

Prevalencia de la patología ovárica en el Instituto Materno Infantil 1960 — 1974

WILLIAM ONATRA H.*
ALVARO FONNEGRA M.**
RUBEN DARIO GUZMAN**
RICARDO ALVARADO P.***

INTRODUCCION

El ovario es una de las estructuras de la economía que cumple con una serie de funciones específicas y posee una compleja variedad de tejidos que dan origen a un sinnúmero de lesiones benignas y malignas. (1)

Como glándula endocrina juega un papel fundamental durante todo el ciclo vital de la mujer y como consecuencia de esto su patología causa trastornos y síntomas no sólo relacionados con él sino también con otros órganos sobre los que tiene efectos directos o indirectos;

(2) (4); en el campo ginecológico es una de las patologías que desconcierta a veces al clínico por varias causas:

- 1) Localización del ovario poco accesible dentro de la pelvis.
- 2) Producción de síntomas variables compatibles con cuadros abdominales agudos de etiología variada.
- 3) Producción de signos que pueden confundir al más experto especialista.
- 4) Dificultad de determinar con exactitud en algunos casos la malignidad o benignidad por medios clínicos o paraclínicos aún especializados como laparoscopia, ultrasonido, técnicas bioquímicas, radioinmunoensayo, etc.
- 5) Evolución y pronóstico inciertos por el comportamiento variable de algunas neoplasias malignas o benignas y/o por la tardanza del diagnóstico en casos que cursan relativamente silenciosos. (3) (5) (6) (7) (8) (9).

* Instructor Asistente, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional.

** Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad Nacional.

*** Profesor Asociado, Departamento de Patología Universidad Nacional.

Trabajo presentado en el XII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, diciembre 1977.

CASUÍSTICA:

Es interés de los autores en hacer una revisión de toda la patología ovárica durante un período de 14 años en el centro hospital San Juan de Dios — Instituto Materno Infantil de Bogotá.

Se revisaron un total de 50.338 protocolos quirúrgicos del Departamento de Patología del Hospital San Juan de Dios, desde enero de 1960 a febrero 10. de 1964 y del Instituto Materno Infantil, desde febrero del mismo año hasta febrero 10. de 1974 **Se seleccionaron 1.248 estudios anatomopatológicos del Ovario y se excluyeron los correspondientes a ovarios normales extraídos con fines terapéutico, cuñas, diferentes procesos inflamatorios y disgenesias gonadales. (Cuadro No. 1 y Gráfico No. 1).

Se analizaron dichos protocolos desde el punto de vista edad de las pacientes, tipo histológico, y se hizo análisis estadístico de los mismos. No se pudo determinar el lado de la lesión pues no estaba consignado este dato en gran parte de los casos.

Como un segundo paso se tomaron las lesiones malignas y se analizaron conjuntamente con la Historia Clínica de las pacientes desde los puntos de vista de síntomas, tratamiento, pronóstico en períodos de tiempo variables entre 1 y 5 años, de acuerdo con el seguimiento que se pudo hacer de algunos de ellos.

CLASIFICACION:

Para seleccionar las lesiones, se revisaron las clasificaciones propuestas por la

** Nota: A partir de febrero de 1964 se trasladó el servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios al Instituto Materno Infantil, integrándose así el Departamento de Ginecología y Obstetricia y creándose una sección de Patología Gineco-Obstétrica.

Cuadro No. 1

PRESENTACION DE RESULTADOS

Año	Protocolos	Casos	Prevalencia
1960	5.468	81	1.48
1961	6.089	87	1.42
1962	6.727	51	0.75
1963	7.083	60	0.84
1964	982	32	3.25
1965	2.057	50	2.43
1966	2.899	117	4.03
1967	3.190	116	3.63
1968	2.544	119	4.67
1969	3.286	113	3.43
1970	2.980	122	4.09
1971	2.400	97	4.04
1972	2.633	129	4.89
1973	2.000	74	3.70
Total	50.338	1248	2.48

