

11217

7

2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

[Faded stamp and handwritten signature]

DIAGNOSTICO, MANEJO Y EVOLUCION
DE LOS TUMORES DE OVARIO, EN EL
HOSPITAL GENERAL,
"DR. GONZALO CASTAÑEDA"
EN UN PERIODO DE CINCO AÑOS

[Handwritten signature]

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el título de
ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA

PRESENTA LA
DRA. MA. ANGELICA GOMEZ AVILES

HOSPITAL GENERAL, DR. GONZALO CASTAÑEDA"
I.S.S.S.T.E.

V.O. Bo. de...

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION. -----	1
1.- ANTECEDENTES -----	2
a) Datos históricos -----	3
b) Embriología -----	6
c) Anatomía -----	8
d) Fisiología -----	10
e) Incidencia -----	13
f) Clasificación -----	16
2.- OBJETIVOS -----	22
3.- METODOLOGIA -----	23
4.- RESULTADOS -----	24
5.- CONCLUSIONES -----	75
6.- RESUMEN -----	79
7.- BIBLIOGRAFIA -----	81

INTRODUCCION.

Una de las finalidades que se persigue con este estudio, es comparar el diagnóstico, manejo y evolución de los Tumores de Ovario en mujeres egresadas del Hospital General, "Dr. Gonzalo Castañeda", en un período de 5 años, con otros hospitales referidos en la Bibliografía y en diversos libros, con el propósito de establecer un modelo de manejo en toda mujer que se sospeche de un tumor ovárico y que sirva como fundamento para estudios posteriores, otra es detectar oportunamente los casos de esta enfermedad y por consecuencia evitar complicaciones, conocer el tipo histológico de tumor más frecuente que se encuentra en nuestra población, para prescribir el manejo más adecuado y por lo consiguiente mejorar su pronóstico.

Para la elaboración de este trabajo, se tomaron en cuenta variables tales como: edad, menarca, alteraciones en el ritmo menstrual y vida reproductiva, alteraciones de los caracteres sexuales secundarios, tiempo de evolución, signos y síntomas que los acompañaron, cirugías previas en anexos, hallazgos durante la laparotomía exploradora, complicaciones inherentes, de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica realizada, días de hospitalización, medios de diagnóstico usados y duración en cuanto al tiempo de manejo.

1.- ANTECEDENTES.

La elaboración de esta revisión se fundamenta en que el ovario al ser un órgano complejo tanto desde el punto de vista embriológico, como fisiológico y en cuanto a su capacidad potencial en la vía germinal, tiene un gran potencial tumorigénico y de extensa variabilidad.

Se estima que 1:70 mujeres será afectada de cáncer en cualquier época de la vida, y el carcinoma de ovario ocupa el tercer lugar de las neoplasias malignas de la cavidad pélvica (34). Se sabe que de 5 a 7 de cada 100 mujeres serán sometidas a una intervención quirúrgica por un tumor ovariano en cualquier etapa de su vida (16). En Estados Unidos una de cada 100 mujeres acabará muriendo de cáncer de ovario (15).

La gran importancia de los tumores de ovario es que pueden aparecer en cualquier edad. La paciente más joven hasta ahora conocida no tenía todavía un año de edad, y la más vieja 92 años. Con respecto a la supervivencia de cáncer de ovario a 5 años, ésta permanece sin cambios con respecto a los decenios anteriores, oscilando entre el 15 y el 35 por ciento. Por desgracia, más de 70 por ciento de los tumores se ha extendido más allá de los límites de la pelvis (Estudio III-IV) en el momento del diagnóstico. Estos he-

chos proporcionan amplias pruebas de la falta de progreso en el control de curación de otros procesos malignos del tracto reproductor femenino (29).

Dadas las dificultades por la gran variedad de tumores -- que se pueden observar en el ovario en su diagnóstico, ya que la gravedad de los tumores del ovario es inversamente proporcional a los síntomas, siendo las tumefacciones neoplásticas habitualmente debidas a disfunción o infección, son por lo común sintomáticas; es decir producen dolor o alteraciones en el ciclo de la menstruación, no aconteco de igual forma con las verdaderas neoplasias que por lo general, son silenciosas hasta que han crecido lo suficiente para que rebasen la cavidad pélvica o se hayan extendido más allá de los confines del ovario.

Debido a que en la actualidad son múltiples los métodos de diagnóstico y tratamientos para la resolución de los tumores de ovario, decidimos efectuar un análisis de estos tumores observados en el Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda", durante 5 años de Agosto de 1977 a Septiembre de 1982, respecto a su diagnóstico, manejo y evolución.

A). Datos Historicos.

Con la práctica de la autopsia, fué posible la descripción de los tumores ováricos en los siglos XVII y XVIII (10), así mismo ello se encuentra reportado ya en los trabajos de Virchow. Otros investigadores que también

escribieron sobre ésta entidad fueron: Krukenberg, Wal
thard Von Kahlden y Schiller y es de mencionar en for-
ma especial a R. Meyer quien los describe en su libro
titulado "Descripción Anatómica y Clasificación".

En el año de 1701, Robert Houston, originario de Glas-
gow fué el primero en efectuar una operación sobre ova-
rio, no se sabe exactamente si extirpó o solo drenó el
quiste, pero la paciente de nombre Margaret Miller vi-
vió 13 años después de la operación. En 1809 Efraín -
Madowell originario de Virginia USA, fué el primero -
en efectuar la primera anexiectomía, habiendo hecho du
rante toda su carrera 13 ovariectomías con solo 5 fra-
casos (29).

En 1864 Jules Pean en París- efectuó la primera Ova---
riectomía. En 1870, se presentó la primera clasificac-
ción de tumores de ovario por el alemán Heinovich Wel-
helm Von Wladeyer Hertz. En 1875 se efectuó la prime-
ra ovariectomía en México por el Dr. Julio Clement, --
siendo un éxito la intervención. A partir del libro -
de Spencer Wells en 1884, los trabajos monográficos so
bre tumores de ovario han ido en aumento y se agregan
a ellos capítulos dedicados al tema en libros sobre tu
mores tanto en los ginecológicos como en revistas médi
cas.

En 1895 el Dr. Friedrich Ernest Krukenber presentó su Tesis sobre el estudio de un tumor ovárico mixto al -- que le llamó fibrosarcoma mucocellulare carcinomatoide, el cual en la actualidad lleva su nombre.

En 1896 Emil Kramer demostró la actividad endócrina -- tan importante de los ovarios en sus observaciones sobre castración y sobre efectos en el endometrio.

En 1900 Jacobaeus introduce un instrumento óptico en -- la cavidad abdominal con el fin de visualizar las vísceras pélvicas.

En 1907 Fritz Brenner descubre un tumor de ovario que erróneamente llamó Oforoma folicular y que en la actua lidad lleva su nombre.

En 1924 se efectúa por Henser la primera Histerosalpin gografía basada en estudios de Sicar y Foriester sobre la introducción de lipiodol en el útero.

En 1928 el Dr. Irving Stein describe la entidad que co rresponde a mujeres con infertilidad, oligomenorrea, hirsutismo y obesidad a la cual llamó Síndrome de --- Stein-Leventhal.

En 1944 Decker y Cherry introducen el culdoscopio como método de diagnóstico.

En 1950 fué introducido el ultrasonido en la búsqueda de tumoraciones abdominales por Donald y Cols.

En 1961 Donald introduce el ultrasonido específicamente en el campo de la obstetricia y de la ginecología - (27).

B). Embriología.

El desarrollo del ovario como del testículo en condiciones normales están regidos genéticamente y adquieren caracteres hasta la 7a. semana de desarrollo (18).

La primera manifestación de las gonadas se aprecia en el embrión de 4 semanas de edad, en forma de un par de eminencias longitudinales a cada lado de la línea media entre el mesonefros y el mesenterio dorsal. Las células germinales primordiales en un período inicial se sitúan en la pared del saco vitelino y por movimientos ameboides siguiendo el mesenterio dorsal del intestino posterior hacia los pliegues gonadales.

Hacia la 6a. semana de vida embrionaria es difícil diferenciar si la gonada es femenina o masculina.

Después de la 6a. semana cuando ya se diferenció el desarrollo del ovario el epitelio superficial de la gónada femenina se conserva grueso y sigue proliferando; - en la séptima semana, origina una segunda generación -

de cordones, los cordones corticales, que se introducen en mesénquima subyacente, pero permanecen cerca de la superficie de la glándula.

En el cuarto mes estos condones también son disgregados en acúmulos celulares aislados, cada uno de ellos alrededor de una o más células germinativas primitivas, éstas últimas posteriormente se transformarán en oogonias, y las células epiteliales circundantes, que provienen del epitelio superficial forman las células foliculares. Cada gonocito posee una capa serosa que le envuelve y le preserva de morir, esta capa constituye la membrana granulosa (elemento celómico) mientras que la teca conserva su carácter mesenquimal.

En el ovario fetal proliferan las ovogonias hasta la mitad de la vida intrauterina, ya antes del nacimiento se detiene esta multiplicación con lo que el número de células germinales que contienen entre los 2 ovarios y que constituyen la reserva germinativa de la mujer, queda bloqueada. Esta reserva foliculogénica de la mujer se evalúa en más de un millón. A partir del 7o. mes, las gonias se transforman en ovocitos primarios e inician su maduración con la formación de un diplotene, cuya evolución queda bloqueada durante toda la infancia hasta la pubertad o hasta aquel momento de la vida de la mujer en que aquel folículo se ponga en crecimiento.

En el ovario de la R.N. se encuentra un gran número de ovocitos rodeados de una capa celular aplastada (futura capa granulosa), se encuentran en la zona cótica - del mismo. Estos folículos conteniendo un ovocito cuyo desarrollo está detenido, reciben el nombre de folículos primordiales ó primordios, que permanecen muchos años en reposo y uno a uno van iniciando el desarrollo en forma escalonada. El desarrollo de un folículo una vez comenzado ya no se detiene sino que continúa una evolución siempre adelante. Un folículo se pone así en marcha cada ciclo y de la maduración de cada uno de ellos, resulta la formación de una unidad ovárica completa. De esta forma los oocitos terminan la profase y permanecen en la primera división meiótica, pero en lugar de continuar con la metafase, presentan un período de dictioteno, (etapa de reposo entre la profase y la metafase), durante largo tiempo, terminando la primera división meiótica al ocurrir la maduración folicular y la ovulación, y la segunda al efectuarse la fecundación (18).

C). Anatomía.

Los ovarios son en número de 2, uno del lado derecho y otro del lado izquierdo, cada uno de ellos es alargado transversalmente y aplanado de arriba a abajo. Su volumen en estado normal varía según la edad, poco desa-

rrollado en la niña, de superficie lisa, en la mujer adulta presenta cicatrices que corresponden a las distintas ovulaciones y en la anciana toma aspecto rugoso, crece durante la pubertad midiendo en esta época 2.7 x 1.5 x 0.9 cms., y después de la menopausia se atrofia, durante la ovulación y durante las primeras semanas de embarazo el ovario puede aumentar al doble del tamaño antes referido.

La coloración que presenta durante la edad fértil de la mujer es un color blanco rosado y blanco ostra en la edad senil.

Se encuentran situados en una depresión conocida como fosita ovárica, dicha fosita se encuentra limitada en su parte posterior por la arteria hipogástrica, en su parte superior por los vasos ilíacos externos, en su parte inferior por la arteria uterina, arteria umbilical y uretero, por su parte anterior la inserción pelviana del ligamento ancho, en el fondo de la fosita se encuentra el nervio y vasos obturadores.

Los medios de fijación son cuatro, el ligamento ilioovárico o infundibulopélvico de Henle que se extiende de las apófisis transversales de las últimas vértebras lumbares al polo superior del ovario. Esta contiene los vasos ováricos, curza los vasos ilíacos externos y termina en el polo superior del ovario.

El ligamento uteroovárico que va del cuerno del útero a su polo inferior. El ligamento tuboovárico que va de la trompa al polo superoexterno. El mesovario, que es un corto repliegue peritoneal que contiene vasos para el ovario y fibras musculares lisas, formando por la aleta posterior del ligamento ancho.

Se encuentra irrigado principalmente por la arteria ovárica rama directa de la Aorta, la uteroovárica o arteria ovárica interna, rama de la arteria uterina, y ramas de la tubaria. Las venas salen del ovario y forman a nivel del hilio una red abundante, que se anastomosan con las redes venosas del útero. Por otra parte constituyen los troncos uteroováricos, el derecho desemboca en la vena cava inferior y el izquierdo en la vena renal del mismo lado.

Los linfáticos tienen su origen en las paredes de los folículos formando redes hasta llegar al hilio y de ahí a los ganglios paraaórticos.

Los nervios proceden de los ganglios mesentéricos superiores y de los troncos que van al riñón, distribuyéndose en los vasos del ovario y los folículos (24).

D). Fisiología.

El ovario es una glándula de secreción mixta, cuyas --

funciones principales: Producción de gametos y producción de hormonas esteroideas. La ovulación se lleva a cabo cuando los centros hipotálamicos han madurado o se han liberado probablemente de las mínimas cantidades de estrógenos producidas por el ovario, suprarrenales, iniciando la producción de factores liberadores de FHS y LH producidas en la hipófisis anterior, actualmente se piensa que probablemente su producción sea en hipotálamo y que la hipófisis sea únicamente un almacén. (4).

La FSH y la LH estimularán al ovario haciendo madurar a los folículos primarios cada ciclo ovárico, el Oocito comienza a aumentar de volumen y las células epiteliales adyacentes, llamadas células foliculares, se tornan cúbicas que en etapa inicial están en íntimo contacto con el Oocito pero pronto se separan por una capa glucoprotéica que se forma sobre la superficie de éste, la cual aumenta de grosor y se convierte en la zona pelúcida, posteriormente forman cavidades entre células llenas de líquido rico en estrógenos, en etapa inicial al antro es semilunar pero con el tiempo aumenta de volumen quedando el Oocito únicamente unido a la teca interna por el cumulus oophorus en esta etapa llamado folículo de Von Graaf. Aunque en cada ciclo ovárico se desarrollan varios folículos solamente uno de ellos madura y es expulsado. (4).

Se ha demostrado que el estradiol aumenta la cantidad de FSH fijada por el folículo, de suerte que el folículo que se adelanta en su secreción de E2 tiene más aptitud por la FSH, lo cual establece una espiral o sea un círculo vicioso, que hace que el primer folículo -- que se adelanta deje muy atrás a sus congéneras. La descarga ovulatoria de LH encuentra a estos folículos "retrasados" en situación de no poder presentar una respuesta ovulatoria y su efecto es, atresiante.

Así pues, la ovulación es el resultado de la acción -- conjunta de varios factores:

- a) Factores endocrinos.
- b) Factores vasculares.
- c) Factores nerviosos.
- d) Factores enzimáticos.

En cuanto a los factores endocrinos, la maduración folicular es efecto en la FSH, pero la ovulación es determinada por la LH.

Con respecto al factor vascular se ha descrito un sistema de arterias espirales muy semejante al que existe en el endometrio, demostrado mediante la medición del flujo sanguíneo del ovario, con el resultado de que éste aumenta, bruscamente inmediatamente antes de la -- ovulación.

El factor neurógeno resulta de un reflejo, partido de los efectores, transmitido por la médula y elaborado en el hipotálamo, particularmente en su eminencia media, es fundamental para la puesta en marcha de los fenómenos endocrinos que terminan en la ovulación. Así mismo los factores psíquicos intervienen en la ovulación.

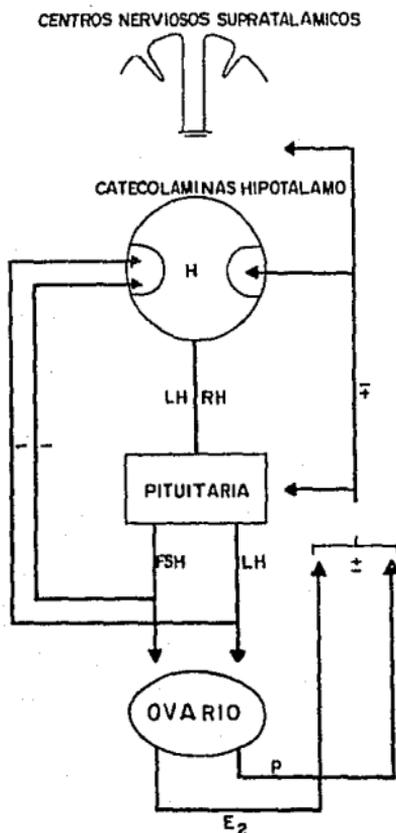
En cuanto a los factores enzimáticos, se ha aislado una enzima colagenolítica y tres enzimas que podrían ser responsables de la erosión ovulatoria de la pared foliular: Una fosfatasa alcalina, una NAD-diaforasa y una NADF diaforasa, siendo la progesterona una activadora de estas acciones enzimáticas.

De esta forma, como consecuencia del ciclo ovárico en lo genético, es la expulsión de un óvulo. La consecuencia inmediata, en lo endocrino, es la producción de un ciclo secretor cambiante de hormonas, con predominio, en unos momentos, de los estrógenos y, en otros, de la progesterona (4) ver anexo 1.

E). Incidencia.

Se sabe que en los tumores de ovario los factores raciales desempeñan un papel notable, y así tenemos que Segi y Kurichara encontraron entre 100 000 mujeres en los Estados Unidos un promedio del 13.2%, en Suecia del 13.4%, en Japón del 2.6%, en Chile del 2.5% o sea que

ANEXO No. 1



ESQUEMA DE LOS MECANISMOS MEDIANTE LOS CUALES LA HIPOFISIS Y EL HIPOTALAMO GOBIERNAN EL CICLO SEXUAL FEMENINO, Y ELLOS, A SU VEZ, SON GOBERNADOS POR EL OVARIO, EN UNA ACCION RECIPROCA, CON UNA SERIE DE MECANISMOS 'FEEDBACK' ALTAMENTE CIBERNETICOS Y QUE CONDUCE AL PERFECTO AJUSTE DEL CICLO.

es más frecuente en la raza blanca europea y norteamericana, que en la asiática y en la de origen africano. - Así mismo el desarrollo de los tumores ováricos puede estar relacionado también con factores genéticos, pues se han reportado algunos casos de presencia de tumores ováricos en varias generaciones y su asociación con el síndrome de Peutz-Touraine-Jeghers en el que se desarrolla en un 5% de los casos un cistadenofibroma papilar en los ovarios, aunque no hay evidencia concluyente de que la herencia tenga un papel concluyente. (17).

Los tumores malignos de ovario constituyen el 15% de todas las neoplasias ginecológicas malignas; en el Hospital General de México, S.S.A. el carcionoma de ovario ocupa el 3er lugar entre los tumores ginecológicos malignos de la Unidad de Oncología, es el 6% de las neoplasias ginecológicas y se le encontró en el 4.94% de las autopsias (30).

En el Hospital de Oncología del CMN del IMSS en el período de 1960-1975 la neoplasia maligna de Ovario ocupó el 6o. lugar, con 431 casos, 2.5% (21).

En el Hospital Central Militar se le encontró en el 4.7% de 106 autopsias de mujeres fallecidas con Cáncer (13).

En el Hospital de la Mujer de la S.S.A., la incidencia -

de tumor ovárico es de 3.85 x 1000 pacientes que acuden al hospital, 4.25 x 1000 pacientes embarazadas y 7 x 10 000 pacientes portan 1 cáncer de ovario. La asociación de tumor ovárico y embarazo fué del 14.5%, en un estudio efectuado de 7 años (11).

En el Hospital Dr. Dario Fernández del ISSSTE, en un estudio de lapso de 5 años, se reporta una incidencia de 122 tumores de ovario, 114 casos como benignos, con un porcentaje de 93.44%, los tumores malignos con 8 casos con 6.56%. (12).

Con respecto al cáncer de ovario que es la causa principal de muerte por cáncer ginecológico, aunque ocupa el tercer lugar entre los carcinomas ginecológicos, se publica que toda mujer corre riesgo de 5% a 7% de presentar neoplasia ovárica en alguna etapa de la vida, y 15% de los tumores serán malignos (16).

De lo hasta aquí expuesto surgió la inquietud, para efectuar una revisión de la casuística existente en el Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE, que posterior a la necesaria clasificación de los tumores de ovario, se describirá.

F). Clasificación.

La organización Mundial de la Salud ha adoptado una clasificación amplia de los tumores ováricos que incluye -

la clasificación extensamente aceptada de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras de las neoplasias ováricas epiteliales. La clasificación de la OMS es demasiado compleja para ser instrumento funcional para el clínico, pero puede servir como guía útil de referencia para el oncólogo, el patólogo y el investigador. En su forma modificada de la publicación OMS, International Histological Classifications of Tumors, No. 9, - 1973 (clasificación Internacional de los Tumores) es esta (16).

I. Tumores "Epiteliales" comunes.

Serosos	→	} Benignos.
Mucinosos	→	
De células claras.	→	} En los límites.
De Brenner	→	
Mixtos		} Malignos.
No diferenciados		
No clasificados		

II. Tumores del estroma de los cordones sexuales.

a) Células granulosas del estroma.

1. Células granulosas.
2. Tecoma-fibroma.

b) Androblastomas; tumores de células de Sertoli-Leydig.

1. Bien diferenciados (adenoma de Pick; tumor de células de Sertoli).

2. Diferenciación intermedia

3. Poca diferenciación.

4. Con elementos heterólogos.

c) Ginandroblastomas

d) No clasificados.

III. Tumores de células lípidas.

IV. Tumores de células germinativas.

a) Disgerminomas.

b) Tumor del seno endodérmico

c) Carcionoma embrionario

d) Poliembrioma

e) Coriocarcionoma

f) Teratomas

1. Inmaduros

2. Maduros (quiste dermoide)

3. Monodérmicos (estroma ovárico, carcinoide)'

g) Formas mixtas.

V. Gonadoblastoma.

VI. Tumores de tejidos blandos no específicos del ovario

VII. Tumores no clasificados.

VIII. Tumores secundarios (metastásicos).

IX. Estados semejantes a tumor o pseudotumores (luteoma -
gravídico, hiperplasia del estroma ovárico e hiperte-

cosis, edema masivo, quiste folicular solitario y -- quiste del cuerpo lúteo, quistes foliculares luteinizados, endometriosis, quistes por inclusión del epitelio superficial, quiste simples, lesiones inflamatorias, quistes paraováricos).

Con respecto a la clasificación histológica y el sistema de etapas recomendado en la actualidad por la Federación Internacional de gineco-obstetricia (FIGO), ésta describe la extensión macroscópica de la neoplasia en el momento del primer tratamiento y está basada en los hallazgos histopatológicos, se describe a continuación:

I. Cistomas serosos

- a) Cistoadenomas serosos benignos
- b) Cistoadenomas serosos con actividad proliferativa de las células epiteliales y anomalías nucleares, pero sin crecimiento infiltrativo (bajo potencial de malignidad).
- c) Cistoadenocarcinomas serosos.

II. Cistomas mucinosos

- a) Cistoadenomas mucinosos benignos.
- b) Cistoadenomas mucinosos con actividad proliferativa de las células epiteliales y anomalías nucleares, pero sin crecimiento infiltrativo (bajo potencial de malignidad).

c) Cistoadenocarcinomas mucinosos.

III. Tumores endometrioides (similares al adenocarcinoma -- del endometrio.

a) Quistes endometrioides benignos.

b) Tumores endometrioides con actividad proliferativa de las células epiteliales y anomalías nucleares, - pero sin crecimiento infiltrativo (bajo potencial - de malignidad).

c) Adenocarcinomas endometrioides.

IV. Tumores mesonéfricos.

a) Tumores mesonéfricos benignos.

b) Tumores mesonéfricos con actividad proliferativa en las células epiteliales y anomalías nucleares, pero sin crecimiento infiltrativo (bajo potencial de malignidad).

c) Cistoadenocarcinomas mesonéfricos.

V. Cacinoma concomitante, carcinoma indiferenciado (tumores que no pueden ser incluidos en los grupos I, II, - III y IV).

VI. Sin histología.

Basándose en los hallazgos en la exploración clínica y en la exploración quirúrgica:

Etapas I. Crecimiento limitado a los ovarios.

Etapas Ia. Crecimiento limitado a un ovario; no hay ascitis.

Etapa Ib. Crecimiento limitado a uno o ambos ovarios; ascitis presente con células malignas en el líquido

Etapa II. Crecimiento que afecta uno o ambos ovarios con extensión pélvica.

Etapa IIa. Extensión o metástasis al útero o trompas solamente.

Etapa IIb. Extensión a otros tejidos pélvicos.

Etapa III. Crecimiento que afecta uno o ambos ovarios con metástasis ampliamente diseminadas al interior del peritoneo (epiplón, intestino delgado y su mesenterio).

Etapa IV. Crecimiento que afecta uno o ambos ovarios con metástasis distantes fuera de la cavidad peritoneal.

Categoría Especial. Enfermas no exploradas, que se piensa que padezcan carcinoma del ovario (cirugía o terapéutica medicamentosa aún no practicadas). (29)'

2. OBJETIVOS.

- 1.- Observar mediante la revisión retrospectiva de expedientes la incidencia de tumores de ovario benignos y malignos.
- 2.- Determinar las edades más frecuentes de incidencia de estos tumores tratados en el Hospital General "Dr. -- Gonzalo Castañeda".
- 3.- Determinar que medio diagnóstico ha sido el más certo para su detección oportuna.

3. METODOLOGIA.

Este estudio se llevó a cabo mediante la revisión retrospectiva de expedientes clínicos facilitados por el Departamento de Archivo Clínico y Estadística del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda", clasificados dentro de la entidad Tumores de Ovario, en número de 165 expedientes, de Agosto de 1977 a Septiembre de 1982.

En base a la comparación de parámetros estudiados en otras instituciones y artículos de Bibliografía, se revisaron -- cuidadosamente las historias clínicas de las derechohabientes portadoras de un tumor de ovario y se analizaron los -- siguientes parámetros para nuestro estudio:

Edad, menarca, dismenorrea, ritmo menstrual, inicio de vida sexual activa, control de fertilidad, paridad, antecedentes de cirugía previa anexial, signos y síntomas más -- frecuentes, co-existencia con embarazo, diagnóstico preoperatorio, hallazgos transoperatorios, diagnóstico postoperatorio, días de hospitalización, complicaciones trans y postoperatorias, evolución intra y extrahospitalaria, diagnóstico histopatológico, medios diagnósticos utilizados como por ejemplo: Ultrasonografía, radiología, laparoscopia, -- determinaciones hormonales especiales, radioinmunoensayo.

4. RESULTADOS.

En el lapso de Agosto de 1977 a Septiembre de 1982, se atendieron en la Consulta Externa de Gineco-Obstetricia del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE, 24 001 pacientes, estudiandose 165 expedientes clínicos proporcionados por el Departamento de Archivo Clínico del Hospital - clasificados como tumores de ovario, de éstos 66 correspondieron a verdaderos tumores de ovario y 99 a estados semejantes a tumor (quiste de cuerpo lúteo, quiste hemorrágico, quiste tecaluteínico, ovarios poliquísticos, quistes foliculares, etc.), en 2 casos no se encontró diagnóstico histopatológico, y 5 casos fueron reportados como quistes del paraovario. (Cuadros 1 y 2)

CUADRO No. 1

Tumores de ovario encontrados en una revisión de pacientes agresados del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE de agosto de 1977 a Septiembre de 1982.

Tumores verdaderos de ovario	66
Pseudotumores.	94
Tumores del paraovario	<u>5</u>
TOTAL:	<u>165</u>

CUADRO No. 2

Clasificación de tumores de ovario en una revisión de -
pacientes egresadas del Hospital General "Dr. Gonzalo
Castañeda" del ISSSTE (AGOSTO DE 1977 a Septiembre de
1982).

Tumores benignos	60	90.90%
Tumores malignos	<u>6</u>	<u>9.10%</u>
TOTAL:	<u><u>66</u></u>	<u><u>100.00%</u></u>

En el cuadro No. 2 se observa la frecuencia mayor de los tumores benignos del 90.90% con respecto a la de los malignos de un 9.10%, comparable a resultados similares reportados por autores tales como el Dr. Vargas López en 1977 en donde en un lapso de 2 años estudio a 112 pacientes en que 100 casos correspondieron a tumor benigno 89.28%, contra 12 casos de tumores malignos con 10.72% (32). En otro estudio reportado por el mismo Dr. Vargas López en un período comprendido de febrero de 1972 a febrero de 1980, de 27 516 pacientes, 522 correspondieron a tumores de ovario, siendo de éstos 451 tumores benignos (86.4%), y 71 malignos (13,6%), (33). En otro estudio reportado por el Dr. Sereno Coló en donde en un período de 10 años de enero de 1967 a enero de 1977, encontro 71 casos de tumores de ovario, correspondiendo a los tumores benignos 68 (95.7%) contra 3 casos de tumores malignos (4.22%), (26).

En 2 estudios de tesis recepcionales, uno efectuado en el Hospital Dr. Dario Fernández, en un transcurso de 4 años, (enero de 1975 a enero de 1979), la frecuencia de tumores de ovario fué de 122, de los cuales 114 (93.44%) correspondió a tumores benignos, contra 8 (6.56%) tumores malignos. (10)

El otro estudio corresponde al Hospital de la Mujer S.S.A. que en una revisión de 7 años, con 310 casos de tumores de ovario, 253 (81.61%) correspondieron a los benignos y 57 (18.38%) a los malignos. (11)

Ahora bien Novak (20), refiere, "que la proporción específica entre neplasias benignas y neoplasias malignas representa una cifra poco segura, pues algunos laboratorios -- tienen opiniones diferentes acerca de que cosa constituye malignidad en diversos procesos patológicos como los tumores serosos papilares, diversos teratomas quísticos y -- otros. Y no tiene gran importancia, ni intentar dar una -- cifra de proporción entre procesos benignos y procesos -- ovaricos malignos, que por regla general, la mayor parte -- de tumores quísticos son benignos, y la mayor parte de los sólidos son malignos, pero que puede observarse cualquier combinación con grados variables de malignidad".

A continuación se expondrán los tipos de tumor encontrados en la revisión efectuada en el Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda", del ISSSTE en nuestro estudio y que com--

prende el cuadro No. 3 y la Gráfica No. 1, de tumores benignos.

CUADRO No. 3

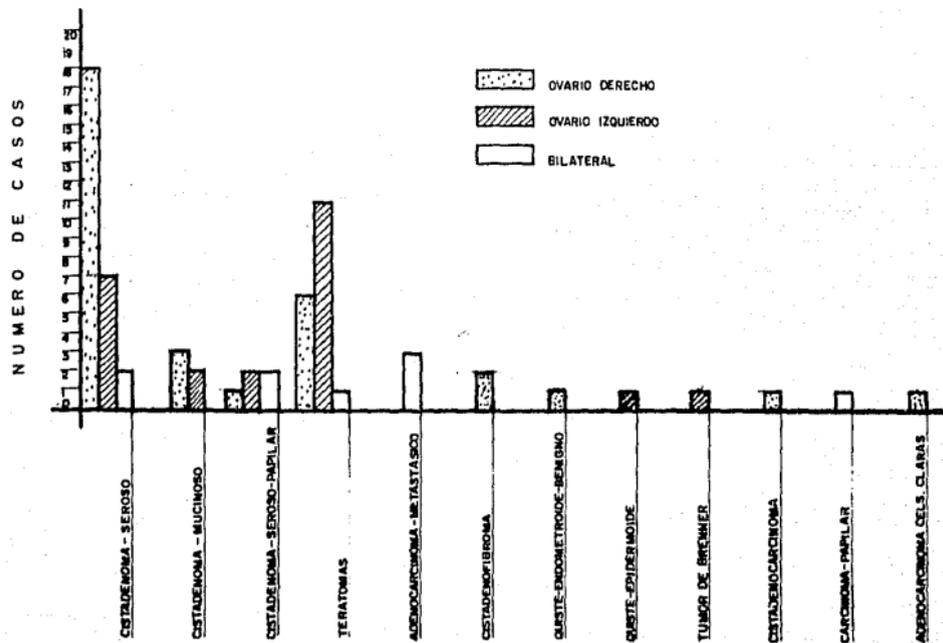
Tumores benignos. Agosto 1977 - Septiembre 1982]

TIPO DE TUMOR	IMPLICACION DE OVARIOS			Núm. de Casos	PORCENTAJE
	Unilat. Der.	Unilat. Izq.	Bilateral		
Cistadenoma seroso.	18	7	2	27	40.9 %
Cistadenoma mucinoso.	3	2	0	5	7.6 %
Cistadenoma seroso papilar	1	2	2	5	7.6 %
Quiste endometrioi de benigno.	1	0	0	1	1.5 %
Quiste epidermoide	0	1	0	1	1.5 %
Tumor de Brenner	0	1	0	1	1.5 %
Cistadenofibroma	2	0	0	2	3.0 %
Teratomas	6	11	1	18	27.3 %
TOTAL:	<u>33</u>	<u>24</u>	<u>5</u>	<u>60</u>	<u>90.9 %</u>

Los tumores malignos se encontraron en número de 6, siendo 3 primarios y 3 metastásicos, los cuales se presentan en la gráfica No. 1 comparándola con los tumores benignos; y como tumores malignos se expresan en el cuadro No. 4.

GRAFICA No. 1

FRECUENCIA DE TIPOS DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS, SEGUN IMPLICACION DE OVARIOS ENCONTRADOS EN LAS PACIENTES EGRESADAS DEL HOSPITAL DR. GONZALO CASTAÑEDA 155STE (AGOSTO 1977 - SEPTIEMBRE 1982)
 y FUENTE: CUADROS 3 y 4.



CUADRO No. 4

Tumores malignos de Ovario Agosto 1977 - Septiembre 1982

TIPO DE TUMOR	IMPLICACION DE OVARIOS			Núm. de Casos	PORCENTAJE
	Unilat. Der.	Unilat. Izq.	Bilateral		
Cistadenocarcinoma	1	0	0	1	1.5 %
Carcinoma papilar.	0	0	1	1	1.5 %
Adenocarcinoma cels. claras.	1	0	0	1	1.5 %
Adenocarcinomame-tastásico.	0	0	3	3	4.6 %
TOTAL :	2	0	4	6	9.1 %

En el cuadro No. 3, en donde se expone la frecuencia encontrada de la estirpe histológica de los tumores benignos de ovario que comprende nuestro estudio, observamos que el tumor más frecuente lo constituye de un total de 60 tumores, el cistadenoma seroso con 27 casos (40,9%), observándose en 2 casos en forma bilateral, (7.40%), en ovario derecho en 18 casos (66.67), y en el ovario izquierdo en 7 casos (25.93). En comparación con lo reportado por otros autores Botella Llusía (5) de un total de 1438 tumores de ovario benignos y malignos, encontró 350 casos (24.33%), - Calastroni (8) lo reporta en una proporción del 20 a 25% de los tumores ováricos, Kaser (18) lo reporta en el 30-50% de los casos, con transformación maligna de casi el --

50%: Tonnins (25) lo reporta como el 20% de las neoplasias ovariicas, y lo encuentra en el 20% bilateral. Te linde -- (29) lo reporta con una frecuencia del 20-40%, bilateral en un 15%, malignización en un 20-30% de los casos. En 2 tesis recepcionales una correspondiente al Hospital Dr. Dario Fernández, (10) se encontró en 34 casos de 111, (30. - 60%), en el otro estudio correspondiente al Hospital de la Mujer, se encontraron 137 casos de 253 (54.15%). Los Dres. Bravo Sandoval y Aguirre Reyes de la G-O Núm. 3 "La Raza" del IMSS, lo reportan con una frecuencia del 29% (6). Por último Gimenez Miranda del Hospital Central Militar, lo reporta del 15% de todos los tumores benignos del ovario, -- con el 50% de localización bilateral .(13)

El Cistadenoma mucinoso en nuestro estudio comprendió 5 casos del total (7.6%), en 3 casos unilateral derecho (60%) y en 2 casos unilateral izquierdo (40%), los autores lo reportan en el 11.47%, (8), 15% (13), 0.9% (10) 7.90% (11), y en un mayor porcentaje Robbins en el 20% de todas las -- neoplasias ováricas. (25)

Así mismo se reporta como complicación importante en el -- 2.5% de los casos el pseudomixoma peritoneal (17), y una -- transformación maligna en el 15% de los casos según Meyer y el 12% según Woodruff. (20)

El cistadenoma Seroso papilar en nuestro estudio comprendió 5 casos, (7.6%) 2 casos bilaterales (40%), en 2 casos -

unilateral izquierdo (40%) y en 1 caso unilateral derecho (20%). Según otros autores lo reportan en un 10% (13), un 37.5% (10); la malignización como complicación la reportan en un 50% (13), Meyer considera la transformación maligna en 25%, Abell admite la proporción de procesos malignos serosos a mucinosos como de 4:1, Munell, Jacox y Taylor creen que es de 7:1 (20)

El quiste endometriode benigno en nuestro estudio comprendió 1 caso (1.5%), en otros estudios comprendió el 0.9% (10), Santesson ha analizado la experiencia con este tumor confirmando que son de crecimiento lento y menos malignos que otros carcinomas de ovario. (20)

El quiste epidermide en nuestro estudio comprendió 1 caso (1.5%), Kaser lo considera como una forma rara de teratoma quístico benigno que es formación quística que posee solamente un revestimiento epitelial queratinizante de varias capas y cuya luz está ocupada por detritus. En la pared del quiste no existen estructuras cutáneas accesorias. La degeneración maligna la reporta en 1.9% (17).

El tumor de Brenner comprendió 1 caso en nuestro estudio (1.5%). se reporta como 1% de todos los tumores de ovario (13), (3), Robbins lo reporta con un 2% (25), Novak lo refiere con tendencia a la transformación mucinosa que lo

asemeja al cistadenoma mucinoso corriente, bilateral -- en el 10%, generalmente unilateral, Robbins lo describe en el 20% dentro de las paredes de los cistadenomas mucinosos. (25)

Cistadenofibroma:

En nuestro estudio comprendió 2 casos (3.0%), unilateral derecho, lo refieren como el 5% de todas las neoplasias ováricas unilateral en el 90% de los casos, frecuentemente se asocia con el Síndrome de Meigs (40%), presentado ascitis e hidrotórax, otro estudio comprendió el 0.79% - (11), según Grosieux constituye del 1 al 5% de los tumores ováricos (5). Kaser reporta el 15% de degeneración cancerosa. (17)

Los teratomas o quistes dermoides en nuestro estudio comprendieron 18 casos (27.3%), 6 casos unilaterales derechos (33.33%), 11 casos unilaterales izquierdos 61.11% -- y 1 caso bilateral (5.56%). Se encuentra reportado en el 2.25% de todas las neoplasias ováricas, generalmente unilateral, bilateral en el 8.15%. malignización del 1 al 3% a expensas de elementos cutáneos resultando un carcinoma epidermoide (13), Botella (5) lo refiere como un embrión abortivo reportándolo en el 10% de los tumores ováricos, bilaterales en el 30% y unilaterales en el 70%, Novack y Both indican que los tumores de células germinativas representan la neoplasia que más frecuentemente acompaña al emba-

razo aproximadamente 1 por cada 600 embarazos, con degeneración maligna en el 3% o menos. (20)

En el cuadro 4 se presentan los tumores de ovario maligno encontrados en nuestro estudio.

Con respecto al Cistadenocarcinoma que comprendió 1 caso 1.5% de todos los tumores y el 16.66% de los tumores ováricos malignos. Se reporta como el tumor primario del ovario más común, en el 40% de las neoplasias malignas, encontrándose en el 50% bilateralmente (13) (17), esto en base a que la mayoría de los procesos malignos del ovario están relacionados con el epitelio del tracto de Muller, por lo que son denominados tumores epiteliales del ovario comprendiendo los cistoadenocarcinomas serosos y mucinosos, mesonefomas y tumores endometrioides, que se reportan en un 60 a 70% de todas las neoplasias ováricas como derivadas del epitelio del celoma, un 15-20% se originan a partir del epitelio germinal, un 5-10% se derivan del estroma ovárico y aproximadamente el 5% de los tumores ováricos son secundarios o metastásicos (9).

El carcinoma papilar en nuestro estudio comprendió 1 caso (1.5%), 16.66% de los tumores ováricos malignos, se encontró bilateral, Gimenez lo reporto como bilateral siempre, que se asocia con ascitis (13).

El adenocarcinoma de células claras, en nuestro estudio se encontró 1 caso (unilateral derecho), 1.5% del total de neoplasias, Benson reporta al carcinoma de células -- claras al igual que lesiones mesonefroides del ovario (3) Novack establece 2 hechos con respecto a este tumor:

- 1) Algunos tumores pueden presentar mezclas diversas del tipo Schiller y de la arquitectura de célula clara.
- 2) Tales lesiones se descubren exclusivamente en zonas - donde hay restos del aparato mesonéfrico, y los tumores son idénticos sea cual sea el nivel en el cual se observan.

La lesión nace de vestigios extraováricos de los túbu los mesonéfricos con participación subsiguiente de la gónada. (20)

El adenocarcinoma metastásico se encontró en 3 casos --- (4.6%), 50% de todos los tumores malignos de nuestro estu dio, con localización bilateral; Calastroni lo refiere -- que constituye una tercera parte de todos los tumores ma lignos de la gónada. (18).

Con respecto a la localización Webb y Cols analizan 357 - casos de carcinoma metastásica; el 43% corresponde al trac to gastrointestinal, en orden decreciente, colon, recto, estómago y vesícula biliar; el 31% en la glándula mamaria; el 18% al tracto genital, en orden decreciente cuerpo ute rino, cuello, trompa, vagina; otras localizaciones en el

4%. Gimenez lo reporta en el 20% de las pacientes (13), Benson en el 10% (3), Botella en el 3.05% (5), Kaser en el 3.5 a 18.5% (17).

Con respecto a los tumores de Krukenberg, Novack y Woodruff han señalado que 20% parecen de índole primaria, observaron en el 50% en forma bilateral. (20)

Con respecto a los pseudotumores o estados semejantes a tumor en el cuadro No. 5, se presentan los casos encontrados.

CUADRO No. 5

PSEUDOTUMORES O ESTADOS SEMEJANTES A TUMOR

	Núm. de Casos	Porcentaje
Ovarios Poliquísticos	39	39.40 %
Cuerpo Amarillo de Ovario (quiste hemorrágico)	24	24.24 %
Quiste Foliculares Simples	15	15.15 %
Endometriosis Ovárica	6	6.06 %
Quiste del Paraovario	4	4.04 %
Quiste de Inclusión Germinal	2	2.02 %
Cuerpos Blancos	2	2.02 %
Quiestes de Ovario Torcidos	2	2.02 %
Quiste Tecaluteínico	1	1.01 %
Quiste de Morgagni	1	1.01 %
Quiste Puncionado Transcésárea	1	1.01 %
Sin Clasificación	2	2.02 %
T O T A L :	99	100.00 %

Para la finalidad de nuestro estudio, solamente nos ocuparemos de los tumores neoplásicos tanto benignos como malignos.

En el cuadro No. 6 y Gráfica 2, presentamos la frecuencia de tumores de ovario por grupos etarios de pacientes egresados del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" - del ISSSTE (Agosto de 1977 a Septiembre de 1982), de tumores benignos.

CUADRO No. 6
TUMORES BENIGNOS

TIPO DE TUMOR	E D A D						TOTAL
	Menor de 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 y más	
Cistadenoma Seroso.	1	12	6	6	0	2	27
Cistadenoma Mucinoso	1	3	0	1	0	0	5
Cistadenoma Seroso Papilar.	0	2	1	0	1	1	5
Quiste Endometrioides Benigno.	0	1	0	0	0	0	1
Quiste Epidermoide.	0	0	0	1	0	0	1
Tumor de Brenner	0	0	0	0	1	0	1
Cistadenofibroma	0	1	0	0	0	1	2
Teratoma	3	10	4	1	0	0	18
T O T A L :	5	29	11	9	2	4	60

En el cuadro No. 7 se presenta la frecuencia de tumores de ovario por grupos etarios de pacientes egresados del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda", (Agosto de 1977 a Septiembre de 1982), de tumores malignos.

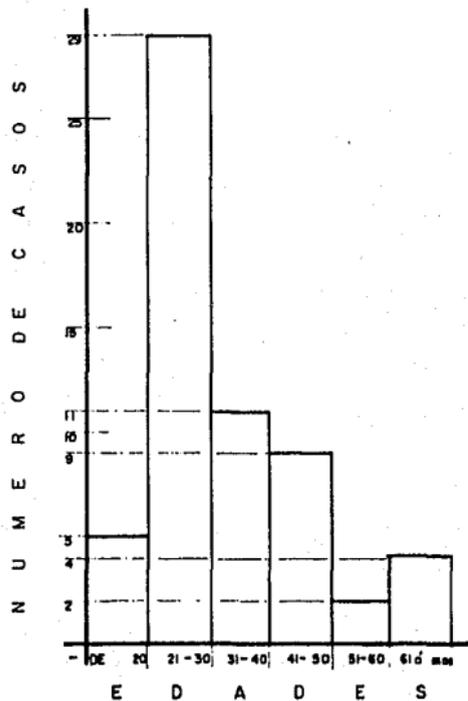
CUADRO No. 7
TUMORES MALIGNOS

TIPO DE TUMOR	E D A D						TOTAL
	Menos de 20 a	21-30 a	31-40 a	41-50 a	51-60 a	61 a o más	
Cistadenocarcinoma.	0	0	0	0	0	1	1
Carcinoma Papilar.	0	0	0	1	0	0	1
Adenocarcinoma de Cels. Claras.	0	0	0	1	0	0	1
Adenocarcinoma Metastásico.	0	0	1	1	1	0	3
TOTAL :	0	0	1	3	1	1	6

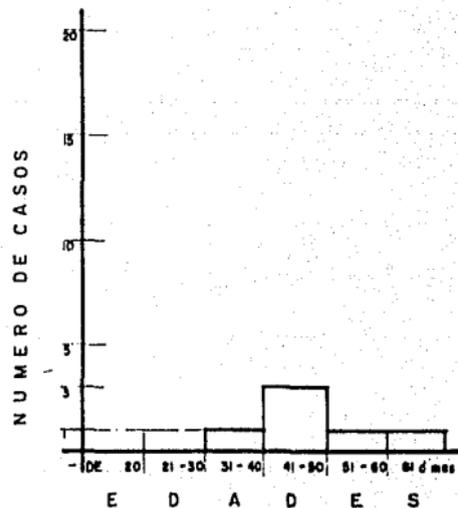
En el cuadro 6, gráfica 2, se presenta la frecuencia por grupos etarios de los tumores de ovario de nuestro estudio, observandolos con mayor frecuencia de los 21 a 30 años en un 48.33%, y posteriormente de los 31 a 40 años en un 18.33%, siguiendo en orden decreciente en las demás edades como puede observarse, éste dato coincide con lo observado por Kaser (12), Novack (20) y así mismo en el estudio efectuado por el Dr. Vargas López en donde en un estudio de 522 casos de tumores de ovario, en donde el 86.47% fueron benignos, la edad predominante fué la 4a. década de la vida. En otros hospitales se reportó en el 52.62% de los 26 a 35 años, (32), en el CH. 20 de Noviembre se reportaron con mayor frecuencia en el 3er. decenio con un (29.16%).

GRAFICA No. 2

FRECUENCIA DE TIPOS DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE OVARIO POR GRUPOS ETARIOS DE PACIENTES EGRESADAS DEL HOSPITAL DR. GONZALO CASTAÑEDA ISSSTE (AGOSTO 1977- SEPTIEMBRE 1982) FUENTE: CUADRO 6 y 7



TUMORES BENIGNOS



TUMORES MALIGNOS

En el cuadro 7, gráfica 2, se observa la edad de presentación más frecuente que corresponde de los 41-50 años, en un 50% de los tumores malignos de nuestro estudio, muchos investigadores han señalado que la punta máxima de su aparición está en la década de los sesenta. Randall y Hall, señalaron que 281.9 mujeres/100 000 presentan un carcinoma ovárico pasados los 54 años mientras que 30.4/ 100 000 lo presentan antes de llegar a los 45 años. (9)

En el cuadro 8, se presenta la frecuencia de tumores de ovario relacionado con la menarca de pacientes egresados del Hospital General "DR. Gonzalo Castañeda", (Agosto de 1977 a Septiembre de 1982).

Se observa en 18 casos (27.0%) a la edad de 12 años, posteriormente 17 casos (25.8%) a los 13 años, 1 sólo caso (1.5%) a los 10 años, y otro caso (1.5%) a los 18 años, no se encontró diferencia importante con respecto a la edad de presentación de la menarquía, tanto en tumores benignos como malignos.

En este cuadro podemos observar, que en el 27% de las pacientes, la menarquia se presentó a los 12 años, en el -- 25.8% se presentó a los 13 años, estos datos no representan diferencia significativa, con la edad de presentación en la población mexicana. (13)

Ahora bien, en nuestra serie de pacientes con tumores de ovario, no encontramos tumores funcionantes, que nos pudieran dar el cuadro clínico de una adolescencia precoz, lo que resulta común en otro tipo de tumores que secretan estrógenos, primariamente compuestos de células tecales y de la granulosa. (2,12,28), en donde se reportan pacientes con edades de 2 años, 17 meses y 15 años, como edades mínimas encontradas en estas series, que cursaron con el cuadro clínico de pubertad precoz. (14)

CUADRO No. 8

Frecuencia de tumores de ovario relacionados con la menarca de pacientes egregados - del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda", del ISSSTE (Agosto de 1977 a Septiembre de 1982).

TIPO DE TUMOR	EDAD EN QUE SE PRESENTO LA MENARCA EN AÑOS.									TOTAL DE CASOS
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Cistadenoma Seroso	1	5	9	4	1	3	3	0	1	27
Cistadenoma Mucinoso	0	0	1	2	1	1	0	0	0	5
Cistadenoma Seroso Papilar	0	0	1	1	0	2	1	0	0	5
Quiste Endometrioi de Benigno.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Quiste Epidermoide	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Tumor de Brenner.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Cistadenofibroma.	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
Teratoma	0	1	4	5	6	1	1	0	0	18
Adenocarcinoma de Células Claras.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Cistadenocarcinoma.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Carcinoma Papilar	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Adenocarcinoma -- Metastásico.	0	0	1	2	0	0	0	0	0	3
T O T A L:	1	6	18	17	10	8	5	0	1	66
PORCENTAGE:	1.5%	9.0%	27.0%	25.8%	15.4%	12.2%	7.6%		1.5%	100.00%

En este cuadro el inicio de las relaciones sexuales, se presentó en el 78.8% de los casos, de los 17 a los 30 años, 8 pacientes fueron núbiles correspondiendo 4 pacientes a cistadenomas, y 2 pacientes con tumores malignos, en nuestro estudio la proporción de 2:1 para los tumores benignos, no guarda relación significativa con otro tipo de tumores germinomas que se observan más comúnmente en pacientes jóvenes solteras (7).

El número de gestaciones vario de 1 a 11, observando los grupos de 1 y 2 gestaciones con el 27.4%, siguiendole en orden de frecuencia, el de nuligestas con 22.8% y el de multigestas con un 49.8%, el más alto, datos coincidentes con otro tipo de estudios como el nuestro (10), (19) se representa en la gráfica No. 3, cuadro No. 10.

CUADRO No. 9

Frecuencia de tumores de ovario en relación con la edad al inicio de Vida Sexual Activa, en pacientes egresados del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda", del ISSSTE (Agosto de 1977 a Septiembre de 1982).

TIPO DE TUMOR	INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN AÑOS					TOTAL
	NUBIL	Menor de 16 a	de 17a20	a de 21a30	a de 31a40	
Cistadenoma Seroso	3	2	10	11	1	27
Cistadenoma Mucinoso.	1	0	1	3	0	5
Cistadenoma Seroso Papilar	0	0	4	1	0	5
Quiste Endometrioi de Benigno	0	0	0	1	0	1
Quiste Epidermíode	0	0	0	1	0	1
Tumor de Brenner	0	0	1	0	0	1
Cistadenofibromá.	1	1	0	0	0	2
Teratoma	1	0	8	7	2	18
Adenocarcinoma de Cels Claras	0	0	0	1	0	1
Cistadenocarcinoma	1	0	0	0	0	1
Carcinoma Papilar	0	0	1	0	0	1
Adenocarcinoma Metastásico	1	0	1	1	0	3
TOTAL:	8	3	26	26	3	66
PORCENTAGE:	12.2%	4.5%	39.4%	39.4%	4.5%	100 %

CUADRO No. 10

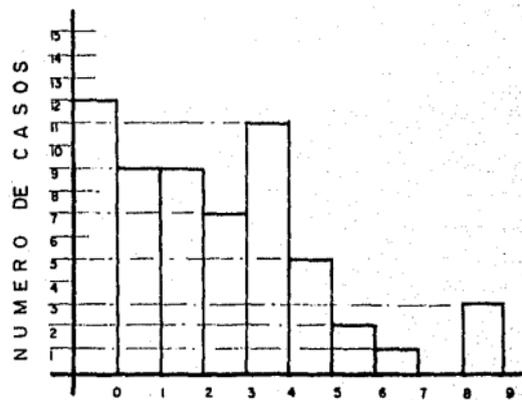
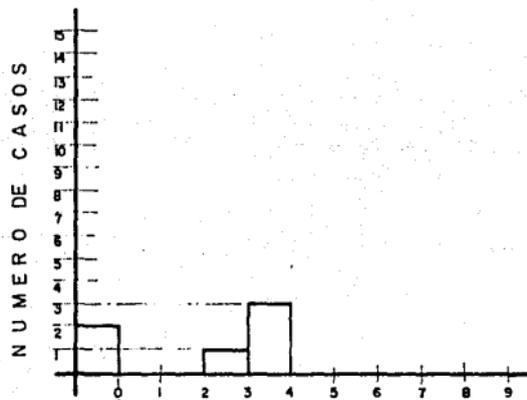
Frecuencia por tipo de tumores de ovario en relación con el número de gestaciones, en -
pacientes egresadas del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE (Agosto de -
1977 a Septiembre de 1982).

TIPO DE TUMOR	NUMERO DE GESTACIONES										TOTAL
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	más-9	
Cistadenoma Seroso	5	2	4	4	4	3	2	0	0	3	27
Cistadenoma Mucino- noso.	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	5
Cistadenoma Seroso Papilar	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	5
Quiste Endometrioi- de Benigno	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Quiste Epidermoide	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Tumor de Brenner	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Cistadenofibroma	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Teratoma	3	7	2	1	3	2	0	0	0	0	18
Adenocarcinoma de Células Claras	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Cistadenocarcino- ma.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Carcinoma Papilar	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Adenocarcinoma Me- tastásico	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3
TOTAL:	15	9	9	8	13	5	2	1	0	4	66
PERCENTAGE:	22.8	3.7	13.7	12.2	19.6	7.5	3.0	1.5	0	6.0	100 %

GRAFICA No. 3

FRECUENCIA POR TIPO DE TUMORES DE OVARIO EN RELACION CON EL NUMERO DE GESTACIONES, EN PACIENTES EGRESADAS DEL HOSPITAL DR. GONZALO CASTANEDA ISSSTE (AGOSTO 1977-SEPTIEMBRE 1982)

7 FUENTE:CUADRO 104



NUMERO DE GESTACIONES

TUMORES MALIGNOS

TUMORES BENIGNOS

En nuestra serie observamos la incidencia de embarazo en el 9.09%, predominando los teratomas con el 83.33% de los casos, sobre el cistadenoma seroso con 1 caso (16.67%), éste último encontrado como hallazgo transcésárea en una paciente primigesta, intervenida por presentación pélvica. El hallazgo de teratomas quisticos en 4 casos fué también por transcésárea, 1 caso cursaba con un embarazo de 18 semanas, el cual llegó a término sin complicaciones otro caso fué hallazgo en la exploración ginecológica de 1 aborto incompleto del 1er. trimestre, así mismo no lo reportamos como coexistente con embarazo pero 1 teratoma quístico, se encontró en una paciente con retención de restos placentarios postparto. Ningún caso de neoplasia maligna coexistió con embarazo. Booth y Novak (20), señalan que los tumores de células germinativas representan la neoplasia que más frecuentemente acompaña al embarazo, aproximadamente 1 por cada 600 embarazos. (Cuadro No. 11)

En el cuadro 12 observamos la relación del método anticonceptivo usado por las pacientes de nuestra serie, considerando de importancia, el uso de hormonales, que en nuestra casuística resultó de 4.54%, observando su uso en las pacientes con tumores benignos.

CUADRO No. 11

Coexistencia de embarazo, en el momento de diagnosticar a pacientes con tumores de ovario egresadas del Hospital General "Dr. -- Gonzalo Castañeda" del ISSSTE (Agosto de 1977 a Septiembre de -- 1982).

TIPO DE TUMOR	E M B A R A Z O S	
	SI	NO
Cistadenoma Seroso	1	26
Cistadenoma Mucinoso.	0	5
Cistadenoma Seroso Papilar	0	5
Quiste Endometrioi de Benigno	0	1
Quiste Epidermiodo	0	1
Tumor de Brenner	0	1
Cistadenofribroma	0	2
Teratoma	5	13
Adenocarcinoma de Células Claras	0	1
Cistadenocarcinoma	0	1
Carcinoma Papilar	0	1
Adenocarcinoma Metastásico	0	3
T O T A L:	6	60
PORCENTAGE:	9.09%	90.91%

Al parecer no se encuentra relación de ingesta de hormonales y aparición de lesiones tumorales ováricas, y sí la hay en patología mamaria y endometrial.

En el ovario, cuando se utiliza la combinación de estrógenos, el aspecto de éste, es de inactividad sin cuerpos amarillos recientes, sin estructuras foliculares en la superficie y un porcentaje constante de folículos atrésicos. Esta atresia semejante a la que se encuentra la vida fetal y lactancia cuando falta el estímulo gonadotrópico sobre el ovario. Algunos autores han encontrado fibrosis del estroma cortical y engrosamiento de la albugínea (13).

En el cuadro 13, observamos la relación existente entre la menopausia y los tumores de nuestra serie, encontrando, que solamente en 11 pacientes con tumores benignos, (18.33%) cursaron con menopausia, diferencia significativa con los tumores malignos en los que 5 de 6 pacientes cursaron con ésta. (83.33%), lo que guarda una proporción de 4.5:1 para tumores malignos. Este hallazgo coincide con la frecuencia mayor reportada para el cáncer ovárico que Randall y Hall señalaron que 281.9 mujeres/ 100 000 presentan 1 carcinoma ovárico pasados los

54 años mientras que 30.4/100 000 lo presentan antes de llegar a los 45 años. (9).

Esto es obvio, ya que el cáncer ovárico se presenta en edades mayores.

CUADRO No. 12

Método Anticonceptivo en pacientes con tumores de ovario egresadas del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE --- (Agosto de 1977 a Septiembre de 1982).

METODO ANTICONCEPTIVO	TUMORES BENIGNOS	TUMORES MALIGNOS	TOTAL %
Ninguno	47	5	52 78.78%
Hormonales	3	0	3 4.54%
Dispositivos Intrauterino.	5	0	5 7.75%
Salpingoclasia	4	0	4 6.06%
Histerectomía	1	1	2 3.05%
T O T A L:	60	6	66 100.00%

CUADRO No. 13

Frecuencia por tipo de tumores de ovario en relación con la Menopausia, en pacientes egresados del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE. (Agosto de 1977 a Septiembre de 1982)

TIPO DE TUMOR	MENOPAUSIA		TOTAL
	SI	NO	
Cistadenoma Seroso	5	22	27
Cistadenoma Mucinoso	1	4	5
Cistadenoma Seroso papilar.	2	3	5
Quiste Endometriode benigno.	0	1	1
Quiste Epidermoide	1	0	1
Tumor de Brenner	1	0	1
Cistadenofibroma	1	1	2
Teratoma	0	18	18
Adenocarcinoma de células claras.	1	0	1
Cistadenocarcinoma	1	0	1
Carcinoma Papilar	1	0	1
Adenocarcinoma Metastásico.	2	1	3
T O T A L:	16	50	66
PORCENTAJE:	24.3%	75.7%	100 %

El el cuadro No. 14, gráfica 4, observamos los signos y síntomas más frecuentemente encontrados en --- nuestra serie de tumores benignos, observando como - síntoma más frecuente el crecimiento abdominal en - 35 pacientes (58.33%). En segundo lugar, el dolor - abdominal en 30 pacientes (50%). Estos datos difieren de los encontrados por otros autores, tales como Vargas y López (19), (13) así como los hallazgos encontrados en el Hospital Dr. Dario Fernandez del --- ISSSTE y en el Hospital de la Mujer de la S.S.A., -- (10), (11) en donde reportan el dolor como sintoma - predominante de sus series. El tamaño del mayor tumor encontrado, correspondió a un Cistadenofibroma con 50x30 cm. en segundo lugar un Cistadenoma mucinoso de 30x20 cm, en promedio el tamaño de los tumores encontrados fué de 12 cm. con respecto al dolor, en nuestra casuística en 11 casos se encontraron 11 tumores de ovario torcidos, un caso en donde el quiste de ovario se encontró dentro del saco herniario de una hernia inguinal directa, derecha, y otro caso en donde en una herida penetrante de abdomen, durante la laparotomía exploradora, se encontró un tumor de ovario roto. El tipo histológico más frecuentemente encontrado con la torsión fué el cistadenoma seroso en 7 casos de -- los 11.63% ésto resulta obvio pues fué el tipo histológico más comunmente encontrado, en segundo lugar, - el quiste dermoide ó teratoma quístico adulto, con 3

casos 27.27%, y 1 cistofibroma con 9.10%. Otro dato clínico que se encontró en 28 pacientes, (46.66%), - fué el exudado transvaginal ó leucorrea, que en relación con los tumores de ovario este sintoma tiene poca importancia.

Con respecto a las alteraciones menstruales, se encontró la amenorrea en 9 casos (15.00%), las metrorragias en 9 pacientes (15.00%) y la dismenorrea en 13 casos (21.66%). Aunque los tumores de ovario encontrados en nuestra serie, modifican poco el patrón menstrual, en las pacientes con metrorragias, 3 pacientes cursaban con el antecedente de salpingoclasia bilateral, y cursaban así mismo con alteración en el ciclo menstrual del tipo de hiperpropiopolimenorrea, 1 paciente fué multigesta, en donde se encontró fibromiomatosis uterina de grandes elementos, -- otra paciente utilizaba como método anticonceptivo los hormonales inyectables presentando como hallazgo fibromiomatosis uterina.

En otra paciente se encontró como hallazgo un embarazo tubario no roto en la fimbria contralateral del tumor de ovario, 2 pacientes fueron núbiles. Como dato predominante en la dismenorrea el tamaño del tumor fué siempre mayor a 10 cm. de diámetro.

Con respecto a las alteraciones urinarias éstos se presentaron en 10 casos, (16.66%), así como los tras

tornos digestivos que abarcaron: náuseas y vómitos en 11 pacientes, 18.33%, constipación en 6 pacientes 10%, diarrea en 4 pacientes 6.66%, síntomas explicables, en vista del tamaño del tumor y la torsión presentada por éstos.

El dolor lumbar se presentó en 10 pacientes, 16.66% Los síntomas generales como la astenia y adinamia en 15 casos 25%, el ataque al estado general en 7 casos 11.60% y la pérdida de peso en 4 pacientes, 6.66% se encontraron en pacientes con tumoraciones mayores - de 20 cm. de diámetro, lo cual es explicable al considerable abultamiento del abdomen, en donde en ocasiones se produce enorme deformación del abdomen, -- que lleva aparejados trastornos de la estática abdominal con alteraciones digestivas y viscerales muy importantes, como compresión de los órganos urinarios con albuminuria, compresión del diafragma, desplazamiento cardíaco y disminución del área circulatoria, con disnea e insuficiencia central, compresión de la vena cava inferior y de los vasos de las extremidades inferiores, con insuficiencia periférica y, por último a consecuencia del enorme crecimiento del tumor y de los trastornos del metabolismo, - un estado de adelgazamiento importante que se llama caquexia ovárica. El estado de caquexia dá lugar a la llamada facies ovárica, adelgazada, pálida, con -

una caquexia no tan accentuada como en los carcinomas, iniciándose las arrugas y el envejecimiento prematuro. (5)

La anemia se presentó en 3 casos 5.00%, en 1 caso como patología asociada por metrorragia y urosepsis, - 1 caso con un tumor gigante de ovario con 8 años de evolución de aprox. 22 kg. de peso, y otro caso que curso con un quiste de ovario torcido de 12 días de evolución, así como un cuadro de apendicitis agregado. El tipo histológico correspondió a cistadenoma seroso de ovario, no la encontramos asociada en casos reportados por algunos autores como los quistes dermoides (22), en donde se encontró 1 caso de anemia hemolítica autoinmune asociada, la cual es una entidad rara en donde se propone como mecanismo productor 1) la liberación de sustancias por el quiste el cual altera la superficie de los eritrocitos volviéndolo antigénico al medio; 2) el quiste o su contenido contienen sustancias antigénicas al patrón, estimulando la producción de anticuerpos, las cuales producen reacciones cruzadas con los patrones de los eritrocitos; 3) el dermoide por sí mismo produce anticuerpos para los eritrocitos proviendo su competencia inmunologica.

Esto último resulta interesante, ya que resulta con un mecanismo patofisiológico importante, como diag-

nóstico diferencial en las pacientes portadoras de este tipo de anemia, que le ahorraría a éstas, innecesarios tratamientos médicos y potencialmente dañinos quirúrgicos.

Por último como signo importante encontramos la ascitis en 2 casos 3.33% en pacientes portadoras de tumores benignos correspondientes en 1 caso a un cistadenoma seroso de ovario izquierdo y en otro caso al tumor de Brenner encontrado en nuestra serie, aunque en la mayoría la presencia de este signo de asociación a tumoración maligna, Novak (20), la asocia a tumores papilomatosos debida a que éstos pueden implantarse en toda la superficie del peritoneo, provocando irritación y dando lugar a la exudación de líquido seroso.

CUADRO No. 14

SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON TUMORES DE OVARIO EGRESADAS DEL HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAREDA" DEL ISSSTE (AGOSTO DE 1977 a SEPTIEMBRE DE 1982).

SINTOMAS MAS FRECUENTES	TIPO DE TUMOR BENIGNO								TOTAL
	CISTADENOMA SEROSO	CISTADENOMA MUCINOSO	CISTADENOMA SEROSO PAPI LIAR.	QUISTE EN-DOMETRIOI-DE.	QUISTE EPI DERMIOIDE.	TUMOR DE BRENNER.	CISTADENOFI BROMAS.	TERATOMA	
1 CRECIMIENTO ABDOMINAL.	13	3	8	0	0	1	1	9.35	58.33%
2 DOLOR ABDOMINAL	17	2	3	1	0	0	0	7.30	50.00%
3 LEUCORREA.	12	1	3	1	0	0	1	10.29	46.66%
4 ASTENIA Y ADINAMIA	7	1	1	0	0	1	0	5.15	25.00%
5 DISMENORREA	7	1	0	1	0	0	1	3.13	21.66%
6 NAUSEAS Y VOMITOS.	4	2	0	0	0	0	0	5.11	18.38%
7 ALTERACIONES URINARIAS	7	0	0	0	0	1	0	2.10	16.66%
8 DOLOR LUMBAR.	4	1	0	0	0	0	0	5.10	16.66%
9 METRARRROGIAS.	5	1	0	0	0	0	0	3.9	15.00%
10 AMENORREA.	2	0	1	0	1	0	0	5.9	15.00%
11 ATAQUE AL ESTADO GENERAL.	6	0	0	0	0	0	0	1.7	11.66%
12 COSTIPACION.	2	0	0	0	1	0	1	2.6	10.00%
13 PERDIDA DE PESO	1	1	0	0	0	0	1	1.4	6.60%
14 DIARREA.	1	1	0	0	0	0	0	2.4	6.66%
15 ANEMIA	3	0	0	0	0	0	0	0.3	3.58%
16 ASCITIS	0	0	1	0	0	1	0	0.2	3.33%

En el cuadro 15, gráfica 4 encontramos los signos y síntomas más frecuentes asociados con tumores malignos de nuestra serie, reportándose como la mayoría de los autores lo refieren el crecimiento abdominal como síntoma predominante en nuestra serie en los 6 casos (100%), el dolor abdominal así como la amenorrea siguieron en orden de frecuencia en 5 casos, (83.33%) éste último síntoma presentado en mujeres postmenopáusicas, el ataque al estado general también estuvo presente en el 83.33% de los casos, los síntomas generales como la pérdida de peso, astenia y adinamia se encontraron en un 66.66%, la ascitis se encontró en el 50%, con predominio en los tumores metastásicos, lo mismo aconteció con las metrorragias, que antecedieron a la menopausia en 2 pacientes, y en una se presentó en una paciente núbil de 34 años de edad, con evolución de su padecimiento de 10 días. Los demás síntomas se presentan como la evolución natural del carcinoma ovárico, referida -- por la mayoría de los autores.

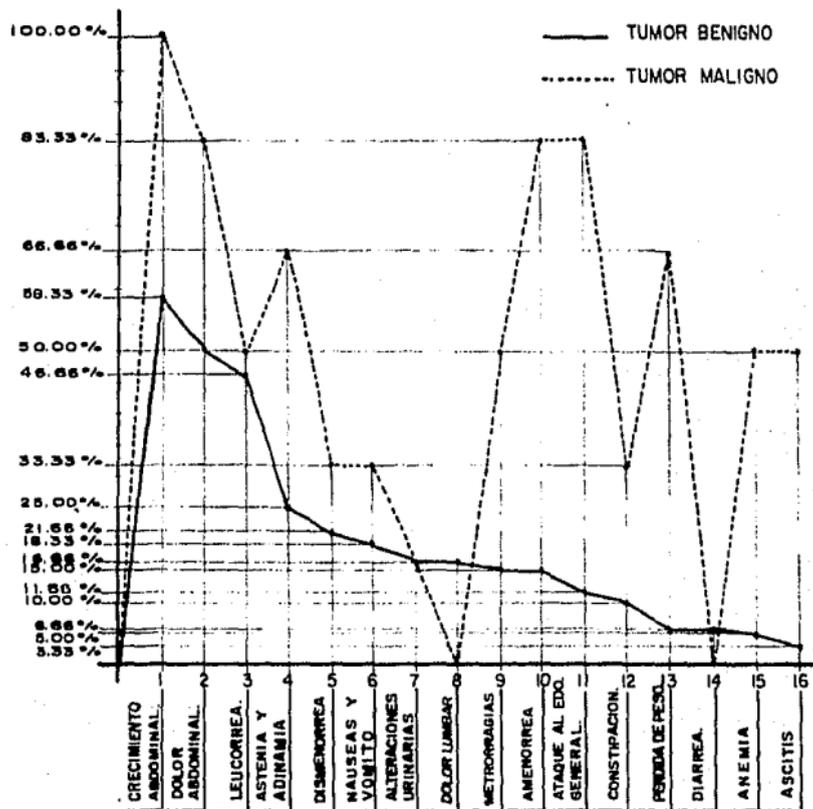
CUADRO No. 15

SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON TUMORES DE OVARIO MALIGNOS EGRESADAS DEL HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA" DEL ISSSTE (AGOSTO DE 1977 a SEPTIEMBRE DE 1982).

SIGNOS SINTOMAS MAS FRECUENTES	TIPO DE TUMOR MALIGNO				TOTAL	%
	ADENOCARCINOMA	CISTADENOCARCINOMA.	CARCINOMA PAPILAR	CARCINOMA METASTASICO.		
1 Crecimiento abdominal.	1	1	1	3	6	
2 Dolor abdominal.	1	1	1	2	5	83.33%
3 Ataque al estado general.	1	1	0	3	5	83.33%
4 Amenorrea	1	1	1	2	5	83.33%
5 Astenia y adinamia.	1	1	0	2	4	66.66%
6 Pérdida de peso.	1	0	1	2	4	66.66%
7 Metrorragias.	0	0	1	2	3	50.00%
8 Leucorrea.	0	1	0	2	3	50.00%
9 Ascitis	0	1	0	2	3	50.00%
10 Anemia	1	0	1	1	3	50.00%
11 Dismenorrea	0	0	0	2	2	33.33%
12 Constipación.	0	1	0	1	2	33.33%
13 Náuseas y vómitos.	1	1	0	0	2	33.33%
14 Disuria.	0	0	0	1	1	16.66%

GRAFICA No. 4

RELACION DE SIGNOS Y SIN TOMAS DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE PACIENTES EGRESADAS DEL HOSPITAL DR. GONZALO CASTANEDA ISSSTE (AGOSTO 1977-SEPTIEMBRE 1982). FUENTE: CUADRO 14 y 15 A



En el cuadro No. 16, se observan los métodos utilizados para diagnósticos de tumores ováricos, englobando dentro de la clínica, a los tumores que fueron encontrados como hallazgo coexistente con embarazo, que se presentaron en número de 6, los demás casos, se presentaron como urgencias quirúrgicas ginecológicas resultado de complicaciones tales -- como torsión del pedículo del tumor. El estudio de ultrasonografía fué el 2º método diagnóstico -- usado en 19 pacientes (28.7%), éste resulta útil -- en pacientes difíciles de explorar o que tienen pánículo adiposo grueso y extenso o vagina delgada y angosta. (16) Donald afirma lo siguiente "el sonar -- logrará poco más como método diagnóstico que las manos y los ojos experimentados del cirujano ginecológico... el sonar no puede substituir a la exploración clínica adecuada, pero puede ayudar a reforzar o modificar los datos clínicos. (27)

Con respecto a la radiografía simple de abdomen ésta se utilizó en 8 pacientes, este estudio nos brinda datos tan importantes como son: los remolinos semejantes a cáscara de huevo en la pelvis en la degeneración calcificada de fibromas. Calcificaciones semejantes a anillo a veces con pseudomixoma peritoneal. Calcificaciones puntiformes pequeñas en los tumores ováricos serosos secundarias a cuerpos de -

psamona.

Calcificaciones en dientes y huesos en tumores dermoides del ovario, y opacidad de los dermoides ocupados por lípidos o de las paredes de algunos quistes ováricos.(16)

La histerosalpingografía fué utilizada en 5 pacientes (7.5%), la urografía excretora en 4 (6.0%), y la pelvineumografía en 2 (3.0%). Las determinaciones hormonales en nuestras pacientes no fueron usadas así mismo cabe mencionar, que el diagnóstico inmunológico del cáncer ovárico, representa una perspectiva prometedora que nos podrá auxiliar en un futuro, para aquellas pacientes consideradas de alto riesgo para padecer esta entidad, como la señala -- Barber quién enumera una tríada de factores de los antecedentes que puede utilizarse como orientación para el diagnóstico temprano: en primer lugar pacientes entre 40 y 60 años, o más; en 2º lugar antecedentes de disfunción ovárica caracterizados por aumento de la tensión premenstrual, menstruación -- copiosa con dolor mamario intenso, tendencia al --- aborto espontáneo, infertilidad y nuliparidad y menopausia temprana. Por último molestias abdominales bajas y síntomas digestivos benignos persistentes, que incluyen dispepsia, flatulencia y distensión, - especialmente después de ingerir alimentos, que ali

vian en medida escasa por antiácidos como bicarbonato de sodio. (16)

CUADRO No. 16

MÉTODOS UTILIZADOS PARA DIAGNÓSTICO DE TUMORES DE OVARIO POR TIPO DE TUMOR EN PACIENTES EGRESADAS DEL HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA DEL ISSSTE. (AGOSTO DE 1977 - SEPTIEMBRE DE 1982)

TIPO DE TUMOR	M E D I O D I A G N O S T I C O					
	CLINICO	ULTRASONOGRAFIA.	Rx SIMPLE ABDOMEN.	H. S. G.	UROGRAFIA EXCRETORA	PELVINEUMGRAFIA
CISTADENOMA SEROSO.	13	7	6	0	0	1
CISTADENOMA MUCINOSO	1	2	0	0	2	0
CISTADENOMA SEROSO PAPILAR.	2	3	0	0	0	0
QUISTE ENDOMETRIOIDE BENIGNO.	0	1	0	1	0	0
QUISTE EPIDERMIOIDE.	0	1	0	0	0	0
TUMOR DE BRENNER.	1	0	0	0	0	0
CISTADENOFIBROMA.	2	0	0	0	0	0
TERATOMA	9	3	2	4	0	1
ADENOCARCINOMA CELS. CLARAS.	1	0	0	0	0	0
CISTADENOCARCINOMA	0	0	0	0	1	0
CARCINOMA PAPILAR	0	0	0	0	1	0
ADENOCARCINOMA METASTASICO.	1	2	0	0	0	0
T O T A L :	30	19	8	5	4	2
PORCENTAJE:	45.4%	28.7%	12.1%	7.5%	6.0%	3.0%

En el cuadro 17, se presentan los tratamientos que en nuestra serie fueron usados, en el caso de hallazgos transoperatorios en 10 casos los 5 casos que se describen fueron transcesarea, en el cuadro del adenocarcinoma de células claras, se encontró el antecedente como se describe posteriormente de una ooforectomía derecha por carcinoma, interviendose, en los casos de adenocarcinomas metastásicos, los diagnósticos preoperatorios en 1 paciente fué el de probable cistadenoma seroso de ovario, en otra paciente que cursaba con ascitis, se efectuó la única parascente-sis, en el reporte del frotis se encontraron células malignas, por lo cual no se operó. En el último caso de adenocarcinoma metastásico que cursaba con ascitis, se efectuó laparotomía exploradora para des-compresión abdominal y toma de biopsia. En todos los casos de tumores malignos fué necesario su traslado a un Centro especializado como lo es el C. H. 20 de Noviembre del ISSSTE.

En los tumores benignos como tratamiento mayormente usado se efectuó la ooforectomía unilateral en 50 pacientes, (55.55%), la ooforectomía bilateral en 9 pa-cientes (10.0%), y en 7 casos (7.77%) histerectomía abdominal total, así mismo en 12 pacientes se efec-tuó resección en cuña del ovario contralateral ---- (13.3%), y en los casos de tumores malignos en 1 ca-

so se efectuó omentectomía (1,12%), y en otra paciente resección intestinal (1,12%), debida a metástasis.

Como la mayoría de los autores lo señalan (1,13,5,8,13,17,20), el tratamiento debe ser quirúrgico, señalando la indicación de histerectomía en mujeres preclimáticas o climáticas o bilateralidad de los quistes. Ahora bien, dada la frecuencia con que aparecen las formaciones malignas en el interior del quiste, el ideal será extirpar éste entero.

Por último señalaremos que aunque en nuestro centro hospitalario no se cuenta con la especialidad de oncología, se cita por lo diversos autores que cuando se establece un diagnóstico temprano y una terapéutica adecuada, los resultados son altamente satisfactorios en cuanto a la supervivencia de las pacientes. (31), en la Unidad de Oncología del Hospital General de México, S.S.A., se acepta que independientemente del grado de evolución alcanzado por la enfermedad, el primer ataque debe ser el quirúrgico con el fin de precisar la extensión del padecimiento, corroborar y clasificar su naturaleza histológica mediante estudio transoperatorio con cortes por congelación y efectuar sobre la marcha el tratamiento quirúrgico radical o a la extirpación del mayor volumen tumoral posible, según el caso. Ahora bien el tratamiento --

quirúrgico de elección para el carcinoma ovárico lo constituye la panhisterectomía más omentectomía. Es de primordial importancia que todos los casos operados pasen a radioterapia complementaria, sea en forma profiláctica o para tratar los residuales quirúrgicos.

La quimioterapia desempeña un papel importante tanto para mejorar la acción local de la radiación, como para el tratamiento de la enfermedad que se encuentra más allá de la zona quirúrgica o radiada. - (31).

CUADRO No. 17

TRATAMIENTO POR TIPO DE TUMOR DE OVARIO, EN PACIENTES EGRESADAS DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. GONZALO CASTAÑEDA DEL ISSSTE (AGOSTO DE 1977 a SEPTIEMBRE DE 1982).

TIPO DE TUMOR	HALLAZGO TRANSPE RATORIO.	HISTEREC TOMIA. T.	OOFORRECTO MIA UNILA TERAL.	OFORECTO MIA UNI- LATERAL.	RESECCION EN CUÑA OVARICA	OMENTECTO MIA.	RESECCION INTESTINAL
Cistadenoma Seroso.	1	4	4	21	3	0	0
Cistadenoma Mucinoso.	0	1	1	4	0	0	0
Cistadenoma Seroso Papilar.	0	1	1	3	2	0	0
Quiste Endometroides benigno.	0	0	0	0	1	0	0
Quiste Epidermoide.	0	0	0	1	0	0	0
Tumor de Brenner.	0	0	0	1	0	0	0
Cistadenofibroma.	0	0	1	1	0	0	0
Teratoma.	4	0	1	17	3	0	0
Adenocarcinoma --- Cels. Claras.	1	0	0	0	1	0	1
Cistadenomarcinoma.	0	1	1	0	0	0	0
Carcinoma Papilar.	1	0	0	1	0	1	0
Adenocarcinoma Metastásico.	3	0	0	1	2	0	0
T O T A L :	10	7	9	50	12	1	1
PROCENTAJE:	11.11%	7.77%	10.0%	55.55%	13.33%	1.12%	1.12%

En el cuadro 18 se encuentran enunciados los antecedentes quirúrgicos abdominales de nuestra serie de pacientes, tanto de tumores benignos como tumores malignos. Encontrando que en 56 pacientes (82.54 %), no hubo este antecedente, en 2 casos se encontró histerectomía abdominal (2.94 %), en una paciente que cursaba con tumor benigno del tipo de cistadenoma seroso, de 64 años de edad, la histerectomía dentro de sus antecedentes le fué practicada por Miomatosis uterina, con salpingooforectomía derecha, el otro caso de la paciente con histerectomía correspondió a un tumor maligno de ovario del tipo de carcinoma papilar de ovario bilateral a quien igualmente la histerectomía le fué practicada por haber cursado con Fibromiomas uterina, los demás casos se encuentran enumerados en el cuadro.

CUADRO No. 18

ANTECEDENTE DE CIRUGIA PREVIA ABDOMINAL, EN PACIENTES EGRESADAS DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. GONZALO CASTANEDA DEL ISSSTE (AGOSTO DE 1977 a SEPTIEMBRE DE 1982).

TIPO DE TUMOR	NINGUNA CI-- RUGIA PREVIA	HISTERECTO MIA.	OFORECTOMIA UNILATERAL.	SALPINGO CLASIA	LAPAROTO MIA EXP.	PLASTIA TUBARIA.
Cistadenoma Seroso.	21	1	1	3	1	0
Cistadenoma Mucino so.	5	0	0	0	0	0
Cistadenoma Seroso Papilar.	4	0	1	0	0	1
Quiste Endometrioi de Benigno.	1	0	0	0	0	0
Quiste Epidermoide	1	0	0	0	0	0
Tumor de Brenner.	1	0	0	0	0	0
Cistadenofibroma.	2	0	0	0	0	0
Teratoma.	17	0	0	1	0	0
Adenocarcinoma Cel. Claras.	0	0	1	0	0	0
Cistadenocarcinoma	1	0	0	0	0	0
Carcinoma Papilar.	0	1	1	0	0	0
Adenocarcinoma Me- tastasisico.	3	0	0	0	0	0
T O T A L :	56	2	4	4	1	1
PORCENTAJE:	82,54%	2,94%	5,88%	5,88%	1,38%	1,38%

En el cuadro 19, gráfica 5, se encuentran reportados los días de estancia intrahospitalaria de las pacientes de nuestra serie, correspondiendo el promedio más alto de 5-8 días en 48 pacientes (72.72 %), dato compatible con otra serie de tumores vistos en el Hospital "Dr. Dario Fernández" (10), en la cual el promedio de días más alto correspondió de 3-8 días en un 89.44 % siguiendo en nuestro estudio, 9 pacientes (13.63 %), cursaron con un promedio de estancia intrahospitalaria de 1-4 días, y en los casos de 9 hasta 31 días, correspondió a 4 casos de tumores benignos que cursaron con complicaciones postoperatorias y 4 casos de tumores malignos.

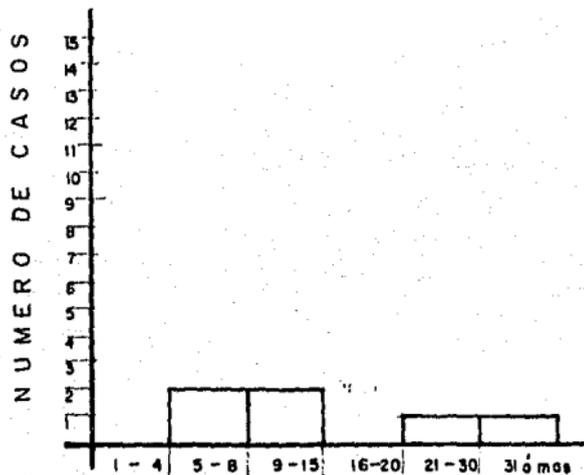
CUADRO No. 19

DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES ATENDIDAS POR TUMORES DE OVARIO EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA" DEL ISSSTE. (AGOSTO DE 1977 a SEPTIEMBRE DE 1982)

TIPO DE TUMOR	DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA						TOTAL DE PACIENTES.
	1-4	5-8	9-15	16-20	21-30	más 31	
Cistadenoma Seroso	5	19	2	1	0	0	27
Cistadenoma Mucinoso.	1	4	0	0	0	0	5
Cistadenoma Seroso Papilar.	1	2	2	0	0	0	5
Quiste Enmetrioides Benigno.	0	1	0	0	0	0	1
Quiste Epidermoide	0	1	0	0	0	0	1
Tumor de Brenner	0	1	0	0	0	0	1
Cistadenofibroma.	0	2	0	0	0	0	2
Teratoma.	2	16	0	0	0	0	18
Adenocarcinoma de Celulas Claras.	0	0	0	0	1	0	1
Cistadenocarcinoma.	0	0	1	0	0	0	1
Carcinoma Papilar	0	1	0	0	0	0	1
Adenocarcinoma Metastatico.	0	1	1	0	0	1	3
TOTAL :	9	48	6	1	1	1	66
PORCENTAJE:	13.63%	72.72%	9.09%	1.52%	1.52%	1.52%	100.00%

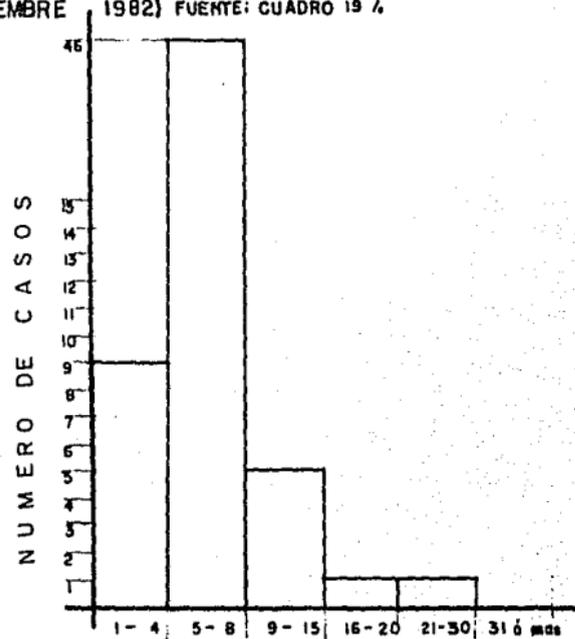
GRAFICA No. 5

DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES ATENDIDAS POR TUMORES DE OVARIO EN EL HOSPITAL DR. GONZALO CASTAÑEDA ISSSTE (AGOSTO 1977-SEPTIEMBRE 1982) FUENTE: CUADRO 19 4



NUMERO DE DIAS

TUMORES BENIGNOS



TUMORES MALIGNOS

En el cuadro 20 se encuentra la morbilidad encontrada en nuestra serie observando que en la mayoría de los casos 86.36 % -- no la hubo, siguiéndole en orden de frecuencia la eventración postquirúrgica en 3 casos que correspondieron a tumores benignos (4.54 %), la Urosepsis en 2 casos 1 tumor maligno y otro benigno (3.06 %), y por último, la gastroenteritis, faringitis y absceso de pared de tumores benignos con 1 caso en cada entidad, y la Neumonía en 1 caso de tumor maligno el cual requirió el mayor número de días de estancia intrahospitalaria de nuestra serie de 32 días, que además cursó con un cuadro de Urosepsis.

Ahora bien las complicaciones señaladas por otros tumores, se encuentran en razón a la cirugía y al estado general de la paciente, mencionando entre ellas como más importantes, lesión ureteral, fístulas uroterovaginales, abscesos pélvicos, fleo-reflejo, hipoestrogenismo y esterilidad pos castración, cuando cursan con otras patologías agregadas pueden complicarse por descompesación de las mismas como en las diabéticas, hipertensas, etc., (10).

CUADRO No. 20

MORBILIDAD EN PACIENTES CON TUMORES DE OVARIO EGRESADAS DEL HOSPITAL GENERAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA DEL ISSSTE (AGOSTO DE 1977 a SEPTIEMBRE DE 1982).

COMPLICACIONES	TUMORES BENIGNOS	TUMORES MALIGNOS	T O T A L	%
Ninguna.	52	5	57	86.36 %
Eventración Postquirúrgica.	3	0	3	4.54 %
Gastroenteritis	1	0	1	1.51 %
Urosepsis.	1	1	2	3.06 %
Faringitis.	1	0	1	1.51 %
Absceso de pared	1	0	1	1.51 %
Neumonía.	0	1	1	1.51 %
T O T A L :	59	7	66	100.00 %

5. CONCLUSIONES.

- 1.- El enfoque de nuestro trabajo, en vista del problema diagnóstico que presenta la detección oportuna de los tumores de ovario, resulta difícil en cuanto a su clasificación, apeándonos en nuestra serie a la clasificación histogenética instituida por la OMS, para de acuerdo a ésta unificar criterios.
- 2.- En nuestro estudio los tumores más frecuentes fueron las neoplasias benignas abarcando un 90.90%, mientras que las malignas se encontraron en un 9.10%
- 3.- De los tumores ováricos benignos, el más frecuente correspondió a los cistadenomas serosos en un 40.9%, -siguiendo en orden de frecuencia los quistes dermoides ó teratomas quísticos maduros, en un 27.3%.
- 4.- De los neoplasias malignas, predominaron los adenocarcinomas metastásicos en el 50% de los hallazgos.
- 5.- En lo que corresponde el grupo de edades, los tumores benignos predominaron en la 3a. y 4a. décadas de la vida en un 66.66%. La edad promedio de presentación de los tumores malignos predominó en la 5a. década.
- 6.- El inicio de la Menarca y de la vida sexual activa, no guardó relación con respecto a la incidencia de los tumores encontrados en este estudio.
- 7.- En su relación con el número de gestaciones tanto los tumores benignos como los malignos se encontraron pre-

dominantes en multigestas.

- 8.- En la coexistencia con embarazo, se confirma en nuestra serie el predominio de los teratomas quísticos maduros presente en el 83.33% de las pacientes embarazadas. No se encontró en las neoplasias malignas.
- 9.- El empleo de hormonales en nuestra serie no guardó relación causal en la incidencia de las neoplasias tanto benignas como malignas.
- 10.- En relación con la menopausia, ésta predominó en las neoplasias malignas, en un 83.33%.
- 11.- Se confirma como sintoma predominante el crecimiento abdominal como sintoma predominante en un 58.33% en las neoplasias benignas y en un 100% de las neoplasias malignas. Siguiendole en orden de frecuencia el dolor abdominal en el 50% en las neoplasias benignas y en el 83.33% en las neoplasias malignas.
- 12.- Con respecto al medio diagnóstico más certero en nuestro medio predominó el clínico en un 45.4%, lo que nos confirma una vez más, que la exploración ginecológica acuciosa debe realizarse cuidadosamente en las mujeres dentro de la edad reproductiva en que con mayor incidencia encontramos estos tumores.
- 13.- Siguiendo en orden de frecuencia, en el diagnóstico --certero, se encontró la ultrasonografía, en un 28.7% -utilizada, sobre todo en aquellas pacientes en que la

exploración ginecológica no puede efectuarse en forma adecuada, como las pacientes núbiles, que en nuestro estudio se encontraron en un 12.2%; así mismo resulta un método fácil, poco molesto e inocuo para la paciente.

- 14.- Resulta útil el efectuar citología del líquido de ascitis, previo a la intervención quirúrgica, ya que -- nos ayudaría a clasificar a nuestras pacientes dentro del estadio clínico adecuado, valorando así los casos en forma adecuada sobre todo tratándose de neoplasias malignas cuyo manejo debiera estar supervisado por un centro especializado.
- 15.- El tratamiento quirúrgico que predominó en nuestra serie fué la ooforectomía unilateral en un 55.55%, esto en base a que nuestra casuística predominó la incidencia de tumores benignos sobre los malignos.
- 16.- En toda paciente en donde el hallazgo sea de un carcinoma ovarico y se encuentre, en edad preclimática o climática, se deberá efectuar panhisterectomía, más omentectomía, ya que en nuestra serie en la tercera -- parte de las pacientes que cursaron con una neoplasia maligna, tuvieron como antecedente quirúrgico previo, en 2 casos ofotectomía unilateral, y en caso una histerectomía, encontrándose al intervenir quirúrgicamente con metastasis hacia el epiplón y ovario contralateral.

17.- Por último, de la morbilidad encontrada en este estudio siendo del 13.64%, en donde se encontró un predominio en relación al acto quirúrgico del 6.05%, se confirma que siempre se deberá poner especial empeño en la asepsia y antisepsia de la región a operar, así como en el cuidado esmerado de la realización de nuestra técnica quirúrgica, sobre todo en aquellas pacientes que por sus patologías agregadas, el tratamiento quirúrgico, resulta un factor importante de riesgo.

ESTA TESIS
NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA .79

6 .- RESUMEN.

Se estudiaron 165 pacientes, clasificadas dentro de la entidad de tumores de ovario, mediante la revisión de sus expedientes clínicos, facilitados por el Departamento de Archivo Clínico y Estadísticas, del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda", que abarcó un lapso de 5 años, comprendidos de Agosto de 1977 a Septiembre de 1982.

Se encontraron 66 tumores de ovario verdaderos, 94 pseudotumores, y 5 tumores de paraovario, mediante estudio histopatológico, haciendo un total de 165. De los tumores de ovario verdaderos 60 casos 90.90 % correspondieron a neoplasias benignas, y en 6 casos 9.10 % a malignas, de éstos últimos casos correspondieron a Adenocarcinomas metatásicos (50 %) 3 casos. Dentro de los tumores benignos, la variedad más frecuente correspondió a los cistoadenomas serosos en el 40.9 % de los casos.

Los síntomas más frecuentes fueron: crecimiento abdominal, dolor abdominal, alteraciones menstruales, exudado transvaginal (leucorrea). Síntomas clásicos de la patología ginecológica, por los que la mayoría de las pacientes acuden a nuestra consulta, en asociación con otras manifestaciones como síntomas urinarios, gastrointestinales y de ataque al estado general.

Se encontró como medio diagnóstico más eficaz el clínico, por lo que el exámen pélvico periódico - deberá efectuarse sistemáticamente a las pacientes de la 3a. década de la vida en nuestro medio. No se tomaron estudios hormonales especiales, y - el estudio de citología exfoliativa vaginal, no fué tomado en cuenta, ya que en muy pocas pacientes se encontró reportado en el expediente.

La cirugía es el tratamiento de elección para los tumores de ovario, y la extensión de ésta variará de acuerdo al caso particular de cada paciente.

Se revisó la literatura, comparando datos encontrados y elaborando conclusiones.

7. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Adelman, S., Dillon.; Postoperative use of Ra
dioactive Phorsphorus in Stage 1 Ovarian Carci
noma., Obstetrics and Gynecology 49 (6) 659- -
662, June 1977.
- 2.- Anikwue, C., Dawood, Y.; Granulosa and Theca -
Cell Tumors., Obstetrics and Gynecology 51 (2)
214-219, Feb 1978.
- 3.- Benson, R. Enfermedades de los Ovarios. Diag.-
y Trat. Gineco-Obst. El Manual Moderno. 272- -
311; 1979.
- 4.- Botella, J., Tratado de Endocrinología de la -
Mujer, 6a., Edición. 227-241, 1982.
- 5.- Botella J., Clavero, J.; Tumores Ováricos. Tra
tado de Ginecología III Tomo, 12a., Edición.
727-803, 1978.
- 6.- Bravo, J., Aguirre, P., Tumores de Ovario.
A.M.H.G.3., IMSS, Ginecología y Obstetricia.
2a., Edición. 883-899, 1979.
- 7.- Burkons, D., Hart, W., Ovarian Germinomas (Dys
germinomas). Obstetrics and Gynecology. (2)
221-224. Feb. 1978.

- 8.- Calastroni, C., Ruiz, V. Tratamiento de los Tumores de Ovario. Terapéutica Ginecológica. 9a., Edición. 693-718. 1981.
- 9.- Caplan, R., Sweeney III, W., Factores que afectan a la supervivencia de las pacientes que presentan un Carcinoma Ovárico. Avances en Ginecología y Obstetricia. 765-777. 1982.
- 10.- Contreras, S., Tesis recepcional sobre Revisión de Tumores de Ovario operados en el transcurso de 4 años, en el Serv., de G-O, del Hosp. Dr. - Dario Fernández, ISSSTE, 1979.
- 11.- Cortés, E., Tesis recepcional, sobre tumores de Ovario, revisión de 7 años, en el Hospital de - la Mujer, S.S.A., de México, 1979.
- 12.- Evans, A., Gaffey, T., J. Clinicopathologic Review of 118 Granulosa and 82 heca Cell Tumors. Obstetricas and Gynecology. 55 (2) 231-237. Feb. 1980.
- 13.- Jimenez, M., Tumores de Ovario. Fundamentos de Ginecología y Padecimientos benignos de la Mama. 1a., Edición. 283-326. 1981.
- 14.- Gómez, E., Camacho, A., Tumores de las Células - de la Granulosa, Ginec. Obstet. Méx. 41 (243) 59-67. Enero 1977.

- 15.- Greer, B., Rutledge, F., Como determinar la etapa del cáncer epitelial ovárico inicial mediante la parotomía única o repetida. C. Obstet. y Ginecológica, 1, 289-299, 1980.
- 16.- Johnson, H.G., Diagnóstico y tratamiento del carcinoma ovárico. Clínicas Obstet. y Ginecología, (4), 939-992, 1979.
- 17.- Káser, O., Friedber, V., Tumor de Ovario trompas y ligamentos. Ginecología especial III Tomo. 1a. Edición.
- 18.- Langman, J., Embriología Médica, 3a., Edición. 147-180, 1976.
- 19.- Nava, R., Hernández, F., Manejo de los Tumores de Ovario durante la gestación. Ginec. Obstet. Méx. (41 9245) 243.
- 20.- Novak, E., Seeger, G., Tumores benignos y malignos del Ovario. Tratado de Ginecología. 8a., Edición. 448-544. 1970.
- 21.- Olper, R., Patología, 17, 168, 1979.
- 22.- Payne, D., Muss, H., Autoimmune Hemolytic Anemia and Ovarian Dermoid Cysts. Case Report and Review of the Literature. Cáncer 48.721-724. 1981.
- 23.- Prat, J., and Scully, R., Cellular fibromas and-

- 24.- Quiroz, F., Anatomía Humana. Tomo III, 9a., Edición., 307-313. 1972.
- 25.- Robbins, S., Tratado de Patología, 3era Edición, -- 1037-1050, 1968.
- 26.- Sereno, J.A., Diaz de León, J.C., Tumores de Ovario. Consideraciones clínicopatológicas. Ginec. Obstet. México. 43 (258): 219-227. Abril 1978.
- 27.- Shor, V., Vera. M., Diagnóstico ecosonográfico de las tumoraciones en ginecología. Ginec. Obstet. Méx. 49 (292): 123-138. Feb. 1981.
- 28.- Stage, R., and Grafton, W. Thecomas and Granulosa Theca Cell Tumors of the ovary. An Analysis of 51 Tumors. Obstetrics and Gynecology. 50 (1) 21-27, July, 1977.
- 29.- Te Linde, W., Tumores Anexiales. Ginecología Operatoria. 5a., Edición, 700-735. 1980.
- 30.- Tenorio, F., Propedeútica de la laparotomía por cáncer ginecológico. Ginec. Obstet. Méx. 46 (275) 217-227. Sept. 1979.
- 31.- Torres, A., Diaz Perchez, R., Neoplasias Malignas de Ovario. Resultados del tratamiento en 144 casos. Ginec. Obstet. Méx. 41 (244) 89-104, Feb. -- 1977.

- 32.- Vargas López, E., Estudio sobre tumores de Ovario, Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia 41 (248); 497-503, 1977.
- 33.- Vargas López, J. de J., Salinas, E., Epidemiología de los tumores de ovario. Ginec. Obstet. Méx. 49 - (296): 367-374. Jun. 1981.
- 34.- Watring, G.W., Edinger, Jr. D., Exámenes de selección y diagnóstico en el cáncer ovarico. Clínicas Obstet. y Ginecología, (3), 770-780. 1979.