

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE MEDICINA



**“ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS,
HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA
OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III
YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012”**

Tesis presentada por la Bachiller:

GIULIANA SHIRLEY MANCHEGO BAUTISTA

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

AREQUIPA – PERÚ

2013

INDICE

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Capítulo I: Materiales y Métodos	6
Capítulo II: Resultados	10
Capítulo III: Discusión y Comentarios	36
Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones	
Conclusiones	42
Recomendaciones	43
Bibliografía	44
Anexos	47
Anexo I: Proyecto de tesis	48
Anexo II: Ficha de recolección de datos	94

RESUMEN

Objetivo: Precisar la asociación de las características clínicas, histopatológicas y ultrasonográficas en la patología ovárica benigna en las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara. Arequipa 2008 - 2012.

Material y métodos: Entre Enero del 2008 y Diciembre del 2012 fueron hospitalizadas 329 pacientes con el diagnóstico de Patología ovárica de las cuales 249 pacientes cumplían los criterios de inclusión. Los hallazgos fueron analizados utilizando el software estadístico IBM SPSS 21 y Microsoft Excel 2010. Para la descripción de variables se confeccionó tablas de frecuencias y porcentajes. La asociación de variables categóricas entre grupos se realizara con la prueba Chi cuadrado de Pearson; la asociación de variables numéricas entre grupos independientes se realizara mediante análisis de varianza (ANOVA) de una vía con un nivel de confianza del 95 % o α 0.05.

Resultados: Se encontró que la patología ovárica benigna es más frecuente en mujeres en edad fértil, multiparas y que presentaron menarquia temprana. El síntoma más frecuente fue el dolor pélvico (65,9 %) y el menos frecuente esta englobado en otros que abarca síntomas gastrointestinales, perímetro abdominal y síntomas urinarios (4 %). Los hallazgos ecográficos tuvieron la ubicación más frecuente en el ovario derecho con 128 pacientes, tamaño (50,2 %) fueron menores de 5 cm, aspecto quístico (86,3 %), bordes finos y definidos (84,7 %) y respecto a la características de presencia de septos y papilas estuvo ausente en un 75,5 %.

El tipo histopatológico más frecuente fue el Cistoadenoma seroso (46,2 %).

Conclusión: Hay diferencia significativa entre los grupos de estudio respecto a la edad, la paridad no es un factor que influye de manera significativa con el diagnóstico histopatológico. Al realizar el análisis estadístico no se halló relación significativa entre las características clínicas, ultrasonográficas e histopatológicas.

ABSTRACT

Objective: Define the association of clinical, histopathological and ultrasonographic benign ovarian pathology in patients of the Hospital Service Yanahuara III. Arequipa from 2008 to 2012.

Materials and Methods: Between January 2008 and December 2012 329 patients were hospitalized with a diagnosis of ovarian pathology which 249 patients met the inclusion criteria. The findings were analyzed using the statistical software SPSS 21 and Microsoft Excel 2010. For description of variables was made frequency tables and percentages. The association of categorical variables between groups were undertaken using the Pearson chi-square test, the association of numerical variables between independent groups was done through analysis of variance (ANOVA) one-way with a confidence level of 95% or α 0.05.

Results: We found that benign ovarian pathology is more common in women of childbearing age, multiparous and had early menarche. The most common symptom was pelvic pain (65.9%) and the least common is encompassed in covering other gastrointestinal symptoms, abdominal circumference and urinary symptoms (4%). Ultrasound findings were the most frequent in the right ovary with 128 patients, size (50.2%) were less than 5 cm, cystic (86.3%), defined edges and fine (84.7%) and for the presence of septa characteristics and taste was absent in 75.5%.

The most common histological type was serous cystadenoma (46.2%).

Conclusion: There are significant differences between the study groups with respect to age, parity is not a factor significantly with histopathological diagnosis. When performing statistical analysis found no significant relationship between the clinical, ultrasonographic and histopathological.

INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones anexiales benignas tienen una incidencia incierta. Se diagnostican en el 7% de las mujeres mayores de 45 años asintomáticas a las que se realiza una ecografía y representan la 4ª causa de ingreso hospitalario ginecológico.

El diagnóstico de una tumoración anexial de características, benignas o malignas, constituye uno de los hallazgos que con mayor frecuencia surgen en la práctica clínica diaria.

A pesar de ser un hallazgo común, no existen estadísticas precisas disponibles sobre su incidencia, que varía en función de la población estudiada y de los criterios empleados. En Estados Unidos cerca del 10% de las mujeres en algún momento de su vida se someterán a evaluación quirúrgica por una masa anexial, lo que supone una estimación de 60 000 intervenciones quirúrgicas por año.

Hoy día la aparición de una masa anexial supone un reto tanto diagnóstico como terapéutico, ya que la mayoría son entidades benignas y no necesariamente demandan una intervención quirúrgica activa. Para determinar el diagnóstico y estrategia más adecuados, se debe realizar un triaje efectivo respecto al riesgo de malignidad, considerando cuidadosamente el contexto clínico de cada paciente de manera individual.

Por eso mediante la ultrasonografía se puede detectar lesiones en la fase asintomática, que sugieren benignidad o malignidad, con una especificidad de 90% y una sensibilidad de 87%.(25)

Por tal motivo he realizado el presente trabajo cuyo objetivo es:

Asociación de las características clínicas, histopatológicas y ultrasonográficas en la patología ovárica benigna en el servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara. Arequipa 2008-2012.

**CAPITULO I:
MATERIALES Y MÉTODOS**

1.- TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION

- **Técnica** : Observación documental
Se realizara la búsqueda en el libro de ingresos de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara con el diagnostico de patología benigna ovárica y se extraerá los números de historias clínicas para su posterior investigación en los archivos del departamento de estadística y la correspondiente recolección de datos en fichas preestablecidas.
- **Instrumento** : Ficha de recolección de datos (anexo 2), la cual es una cédula para obtener los datos elaborada por la autora.
- **Materiales de verificación** :
 - Material de escritorio
 - PC Core I5
 - Impresora
 - Sistema operativo Windows 2007
 - Procesador de texto Word Vista
 - Soporte Estadístico SPSS 21.0 for Windows

2.-CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito de investigación

Nuestro estudio se llevará a cabo en el servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara.

2.1.1. Ubicación espacial: en el Hospital III Yanahuara. Ciudad de Arequipa. Capital del departamento de Arequipa, país Perú.

2.1.2. Ubicación Temporal: Retrospectivo (unipoblacional), la investigación se realizara entre Enero del 2008 a Diciembre del 2012

2.2. Universo o población: Está constituido por las pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara con el diagnóstico de **Patología Ovárica**, durante el periodo del 2008-2012

2.3. Muestra

La población sujeta de estudio estará conformada por todas las pacientes registradas como hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara con el diagnóstico de **PATOLOGÍA OVÁRICA**, durante el periodo del 2008-2012; que tendrán los siguientes criterios de elegibilidad.

2.4. Criterios de inclusión

- 2.4.1. Pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital III Yanahuara Arequipa entre los años 2008-2012 con el diagnóstico de patología ovárica benigna.
- 2.4.2. Historias clínicas de pacientes hospitalizadas con patología benigna ovárica que contengan un estudio ecográfico e informe anatomopatológico.

2.5. Criterios de exclusión

- 2.5.1. Historias clínicas incompletas

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1. Organización

Se procederá a solicitar el permiso correspondiente en la Dirección General del Hospital III Yanahuara para el acceso a las historias clínicas del servicio de Ginecología. Se solicitará al personal de estadística los números de historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de patología ovárica. Se solicitará al personal de archivo la ubicación física de las historias clínicas.

Posteriormente se registrará la información de las historias clínicas en la Ficha de recolección de datos (Anexo 2)

Finalmente los datos recolectados serán procesados y analizado para la elaboración del informe final, mediante el uso del programa Microsoft Office Excel 2010, y del programa estadístico SPSS 21 para Windows

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos:

3.2.1.1. El autor: Bachiller en Medicina Giuliana Shirley Manchego Bautista

3.2.1.2. Medico asesor especialista en Ginecología

3.2.2. Material:

3.2.2.1. Material de escritorio, material bibliográfico, Internet.

3.2.2.2. Ficha de recolección de datos

3.2.2.3. Financiamiento: autofinanciado.

3.3. Criterios o estrategias para el manejo de resultados

Se utilizo el software estadístico IBM SPSS 21 y Microsoft Excel 2010, para el análisis de los datos. Para la descripción de variables se confecciono tablas de frecuencias y porcentajes, se utilizó tablas de contingencia y la asociación de variables categóricas entre grupos se realizó con la prueba Chi cuadrado de Pearson; la asociación de variables numéricas entre grupos independientes se realizara mediante análisis de varianza (ANOVA) de una vía con un nivel de confianza del 95 % o α 0.05.

CAPÍTULO II

RESULTADOS

A continuación se presenta las tablas que exponen los resultados obtenidos en el estudio con su respectiva interpretación.

Entre Enero del 2008 y Diciembre del 2012 fueron hospitalizadas 329 pacientes con el diagnóstico de Patología ovárica de las cuales 46 pacientes tenían historias clínicas incompletas, 23 historias clínicas no pudieron ser ubicadas y 11 historias clínicas eran ilegibles. Se revisó las historias clínicas de 249 pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara que cumplieron los criterios de inclusión.

**ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS
Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA
2008-2012**

TABLA 1: Frecuencia de Patología Ovárica Benigna según la edad de las pacientes.

Edad	N° de pacientes	Porcentaje %
< 40 años	125	50.20
41 - 50 años	69	27.70
51 -60 años	42	16.90
> 60 años	13	5.20
Total	249	100.00

En la Tabla 1 se evidencia que la mayoría de pacientes fueron menores de 40 años con una frecuencia de 125 pacientes, seguidos por las pacientes entre 41 y 50 años con 69 pacientes, 42 pacientes tuvieron entre 51 y 60 años y solo 13 pacientes fueron mayores de 60 años.

**ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS
Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA
2008-2012**

**TABLA 2: Frecuencia de Patología Ovárica Benigna según el antecedente de historia
familiar de las pacientes del estudio.**

Historia Familiar	N° de pacientes	Porcentaje %
Ausente	238	95.6
Presente	11	4.4
Total	249	100.0

En la Tabla 2 se puede evidenciar que de las pacientes estudiadas, 11 de ellas presentaron historia familiar de patología ovárica benigna, representando el 4.4%, mientras que en la mayoría estuvo ausente este antecedente clínico.

**ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS
Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA
2008-2012**

**TABLA 3: Frecuencia de Patología Ovárica Benigna según la edad de menarquia de
las pacientes.**

Edad de Menarquia	N° de pacientes	Porcentaje %
< 10 años	5	2.0
10 - 12 años	122	49.0
13 - 15 años	120	48.2
>15 años	2	0.8
Total	249	100.0

En la Tabla 3 se observa que la edad de la menarquía de la población femenina estudiada, más frecuentemente osciló entre los 10 a 12 años (49 %), seguido de la edad entre los 13 a 15 años (48.2 %), 5 pacientes tuvieron la menarquia antes de los 10 años y 2 pacientes después de los 15 años.

**ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS
Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA
2008-2012**

TABLA 4: Frecuencia de Patología Ovárica Benigna según paridad de las pacientes.

Paridad	N° de pacientes	Porcentaje %
Nulípara	52	20.90
Primíparas	45	18.10
Múltipara	90	36.10
Gran múltipara	62	24.90
Total	249	100.00

En la Tabla 4 se pudo encontrar que 90 pacientes tuvieron el antecedente de multiparidad, seguidos en segundo lugar a las gran múltiparas que fueron 62 pacientes, 52 pacientes no presentaron paridad, siendo las de menor cuantía 45 pacientes primíparas.

**ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS
Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA
2008-2012**

**TABLA 5: Frecuencia de Patología Ovárica Benigna según la edad de menopausia de
las pacientes.**

Edad de Menopausia	N° de pacientes	Porcentaje %
Ausente	174	69.90
< 40 años	8	3.2
41 - 50 años	52	20.9
51 - 60 años	15	6.0
Total	249	100.0

En la Tabla 5 se muestra la edad de aparición de la menopausia, 174 pacientes no la presentaban hasta el momento de la realización del estudio, las cuales representan la mayoría de la población estudiada, 52 pacientes la presentaron entre los 41 y 50 años, luego 15 pacientes la presentaron entre 51 y 60 años. Solo 8 pacientes iniciaron la menopausia antes de los 40 años.

**ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS
Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA
2008-2012**

**TABLA 6: Frecuencia de Patología Ovárica Benigna según la presentación clínica de
las pacientes.**

Presentación clínica	N° de pacientes	Porcentaje %
Asintomática	55	22.1
Dolor pélvico	164	65.9
Metrorragia	11	4.4
Otros	10	4.0
Total	249	100.0

Otros: síntomas gastrointestinales, síntomas urinarios y aumento del perímetro abdominal.

En la Tabla 6 se evidencia que un 65.9 % de las pacientes presentaron dolor pélvico como síntoma más frecuente, seguido de las pacientes asintomáticas que representan un 22.1 %. El de menor frecuencia se encuentra como otra presentación clínica (4.0 %).

**ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS
Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA
2008-2012**

**TABLA 7: Frecuencia de la ubicación de la Patología Ovárica Benigna según los
hallazgos ecográficos.**

Ubicación	N° de pacientes	Porcentaje %
Ovario derecho	128	51.4
Ovario izquierdo	119	47.8
Bilateral	02	0.8
Total	249	100.0

En la Tabla 7 se establece que la mayoría de pacientes presentó la patología benigna en el ovario derecho (128 pacientes), en segundo lugar estuvo la ubicación en el ovario izquierdo con 119 pacientes y únicamente 02 pacientes contaron con ubicación bilateral.

**ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS
Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA
2008-2012**

**TABLA 8: Frecuencia del tamaño de la masa de la Patología Ovárica Benigna según
los hallazgos ecográficos.**

Tamaño de la masa	N° de pacientes	Porcentaje %
< 5 cm	125	50.2
5 - 10 cm	112	45.0
>10 cm	12	4.8
Total	249	100.0

En la Tabla 8 se evidencia que en la mayoría de los casos, 125 pacientes, el tamaño de la patología ovárica fue menor de 5 centímetros, y la de menor frecuencia representó aquellas que presentaban un tamaño mayor a 10 centímetros (4.8 %) .

**ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS
Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA
2008-2012**

**TABLA 9: Frecuencia del aspecto de la masa de la Patología Ovárica Benigna según
los hallazgos ecográficos.**

Aspecto de la Masa	N° de pacientes	Porcentaje %
Sólido	13	5.2
Quístico	215	86.3
Mixto	21	8.4
Total	249	100.0

En la Tabla 9 se encontró que la mayoría de patología ovárica benigna en el estudio ultrasonográfico presentaron como característica aspecto quístico (86.3 %), en segundo lugar estuvo el aspecto mixto (8.4%) y por último se ubicó al aspecto sólido (5.2%).

**ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS
Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA
2008-2012**

**TABLA 10: Frecuencia del contorno externo de la Patología Ovárica Benigna según
los hallazgos ecográficos.**

Contorno externo	N° de pacientes	Porcentaje %
Bordes finos y definidos	211	84.7
Bordes gruesos e irregulares	38	15.3
Total	249	100.0

En esta Tabla 10 donde se estudia el contorno externo hallado en la ecografía, se muestra que la mayoría de pacientes con patología ovárica benigna presentó bordes finos y definidos en un 84.7 %, mientras que un 15.3 % de la población femenina se halló bordes gruesos e irregulares.

**ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS
Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA
2008-2012**

**TABLA 11: Frecuencia de los septos y papilas de la Patología Ovárica Benigna según
los hallazgos ecográficos.**

Septos y papilas	N° de pacientes	Porcentaje %
Ausentes	188	75.5
Gruesos	32	12.9
Irregulares	28	11.2
Nodulares	1	0.4
Total	249	100.0

En la Tabla 11 se describe la frecuencia de septos y papilas en el estudio ecográfico, donde se encontró que 188 pacientes, quienes constituyen la mayoría, no presentaron estas características, 32 pacientes presentaron septos y papilas gruesos, 28 tuvieron contorno irregular y solo 01 paciente se le encontró de característica nodular.

**ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS
Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA
2008-2012**

**TABLA 12: Frecuencia de los hallazgos histopatológicos encontrados en la Patología
Ovárica Benigna.**

Diagnóstico Histopatológico	N° de pacientes	Porcentaje %
Cistoadenoma seroso	115	46.2
Quiste anexial	46	18.5
Cistoadenoma mucoso	41	16.5
Tecoma	17	6.8
Teratoma	11	4.4
Otros	10	4.0
Brenner	7	2.8
Androblastoma	2	0.8
Total	249	100.0

En la Tabla 12 se muestra que el estudio anatomopatológico encontrado en la población femenina con patología ovárica benigna con más frecuencia fue el de Cistoadenoma seroso (46.2 %), seguido del Quiste anexial (18.5 %), en tercer lugar el Cistoadenoma mucoso (16.5 %), y el que tuvo menor cuantía fue el Androblastoma (0.8 %)

ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012

TABLA 13: Según grupo etéreo en relación al diagnóstico histopatológico de la patología ovárica benigna.

EDAD	Cistoadenoma seroso	Cistoadenoma mucoso	Quiste anexial	Otros
PROMEDIO	42.50 años	42.92 años	47.85 años	37.09 años
DESVIACION ESTANDAR	10.652	10.426	10.542	8.633

$P < 0.05$

En la Tabla 13 se observa a la población de estudio distribuida, según edad, en relación al Cistoadenoma seroso presenta una edad promedio de 42.50 años y una desviación estándar de 10.652. El Cistoadenoma mucoso presenta una edad promedio de 42.92 años y una desviación estándar de 10.426. El Quiste Anexial presenta una edad promedio de 47.85 años y una desviación estándar de 10.542 y por último en la categoría de otros que abarca las patologías menos frecuente presentan una edad promedio de 37.09 años y una desviación estándar de 8.633. Realizando el análisis de Anova se concluye que si hay diferencia entre los grupos etareos descritos, observándose que la edad más frecuente de presentación de quiste anexial es a una mayor edad que las demás patologías descritas.

ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012

TABLA 14: Según Historia Familiar en relación al diagnóstico histopatológico de la patología ovárica benigna.

Historia familiar		Cistoadenoma seroso	Cistoadenoma mucoso	Quiste anexial	Otros	Total
Ausente	N	111	38	42	47	238
	%	46.6	16.0	91.3	97.9	100.00
Presente	N	3	3	4	1	11
	%	27.3	27.3	36.4	9.1	100.00
TOTAL	N	114	41	46	48	249
	%	45.8	16.5	18.5	19.3	100.0

 $\chi^2: 4,291^a$

g.l: 3

p: 0.232

En la tabla 14 se aprecian la historia familiar de las pacientes estudiadas, donde se muestra que la historia familiar estuvo presente en solo 03 pacientes que tenían el diagnóstico de Cistoadenoma seroso al igual que el Cistoadenoma mucoso. La mayor frecuencia se encontró en Quiste anexial con 04 pacientes y la menor estuvo en la Categoría otros con tan solo 01 paciente.

Aplicando el χ^2 se encontró que el antecedente de historia familiar no influye en forma significativa sobre el diagnóstico histopatológico de patología ovárica benigna.

**ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS
Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA
2008-2012**

**TABLA 15: Según Edad de Menarquia en relación al diagnóstico histopatológico de la
patología ovárica benigna.**

Edad de la menarquia	Cistoadenoma seroso	Cistoadenoma mucoso	Quiste anexial	Otros
Promedio	12.41 años	12.63 años	12.52 años	12.27 años
Desviación estándar	1.667	1.545	1.394	1.469

P > 0.05

En la tabla 15 se puede apreciar que la edad de menarquia promedio de 12.41 años y una desviación estándar de 1.667 para el Cistoadenoma seroso a diferencia del Cistoadenoma mucoso que tuvo un promedio de edad de 12.63 años y una desviación estándar de 1.545, para el Quiste anexial se presentó una edad promedio de menarquia de 12.52 años y una desviación estándar de 1.394, por último en la categoría otros se evidencia la edad promedio de 12.27 años y una desviación estándar de 1.469.

ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012

TABLA 16: Según Paridad en relación al diagnóstico histopatológico de la patología ovárica benigna.

Paridad		Cistoadenoma seroso	Cistoadenoma mucoso	Quiste anexial	Otros	Total
Nulíparidad	N	23	8	9	12	52
	%	44.2	15.4	17.3	23.1	100.00
Primíparidad	N	22	5	8	10	45
	%	48.9	11.1	17.8	22.2	100.00
Multiparidad	N	39	21	17	13	90
	%	43.3	23.3	18.9	21.0	100.00
Gran Multiparidad	N	30	7	12	13	62
	%	48.4	11.3	19.4	21.0	100.00
TOTAL		114	41	46	48	249

 $X^2: 6,598^a$

g.l.: 9

p: 0.679

En la tabla 16 se aprecia la paridad de las pacientes en estudio, donde se encuentra que las pacientes con diagnóstico de Cistoadenoma seroso más frecuentemente fueron multiparas con una frecuencia de 39 pacientes, algo similar ocurrió con el Cistoadenoma mucoso donde la multiparidad fue lo más representativo. El quiste anexial presento una frecuencia de 17 pacientes que presentaron multiparidad y por último dentro de otros también se evidencio que la multiparidad fue los mas representativo. Al relacionar mediante el X^2 se precia que la

paridad no es un factor que influye de manera significativa con el diagnóstico histopatológico de la patología de ovario benigna.

ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012

TABLA 17: Según Edad de Menopausia en relación al diagnóstico histopatológico de la patología ovárica benigna.

Edad de la menopausia	Cistoadenoma seroso	Cistoadenoma mucoso	Quiste anexial	Otros
Promedio	46.21 años	45.85 años	46.38 años	44.33 años
Desviación estándar	4.521	4.655	4.455	2.082

$P > 0.05$

En la Tabla 17 se puede apreciar que la edad de menopausia promedio de 46.21 años y una desviación estándar de 4.521 para el Cistoadenoma seroso a diferencia del Cistoadenoma mucoso que tuvo un promedio de edad de 45.85 años y una desviación estándar de 4.655, para el Quiste anexial se presentó una edad promedio de menarquia de 46.38 años y una desviación estándar de 4.455, por último en la categoría otros se evidencia la edad promedio de 44.33 años y una desviación estándar de 2.082.

Al realizar la prueba estadística Anova se concluye que no diferencia significativa entre los grupos estudiados.

ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRAFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012

TABLA 18: Según presentación clínica en relación al diagnóstico histopatológico de la patología ovárica benigna.

Presentación clínica	Cistoadenoma seroso		Cistoadenoma mucoso		Quiste anexial		Otros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Asintomática	85	74.6	32	78	32	69.6	45	93.8	194	100.0
Sintomática	29	25.4	9	22	14	30.4	3	6.2	55	100.0
TOTAL	114	100.0	41	100.0	46	100.0	48	100.0	249	100.0

X²: 9.603 p: 0.022

En la tabla 18 se muestra a la población estudiada, según las manifestaciones clínicas ya sean asintomáticas o sintomáticas, donde se describe que la mayoría de la mayoría de las pacientes presentaron sintomatología el momento de realizada la intervención quirúrgica, lo que no concuerda con la literatura que indica que la presentación más frecuente es la asintomática. Aplicando la prueba del X², la presencia de manifestaciones clínicas guardan estrecha relación con el diagnóstico histopatológico.

ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRAFICAS EN LA PATOLOGIA OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012

TABLA 19: Según presentación clínica en relación al diagnóstico histopatológico de la patología ovárica benigna.

Presentación clínica		Cistoadenoma seroso		Cistoadenoma mucoso		Quiste anexial		Otros		Total		X ²	p
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Dolor pélvico	Ausente	44	38.6	12	29.3	18	39.1	11	22.9	85	100.00	4,639	0.200
	Presente	70	61.4	29	70.7	28	60.9	37	77.1	164	100.00		
Metrorragia	Ausente	103	90.4	38	92.7	46	100.0	43	89.6	230	100.00	4.993	0.172
	Presente	11	9.6	3	7.3	0	0.0	5	10.4	19	100.00		
Infertilidad	Ausente	111	97.4	40	97.6	43	93.5	44	91.7	238	100.00	3.419	0.331
	Presente	3	2.6	1	2.4	3	6.5	4	8.3	11	100.00		
TOTAL	Ausente	114	100.00	41	100.00	46	100.00	48	100.00	249	100.00		

En la tabla 19 se muestra a la población estudiada, las manifestaciones clínicas más frecuente en las pacientes con los diagnósticos descritos arriba fue el dolor pélvico seguido de presentación de metrorragia e infertilidad.

Aplicando la prueba del X^2 , las manifestaciones clínicas no guardan estrecha relación con el diagnóstico histopatológico de patología ovárica benigna



ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRAFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012

TABLA 20: Según Hallazgos Ecográficos (ubicación) en relación al diagnóstico histopatológico de la patología ovárica benigna.

Ubicación		Cistoadenoma seroso	Cistoadenoma mucoso	Quiste anexial	Otros	Total
Ovario derecho	N	58	23	24	23	128
	%	45.3	18.0	18.8	18.0	100.0
Ovario izquierdo	N	56	17	22	24	119
	%	47.1	14.3	18.5	20.2	100.0
Bilateral	N	0	1	0	1	2
	%	0.0	50.0	0.0	50.0	100.0
TOTAL	N	114	41	46	48	249

$$X^2: 4.366^a \quad \text{g.l.: 6} \quad p: 0.627$$

En la Tabla 20 se aprecia que la ubicación más frecuente del Cistoadenoma seroso fue en el ovario derecho al igual que el Cistoadenoma mucoso que también como ubicación más frecuente al ovario izquierdo. En cuanto al diagnóstico de Quiste anexial se obtuvo la similar frecuencia de presentación en ambos ovarios. En la categoría otros la distribución fue similar también en ambos ovarios. La presentación bilateral la tuvo el Cistoadenoma mucoso y la categoría otros. Al aplicar la prueba del X^2 no se halló relación entre la ubicación y los diagnósticos histopatológicos.

ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRAFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012

TABLA 21: Según hallazgo ecográfico (tamaño de la masa) en relación al diagnóstico histopatológico de la patología ovárica benigna.

Tamaño de la masa	Cistoadenoma seroso	Cistoadenoma mucoso	Quiste anexial	Otros
Promedio	3.33 cm	3.83 cm	2.60 cm	3.01
Desviación estándar	3.08	3.24	2.59	2.71

$P > 0.05$

En la tabla 21 se aprecia el tamaño de la masa, el Cistoadenoma seroso presentó el tamaño promedio de 3.33 cm con una desviación estándar de 3.08, el Cistoadenoma mucoso presentó el tamaño promedio de 3.83 cm con una desviación estándar de 3.24, el Quiste anexial presentó el tamaño promedio de 2.60 cm con una desviación estándar de 2.59 y por último en la categoría otros se aprecia que el tamaño promedio es de 3.01 cm con una desviación estándar de 2.71.

Al realizar la prueba estadística Anova se obtuvo que no hay diferencia entre los grupos de estudio.

ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRÁFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012

TABLA 22: Según hallazgo ecográfico (aspecto del tumor) en relación al diagnóstico histopatológico de la patología ovárica benigna.

Aspecto Del Tumor	Cistoadenoma seroso		Cistoadenoma mucoso		Quiste anexial		Otros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sólido	9	7.9	2	4.9	1	2.1	1	7.7
Quístico	96	84.2	33	80.5	42	91.3	44	91.7
Mixto	9	7.9	6	14.6	3	6.5	3	6.3
TOTAL	114	100.0	41	100.0	46	100.0	48	100.0

X^2 : 6.184^a

g.l.: 6

p: 0.403

En la tabla 22 se aprecia el aspecto del tumor siendo el aspecto quístico el más frecuente en todas las patologías mencionadas.

Tan solo 13 pacientes presentaron un aspecto sólido que es una característica de sospecha de malignidad, y aspecto mixto fue representado por 21 pacientes las cuales deberían estar en observación periódica solo para prevenir que se pudieran complicar.

Al aplicar la prueba del X^2 no se halló relación entre el aspecto del tumor y los diagnósticos histopatológicos.

ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRAFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012

TABLA 23: Según hallazgo ecográfico (contorno externo) en relación al diagnóstico histopatológico de la patología ovárica benigna.

Contorno externo	Cistoadenoma seroso		Cistoadenoma mucoso		Quiste anexial		Otros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bordes finos y definidos	100	87.7	36	87.8	37	80.4	38	79.2
Bordes gruesos e irregulares	14	12.3	5	12.2	9	19.6	10	20.8
TOTAL	114	100.0	41	100.0	46	100.0	48	100.0

 $\chi^2: 2.893^a$

g.l.: 3

p: 0.408

En la tabla 23 se aprecia que el contorno externo en su mayoría de las patologías presentadas muestra la mayor frecuencia, eso guarda relación con otros trabajos que indican que el presentar bordes finos y definidos es un signo de benignidad.

Al aplicar el χ^2 se aprecia que no hay significancia alguna con los diagnósticos planteados.

ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRAFICAS EN LA PATOLOGÍA OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012

TABLA 24: Según hallazgo ecográfico (septos y papilas) en relación al diagnóstico histopatológico de la patología ovárica benigna.

Septos y papilas	Cistoadenoma seroso		Cistoadenoma mucoso		Quiste anexial		Otros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausentes	89	78.1	27	65.9	32	69.6	40	83.3
Gruesos	11	9.6	8	17.4	8	17.4	5	10.4
Irregulares	13	11.4	6	13.0	6	13.0	3	6.3
Nodulares	1	9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	114	100.0	41	100.0	46	100.0	48	100.0

 $X^2: 7.297^a$

g.l.: 9

p: 0.606

En la tabla 24 se aprecia que la característica de presentar septos y papilas en el examen ultrasonográfico en su mayoría de las patologías presentadas se encontró ausente según lo muestra las frecuencias registradas, eso guarda relación con otros trabajos que indican que la ausencia de septos y papilas es un signo de benignidad.

Al aplicar el X^2 se aprecia que no hay significancia entre la característica de septos y papilas con el diagnóstico histopatológico.

CAPITULO III:
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Pocas publicaciones existen en nuestro medio que muestren los hallazgos anatómo-patológicos de la patología ovárica benigna. Así, este trabajo constituye, según nuestro conocimiento, el reporte de la distribución de hallazgos anatomopatológicos para patología ovárica benigna operado en una parte de la población femenina.

Se conoce que los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido y algunos de ellos pueden malignizarse en su evolución. Aproximadamente de 75 a 85 % de los tumores son en principio benignos (27).

En nuestro trabajo para la mayoría de las patologías benignas ováricas se confirma una distribución similar a la reportada por otras series internacionales. Sin embargo, existen algunas diferencias cuando se compara por subgrupos histológicos.

El presente es un estudio observacional, analítico y retrospectivo de 249 mujeres con patología ovárica benigna atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara, entre Enero del 2008 a Diciembre del 2012, con el objetivo de encontrar la correlación clínico-histopatológica y ultrasonográfica de la patología ovárica benigna, para lo cual se realizó revisión de historias clínicas.

Se evidencia que la mayoría de pacientes fueron menores de 40 años con una frecuencia de 125 pacientes, lo cual difiere de la literatura que indica que la incidencia específica aumenta según la edad de la paciente, con un pico en la sexta década de la vida siendo infrecuente en mujeres menores de 40 años.(27)

Según nuestro trabajo se encontró que 122 pacientes tuvieron la menarquia entre los 10 a 12 años que concuerda con la revisión de textos que indica que la menarquia temprana (temprana se consideró el punto de corte de 11 años de edad según Freedman et al (17)) es un factor de riesgo para desarrollar patología ovárica.

Todos los tumores benignos del ovario son más frecuentes en la edad reproductiva, sobre todo en la década de los 20 y 30 y suelen ser más frecuentes en nulíparas excepto los quistes funcionales cuya incidencia aumenta con el número de hijos y la edad (28), lo cual guarda

mucha relación con los hallazgos de nuestro trabajo que indicaría que la mayoría de las pacientes portadoras de patología ovárica benigna se encontraban en edad reproductiva, así mismo sucede con la paridad.

La mayor parte de los tumores ováricos son asintomáticos hasta que aumentan de tamaño o comprometen las estructuras o los órganos vecinos siendo el síntoma cardinal el dolor que puede tener carácter agudo o subagudo (28). En nuestro trabajo se evidencio que solo un 22% de pacientes eran asintomáticas ello podría deberse a la falta de diagnostico temprano quizá por la dificultad de accesibilidad a una cobertura de salud que le permita acudir a controles esporádicos, el 66% de pacientes presentaron como síntoma cardinal el dolor pélvico.

En los últimos años, la ecografía vaginal se ha utilizado frecuentemente para la caracterización de los tumores con la esperanza de que la técnica pudiera usarse para el diagnóstico de las tumoraciones ováricas, dado que el 90% de los tumores ováricos son benignos y, aproximadamente el 80% son quísticos, se convierten en un órgano ideal para la identificación ecográfica, por ello se ha tratado de establecer numerosos criterios ecográficos debenignidad y malignidad(28).Se han propuesto diversas clasificaciones para distinguir entre tumores benignos y malignos. Las más utilizadas tienen en cuenta 4 factores:

- Estructura de la pared interna (1-4).
- Grosor de la pared (1-3).
- Grosor de los tabiques (1-3).
- Ecogenicidad (1-5).

Si la puntuación es mayor de 9 estamos ante uncáncer. Con esta clasificación obtenemos un 100%de sensibilidad, 83% de especificidad, 37% de valor predictivo positivo y 100% de valor predictivo negativo (28). Pero en nuestro trabajo no se hallo correlación entre la ultrasonografía y el informe anatomopatológico, esto podría deberse al sesgo de observador por parte de la persona encargada de las ecografías, ya que no siempre la realiza un especialista. Además podría contribuir la calidad del ecógrafo del servicio en el cual se realizó el estudio.

En este trabajo se halló:

Según edad, en relación al Cistoadenoma seroso presenta una edad promedio de 42.50 años y una desviación estándar de 10.652. El Cistoadenoma mucoso presenta una edad promedio de 42.92 años y una desviación estándar de 10.426. El Quiste Anexial presenta una edad

promedio de 47.85 años y una desviación estándar de 10.542 y por último en la categoría de otros que abarca las patologías menos frecuente presentan una edad promedio de 37.09 años y una desviación estándar de 8.633, lo que concuerda con lo descrito por J. Martinez en su descripción de la patología de ovario.

El antecedente de historia familiar no influye en forma significativa sobre el diagnóstico histopatológico de patología ovárica benigna. La edad de menarquia promedio de 12.41 años y una desviación estándar de 1.667 para el Cistoadenoma seroso a diferencia del Cistoadenoma mucoso que tuvo un promedio de edad de 12.63 años y una desviación estándar de 1.545, para el Quiste anexial se presentó una edad promedio de menarquia de 12.52 años y una desviación estándar de 1.394, por último en la categoría otros se evidencia la edad promedio de 12.27 años y una desviación estándar de 1.469.

La paridad no es un factor que influye de manera significativa con el diagnóstico histopatológico de la patología de ovario benigna.

La edad de menopausia promedio de 46.21 años y una desviación estándar de 4.521 para el Cistoadenoma seroso a diferencia del Cistoadenoma mucoso que tuvo un promedio de edad de 45.85 años y una desviación estándar de 4.655, para el Quiste anexial se presentó una edad promedio de menarquia de 46.38 años y una desviación estándar de 4.455, por último en la categoría otros se evidencia la edad promedio de 44.33 años y una desviación estándar de 2.082.

No se halló relación entre la ubicación y los diagnósticos histopatológicos. el tamaño de la masa, el Cistoadenoma seroso presento el tamaño promedio de 3.33 cm con una desviación estándar de 3.08, el Cistoadenoma mucoso presento el tamaño promedio de 3.83 cm con una desviación estándar de 3.24, el Quiste anexial presento el tamaño promedio de 2.60 cm con una desviación estándar de 2.59 y por último en la categoría otros se aprecia que el tamaño promedio es de 3.01 cm con una desviación estándar de 2.71.

Tampoco se halló relación entre el aspecto del tumor y los diagnósticos histopatológicos. No hay significancia alguna entre el contorno externo y los diagnósticos planteados. no hay

significancia entre la característica de septos y papilas con el diagnóstico histopatológico. Hasta la realización del estudio no se encontró artículos relacionados con el trabajo.

En la literatura mundial casi todos los autores han encontrado que el Cistoadenoma seroso ocupa más o menos un 30% de los tumores ováricos benignos (18). Resultado parecido hallamos en nuestro trabajo siendo la patología ovárica benigna más frecuente el Cistoadenoma seroso con un 46,2 %, seguido del Quiste anexial con 18,5 %, y en tercer lugar el Cistoadenoma mucoso con 16,5 %.





**CAPITULO IV :
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

CONCLUSIONES

1. La presentación clínica más relevante fue el dolor pélvico con un 65,4 % seguido de la presentación asintomática con un 22 %.
2. La ubicación más frecuente de la patología Ovárica estuvo en el ovario derecho con 128 pacientes, en segundo lugar estuvo la ubicación en ovario izquierdo con 119 pacientes y 2 pacientes contaron ubicación bilateral. Respecto al tamaño 50,2 % fueron menores de 5 cm, aspecto quístico (86,3 %), bordes finos y definidos (84,7 %) y respecto a los septos o papilas no presentaron un 75,5 %.
3. La patología ovárica benigna más frecuente fue el cistoadenoma seroso (46,2 %), seguida del quiste aneural (18,5 %), en tercer lugar el cistoadenoma mucinoso (16,5 %), tecomoma (6,8%), teratoma (4,4 %), otros (4 %), Brenner (2,8 %) y androblastoma (0,8 %).
4. Hay diferencia significativa entre los grupos de estudio respecto a la edad, la paridad no es un factor que influye de manera significativa con el diagnóstico histopatológico. Al realizar el análisis estadístico no se halló relación significativa entre las características clínicas, ultrasonográficas e histopatológicas.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios sobre patología ovárica benigna en otras instituciones de nuestro país, para tener un conocimiento preciso y propio de nuestro medio respecto de estas patologías.
2. Enfocar más en la detección precoz de esta entidad, dado que la presentación clínica más frecuente fue el dolor pélvico, y difiriendo esta de la literatura que indica que la presentación más frecuente es la asintomática.
3. Modernizar los artefactos de ayuda diagnóstica como son los ecógrafos, para poder de esta manera hacer un diagnóstico precoz más fidedigno.
4. Capacitar al personal responsable de realizar los estudios ecográficos acerca de las características de la patología ovárica benigna y que puedan diferenciarla de la patología maligna, contribuyendo de esta manera a un diagnóstico precoz.
5. Reorganizar y modernizar los archivos de estadística y promover la sistematización de la información de las historias clínicas.
6. Mejorar la elaboración de las historias clínicas que deben ser completas, con datos exactos y legibles para poder realizar estudios más fidedignos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Sánchez AC. (2010). "Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario". Rev Cubana Obstetricia-Ginecología. Vol 36(1) 86-96.
2. Brun JL, Touze L., Leng J. (2001). "Medical and surgical treatment of functional ovarian cysts". J Gynecology Obstetric Biology Reprod.; Vol. 30(1 Suppl):S41-52.
3. Pérez Echemendía M. (2006). "Ginecología oncológica pelviana". La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 57-67.
4. García Frutos A, Huertas MA, Uguet C, Romo A, Pérez Ávila I, Bajo JM. (2005). "Sistematización de planos de la pelvis con sonda vaginal. Anatomía ecográfica". JM. Ultrasonografía ginecológica. Madrid: Editorial Marban; 16(6): 920
5. Guyton A.C., Hall J.H.(2006): "Tratado de Fisiología médica", 11th ed. Madrid, Elsevier España, S.A. p. 186-194.
6. Hartge P, Hayes R, Reding D, et al. (2000). "Complex ovarian cysts in postmenopausal women are not associated with ovarian cancer risk factors: preliminary data from the prostate, lung, colon, and ovarian cancer screening trial". J ObstetGynecol; 183:1232.
7. H. Hollinshead, (1989). Anatomía Humana, edición revisada, Argentina, La Medica, S. R. L. 652 – 669.
8. J. Martínez Salmeán. Juan José Escribano Tórtola (2010). "Patología Orgánica Del Ovario". Capítulo 11.
9. González Merlo J. (1993). "Tumores de ovario". Ginecología de González Merlo J. Editorial Masson. Salvat. 6ª edición. Barcelona, 522-577.
10. Herrmann U. (1993). "Características ultrasonográficas de los tumores ováricos". Clinicas Obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana, Volumen 2, 361-368.

