



<https://doi.org/10.24245/gom.v93i12.217>

Salpingectomía y disminución del riesgo de cáncer epitelial de ovario

Salpingectomy and reduction in the epithelial ovarian cancer risk.

Laura Díaz Cueto,¹ Fabián Arechavaleta Velasco,² Carmen Méndez,³ Enrique Pedernera³

Resumen

ANTECEDENTES: El cáncer de ovario ocupa, en México, el sexto lugar en mortalidad por tumores malignos. El carcinoma seroso de alto grado es el más frecuente y de peor pronóstico. Los estudios clínicos de cohorte, efectuados en mujeres posmenopáusicas sanas para la detección oportuna del cáncer de ovario han demostrado que su detección temprana se refleja en mayor supervivencia, sin modificación en la mortalidad.

OBJETIVO: Mostrar que la salpingectomía en mujeres con paridad satisfecha, o como cirugía de oportunidad, disminuye el riesgo de padecer cáncer epitelial de ovario.

METODOLOGÍA: Búsqueda de artículos publicados con los MeSH "ovarian carcinoma"; "salpingectomy"; "ovarian cancer risk" en inglés y español en la base de datos PubMed. Se incluyeron artículos originales y de revisión con criterios PRISMA para revisiones sistemáticas.

RESULTADOS: Los estudios recientes proponen, en casos seleccionados, a la salpingectomía como factor protector en contra del cáncer epitelial de ovario. Diversas sociedades oncológicas y ginecológicas proponen como opción su práctica en pacientes con paridad satisfecha, con o sin antecedentes familiares de este cáncer o como una cirugía de oportunidad.

CONCLUSIONES: Las guías oficiales mexicanas de diagnóstico, prevención y tratamiento del cáncer de ovario no recomiendan la salpingectomía como medida de prevención; a pesar de ello siempre será relevante concientizar al personal de salud para que ese procedimiento sea una opción para disminuir en 50% el riesgo de padecer esta neoplasia en mujeres sin antecedentes de cáncer.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma de ovario; salpingectomía; tumores malignos; riesgo de cáncer de ovario; cirugía electiva; detección temprana.

Abstract

BACKGROUND: Ovarian cancer is the sixth leading cause of death from malignant tumors in Mexico. High-grade serous carcinoma is the most prevalent form and has the worst prognosis. Clinical cohort studies of healthy postmenopausal women for the early detection of ovarian cancer have shown that earlier detection is associated with higher survival rates and no change in mortality.

OBJECTIVE: To demonstrate that salpingectomy in women who have completed child-bearing or as elective surgery reduces the risk of epithelial ovarian cancer.

METHODS: A search of articles published with the MeSH terms "ovarian carcinoma," "salpingectomy," and "ovarian cancer risk" in English and Spanish was conducted in the PubMed database. Original articles and reviews that met the PRISMA criteria for systematic reviews were included.

¹ Doctora en Ciencias Médicas, investigadora, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

² Doctor en Ciencias, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

³ Doctor en Ciencias Biológicas, profesora titular en el Departamento de Embriología y Genética, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0002-2270-3140>

<https://orcid.org/0000-0002-6814-1235>

<https://orcid.org/0000-0002-8342-3927>

<https://orcid.org/0000-0001-5673-4140>

Recibido: febrero 2025

Aceptado: agosto 2025

Correspondencia

Laura Díaz Cueto
ldiazcueto@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Díaz-Cueto L, Arechavaleta-Velasco F, Méndez C, Pedernera E. Salpingectomía y disminución del riesgo de cáncer epitelial de ovario. Ginecol Obstet Mex 2025; (12): 584-590.



RESULTS: Recent studies propose salpingectomy as a protective factor against epithelial ovarian cancer in selected cases. Various oncological and gynecological societies recommend it as an option for patients who have completed childbearing, with or without a family history of ovarian cancer, or as elective surgery.

