

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION	1
II. GENERALIDADES	3
III. OBJETIVOS	7
IV. MATERIAL Y METODOS	9
V. RESULTADOS	11
VI. CORRELACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LITERATURA CONSULTADA	19
VII. CONCLUSIONES	21
VIII. RECOMENDACIONES	23
IX. BIBLIOGRAFIA	25

I. INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación pretende dar a conocer la incidencia del cistadenoma mucinoso en nuestro medio, con un análisis retrospectivo de cinco años efectuado en el Hospital Roosevelt (1973-77), con la colaboración de los Departamentos de Patología, Gineco-obstetricia y Archivos Clínicos. Al respecto de esta afección, la cual representa casi la cuarta parte de los tumores benignos del ovario, los libros de texto nos brindan abundante información en lo que se refiere a estadísticas y estudios efectuados en otros países; pero a nivel local, carecemos de datos suficientes que nos permitan tener un punto de comparación con la información que recibimos de exterior y así podernos formar un criterio de acuerdo al medio en que vivimos. Considero importante, por lo tanto, con el presente trabajo contribuir en algo al mejor conocimiento de esta patología en nuestro medio y al mismo tiempo correlacionar los hallazgos obtenidos con los que nos brinda la literatura foránea.

En este estudio, se tomaron en cuenta, para la determinación de la incidencia, los casos enviados por los departamentos del interior del país adscritos al Hospital Roosevelt.

II. GENERALIDADES

Los tumores benignos del ovario pueden ser sólidos o quísticos. Los quistes benignos del ovario se dividen en 1) neoplásicos y 2) no neoplásicos. Hay tres tipos principales de quistes neoplásicos del ovario, a saber: 1) cistadenoma mucinoso; 2) cistadenoma seroso y 3) quistes dermoides. El tumor que nos ocupa, el cistadenoma mucinoso, representa del 16 al 30 por ciento de las neoplasias ováricas benignas. Son originados por cambios metaplásicos del epitelio germinativo de revestimiento (celómico primitivo) del ovario. Son más comunes en pacientes entre las edades de 20 y 40 años y son raros después de la menopausia. Suelen ser más grandes que los cistadenomas serosos y de hecho pueden alcanzar un tamaño muy grande que llene y distienda todo el abdomen; su tamaño promedio es de 15 a 30 cm.

Macroscópicamente, se presentan de color blanquecino o rosado grisáceo, superficie lisa, forma redondeada, ovoide o irregularmente lobulada; en la superficie de corte se aprecian numerosos lóbulos conteniendo un líquido viscoso, claro, pegajoso y algo gelatinoso. Estas lesiones tienden a ser más multiloculares que uniloculares.

Microscópicamente, el epitelio de revestimiento consiste en células cilíndricas altas, no ciliadas, que segregan moco. Los núcleos tienen localización basal y la secreción mucoide se descubre en la porción de la célula que mira hacia la luz. (la apariencia microscópica es similar a la mucosa intestinal y endocervical). No es raro observar mezclas de epitelio que impiden distinguir claramente los tumores serosos de los mucinosos. Las características observadas en relación con los cistadenomas serosos como son adelgazamiento de epitelio, formación de papilas, anaplasia de las células epiteliales, invasión de la cápsula y formación de masas sólidas, también se aplican a las variantes mucinosas. En casos muy raros en estas lesiones se aprecian nódulos de un quiste dermoide o tumor de Brenner en la pared quística.

La *sintomatología* de esta afección es poco característica. Sobre la menstruación no ejercen mayor influencia, aunque se ha señalado hemorragia de un endometrio hiperplástico (efecto estrogénico) o la virilización (efecto androgénico). Puede ocurrir dismonorrea. Pero los dos síntomas más notables son dolor en la parte baja del abdomen y aumento del volumen abdominal. El volumen extraordinario de algunas de estas neoplasias a menudo produce gran distensión del abdomen; en estas circunstancias, pueden ocurrir síntomas gastrointestinales, polaquiuria, disuria, compresión pélvica y muchos otros.