11. Mauricio A, Cuello F, Cristian Pomes C, Jorge Brañes Y, Barrena N, Mayerson D, et al. (2003) “Tumor ovárico en la postmenopausia. Consideraciones sobre su manejo actual”. Rev Chil Obstet Ginecol.; 68 (2):97-111.
12. Pons Porrata L. M., García O. et al. (2012). “Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. Ed. MEDISAN; 16(6): 920.
13. López J, Neumann T, Garrido J, Herane E, Aliaga P, Siva F. (2000). “Cirugía laparoscópica en lesiones anexiales”. REV CHIL OBSTET GINECOL 65(1): 28-33.
14. Lee K, Tavassoli FA, Prat J, et al. (2003). “Surface epithelial-stromal tumours. WHO Classification of Tumours (Blue Books). III. Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs”. Edited by F.A. Tavassoli and M.R. Stratton. IARC Lyon. p. 241-267.
15. López Martín JE, Rodríguez Rodríguez R, CortegueraFonte ME, López Martín LG. (2007). “Cistoadenoma seroso del ovario”. Revista de Ciencias Médicas de La Habana p. 145-146.
16. Parrilla M, López MV, Valls O.(2006). “Atlas de ecocitopatología diagnóstica en las lesiones abdominales”. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.p. 61-72.
17. Moreno Antunes A, HalibertoArmenteros B, Morán Piñero R, Anderson Crowwel Ch.(2008). “Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario en el Hospital”, “Vladimir Ilich Lenin”. Correo Científico Médico de Holguín.
18. Novak ER, Jones G., Jokes HW. (1993). “Tratado de Ginecología. Capítulo 22 Tumores Benignos de Ovario”. P. 356 – 378.
19. Parrilla M, López MV, Valls O. (2006). “Atlas de ecocitopatología diagnóstica en las lesiones abdominales”. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; p. 261-72.
20. Pérez Echemendía M. (2003). “Ginecología oncológica pelviana”. La Habana: Editorial Ciencias Médica. p. 57-67.

21. Pérez Ramírez M, Fernández Fernández I, Mulet Matos E. (1997). “Principales aplicaciones del Doppler color transvaginal”. Rev Cubana ObstetGinecol. P. 45-51.
22. Quintana González JA, Godoy Rivero R. (2008). “Quiste gigante de ovario. Presentación de un caso”. Hospital Universitario De La Paz Puerto Príncipe, Haití. MEDICIEGO.
23. Rodríguez Reigosa JE, Guerrero García LP, Esperón Noa RP, Linchenat Lambert A, Silveira Pablos JM, Díaz Ortega I, et al. (2009). “Cáncer de ovario” en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba. P. 60: 127-134.
24. Santiesteban S. (2004). “Tumores de ovario”. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; p. 313-317.
25. Stratton. IARC Lyon (2003). “Marret H. Doppler ultrasonography in the diagnosis cysts: indications, pertinence and diagnostic criteria”. J GynecolObstetBiolReprod. 2001 Nov; 30(1 Suppl):S20-33.
26. Mauricio A, Cuello F, Cristian Pomes C, Jorge Brañes Y, Barrena N, Mayerson D, et al. “Tumor ovárico en la postmenopausia. Consideraciones sobre su manejo actual. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003; 68(2):97-111.
27. MsC. Laura María Pons Porrata, I MsC. Odalis García Gómez, I Dra. Acelia Salmon Cruzata, II MsC. Meydis María Macías Navarro I y MsC. Carlos M. Guerrero Fernández. (2012). “Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico”. Medisan; 17(6): 620.
28. Oyarzún E, Wild R, Pruyas M. (2007). “Tumores de ovario: experiencia de 3 años con 126 pacientes”. Rev Méd Chil; 115: 549-55.



ANEXOS

ANEXO I: PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE TESIS

**“ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS,
HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRAFICAS EN LA PATOLOGIA
OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012”**

Proyecto de Tesis presentado por:

**GIULIANA SHIRLEY MANCHEGO
BAUTISTA**

AREQUIPA - PERÚ

2013

I. PREAMBULO

Entre las dolencias ginecológicas, los tumores anexiales son los más difíciles de todos los problemas diagnósticos. La sutil transición de una lesión benigna a otra maligna en un ovario, es uno de los grandes misterios de la ginecología.

Como bien se conoce, el ovario es un órgano de caracteres polimorfos interrelacionados. Diversos factores genéticos, embriológicos, estructurales y funcionales, experimentan una interacción de la cual puede emanar una enorme capacidad tumoral, ya sea benigna o maligna.

Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer.

Aproximadamente 1 de cada 10 mujeres desarrollara a lo largo de la vida tumor ovárico, de las cuales la mayoría requerirá de una evaluación quirúrgica. Estos se presentan desde edades tempranas hasta avanzadas siendo la alta incidencia en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad, debido a su evolución silente que entorpece el diagnóstico temprano, lo que hace que en más de 60 % de los casos se diagnostique en esta etapa avanzada.

Es más frecuente en países desarrollados que en vías de desarrollo.

El advenimiento de la ecografía y su uso habitual, ha hecho que el diagnóstico de dichos tumores sea aún más frecuente y esta haya adquirido una función preponderante en la práctica ginecológica, ya que constituye el mejor método para explorar los cambios que ocurren en el aparato reproductor.

Con el empleo de la ecografía se abrió un nuevo horizonte para diagnosticar los tumores de ovario, por ser un método efectivo, fácil, económico, no invasivo y a la vez el medio de diagnóstico de primera línea para tales fines.

Mediante éste se pueden detectar lesiones en la fase asintomática, como es el de visualizar las masas anexiales y las características que sugieren benignidad o malignidad, con una especificidad de 90% y una sensibilidad de 87%.(25) .

La ecografía vía vaginal puede demostrar lesiones menores de 3 cm, pero presenta la desventaja de poseer un campo de visión limitado, solo hasta 10 cm de la cúpula vaginal; por su parte, la vía abdominal visualiza mejor la lesión que se ubica por encima del lecho vesical, más allá de 10 cm. es de utilidad realizar el estudio por la vía abdominal y transvaginal, ya que ambas se complementan.

La mayoría de las masas anexiales son benignas, siendo lo más importante descartar lesión maligna a través de todas las herramientas diagnósticas, tanto clínicas como imagenológicas, las cuales terminan en su intervención quirúrgica teniendo el diagnóstico definitivo el estudio anatómo patológico, que nos orientara sobre la mejor terapéutica definitiva y comorbilidades.

Los datos anteriormente expuestos motivaron a la autora a plantear la necesidad de conocer las características clinico-histológicas y ecográficas de las pacientes que son portadoras de patologías benignas ováricas y con ello poder aportar información ya que no hay trabajos acerca del tema.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES LA ASOCIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOPATOLÓGICAS Y ULTRASONOGRAFICAS EN LA PATOLOGIA OVÁRICA BENIGNA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA. AREQUIPA 2008-2012?

1.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

1.2.1. Área del conocimiento:

- General : Ciencias de la salud
- Específica : Medicina Humana
- Especialidad : Ginecología
- Línea : Patología benigna de ovario

1.2.2. Análisis u Operacionalización de variables e indicadores:

VARIABLE	INDICADOR	VALORES O CATEGORIAS	TIPO DE VARIABLE
VARIABLES INDEPENDIENTES			
Presentación clínica	Clínica según Historia Clínica - Asintomática - Dolor pélvico - Síntomas gastrointestinales - Perímetro abdominal - Síntomas urinarios - Infertilidad - Metrorragia Otros	✓ Agudo - Crónico ✓ Si - No ✓ Centrimetros ✓ Si - No ✓ Si - No ✓ Si - No	Categórica nominal Categórica nominal De razón Categórica nominal Categórica nominal Categórica nominal
Edad del paciente	Fecha de nacimiento (DNI)	Años	De Razón
Historia familiar	Según revisión de Historia Clínica	- Presente - Ausente	Categórica nominal
Edad a la Menarquía	Según Historia Clínica	Años	De Razón
Paridad	Según Historia Clínica	- Nuliparidad - Primiparidad (solo ha parido una vez)	Ordinal

		• Multiparidad (ha parido 2 veces o más) • Gran multiparidad (ha parido 6 veces o más)	
Edad a la Menopausia	Según Historia Clínica	• Años	Numérica discreta
VARIABLES DEPENDIENTES			
Hallazgos ecográficos	Informe ecográfico registrado en la historia clínica	✓ Ubicación ✓ Tamaño de la masa ✓ Aspecto del tumor ✓ Contorno Externo ✓ Septos o papilas ✓ Ovario Derecho – Ovario Izquierdo ✓ Centrimetros ✓ Solido – Quístico – Mixto ✓ Bordes finos y definidos – gruesos e irregulares ✓ Ausentes – Gruesos, irregulares, nodulaciones	Categórica nominal De Razón Categórica nominal Categórica nominal Categórica nominal
Hallazgo histopatológico	Informe anatomopatológico registrado en la Historia Clínica	• Cistoadenoma seroso • Cistoadenoma Mucinoso • Brenner • Tecoma • Androblastoma • Teratoma • Quistes anexiales de ovario • Otros	Categórica nominal

1.2.3. Interrogantes básicas:

- ¿Cuáles son las características clínicas de las pacientes con patología ovárica benigna del Servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara. Arequipa 2008-2012?
- ¿Cuáles son las características ultrasonográficas de la patología ovárica benigna en las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara. Arequipa 2008-2012?
- ¿Cuáles son los hallazgos histopatológicos de la patología ovárica benigna en las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara. Arequipa 2008-2012?
- ¿Existe alguna relación entre las características clínicas, histopatológicas y ultrasonográficas en la patología ovárica benigna en el servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara. Arequipa 2008-2012?

1.2.4. Tipo de investigación:

Documental

1.2.5. Nivel de investigación:

Observacional, analítico, retrospectivo.

2. JUSTIFICACION

a) Conveniencia

Este trabajo de investigación sería fructífero para comprender los factores asociados a la patología benigna ovárica de la población local a través de la descripción de sus características clinicohistológicas, y de esta manera tener un

conocimiento dirigido a la prevalencia de esta entidad en nuestra localidad y sobre su abordaje terapéutico.

b) Aporte social

Este trabajo tiene relevancia social ya que conociendo las características clínicas y su correlato con el estudio ultrasonografico e histopatologico, se podrá indagar sobre los factores asociados a la patología benigna ovárica.

c) Relevancia científica

Ya que aporta conocimientos en el campo ginecológico sobre la interrelación de las características clínicas con los hallazgos ultrasonograficos y estudio histopatologico de la diversa patología benigna ovárica.

d) Relevancia humana

Al determinar las características clínicas de la diferente patología benigna ovárica de la población, nos podrá incentivar a la fomentación del desarrollo de un programa en cuanto a tamizaje poblacional en la que incluya un estudio ultrasonográfico y ginecológico en las mujeres en edad reproductiva y postmenopausica, para efectuar el diagnóstico oportuno de la enfermedad.

e) Relevancia académica

Ya que los resultados de este estudio pueden servir como fuente de información para futuras investigaciones en este campo ginecologico.

f) Valor teórico

Con los resultados de este trabajo de investigación, se obtendrá una referencia de estudio sobre la patología ovárica más frecuente en la población local y de base para otros más amplios que puedan generarse.

g) Concordancia

La investigación está de acorde con los lineamientos básicos de la universidad y de nuestra facultad de medicina humana de investigar, enseñar y de proyectarse a la sociedad, contribuyendo con información administrativa para una adecuada gestión clínica.

h) Factibilidad

El presente estudio es factible, ya que se dispone de los elementos necesarios para la realización y culminación del mismo.

i) Interés personal

El investigar el tema propuesto, satisface las aspiraciones e inclinaciones científicas personales, en el desarrollo de la profesión médica.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. DESARROLLO EMBRIOLOGICO DEL OVARIO

El desarrollo gonadal se produce con lentitud en los embriones femeninos. Los cromosomas X portan genes para el desarrollo ovárico y un gen autosómico parece estar también implicado en la organogenia ovárica. Desde el punto de vista histológico, no es posible identificar al ovario hasta alrededor de la décima semana. Los cordones gonadales no se hacen prominentes, pero se extienden hacia la médula y forman una red ovárica rudimentaria. Normalmente, esta estructura y los cordones gonadales degeneran y desaparecen. Los cordones corticales se extienden desde el epitelio de superficie del ovario en desarrollo hacia el mesénquima subyacente durante el periodo fetal inicial. Este epitelio proviene del mesotelio. A menudo que aumenta el tamaño de los cordones corticales, se incorporan a ellos las células germinales primitivas. Alrededor de las 16 semanas, dichos cordones comienzan a romperse en grupos celulares aislados, los folículos primitivos, cada uno de los cuales consta de una ovogonia, derivada de una célula germinal primitiva, rodeada de una

monocapa de células foliculares aplanadas procedentes del epitelio de superficie. A lo largo de la vida fetal se producen mitosis activas en las ovogonias, lo que origina miles de folículos primitivos(16).