CONCLUSIONS: Although official Mexican guidelines for the diagnosis, prevention, and treatment of ovarian cancer do not recommend salpingectomy as a preventive measure, it is important to educate healthcare personnel about this procedure's potential to reduce the risk of developing ovarian cancer by 50% in women with no history of cancer.

KEYWORDS: Ovarian carcinoma; Salpingectomy; Malignant tumors; Ovarian cancer risk; Elective surgery; Early detection.

ANTECEDENTES

Los días 8 de mayo se celebra el Día Mundial del Cáncer de Ovario, fecha que se estableció para concientizar a las mujeres acerca de esta enfermedad, para que cada una reconozca los síntomas de esta neoplasia y de la necesidad de la práctica anual de la exploración de los ovarios y no cejar en la lucha. Y a los médicos, permanecer actualizados en el conocimiento de este tipo de cáncer mediante investigaciones clínicas y básicas que permitan una atención temprana que limite su crecimiento.

Establecer el diagnóstico temprano del cáncer de ovario es esencial porque permite mejores opciones de tratamiento que habrán de reflejarse en mayor supervivencia de las pacientes.¹ Sin embargo, al parecer, la detección oportuna de este cáncer no reduce su mortalidad, como sí sucede en otro tipo de cánceres.^{2,3} Esta revisión bibliográfica se enfoca en el análisis de las indicaciones de la salpingectomía en pacientes con paridad satisfecha, o como una cirugía de oportunidad cuando están indicados otros tipos de intervenciones quirúrgicas pélvicas. Dependiendo de las circunstancias de cada paciente, ello puede contribuir a la disminución del riesgo

de padecer cáncer epitelial de ovario.

Cáncer de ovario

El cáncer de ovario es un problema de salud pública que en el 2022 ubicó a México en el sexto lugar mundial en incidencia y mortalidad por tumores malignos de la mujer. El riesgo de padecer cáncer de ovario en la vida de la mujer es de 1 en 78, mientras que el riesgo de morir por este tipo de cáncer es de 1 en 130.⁴

El cáncer epitelial de ovario es el más frecuente y corresponde del 85 al 90% de todos los tumores malignos de ovario. Por subtipo histológico, los tumores malignos de ovario se clasifican en carcinomas: seroso de alto y bajo grado, endometriode, de células claras y mucinoso.^{5,6}

Antes de su diagnóstico, el cáncer de ovario suele confundirse con otras enfermedades, sobre todo con el síndrome de colon irritable u otras afecciones gastrointestinales. En etapas tempranas, la mayoría de las mujeres experimenta síntomas inespecíficos pero persistentes; los más comunes son: el dolor abdominal o pélvico, la indigestión persistente, la sensación de saciedad temprana, náuseas, estreñimiento, diarrea, incremento en la frecuencia o urgencia

urinaria, pérdida del apetito, pérdida de peso, fatiga crónica, sangrado vaginal irregular, dispareunia y dolor en la espalda baja. El aumento inexplicable del tamaño abdominal causado por la ascitis es el signo más común de cáncer de ovario avanzado.^{7,8}

Si bien para la detección del cáncer de ovario no hay pruebas específicas, el ultrasonido transvaginal es el mejor método diagnóstico, junto con la determinación sérica del marcador tumoral CA-125. Ambos métodos tienen limitaciones: el ultrasonido transvaginal no es útil para discriminar entre tumores benignos de malignos y el biomarcador CA-125 cuenta con poca especificidad y sensibilidad como prueba diagnóstica, aunque es un marcador útil en el seguimiento de pacientes con esta neoplasia.⁹