Entre las *complicaciones* que producen estos tumores, la más común es la torsión de su pedículo con el estrangulamiento subsiguiente, provocando síntomas de abdomen agudo en gran número de casos y en otros sólo dolor moderado y transitorio, dependiendo de la intensidad de la torsión; también puede ocurrir la supuración del quiste, la cual presenta síntomas parecidos a los de la inflamación pélvica aguda; la transformación maligna puede ocurrir en estos quistes en el cinco por ciento de los casos; la rotura del quiste, bastante rara, se puede presentar con dolor, náuseas y acompañada de un verdadero choque si la hemorragia es intensa; esta última es raro que se presente, pues generalmente solo se rompe una celda del quiste, originando dolor y otros síntomas que ceden en pocas horas. Si el contenido del quiste se esparce por toda la cavidad abdominal, pueden llevarse a cabo implantaciones del epitelio del tumor en el peritoneo; así es como puede producirse el pseudomixoma peritoneal, bastante raro, en el cual la secreción continua de las implantaciones peritoneales pueden originar grandes cantidades de exudado gelatinoso que llenen la cavidad abdominal. En estos casos, las pacientes suelen fallecer por mal nutrición progresiva.

En resumen, los *cistadenomas mucinosos*, son tumores silenciosos, rara vez forman pedículos y su cápsula resistente no se rompe con facilidad. Existen síntomas solamente cuando el tumor crece lo suficiente para producirlos.

El *tratamiento* de estos quistes benignos es su extirpación mediante salpingooforectomía si son mujeres premenopausicas;

tratándose de mujeres postmenopausicas, la conducta de elección debido al peligro de transformación maligna es efectuar histerectomía total combinada con salpingooforectomía bilateral.

III. OBJETIVOS

A. INMEDIATOS:

1. Determinar la incidencia de los cistadenomas mucinosos en nuestro medio (Hospital Roosevelt y zonas departamentales adscritas).
2. Averiguar en qué período de la vida aparece con más frecuencia esta afección.
3. Conocer cuál es la sintomatología que más comúnmente se observa en estos casos.
4. Comparar el diagnóstico clínico efectuado con el histopatológico.
5. Determinar cuál fue el tratamiento llevado a cabo en las pacientes estudiadas.
6. Averiguar la incidencia de este tumor en el embarazo.

B. MEDIATOS:

1. Llevar a cabo una correlación de los resultados obtenidos en este estudio con la información de la literatura consultada.

IV. MATERIAL Y METODOS

A. MATERIAL:

- a. Institucional: Hospital Roosevelt con sus siguientes departamentos:
 - 1. Gineco-obstetricia
 - 2. Patología
 - 3. Registros Clínicos
 - b. Humano:
 - 1. Catedrático de Fase I (Fisiología) de la Facultad de Ciencias Médicas.
 - 2. Residente de Gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt.
 - 3. Estudiante del último año de la Facultad de Ciencias Médicas.
 - c. Otros:
 - 1. Registros médicos
 - 2. Informes histopatológicos
 - 3. Papel, etc.
- ##### B. METOLOGIA:
- a. Revisión por año de todos los informes histopatológicos proporcionados por el Departamento de Patología, tanto de la capital como de los departamentos del interior del país adscritos al Hospital Roosevelt, de 1973 a 1977.
 - b. De todos los informes histopatológicos revisados se escogieron los que tenían el diagnóstico de cistadenoma mucinoso del ovario.

- c. Se llevó a cabo la tabulación por año (1973-77), tanto de la capital como de las áreas departamentales.
- d. Tabulación de los cinco años de los resultados obtenidos de los casos de la capital y departamentos.
- e. Obtención del historial clínico:
 - e.1 Al revisar los informes hisotpatológicos, se obtuvieron los números de los registros médicos de los casos con la patología a estudiar, a excepción de los informes departamentales de los cuales sólo se obtuvo el diagnóstico.
 - e.2 Se revisaron luego los archivos clinicos y se extrajeron los registros a investigar.
 - e.3 Se procedió a la revisión de estos registros médicos, investigando los siguientes parámetros:
 1. Edad
 2. Antecedentes gineco-obstétricos
 3. Sintomatología y tiempo de evolución de la misma
 4. Diagnóstico clínico
 5. Tratamiento efectuado

