

11217
53
29.



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Evaluación Clínico-Ultrasonográfica de
Masas Pélvicas. Correlación Histopatológica

TESIS

Presentada por el Dr.

FELIPE ARTURO MENDEZ VELARDE

Para obtener el Título de

GINECOLOGO Y OBSTETRA

Hospital General del Estado

Hermosillo, Sonora

Febrero 1986

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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 está 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.

INDICE GENERAL

	PAGINA
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	2
RESULTADOS	3
DISCUSION	4
CONCLUSIONES	5
RESUMEN	6
BIBLIOGRAFIA	7

I N T R O D U C C I O N

La detección clínica de una masa pélvica puede tener un origen anatómico diverso; ginecológico (ovárico, anexial, uterino de tipo no neoplásico o neoplásico), intestinal, urinario, de pared abdominal o en tejido retroperitoneal.

El considerar todas estas posibilidades ayuda al clínico a mejor evaluación de los tumores pélvicos o ginecológicos, pues a pesar de los grandes avances tecnológicos, una masa pélvica constituye con frecuencia un verdadero problema diagnóstico.¹⁻²

La adecuada exploración de la pelvis es la clave en el diagnóstico de tumores, sin embargo no es posible, por el solo examen físico identificar con certeza cuando una masa es benigna o maligna - lo cual es particularmente trascendente ya que su diagnóstico y tratamiento temprano puede curar alguna paciente con tumor circunscrito² o bien disminuir la mortalidad derivada de la ruptura de un -- embarazo ectópico.³ En los últimos años es una práctica común el uso de la ultrasonografía (USG) en pacientes con tumor pélvico. Reportes de la literatura apoyan la precisión diagnóstica del estudio en la obstetricia,⁴ sin embargo su utilidad en patología tumoral ginecológica parece ser heterogénea, por lo que decidimos realizar una -- correlación clínica, ultrasonográfica, considerando el reporte histopatológico.

MATERIAL Y METODOS

El estudio incluye 48 pacientes con masas pélvicas que fueron detectadas en Urgencias y Consulta Externa de Ginecología en el Hospital General del Estado de Sonora, en Hermosillo Sonora, del primero de febrero de 1983 al 22 de enero de 1986, donde se inició su evaluación, por lo que fueron referidas entre otros estudios al gabinete de ultrasonografía usando transductor de 3 y 3.5 megahertz con 10 centímetros de longitud focal y un diámetro de superficie de 10 centímetros; cortes transversales y longitudinales fueron practicados con un centímetro de intervalo. Todas las pacientes fueron operadas dentro de las siguientes tres semanas de la ultrasonografía y el espécimen quirúrgico fue medido y examinado histopatológicamente.

RESULTADOS

El grupo de pacientes estudiadas, si bien tienen en común la presencia de un tumor pélvico, las entidades nosológicas correspondientes son muy variadas; parámetros como: edad (de 16 hasta 78 años), paridad (nulíparas hasta grandes multíparas) y cuadro clínico, no son comparables entre sí.

El diagnóstico establecido en la consulta externa inicial se --enuncia en la tabla No. I, siendo el quiste ovárico (neoplásico probablemente benigno) el más frecuente (19 pacientes).

En la tabla No. II se mencionan los diagnósticos por ultrasonografía, comparados con el hallazgo operatorio. Los correspondientes -diagnósticos histopatológicos se muestran en la tabla No. III.

El diagnóstico clínico fue corroborado por la USG en el 83.33% de los casos, aportando información respecto a las características físicas de la tumoración (tamaño, origen, sólido, quístico, tabicado, etc.), tabla IV.

Por otro lado el diagnóstico hecho en base a la USG, coincidió con un 85.4% de los casos con el diagnóstico operatorio, no coincidiendo en sólo 7 casos (14.58%) uno de los casos correspondió a un pólipo endometrial con inversión del útero en una anciana de 78 años en quien además comprimió la uretra provocando un globo vesical. Los otros seis casos correspondieron: a un embarazo ectópico organizado, dos quistes de ovario, dos salpingitis, dos quistes paratubáricos y un útero normal. La correlación operatoria con el diagnóstico histopatológico se menciona en la tabla VI.

