Trabajos Originales

DISTRIBUCIÓN DE LA PATOLOGÍA ANEXIAL EN MUJER CHILENA: EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Mauricio Cuello F.¹, Paulina Merino O.¹, Alejandra Etchegaray B.², Juan Pablo Ortega R.^a, Cristián Pomés C.¹, Nicanor Barrena G.¹, Roger Gejman E.³

¹Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile. ³Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

^a Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

Se presenta la distribución de los hallazgos anátomo-patológicos anexiales en pacientes operadas por patología ginecológica durante el período comprendido entre los años 1991 y 2002. Se analiza su frecuencia según edad, localización anatómica y malignidad. El riesgo de cáncer en pacientes operadas con diagnóstico de tumor anexial es 9,5%. El hallazgo incidental de cáncer en pacientes operadas por patología ginecológica benigna es aproximadamente 1 en 3000 casos (0,3%).

PALABRAS CLAVES: *Tumor anexial, cirugía, patología, cáncer*

SUMMARY

Distribution of anatomo-pathological findings in the adnexa is shown for patients operated of a gynecological pathology during the period between years 1991 and 2002. Its frequency is analyzed according to age, anatomic location and malignancy. Cancer risk in patients operated of adnexal mass is 9.5%. Incidental finding of cancer in patients operated of benign gynecological pathology is approximately 1 in 3000 cases (0.3%).

KEY WORDS: *Adnexal tumor, surgery, pathology, cancer*

INTRODUCCIÓN

El tumor anexial es una de las causas más frecuentes de cirugía en ginecología. Tradicionalmente la probabilidad de obtener un determinado diagnóstico anátomo-patológico ante un tumor anexial se ha basado en las frecuencias de distribución reportadas por centros extranjeros. Así, utilizando dicha información y basado tanto en las características clínicas y radiológicas del tumor

como en el estudio de marcadores, hemos hecho nuestro planteamiento preoperatorio de las posibles patologías que sería factible encontrar en una determinada situación clínica (1). Las variables más importantes que consideramos al momento de asignar el riesgo de malignidad para un tumor anexial son la edad de presentación, la complejidad estructural del tumor y la elevación o no de marcadores tumorales (1-3). A la fecha no hemos encontrado reportes nacionales que avalen la

adopción de experiencias extranjeras sobre frecuencia de patología anexial como fuente de referencia para nuestras pacientes. Sabemos que nuestro país presenta una distribución de etnias diferente a la existente en los países donde se han generado dichos reportes. En Chile predomina la raza hispánica blanca seguida de la mezcla de dicha raza con otras (4). Otras razas constituyen una minoría. Dicha diferencia en la distribución racial ha sido esgrimida como argumento para explicar una incidencia diferente en patología digestiva, particularmente de la vía biliar, cuando se compara con población norteamericana o europea (5-9).

El presente trabajo tiene por objetivo determinar la distribución de etiologías para tumores anexiales con indicación quirúrgica en población chilena, poniendo el énfasis en la edad de presentación. Con ello se pretende establecer una serie nacional que permita estimar la probabilidad para un determinado diagnóstico cuando nos enfrentamos a un tumor anexial en población chilena.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisó el registro de patología ginecológica quirúrgica diagnosticada y/o tratada en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, entre enero de 1991 y septiembre de 2002. Los casos se seleccionaron de la base de registro de biopsias del Departamento de Anatomía Patológica. Se incluyeron todas las biopsias del anexo tanto con sospecha diagnóstica preoperatoria como aquellos que fueron el hallazgo de cirugía por causa no ginecológica. Se incluyeron los casos provenientes de piezas quirúrgicas de ooforectomía uni o bilateral, anexectomía uni o bilateral e histerectomía con anexectomía uni o bilateral. Se incluyeron también tumores pelvianos relaciona-

dos al anexo (paramesonéfrico o paratubario y ligamento ancho). Para el análisis global de frecuencia del tumor anexial se excluyeron los casos de embarazo ectópico con diagnóstico preoperatorio.

La información recopilada fue transferida a una base de datos construida en Filemaker Pro versión 6.0. La base de datos incluyó como variables: edad de la paciente, diagnóstico preoperatorio, pieza quirúrgica, tamaño del tumor, uni o bilateralidad y la coexistencia de otra patología ovárica y/o extraovárica (en dichos casos se incluyó el diagnóstico de cada patología reportada). Los diagnósticos se clasificaron según su ubicación anatómica: ovario, endometrio, útero, trompa y otros y siguiendo las clasificaciones actualmente vigentes (10-17). Aquellos casos con coexistencia de patología en el mismo órgano o con patología diferente en los dos ovarios o trompas fueron analizados tanto individualmente como en conjunto. Así también fueron estratificados por edad, diagnóstico preoperatorio y condición de malignidad. Se construyeron tablas de frecuencias e histogramas. El análisis estadístico se efectuó con Statview, SAS, Inc.

RESULTADOS

En el período comprendido entre enero de 1991 y septiembre de 2002, un total de 5.903 biopsias por patología uterina y/o anexial fueron recopiladas en el registro de biopsias del Departamento de Anatomía Patológica. De ellas presentaron patología ovárica un total de 2.446 biopsias. Poco menos de 800 de las 5.903 biopsias presentaron patología anexial extraovárica (patología tubaria 298 biopsias y de la región anexial –incluido paratubaria, mesoovario y ligamento ancho– 493 biopsias). La Figura 1 muestra la distribución

Figura 1. Distribución de hallazgos anatomopatológicos en el anexo en pacientes operadas por patología ginecológica.