Después del nacimiento no se forma ninguna ovogonia. Aunque muchas de ellas degeneran antes de nacer, los dos millones que permanecen aumentan de tamaño y se convierten en ovocitos primarios antes del nacimiento. A partir de entonces, el epitelio de superficie del ovario se aplanan hasta dar lugar a una monocapa de células continuas con el mesotelio del peritoneo en el hilio ovárico. Este epitelio ovárico se denominaba previamente “epitelio germinal”, un término poco adecuado ya que se sabe que las células germinales se diferencian a partir de las células germinales primitivas. El epitelio de superficie se separa de los folículos de la corteza por medio de una delgada cápsula fibrosa, la túnica albugínea. Conforme se separa del mesonefros en regresión, el ovario queda suspendido por su mesenterio: el mesovario.(16,18)

3.2. ANATOMIA DEL OVARIO

El aparato genital femenino esta compuesto por dos glándulas mixtas de secreción internas y externas (los ovarios), dos conductos por donde se dirigen los óvulos del ovario al útero (tubas uterinas), un órgano que recibe y contiene el huevo fecundado (útero), y un conjunto de órganos que intervienen en la cópula (vagina y vulva). A los que se agrega por la relación fisiológica que con éstos posee, la glándula mamaria y los músculos del periné(7).

Son glándulas en forma de almendra situadas cerca de las paredes laterales de la pelvis, y suspendidas por el mesovario del ligamento ancho. Antes de la pubertad, la superficie del ovario esta cubierta por una capa lisa de epitelio ovárico, una sola capa de células cuboidales que otorga a la superficie un aspecto grisáceo mate, que contrasta con la superficie brillante del mesovario peritoneal adyacente con el que se continúa. Después de la pubertad la superficie se va esclerosando de manera progresiva y se distorsiona debido a la rotura repetida de los folículos ováricos yola

descarga de los ovocitos (óvulos) durante la ovulación. Las esclerosis es menor en las mujeres que consumen anticonceptivos orales. Como glándulas de secreción mixta cuya secreción externa origina los óvulos y cuya secreción interna genera las hormonas ováricas que producen los caracteres sexuales en la mujer.

➤ ***Número y situación***

Normalmente son dos pero pueden existir ovarios supernumerarios o puede que falte uno o los dos ovarios. Están situados en las caras laterales de la pelvis(18).

➤ ***Color, peso y consistencia***

Son de color rosa pálido en la niña y rosado en la mujer adulta, alcanzan un peso de 8 gramos en estado de reposo, pero disminuye hasta 2 gramos después del período menstrual(20).

➤ ***Medio de Fijación***

Posee como medio de fijación cuatro ligamentos.

- El ligamento suspensorio del ovario (lumboovárico) que conduce los vasos ováricos, los vasos linfáticos y los nervios, y se extiende desde los procesos transversos de las últimas vértebras lumbares al polo superior del ovario.
- El ligamento propio del ovario (útero ovárico). Que comunica el extremo proximal (uterino) del ovario al ángulo lateral del útero.
- El mesovario constituido por un corto repliegue peritoneal que contiene vasos para el ovario y está formado por la aleta posterior del ligamento ancho.
- El ligamento tuboovárico que fija el ovario a la franja ovárica de la trompa.

➤ ***Configuración exterior y relaciones***

Cara superior esta en relación con el pabellón de la trompa. Cara inferior descansa sobre el peritoneo pélvico ocupando la foseta ovárica que esta limitada atrás por los vasos hipogástricos y el uréter, hacia delante por el ligamento ancho, hacia arriba por los vasos ilíacos externos y hacia abajo por la arteria uterino.

Borde anterior da inserción al mesovario siguiendo una línea sinuoso (línea de Forré).

Borde posterior se pone en relación con los vasos hipogástricos y el uréter. Extremidad inferior se inserta el ligamento propio del ovario(7).

➤ ***Constitución anatómica***

Esta constituido por una envoltura (el epitelio ovárico) que encierra un estroma conjuntivo, donde están contenidos los folículos ováricos.

El epitelio ovárico se haya formado por un epitelio cilcilíndrico que a nivel del mesovario se continúa bruscamente con el peritoneo, formando la línea (Farré).

El estroma conjuntivo esta formado por tejido conjuntivo, que en la periferia se condensan formando una delgada capa denominada Falsa Albugíneo.

Los folículos ováricos son vesículas más o menos redondeadas que contienen los óvulos y estos van desde folículos primordiales a folículos maduros(18).

➤ ***Irrigación arterial de los ovarios***

Las arteria ovárica que es rama de la aorta abdominal termina bifurcándose en las ramas ováricas y tubárica, anastomosándose con las ramas correspondientes de la arteria uterino.

Drenaje venoso. La venas que drenan el ovario forman un plexopampiniiforme en el ligamento ancho. Las venas se unen para crear una vena ovárica. La vena ovárica derecha desemboca en la vena cava inferior, mientras que la izquierda lo hace en la vena renal izquierda(7).

Los vasos linfáticos desembocan en los ganglios lumbares.

➤ ***Inervación de los ovarios***

Los nervios descienden a lo largo de los vasos ováricos del plexo ovárico que se comunica con el plexo uterino.

Las células intersticiales del ovario se encuentran diseminadas en la zona medular y desempeñan una doble función: de secreción interna y de nutrición del óvulo(7,18).

3.3. FISILOGIA DEL OVARIO

La reproducción comienza con el desarrollo de los óvulos en los ovarios. En la mitad de cada ciclo sexual mensual se expulsa un único ovulo de un folículo ovárico hacia la cavidad abdominal, junto a los extremos fimbriados de las dos trompas de Falopio. Este ovulo atraviesa una de las trompas de Falopio y llega al útero; si ha sido fecundado por un espermatozoide, e implantara en el útero, donde se desarrollará para convertirse en un feto, una placenta y las membranas fetales y, en ultimo termino, un recién nacido(5).

Durante la vida fetal, la superficie externa del ovario esta revestida por un epitelio germinal, que embriológicamente procede del epitelio de las crestas germinales. Al desarrollarse el feto femenino, del epitelio germinal se diferencian óvulos primordiales, que emigran al interior de la sustancia de la corteza ovárica. Cada ovulo está rodeado por una capa de células fusiformes del estroma ovárico (el tejido de sostén del ovario), en las que induce características epiteliodes; son las células de la granulosa. El ovulo rodeado de una única capa de células de la granulosa recibe el nombre de folículo primordial. El ovulo, que en esta fase es todavía inmaduro y

requiere dos divisiones celulares mas para poder ser fecundado por un espermatozoide, se denomina ovocito primario(13).

Durante la vida fértil de la mujer, es decir, aproximadamente entre los 13 y los 46 años, de 400 a 500 de estos folículos primordiales se desarrollan lo suficiente como para expulsar sus óvulos, uno cada mes; el resto degenera (se vuelven atróficos). Al final de la época reproductora (en la menopausia) sólo quedan en los ovarios unos pocos de folículos primordiales e incluso estos degeneran poco tiempo después.(3)

➤ ***Sistema hormonal femenino***

El sistema hormonal femenino, como el del varón, consta de tres grupos de hormonas:

1. Una hormona liberadora hipotalámica, la gonadoliberina u hormona liberadora de gonadotropinas(GnRH)
2. Las hormonas adenohipofisarias, hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), ambas secretadas en respuesta a la hormona liberadora GnRH del hipotálamo.
3. Las hormonas ováricas, estrógenos y progesterona, secretadas por los ovarios en respuesta a las dos hormonas sexuales femeninas adenohipofisarias.

Estas diversas hormonas no se producen en cantidades constantes a lo largo del ciclo sexual mensual femenino, sino que su secreción es muy distinta en las diferentes partes del mismo. Mostrando cambios en la concentración de las hormonas adenohipofisarias, FSH y LH y de las hormonas ováricas, estradiol y progesterona.

La GnRH del hipotálamo aumenta y disminuye de forma mucho menos drástica el ciclo mensual sexual. Se secreta en breves pulsaciones que aparecen por término medio una vez cada 90 minutos, como ocurre en el varón(5).

➤ ***Ciclo ovarico menstrual; funcion de las homonas gonadotropas.***

Los años fértiles normales de la mujer se caracterizan por variaciones rítmicas mensuales de la secreción de hormonas femeninas y por las correspondientes alteraciones físicas de los ovarios y otros órganos sexuales. Este patrón rítmico recibe el nombre de ciclo sexual mensual femenino (o de forma menos precisa, ciclo menstrual). La duración de cada ciclo es, por término medio, de 28 días, si bien puede ser de tan solo 20 días o tan largo como de 45 días en algunas mujeres, aunque la longitud anormal del ciclo se asocia con frecuencia a una menor fertilidad.

El ciclo sexual femenino tiene dos consecuencias importantes. En primer lugar, habitualmente solo se libera un único óvulo de los ovarios cada mes, de forma que en situaciones normales solo pueda crecer un solo feto cada vez. Además, el endometrio uterino se prepara para la implantación del ovulo fecundado en el momento preciso del mes(8).

3.4. PATOLOGIA BENIGNA DE OVARIO

El ovario puede originar tumores histológicamente muy diferentes y siempre ha sido un problema su clasificación porque la patogenia está menos clara que en otros tumores.

3.4.1.CLASIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud clasifica los tumores ováricos de acuerdo con el tejido de origen. Es necesario puntualizar que los tumores “borderline” o tumores en el límite de malignidad histológica, son formas tumorales con entidad propia, no un estadio evolutivo(26).

3.4.1.1.TUMORES DEL EPITELIO DE SUPERFICIE

A)Tumores Serosos-

❖ Histogénesis

En conjunto los tipo benigno, borderline y maligno representan el 30% de todos los tumores ováricos, De todos ellos son benignos el 60 %, bordeline el 15 % y malignos el 25 %(15).

Derivan del epitelio celómico superficial, la mayoría de los casos por transformación neoplásica de quistes de inclusión.

❖ Anatomía Patológica

Macroscópicamente son tumores de contenido quístico, superficie lisa con vascularización prominente ocupados por un líquido similar al suero.

El tamaño es variable, desde pocos centímetros hasta grandes masas, en ocasiones se aprecian varias cámaras separadas por tabiques finos, un 25 % son bilaterales (8).

Microscópicamente, están formados por epitelio cilíndrico o cúbico, las células pueden ser ciliadas. Los quistes están recubiertos por una sola hilera de células y pueden presenta papilas microscópicas . En una tercera parte de los casos se observan pequeñas microcalcificaciones (cuerpos de psamona).

B)Tumores Mucinosos

❖ Histogénesis

Derivan del epitelio celómico ovárico que reproduce al epitelio mulleriano endocervical, se asemejan a los homólogos serosos y son menos frecuentes(24).

❖ Anatomía Patológica

Macroscópicamente son masas quísticas multiloculares rellenas de un líquido gelatinoso rico en glicoproteínas, unilaterales en el 95 % de los casos, que pueden llegar a alcanzar gran tamaño, (hasta 30 kg.) .

Microscópicamente las paredes de los quistes está revestidas de células epiteliales cilíndricas con mucina en el vértice y núcleos de disposición basal uniforme similares a las del endocervix o intestinal (3).

C) Tumor De Brenner

❖ Histogénesis

Los tumores de Brenner son adenofibromas infrecuentes en los que el componente epitelial consiste en nidos de células transicionales similares a las que revisten la vejiga.

También pueden contener microquistes o espacios glandulares revestidos por células cilíndricas revestidas de moco. Ocasionalmente pueden asociarse a cistoadenomas mucinosos(10).

