable en practicamente todos los casos. La radiografía de abdomen fue el único procedimiento de laboratorio que ayudó a establecer el diagnóstico, y éste sólo fue útil después que la masa había sido revelada.

Los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes con tumores benignos no fueron de importancia, pues algunas tenían antecedentes quirúrgicos o de tumores previos en otras localizaciones, como el útero o el cuello cervical y no tumores

ováricos. En cambio, algunos antecedentes en pacientes con tumores malignos estuvieron directamente relacionados con el hallazgo de Cistoadenocarcinomas, o tumores que desarrollaron malignidad. Es interesante el hallazgo de un Cistoadenoma mucinoso papilar en una paciente con antecedentes de resección de un Adenocarcinoma del Sigmoides; lo cual estaría perfectamente de acuerdo con la teoría que supone que los tumores mucinosos son histológicamente de tipo intestinal (13).

En relación al diagnóstico preoperatorio, notamos el bajo porcentaje en el cual se efectuó el diagnóstico correcto, tanto en los tumores benignos (10.4o/o), como malignos (8.9o/o). Sin embargo, el porcentaje de diagnósticos postoperatorios correctos fue más alto, así: 15.6o/o en los tumores benignos, y 61.8o/o en los malignos. Hacemos notar que los diagnósticos pre y postoperatorios mencionados aquí se designaron como Cistoadenomas o Cistoadenocarcinomas del ovario, sin tipificarlos. A muchos tumores benignos se les atribuyó malignidad.

Esto nos da la idea del desconocimiento que se tiene de la frecuencia con que se suceden uno u otro tipo de tumor, así como de las características macroscópicas de dichos tumores.

Problemas semejantes a estos se mencionan en el estudio del Dr. Méndez G. "El problema diagnóstico de los tumores ováricos" (11).

El tratamiento efectuado en todos los casos de tumores benignos y malignos del ovario fue principalmente quirúrgico. Este ha sido el tratamiento de elección en todos los países y los reportes revisados lo confirman. La operación planeada en la mayoría de las veces es la Laparotomía exploradora, por no tenerse un diagnóstico preciso. Los tumores benignos han sido resecados unilateralmente en pacientes jóvenes en edad reproductiva, y siempre seguida de biopsia contralateral, mientras que en pacientes de edad avanzada se ha preferido efectuar Histerectomía abdominal más salpingooforectomía bilateral.

En los tumores malignos el tratamiento de elección ha sido Histerectomía abdominal y Salpingooforectomía bilateral, complementándose con radiación externa de la pelvis o el abdomen en aquellos casos en los cuales los tumores han sido removidos incompletamente o en pacientes que tenían pequeñas diseminaciones viscerales o peritoneales del tumor al operarse.

Otros han empleado quimioterápicos administrados intraperitonealmente, como Clorambucil u otros derivados de la mostaza nitrogenada (5).

En nuestro estudio vemos que no hubo uniformidad en el tratamiento quirúrgico efectuado. En la mayoría de los casos de tumores benignos, sólo se resecó el ovario afectado (57o/o) y en muy pocos se tomó biopsia del ovario contralateral. En los tumores malignos, la resección radical del útero y ambos anexos se empleó en mayor porcentaje (21.5o/o) que en los tumores benignos (12.4o/o) y en muy pocos casos se tomó biopsia del ovario del lado opuesto.

A ninguno de los casos se le efectuó radiación externa postoperatoria, ni se usaron quimioterápicos.

#### **Pronóstico:**

En los trabajos consultados, las pacientes con tumores benignos, ninguna de ellas tuvo recurrencia del tumor durante el lapso de 5 años. La sobrevivida de 5 años fue de 89o/o en las pacientes que tenían Cistoadenocarcinoma mucinoso papilar, cuyos tumores estaban confinados únicamente al ovario, y de 88o/o para Cistoadenocarcinoma seroso papilar. La bilateralidad de los tumores empeoró el pronóstico. Este también disminuyó en los casos en que el tumor había invadido las estructuras vecinas. En nuestro estudio no fue posible determinar el pronóstico de las pacientes.

## **VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

De nuestro estudio realizado sobre los tumores benignos y malignos originados en el epitelio germinal del ovario, podemos obtener las siguientes conclusiones:

que:

1. Comparativamente, los tumores benignos fueron más frecuentes que los tumores malignos, en 75o/o y 25o/o, respectivamente. Este hallazgo es similar a lo informado en la literatura mundial, como el estudio de MR. Abell (1).
2. Comparativamente, los tumores serosos benignos y malignos fueron más frecuentes que los tumores mucinosos benignos y malignos, en una relación de aproximadamente 2:1.
3. Los grupos etarios más afectados estuvieron comprendidos entre la 3a. y la 6a. décadas para los tumores benignos y malignos; en la 5a. década predominaron los tumores benignos y en la 4a. década los tumores malignos.
4. El hallazgo de tumores del ovario en pacientes menores de 10 años es muy raro. Nuestros dos casos estaban asociados con agenesia de órganos sexuales o con tumores dermoides.
5. El síntoma más frecuente que refirieron fue aumento progresivo del abdomen y masa dolorosa en hipogastrio en los tumores benignos y malignos, respectivamente.
6. El tiempo de evolución de los tumores fue variable, pues las pacientes se percatan de la presencia del tumor, cuando éste ya produce alguna sintomatología perceptible.