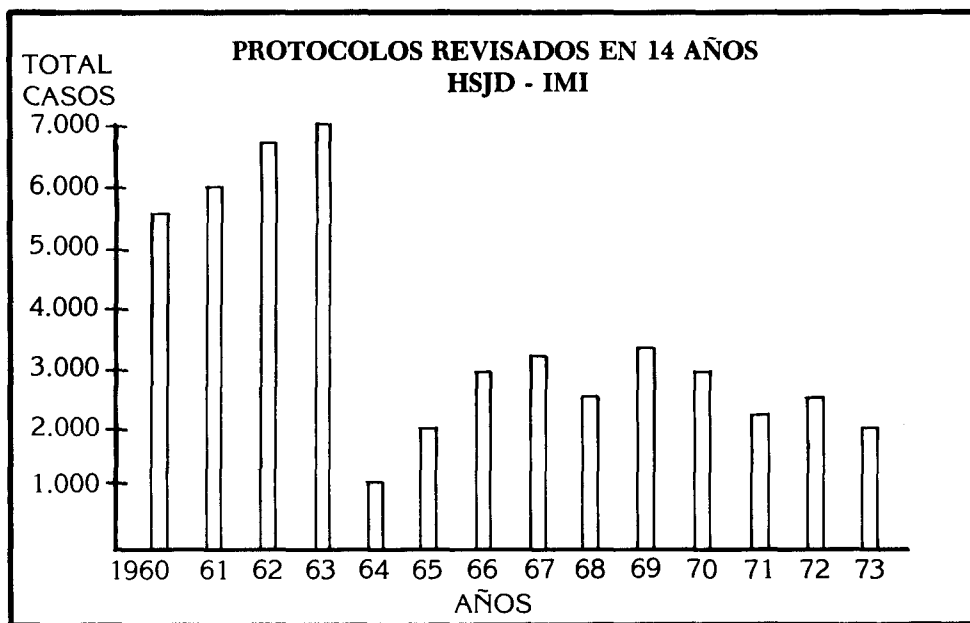
FIGO (1), Novack (10), Janovsky () Anderson (11) Herting (12) Robbins (13) Pelayo (14) Kaser (15), y decidimos utilizar la de Janovsky para las lesiones neoplásicas (Parte B) y la de Novack para las quísticas no neoplásicas (Parte A) como se ve en el cuadro siguiente:

A. No Neoplásicos:

- Q. Follicular
- Q. del C. Lúteo
- Q. Lúteo Quístico
- Ovarios Poliquísticos

B. Neoplásicos:

1. Derivados del Epitelio Celómico
 - Cistadenoma Ser Papilar-Car Ser. Papil.
 - Cistadenoma Seudo Mucinoso-Car. Seu. Mucin.
 - T. de Brenner
 - Q.Simple



2. Deriv. de Origen Mesenquimal
No Diferenciados sexualmente

Fibromas - Fibrosarcoma

Leiomioma - Leiomiiosarcoma

3. De origen mesenquimal dife-
renciados sexualmente

Luteoma gravídico

Tecoma

Tumor de la teca granulosa

Arrenoblastoma

Q. teca-luteínicos

4. Originados en Cel. Germinales

Teratoma benigno - Teratocarci-
noma

Struma Ovarii - Disgerminoma
Coriocarcinoma

5. Restos mesonefricos

Adenoma mesonefrico

Cistadenofibroma

6. Tejido heterotópico

Restos adrenales

Feocromocitoma

C. Metastásicos:

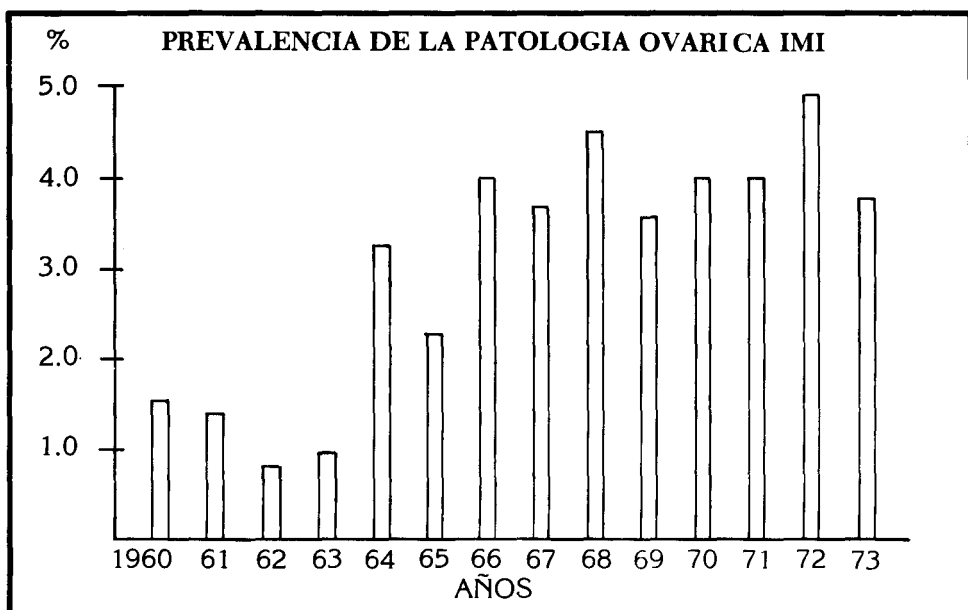
Seno, Utero, Estómago.