Tabla I
HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN LESIONES OVÁRICAS BENIGNAS

	<i>n</i>	% total hallazgos	% total piezas quirúrgicas
<i>Quistes no neoplásicos</i>			
Con revestimiento epitelial			
Quiste de inclusión epitelial	3	0,12	0,12
Quiste inclusión: endosalpingiosis	12	0,48	0,49
Quiste epidérmico	4	0,16	0,16
Quiste endometriósico	379	15,25	15,49
Con revestimiento estromal			
Quiste folicular	530	21,33	21,67
Quiste tecaluteínico	3	0,12	0,12
Quiste folicular luteinizado	37	1,49	1,51
Ovario poliquístico	4	0,16	0,16
Cuerpo lúteo quístico	46	1,85	1,88
<i>Lesiones pseudotumorales del estroma</i>			
Hiperplasia estromal	4	0,16	0,16
Hipertecosis	1	0,04	0,04
Hiperplasia o tumor células hiliares	3	0,12	0,12
<i>Inflamaciones ováricas</i>			
<i>Infecciosas</i>			
Absceso tuboovárico/ovárico	58	2,33	2,37
Ooforitis aguda	8	0,32	0,33
Ooforitis crónica	6	0,24	0,25
Periooforitis	5	0,20	0,20
<i>No infecciosas</i>			
granuloma cuerpo extraño	1	0,04	0,04
<i>Desorden de falla ovárica</i>			
estría ovárica/disgenesia	3	0,12	0,12
<i>Lesiones vasculares</i>			
<i>Hemorragia ovario</i>			
cuerpo lúteo hemorrágico	93	3,74	3,80
quiste cuerpo lúteo hemorrágico	15	0,60	0,61
quiste folicular hemorrágico/folículo hemorrágico	38	1,53	1,55
quiste hemorrágico	16	0,64	0,65
hematoma ovárico	2	0,08	0,08
Torsión o Infarto	25	1,01	1,02
Trombosis	1	0,04	0,04
<i>Embarazo ovárico</i>	2	0,08	0,08
<i>Neoplasias ováricas benignas</i>			
cistoadenoma seroso	561	22,58	22,94
cistoadenoma mucinoso	94	3,78	3,84
cistoadenoma pseudomucinoso	9	0,36	0,37
cistadenofibroma	24	0,97	0,98
cistoadenofibroma seroso	17	0,68	0,70
cistoadenofibroma serosopapilar	9	0,36	0,37
cistoadenofibroma endometriode	1	0,04	0,04
cistoadenofibroma papilar	3	0,12	0,12
cistoadenofibroma mucinoso	5	0,20	0,20
adenofibroma	9	0,36	0,37
adenofibroma mucinoso	1	0,04	0,04
adenofibroma serosopapilar	1	0,04	0,04
adenofibroma seroso	1	0,04	0,04
adenofibroma endometrial	1	0,04	0,04
Tumor de Brenner	17	0,68	0,70
<i>Derivados de células germinales</i>			
teratoma maduro	347	13,96	14,19
teratoma maduro con ca epidermoide	2	0,08	0,08
teratoma maduro con carcinoide struma	1	0,04	0,04
struma ovarii	11	0,44	0,45
<i>Derivados del estroma ovárico y/o cordones sexuales</i>			
Tecoma	6	0,24	0,25
Fibroma	55	2,21	2,25
Fibroma-tecoma	11	0,44	0,45
<i>Derivados de músculo liso</i>			
mioma ovárico	5	0,20	0,20
mioma hilio ovárico	2	0,08	0,08
Total de hallazgos a la biopsia	2485	100,00	
Total de piezas quirúrgicas	2446		100,00

Tabla II
DISTRIBUCIÓN DE HISTOLOGÍAS DE CÁNCER DE OVARIO POR EDAD

	<i>Edad (años)</i>			<i>n</i>	<i>% Total</i>	<i>% Total</i>
	<10	10 a 50	>50	Total	neoplasias	piezas
<i>Origen epitelial</i>						
adenocarcinoma serosopapilar		22	44	66	23,2	
carcinoma papilar		2	9	11	3,9	
adenocarcinoma endometrioide		16	21	37	13,0	
adenocarcinoma células claras		10	9	19	6,7	
adenocarcinoma mucinoso		10	5	15	5,3	
adenocarcinoma pobremente diferenciado		4	5	9	3,2	
adenocarcinoma tubular		4	4	1,4		
adenocarcinoma cel transicionales		2		2	0,7	
adenocarcinoma pseudomucinoso		2	2	0,7		
adenofibroma células claras maligno		1	1	0,4		
cistoadenofibroma endometrioide maligno		1		1	0,4	
bpm* mucinoso		15	9	24	8,4	
bpm serosopapilar		11	8	19	6,7	
bpm seroso		10	2	12	4,2	
bpm endometrioide adenofibromatoso		1		1	0,4	
Subtotal				223	78,2	9,1
<i>Origen germinal</i>						
disgerminoma		8		8	2,8	
teratoma inmaduro		3		3	1,1	
tu seno endodérmico o saco vitelino		3		3	1,1	
Subtotal				14	4,9	0,6
<i>Origen estroma gonadal específico</i>						
tu cel granulosa	2	9	3	14	4,9	
androblastoma/sertoli-leydig		3		3	1,1	
gonadoblastoma		2		2	0,7	
tu cel sertoli			1	1	0,4	
Subtotal				20	7,0	0,8
<i>Origen estroma gonadal no específico</i>						
tumor mulleriano mixto		1	2	3	1,1	
fibrosarcoma bajo grado		1		1	0,4	
Subtotal				4	1,4	0,2
<i>Origen metastásico o no clasificado</i>						
metástasis	1	17	5	23	8,1	
cáncer cel anillo sello			1	1	0,4	
Subtotal				24	8,4	1
Total	3	151	131	285	100	11,7
Total piezas quirúrgicas				2446		100

