

Aspectos clínicos y epidemiológicos de los tumores anexiales

Clinical and epidemiologic features of adnexa tumors

Dra. Tania Clavijo Rodríguez,^I Dr. Miguel Lugones Botell,^{II} Dra. Lourdes Guevara Alfayate,^I Dra. Natasha Berlán León^I

^I Hospital Docente "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^{II} Policlínico Universitario "26 de Julio". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: los tumores anexiales representan una patología ginecológica frecuente e importante, de ahí su valor clínico.

Objetivo: determinar la presencia de los tumores anexiales teniendo en cuenta algunos aspectos clínicos y epidemiológicos.

Métodos: estudio descriptivo longitudinal en el período de tiempo comprendido entre el 1ro. de enero de 2008 al 1ro. de enero de 2010, con un grupo de mujeres con diagnóstico de masa anexial, para valorar algunos aspectos clínicos y epidemiológicos: edad, localización, los antecedentes familiares de cáncer anexial y los antecedentes obstétricos. El tamaño de la muestra fue de 92 pacientes.

Resultados: el dolor abdominal y la masa palpable fueron los hallazgos clínicos más frecuentes, el mayor número de casos con masas anexiales correspondió al grupo de edades entre 35 a 59 años con 46 pacientes para un 49,9 %, el antecedente de cáncer familiar en los anexos se observó en 13 pacientes (14,1 %), predominó en las edades de 35 a 59 años (9,7 %), la mayoría de las masas anexiales ocurrieron en multíparas con 43 (46,7 %). Las masas anexiales fueron más frecuentes en el ovario izquierdo, que representó el 59,7 % de los casos.

Conclusiones: los tumores anexiales predominaron en pacientes de edad fértil, multíparas y premenopáusicas, el antecedente familiar de cáncer en región anexial constituye un factor importante a tener en cuenta.

Palabras clave: tumoración en los anexos, cáncer ginecológico.

ABSTRACT

Introduction: the adnexal tumors are a frequent and important gynecologic pathology, thus, its clinical value.

Objective: to determine the presence of adnexal tumors taking into account some clinical and epidemiological features.

Methods: a longitudinal and descriptive study was conducted from January 1, 2008 to January 1, 2010 in a group of women diagnosed with adnexal mass, to assess some clinical and epidemiological features including age, location, and family history of adnexal cancer as well as obstetrics. Sample included 92 patients.

Results: the abdominal pain and the palpable mass were the more frequent clinical findings, the great number of cases with adnexal masses corresponded to the 35-59 age-group with 46 patients for a 49.9 %, the family history of adnexal cancer was observed in 13 patients (14.1 %) with predominance in above mentioned ages (9.7 %), most of adnexal masses occurred in 43 multipara (46.7 %). Adnexal masses were more frequent in the left ovary, accounting for 59.7 % of cases.

Conclusions: there was predominance of adnexal tumor in patients of fertile age, multipara and pre-menopause, the family history of cancer in the adnexal region is a significant factor to take into account.

Key words: adnexal tumor, gynecologic cancer.

INTRODUCCIÓN

Los tumores anexiales representan una patología ginecológica frecuente e importante. El diagnóstico es complejo debido a que anatómicamente los anexos están formados por las trompas de Falopio, el ligamento redondo, los ovarios y las estructuras en el interior del ligamento redondo que se formaron a partir de los restos embrionarios.^{1,2}

Los tumores anexiales son los que crecen afectando cualquiera de dichas estructuras. Otro de los desafíos diagnósticos está relacionado a la urgente necesidad de identificar procesos potencialmente malignos, basado en el concepto fundamental que el tratamiento temprano del cáncer está relacionado con una disminución de la morbilidad y mortalidad. La etiología de estos tumores varía considerablemente con la edad,² los más frecuentes son los de ovario. En general, los tumores anexiales en niñas y mujeres posmenopáusicas tienen un riesgo importante de ser malignos, mientras que los que aparecen en la edad reproductiva tienen un riesgo bajo, frecuentemente se les llama "quistes funcionales", que en la mayoría de los casos no requieren tratamiento y desaparecen espontáneamente, muchas veces sin siquiera haber sido advertido por la paciente.³ Se ha calculado que cerca de 1 de cada 10 mujeres tendrá un tumor anexial a lo largo de su vida, la mayoría de las cuales requerirá de una evaluación quirúrgica.³⁻⁶ Se conoce que el riesgo de que una lesión anexial sea de naturaleza maligna, aumenta con la edad y de modo tradicional el tumor ovárico que se presenta durante la menopausia es considerado como de alto riesgo de ser maligno, aumenta así el riesgo global de malignidad; para un tumor primitivo del ovario entre el 13 % de mujeres premenopáusicas y hasta el 45 % en las posmenopáusicas.^{7,8}