7. Algunos tumores malignos con antecedentes de tumores previos, desarrollaron síntomas y signos en un período de tiempo de aproximadamente un año; estos tumores probablemente tuvieron su origen en el ovario opuesto.
8. El hallazgo de tumores en ambos ovarios fue muy bajo, debido a que no se tomaron de rutina biopsias del ovario contralateral.
9. El diagnóstico clínico con el cual se operaron a las pacientes con estos tipos de tumores, en su mayoría fue incorrecto. Iguales problemas han reportado autores en otros países (11).
10. El diagnóstico postoperatorio correcto en los tumores benignos sólo se efectuó en un 15.6o/o. En los tumores malignos fue más alto (61.8o/o).
11. Al examen histológico, a un 4o/o de los tumores benignos se les atribuyó malignidad, pues estaban clasificados como Cistoadenocarcinomas, y que al revisar los cortes histológicos eran compatibles con Cistoadenomas. Esto da una idea de la dificultad de diagnóstico que presentan algunos tumores.
12. Que el tratamiento quirúrgico efectuado, tanto en los tumores benignos como malignos, en su mayoría, sólo se limitó al ovario afectado.

#### RECOMENDACIONES:

- a) Que el cirujano o ginecólogo tenga la oportunidad de conocer los diferentes tipos de tumores originados en el epitelio germinal del ovario, por sus características macroscópicas. Por ejemplo por medio de muestras patrones del museo de patología.
- b) Que el diagnóstico histopatológico sea más específico en el sentido de tratarse de tumores serosos o mucinosos simples o papilares.

- c) Que la extensión y técnica operatorias en pacientes jóvenes con tumores benignos, se limite al ovario afectado, tomándose biopsia del ovario contralateral.
- d) Que en pacientes de edad avanzada se efectúe Histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral tanto en tumores benignos como malignos.
- e) Que en pacientes de edad avanzada se efectúe Histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral tanto en tumores benignos como malignos.
- e) Que en pacientes jóvenes con tumores benignos se efectúe histerectomía y Salpingooforectomía bilateral, si se sospecha invasión a los órganos vecinos u ovario opuesto en el momento operatorio.
- f) Que de ser posible, se siga a las pacientes para determinar patrones de sobrevida en nuestro medio.

## VIII. BIBLIOGRAFIA:

1. Abell, M.R. The nature and clasification of ovarian neoplasms. *Canad Med Ass J* 94:1102-24, 21 May 66.
2. Andress, M.R. A papillary cystadenocarcinoma of the ovary with peritoneal metastases diagnosed radiologically. *Brit J Radiol* 43:143-6, Feb. 70.
3. Aure, J.C., et al. Psammoma bodies in serous carcinoma of the ovary; a prognostic study. *Am J Obstet Gynecol* 109:113-8, 1 Jan 71.
4. Beeson, P.B, and Mcdermot, W. Pseudomixoma peritoneal. En su: *Medicina interna de Cecil-Loeb*. 12 ed. México, Interamericana, 1968, p 974.
5. Benzon, R.C. Cistoadenoma y cistoadenocarcinoma seroso y mucinoso. En su: *Manual de ginecología y obstetricia*. 2a. ed. México, Manual moderno, 1969, pp 647-50.
6. Delgado Urdapilleta, D, et al. Pseudomixoma peritoneal; reporte de un caso después de un cistoadenoma pseudomucinoso del ovario. *Ginec Obstet Mex* 22:865-73, Jul 67.
7. Fearn, C.B. Retroperitoneal pseudomucinous cystadenoma of the ovary. *Brit J Surg* 56:153-5, Dec 68.
8. Hermann, G. Cystadenofibroma of the ovary; comments on hormonal aspects. *Amer J Obstet Gynecol* 99:117-20, 1 Sep 67.
9. Levi, M.M. et al. Antigenicity of a papillary serous cystadenocarcinoma tissue culture cell. *Amer J Obstet Gynecol* 102:433-9, 1 Oct 68.

10. Malloy, J.J. et al. Papillary ovarian tumors I. Benign tumors and serous and mucinous cystadenocarcinoma. Amer J Obstet Gynecol 93:867-79, 15 Nov 65.
11. Méndez Gonzáles, J, et al. El problema diagnóstico de los tumores del ovario. Ginec Obstet Mex 25:551-9, Mayo 69.
12. Minkowitz, J, et al. Adenocarcinoma with serous cystadenofibroma of the ovary. New York J Med 66:527-30, 15 Feb 66.
13. Nairn, R.C. et al. Intestinal antigenicity of ovarian mucinous cystadenomas. Br J Cancer 25:276-9, Jun 71.
14. Netter, F. Papillary serous cystadenoma of the ovary. En su: The ciba collection of medical illustrations. Reproductive sistem. New York, 1965, v.2, p 197.
15. Novak, E, and Woodruff, D. Clasificación de los tumores del ovario. En su: Ginecología y obstetricia. 3a. ed. Madrid, Alhambra, 1970, pp 341-491.
16. Novak, E, et al. Tumores benignos y malignos del ovario. En su: Tratado de ginecología. 7a. ed. México, Interamericana, 1966, pp 405-64.
17. Puroola, E. Serous papillary ovarian tumor. A study of 233 cases with special reference to the histological type of tumors and its influence in prognosis. Acta Obstet Gynecol Scand 42: suppl 3:1-77, 1963.
18. Scully, R.E. Recent progress in ovarian cancer. Hum Pathol 1:73-98, Mar 70.

19. Scully, R.E. Recent progress in ovarian cancer. Hum Pathol 25:105-10, Feb 72.

Vo. Bo. Aura Estela Singer  
Bibliotecaria Fac. CC.MM.

Br. NOE MARROQUIN BOCANEGRA

Dr. HECTOR F. CASTRO M.  
Asesor.

Dr. BERNARDO LOU  
Revisor.

Dr. JULIO DE LEON M.  
Director de Fase III.

Dr. CARLOS BERNHARD  
Secretarioç

Vo.Bo.

Dr. CARLOS ARMANDO SOTO  
Decano