*Bajo potencial maligno.

de los hallazgos anátomo-patológicos afectando al anexo (considerando ovario, trompa, quistes paratubarios y paramesonéfricos, excluyendo los 236 casos con diagnóstico preoperatorio de embarazo ectópico).

La Tabla I muestra la distribución de los hallazgos anátomo-patológicos en el ovario para el total de biopsias analizadas. El tumor ovárico más frecuente independiente de la edad fue el cistoadenoma seroso (n=561, aproximadamente 23% del

Figura 2. Distribución (%) de tumores ováricos benignos, malignos y BPM en mujer chilena según edad.

total). En pacientes menores de 10 años el tumor ovárico más frecuente fue el teratoma maduro (10/13 casos). Entre los 10 y 50 años el tumor más frecuente fue el quiste folicular (348/1648 casos). En pacientes mayores de 50 años fue el cistoadenoma seroso (132/595 casos). En el total de todas las piezas analizadas (n=2.446), la frecuencia de cáncer de ovario fue aproximadamente 11%.

La Tabla II muestra la distribución por histología del cáncer de ovario (excluidos los primarios peritoneales con compromiso ovárico, n=7). La Figura 2 muestra la fluctuación de frecuencia porcentual para tumores benignos, de bajo potencial maligno y francamente malignos según la edad de la paciente. Los tumores benignos predominan a toda edad con una incidencia que oscila entre 60 y 95%. Los tumores malignos son más frecuentes en mujeres premenáuricas y postmenopáusicas. En premenáuricas la incidencia de cáncer alcanza poco más del 20% de todos los tumores del ovario. En postmenopáusicas alcanza hasta un 30%. Por contraste, en la edad fértil la incidencia no supera el 15%. La Figura 3 muestra la frecuen-

cia de cáncer de ovario estratificada por edad. El pico de incidencia para cáncer de ovario ocurre en la sexta década de la vida.

El análisis de distribución de histologías para el cáncer de ovario mostró que aproximadamente el 80% de los casos de cáncer de ovario son de origen epitelial (Tabla II). El cáncer de ovario epitelial más frecuente fue el cistoadenocarcinoma serosopapilar, seguido del adenocarcinoma endometriode y el de células claras. Dentro de los cánceres de origen epitelial, los tumores de bajo potencial maligno representan el 26% de todos ellos. Respecto de los cánceres germinales, ellos representan un 5% siendo el más frecuente el disgerminoma. Los cánceres originados en el estroma gonadal específico representan el 7%, siendo el tumor de células de la granulosa el más frecuente. Los originados en el estroma gonadal no específico el 1,4% y los metastásicos aproximadamente un 8%.

En pacientes menores de 10 años se encontraron tres casos de cáncer (3/12 tumores ováricos, 25%), dos de ellos correspondieron a tumor de la granulosa y un caso a una metástasis de

Figura 3. Distribución de patología ovárica maligna según edad.

Tabla III
HALLAZGOS ANÁTOMO-PATOLÓGICOS DE LA TROMPA

	<i>n</i>	%	% (excluido embarazo ectópico)
<i>Patología benigna</i>			
Embarazo tubario	234	43,0	N/A
Hidrosalpinx	132	24,3	44,3
Endometriosis tubaria	88	16,2	29,5
Salpingitis aguda/salpingooforitis aguda	25	4,6	8,4
Hematosalpinx	20	3,7	6,7
Salpingitis crónica/salpingooforitis crónica	10	1,8	3,4
Piosalpinx	5	0,9	1,7
Tumor adenomatoide	2	0,4	0,7
Eleidoma	2	0,4	0,7
Quiste tubario	2	0,4	0,7
Granuloma	2	0,4	0,7
Teratoma maduro	1	0,2	0,3
Cistoadenoma	1	0,2	0,3
Angioleiomioma	1	0,2	0,3
Lipoma	1	0,2	0,3
Linfangioma	1	0,2	0,3
Salpingitis nodosa	1	0,2	0,3
Salpingitis tuberculosa	1	0,2	0,3
Mioma mesosalpinx	1	0,2	0,3
Hemangioma capilar	1	0,2	0,3
Hiperemia pasiva	1	0,2	0,3
<i>Patología maligna</i>			
Adenocarcinoma	5	0,9	1,7
Adenocarcinoma papilar	3	0,6	1,0
Adenocarcinoma serosopapilar	2	0,4	0,7
Adenocarcinoma pobremente diferenciado	1	0,2	0,3
Tumor de bajo potencial maligno	1	0,2	0,3
Total	544	100	
Total excluido embarazo tubario	298		100

sarcoma. En edad fértil la distribución de cáncer por histologías mostró 68% de origen epitelial (de ellos, 37% correspondieron a tumores de bajo potencial maligno), 10% origen germinal, 9% estromal específico, 1% estromal no específico y 11% metastásico. En pacientes postmenopáusicas la frecuencia observada es: 90% de origen epitelial (de ellos, 17% correspondieron a tumores de bajo potencial maligno), <1% origen germinal, 3% estromal específico, 2% estromal no específico y 5% metastásico (Tabla II).

