



SALPINGOFORECTOMIA ELECTIVA. ¿CUÁNDO OFERTAR?

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Crespo Bañón, P (1), Valenciano Rodriguez, M (1), Gallego Pozuelo, RM (1), Llamas Sarriá, MA (1), Merlos Martinez MI(1), Ruiz Boluda, MI(1), Juan Perez, A (1), Ñiguez Sevilla I (2)

(1)MIR Medico Interno Residente (2) FEA Facultativo Especialista Adjunto

Se entiende por salpingooforectomía (SOB) electiva a la extirpación de trompas de Falopio y ovarios en una paciente que **no tiene indicación** conocida para este procedimiento. Produciéndose de esta manera una menopausia quirúrgica.

Antiguamente en la practica habitual se realizaba SOB entre los 40-45 años. Hoy en día, el mayor entendimiento de los beneficios que supone la conservación de ovarios ha hecho que retrase su indicación.

Las complicaciones quirúrgicas son poco frecuentes en pacientes sometidas a salpingooforectomía bilateral electiva (SOB) en el momento de la histerectomía

Aumento de complicaciones cuando se realizó SOB en pacientes sometidas a **histerectomía vaginal**. (odds ratio [OR] 1.12, 95% CI 1.08-1.17)

Beneficios salpingooforectomía:

- SOB **reduce riesgo** de **cáncer de ovario**.
 - El carcinoma seroso de alto grado (la variante más frecuente del cáncer epitelial de ovario) se origina en las fimbrias de las trompas de Falopio
- Reducción riesgo **cáncer de mama** en mujeres <47.5 años
- Evita futuras reintervenciones

Riesgos salpingooforectomía:

- Aumento de mortalidad a largo plazo (hasta 41%)
- El hipoestronismo lleva a un daño endotelial generando disfunción endotelial
- Riesgo de accidente cerebrovascular isquémico **50% mayor** **pacientes menopausia <45años**

Conclusiones:

- El cáncer de ovario es la neoplasia de origen ginecológico más letal. Riesgo global de 1,4%
- Pacientes con factores de riesgo para Cancer de ovario, se recomienda SOB a partir de los 51 años.
- Pacientes con comorbilidades y FR cardiovascular, se recomienda conservación de ovarios hasta los 65años.
- El enfoque de las decisiones debe incluir un asesoramiento integral sobre riesgos y beneficios y una toma de decisiones compartida entre el médico y el paciente.

Bibliografía:

Novetsky AP, Boyd LR, Curtin JP. Trends in bilateral oophorectomy at the time of hysterectomy for benign disease. Obstet Gynecol 2011; 118:1280.