ANALISIS DE RESULTADOS

En el Gráfico No. 1 se analiza el número total de protocolos revisados en cada año y nótese que en los 4 primeros años el número de casos es el doble de los analizados en los últimos, explicable por haber sido tomados de un Hospital que incluye patología general, no exclusivamente ginecológica, como es el Hospital San Juan de Dios a diferen-

cia del IMI cuyo personal asistencial es casi exclusivamente ginecoobstétrico correspondiendo un pequeño porcentaje de atención perinatal.

En base a la anterior explicación vemos cómo en la Gráfica No. 2 el % de casos por año de Patología Ovárica, tiene una incidencia inversa en el período



PATOLOGIA OVARICA IMI

LESIONES	No. CASOS	%
No Neoplásicas	258	20.67
Neoplásicas Benignas	847	67.87
Neoplásicas Malignas	143	11.46
TOTAL	1.248	100.00

1964 y 1963. El promedio oscila entre 2.5 y 3.8%, cifra comparable a lo obtenido por otros autores. Vara (16) Selye (17) Nava (3) Robbins (13) y en desacuerdo con Goubert (34) que da cifras del 10%.

1. Que es un hospital de consulta de personas de condiciones socioeconómicas bajas.

Estos promedios pueden tener un significado relativo debido:

2. Que sería útil compararlos con otros Hospitales que funcionan en el área urbana y estos datos solo revelan una parte de la prevalencia en el I.M.I.

Para facilitar la presentación de la casuística hemos separado los datos en tres grandes grupos como se ve en el Cuadro No. 2 y vemos que la mayor parte de las lesiones ováricas son de carácter benigno (88.54) y que solo el 11.46 son malignas, cifras comparables a las de otros autores.

Cuadro No. 2

PATOLOGIA OVARICA IMI

Lesiones	No. Casos	%
No Neoplásicas	258	20.67
Neoplásicas Benignas	847	67.87
Neoplásicas Malignas	143	11.46
Total	1248	100.00

Las Lesiones No Neoplásicas representadas por lesiones quísticas menores de 2.5 cm. del Folículo, del cuerpo amarillo y los ovarios poliquísticos (258 casos en total son responsables del 29.6% de nuestros casos y afectan grupos de

edad entre 3a. y 4a. década de la vida (Cuadro No. 3).

La patología de tipo neoplásica (990 casos en total) es en su mayor parte de características benignas (847 casos); en los cuadros Nos. 4 y 5 se pueden observar los diferentes tipos histológicos, la frecuencia en relación a los 1248 casos estudiados y el promedio de edad para cada uno de ellos.

Ocupan el primer lugar para tumores benignos el teratoma (21.55%), quiste simple y el cistadenoma seroso papilar 16%, cifra que discrepa con otros autores como Novack (10) que encuentra el cistadenoma pseudomucinoso más frecuente que el seroso papilar.

Para los tumores malignos ocupan el primer lugar el Ca. Seroso Papilar (5%), el Ca. Metastásico y Ca. Pseudomucinoso con un 2%, todas estas cifras están de acuerdo con las obtenidas en líneas generales por Vara (16) Schmitz (18) Hojnester (19) MacKorian (20) Morris (21) Bermington (22) Fernández (23) Benson (24) Stanley (32).