❖ Anatomía Patológica

Macroscópicamente, pueden ser sólidas o quísticas, unilaterales en el 90 % de los casos y tamaño variable desde 1 a 30 cm.

Microscópicamente se caracteriza por la presencia de nidos epiteliales que se agrupan formando nódulos rodeados de tejido conjuntivo denso. Las células son poligonales y recuerdan el epitelio transicional, los núcleos tienen una hendidura por lo que asemejan a gránulos de café, pero rara vez muestran signos de hiperactividad.

Las formas borderline presentan un componente epitelial proliferante. Para el diagnóstico de formas malignas hay que constatar la coexistencia de zonas benignas y proliferantes en el mismo tumor(12,14).

3.4.1.2.TUMORES DE LOS CORDONES SEXUALES-ESTROMA (MESENQUIMA SEXUALMENTE DIFERENCIADO)

A)Tumores Del Grupo Tecoma-Fibroma

❖ Histogénesis

Representan el 4 % de los tumores ováricos se originan del estroma ovárico compuestos de fibroblastos (fibroma) o de células fusiformes más hinchadas con gotitas de lípidos (tecomas). Pare Stenberg y Gaskill derivan de una hiperplasia de los márgenes de los folículos(3).

❖ Anatomía Patológica

Macroscópicamente son unilaterales en el 90 % de los casos y suelen ser masas sólidas esféricas o ligeramente lobuladas, encapsuladas, duras, de color gris blanco, cubiertas por una serosa ovárica brillante e intacta (11,17).

Microscópicamente presentan fibroblastos bien diferenciados y un tejido conectivo colagénico entremezclado con las células, pueden identificarse zonas de diferenciación tecal.

B)Tumores Derivados De Las Células De Sertoli-Leydig

❖ Histogénesis

Su origen es desconocido, la teoría más aceptada apunta a que proceden directamente del estroma ovárico, es decir son tumores mesodermes mixtos que contienen derivados del epitelio celómico mulleriano y elementos testiculares. El 80 % producen virilización, hay casos no funcionantes y otros con manifestaciones estrogénicas.

La incidencia de recurrencia o metástasis es menos de 5 % (3).

❖ Anatomía Patológica

Macroscopicamente son masas sólidas similares a los tumores de la granulosa, la superficie del corte suele ser sólida y su color varía del gris al pardo amarillento (16,17).

Microscópicamente, puede haber una variedad tubular en la que predominan las células de Sertoli, que son células cúbicas o cilíndricas dispuestas en túbulos que recuerdan al testículo fetal y otra variedad en la que predominan las células de Leydig en las que pueden verse los cristales de Reinke (1).

3.4.1.3. TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES

Constituyen el 15-20 % de los tumores ováricos, la mayoría son teratomas quísticos benignos, pero el resto que se encuentran principalmente en niñas y en jóvenes, tiene una mayor incidencia de conducta maligna y plantean problemas en el diagnóstico histológico y en el tratamiento (1).

A) Teratoma

❖ Histogénesis

El origen ha sido materia de fascinación durante siglos, algunas creencias antiguas los hacían responsables de brujas o adulterio con el diablo. La teoría partenogenética actual sugiere un origen en una célula germinal meiótica. El cariotipo de todos los teratomas ováricos benignos es 46 XX. De los resultados de las técnicas de bandedo cromosómico y de la distribución de las variantes electroforéticas de enzimas en las células normales y el teratoma, Linder sugiere que los tumores se originan de un cigoto después de la primera división meiótica. Con frecuencia presentan tejido de las 3 hojas embrionarias.

❖ **Teratoma Quístico Benigno.**

Estas neoplasias derivan de la diferenciación ectodérmica de las células totipotenciales, suelen encontrarse en mujeres jóvenes durante los años reproductivos (20,21).

Son bilaterales en el 10-15 % de los casos. Suelen ser quistes uniloculares(22, 23) que contienen pelos y material sebáceo, al corte ponen de manifiesto una pared fina revestida de una epidermis opaca de color gris o blanco. Desde esta epidermis sobresalen tallos de pelos, y en el interior de la pared pueden encontrarse estructuras dentarias y áreas de calcificación. En raras ocasiones el teratoma es sólido.

Microscópicamente, la pared está compuesta de epitelio escamoso estratificado con glándulas sebáceas subyacentes, tallos de pelos y otras estructuras de los anejos cutáneos. Algunos quistes dermoides han incorporado en su pared un cistoadenoma mucinoso(24).

En un 1% de los casos pueden sufrir una transformación maligna de cualquiera de los elementos componentes (lo más frecuente es el carcinoma espinocelular).

3.4.2. QUISTES DE OVARIO

3.4.2.1. Quistes foliculares

Pueden derivar de un folículo preovulatorio (sin luteinización de la pared), de uno postovulatorio (con luteinización de la teca o granulosa) o de uno atrésico. El folículo al ovular alcanza normalmente 3 a 3,5 cm, por lo que los quistes foliculares sin luteinización son mayores de 3,5 cm y menores de 10 cm. Generalmente se trata de uno solo. Son de contenido líquido seroso, superficie interna lisa, pared delgada y constituida por granulosa y teca interna, con o sin luteinización, a veces la pared es hialina (quiste del folículo atrésico)(13,22).

El quiste folicular preovulatorio generalmente secreta estrógenos y se produce por sobreestimulación de hormona folículo estimulante. El quiste de granulosa luteínica secreta progesterona y frecuentemente se origina de folículos que no alcanzaron a romperse al ovular. El de teca luteínica secreta andrógenos, tiene luteinización predominantemente de la teca interna y se produce por sobreestimulación de hormona luteinizante (LH) o gonadotrofina coriónica (HCG), endógenas o exógenas. Los quistes del folículo atresico pueden secretar andrógenos.

Las complicaciones de estos quistes son la hemorragia intraquística y ruptura al peritoneo.

3.4.2.2. Quistes del cuerpo lúteo

El cuerpo lúteo normal mide 2 a 3 cm. Signo de ovulación es el festoneamiento de los contornos. El quiste es unilateral; la pared, amarilla, festoneada; el contenido, hemorrágico. Puede tratarse de:

- a) Cuerpo Lúteo Quístico: cuerpo lúteo mayor de 3 cm en que los fenómenos de organización de la hemorragia cursan normalmente.
- b) Quiste del Cuerpo Lúteo: cuerpo lúteo con gran hemorragia central que condiciona un retardo en su organización. Los contornos son festoneados, la pared interna tiene tejido fibroso maduro, pero al centro aún hay hemorragia con escasa organización.

Si se retarda la reabsorción de la hemorragia en la cavidad central después de la ovulación, aparece un contenido líquido rodeado por tenue capa conectiva (producto de la organización retardada) y, por fuera de ésta, una capa ondulada de granulosa luteinizada. La secreción mantenida de progesterona lleva a una descamación irregular y prolongada del endometrio, frecuentemente con fenómeno de Arias-Stella. La complicación de estos quistes es la hemorragia intraperitoneal(13).

3.4.2.3. Quistes endometrióticos

Pueden ser únicos o múltiples, contienen una papilla achocolatada. La pared tiene islotes de endometrio, hemosiderina, ceroides y tejido fibroso(6).

3.4.2.4. Quistes simples

Derivados de invaginaciones del epitelio superficial, se desprenden y profundizan en el ovario. Están tapizados por epitelio cuboideo, a veces con células cilíndricas ciliadas y células claras de tipo tubario. Hoy se considera que los quistes simples son pequeños, de menos de 1 cm y que de ellos derivarían los tumores epiteliales del ovario. Las formaciones de estructura similar y de más de 1 cm se catalogan de cistoadenomas serosos(9).

3.5. EPIDEMIOLOGIA

Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer(22).

Los tumores benignos de ovario representan el 75% del total de tumoraciones ováricas, apareciendo en una de cada 200 mujeres en edad fértil. Las tumoraciones anexiales benignas tienen una incidencia incierta. El intervalo de edad con mayor incidencia es entre 20 y 40 años, y son más frecuentes en nulíparas. Habitualmente son asintomáticos y su crecimiento es lento, por lo que suelen diagnosticarse tardíamente en forma de hallazgo casual durante el curso de una exploración ginecológica(13).

Se diagnostican en el 7% de las mujeres mayores de 45 años asintomáticas a las que se realiza una ecografía y representan la 4ª causa de ingreso hospitalario ginecológico. Se ha señalado que ingresará por esta causa 1 de cada 200 mujeres en edad fértil. Habrá 50 tumoraciones ováricas benignas por cada caso de cáncer ovárico. Son más

frecuentes en la edad fértil, disminuyendo a partir de los 45 años. En Inglaterra se ha observado una reducción de más de la mitad en los ingresos hospitalarios por tumores de ovario benignos en mujeres usuarias de ACO(18).

Todos los tumores benignos del ovario son más frecuentes en la edad reproductiva, sobre todo en la década de los 20 y 30 y suelen ser más frecuentes en nulíparas excepto los quistes funcionales cuya incidencia aumenta con el número de hijos y la edad. Sin embargo, en el 65% de las mujeres jóvenes operadas de quiste de ovario, el diagnóstico anatomopatológico será quiste funcional (8).

Los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido, pues si bien muchos de ellos son claramente benignos, otros en su evolución pueden malignizarse. Alrededor del 75-85% de los tumores de ovario son en principio benignos (10).

Aproximadamente 1 de cada 10 féminas lo tendrá a lo largo de la vida, la mayoría de las cuales requerirá de una evaluación quirúrgica (15).

Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, pero su evolución silente entorpece el diagnóstico temprano, lo que hace que en más de 60 % de los casos se diagnostique en etapa avanzada. Es más frecuente en países desarrollados que en vías de desarrollo (17).

3.6. CLINICA

La clínica depende de una serie de factores, como puede ser el tamaño tumoral, la localización, naturaleza histológica del tumor, el grado de extensión, si tiene función endocrina o la aparición de complicaciones (rotura, torsión, hemorragia...).

En general los síntomas en las neoplasias anexiales o no aparecen o son inespecíficos, salvo que aparezcan complicaciones. No existen síntomas que puedan orientarnos para el diagnóstico temprano (13).

Los síntomas pueden ser vagos y consistir en molestias pelvianas debido a la compresión. Los tumores más grandes sobrepasan la pelvis verdadera y puede provocar agrandamiento del abdomen con varices y edema de las extremidades inferiores.

La mayor parte de los tumores ováricos son asintomáticos hasta que aumentan de tamaño o comprometen las estructuras o los órganos vecinos.

Cuando se presentan complicaciones, se manifiestan con una sintomatología más expresiva.

Los más frecuentes son:

1. Torsión: en los tumores de mediano tamaño, es más frecuente en las primeras semanas de la gestación, en el puerperio. La torsión origina trastornos circulatorios que pueden conducir a éxtasis e incluso necrosis del tumor.

El síntoma cardinal es el dolor que puede tener carácter agudo o subagudo.

El dolor puede ceder espontáneamente cuando se corrige la torsión espontáneamente.

2. Rotura: es una complicación poco frecuente, el cuadro clínico que se produce depende del tipo de tumor y sobre todo de su contenido.

La rotura de un quiste dermoide o un endometrioma produce una sintomatología mucho más aparatosa que los cistoadenomas serosos o mucinosos. El cuadro se caracteriza por dolor más o menos agudo acompañado de náuseas, vómitos, en definitiva un cuadro de abdomen agudo. A veces el cuadro es totalmente asintomático.

El derrame del contenido quístico en la cavidad peritoneal en los casos de cistoadenomas mucinosos, pueden implantarse las células en el peritoneo y originar pseudomixoma peritoneal, originado por la constante producción de mucoides.

El paso de tejido glial procedente de un teratoma a la cavidad puede originar la gliomatosis peritoneal y el paso de sebo y queratina puede dar lugar al óleogranuloma.

3. Hemorragia: Cuando se rompe un quiste puede originarse una hemorragia peritoneal más o menos intensa según el calibre del vaso desgarrado. Otras veces la hemorragia se produce en el interior del quiste por rotura de alguno de sus vasos permaneciendo intacta su pared.

Este accidente va acompañado de dolor más o menos intenso.

Habitualmente el cuadro cede espontáneamente y solo persiste una fiebre moderada durante un tiempo.

4. Infección: Es una complicación poco frecuente que puede asociarse a la torsión, es más frecuente en los quistes dermoides y en los endometriomas. En los teratomas, el estruma ovárico puede dar signos de tirotoxicosis por la producción de hormonas tiroideas (8).

Entre los datos clínicos de sospecha figuran: crecimiento lento del abdomen, síntomas compresivos, dolor abdominal agudo o subagudo, sobre todo cuando se complican por torsión (frecuente en los benignos), rotura, hemorragia o infección, rara vez datos indirectos de actividad especial endocrina o metabólica, tales como: pubertad precoz, hemorragia uterina disfuncional, amenorrea, hirsutismo, tirotoxicosis, síndrome de Cushing, galactorrea, policitemia, hipoglucemia e hipercalcemia, por citar algunos.