En relación a patología ovárica se analizó el hallazgo incidental de cáncer. Para ello se analizaron las biopsias, excluyendo aquellos con diagnóstico preoperatorio de tumor anexial o con alta sospecha de cáncer (tanto de cuello, ovario y endometrio como la hiperplasia endometrial o

endometrio engrosado). Así se incluyeron pacientes operadas por miomatosis sintomática, adenomiosis, endometriosis, ectópico y algia pelviana. En este grupo un total de 722 biopsias fueron analizadas. Se encontraron 2 casos de cáncer (un cáncer epitelial de ovario, un tumor de bajo potencial maligno del ovario). Así, el hallazgo incidental de cáncer es aproximadamente un 0,3% en estas condiciones. Por contraste, analizados los 1.444 casos con diagnóstico preoperatorio de tumor anexial la incidencia de cáncer se eleva a 9,5% (55 cánceres epiteliales de ovario, 40 tumores de bajo potencial maligno del ovario, 8 cánceres del estroma gonadal del ovario, 11 cánceres del estroma germinal del ovario, un tumor mulleriano mixto, 7 metástasis al ovario, 7 primarios peritoneales, 8 cánceres de trompa) (Tablas V, VI, VII).

Tabla IV
LESIONES PARAOVÁRICAS O PARATUBÁRICAS

	<i>n</i>	%
Quiste paramesonéfrico/paratubario	404	81,9
Síndrome adherencial/saxtocele	25	5,1
Endometriosis paratubaria/paraovárica	23	4,7
Mioma ligamento ancho	12	2,4
Mioma paraovárico	5	1,0
Mioma paratubario	4	0,8
Hidatide de morgagni	3	0,6
Quiste Gardner	3	0,6
Adenomioma paratubario	2	0,4
Cistoadenofibroma seroso paratubario	2	0,4
Adenofibroma paratubario	1	0,2
Fibroma paratubario	1	0,2
Cistoadenoma seroso paraovárico	1	0,2
Granuloma paratubario	1	0,2
Granuloma seroso	1	0,2
Quiste celómico	1	0,2
Hemangioma peritubario	1	0,2
Hamartoma vascular	1	0,2
Hematoma	1	0,2
Edema mesoovárico	1	0,2
Total	493	100,0

La Tabla III muestra los hallazgos anatómo-patológicos de origen tubario como causa de tumor anexial. La incidencia de cáncer en tumor anexial de origen tubario fue 4%. El cáncer más frecuente fue el adenocarcinoma. La mayoría de ellos ocurriendo después de los 50 años (7 de 12 casos). La causa más frecuente de tumor anexial de origen tubario en edad fértil fue el embarazo ectópico ($n=234$). Le siguen en frecuencia el hidrosálpinx ($n=83$), la endometriosis peritubaria ($n=66$) y el absceso tubo-ovárico ($n=47$) (Tabla I, lesiones ováricas, en ella se incluyó los abscesos tubo-ováricos). En mujeres mayores de 50 años, el hallazgo anatómo-patológico más frecuente como causa de tumor anexial de origen tubario fue el hidrosálpinx ($n=41$). En este grupo, el cáncer representa el 10% de todas las lesiones tubarias comparado con poco menos del 1% en mujeres en edad fértil. No se registra patología tubaria en mujeres menores de 10 años.

La Tabla IV muestra los hallazgos anatómo-patológicos de origen para-ovárico o paratubario como causa de tumor anexial. La lesión más frecuente fue el quiste paramesonéfrico o paratubario (82%). Dicha causa fue la más frecuente tanto en mujeres en edad fértil ($n=382$) como postmenopáusicas ($n=112$). No se registraron lesiones de este tipo en mujeres menores de 10 años.

Los hallazgos anatómo-patológicos para pacientes operadas con el diagnóstico de tumor anexial muestran que cuando una paciente se opera de un tumor anexial, aproximadamente el 80% corresponde a un tumor del ovario. Además se observa aproximadamente un 6% de coexistencia de más de una lesión ovárica (Tabla V). Lesiones tubarias y paratubarias/paraováricas determinan el 6 y 12% respectivamente (Tablas VI y VII).

DISCUSIÓN

Para una adecuada predicción de la etiología de un tumor anexial resulta indispensable conocer la prevalencia de dicha entidad. En nuestro país no existe información sobre prevalencia y tradicionalmente las estimaciones se han basado en lo reportado por textos clásicos o la literatura internacional. Pocas publicaciones –todas ellas en número reducido– existen en nuestro medio que muestren los hallazgos anatómo-patológicos para tumor anexial (18-20). La mayoría de ellas se han limitado al ovario (21-23). Así, este trabajo constituye, según nuestro conocimiento, el primer trabajo que reporta en número suficiente la distribución de hallazgos anatomopatológicos para tumor anexial operado en la mujer chilena y que incluye además de etiologías de origen ovárico aquellas originados en la trompa o en lesiones paraováricas o paratubarias.