En los gráficos Nos. 6 y 7 encontramos los promedios de edad para los diferentes tumores. Entre los 20 y 24 años la Poliquistosis Ovárica, Arrenoblastoma y Disgerminoma. Entre los 30 — 34 años se encuentra la gama de tumores benignos. Por encima de 40 años se encuentran la mayor parte de los tumores

Cuadro No. 3

LESIONES NO NEOPLASICAS

Lesión	No. Casos	%	Promedio
C. Lúteo Quístico	135	10.82	32.88
Q. Folicular	110	8.81	30.02
Ovarios Poliquísticos	13	1.04	24.65
	258	20.67	

Cuadro No. 4

NEOPLASIAS BENIGNAS

Neoplasia	No. Casos	%	Edad/Promedio
Teratoma	269	21.55	30.55
Q. Simple	202	16.19	30.87
Cist. Seropapilar	200	16.03	36.27
Cis. Seudomucinoso	74	5.93	31.26
Fibroma	59	4.73	39.44
Quiste Endometrial	31	2.48	32.93
Brener	6	0.48	48.33
Teca Luteínicos	4	0.32	35.30
Struma Ovarii	2	0.16	33.50
Total	847	67.87	

malignos y funcionales. Estos datos no quieren decir que solamente estos tumores pertenecen a estas edades pues se sabe que en un amplio rango los tumores funcionantes benignos y malignos van desde los 15 meses hasta los 90 años Abel (25), Bottigliani, (26), James (27).

Es muy importante como complemento a esta revisión estadística que en el Diagnóstico Precoz de tumor de Ovario, contar hoy con el Radioinmunoanálisis para pruebas Hormonales en tumores funcionantes (26) y la respuesta inmunológica de tumores malignos y

Cuadro No. 5

NEOPLASIAS MALIGNAS

Neoplasias	No. de Casos	%	Edad/Promedio
Carcin. Seropapilar	60	4.80	43.92
Carcin. Metastásico	25	2.00	41.30
Carcin. Seudomucin.	20	1.60	40.67
Tecoma	13	1.04	47.40
Tumor de la Granulosa	10	0.80	47.00
Disgerminoma	8	0.64	24.75
Terato Carcinoma	5	0.40	34.50
Arrenoblastoma	1	0.09	21.00
Mesonefroma	1	0.09	50.00
Total	143	11.46	

Cuadro No. 6

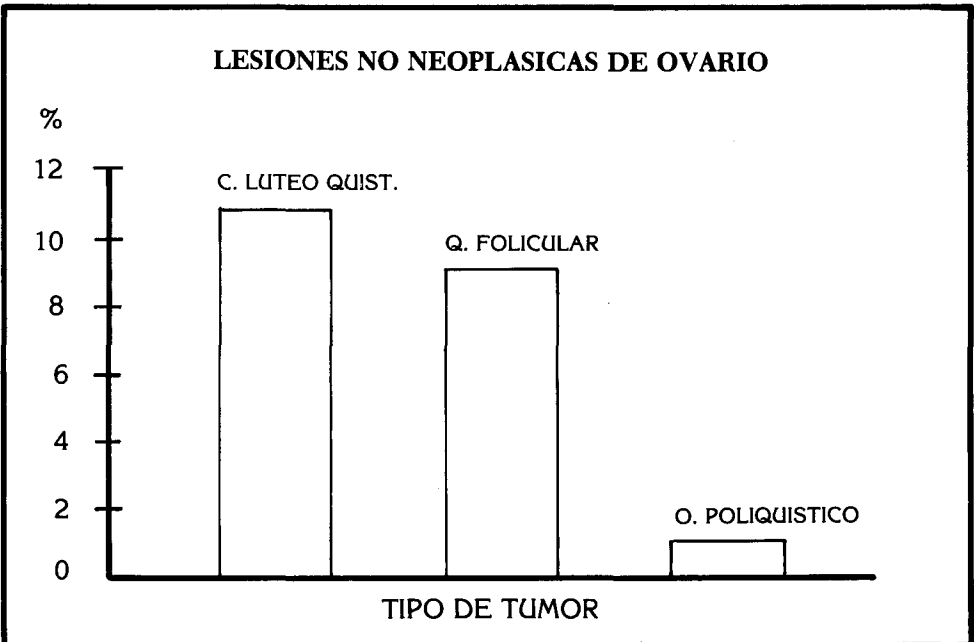
RELACION GRUPOS DE EDAD/NEOPLASIAS OVARICAS