Por lo general, los síntomas que más refieren las pacientes incluyen cierto malestar abdominal, seguido de distensión abdominal, a causa de la presencia de ascitis o una masa tumoral que paulatinamente aumenta de tamaño, así como también síntomas gastrointestinales (como náuseas, dispepsias, saciedad precoz y constipación); los urinarios son menos frecuentes, al igual que la metrorragia. Estos síntomas tardíos ocurren con más frecuencia en mujeres premenopáusicas (6,9).

Es difícil de diagnosticar en etapas tempranas, pues las manifestaciones clínicas son escasas y fácilmente se confunden con las de otras afecciones, además, no es fácil crear un sistema de detección precoz (12).

FRECUENCIA DE LOS TUMORES OVARICOS PRIMITIVOS(26)

•Lesiones benignas(75%)

Porcentaje

Quistedermoide	50-60%
Cistoadenomaseroso	20-30%
Cistoadenoma mucinoso	10-15%
Tumores del grupo fibrotercal	2-5%
Tumores de Brenner	1%

•Malignas (25% de las cuales son limítrofes)

Cistoadenocarcinomaseroso y limítrofe	35-50%
Cistoadenocarcinoma mucinoso y limítrofe	10-20%
Carcinoma endometrial	10-30%
Cistoadenocarcinoma indiferenciado	5-15%
Tumor de células claras	4-6%
Carcinoma de células germinales	1-7%
Tumores de los cordones sexuales	2-7%

3.7.DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO

En el diagnóstico imagenológico es indispensable la ecografía tanto por vía transabdominal como transvaginal. La primera de estas no es lo suficientemente específica para ser útil como una técnica de tamizaje; la segunda es una alternativa más específica para un programa de detección selectiva del cáncer de ovario y no se necesita preparar a la paciente(1). **DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO**

En los últimos años, la ecografía vaginal se ha utilizado frecuentemente para la caracterización de los tumores con la esperanza de que la técnica pudiera usarse para el diagnóstico de las tumoraciones ováricas, dado que el 90% de los tumores ováricos son benignos y, aproximadamente el 80% son quísticos, se convierten en un órgano ideal para la identificación ecográfica, por ello se ha tratado de establecer numerosos criterios ecográficos de benignidad y malignidad(27).

Para valorar ecográficamente los ovarios debemos conocer sus características normales:

- **Tamaño:** miden aproximadamente 3-4 x 2 x 1,5 cm.
- **Volumen** = $\pi / 6 (0,52) \times \text{largo} \times \text{ancho} \times \text{alto}$. El volumen normal será de 18 cm³.
- **Morfología:** es una formación ovoidea, de contorno liso y ecogenicidad algo menor que el útero, con folículos menores de 3 cm.

Se han propuesto diversas clasificaciones para distinguir entre tumores benignos y malignos. Las más utilizadas tienen en cuenta 4 factores:

- Estructura de la pared interna (1-4).
- Grosor de la pared (1-3).
- Grosor de los tabiques (1-3).
- Ecogenicidad (1-5).

Si la puntuación es mayor de 9 estamos ante un cáncer. Con esta clasificación obtenemos un 100% de sensibilidad, 83% de especificidad, 37% de valor predictivo positivo y 100% de valor predictivo negativo.

Con este método se dividen las tumoraciones en:

- *Uniloculares*. Completamente econegativas. Solamente el 0,3–0,9% de ellas serán malignas.
- *Uniloculares sólidas*. Con papilas o zonas sólidas pero sin tabiques. El 2% serán malignas.
- *Multiloculares*. Con tabiques. El 16% serán malignas.
- *Multiloculares sólidas*. Con tabiques, zonas sólidas y papilas. El 73% serán malignas.
- *Sólidas*. Si mayor de 80% de su superficie es sólida. El 40% serán malignas.

Con la ecografía transvaginal, el aspecto ecográfico y el macroscópico se corresponden en el 96% de los casos.

CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DE ALGUNOS TUMORES

Cuerpo lúteo

- Esférico.
- Contorno irregular.
- Disminuye de tamaño y desaparece en exploraciones seriadas.

Quiste funcional

- Solitario.

- Pared delgada.
- Anecoico.
- <7-8 cm.
- Disminuye en exploraciones seriadas.

Quiste dermoide

- Estructura compleja. Ecogenicidad mayor que líquido pero menor que sólido. Contorno liso.
- Puede tener sombras acústicas por pelos, dientes, etc...

Cistoadenomadenoma seroso

- Anecoico.
- Uni o multilocular.

Cistoadenomadenoma mucinoso

- Ecogenicidad mayor que líquido.
- Aspecto de tener varias capas.

Fibroma ovárico

- Completamente sólido.

La ventaja principal que posee la vía transvaginal es mejorar el detalle de las imágenes en comparación con la vía abdominal (21).

Además actúa de guía para otros procedimientos (punción- aspiración, biopsias dirigidas), permite el seguimiento de procesos tumorales ováricos benignos (quistes foliculares o del cuerpo lúteo, endometriomas) y es el recurso de diagnóstico más importante para determinar si la paciente necesita una laparoscopia (25).

Se define que un tumor tiene baja sospecha de malignidad cuando presenta bordes regulares, límites precisos, contenido total o predominantemente sonoluscente, ausencia de tabiques o tabiques finos (menores de 3 mm) y de excrecencias en la pared interna o en los tabiques, si estos existen (2).

En la medida que la morfología de la imagen se aleja de estos parámetros la probabilidad de malignidad aumenta, se caracteriza por presentar áreas marcadamente ecorrefringentes e irregulares, tabiques gruesos (más de 3mm) con excrecencias, pared interna irregular, así como límites imprecisos y de gran tamaño(4).

3.8. INTERRELACIÓN ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICA

El imagenólogo debe tener presente que existen principios inviolables cuando aborda el estudio de una lesión del ovario: no se puede diferenciar por los métodos imagenológicos entre un tumor benigno o maligno, solo sobre la base de su naturaleza quística o sólida; no existen criterios absolutos por imágenes para diferenciar entre una masa benigna y otra maligna. Aunque a veces existe concordancia entre el aspecto ecográfico y la variedad del tumor, la última palabra la tiene el estudio citohistológico(4).

Los tumores epiteliales benignos, casi siempre son serosos o mucinosos y se diagnostican por lo general entre los 20 y 60 años. Frecuentemente son de gran tamaño, pues alcanzan los 15 cm y hasta 30 o más. Los tumores serosos benignos son típicamente quísticos y se denominan cistoadenomas (12).

Desde el punto de vista ecográfico, los cistoadenomas serosos benignos se caracterizan por ser tumores quísticos, uniloculares o multiloculares, redondeados u ovales, de contornos regulares, con paredes y tabiques finos sin vegetaciones en su interior. Su contenido es anecoico o finamente ecogénico, difícil de diferenciar de un quiste folicular cuando son de pequeño tamaño. En ambas formas de presentación la

ecografía en tercera dimensión (3D) es útil para explorar la pared interna, así como los tabiques. Para el diagnóstico diferencial con la variedad maligna es importante la utilización del Doppler, al no reconocer vascularización patológica en los tabiques (21).

Con referencia a los tumores mucinosos, la mayoría son benignos (80 %). Los tumores limítrofes representan el 10 % y los adenocarcinomas entre 10 y 15 % de los tumores malignos del ovario; aproximadamente 10 % son bilaterales(25).

Los tumores mucinosos, dado su gran tamaño, pueden llenar la pelvis y extenderse en el abdomen. Los benignos, casi siempre son multiloculares con tabiques y paredes finas, sin vegetaciones.

Ecográficamente se puede presentar en 3 formas: quística unilocular, con un contenido líquido finamente ecogénico; multilocular (variedad más frecuente), con aspecto de panal de abejas y, por último, la forma anárquica, de aspecto mixto, con tabiques numerosos, entremezclados con áreas gelatinosas y hemorrágicas, parecidos a una lesión sólida. La ecografía 3D y el Doppler son de gran utilidad para diferenciar la variedad benigna de la maligna(21).

Existen criterios ecográficos generales de las lesiones epiteliales: intrínsecos, locorregionales y a distancia. Los primeros se aplican en las lesiones serosas y mucinosas. Ocupa una función predominante la mayor o menor complejidad de la estructura interna del quiste, como pueden ser: vegetaciones, tabiques, ecogenicidad de su contenido, entre otros; los segundos, se aplican a ambas variedades y en ellas se valora la existencia o no de adherencias entre el intestino, el peritoneo y el tumor. También hay que valorar el contorno del tumor, su relación con las vísceras vecinas y su grado de movilidad; en cuanto a los terceros, se debe valorar la presencia o no de ascitis, que no siempre es sinónimo de malignidad. Deben investigarse los riñones, el hígado y el peritoneo, sobre todo la región diafragmática y el saco de Douglas, para descartar la existencia de ganglios metastáticos(1, 2, 4).

De los tumores de células germinales del ovario, el quiste dermoide es el más frecuente, representa la tercera parte de los tumores ováricos, es generalmente benigno y se aparece, en mayor proporción, en mujeres jóvenes (16, 24).

Los tumores estromales de los cordones sexuales constituyen un grupo heterogéneo raro que surge a partir de los componentes no germinativos gonadales, como la granulosa, las células de Sertoli y las células de Leydig. Actualmente, al mejorar las técnicas inmunohistoquímicas y anatomopatológicas, el diagnóstico se realiza más temprano; sin embargo, no se ha logrado una estrategia terapéutica temprana eficaz.

En estos casos, la función del patólogo es vital, pues informará al clínico sobre el tipo histológico y de la benignidad o malignidad del tumor o de las posibles metástasis (epiplón, ganglios, adherencias, citología y diafragma, por citar algunos). Un importante problema es diferenciar entre tumores primitivos ováricos o metástasis de otros tumores, principalmente digestivos y mamarios. A veces el patólogo se basará en signos indirectos como bilateralidad, multinodulaciones, invasión de la superficie ovárica, invasión vascular y tipo histológico uniforme, entre otros; sin embargo, con frecuencia el diagnóstico debe ser clínico (12,19).

Sobre la base de las consideraciones anteriores, es importante analizar un aspecto absolutamente fundamental: todo tumor ovárico debe considerarse potencialmente maligno y con excepción de los tumores uniloculares, prácticamente benignos, deberá hacerse una biopsia intraoperatoria aún a sabiendas de las dificultades diagnósticas en cortes por congelación. En caso de ser maligna se realizará un estadiaje minucioso. No debe olvidarse nunca que un tumor aparentemente ovárico puede ser secundario y, por lo tanto, es necesario un estudio previo o incluso una búsqueda minuciosa durante la operación (23).

4.-ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

4.1.-EN EL AMBITO LOCAL

Al momento de realizar el estudio no se encontraron estudios similares.

4.2.- EN EL AMBITO NACIONAL

Título: Tumorción Anexial en Adolescentes.

Autor: Claudia Urbina, Ither Sandoval

Lugar de publicación, fecha: Rev Per Ginecol Obstet 2005; 51:15-18

Resumen:

OBJETIVO: Determinar las características de las tumoraciones anexiales en mujeres adolescentes.

DISEÑO: Estudio retrospectivo y descriptivo. **MATERIAL Y METODOS:** Se reviso las historias clínicas y los reportes de anatomía patológica de 27 adolescentes de 10 a 19 años de edad hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, entre julio de 1995 y julio 2001.

RESULTADOS: Los hallazgos mas frecuentes fueron cistadenoma seroso (40.7%), quiste dermoide (11.1%), cuerpo luteo (11.1%), disgerminoma(7.4%), cistadenoma mucinoso (3.7%).

CONCLUSION: La patología tumoral ovárica benigna (23 casos, 85%) es más frecuente que la maligna (4 casos, 15%) en adolescentes. La presentación de la patología tumoral ovárica de la adolescente de nuestro medio es similar a los publicado en el Perú y en el extranjero.

PALABRA CLAVE: Adolescentes, Tumor ovárico, Anatomía patológica.

4.3.-EN EL AMBITO INTERNACIONAL

Título: Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario

Autor: Aida de la Caridad Álvarez Sánchez

Lugar de publicación, fecha: Hospital Clínico Quirúrgico "10 de Octubre". La Habana, Cuba.

OBJETIVOS: Demostrar el valor del ultrasonido en el diagnóstico de los tumores de ovario, describir desde el punto de vista sonográfico las características de las masas ováricas de acuerdo con su estructura y tamaño. Identificar su probable naturaleza benigna, maligna o dudosa, por la descripción sonográfica. Analizar cómo se comporta la frecuencia de las distintas variedades histopatológicas. **MÉTODOS:** Se revisaron las historias clínicas del archivo del Hospital "Clínico Quirúrgico 10 de Octubre", en los últimos 5 años, de todas aquellas pacientes que habían sido operadas por tener un diagnóstico clínico-ultrasonográfico de una masa anexial y el resultado histopatológico fue un tumor de ovario. **RESULTADOS:** Los tumores malignos se observaron con mayor frecuencia en edades por encima de 60 años. Hubo una alta correlación de pacientes con quistes simples y quistes con tabiques finos y ecos e informe anatomopatológico benigno. **CONCLUSIONES:** La presentación ultrasonográfica de los tumores malignos más frecuentemente encontrada fue la compleja a predominio ecolúcido y la compleja a predominio ecogénico. La mayoría de los tumores malignos tuvieron diámetro mayor de 10 cm. En la serie de los tumores benignos la variedad histológica más frecuente fue el cistoadenoma seroso y en la de los malignos el cistoadenocarcinoma seroso. El ultrasonido presentó una alta sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo.