En nuestro trabajo para la mayoría de las patologías causales de tumor anexial se confirma una distribución similar a la reportada por otras series internacionales. Sin embargo, existen algunas diferencias cuando se compara por subgrupos histológicos, particularmente si son estratificados por edad.

Como fue reportado por Westhoff y cols., aproximadamente una de cada diez mujeres que requieren cirugía por tumor anexial presenta como diagnóstico cáncer (24). Mayoritariamente las neoplasias son del ovario pero también se encuentran casos de origen tubario, tumor metastásico y primario peritoneal. Tradicionalmente se ha hablado de un riesgo mayor de cáncer en las edades extremas de la vida (2, 25-28). Nuestra serie confirma esta hipótesis, como lo muestra la Figura 2. Tal como lo reportamos previamente, entre un 20 a 25% de los casos de tumor anexial de origen ovárico en la postmenopausia son cáncer de ovario (29). En las pacientes consideradas premenárricas la frecuencia encontrada es similar. Por contraste, en la edad fértil, no supera el 15%. Así como lo muestra la Figura 2, la prevalen-

Tabla V
DISTRIBUCIÓN DE HALLAZGOS ANÁTOMO-PATOLÓGICOS EN EL OVARIO EN MUJERES OPERADAS
POR TUMOR ANEXIAL

	<i>Edad (años)</i>					
	<10	10 a 50	>50	<i>n</i> <i>total</i>	<i>% Total lesiones ováricas</i>	<i>% Total lesiones anexiales</i>
						<i>% Total de pacientes</i>
<i>Quistes no neoplásicos</i>						
Con revestimiento epitelial						
Quiste de inclusión epitelial			3	3	0,20	0,21
Quiste inclusión: endosalpingiosis		3	2	5	0,33	0,35
Quiste endometriósico		222	12	234	15,21	16,20
Con revestimiento estromal				0		
Quiste folicular		124	22	146	9,49	10,11
Quiste tecaluteínico		2		2	0,13	0,14
Quiste folicular luteinizado		21	2	23	1,50	1,59
Ovario poliquístico		3		3	0,20	0,21
Cuerpo lúteo quístico		35		35	2,28	2,42
<i>Lesiones pseudotumorales del estroma</i>						
Hiperplasia o tumor células hiliares			2	2	0,13	0,14
<i>Inflamaciones ováricas</i>						
<i>Infecciosas</i>						
Absceso tuboovárico/ovárico		8	2	10	0,65	0,69
Ooforitis aguda		2		2	0,13	0,14
Ooforitis Crónica		2		2	0,13	0,14
Periooforitis		4		4	0,26	0,28
<i>No infecciosas</i>						
granuloma cuerpo extraño			1	1	0,07	0,07
<i>Desorden de falla ovárica</i>						
estría ovárica/disgenesia		2		2	0,13	0,14
<i>Lesiones vasculares</i>						
<i>Hemorragia ovario</i>						
cuerpo lúteo hemorrágico		7	3	10	0,65	0,69
quiste cuerpo lúteo hemorrágico		56	1	57	3,71	3,95
quiste folicular hemorrágico/folículo hemorrágico		2	26	1,69	1,39	
quiste hemorrágico		5	1	6	0,39	0,42
hematoma ovárico						
Torsión o Infarto		5	3	8	0,52	0,55
<i>Neoplasias ováricas benignas</i>						
<i>Derivados del epitelio celómico</i>						
cistoadenoma seroso		187	151	338	21,98	23,41
cistoadenoma mucinoso		33	32	65	4,23	4,50
cistoadenoma pseudomucinoso		4	5	9	0,59	0,62
cistadenofibroma		9	8	17	1,11	1,18
cistoadenofibroma seroso			4	4	0,26	0,28
cistoadenofibroma serosopapilar		8	3	11	0,72	0,76
cistoadenofibroma endometriode			1	1	0,07	0,07
cistoadenofibroma papilar		9		9	0,59	0,62
cistoadenofibroma mucinoso		2	1	3	0,20	0,21
adenofibroma		2	2	4	0,26	0,28
adenofibroma serosopapilar		1		1	0,07	0,07
adenofibroma seroso		1		1	0,07	0,07
Tumor de Brenner		2	5	7	0,46	0,48
<i>Derivados de células germinales</i>						
teratoma maduro	9	258	21	288	18,73	19,94
teratoma maduro con ca epidermoide			1	1	0,07	0,07
teratoma maduro con carcinoide struma		1		1	0,07	0,07
struma ovarii		2	4	6	0,39	0,42
<i>Derivados del estroma ovárico y/o cordones sexuales</i>						
Tecoma	1	1	2	4	0,26	0,28
Fibroma		15	20	35	2,28	2,42
Fibroma-tecoma		4	4	8	0,52	0,55
<i>Derivados de músculo liso</i>						
mioma ovárico		1		1	0,07	0,07

Cáncer del ovario

(Tabla V continúa en pág. siguiente)

(Tabla V viene de pág. anterior)