Factores de riesgo para cáncer de ovario

El riesgo de padecer cáncer de ovario puede incrementarse por diversos factores: genéticos, hormonales, reproductivos y de estilo de vida. Del 85 al 90% de los casos de cáncer de ovario son esporádicos y solo del 5 al 15% tienen un componente genético. Se estima que el 18% de los tumores epiteliales del ovario, particularmente los de tipo seroso, son causados por mutaciones hereditarias en los genes BRCA-1 y BRCA-2 (gen de cáncer de mama 1 y 2). El riesgo de padecer cáncer de ovario en mujeres entre los 70 y 80 años, con mutaciones en BRCA-1 y BRCA-2, se encuentra en el rango del 35 al 46% y 10 al 28%, respectivamente, en comparación con el 1.3% de la población general.¹⁰

La nuliparidad e infertilidad se asocian con un incremento en el riesgo de cáncer de ovario; las evidencias sugieren que es la consecuencia de la mayor cantidad de ciclos ovulatorios (teoría de la ovulación incesante).¹¹ Por su parte, la terapia hormonal de reemplazo se relaciona con un aumento del riesgo de cáncer de ovario, si su duración sobrepasa los cinco años y se asocia,

particularmente, con los subtipos seroso y endometriode. La endometriosis se relaciona, de manera muy importante, con un aumento en el riesgo de padecer tumores de ovario de células claras y endometrioides, pero no con tumores serosos o mucinosos.^{11,12,13} Varios factores de estilo de vida, como el alcohol, la obesidad, el tabaquismo, el uso de talco, dieta y actividad física se han asociado con un aumento en el riesgo de padecer cáncer de ovario.¹⁴

Carcinoma de ovario seroso de alto y bajo grado

El carcinoma seroso de alto grado es el tumor ovárico más común y de peor pronóstico que se origina de un carcinoma intraepitelial seroso de la trompa de Falopio.¹⁵⁻¹⁹ Este tipo de cáncer representa el 70% de los carcinomas epiteliales y entre 85 al 90% de todos los carcinomas de tipo seroso. Desde el punto de vista clínico, los carcinomas serosos de alto grado son bilaterales y metastatizan hacia el peritoneo y órganos abdominales, por lo que en más del 70% de los casos se diagnostican en estadios avanzados (III y IV). Estos tumores suelen ser sólidos y quísticos, con áreas de hemorragia y necrosis, en donde las células forman papilas y masas sólidas con atipia nuclear. Desde la perspectiva genética, este tipo de tumores se caracterizan por inestabilidad genómica y una alta frecuencia de anomalías en la cantidad de copias del ADN, ya sea por pérdidas o ganancias. Asimismo, suelen tener alterados los mecanismos de reparación del ADN y, principalmente, exhiben mutaciones del gen supresor de tumores TP53 (proteína tumoral 53).^{20,21,22}

El carcinoma seroso de bajo grado es un tumor menos frecuente, representa del 10 al 15% de los carcinomas serosos. Las pacientes con este tipo de tumores suelen diagnosticarse a una edad menor que quienes resultan con tumores serosos de alto grado (55.5 en comparación con 62.6 años) y tienen un mejor pronóstico.



Aparecen en forma de tumoraciones bilaterales y están compuestos por papilas sin atipia nuclear y se observan menos áreas de proliferación que en los serosos de alto grado. Las evidencias sugieren que se inician de una manera secuencial pasando de cistadenomas serosos benignos a tumores serosos limítrofes y, posteriormente, a carcinomas serosos de bajo grado. Estos carcinomas se originan de los quistes corticales de inclusión de la fimbria o del epitelio de las trompas de Falopio. En comparación con los carcinomas de alto grado, los serosos de bajo grado son de baja frecuencia de mutaciones en TP53, aunque casi siempre tienen mutaciones en el oncogén homólogo a v-Ki-ras2 de sarcoma Kirsten de rata (KRAS, 20-55%) y en el oncogén homólogo B1 a v-raf de sarcoma murino (BRAF, 5%), lo que significa la activación de la vía de transducción de señal de las proteínas cinasas activadas por mitógenos (MAPK).^{21,22,23}