V. RESULTADOS

A. INCIDENCIA:

Después de haber revisado todos los informes histopatológicos de 1973 a 1977 (total: 23,204; 16,234 de la capital y 6,970 de los departamentos) y de haber escogido los que tenían diagnóstico de cistadenoma mucinoso, el total de casos encontrados fue de 43 (100o/o), correspondiendo 22 casos (51.16o/o) a la capital y 21 casos (48.84o/o) a los departamentos. La distribución por años quedó de la siguiente manera:

CUADRO No. 1

Capital			Departamentos		
Año	No. de Casos	o/o	Año	No. de Casos	o/o
1973	4	18.18	1973	5	23.81
1974	8	36.36	1974	2	9.52
1975	5	22.74	1975	4	19.08
1976	1	4.54	1976	6	28.57
1977	4	18.18	1977	4	19.05

Puede notarse que tanto en la capital como en los departamentos no hay una clara tendencia ya sea a la disminución o al aumento del número de casos conforme han pasado los años; más bien se ha mantenido cierto promedio. Además no se observa una diferencia significativa entre el número de casos de las dos áreas, a pesar de haber revisado un número considerablemente mayor de informes histopatológicos correspondientes a la capital que el revisado proveniente de los departamentos.

En las dos áreas, en el período de 5 años, se encontró un total de 879 neoplasias ováricas benignas (dato tomado de un estudio realizado en el Hospital Roosevelt por el Dr. Pulido, residente de Gineco-obstetricia de dicho Hospital) de las cuales los

43 casos de cistadenomas correspondieron al 4.90/o. Del área capitalina se encontraron 580 neoplasias benignas, con un 3.80/o de cistadenomas, o sea 22 casos, mientras que del área departamental se encontraron 299, con un 7.0/o de cistadenomas, o sea 21 casos.

De los 22 casos capitalinos, sólo pudieron ser obtenidos para su revisión 16, ya que el resto no pudo ser suministrado por el Departamento de Registros Médicos.

B. EDAD:

La frecuencia por edades, haciendo un intervalo de las mismas de 10 en 10, quedó así:

CUADRO No. 2

INTERVALO	No. de Ptes.	o/o
0-10	0	0.00
11-20	3	18.75
21-30	8	50.00
31-40	2	12.50
41-50	0	0.00
51-60	1	6.25
61-70	1	6.25
71-80	1	6.25
81-90	0	0.00

La tabla anterior nos muestra claramente que estos tumores ováricos se presentan con más frecuencia en edad reproductiva, siendo bastante raros antes de la pubertad y después de la menopausia. Posiblemente esto nos explique no sea tan raro encontrar a estos tumores asociados con embarazo.

C. SINTOMATOLOGIA Y SU TIEMPO DE EVOLUCION

Los síntomas aislados que se observaron en las pacientes estudiadas, están distribuidos como sigue:

CUADRO No. 3

Síntoma	No. de Casos	o/o
Dolor	10	62.50
Tumor	10	62.50
Alteraciones menstruales	4	25.00
Síntomas varios	4	25.00
Pesadez abdominal	1	6.25

Puede notarse que los síntomas referidos por las pacientes a su ingreso que predominaron fueron dolor y presencia de tumoración abdominal. Las alteraciones menstruales que se presentaron fueron una amenorrea sin embarazo, dos pacientes con metrorragia (una de ellas tenía polipo endocervical) y una hipermenorrea. Entre síntomas varios se incluyeron los siguientes: disnea, que presentó una paciente que tenía un tumor que pesó 60 lbs.; náuseas y vómitos en otra paciente la cual tenía torsión del pedículo del tumor; astenia y pérdida de peso en un caso, e hipersutismo en otro. Sólo una paciente se quejó de pesadez abdominal.