Teniendo en consideración la importancia clínica de esta entidad, se ha querido determinar la presencia de los tumores anexiales teniendo en cuenta algunos aspectos clínicos y epidemiológicos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal con un grupo de mujeres con diagnóstico de masa anexial en el período de tiempo comprendido entre el 1ro. de enero de 2008 al 1ro. de enero de 2010, para valorar algunos aspectos clínicos y epidemiológicos. El universo de nuestro trabajo estuvo constituido por los casos con diagnóstico clínico de masa anexial que acudieron a consulta. El tamaño de la muestra fue de 92 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Tener síntomas y/o signos que sugieran una masa anexial.
- Aceptar ser incluido en la investigación.
- Haber sido atendida en el hospital.
- Tener más de 18 años.

Criterio de exclusión:

- Se excluyeron las masas pélvicas con diagnóstico de lesiones uterinas o de otros órganos de la pelvis.

El método de selección fue una serie consecutiva de pacientes atendidas en este período. Posteriormente se localizaron en el archivo del hospital las historias clínicas de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, con el objetivo de obtener información de diferentes variables como son: edad, antecedentes ginecológicos, y localización de la masa anexial.

MÉTODOS

A todas las pacientes se les realizó exploración clínica, ultrasonido pélvico, transabdominal y transvaginal, según correspondía. De acuerdo a los hallazgos y basado en la experiencia del operador, se planteó un diagnóstico etiológico, indicando en el informe la sospecha de malignidad cuando esta existía. Se contactó a los médicos tratantes, se siguió la evolución de los pacientes para conocer el diagnóstico final por la evolución clínica y la confirmación por anatomía patológica.

Para la recolección de la información, se confeccionó una planilla donde se reflejaron datos generales y el resultado de la biopsia quirúrgica, (antecedentes patológicos personales y familiares, cuadro clínico, características ultrasonográficas de la masa ovárica, presencia de alteraciones o no en el resto de los órganos abdominales).

En el cuadro aparece la operacionalización de las variables.

Cuadro. Operacionalización de variables

Variable	Descripción	Categorías	Métodos de resumen
Edad	Edad biológica medida en años cumplidos	18-34 años 35-59 años Mayor de 60 años	Números absolutos
Antecedentes	Presencia de cáncer anexial en la familia	Sí No	Números absolutos
Antecedentes ginecológicos	Nulípara Multípara Premenopáusica Posmenopáusica Infértil	Sí No	Números absolutos
Manifestaciones clínicas	Dolor abdominal Tumor palpable Anorexia Náuseas Vómitos Pérdida de peso Astenia Estreñimiento Amenorrea Hemorragia Asintomática	Sí No	Números absolutos
Localización anatómica	Teniendo en cuenta la anatomía normal	Anejo derecho Anejo izquierdo Bilateral	Números absolutos

Posteriormente, se agruparon las planillas según los resultados histológicos y se procedió al análisis por separado de cada uno de los grupos. Se comparó el diagnóstico ultrasonográfico que se emitió al inicio, con el diagnóstico histológico definitivo.

El análisis estadístico se basó en obtener la media de la edad de las mujeres estudiadas y el porcentaje del resto de las variables analizadas, las que se correlacionaron con los resultados histológicos.

Los resultados fueron almacenados en una base de datos en Microsoft Excel y fueron procesados usando el paquete estadístico SPSS versión 11,5. Finalmente se presentan en tablas para mejor comprensión y análisis.

Aspectos éticos de la investigación

A todos los pacientes se les solicitó el consentimiento informado a participar en el estudio, se les explicaron detalladamente los objetivos, así como las características de cada proceder a realizar, se hizo énfasis en las posibles molestias que pudiera ocasionarles, las complicaciones y los beneficios esperados, tanto para el paciente como para la comunidad científica. Se les garantizó la confidencialidad de la información obtenida, la que no fue empleada para otros fines que los de esta investigación. En todo momento el paciente tuvo la libertad de abandonar el estudio si así lo consideró pertinente.

RESULTADOS

Como puede observarse en la tabla 1, el dolor abdominal y la masa palpable fueron los hallazgos clínicos que estuvieron presentes con más frecuencia en las pacientes incluidas en esta investigación, para 93,4 % y 34,7 % respectivamente.