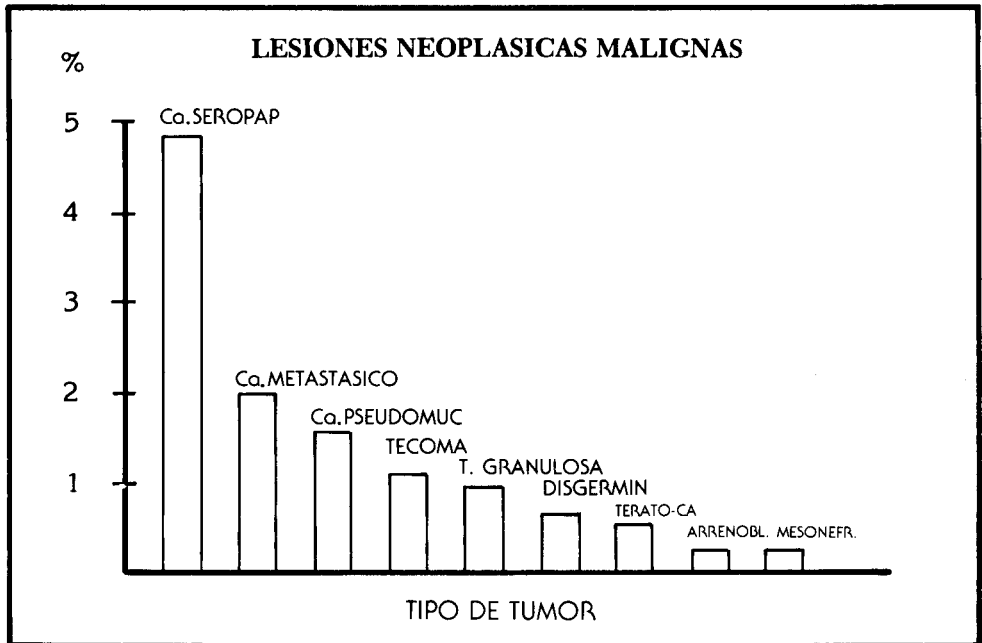
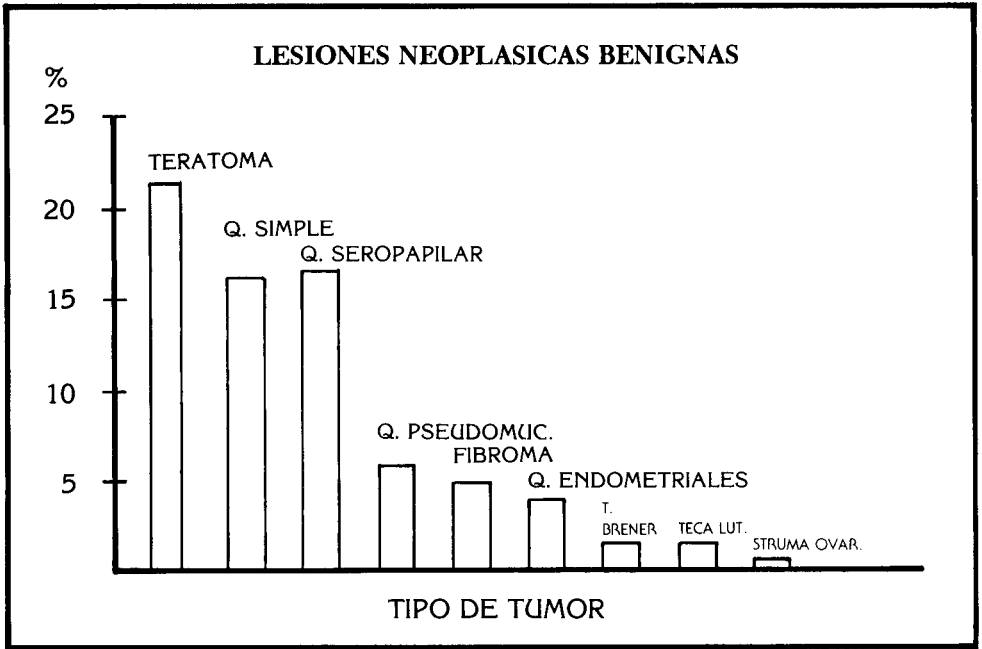
EDAD		
20—24	30—34	34—39
Arrenoblastoma	Teratoma	C. Ser.Papilar
O. Poliquísticos	Q. Folicular	Teratocarcinoma
Disgerminoma	Q. Seud. Mucino.	C. Lúteo. Quístico
	Endometrial	
	Struma Ovarii	