En cuanto a la asociación de unos síntomas con otros, podemos apreciar lo siguiente:

CUADRO No. 4

Síntomas asociados	No. de Casos	o/o
Dolor + tumor	8	50.00
Alteraciones menstruales + otro síntoma	3	18.75
Dolor + tumor + otro síntoma	1	6.25
Dolor + tumor + pesadez abdominal	1	6.25

Como se podrá comprender, aquí predominaron también los síntomas dolor y tumoración abdominal; hubo tres pacientes que presentaron un síntoma sin asociación con algún otro, siendo estos dolor, metrorragia e hirsutismo.

El tiempo de evolución de los síntomas de las pacientes estudiadas se clasificó de la siguiente manera:

CUADRO No. 5

Tiempo de evolución de la sintomatología	No. de Pres.	o/o
Menos de 24 horas	0	0.00
1 - 7 días	2	12.50
8 - 30 días	2	12.50
2 - 6 meses	4	25.00
7 - 12 meses	4	25.00
Más de 1 año	2	12.50
Indeterminado	2	12.50

Hubo dos pacientes que tenían quiste con pedículo retorcido; una de ellas tenía síntomas moderados (dolor, náusea y vómitos) de 5 días de evolución y otra que ingresó sólo por embarazo a término y que en su post-parto mediato presentó cuadro de abdomen agudo que obligó a su intervención quirúrgica inmediata.

En el cuadro anterior puede apreciarse que la mayoría de casos están incluidos a partir de un mes de evolución de la sintomatología, lo cual nos lleva a pensar que se trata más que todo de una afección de tipo crónico. En "indeterminado" se incluyeron dos pacientes que ingresaron por embarazo a término sin ninguna otra sintomatología asociada.

D. COMPARACION ENTRE EL DIAGNOSTICO CLINICO EFECTUADO Y EL HISTOPATOLOGICO:

Los diagnósticos clínicos efectuados al ingreso de las pacientes estudiadas fueron los siguientes:

CUADRO No. 6

Diagnóstico	No. de Pres.	o/o
Cistadenoma mucinoso	7	43.75
Quiste ovárico	2	12.50
Polihiidramnios	2	12.50
Masa anexial	1	6.25
Quiste dermoide	1	6.25
Cistadenocarcinoma	1	6.25
Embarazo a término	1	6.25
Embarazo de 8 sem. y quiste dermoide	1	6.25

En el cuadro anterior puede verse que en cerca de la mitad de los casos del diagnóstico clínico estuvo de acuerdo con el histopatológico. En los dos casos diagnosticados como polihidramnios, el tumor ovárico hizo que el tamaño del abdomen fuera más grande que lo esperado para la edad de embarazo. En un caso se pensó en cistadenocarcinoma, posiblemente tanto porque al examen pélvico el tumor se palpaba nodular y duro, como por la edad de la paciente, la cual ya era postmenopausica. En otro caso se diagnosticó sólo embarazo al ingreso, ya que no había ninguna otra sintomatología asociada; no fue sino hasta en el post-parto inmediato que se sospechó su presencia y pocos días después por presentar cuadro de abdomen agudo fue intervenida de urgencia, habiendo encontrado un quiste en cada ovario, con el derecho retorcido una y media vueltas, el cual en el informe histopatológico fue reportado con infarto hemorrágico. Hubo un caso de una paciente de 54 años, del cual en el informe histopatológico se reportaron restos de un tumor de Brenner en las paredes del quiste.

E. TRATAMIENTO:

En el siguiente cuadro se podrá apreciar qué tipo de tratamiento se usó en las pacientes afectadas:

CUADRO No. 7

Tratamiento	No. de Ptes.	o/o
Salpingooforectomía simple	9	56.25
Anexectomía bilateral más histerectomía abdominal total	3	18.75
Ooforectomía simple	2	12.50
Salpingooforectomía bilateral	1	6.25
Escisión simple	1	6.25

Como puede notarse, el tratamiento predominante en las mujeres premenopausicas fue de salpingooforectomía en primer plano, siguiéndole luego la ooforectomía. El unico caso de cistadenoma mucinoso bilateral que se observó, fue tratado con salpingooforectomía bilateral. Los tres casos tratados con anexectomía bilateral más histerectomía abdominal total, correspondieron a mujeres post-menopausicas en las cuales es reconocido el mayor riesgo de malignidad, siendo por lo cual el tratamiento de elección.