<i>Origen epitelial</i>							
adenocarcinoma serosopapilar	2	16	18	1,17	0,96	1,25	
carcinoma papilar	1	3	4	0,26	0,21	0,28	
adenocarcinoma endometrioide	10	7	17	1,11	0,91	1,18	
adenocarcinoma células claras	5	4	9	0,59	0,48	0,62	
adenocarcinoma mucinoso	7	1	8	0,52	0,43	0,55	
adenocarcinoma pobremente diferenciado	2	3	5	0,33	0,27	0,35	
adenocarcinoma tubular		2	2	0,13	0,11	0,14	
adenocarcinoma cel transicionales	1		1	0,07	0,05	0,07	
adenocarcinoma pseudomucinoso		1	1	0,07	0,05	0,07	
adenofibroma cel claras maligno		1	1	0,07	0,05	0,07	
cistoadenofibroma endometrioide maligno	1		1	0,07	0,05	0,07	
bpm* mucinoso	11	7	18	1,17	0,96	1,25	
bpm serosopapilar	6	7	13	0,85	0,69	0,90	
bpm seroso	6	1	7	0,46	0,37	0,48	
bpm endometrioide adenofibromatoso	1		1	0,07	0,05	0,07	
<i>Origen germinal</i>							
disgerminoma	7		7	0,46	0,37	0,48	0,00
teratoma inmaduro	1		1	0,07	0,05	0,07	
tu seno endodérmico o saco vitelino	3		3	0,20	0,16	0,21	
<i>Origen estroma gonadal específico</i>							
tu cel granulosa	2	8	2	12	0,78	0,64	0,83
androblastoma/sertoli-leydig		3		3	0,20	0,16	0,21
gonadoblastoma		2	1	3	0,20	0,16	0,21
<i>Origen estroma gonadal no específico</i>							
tumor mulleriano mixto	1		1	0,07	0,05	0,07	
<i>Origen metastásico o no clasificado</i>							
metástasis	1	3	3	7	0,46	0,37	0,48
Total lesiones ováricas	13	1146	379	1538	100,00	81,94	106,51
Total lesiones anexiales				1877		100,00	
Total de pacientes con tumor anexial				1444			100,00

Tabla VI

HALLAZGOS ANÁTOMO-PATOLÓGICOS EN LA TROMPA EN PACIENTES OPERADAS POR TUMOR ANEXIAL

	<i>Edad (años)</i>			<i>n</i>	<i>% Total lesiones trompa</i>	<i>% Total lesiones anexiales</i>	<i>%Total de piezas</i>
	<10	10 a 50	>50	total			
<i>Patología benigna</i>							
Embarazo ectópico		1		1	0,83	0,05	0,07
Hidrosalpinx	43		22	65	53,72	3,46	4,50
Endometriosis tubaria	12		4	16	13,22	0,85	1,11
Salpingitis aguda/salpingooforitis aguda	5			5	4,13	0,27	0,35
Hematosalpinx	11			11	9,09	0,59	0,76
Salpingitis crónica/salpingooforitis crónica	4		1	5	4,13	0,27	0,35
Piosalpinx	2			2	1,65	0,11	0,14
Eleidoma	2			2	1,65	0,11	0,14
Teratoma maduro	1			1	0,83	0,05	0,07
Cistoadenoma	1			1	0,83	0,05	0,07
Lipoma	1			1	0,83	0,05	0,07
Salpingitis nodosa	1			1	0,83	0,05	0,07
Salpingitis tuberculosa	1			1	0,83	0,05	0,07
Hiperemia pasiva	1			1	0,83	0,05	0,07
<i>Patología maligna</i>							
Adenocarcinoma			3	3	2,48	0,16	0,21
Adenocarcinoma papilar	1		2	3	2,48	0,16	0,21
Adenocarcinoma pobremente diferenciado	1			1	0,83	0,05	0,07
Tumor de bajo potencial maligno	1			1	0,83	0,05	0,07
Total lesiones de la trompa	0	89	32	121	100,00	6,45	8,38
Total lesiones anexiales				1877		100,00	
Total de pacientes con tumor anexial				1444			100,00

Tabla VII
HALLAZGOS ANÁTOMO-PATOLÓGICOS PARATUBARIO/PARAÓVÁRICOS EN PACIENTES
OPERADAS POR TUMOR ANEXIAL

	Edad (años)			n total	% Total lesiones paratubaria/ paraovárica	% Total lesiones anexiales	%Total de piezas
	<10	10 a 50	>50				
Quiste paramesonéfrico/paratubario		140	43	183	83,94	9,75	12,67
Síndrome adherencial/saxtocele		1	1	2	0,92	0,11	0,14
Endometriosis paratubaria/paraovárica		18		18	8,26	0,96	1,25
Mioma ligamento ancho		2	1	3	1,38	0,16	0,21
Mioma paraovárico		1		1	0,46	0,05	0,07
Cistoadenofibroma seroso paratubario			1	1	0,46	0,05	0,07
Fibroma paratubario			1	1	0,46	0,05	0,07
Hematoma		1		1	0,46	0,05	0,07
Edema mesoovárico			1	1	0,46	0,05	0,07
Adenocarcinoma serosopapilar primario peritoneal		1	4	5	2,29	0,27	0,35
BPM primario peritoneal		1		1	0,46	0,05	0,07
Tumor mulleriano peritoneal			1	1	0,46	0,05	0,07
Total lesiones paratubarias/paraováricas	0	165	53	218	100,00	11,61	15,10
Total lesiones anexiales				1877		100,00	
Total de pacientes con tumor anexial				1444			100,00

cia de cáncer muestra un patrón bimodal presentando picos en las edades extremas de la vida (premenarquia y postmenopausia).