Tabla 1. Distribución de las masas anexiales según síntomas y signos

Síntomas	No.	%
Dolor abdominal	86	93,4
Tumor palpable	32	34,7
Anorexia	23	25,0
Náuseas	18	19,5
Vómitos	13	14,1
Pérdida de peso	25	27,1
Astenia	19	20,6
Estreñimiento	14	15,2
Amenorrea	18	19,5
Hemorragia	4	4,3
Asintomática	2	2,1

Como se observa en la tabla 2, el mayor número de casos con masas anexiales correspondió al grupo de edades entre 35 a 59 años con 46 pacientes para un 49,9 %, seguido por el grupo de 18 a 34 años, con un total de 31 casos (33,6 %). En cuanto al tipo de masa anexial, puede observarse en esa misma tabla, el mayor porcentaje lo constituyeron las lesiones pseudotumorales, con 48 pacientes para el 52,1 % del total, seguidas de los tumores malignos de ovario, con 27 de los 92 casos (29,3 %). De las 48 lesiones pseudotumorales, el embarazo ectópico y el quiste de ovario fisiológico fueron las causas más frecuentes. Las pacientes mayores de 60 años representaron el 16,3 % y en ellas predominaron los tumores malignos, con 11 pacientes (11,9 %).

El antecedente de cáncer familiar (tabla 3) se observó en 13 pacientes (14,1 %), predominó en las edades de 35 a 59 años con un total de 9 pacientes (9,8 %).

En cuanto a la paridad (tabla 4), la mayoría de las masas anexiales ocurrieron en múltiparas, con 43 pacientes, para 46,7 %.

Tabla 2. Distribución de las masas anexiales según grupos de edades

Diagnóstico	Grupo de edades						Total	%
	18-34	%	35-59	%	Mayor de 60	%		
Tumor benigno de ovario	5	5,43	10	10,8	2	2,1	17	18,4
Tumor maligno de ovario	0	0	16	17,3	11	11,9	27	29,3
Pseudotumorales	26	28,2	20	21,7	2	2,1	48	52,1
Total	31	33,6	46	49,9	15	16,3	92	100

Tabla 3. Antecedentes familiares de cáncer anexial

Grupo de edades (años)	Antecedentes de cáncer en los anexos	%
18-34	1	1,0
35-59	9	9,8
Más de 60	3	3,3
Total	13	14,1

Tabla 4. Distribución de las masas anexiales según antecedentes obstétricos

Edades	Nulípara	%	Múltipara	%
18-34	13	14,1	2	2,1
35-59	7	7,6	29	31,5
Más de 60	1	1,0	12	13,0
Total	21	22,8	43	46,7

Como puede verse en la tabla 5, las masas anexiales fueron más frecuentes en el ovario izquierdo, representaron el 59,7 % de los casos. La presencia de lesiones ováricas bilaterales no fue frecuente, se observó una discreta prevalencia de las lesiones pseudotumorales.

Tabla 5. Distribución según localización de la masa anexial

Diagnóstico ultrasonográfico	Izquierda	%	Derecha	%	Bilateral	%	Total	%
Tumor benigno de ovario	12	13,0	4	4,3	1	1,0	17	18,4
Tumor maligno de ovario	18	19,5	7	7,6	2	2,1	27	29,3
Pseudotumorales	25	27,1	20	21,7	3	3,2	48	52,1
Total	55	59,7	31	33,7	6	6,5	92	99,9

DISCUSIÓN

Los aspectos clínicos y epidemiológicos de las masas anexiales resultan ser de gran importancia por la relevancia que tienen para orientar su diagnóstico, determinar la conducta, así como también para precisar su posible evolución. Uno de los resultados que resaltan es el valor de los síntomas y signos, donde el dolor abdominal y la presencia de masa palpable predominaron en las pacientes atendidas -según pudo verse en los resultados-, por lo que es importante insistir en la búsqueda de esta entidad ante cualquier paciente que acuda con algunos de estos síntomas, lo coincide con lo planteado por otros autores.^{9,10}

Según *Souen*⁵ y *Sahraoui*¹¹ la edad de las pacientes nos puede dar una idea sobre la naturaleza de las enfermedades del ovario: en la adolescencia son más frecuentes las lesiones benignas, lo cual coincide con los resultados ya descritos. *Fondeur* y otros¹² plantean que los tumores de los ovarios, tanto benignos como malignos, se presentan con más frecuencia en el rango de 17 a 80 años, con un promedio de edad alrededor de los 40. Los resultados obtenidos en este estudio promediaron a los 55 años.

El antecedente de cáncer familiar se observó en 13 pacientes (14,1 %), predominó con 9,7 %, en las edades de 35 a 59 años. Se estima que del 5 a 10 % de todos los cánceres epiteliales de ovario se asocian a una predisposición hereditaria.¹³ La edad promedio del inicio de desarrollo del cáncer de ovario con origen hereditario es significativamente más temprana y podría ser más de 10 años antes que en la población general,¹³⁻¹⁵ de ahí la importancia que tiene considerar siempre esta relación.

Algunos autores plantean que con cada embarazo se reduce el riesgo de desarrollar un cáncer de ovario en 30 a 60 %, ¹² como se pudo observar en los resultados, esta afirmación no coincide con los resultados obtenidos en esta investigación.

Las masas anexiales son más frecuentes en mujeres premenopáusicas.^{9,10,16} Los resultados mostraron que el 75 % de las pacientes con masas anexiales eran premenopáusicas y solo 25 % eran posmenopáusicas, lo que coincide con los de *Boohla* y *Hoskin*.¹⁷

En general las masas anexiales fueron más frecuentes en el ovario izquierdo, representaron el 59,7 % de los casos. La presencia de lesiones ováricas bilaterales no fue frecuente, se observó una discreta prevalencia de las lesiones pseudotumorales. *Goog* y otros¹⁶ plantean que los tumores serosos son bilaterales, en el 30 % de los casos son quistes pequeños, el tumor de Brenner y los tumores mucinosos son más frecuentes unilaterales.

Los tumores anexiales predominaron en pacientes de edad fértil, multiparas y premenopáusicas. El antecedente familiar de cáncer en región anexial constituye un factor importante a tener en cuenta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tumores anexiales. [consultado 17 Dic 2011]. Disponible en:

<http://www.spog.org.pe/articulos.php?articulo=91>

2. Rivero MI, Kumdycki J, Fava G, Frowein U, Villalba MT, Vidal D. Tumores anexiales aspectos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos. [consultado 19 Dic 2011].

Disponible en: http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista1/tumores_anexiales.pdf

3. Cisterna P, Orellana R. Carcinoma de ovario. Bol Hosp San Juan de Dios. 2007;54(3):137-44.
4. Parrilla ME, López MV, Valls O. Atlas de ecocitopatología diagnóstica en las lesiones abdominales. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros/libro_de_ecocitopatologia/indice_p.htm
5. Souen J. Conductas preconizadas pela figo a partir de 2003 em relacao aos canceres ginecológicos. Femina. 2005;33(2):153-6.
6. Primo W, Pereira QS, Primo Guttenberg, Rodríguez Pereira. Tumores ovarianos. Femina. 2004;32(5):415-20.
7. Jadue AN, Vallejo FL, Valdés AV, Cannoni G. Cáncer de ovario. Diagnóstico y tratamiento. Segunda parte. Bol Hosp San Juan de Dios. 2005;52(1):24-31.
8. Prat J. Pathology of the Ovary. Philadelphia: Saunders; 2004. p. 83-109.
9. Valentín L. Comparison of Lerner score, Doppler ultrasound examination, and their combination for discrimination between benign and malignant adnexal masses. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000;15:143-7.
10. Ferrazzi E, Zanetta G, Dordoni D, Berlanda N, Mezzopane R, Lissoni G. Transvaginal ultrasonographic characterization of ovarian masses: comparison of five scoring systems in a multicenter study. Ultrasound Obstet Gynecol. 2001;10:192-7.
11. Sahraoui W, Hajji S. Teratomes de l'ovaire. A propos de 91 casos. Tunis med. 2006;84(6):349-52.
12. Fondeur LV, García AM, Santarosa MA, Zaldivar NA, Bustos LH. Características clínicas y abordaje quirúrgico del teratoma ovárico/Clinical characteristics and surgical approach in ovarian teratoma. Perinatol Reprod Hum. 2001;15(4):219-28.
13. Chug YY. Cancer Screening Guidelines. Am Fam Physician. 2005;63:1101-12.
14. Aïda AK, Sana BS, Essia S, Carole GB, Ahlem LB, Amel T, et al. Degenerescence maligne des teratomes matures benins de l'ovaire: a propos d'une nouvelle case. Tunis Med. 2005;83(11):710-3.
15. Williams Prichard AJ, Mac Donald CP. Embarazo Ectópico. En: Tratado de Obstetricia. México: Ed. Panamericana. Salvat;2005:32:679-702.
16. Goog FM. Biology of epithelial ovariancancer: implications for screening women at highgenetic risk. J Clin Oncol 2004;22(7):1315-26.
17. Boohla S, Hoskins WJ. Diagnosis and management of epithelial ovarian cancer Obstet. Gynecol. 2006;107:1399-410.

Recibido: 8 de enero de 2012.

Aprobado: 24 de enero de 2012.

Tania Clavijo Rodríguez. Hospital Docente "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba. Correo electrónico: tania.clavijo@infomed.sld.cu; lugones@infomed.sld.cu