Mortalidad por cáncer de ovario

La detección oportuna de este cáncer, al parecer, no disminuye su mortalidad como sí sucede con otras neoplasias.^{2,3} Esto quedó demostrado en diversos estudios clínicos controlados y aleatorizados, entre ellos dos que incluyeron una cantidad considerable de mujeres sanas, en la posmenopausia, entre los 50 y 74 años, sin riesgo familiar de cáncer de ovario, y con un seguimiento de alrededor de 15 años. La principal respuesta evaluada fue la mortalidad por cáncer de ovario o tubárico. En el estudio más reciente, *United Kingdom Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening* (UKCTOCS), las participantes se dividieron en tres grupos de estudio, según el tipo de evaluación anual. En el primer grupo se hizo una evaluación multimodal, mediante determinación del antígeno tumoral CA-125 en sangre y utilizando el cálculo del riesgo de cáncer de ovario (ROCA), que identifica los aumentos significativos de la concentración de CA-125 por encima del valor

basal. El ultrasonido transvaginal solo se practicó a las participantes que, de acuerdo con las concentraciones del antígeno CA-125, se consideraron de riesgo alto. Al segundo grupo solo se le indicó el ultrasonido transvaginal y al tercero, o control, no se le hizo ninguna evaluación.²⁴ El segundo estudio llevado a cabo en Estados Unidos y derivado del proyecto *The Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer (PLCO) Screening Trial Pathology Tissue Resource*, incluyó solo dos grupos. El grupo control no recibió evaluación, pero sí el de estudio con ultrasonido transvaginal de los ovarios y determinación del antígeno CA-125.²⁵ Los resultados de ambos estudios demostraron que la mortalidad fue similar entre todos los grupos de estudio y que el seguimiento de la valoración de los ovarios, a través de los años, para detectar cáncer en forma temprana no modificó la mortalidad reportada entre quienes no tuvieron ninguna valoración previa.^{24,25}

Por lo anterior, puede concluirse que las pruebas de ultrasonido transvaginal y CA-125 permiten detectar a pacientes en estadios tempranos de la enfermedad, lo que favorece la respuesta al tratamiento e incrementa la supervivencia de las pacientes. Sin embargo, la detección temprana de este cáncer no modifica la mortalidad, por lo que hoy en día se buscan otras opciones clínicas o quirúrgicas que no solo disminuyan el riesgo de padecerlo sino de muerte: una alternativa para ello es la salpingectomía.

Salpingectomía como estrategia para disminuir el riesgo de cáncer de ovario en mujeres sin riesgo conocido

Es evidente la relación entre el carcinoma de ovario y el de la trompa de Falopio, con mortalidad semejante cuando el de ovario se detecta en etapa temprana o tardía.^{24, 25} Para disminuir el riesgo de cáncer de ovario-trompa de Falopio es necesario considerar diversos métodos. Hoy en día, la propuesta es que la

salpingectomía disminuya la incidencia de cáncer de ovario y, por ende, su mortalidad, sin afectar la función ni la producción hormonal del ovario.^{26,27}

La salpingectomía y la salpingoclasia son procedimientos quirúrgicos que consisten en extirpar u ocluir las trompas de Falopio. Son métodos permanentes de planificación familiar en la mujer, es decir, cuando ella decida no tener más hijos. Puede practicarse después de un parto, aborto o durante una cesárea. Ambos procedimientos impiden que el óvulo liberado por el folículo ovárico maduro pase a través de las trompas de Falopio y se encuentre con el espermatozoide, con lo que así se evita la fecundación.²⁸