Título: Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico.

Autor: MsC. Laura María Pons Porrata, MsC. Odalis García Gómez, Dra. Acelia Salmon Cruzata, MsC. Meydis María Macías Navarro I y MsC. Carlos M. Guerrero Fernández

Lugar de publicación, fecha: Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, Santiago de Cuba y Hospital Ginecoobstétrico Docente “Tamara Bunke Bider”, Santiago de Cuba, Cuba.

Resumen: La ecografía ha adquirido gran importancia en el diagnóstico de los tumores ováricos, de manera que resulta de gran utilidad en la práctica ginecológica. Se realizó una revisión de la bibliografía biomédica acerca de la patogenia, el cuadro clínico y el diagnóstico ecográfico e histopatológico de dichos tumores, con vistas a crear un importante material de consulta acerca de esta enfermedad, cuyo descubrimiento en etapas tempranas es vital para las pacientes.

Título: Análisis ecográfico de las masas ováricas

Autor: Analía Cellerino, Laura Feiguelman, Mariángeles Gómez, Natalio Dulitzky, Agustina Zimmerman, Diego Sáez

Lugar de publicación, fecha: Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, Santiago de Cuba y Hospital Ginecoobstétrico Docente “Tamara Bunke Bider”, Santiago de Cuba, Cuba.

Resumen: Propósito: Demostrar la utilidad de los diferentes puntajes (scores) propuestos por la literatura y aplicados a los hallazgos de la ecografía Doppler transvaginal (TV) para la caracterización de las masas ováricas. Material y métodos: Entre enero de 2003 y diciembre de 2005 fueron estudiadas 2308 pacientes con

ecografía transvaginal (TV), de las cuales 144 presentaron masas ováricas; a las mismas se les efectuó Doppler TV. Los hallazgos fueron analizados retrospectivamente utilizando el índice morfológico (IM) de De Priest, el Scoring System de Alcazar y el estudio morfológico de las masas sumados a los hallazgos Doppler. Se tomó como valor sugestivo de malignidad un IM ³ de 5. Se consideraron como valor de corte para los parámetros Doppler un IR menor de 0,45 y una velocidad ³ de 10cm/seg. Resultados: De la aplicación de los diferentes scores surge que la combinación del análisis morfológico y espectral muestra una sensibilidad (S) del 86%, una especificidad (E) del 89%, un valor predictivo positivo (VPP) de 0,46 y un valor predictivo negativo (VPN) de 0,98. Al evaluar el score de De Priest obtuvimos una S del 89%, una E del 73%, un VPP de 0,46 y un VPN de 0,96. En el score propuesto por Alcazar, la S fue del 75%, la E del 84%, el VPP de 0,21 y VPN de 0,98. Los diferentes score mostraron una tasa de falsos positivos que fluctuó entre el 11 y el 37%. Conclusión: La predicción del comportamiento biológico de las masas ováricas por ecografía Doppler TV presenta una alta sensibilidad con un elevado VPN para las lesiones malignas, siendo la especificidad moderada con un escaso VPP. Por ello, un resultado negativo es altamente confiable para benignidad, mientras que un resultado positivo debe interpretarse con cautela ante la eventual resolución quirúrgica.

5. OBJETIVOS.

- 5.1 .Determinar las características clínicas de las pacientes con patología ovárica benigna en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara. Arequipa 2008-2012.

- 5.2 .Establecer las características ultrasonográficas de la patología ovárica benigna en las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara. Arequipa 2008-2012.
- 5.3 .Identificar los hallazgos histopatológicos de la patología ovárica benigna en las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara. Arequipa 2008-2012.
- 5.4 .Relacionar las características clínicas, histopatológicas y ultrasonográficas de la patología ovárica benigna en las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara. Arequipa 2008-2012.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN:

- **Técnica** : Observación documental

Se realizara la búsqueda en el libro de ingresos de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecologia del Hospital III Yanahuara con el diagnostico de patología benigna ovárica y se extraerá los números de historias clínicas para su posterior investigación en los archivos del departamento de estadística y la correspondiente recolección de datos en fichas preestablecidas.

- **Instrumento** : ficha de recolección de datos (anexo 1), la cual es una cédula para obtener los datos elaborada por la autora.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito de investigación

Nuestro estudio se llevará a cabo en el servicio de ginecología del Hospital III Yanahuara.

2.1.1. Ubicación espacial: en el del Hospital III Yanahuara. Ciudad de Arequipa. Capital del departamento de Arequipa, país Perú.

2.1.2. Ubicación Temporal: Retrospectivo (unipoblacional), la investigación se realizara entre enero del 2008 a diciembre del 2012

2.2. Universo o población: Está constituido por las pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara con el diagnostico de **patología benigna ovarica**, durante el periodo del 2008-2012

2.3. Muestra

La población sujeta de estudio estará conformada por todas las pacientes registradas como hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara con el diagnostico de **PATOLOGÍA OVÁRICA**, durante el periodo del 2008-2012; que tendrán los siguientes criterios de elegibilidad.

2.4. Criterios de inclusión

2.4.3. Pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital III Yanahuara Arequipa entre los años 2008-2012 con el diagnóstico de patología ovárica benigna

2.4.4. Historias clínicas de pacientes hospitalizadas con patología benigna ovárica que contengan un estudio ecográfico e informe anatomopatológico.

2.5. Criterios de exclusión

2.5.1. Historias clínicas incompletas

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1. Organización

Se procederá a solicitar el permiso correspondiente en la Dirección General del Hospital III Yanahuara para el acceso a las historias clínicas del servicio de Ginecología. Se solicitará al personal de estadística los números de historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de patología ovárica. Se solicitará al personal de archivo la ubicación física de las historias clínicas.

Posteriormente se registrará la información de las historias clínicas en la Ficha de recolección de datos (Anexo 1)

Finalmente los datos recolectados serán procesados y analizado para la elaboración del informe final, mediante el uso del programa Microsoft Office Excel 2010, y del programa estadístico SPSS 19 para Windows

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos:

3.2.1.1. Investigador: Giuliana Shirley Manchego Bautista

3.2.1.2. Medico asesor especialista en Ginecología

3.2.2. Material:

3.2.2.1. Material de escritorio, material bibliográfico, Internet.

3.2.2.2. Ficha de recolección de datos

3.2.2.3. Financiamiento: autofinanciado.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de resultados

Se empleara estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas. Las variables numéricas se expresaran como medidas de tendencia central (promedio, mediana) y medidas de dispersión (rango, estándar).

La asociación de variables categóricas entre grupos se realizara con la prueba Chi cuadrado de Pearson; la asociación de variables numéricas entre grupos independientes se realizara mediante análisis de varianza (ANOVA) de una via con un nivel de confianza del 95 % o α 0.05.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO
	2013	2013	2013
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Búsqueda de Información	X X		
Elaboración del Proyecto	X		
Presentación del Proyecto	X		
Aprobación del proyecto	X		
Recolección de Datos		X X X	
Análisis e Interpretación		X	
Elaboración de Informe Final			X

Fecha de inicio de la investigación: 02 de enero del 2013

Fecha de finalización de la investigación: 08 de marzo del 2013

V.BIBLIOGRAFÍA

29. Álvarez Sánchez AC. Correlación ultrasonográfica e histopatológica de los tumores de ovario. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2010
30. Brun JL, L. Touze , Leng J. Medical and surgical treatment of functional ovarian cysts. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2001 Nov;30(1 Suppl):S41-52.
31. Chen L, Berek J. Epithelial ovarian cancer: Pathology. Ed. UpToDate 2011.
32. García Frutos A, Huertas MA, Uguet C, Romo A, Pérez Ávila I, Bajo JM. Sistematización de planos de la pelvis con sonda vaginal. Anatomía ecográfica. En: Bajo Arenas JM. Ultrasonografía ginecológica. Madrid: Editorial Marban; 2005.
33. Guyton A.C., Hall J.H.: Tratado de fisiología médica, 11th ed. Madrid, Elsevier España, S.A., 2006.
34. Hartge P, Hayes R, Reding D, et al. Complex ovarian cysts in postmenopausal women are not associated with ovarian cancer risk factors: preliminary data from the prostate, lung, colon, and ovarian cancer screening trial. Am J Obstet Gynecol 2000; 183:1232.
35. H. Hollinshead, Anatomía Humana, edición revisada, Argentina , La Medica, S. R. L. 1989
36. J. Martínez Salmeán. Juan José Escribano Tórtola. Patología Orgánica Del Ovario. Capítulo 11
37. Jiménez Hernández Y. Cáncer de ovario. Prevalencia, diagnóstico y tratamiento. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2258/1/Cancer-de-ovario-Prevalencia-diagnostico-y-tratamiento.html>

38. Kavanagh JJ. Ovarian and fallopian tube cancer. Massachusset: Blackwel Science Malden; 2003.
39. Kurman R. Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. 5^a Ed. Springer-Verlag New York 2002.
40. L. M. Pons Porrata, O. García, A. Salmon, M. Navarro, C. Guerrero. Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. MEDISAN 2012; 16(6): 920
41. L. Aibar Villán, VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA DE UNA MASA ANEXIAL, Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. 2009
42. Lee K, Tavassoli FA, Prat J, et al. Surface epithelial-stromal tumours. WHO Classification of Tumours (Blue Books). III. Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs. Edited by F.A. Tavassoli and M.R. Stratton. IARC Lyon 2003
43. López Martín JE, Rodríguez Rodríguez R, Corteguera Fonte ME, López Martín LG. Cistoadenoma seroso del ovario. A propósito de dos casos. Revista de Ciencias Médicas de La Habana. 2007
44. Moore K. L., Persaud T.V.N.: Embriología clínica, 7th ed. Madrid, Elsevier España, S.A., 2007.
45. Moreno Antunes A, Haliberto Armenteros B, Morán Piñero R, Anderson Crowwel Ch. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario en el Hospital "Vladimir Ilich Lenin". Correo Científico Médico de Holguín. 2008
46. Novak ER, Jones G., Jokes HW. Tratado de Ginecología. Capítulo 22 Tumores Benignos de Ovario.
47. Parrilla M, López MV, Valls O. Atlas de ecocitopatología diagnóstica en las lesiones abdominales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 261-72

48. Pérez Echemendía M. Ginecología oncológica pelviana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 57-67. Sergente F, Verspyck E, Marpeu L. Management of an ovarian cyst during pregnancy. Presse Med 2003 Jun;32
49. Pérez Ramírez M, Fernández Fernández I, Mulet Matos E. Principales aplicaciones del Doppler color transvaginal. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1997
50. Quintana González JA, Godoy Rivero R. Quiste gigante de ovario. Presentación de un caso. Hospital Universitario De La Paz Puerto Príncipe, Haití, 2007. MEDICIEGO.2008
51. Rodríguez Reigosa JE, Guerrero García LP, Esperón Noa RP, Linchenat Lambert A, Silveira Pablos JM, Díaz Ortega I, et al. Cáncer de ovario en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba: 2001 a 2005. Rev Cubana Cir. 2009
52. Santiesteban S. Tumores de ovario. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p. 313-17
53. Stratton. IARC Lyon 2003Marret H. Doppler ultrasonography in the diagnosis cysts: indications, pertinence and diagnostic criteria. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2001 Nov; 30(1 Suppl):S20-33
54. Tavassoli FA, Money E, Gersell DJ. Et al. Sex cord-stromal tumours. WHO Classification of Tumours (Blue Books). III. Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs. Edited by F.A. Tavassoli and M.R.
55. Martinez Salmeán J., Escribano Tortola J.(2010) Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia Cap 11. Pag 359-369

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº FICHA:_____ Nº DE HISTORIA CLINICA:_____ AÑO DE HOSP.:_____

Edad del paciente	< 40 años () 41 a 50 años () 51 a 60 años () > 60 años ()
Historia familiar	Presente () Ausente ()
Edad a la Menarquia	< 10 años () 10 y 12 años () 13 y 15 años () > 15 años ()
Paridad	Nuliparidad () Primiparidad () Multiparidad () Gran multiparidad ()
Edad a la Menopausia	Ausente () < 40 años () 41 a 50 años () 51 a 60 años () > 60 años ()
Presentación clínica	Asintomática () Dolor pélvico () Sínt. Gastrointestinales () Aumento per. abdominal () Síntomas urinarios () Infertilidad () Metrorragia () Otros ()
Hallazgos ecográficos	<i>Ubicación</i> Ovario Derecho () Ovario Izquierdo () Tamaño de la masa () <i>Aspecto del tumor</i> Solido () Quístico () Mixto () <i>Contorno Externo</i> Bordes finos y definidos() Bordes gruesos e irregulares () <i>Septos o papilas</i> Ausentes () Gruesos () Irregulares () Nodulaciones ()
Hallazgo Histopatológico	Cistoadenoma seroso () CistoadenomaMucinoso()

	Tecoma	()
	Androblastoma	()
	Brenner	()
	Teratoma	()
	Quiste anexial	()
	Otros	()