F. INCIDENCIA CON EL EMBARAZO:

De los 16 casos estudiados, 4 se asociaron a embarazo, lo cual corresponde a un 25o/o, siendo este un porcentaje nada despreciable. Con respecto a estos casos, podemos apreciar lo siguiente:

CUADRO No. 8

Edad-Dx al ingreso	Sospecha Clínica	Tratamiento
33 a embarazo de 30 sem. polihidramnios	examen pélvico durante embarazo	Salpingooforectomía durante embarazo
29 a embarazo de 40 sem. polihidramnios	examen pélvico post-parto	Salpingooforectomía post-parto
17 a embarazo a término	examen pélvico post parto	Salpingooforectomía post parto
26 a embarazo de 8 sem. y quiste dermoide	examen pélvico durante embarazo	Salpingooforectomía durante embarazo

A continuación, una breve descripción de cada uno de estos casos:

Caso No. 1: Paciente de 33 años, ingresó con impresión clínica de embarazo de 30 semanas y polihidramnios, quien luego por sospechar la presencia de ascitis y para mejor evaluación, fue trasladada al Departamento de Medicina, donde luego de una serie de análisis concluyeron en la posibilidad de quiste ovárico; consultaron a Ginecología quienes compartieron dicha impresión, la trasladaron a dicho departamento y la exploraron, confirmandose dicha sospecha.

Caso No. 2: Paciente de 29 años, ingresó con impresión clínica de embarazo de 40 semanas y polihidramnios y sin trabajo de parto. Intentaron efectuarle amniocentesis y extrajeron un líquido espeso, amarillo y viscoso el cual no les pareció líquido amniótico, pensando en la posibilidad de quiste mucinoso del ovario. La paciente tuvo en esos días su parto sin problemas y el abdomen permaneció persistentemente globuloso, por lo que la exploraron, encontrándosele el quiste.

Caso No. 3: Paciente de 17 años, ingresó con impresión clínica de embarazo a término y con trabajo de parto activo. Tuvo su parto sin complicaciones, pero al examen pélvico bajo anestesia se palpó una masa la cual les dio la impresión de quiste ovárico probablemente mucinoso. En esos días, estando

aún en estudios, desarrolló cuadro de abdomen agudo, por lo que tuvo que ser intervenida inmediatamente, habiéndose encontrado un quiste en cada ovario, estando el derecho retorcido una y media vueltas.

Caso No. 4: Paciente de 26 años, ingresó con impresión clínica de embarazo intrauterino de 5 semanas y quiste dermoide. Se le efectuó exploración y se encontró el cuerpo amarillos en un ovario y el quiste en el otro, con lo cual éste último se extirpó sin problemas.

En cuanto a la relación entre paridad y frecuencia de apareamiento de estos tumores, tenemos los siguientes datos:

CUADRO No. 9

Paridad	No. de Pres.	o/o
Múltiparas	7	43.75
Nulíparas	7	42.75
Primíparas	2	12.50

Con estos hallazgos, prácticamente podemos decir que al no encontrarse una diferencia significativa, no hay una relación importante al respecto.

VI. CORRELACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LITERATURA CONSULTADA

CUADRO No. 10

Tratado de Ginecología	Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos	Estudio
	Estos tumores son más frecuentes en pacientes entre los 20 y 40 años de edad	Idem
	Los cistadenomas constituyen el 20o/o de las neoplasias ováricas benignas	Aquí constituyeron el 4.9o/o
Los primeros indicios del trastorno surgen al notar una tumoración en el bajo vientre		Idem
Entre las complicaciones la más frecuente es la torsión del pedículo		Idem
	El tratamiento en las pacientes jóvenes es salpingooforectomía, mientras que en las mayores de 40 años es histerectomía total más salpingooforectomía bilateral	Idem