Analizadas las lesiones benignas como causa de tumor anexial, en todos los grupos etarios realizados, exceptuando las menores de 10 años, predominan las lesiones de origen epitelial. Independiente de la edad la lesión más frecuente es el cistoadenoma seroso. Como causa de tumor anexial, la lesión tubaria más frecuente, excluido el embarazo ectópico, es el hidrosálpinx y la lesión de origen paraovárico o paratubario, el quiste paramesonéfrico. En mujeres en edad fértil, la lesión anexial más frecuente la constituye el quiste folicular (lesión no neoplásica con revestimiento estromal). En este grupo y en números similares le siguen en frecuencia el cistoadenoma, el teratoma maduro, el quiste paramesonéfrico y la endometriosis ovárica. En la postmenopausia la lesión anexial más frecuente la constituye el cistoadenoma seroso. Le siguen en frecuencia el quiste folicular, el quiste paramesonéfrico y el hidrosálpinx uni o bilateral. En las mujeres premenárrquicas la lesión más frecuente fue el teratoma maduro.

Respecto de la incidencia de cáncer de ovario estratificada por edades, la incidencia mayor se presenta en la sexta década de la vida similar a la

reportada por la FIGO (30). Al igual que lo reportado por ellos, el mayor porcentaje de casos (55%) se concentra entre los 40 y 70 años. Un 29% de los casos, incluido el tumor de bajo potencial maligno se presenta antes de los 40 años. Excluida dicha entidad, uno de cada cuatro casos de cáncer se presenta antes de los 40 años. Ello hace relevante considerar siempre al cáncer como posibilidad diagnóstica, aunque se trate de pacientes jóvenes y se estime una frecuencia de cáncer baja, particularmente si elementos a la ultrasonografía y marcadores tumorales son sugerentes de malignidad.

Al analizar los tipos histológicos del cáncer de ovario, los resultados confirman una distribución similar a la reportada por textos clásicos. Sólo la frecuencia del tumor de bajo potencial maligno merece mención especial. Los tumores de bajo potencial maligno representan en total en nuestra serie poco más del 2% de los tumores anexiales de origen ovárico. Interesantemente este tipo de tumor representa 20% de las neoplasias malignas de origen ovárico. Dicha frecuencia resulta el doble de la reportada por FIGO en 1998 (30). Dicha diferencia podría ser explicada por un subregistro de la FIGO para esta entidad o una diferencia real en favor de nuestra población respecto de otros países tal vez explicable por una distribución dife-

Tabla VIII
DISTRIBUCIÓN DE LA PATOLOGÍA ANEXIAL SEGÚN LOCALIZACIÓN ANATÓMICA Y EDAD

	<10	10 a 50 años	> 50 años	Total
Origen anatómico / n (%)				
Patología ovárica	12 (100)	1839 (68,4)	595 (76)	2446 (70,2)
Patología tubaria	0	468 (17,4)	76 (10)	544 (15,6)
Patología paratubaria o paraovárica	0	381 (14,2)	112 (14)	493 (14,2)
Total	12 (100)	2688 (100)	783 (100)	3483 (100)

rente de etnias. Sin embargo, al igual que lo reportado por la FIGO, la distribución de tumores de bajo potencial maligno es equitativa entre los distintos grupos etarios analizados (comparadas mujeres de 10 años hacia arriba).

El hallazgo incidental de patología anexial, más aún el hallazgo incidental de cáncer, es un tema de conflicto y de decisión difícil para el ginecólogo que se enfrenta a este diagnóstico. Afortunadamente, cuando analizamos la ocurrencia de cáncer originado en el anexo en pacientes operadas por patología ginecológica no anexial encontramos que dicho evento es poco frecuente (0,3% o 1 en 3000 casos). Cabe mencionar que los casos detectados corresponden a pacientes postmenopáusicas.

Respecto a las lesiones anexiales originadas en la trompa o en lesiones paratubarias o paraováricas cabe destacar que como causa de patología anexial no son tan poco frecuentes (Tabla VIII). Es cierto que la patología ovárica explica aproximadamente el 70% de la patología anexial. Sin embargo, la patología tubaria y las lesiones paratubarias o paraováricas explican el 16% y 14% respectivamente. Cabe destacar que en esta estimación existe alguna sobreposición dado la coexistencia de patología ovárica y extra ovárica. Sin embargo, dicha sobreposición no representa más del 10% del total de los casos estudiados. Otro hecho importante en nuestra serie es que no se encontraron lesiones anexiales de origen tubario o paratubario-paraovárico en premenáuricas. Si analizamos solo las pacientes con diagnóstico preoperatorio de tumor anexial observamos que la patología ovárica es causa del 80% de los casos. Las lesiones de origen tubario y paraovárico/paratubario explican el 6 y 12% respectivamente.

CONCLUSIÓN

Este trabajo presenta la prevalencia de patología anexial en pacientes operadas por patología

ginecológica con o sin diagnóstico preoperatorio de tumor anexial. Creemos que esta causística cumple con los objetivos de servir de referencia nacional para otros centros al momento de evaluar pacientes ginecológicas particularmente con patología anexial.