Cuadro No. 7

RELACION GRUPOS DE EDAD/NEOPLASIAS OVARICAS

EDAD		
40—44	45—49	50 y más
Fibroma	Tecoma	Mesonefroma
Ca. Ser. Papilar	T. Granulosa	
Ca. Seud. Mucinoso	T. Brener	
Ca. Metastásico		





**RELACION GRUPOS DE EDAD
NEOPLASIAS OVARICAS**

E D A D		
20 — 24	30 — 34	34 — 39
ARRENOBLASTOMA	TERATOMA	C. SER. PAPILAR
O. POLIQUISTICOS	Q. FOLICULAR	TERATOCARCINOMA
DISGERMINOMA	Q. SEUD. MUCINO	C. LUTEO QUISTICO
	Q. ENDOMETRIAL	
	STRUMA OVARII	

**RELACION GRUPOS DE EDAD
NEOPLASIAS OVARICAS**

E D A D		
40 — 44	45 — 49	50 Y MAS
FIBROMA	TECOMA	MESONEFROMA
CA. SER. PAPILAR	T. GRANULOSA	
CA. SEUD. MUCINOSO	T. BRENER	
CA. METASTASICO		

detectables en el laboratorio. González (28), Levi (29) Wordruff (30), Morris (30), Norris (21).

La Edad Ponderal: Cuadro No. 8, está de acuerdo con los datos generales para la Patología Ovárica, encontrándose un promedio de edad para Benignas 30 y 40 años y Malignos entre 40 y más años. Cabe anotar que este es un promedio general pues se sabe que la Patología

Maligna de Ovario oscila entre 40 y 80 años.

Cuadro No. 8

Promedio de Edad Ponderal:

No Neoplásicos:	31.24
Neoplásicos Benignos	32.97
Neoplásicos Malignos	42.01

Cuadro No. 9

Autor	Tumores Benignos	Tumores Malignos
Hojnester ()	62%	38%
Vara (16)	78.4%	21.6%
Schmitz (18)	72.4%	27.6%
Wordruff ()	87.7%	12.3%
Stanley (32)	86.20%	13.79%
Nava (3)	88.60%	11.40%
Murcia S. de O. (33)	80.30%	19.69%

RESUMEN

Se revisa la Casuística de Patología Tumoral Ovárica del I.M.I. durante 14 años.

Se observa la incidencia de los tumores Benignos y Malignos encontrándose

cifras comparables con otras estadísticas.

En un promedio de edad muy general se encuentra a los tumores Benignos por debajo de los 30 años y los malignos por encima de los 40 años.

REFERENCIAS

1. Janovski N, Paramanandhan I. **Ovarians Tumors** Philadelphia W. B. Saunders 1973.
2. Norris J.H. Charon I. **Functioning Tumors of the ovary** Clinic Obst & Gynec 17; 189, 1974.
3. Nava R.M. Sánchez M.C.M. Bravo J.S. García MM. **Tumores de la Gonada femenina** Ginec. Obstet. Me 35: 173, 1974.
4. Bagshawe K.D. Wilson H. Dublon P. Smith A. Baldwin M. Kardana A. **Folow-up after Hydatidiform Mole: Dudies Using Radioimmunoassay for Urinary Human Chorionic Gonadotropin (HCC).** J. Obstet & Gynaec. Brit. Comm. 80: 461, 1973.

5. Martin B.C. Murata Y. Rabin S.L.
Diagnostic Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: Experience on large Clinical Service
Obst. & Gynec. 41: 379, 1973.
6. McGowan, Davis H.R. Bunnag B.
Biochemical Diafnosis of Ovarian Cancer
Amm. J. Obst. & Gynec. 116: 760, 1973.
7. Peterson, B.P. Behrman S.J.
Laparoscopic Tuval Sterilization
Am. J. Obst. & Gynec. 110: 24, 1971.
8. Kjellgren O. Angstrom T. Bergman F. Wiklund D.B.
Fine-Needle Aspiration Biopsy in Diafnosis and Classification of Ovarian Carcinoma
Cancer 28: 967, 1971.
9. Honer M.
Two cases of Carcinomatous Degenaretion of Ovarian Dermoid Cystoma
Zentralbl. Gynak 93: 727, 1971.
10. Novak B.R. Woodruff J.D.
Gynecologic and Obstetrical Pathology 7th Ed.
Philadelphia W.B. Saunders Co. 1970.
11. Anderson W.A.D.
Pathology 6th Ed.
The C.V. Mosby Company 1971.
12. Herting A.T. Gore H.
Tumors of the female sex organs Part 3: Tumors of the Ovary and Fallopian Tube
Armed Forces Institute of Pathology Washington D.C. 1961.
13. Robbins S.L.
Patología Estructural y Funcional
Nueva Editorial Interamericana 1975.
14. Pelayo C. Arias Stella J. Pérez R.T. Carbonell L.
Textos de Patología
La Prensa Médica Mexicana, 1970.
15. Kaser O.V. Priedberg Ober K.G. Thomsen K. Zander J.
Ginecología y Obstetricia, Parte III
Salvat Editores S.A., 1974.
16. Vara P. Pankama P.
Tumors of Ovary
Act Obst & Gynec Scand. 26: Supp 4, 1946.
17. Selye H.
Enciclopedia of Endocrinology Section IV Ovary VoII VII
Richardson, Bond and Wright Montreal 1946.
18. Schimtz HE, Isaacs J.II
Tumors of Ovary
Postgrad. Med 18: 127, 1955.
19. Hofmestar F.J. Gorthay R.L.
Problems of Ovarian Tumors
Postgrad. Med. 20: 393, 1956.
20. Makarian O.G.Jr. Dockerty B.M.
Functioning tumors of Ovary in Woman under 40
Obst & Gynec 26: 669, 1965.
21. Morris H.J. Charlton I.
Functioning tumors of the Ovary
Clinical Obst & Gynec. 17: 189, 1974.
22. Bennington J.L. Berguson B. Huber S.L.
Incidence and Relative frecueny of benign and malignant ovarian neoplasms
Obst. & Gynec. 32: 667, 1968.
23. Fernández B. M.A., Ortega G.L., Santamaría
Conclusiones sobre 1.117 diagnósticos Histopatológicos del Hospital San Ignacio, Bogotá
Rev. Col. Obst. & Gynec. 14: 333, 1963.
24. Benson C.R.
Handbook of Obstetrics & Gynecology
Lange Medical Publication, 1973.
25. Abel R.M. Johnson J.J. Holtz F.
Ovarian Neoplasma in Childhood and Adolescence
Am. J. Obst & Gynec 92: 1059, 1965.
26. Bettiglioni F.
Thecal Cell Ovarian Tumors
Riv Ostet e Gine 15: 425, 1970.
27. James P.T. Dockerty B.M.
Ovarian and Paraovarian tumorss in Infants and Children
Am. J. Obst & Gynec. 97: 1059, 1967.
28. González J.M. Iglesias G.S.
Avances en Oncología Ginecológica
Salvat Editores 1974.
29. Levi M. Stephen Keller
Antigenicity of a papillary serons cystadenocarcinoma tissue homogenate and its fractions
A. J. Obst. & Gynec. 155: 856, 1969.
30. Woodruff J.D., Williams T.S., Coldberg B.
Hormona Activity of the common Ovarian Neoplasma
A.m. J. Obstet. & Gynec. 87: 679, 1963.
31. Morris M.J. Scully B.R.
Endocrine Pathology of the Ovary
The C.V. Mosby Company, 1958.
32. Stanley W.K. Donal M.G.
Primary Cancer of the Ovary.

Am. J. Obst. & Gynec. 80: 430, 1960.

33. Muria S. de O.

Tumores Malignos de Ovario. Hospital Militar Central 1962—1973.

Para publicar.

34. Goubert L.D.

Tumores del Ovario
Rev. Col. Obs y Ginec. 16: 237, 1965.