VII. CONCLUSIONES

1. En los 5 años de revisión se encontró que los cistadenomas mucinosos constituyeron el 4.90/o de las neoplasias ováricas benignas.
2. Estos tumores no se encontraron antes de la pubertad y se encontraron en un 18.750/o después de la menopausia.
3. La sintomatología más frecuente que se encontró fue dolor y tumoración abdominal.
4. La mayor parte de los casos (62.500/o) tuvo sintomatología de más de un mes de evolución.
5. En el 43.750/o de los casos el diagnóstico clínico estuvo de acuerdo con el histológico.
6. Los quistes presentaron un 12.500/o de complicaciones siendo estas torsión de su pedículo.
7. El tratamiento predominante en las mujeres premenopausicas fue de salpingooforectomía, mientras que en todas las post-menopausicas se efectuó histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral.
8. El 250/o de los casos estuvo asociado con embarazo.
9. No se observó una asociación significativa entre la frecuencia de aparición de estos tumores y la paridad de las pacientes.

VIII. RECOMENDACIONES

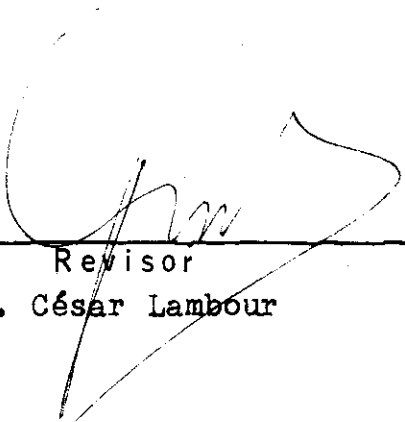
1. Hacer conciencia en el médico general de la necesidad de tener en consideración este tipo de tumores en la patología ginecológica en nuestro medio.
2. Tener presente la posibilidad, aunque algo remota, de encontrarse con alguno de estos tumores durante el embarazo.
3. Considerar esta patología en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo en pacientes en etapa sexual activa.

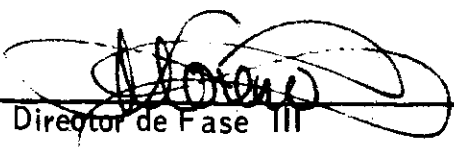
IX.
BIBLIOGRAFIA

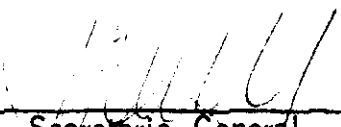
1. Hester, L.L. y Peter Van Dorsten
"The female reproductive system" en Artz, C.P., I. Cohn Jr. y J.H. Davis. Brief Textbook of Surgery. U.S.A. W.B. Saunders Company, 1976. 694 p.
2. Hammond, Charles
"Ginecología: utero, ovarios y vagina". En David Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgica. Traducido por el Dr. Alberto Folch y PI. México: Nueva Editorial Interamericana, 1974. Vol. II, pp. 1437-38.
3. Edward Hill
"Ginecología" en Dunphy, J.E., et al. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos. Traducido por el Dr. Armando Soto. México: El Manual Moderno, 1976. pp. 999-1002.
4. Novak, E.R., G.S. Jones y H. W. Jones.
Tratado de Ginecología. Traducido por el Dr. Alberto Folch y PI. México: Nueva Editorial Interamericana, 1971. 839 p.
5. Stanley Robbins
Tratado de Patología. Traducido por el Dr. Homero Vela Treviño. México: Nueva Editorial Interamericana, 1968. 1332 p.


Br. José Manuel Bonilla Monroy

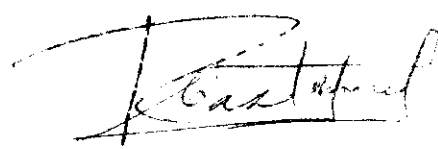

Aseor
Dr. Angel Pulido


Revisor
Dr. César Lambour

x 
Director de Fase III
Dr. Julio de León


Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo