



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO



**IMPLICANCIAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE
OVARIO RESIDUAL EN PACIENTES
HISTERECTOMIZADAS**

PRESENTADA POR
LYZ NIRIAN LAGUNA GALLEGOS

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2014



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP

UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

IMPLICANCIAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE OVARIO RESIDUAL EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

TESIS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

LYZ NIRIAN LAGUNA GALLEGOS

LIMA - PERÚ

2014



**IMPLICANCIAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE OVARIO RESIDUAL EN
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS**

Asesor (a):

Dr. Alejandro Huapaya Cabrera

Ginecología- Obstetricia Hospital Nacional Luis Nicasio Sáenz Policía Nacional de
Perú

Miembros del Jurado:

Dr. Edgar Encinas Valdivia : Presidente del Jurado

Dr. Raúl Alegria Guerrero : Miembro del Jurado

Dr. Richard Fredy Florian Castillo : Miembro del Jurado



Agradecimientos

Primeramente a Dios, por ser el más grande ejemplo de amor, por la inmensa bendición de darme la vida y en ella mi profesión y el destino maravilloso de poder ser Médico Ginecólogo y cumplir con la tarea suya de ayudar a traer vidas a este mundo.

A mis padres, por su apoyo incondicional y constante durante los años más duros de mi profesión, y por ser un ejemplo constante de vida a seguir.



ÍNDICE

	Pág.
Introducción	1
Material y método	3
Resultados	5
Discusión	20
Conclusiones	23
Referencias bibliográficas	25
Anexos	29



RESUMEN

Objetivos: Determinar las implicancias clínicas del Síndrome de Ovario Residual (SOR) en pacientes histerectomizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Central “Luis N. Saénz” de la Policía Nacional del Perú durante el período del 2003 al 2008.

Materiales y métodos: El estudio de diseño retrospectivo, descriptivo, transversal durante los periodos 2003 al 2008. Basado en la revisión de historias clínicas de 564 pacientes histerectomizadas, de las cuales se tomaron como muestra 143 pacientes sometidas a histerectomía por proceso benigno con conservación de uno o ambos ovarios, atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Central “Luis N. Saénz” de la Policía Nacional del Perú. Los datos se registraron en el programa estadístico SPSS versión 21. Para el análisis Descriptivo de las variables cuantitativas se determinaran mediante medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Para las variables cualitativas se determinaran frecuencias y porcentajes.

Resultados: De 564 pacientes sometidas a histerectomía durante el periodo del 2003 al 2008, 143 pacientes (25.3%) conservaron uno o ambos ovarios, de los cuales se identificaron 81 pacientes con patología de ovario residual. La edad de intervención de las pacientes que conservaron el ovario, fue en su mayoría ≤ 50 años (80.0%) con promedio de 47.31 ± 7.60 años. Durante el período de estudio se identificó dolor pélvico crónico en 40% de los casos, dispareunia en el 21.8% de los casos y quiste de ovario residual en el 16.4% de los casos. La incidencia de pacientes con síndrome de ovario residual durante el periodo 2003 a 2008, fue de 11%, la incidencia global de lesiones en los ovarios conservados fue de 3.2%. De las pacientes que conservaron el ovario el 18.2% fueron sometidas a

reintervención quirúrgica en su mayoría por masa anexial (69.2%). El tiempo promedio de aparición de los síntomas como dolor pélvico crónico fue de 3.82 ± 1.9 años, de dispareunia 3.58 ± 2.2 años, de aparición de los quistes de ovario fue de 3.89 ± 2.3 años. Solo 1.8% (1 caso) de pacientes que conservaron los ovarios desarrolló tumor maligno de ovario.

Conclusiones: De 564 pacientes intervenidas de histerectomía a 143 casos (25.3%) se le conservó uno o ambos ovarios, de las cuales 81 pacientes (56.6%) desarrolló SOR. Las pacientes que conservaron el ovario presentaron una edad promedio de $47,31 \pm 7,60$ años al momento de la intervención quirúrgica, con rango de edades en su mayoría ≤ 50 años (80.0%). Del grupo de estudio el 40% cursó con dolor pélvico crónico, el 21.8% presentó dispareunia y el 16.4% presentó quiste de ovario. La incidencia de pacientes con SOR durante el periodo 2003 a 2008, fue del 11%, registrando la mayor cantidad de casos en el año 2003 con 63.6% (21 casos) y la mínima el año 2008 con 27.2% (6 casos). El abordaje por laparotomía fue el de mayor elección en 137 pacientes (96.4%). Sobre el motivo de la cirugía, el 96.4% de pacientes que conservaron el ovario presentaron patologías uterinas. El 18.2% (26 pacientes) se sometieron a re-intervención quirúrgica, de las cuales el 69.5% fue por quiste de ovario, y el 30.8% de las pacientes re intervenidas fue por dolor pélvico crónico. De las 143 pacientes que conservaron al menos un ovario, solo el 1.8% (1 caso) desarrolló tumor maligno. De las 23 pacientes que presentaron quiste de ovario residual de acuerdo a los informes de anatomía patológica, se observó que el 77.8% de las pacientes presentaron quiste simple de ovario. Los síntomas identificados en la patología por ovario residual se presentaron a partir del tercer año post histerectomía.

Palabras claves: Histerectomía, Síndrome de Ovario Residual.

ABSTRACT

Objectives: To determine the clinical implications of residual ovary syndrome in hysterectomized (OVS) patients in the Gynecology Service of the National Hospital "Luis N. Saénz" during the periods of 2003 to 2008.

Materials and methods: A retrospective, descriptive, cross-sectional design with information of the 2003 to 2008 period. Based on a medical record review of 564 hysterectomy patients, 143 were selected who underwent through hysterectomy for benign process with preservation of one or both ovaries, treated at the department of gynecology at the Hospital Central LNS PNP. Data was recorded in SPSS version 21. The descriptive analysis of quantitative variables was determined by measures of central tendency and dispersion measures. Qualitative variables, frequencies and percentages were determined.

Results: From 564 patients who underwent a hysterectomy from 2003 to 2008, 143 patients (25.3%) preserved one or both ovaries, and 81 of them were identified with residual ovarian pathology. The mean age of patients who retained the ovary was ≤ 50 years (80.0%) with an average of 47.31 ± 7.60 years. During the period of study, chronic pelvic pain was reported in 40% of cases, dyspareunia in 21.8%, and residual ovarian cyst in 16.4% of cases identified. The incidence of patients with residual ovary syndrome during the period 2003-2008, was 11% and the overall incidence of injury in preserved ovaries was 3.2%. Within the patients who had ovarian retention, 18.2% underwent reoperation mostly of adnexal mass (69.2%). The average time from onset of symptoms such as chronic pelvic pain was 3.82 ± 1.9 years, 3.58 ± 2.2 years for dyspareunia and 3.89 ± 2.3 years for the

occurrence of ovarian cysts was. Only 1.8% (1 case) of patients with ovarian retention developed ovarian malignancy.

Conclusions: Within 564 patients operated on for hysterectomy, 143 cases (25.3%) retained one or both ovaries, of which 81 patients (56.6%) developed ROS. Patients who retained the ovary presented an average age of 47.31 ± 7.60 years at the time of surgery, and age range of ≤ 50 years (80.0%). Of the study group 40% presented chronic pelvic pain, 21.8% presented dyspareunia and 16.4% presented ovarian cysts. The incidence of patients with ROS during the period 2003-2008, is 11%, the highest case report was reported in 2003 with 63.6% (21 cases) and the lowest in 2008 with 27.2% (6 cases). The approach by laparotomy is the most frequent choice reported in 137 patients (96.4%). Concerning the reason for surgery, 96.4% of patients with ovarian retention presented uterine pathologies. The 18.2% (26 patients) had to undergo through a new surgical process, 69.5% due to ovarian cyst, and 30.8% due to chronic pelvic pain. From the 143 patients who kept at least one ovary, only 1.8% (1 case) developed a malignant tumor. From within the 23 patients who had residual ovarian cyst according to pathology reports, 77.8% of patients presented a simple ovarian cyst. The symptoms identified in residual ovarian pathology presented from 3 years post hysterectomy.

Keywords: Hysterectomy, Ovary Syndrome Residual

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con las circunstancias clínicas el cirujano ginecológico debe considerar la utilidad de conservar los ovarios en el momento de la histerectomía realizada debido a una enfermedad benigna. Algunos autores han destacado que la incidencia de neoplasias malignas en los ovarios retenidos puede considerarse una razón para efectuar una ooforectomía profiláctica y otros remarcan la existencia del “síndrome del ovario residual”, denominándose así a los signos y síntomas con una historia de conservación de ovario después de una histerectomía⁵; caracterizado por dolor pelviano recurrente, dispareunia, o por una masa pelviana persistente.²⁴ como único o un conjunto de síntomas⁶⁻⁷ Sin embargo, Funt controló 992 pacientes después de la conservación de un ovario o de ambos en el momento de la histerectomía e informó que ninguna de las pacientes desarrolló neoplasias ováricas malignas y que solo el 1.4% requirió una intervención quirúrgica posterior debido a la presencia de una masa anexial.²⁵

Por lo tanto, los beneficios de preservar la función ovárica parecen superar con creces el riesgo de sufrir una enfermedad ovárica que requiera una cirugía adicional. Antes de la cirugía el cirujano ginecológico debe analizar con la paciente los diversos riesgos y beneficios de la castración y debe estimularla a participar en la toma de decisiones relacionadas con el destino de sus ovarios.²⁴

En un informe retrospectivo que reunió 20 años de experiencia con pacientes con síndrome de ovario residual en las cuales se llevaron a cabo 2561 histerectomías, la incidencia de síndrome de ovario residual fue del 2.85%.⁶ En consecuencia, 1

de cada 35 mujeres sometidas a histerectomía presenta síntomas, es decir, experimenta dolor pelviano que, con frecuencia se asocia con un quiste benigno. Muchos clínicos hacen el corte a los 45 años, como la edad para recomendar fuertemente la ooforectomía profiláctica. Además, la enseñanza predominante es que la ooforectomía profiláctica en pacientes con bajo riesgo de cáncer ovárico debe ser evitada en menores de 40 años, rutinariamente efectuada en edades mayores de 50 años e individualizada en el intervalo.⁸

Además, se ha sugerido que cuanto más joven es la paciente al tiempo de la histerectomía, mayor es el número de años de riesgo para que desarrolle trastornos ováricos no malignos que requieran cirugía.¹⁰

Por lo antes expuesto se trabaja el presente estudio orientado a evaluar las implicancias clínicas de ovarios conservados durante la histerectomía por procesos benignos, reconsiderando la posibilidad de la ooforectomía al momento de la histerectomía, obviamente teniendo en cuenta los grupos etáreos y factores de riesgo. Otro aspecto es identificar si la presencia de síndrome de ovario residual en las pacientes de estudio tuvo relación con incidencia de malignidad, este hecho considerado de importancia ya que se sabe que el riesgo de cáncer aumenta con la edad y tradicionalmente el tumor ovárico que se presenta durante la menopausia es considerado como alto riesgo para cáncer.

Se pretende en el presente estudio analizar los signos y síntomas (implicancias) entre pacientes que fueron histerectomizadas que conservaron uno o los dos ovarios. Estos resultados servirán de punto de partida para futuros trabajos de

investigación sobre el tema, ya que aún sigue habiendo controversia en el ámbito ginecológico sobre la realización o no de la ooforectomía profiláctica.



MATERIAL Y MÉTODO

El estudio de diseño retrospectivo, descriptivo, transversal. Durante los periodos 2003 al 2008. Basado en la revisión de historias clínicas de 564 pacientes histerectomizadas, de las cuales se tomaron como muestra todas las pacientes sometidas a histerectomía por proceso benigno con conservación de uno o ambos ovarios, en el servicio de ginecología del Hospital Central Luis Nicasio Sáenz Policía Nacional del Perú. Una vez gestionados los permisos correspondientes a la dirección general del hospital y oficina de docencia e investigación, se procedió a la identificación y selección de las muestras de pacientes tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. La recolección de los datos de interés se realizó mediante una Ficha de Recolección de Datos previamente estructurada de acuerdo a las variables a investigar. Finalmente, una vez recolectada la información, se procedió a la tabulación de estos datos para su posterior evaluación y análisis.

Los datos fueron codificados y luego ingresados a una base de datos creada en el programa estadístico SPSS versión 2.1 (Statistical Package of Social Science) para su análisis, se tomó en cuenta todas las variables e indicadores, realizando el análisis descriptivo y analítico con el mismo paquete estadístico.

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se determinaron mediante medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Para las variables cualitativas se determinaron frecuencias y porcentajes.

Las gráficas fueron diseñadas en Excel 2010, se utilizó las herramientas de diagrama de barras y/o diagrama circular.

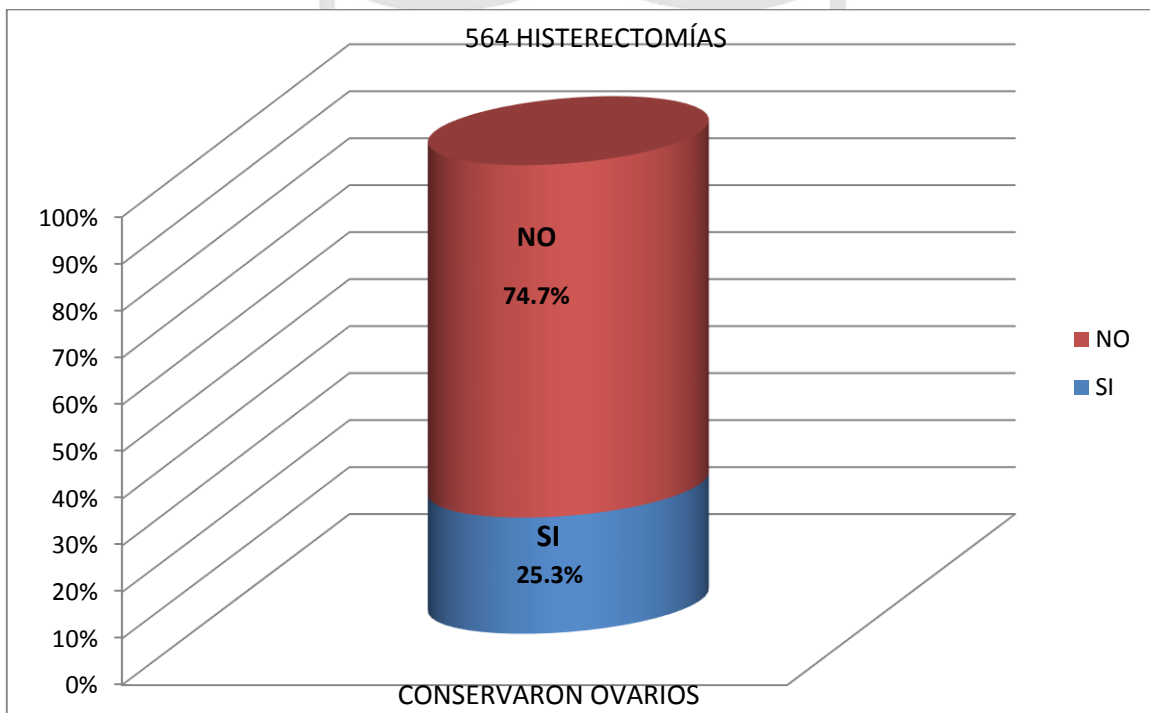
Desde el punto de vista ético al no ser un estudio no experimental, no existirán riesgos físicos y/o psicológicos, riesgo de muerte y/o de alteración de la calidad de vida ni daños a terceros.



RESULTADOS

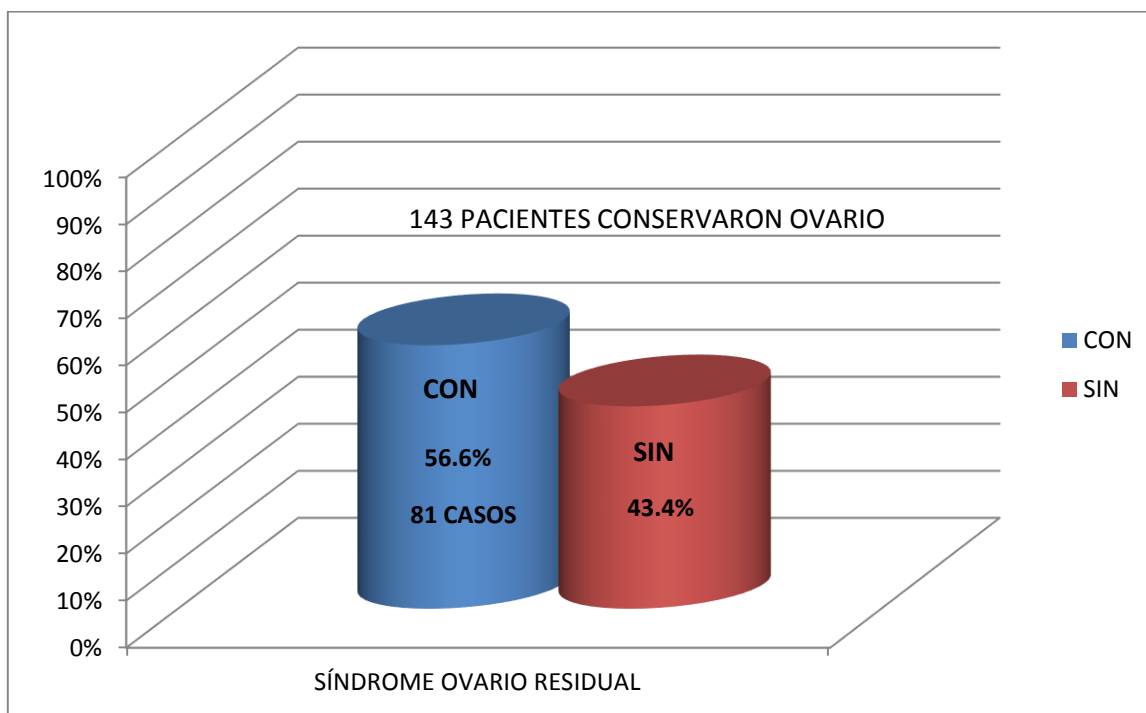
A continuación los resultados del estudio: De 564 pacientes intervenidas de histerectomía atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía en el periodo 2003 al 2008: tuvieron conservación de uno o ambos ovarios 143 pacientes, de las cuales se identificaron 81 pacientes con patología de ovario residual.

Gráfico N°1: Pacientes intervenidas de histerectomía con conservación de ovarios, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008.



De 564 pacientes intervenidas de histerectomía atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía en el periodo 2003 al 2008: tuvieron conservación de uno o ambos ovarios el 25.3% correspondiente a 143 casos. Asimismo el grupo que no se preservó ovarios corresponde al 74.7% en un total de 421 pacientes. (ver gráfico N°1)

Gráfico N°2: Pacientes intervenidas de histerectomía con conservación de ovarios, que desarrollaron Síndrome de Ovario Residual, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008.



De 143 pacientes que conservaron uno o ambos ovarios el 56.6% desarrolló Síndrome de Ovario Residual correspondiente a 81 casos. Asimismo el 43.4% de estas pacientes no presentó patología de ovario residual. (ver gráfico N° 2)

Tabla N°1: Características generales de las pacientes intervenidas de histerectomía con conservación de ovarios, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008.

Edad promedio de intervención	± DS (Min. - Máx.) 47,31 ± 7,6 (30-77)	
Distribución de grupos según edad de intervención.		
<= 50 años	114	80,0%
51-60 años	18	12,7%
61-70 años	8	5,5%
71-80 años	3	1,8%
> 80 años	-	-
Tipo de paciente.		
Titular	36	25,5%
Cónyuge	99	69,1%
Madre	5	3,6%
Civil	3	1,8%
Total	143	100,0%

En general, las características de los 143 pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía. Las pacientes que conservaron el ovario tenían edad promedio de intervención 47,31 ± 7,60 años, y con rango de edades en su mayoría <=50 años (80.0%). Asimismo, las pacientes en las que conservaron su ovario fueron en su mayoría cónyuges (69.1%), titular (25.5%), madre (3.6%) y civil (1.8%). (ver Tabla N° 1 y Gráfico N° 3, 4).

Gráfico N°3: Edad de intervención (años) de las pacientes intervenidas de histerectomía con conservación de ovarios, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008.

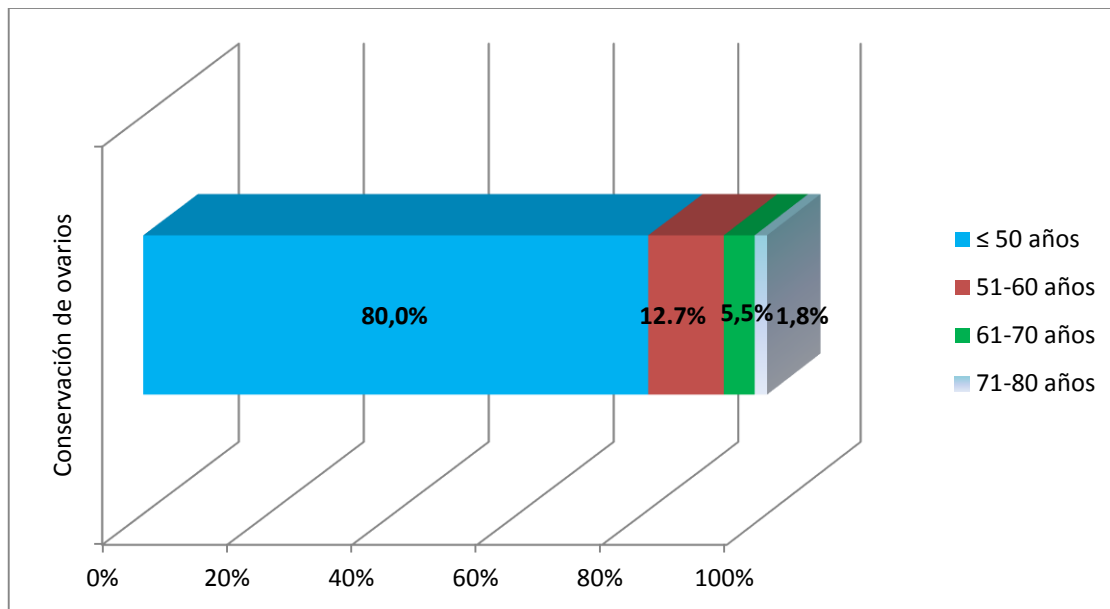


Gráfico N°4: Tipo de pacientes intervenidas de histerectomía con conservación de ovarios, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008.

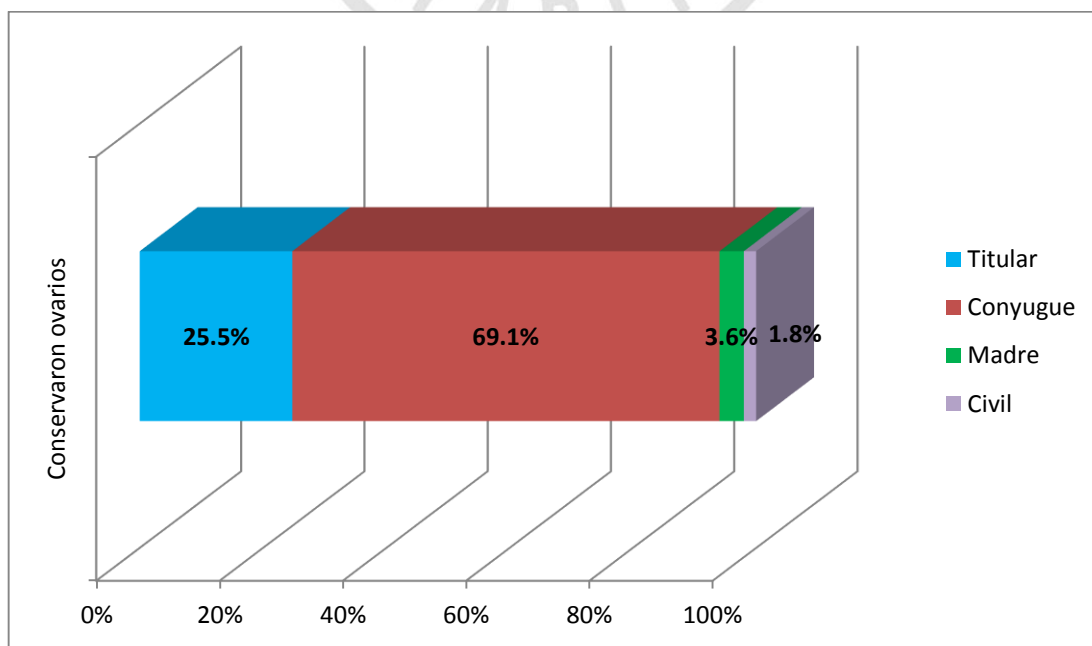
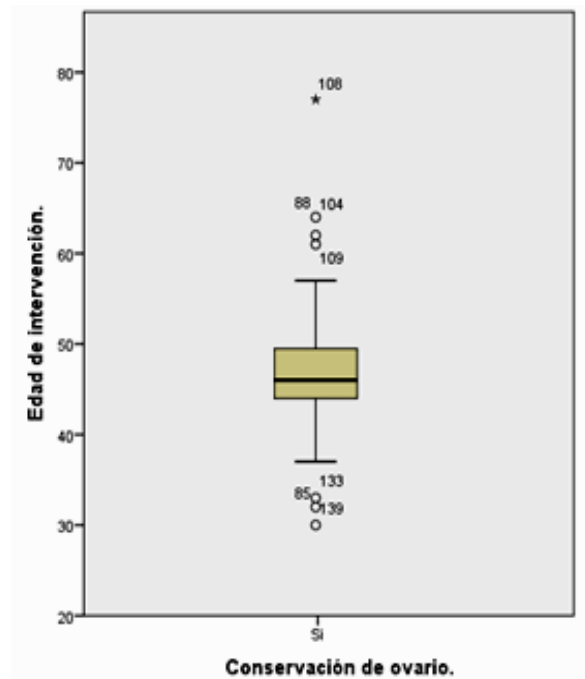


Gráfico N°5: Grafico de cajas: Edad de intervención de las pacientes intervenidas de histerectomía con conservación de ovarios, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008.



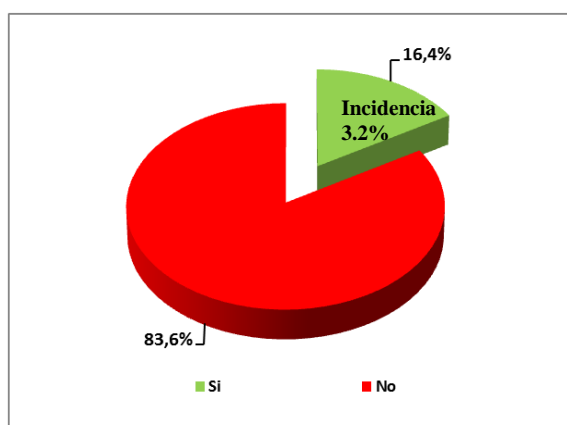
En el gráfico de cajas se aprecia que la edad de intervención de las pacientes que conservaron el ovario tiene menor dispersión o agrupamiento con respecto al valor mediano de la edad (46 años). (ver gráfico N°5).

Tabla N°2: Implicancias clínicas en las pacientes intervenidas de histerectomía con conservación de ovarios, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008.

Implicancias clínicas	N	%
	Dolor crónico	
Si	57	40,0%
No	86	60,0%
Dispareunia		
Si	31	21,8%
No	112	78,2%
Quiste de ovario		
Si	23	16,4%
No	120	83,6%
Total	143	100%

Entre las implicancias clínicas que presentaron las pacientes: el 40% que conservaron el ovario evidenciaron dolor pélvico crónico. Asimismo, se encontró que el 21.8% de las pacientes que conservaron el ovario tuvieron dispareunia. Sobre el quiste de ovario residual, este se identificó en el 16.4% del total de casos. (ver Tabla N° 2).

Gráfico N°6: Implicancias clínicas: Quiste de ovario en las pacientes que conservaron el ovario, intervenidas de histerectomía atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 al 2008.



De 143 pacientes a quienes se les conservó al menos un ovario, 23 pacientes desarrollaron quiste de ovario residual (16.4%), asimismo sobre ello se calcula la Incidencia global de lesiones en los ovarios conservados del 3.2% por año.

Tabla N°3: Distribución de casos de pacientes con Síndrome de Ovario Residual según año de intervención, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008.

Año	Pacientes Histerectomizadas	Pacientes con Síndrome de Ovario Residual	%
2003	45	21	46.6%
2004	52	14	26.9%
2005	61	12	19.7%
2006	87	15	17.2%
2007	156	13	8.3%
2008	163	6	3.6%
Total	564	81	14.3%

Del total de pacientes histerectomizadas se identificaron 81 casos de pacientes con Síndrome de ovario residual que corresponde al 14.3% durante el periodo 2003 al 2008. Asimismo el 46.6% del total de casos corresponden al año 2003, con un menor porcentaje de casos del 3.8% registrados a partir del año 2008. (ver Tabla N°3).

Tabla N°4: Incidencia de pacientes con Síndrome de Ovario Residual según año de intervención, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008.

Año	Pacientes que conservaron ovarios	Pacientes con Síndrome de Ovario Residual	%
2003	33	21	63.6%
2004	24	14	58.3%
2005	20	12	60.0%
2006	26	15	57.6%
2007	18	13	72.2%
2008	22	6	27.2%
Total	143	81	56.6%
Incidencia anual			11%

La incidencia de pacientes con síndrome de ovario residual durante el periodo 2003 a 2008, fue de 11%, registrando la mayor cantidad de casos en el año 2003 con 63.6% (21 casos) y la mínima el año 2008 con 27.2% (6 casos). (ver Tabla N° 4 y Gráfico N°5)

Gráfico N°7: Distribución de casos de pacientes con Síndrome de Ovario Residual según año de intervención, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008.

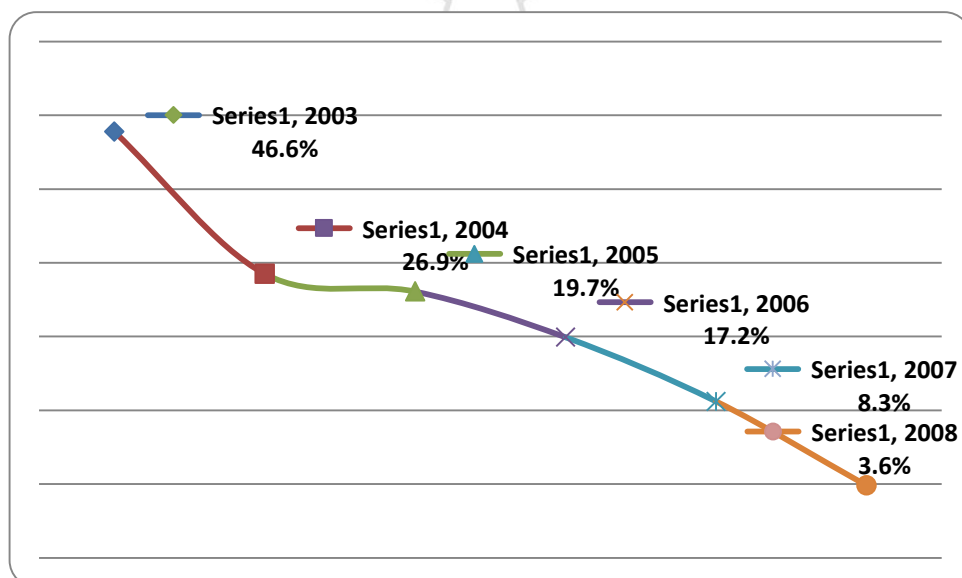
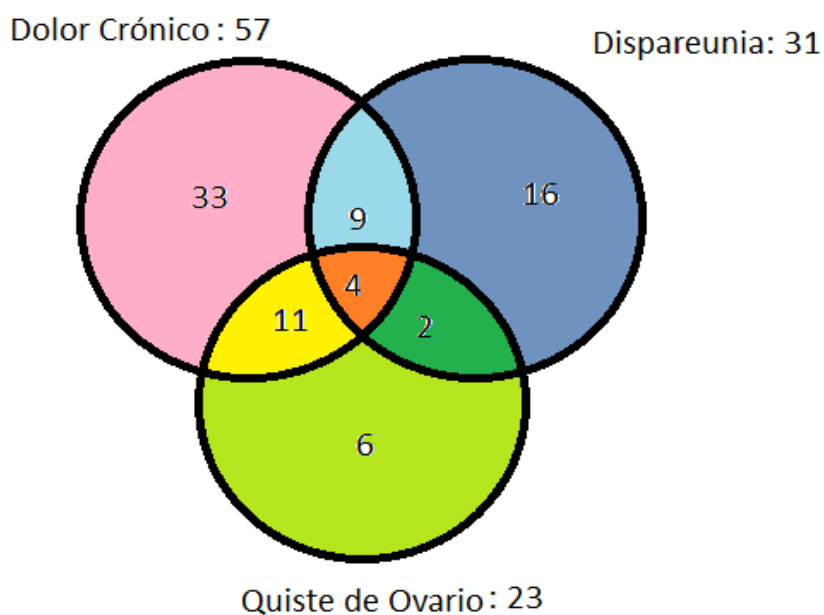


Tabla N°5: Distribución de pacientes según síntomas identificados en patología de Ovario Residual, de las pacientes sometidas a histerectomía atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008

Distribución de pacientes por síntomas de patología en Ovario Residual		%
Presentaron un síntoma	55	67.9%
Presentaron dos síntomas	22	27.2%
Presentaron tres síntomas	4	4.9%
Total	81	100%

Del total de 143 pacientes, se identificaron que 55 pacientes correspondientes al 67.9% presentaron solo un síntoma, 22 (27.2%) pacientes presentaron dos síntomas y 4 pacientes correspondientes al 4.9% presentaron los tres síntomas del ovario residual.

Gráfico N°8: Distribución de pacientes según síntomas identificados en patología de Ovario Residual, de las pacientes sometidas a histerectomía atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008



Respecto a la Distribución de síntomas en las pacientes con síndrome de ovario residual: evidenciaron dispareunia 31 pacientes (21.8%) durante los años 2003 al 2008. Más frecuente fueron los pacientes que presentaron síntomas de dolor crónico: 57 pacientes (40%). Otro síntoma con menos frecuencia que el dolor crónico, fue el quiste ovárico, con un promedio de 23 pacientes (16.4%). (ver Gráfico N° 8)

Tabla N°6: Características quirúrgicas de las pacientes intervenidas de histerectomía con conservación de ovario, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008.

Características quirúrgicas	Conservación de ovario	
	Si	
	N	%
Abordaje quirúrgico.		
Vaginal	3	1,8%
Abdominal	137	96,4%
Laparoscópico	3	1,8%
Motivo de la cirugía.		
Patologías uterinas (Miomatosis, endometrio engrosado)	137	96,4%
Distopia genital	3	1,8%
Otras causas	-	-
DIU incrustado	3	1,8%
Total	143	100,0%

Y entre las características quirúrgicas, en la mayoría de pacientes que conservaron el ovario se les hizo un abordaje quirúrgico de tipo abdominal (96.4%), solo en un 1.8% de pacientes fue de forma vaginal y laparoscópico respectivamente. En cuanto, al motivo de la cirugía, el 96.4% de pacientes que conservaron el ovario reportaron patologías uterinas (miomatosis uterina y endometrio engrosado), 1.8% distopia genital y otro 1.8% dispositivo intrauterino (DIU) incrustado. (ver Tabla N° 6 y Gráfico N° 9 y 10)

Gráfico N°9: Abordaje quirúrgico de las pacientes intervenidas de histerectomía con conservación de ovario, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008.

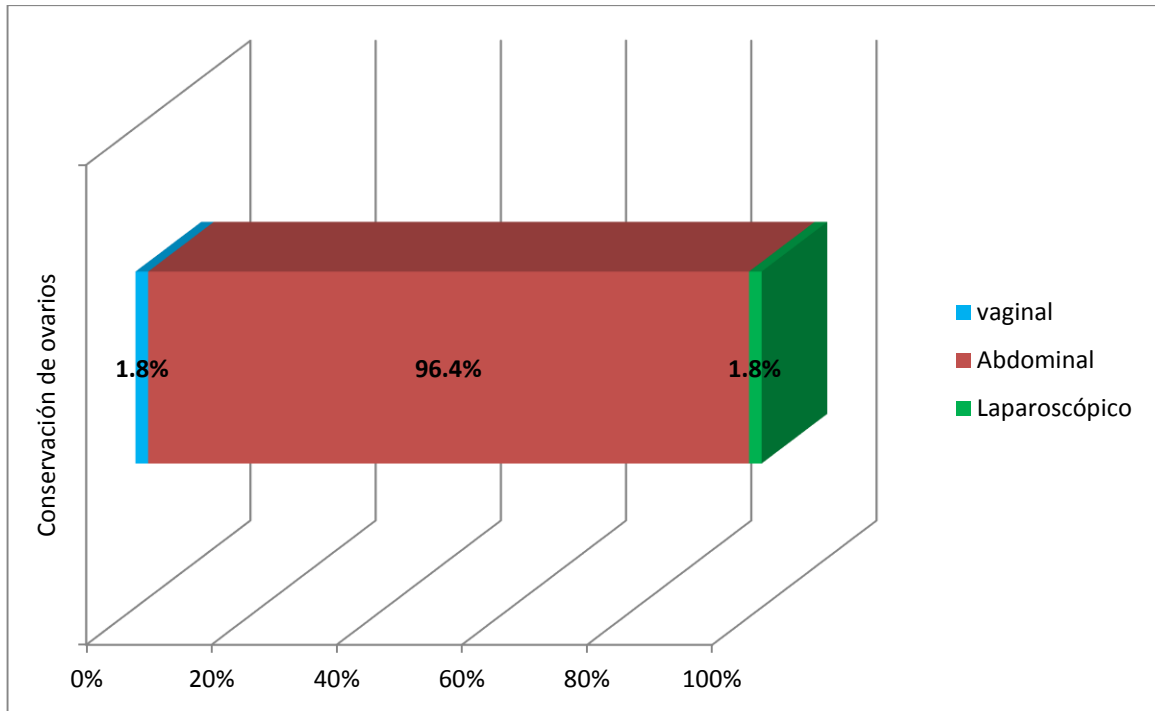


Gráfico N°10: Motivo de cirugía de las pacientes intervenidas de histerectomía con conservación de ovario, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 a 2008

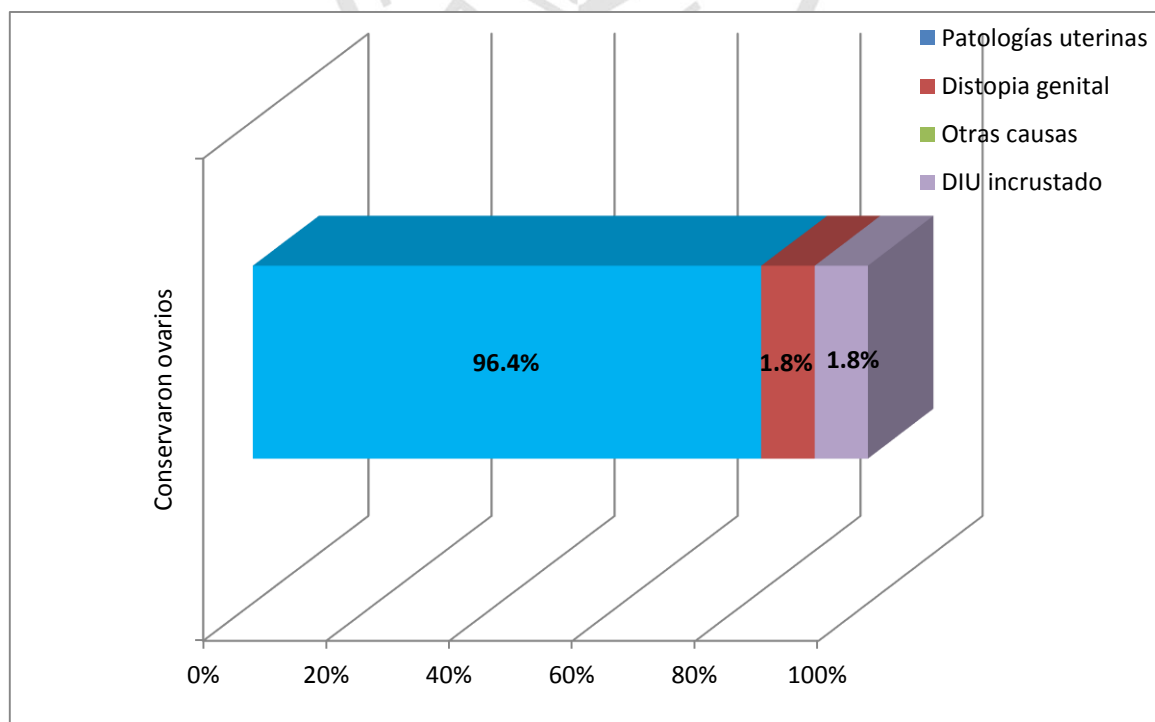


Tabla N°6: Pacientes con antecedente de histerectomía más conservación de ovarios, sometidas a Re-intervención Quirúrgica, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 al2008.

Pacientes sometidas a re-intervención quirúrgica	N	%
Si	26	18,2%
No	117	81,8%
Total	143	100,0%

De 143 pacientes sometidas a histerectomía con conservación de ovarios el 18.2% tuvo que ser sometida a nueva intervención quirúrgica, versus el 81.8% que no requirió nuevo procedimiento. (ver Tabla N° 7y Gráfico N° 11)

Gráfico N°11: Pacientes con antecedente de histerectomía más conservación de ovarios, sometidas a Re-intervención Quirúrgica, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 al2008.

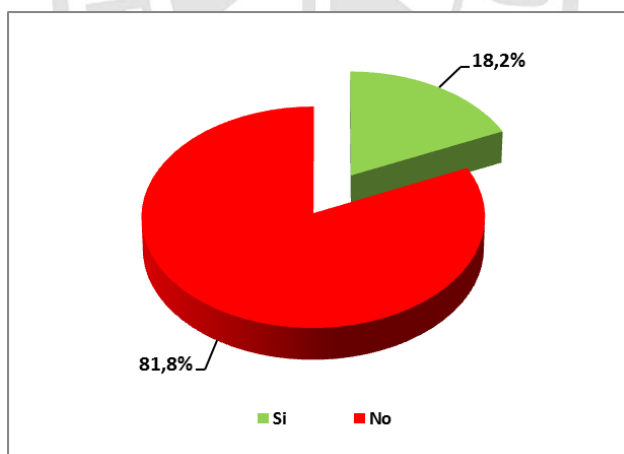


Tabla N°8: Motivos de segunda intervención quirúrgica de las pacientes con antecedente de histerectomía más conservación de ovarios, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 al 2008.

Motivo de re-intervención quirúrgica	N	%
Quiste de ovario		
Quistectomía laparoscópica	7	26.9%
Laparotomía +Quistectomía	11	42.3%
Total	18	69.5%

Dolor crónico		
Laparoscopia exploratoria	8	30.8%
Total de Pacientes que fueron Re-intervenidas	26	18.2%

El 69.5% de las pacientes que fueron re intervenidas quirúrgicamente por quiste de ovario, de las cuales al 42.3% se le realizo quistectomía por laparotomía, y al 26.9% se le realizo quistectomía laparoscópica. Además, el 30.8% de las pacientes re intervenidas fue por dolor pélvico crónico, a quienes se le realizo laparoscopia exploratoria. (ver Tabla N° 8)

Tabla N°9: Presencia de tumores malignos de las pacientes con antecedente de histerectomía más conservación de ovarios, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 al 2008.

Malignidad	N	%
Si	1	0.69%
No	142	99.31%
Total	143	100.0%

De las 143 pacientes con antecedente de histerectomía mas conservación de uno o ambos ovarios solo el 0.69% (1 caso) desarrolló tuvo tumor maligno, frente al 99.31% de las pacientes que no desarrollaron neoplasia. (ver Tabla N° 9)

Tabla N°10: Resultado de patología de los quistes identificados en la re-intervención quirúrgica de las pacientes con antecedente de histerectomía más conservación de ovarios, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 al 2008.

Resultado de patología	N	%
Quistes simples (serosos)	13	78.3%
Quiste complejo (borderline)	4	17.4%
Neoplasia maligna de ovario (carcinoma)	1	4.3%
Total	18	100.0%

De las 23 pacientes que presentaron quiste de ovario residual de acuerdo a los informes de anatomía patológica, se observó que el 77.8% de las pacientes presentaron quiste simple, 16.7% manifestaron quiste complejo y solo el 4.3% (1 caso) reveló neoplasia maligna de ovario.

Tabla N°11: Tiempo promedio (en años) de aparición de los síntomas según conservación de ovario, en las pacientes intervenidas de histerectomía atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional de Policía 2003 al 2008.

APARICIÓN DE SÍNTOMAS (AÑOS)	
Media ± DS	
Dolor crónico	3,82 ± 1.9
Dispareunia	3,58 ± 2.2
Quiste de ovario	3,89 ± 2.3

El tiempo promedio de aparición de los síntomas como dolor crónico de las pacientes que conservaron el ovario fue de 3.82 ± 1.9 años. Asimismo, el tiempo promedio de aparición del síntoma de dispareunia de las pacientes que conservaron el ovario fue de 3.58 ± 2.2 años. El tiempo promedio de aparición de masa anexial: quiste de ovario entre las pacientes que conservaron el ovario fue de 3.89 ± 2.3 años.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio de 564 pacientes sometidas a histerectomía, el 25.3% tuvieron conservación de al menos un ovario, dato que se encuentra por debajo de otras series en las que se preservan los ovarios en un 40 a 50%, diferencia que puede sustentar su causa en la decisión de preservar o no los ovarios según el criterio del cirujano, el tipo de paciente e incluso características propias de nuestro hospital. En cuanto al promedio de edad al momento de la intervención fue de $47,31 \pm 7,60$ (30 - 77), siendo estos resultados similares a otras series publicadas. Se evidencia por lo tanto que hay tendencia a realizar ooforectomía de rutina sobre los 45 años como lo hace mención Dekel A. et al. en su estudio "Síndrome de ovario residual 20 años de experiencia".

Es importante señalar que de 143 pacientes con conservación de ovario desarrollaron patología de ovario residual 81 casos (56.6%), lo que reflejado en una incidencia anual de casos de Síndrome de Ovario Residual resulta en un 11% que difiere en porcentaje más alto que otros informes como los de DeKel A. et al. quien describe incidencia del SOR del 2.85%, o los de Hwo YM. et al. quien describe incidencia del 2.3%; las diferencias halladas en estos valores se pueden sustentar sobre el probable sesgo en la sintomatología como el identificar dolor pélvico crónico cuya descripción de evolución aguda o crónica no se especificó en todas las historias revisadas tomándose como crónica a toda consulta por dolor pélvico, asimismo el dolor pélvico descrito se puede incluir en más de un diagnóstico diferencial; sin embargo frente a esta controversia en nuestro estudio se calculó la incidencia global de las lesiones en los ovarios conservados del

3.2%, que representa la presencia de quiste anexial inherente al ovario conservado cuyo diagnóstico se limita al mismo, lo que si resulta compatible con otros informes como los de Plöckinger B. et al. quien describe incidencia global las lesiones en los ovarios retenidos del 3.95% en un periodo de 10 años de seguimiento.

Respecto de las implicancias clínicas nuestro estudio identifica que el 40% de las pacientes que conservaron el ovario evidenciaron dolor pélvico, así mismo se encontró que el 21.8% presentó dispareunia y el 16.4 % evidenciaron quiste de ovario, resultados que mantienen puntos de comparación en cuanto al orden de presentación en frecuencia de síntomas identificados en otros informes publicados.

La presencia del desarrollo de neoplasia maligna sobre el ovario residual en 143 pacientes que conservaron al menos un ovario correspondió al 0.69% del total de casos, siendo este resultado compatible sobre la baja incidencia de cambios malignos identificados también en otras series publicadas. Acerca de esto resulta importante observar como menciona Gallo J. que hay una tendencia generalizada a realizar ooforectomía al mismo tiempo que la histerectomía, con la idea de que la ooforectomía profiláctica es la mejor estrategia para disminuir la tasa de cáncer de ovario. Sin embargo es importante considerar que el cáncer de ovario ocupa el quinto lugar en frecuencia y que corresponde solo a un 2% del total de casos de cáncer a nivel nacional.

Christ JE. et al. describe que el intervalo entre la histerectomía y la aparición de los síntomas de la cirugía para el residuo de goma anexial varía desde los 4 meses a 26 años; y que en más del 50% de las mujeres se presentan dentro de los 5 años, y el 75% dentro de los 10 años, en nuestro estudio el tiempo promedio de aparición de los síntomas fue a partir de los 3 años y medio en promedio, tiempo de latencia descrito sobre la base de los informes publicados.

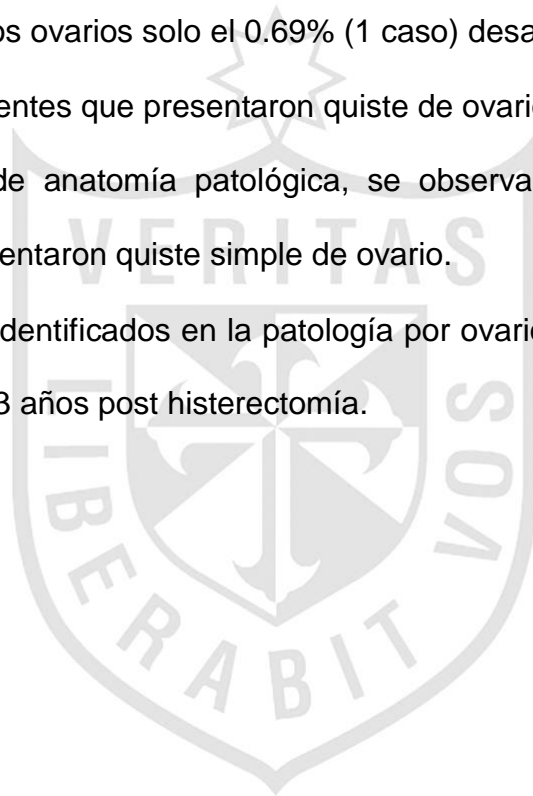
La reexploración quirúrgica resulta siendo una consecuencia de la patología del ovario residual, en nuestro estudio fueron el 18.2% las pacientes a quienes se les tuvo que realizar una nueva intervención siendo la indicación principal los quistes de ovario residual en un 69.2% frente al 30.8% de casos que tuvieron reexploración quirúrgica por dolor pélvico crónico; causas similares que fueron motivo de re exploración quirúrgica en otras series publicadas.

Actualmente aún es evidente que la decisión de extirpar o conservar los ovarios está basada en conclusiones obtenidas de datos observacionales, la recomendación del cirujano, o la solicitud de la paciente, e incluso muchos clínicos hacen el corte a los 45 años, como la edad para recomendar fuertemente la ooforectomía profiláctica. Resulta importante entonces considerar que la tendencia debe estar dirigida hacia la conservación de al menos un ovario, porque tal como lo menciona Gallo J. los efectos beneficiosos de preservar los ovarios incluirán disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular, fractura osteoporótica, demencia, Parkinson, disfunción sexual, de modo que la preservación de los ovarios hasta la edad de 65 años se asociará con tasas de supervivencia más altas.

CONCLUSIONES

- En el estudio de 564 pacientes intervenidas de histerectomía a 143 casos (25.3%) se le conserva uno o ambos ovarios.
- De 143 pacientes que conservaron uno o ambos ovarios, 81 pacientes (56.6%) desarrolla Síndrome de Ovario Residual.
- Las pacientes que conservaron el ovario tienen una edad promedio de $47,31 \pm 7,60$ años al momento de la intervención quirúrgica, y con rango de edades en su mayoría ≤ 50 años (80.0%).
- Entre las implicancias clínicas que presentan las pacientes que conservaron el ovario el 40% cursa con dolor pélvico crónico, el 21.8% presenta dispareunia y el 16.4% presenta quiste de ovario.
- De 81 casos identificados con síndrome de ovario residual el 67.9% de pacientes presenta un solo síntoma, el 27.2% dos síntomas asociados, y solo el 4.9% desarrolla tres síntomas.
- La incidencia de pacientes con síndrome de ovario residual durante el periodo 2003 a 2008, es del 11%, registrando la mayor cantidad de casos en el año 2003 con 63.6% (21 casos) y la mínima el año 2008 con 27.2% (6 casos).
- En cuanto al abordaje quirúrgico las pacientes sometidas a histerectomía que preservaron uno o ambos ovarios el abordaje por laparotomía es el de mayor elección en 137 pacientes (96.4%). Sobre el motivo de la cirugía, el 96.4% de pacientes que conservaron el ovario presentan patologías uterinas (miomatosis uterina y endometrio engrosado).

- De 143 pacientes sometidas a histerectomía con conservación de ovarios el 18.2% (26 pacientes) se somete a re-intervención quirúrgica.
- El 69.5% de las pacientes que fueron re intervenidas quirúrgicamente, fue por quiste de ovario, de las cuales al 42.3% se le realizo quistectomía por laparotomía. Además, el 30.8% de las pacientes re intervenidas fue por dolor pélvico crónico, a quienes se les realizo laparoscopia exploratoria.
- De las 143 pacientes con antecedente de histerectomía mas conservación de uno o ambos ovarios solo el 0.69% (1 caso) desarrolló tumor maligno.
- De las 23 pacientes que presentaron quiste de ovario residual de acuerdo a los informes de anatomía patológica, se observa que el 77.8% de las pacientes presentaron quiste simple de ovario.
- Los síntomas identificados en la patología por ovario residual se presentan a partir de los 3 años post histerectomía.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Annegers JF, Strom H, Decker DG, Dockerty MD, O'Fallon WM: Ovarian cancer: reappraisal of residual ovaries. *Am J ObstetGynecol* 97:124,
2. Backstrom CT, Boyle H: Persistence of premenstrual tension symptoms in hysterectomized women. *Br J ObstetGynecol*. 1981; 88:530.
3. Barlow DH, Macnaughton MC, Mowat J, Coutts JRT: Hormone profiles in the menopause. In *Functional Morphology of the Human Ovary*, Edited by JRT Coutts. Baltimore, University Park Press, 1981, p 223
4. Beavis ELG, Brown JB, Smith MA: Ovarian function after hysterectomy with conservation of the ovaries in premenopausal women. *J ObstetGynaecol Br. Commonw*. 1969; 76:969.
5. Begum B, Akhter N, Khanam A, F Begum F, Identified ureter within structures of residual ovarian syndrome *Bang Med J (Khulna)* 2012; 45 : 36-37
6. Bellas BA, Yazigi R, R Risser. El pronóstico del cáncer de ovario en desarrollo en el ovario residual. *GynecolOncol* 1991. Nov; 43 (2) :164-6
7. Bukovsky I, Liftshitz Y, Langer R, Weinraub Z, Sadovsky G, Caspi E. Ovarian residual syndrome. (1988).
8. Christ JE, Lotze EC. The residual ovary syndrome. *Obstetrics and Gynecology* 1975; 46:551-6.
9. Counseller VS, Hunt W, Haigler FH: Carcinoma of the ovary following hysterectomy. *Am J ObstetGynecol* 69:538, 1955
10. Cutler WB, Garcia CR: Osteoporosis. In *The Medical Management of Menopause and Premenopause : Their Endocrinologic Basis*. Philadelphia, JB Lippincott Co. 1984, p 49.
11. Paredes A., Díaz P., Dávila A., Arce C. Ventajas y desventajas de la ooforectomía incidental en pacientes entre 35 y 45 años *.Avances Gineco-Obstetricia.* 3:15-19. Disponible en:<http://www.hsj.com.mx/Content/Images/Rev03.html>
12. Siddall J, Rae T, Rogers V, Witherow R, Flanagan A, W. Beard R. Chronic pelvic pain caused by residual ovaries and ovarian remnants. *BJOG*. 1994 Nov; 101(11): 979–85.
13. Dekel A, Efrat Z, Orvieto R, Levy T, Dicker D, Gal R, Ben-Rafael Z. The residual ovary syndrome: a 20-year experience. *Eur J ObstetGynecol Reproductive Biol*. 1996;68:159–164. doi: 10.1016/0301-2115(96)00250-3.
14. Díaz L, Omaña D, Santos M, Zambrano B. ¿Se justifica la ooforectomía profiláctica en histerectomías? *RevObstetGinecolVenez* 2009;69(4):231-238
15. Parker WH, Broder MS, Chang E, et al. Ovarian conservation at the time of hysterectomy and long-term health outcomes in the Nurses' Health Study. *Obstet Gynecol*. 2009;113(5):1027-1037.

16. Sigtler SE, Boike GM, Estape RE, Averette HE. Ovarian cancer in women with prior hysterectomy: a 14 year experience at the University of Miami Obstetrics and Gynecology 1991;78:681-4
17. Jacoby VL; Grady D; Wactawski JW; Manson JE; Allison M A; Kuppermann M; Sarto GE; Robbins J; Phillips L; Martin LW; O'Sullivan MJ; Jackson R. Rodabough J; Stefanick ML. Oophorectomy vs Ovarian Conservation With Hysterectomy Cardiovascular Disease, Hip Fracture, and Cancer in the Women's Health Initiative Observational Study. Arch Intern Med. 2011; 171(8):760-768.
18. Gallo J., Conservación de los ovarios frente a ooforectomía bilateral en pacientes sometidas a histerectomía por procesos benignos. Elsevier (Espa) 2009; 39(3):94-98
19. Orozco L., Controversias de la ooforectomía profiláctica bilateral durante la histerectomía electiva. Acta Médica Costarricense (Cost. Ric) 2008; 50 (3). Disponible: http://www.actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica
20. Urrutia M, Araya A, Padilla O. Sexualidad e histerectomía: diferencias entre un grupo de mujeres con y sin ooforectomía. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2011; 76 (3): 138-146.
21. Souchón, Pedero Blanco; Paolini, Armando; Maldonado, Gerardo; Collins, Milangel; Guada, Lusbel; Collins, Milangel. Síndrome de ovario residual. Revisión de años 1989 a 1993. Maternidad Sta Ana I.V.S.S. Caracas. I.V.S.S.
22. Mancuso A , Anna D'R , Dugo C , Leonardi R . El ovario residual después de la histerectomía. ClinExpObstet Gynecol. 1991; 18 (2) :117-9.
23. SOCOLA F; SAIRE M; TONE J, ESCUDERO F. Efecto de la histerectomía con preservación de uno o dos ovarios sobre la concentración de estradiol en mujeres premenopáusicas. *RevMedHered.* 2009;20:(2)185-190.
24. Gibss RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE. Obstetricia y Ginecología de Danforth .10 a ed.: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins. Barcelona (España). 2008
25. Gordon A, Rosenstein N, Parmley T, Bhagavan B: Benign cystic teratomas in postmenopausal women. Am J ObstetGynecol. 1980;138:1120.
26. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, McPherson K, Coulter A, Yeates D. The epidemiology of hysterectomy: Findings in a large cohort study. BJOG 1992; 99:402-407.
27. Guraya S. Observaciones histoquímicas en el cuerpo lúteo del ovario después de la menopausia con referencia a la síntesis de hormonas esteroideas: Arco ItalAnatEmbriol 1976. 56:189.
28. Hoogendoorn D. The odds on hysterectomy and estimation of the number of cancer deaths prevented by hysterectomies in their current incidence. Ned MilitGeneeskdTijdschr 1984;128 (41): 1937-1940.
29. Hunter DJ, Julier D, Franklin M, Green E: Plasma levels of estrogen, luteinizing hormone, and follicle-stimulating hormone following castration and estradiol implant. ObstetGynecol.1977; 49:180.

30. Jacoby VL; Grady D; Wactawski JW; Manson JE; Allison M A; Kuppermann M; Sarto GE; Robbins J; Phillips L; Martin LW; O'Sullivan MJ; Jackson R. Rodabough J; Stefanick ML. Oophorectomy vs Ovarian Conservation With Hysterectomy Cardiovascular Disease, Hip Fracture, and Cancer in the Women's Health Initiative Observational Study. *Arch Intern Med.* 2011;171(8):760-768
31. John A. Rock y Howard W. Jones III. *Te Linde Ginecología quirúrgica.* 9a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2006. V.2: 702-3
32. McNatty KP, Makris A, DeGrazia C, Osathanondh R, Ryan KJ: The production of progesterone, androgens, and estrogens by granulosa cells, thecal tissue and the stromal tissue by human ovaries in vitro. *J Clin Endocrinol Metab.* 1979 ; 49:687.
33. Kim HY, Kim JW, Kim SH, Kim YT, Kim JH. An analysis of the risk factors and management of lymphocele after pelvic lymphadenectomy in patients with gynecologic malignancies. *Cancer Res Treat.* 2004;36:377-383.
34. Lepine LA, Hillis SD, Marchbanks PA, Koonin LM, Morrow B, Kieke BA, et al. Hysterectomy surveillance - United States, 1980-1993. *Morbidity Mortality Weekly Report.* Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Surveillance summaries. 1997; Vol. 46, issue SS-4:1-15.
35. Magtibay PM. Magrina JF. Ovarian remnant syndrome. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2006 Sep; 49: 526-34
36. Magtibay PM, Nyholm JL, Hernandez JL, et al. Ovarian remnant syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 2062
37. Mancuso A, Anna D'R , Dugo C , Leonardi R . El ovario residual después de la histerectomía. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 1991; 18 (2):117-9.
38. Cutler WB, Garcia CR: The psychoneuroendocrinology of the ovulatory cycle of woman. *Psychoneuroendocrinology.* 1980; 5:89,
39. Nezhat CH, Seidman DS, Nezhat FR, et al. Ovarian remnant syndrome after laparoscopic oophorectomy .*Fertil Steril* 2000; 74: 1024.
40. Nicosia SV. Los cambios morfológicos en el ovario humano a través de la vida. In *Comprehensive Endocrinology: The Ovary*, Edited by L Martini, GB Serra. New York, Raven Press, 1983, p 57
41. Novak ER, Goldberg B, Jones GS. Histoquímica enzimática del ovario asociado con la menopausia endometrio normal y anormal. *Am J Obstet Gynecol* 1965; 93:669.
42. Olive DL. Dogma, skepticism, and the analytic method: the role of prophylactic oophorectomy at the time of hysterectomy. *Obstetrics and Gynecology.* 2005; Vol. 106, issue 2:214-5
43. Parker WH, Broder MS, Chang E, et al. Ovarian conservation at the time of hysterectomy and long-term health outcomes in the Nurses' Health Study. *Obstet Gynecol.* 2009; 113(5):1027-1037.
44. Punnonen R: Effect of castration and peroral estrogen therapy on the skin. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1972; 21:1,

45. Randall CL: Ovarian conservation. In Progress in Gynecology, Edited by JV Meigs, SH Sturgis. New York, Grune & Stratton, 1963, p 457
46. Rane A, Ohizua O. Acute residual ovary. Clin Obstet Gynecol. 2006 Sep; 49: 526-34
47. Ranney B, Abu-Ghazaleh S: The future function and control of ovarian tissue which is retained in vivo during hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1977;128:626,
48. Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG. Williams GINECOLOGÍA. 2a ed. McGraw Hill. México D.F. 2008: 256
49. Shifren JL. Androgen deficiency in the oophorectomized woman. Fertil Steril 2002; 77:60 –62.
50. Dicker R, Greenspan J, Strauss L, Cowart M, Scally M, Peterson H, DeStefano F, Rubin G, Ory H: Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. Am J Obstet Gynecol 144:841, 1982
51. Smith JP, Day TG: Review of ovarian cancer at the University of Texas Systems Cancer Center MD Anderson Hospital and Tumor Institute. Am J Obstet Gynecol 135:984, 1979
52. Utian W, Katz M, Davy D, Carr P: Effect of premenopausal castration and incremental dosage of conjugated equine estrogens on plasma follicle-stimulating hormone, luteinizing hormone and estradiol. Am J Obstet Gynecol 1978.132:297.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA N°:.....FECHA:.....

I. DATOS GENERALES

- ✓ Edad: _____ años.
- ✓ Paridad
- ✓ Nulípara
- ✓ Multípara

II. CAUSAS DE HISTERECTOMIA

- ✓ Miomatosis Si () No ()
- ✓ HUA Si () No ()
- ✓ Engrosamiento endometrial Si () No ()
- ✓ Prolapso genital Si () No ()
- ✓ Otros Si () No ()

Ovario residual

- ✓ Un ovario ()
- ✓ Dos ovarios ()

III.-SINDROME DE OVARIO RESIDUAL

- ✓ Dolor pélvico crónico Si () No ()
- ✓ Dispareunia Si () No ()
- ✓ Tumor de ovario residual Si () No ()
- ✓ Tiempo de aparición de síndrome Si () No ()

IV.- METODO DIAGNOSTICO

- ✓ Clínico ()
- ✓ Ultrasonográfico ()

V.- TRATAMIENTO RECIBIDO

- ✓ Medico ()
- ✓ Quirúrgico ()

VI. DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO (De tumor pélvico si requirió re intervención)