En la última década, la salpingectomía ha tomado gran relevancia debido a que es un método que disminuye el riesgo de cáncer de ovario.^{29,30} Hay evidencias que demuestran que el cáncer epitelial de ovario se origina en las lesiones malignas de las fimbrias o de las trompas de Falopio.¹⁵⁻¹⁷ Así, las mujeres en etapa reproductiva con una simple ligadura de trompas, como método anticonceptivo, disminuyen su riesgo de cáncer de ovario en un 30%.³¹ La salpingectomía bilateral disminuye, aproximadamente, un 50% el riesgo de cáncer epitelial de ovario del subtipo seroso de alto grado.^{19, 32-35} Por esto, hoy en día parte de la atención en cáncer de ovario se centra en la indicación o recomendación, a toda mujer con paridad satisfecha con o sin antecedentes familiares de cáncer de ovario, mama o colon, de la salpingectomía como método anticonceptivo o, bien, la salpingectomía oportunista al momento de cualquier otra cirugía pélvica no ginecológica por causas benignas.^{34,36} Esta recomendación está avalada por diversas sociedades oncológicas y organizaciones interesadas en el estudio del cáncer de ovario: Ovarian Cancer Research Alliance (OCRA), Society of Gynecologic Oncology (SGO), American College of Obstetricians and

Gynecologist (ACOG) e International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), entre otras.^{37,38,39} Aún no se conocen con certeza los efectos a largo plazo de estas cirugías porque los estudios de la última década son limitados para una evaluación que debe ser a muy largo plazo.^{34,40}

Salpingooforectomía en mujeres con riesgo conocido de cáncer de ovario

En mujeres entre 40 y 45 años, con riesgo de cáncer de ovario por antecedentes hereditarios de cáncer de ovario, mama y colon, o por mutaciones en los genes del cáncer de mama BRCA-1 y BRCA-2, se aconseja, desde hace muchos años, la salpingooforectomía bilateral, que disminuye el riesgo de cáncer de ovario hasta en un 80 al 90%.^{41,42}

Para las mujeres con mutaciones en los genes BRCA-1 y BRCA-2, en edad reproductiva, se aconseja la salpingectomía bilateral entre los 30 a 40 años, porque ello disminuye el riesgo de cáncer de ovario en un 50%. Para alcanzar el 80 a 90% en el decremento del riesgo es necesaria la ooforectomía entre los 40 a 45 años.^{41,42}

CONCLUSIONES

Hasta el momento no se cuenta con suficiente evidencia para proponer a la salpingectomía como una estrategia para disminuir el riesgo de cáncer de ovario en mujeres sin carga genética ni antecedentes de cáncer de ovario. Es claro que hacen falta más estudios e investigaciones clínicas que permitan determinar si este procedimiento quirúrgico, efectivamente, ayuda a disminuir el riesgo de cáncer de ovario. Conforme con lo aquí expuesto, quedará a criterio del ginecólogo o del médico tratante la recomendación, a toda mujer con paridad satisfecha o como cirugía de oportunidad, de la salpingectomía bilateral, fundamentada en las ventajas expuestas.



REFERENCIAS

- Elias KM, Guo J, Bast RC. Early Detection of Ovarian Cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 2018; 32(6):903-14. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.07.003>
- Heisser T, Sergeev D, Hoffmeister M, et al. Contributions of early detection and cancer prevention to colorectal cancer mortality reduction by screening colonoscopy: a validated modelling study. *Gastrointest Endosc* 2024; S0016-5107(24)00163. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2024.03.010>
- Loud JT, Murphy J. Cancer Screening and Early Detection in the 21st Century. *Semin Oncol Nurs* 2017; 33(2):121-28. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.02.002>
- Globo Cancer Observatory. International agency for Research on Cancer WHO. <https://gco.iarc.fr/today/en>
- Lawson-Michod KA, Watt MH, Grieshober L, et al. Pathways to ovarian cancer diagnosis: a qualitative study. *BMC Womens Health* 2022; 22(1):430. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02016-1>
- Köbel M, Kang EY. The Evolution of Ovarian Carcinoma Subclassification. *Cancers (Basel)* 2022; 14(2):416. <https://doi.org/10.3390/cancers14020416>
- Goff B. Symptoms associated with ovarian cancer. *Clin Obstet Gynecol* 2012; 55(1):36-42. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3182480523>
- Rickard BP, Conrad C, Sorrin AJ, et al. Malignant Ascites in Ovarian Cancer: Cellular, Acellular, and Biophysical Determinants of Molecular Characteristics and Therapy Response. *Cancers (Basel)* 2021; 13(17):4318. <https://doi.org/10.3390/cancers13174318>
- Henderson JT, Webber EM, Sawaya GF. Screening for Ovarian Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2018; 319(6):595-606. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.21421>
- Tschernichovsky R, Goodman A. Risk-Reducing Strategies for Ovarian Cancer in BRCA Mutation Carriers: A Balancing Act. *Oncologist* 2017; 22(4):450-59. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0444>
- Wentzensen N, Poole EM, Trabert B, et al. Ovarian Cancer Risk Factors by Histologic Subtype: An Analysis From the Ovarian Cancer Cohort Consortium. *J Clin Oncol* 2016; 34(24):2888-98. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.66.8178>
- Menon U, Karpinskyj C, Gentry-Maharaj A. Ovarian Cancer Prevention and Screening. *Obstet Gynecol* 2018; 131(5):909-27. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002580>
- Huang J, Chan WC, Ngai CH, et al. Worldwide Burden, Risk Factors, and Temporal Trends of Ovarian Cancer: A Global Study. *Cancers (Basel)* 2022; 14(9):2230. <https://doi.org/10.3390/cancers14092230>
- Poole EM, Konstantinopoulos PA, Terry KL. Prognostic implications of reproductive and lifestyle factors in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2016; 142(3):574-87. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.05.014>
- Piek JM, van Diest PJ, Zweemer RP, et al. Tubal ligation and risk of ovarian cancer. [letter]. *Lancet* 2001;358(9284):844.
- Lee Y, Miron A, Drapkin R, et al. A candidate precursor to serous carcinoma that originates in the distal fallopian tube. *J Pathol* 2007; 211(1):26-35. <https://doi.org/10.1002/path.2091>
- Jarboe E, Folkins A, Nucci MR, et al. Serous carcinogenesis in the fallopian tube: a descriptive classification. *Int J Gynecol Pathol* 2008; 27(1): 1-9. <https://doi.org/10.1097/pgp.0b013e31814b191f>
- Reade CJ, McVey RM, Tone AA, et al. The fallopian tube as the origin of high grade serous ovarian cancer: review of a paradigm shift. *J Obstet Gynaecol Can* 2014; 36 (2): 133-40. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30659-9](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30659-9)
- Labidi-Galy SI, Papp E, Hallberg D, et al. High grade serous ovarian carcinomas originate in the fallopian tube. *Nat Commun* 2017; 8 (1): 1093. <https://doi.org/10.1038/s41467-017-00962-1>
- Prat J. Ovarian carcinomas: five distinct diseases with different origins, genetic alterations, and clinicopathological features. *Virchows Arch* 2012; 460 (3): 237-49. <https://doi.org/10.1007/s00428-012-1203-5>
- Palmirotta R, Silvestris E, D'Oronzo S, et al. Ovarian cancer: Novel molecular aspects for clinical assessment. *Crit Rev Oncol Hematol* 2017; 117: 12-29. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2017.06.007>
- Hollis RL. Molecular characteristics and clinical behaviour of epithelial ovarian cancers. *Cancer Lett* 2023; 216057. <https://doi.org/10.1016/j.canlet.2023.216057>
- Kaldawy A, Segev Y, Lavie O, et al. Low-grade serous ovarian cancer: A review. *Gynecol Oncol* 2016; 143 (2): 433-38. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.08.320>
- Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. *Lancet* 2021; 397 (10290): 2182-93. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00731-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00731-5)
- Pinsky PF, Yu K, Kramer BS, et al. Extended mortality results for ovarian cancer screening in the PLCO trial with median 15years follow-up. *Gynecol Oncol* 2016; 143 (2): 270-75. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.08.334>
- Hanley GE, Kwon JS, McAlpine JN, et al. Examining indicators of early menopause following opportunistic salpingectomy: a cohort study from British Columbia, Canada. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 223 (2): 221.e1-221.e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.005>
- Sowamber R, Lukey A, Huntsman D, et al. Ovarian Cancer: From Precursor Lesion Identification to Population-Based Prevention Programs. *Curr Oncol* 2023; 30 (12): 10179-94. <https://doi.org/10.3390/currenol30120741>
- Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia. Acercando el IMSS al Ciudadano. <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/occlusion-tubaria-bilateral#:~:text=Es%20un%20m%C3%A9todo%20de%20anticoncepci%C3%B3n,durante%20la%20ces%C3%A1rea%20o%20en>
- Lessard-Anderson CR, Handlogten KS, Molitor RJ, et al. Effect of tubal sterilization technique on risk of serous epithelial ovarian and primary peritoneal carcinoma. *Gynecol*

- Oncol 2014; 135 (3): 423-27. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.10.005>
30. Postpartum salpingectomy: a procedure whose time has come. [editorial]. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 220 (1): 8.
 31. Madsen C, Baandrup L, Dehlendorff C, et al. Tubal ligation and salpingectomy and the risk of epithelial ovarian cancer and borderline ovarian tumors: a nationwide case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94 (1): 86-94. <https://doi.org/10.1111/aogs.12516>
 32. McAlpine JN, Hanley GE, Woo MM, et al. Opportunistic salpingectomy: uptake, risks, and complications of a regional initiative for ovarian cancer prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210 (5): 471.e1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.003>
 33. Yoon SH, Kim SN, Shim SH, et al. Bilateral salpingectomy can reduce the risk of ovarian cancer in the general population: A meta-analysis. *Eur J Cancer* 2016; 5538-46. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2015.12.003>
 34. Hanley GE, Pearce CL, Talhouk A, et al. Outcomes from opportunistic salpingectomy for ovarian cancer prevention. *JAMA Netw Open* 2022; 5 (2): e2147343. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.47343>
 35. Duus AH, Zheng G, Baandrup L, et al. Risk of ovarian cancer after salpingectomy and tubal ligation: Prospects on histology and time since the procedure. *Gynecol Oncol* 2023; 177125-31. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2023.08.016>
 36. Kwon JS. Ovarian cancer risk reduction through opportunistic salpingectomy. *J Gynecol Oncol* 2015; 26 (2): 83-86. <https://doi.org/10.3802/jgo.2015.26.2.83>
 37. ACOG Committee Opinion No. 774: Opportunistic Salpingectomy as a Strategy for Epithelial Ovarian Cancer Prevention. *Obstet Gynecol* 2019; 133 (4): e279-84. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003164>
 38. Printz C. OCRA encourages fallopian tube removal for women undergoing pelvic surgeries for benign conditions. *Cancer* 2023; 129 (14): 2116. <https://doi.org/10.1002/cncr.34902>
 39. Mor-Hadar D, Wilailak S, Berek J, et al. FIGO position statement on opportunistic salpingectomy as an ovarian cancer prevention strategy. *Int J Gynaecol Obstet* 2024; 167 (3): 976-80. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15884>
 40. Fialkow M, Castleberry N, Wright JD, et al. Physician attitudes and knowledge on prophylactic salpingectomy in perimenopausal patients. *Gynecol Oncol Rep* 2021; 37100824. <https://doi.org/10.1016/j.gore.2021.100824>
 41. Narod SA, Sun P, Ghadirian P, et al. Tubal ligation and risk of ovarian cancer in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations: a case-control study. *Lancet* 2001; 357 (9267): 1467-70. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)04642-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)04642-0)
 42. Nitschke AS, do Valle HA, Dawson L, et al. Long-Term non-cancer risks in people with BRCA mutations following risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy and the role of hormone replacement therapy: A Review. *Cancers (Basel)* 2023; 15(3):711. <https://doi.org/10.3390/cancers15030711>

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.