BIBLIOGRAFÍA

- Jacobs I, Oram D, Fairbanks J, Turner J, Frost C, Grudzinskas JG. A risk of malignancy index incorporating CA 125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97(10): 922-29.
- Argenta PA, Nezhat F. Approaching the adnexal mass in the new millennium. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000; 7(4): 455-71.
- Herrmann UJ, Jr, Locher GW, Goldhirsch A: Sonographic patterns of ovarian tumors: prediction of malignancy. *Obstet Gynecol* 1987; 69(5): 777-81.
- INE. Anuario de Demografía 1998. Santiago, 1998; 261.
- Serra I. ¿Ha disminuido la mortalidad por cancer vesicular en Chile? *Rev Méd Chil* 2001; 129(9): 1079-84.
- Montoya-Aguilar C. La litiasis biliar y el cáncer de la vesícula y vías biliares en Chile: dos estrategias. *Cuad Med Soc* 2004; 44(3): 162-175.
- Csendes A, Smok G, Medina E, Salgado I, Rivera R, Quiral M. Clinical course characteristics of gastric cancer 1958-1990. *Rev Med Chil* 1992; 120(1): 36-42.
- Levi F, Luchini F, Negri E, Boyle P, La Vecchia C. Cancer mortality in Europe 1995-1999, and overviews of trends since 1960. *Int J Cancer* 2004; 110: 155-69.
- Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL. SEER Cancer Statistics Review, 1973-1997, National Cancer Institute. Bethesda, MD: NIH Pub. N°00-2789. 2000; 368.
- Clement PB. Nonneoplastic lesions of the ovary. Kurman RJ: *Blaustein's pathology of the female genital tract*. Baltimore: Springer-Verlag. 2002; 675-728.
- Clement PB. Diseases of the peritoneum. Kurman RJ: *Blaustein's pathology of the female genital tract*. Baltimore: Springer-Verlag. 2002; 729-90.

12. Seidman JD, Russell P, Kurman RJ. Surface epithelial tumors of the ovary. Kurman RJ: Blaustein's pathology of the female genital tract. Baltimore: Springer-Verlag. 2002; 617-48.
 13. Talerman A. Germ cell tumors of the ovary. Kurman RJ: Blaustein's pathology of the female genital tract. Baltimore: Springer-Verlag. 2002; 967-1034.
 14. Talerman A. Nonspecific tumors of the ovary, including mesenchymal tumors and malignant lymphoma. Kurman RJ: Blaustein's pathology of the female genital tract. Baltimore: Springer-Verlag. 2002; 1035-62.
 15. Wheeler JE. Diseases of the Fallopian tube. Kurman RJ: Blaustein's pathology of the female genital tract. Baltimore: Springer-Verlag. 2002; 617-48.
 16. Young RH, Scully RE. Metastatic tumors of the ovary. Kurman RJ: Blaustein's pathology of the female genital tract. Baltimore: Springer-Verlag 2002; 1063-1102.
 17. Young RH, Scully RE. Sex cord-stromal, steroid cell, and other ovarian tumors with endocrine, paraendocrine, and paraneoplastic manifestations. Kurman RJ: Blaustein's pathology of the female genital tract. Baltimore: Springer-Verlag 2002; 905-66.
 18. López J, Neumann T, Garrido J, Herane E, Aliaga P, Siva F. Cirugía laparoscópica en lesiones anexiales. REV CHIL OBSTET GINECOL 2000; 65(1): 28-33.
 19. Barros JC, Escobar D, Alvarado CL. Manejo laparoscópico de lesiones anexiales. REV CHIL OBSTET GINECOL 2000; 65(6): 425-29.
 20. Duque G, Silva R, López del Campo X. Cirugía endoscópica en tumores anexiales. REV CHIL OBSTET GINECOL 1998; 63(3): 182-87.
 21. Oyarzún E, Wild R, Pruyas M. Tumores de ovario: experiencia de 3 años con 126 pacientes. Rev Méd Chil 1987; 115: 549-55.
 22. Cuello M, Galleguillos G, Zárate C y cols. Frozen-section biopsy in ovarian neoplasm diagnosis: diagnostic correlation according to diameter and weight in tumors of epithelial origin. Rev Méd Chil 1999; 127(10): 1199-1205.
 23. Mayerson D, López del Campo X, Oddó H. Tumores ováricos en la postmenopausia. Vela P (ed): Libro Contribuciones XXIII Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología. Santiago: Banmédica SA, 1989.
 24. Westhoff C, Clark CJ. Benign ovarian cysts in England and Wales and in the United States. Br J Obstet Gynaecol 1992; 99: 329-32.
 25. Drake J. Diagnosis and management of the adnexal mass. Am Fam Physician 1998; 57(10): 2471-76 y 2479-80.
 26. Gallup DG, Talledo E. Management of the adnexal mass in the 1990s. South Med J 1997; 90(10): 972-81.
 27. DiSaia PJ, Creasman WT. The adnexal mass and early ovarian cancer. DiSaia PJ y Creasman WT: Clinical Gynecologic Oncology. Sixth. St. Louis: Mosby, Inc 2002; 259-88.
 28. Koonings PP, Campbell K, Mishell DR Jr, Grimes DA. Relative frequency of primary ovarian neoplasms: a 10-year review. Obstet Gynecol 1989; 74(6): 921-26.
 29. Cuello M, Pomés C, Brañes J, Barrena N, Mayerson D, Wild R. Tumor ovárico en la postmenopausia: experiencia de la Universidad Católica y consideraciones sobre su manejo actual. REV CHIL OBSTET GINECOL 2003; 68(2): 97-111.
 30. Pecorelli S, Odicino F, Maisonneuve P y cols. Carcinoma of the ovary. J Epidem Biostat 1998; 3(1): 75-102.
-