TUMOR PELVICO

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN DIAGNOSTICOS CLINICOS

T I P O	No. CASOS	%
1. CANCER DE OVARIO	4	8.3
2. TUMOR ANEXIAL	4	8.3
3. EMBARAZO ECTOPICO	8	16.6
4. QUISTE OVARICO	19	39.5
5. E. P. I.*	1	2.0
6. EMBARAZO INTRAUTERINO	1	2.0
7. MIOMATOSIS UTERINA	11	22.6
	48	100 %

* E. P. I. = ENFERMEDAD PELVICA OPERATORIA

TABLA No. I

TUMOR PELVICO
DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO
Y OPERATORIO

	No.	%	No.	%
O V A R I C O :				
1. NEOPLASIA BENIGNA	18	37.5	16	33.3
2. NEOPLASIA MALIGNA	4	8.3	4	8.3
A N E X I A L :				
3. EMBARAZO ECTOPICO	7	14.5	8	16.6
4. INFECCIOSO	3	6.2	1	2.0
5. NEOPLASICO	2	4.1	3	6.2
U T E R I N O :				
6. NEOPLASIA BENIGNA	14	29.1	15	31.2
7. INTESTINAL	1	2.0	1	2.0
8. URINARIO	1	2.0	0	0.0
T O T A L :	48	100 %	48	100 %

TABLA No. II

TUMOR PELVICO

RELACION DE PACIENTES SEGUN DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

T I P O	No.	%
1. CISTOADENOCARCINOMA DE OVARIO	3	6.2
2. CARCINOMA DE CELULAS GRANULOSAS	1	2.0
3. TERATOMA QUISTICO ADULTO	3	6.2
4. CISTOADENOMA DE OVARIO	9	18.7
5. QUISTE PARATUBARICO	2	4.1
6. CUERPO AMARILLO QUISTICO	3	6.2
7. SALPINGITIS AGUDA	4	8.3
8. EMBARAZO ECTOPICO	8	16.6
9. POLIPO ENDOMETRIAL	1	2.0
10. LEIOMIOMA UTERINO	12	25.0
11. ABSCESO PERIAPENDICULAR	1	2.0
12. UTERO NORMAL	1	2.0
T O T A L :	48	100 %

TABLA No. III

CORRELACION CLINICO - ULTRASONOGRAFICA

<u>COINCIDIO</u>	<u>No. CASOS</u>	<u>%</u>
DX. CLINICO CON DX. ECOGRAFICO	40	83.33
<u>NO COINCIDIO</u>		
DX. CLINICO CON DX. ECOGRAFICO	8	16.66
TOTAL:	48	100.0 %

TABLA No. IV

CORRELACION ULTRASONOGRAFICA-OPERATORIA

DX. ECOGRAFICO CON DX. OPERATORIO	41	85.41
<u>NO COINCIDIO</u>		
DX. ECOGRAFICO CON DX. OPERATORIO	7	14.58
TOTAL:	48	100.0 %

TABLA No. V

CORRELACION OPERATORIA CON ESTUDIO
HISTOPATOLOGICO

	<u>No. CASOS</u>	<u>%</u>
DX. OPERATORIO CON DX. HISTOPATOLOGICO Y APORTO MAS DATOS	41	85.41
<u>NO COINCIDIO</u>		
DX. OPERATORIO CON DX. HISTOPATOLOGICO.	7	14.58
TOTAL:	48	100.0 %

TABLA No. VI

DISCUSION

La adecuada exploración física, vaginal y rectal detecta virtualmente cualquier tumoración pélvica mayor de 3 a 4 centímetros, en la paciente no obesa y colaboradora, sin embargo es con frecuencia difícil por la sólo exploración detectar el origen primario de dicha tumoración, así, como la presencia o no de metástasis¹. A veces el diagnóstico no es claro y se adopta una actitud expectante en deterioro de las posibilidades de mejor pronóstico cuando resulta un proceso -- maligno o se interviene apresuradamente a pacientes con pseudotumoraciones, quistes funcionales, amenaza de aborto, etc. Esta disyuntiva se estrecha con el uso racional de la USG en todos aquellos casos difíciles de explorar y que ocasionan duda en cuanto a la existencia de una tumoración, como en los casos en que una vez detectada la tumoración es difícil precisar sus características.

La USG puede medir con exactitud las dimensiones de los tumores, vigilar su crecimiento, diferenciar entre neoplásica quística y sólida y demostrar prolongaciones papilares y brotes²⁻⁷. Ello tiene particular utilidad en quienes la exploración pélvica completa puede ser -- difícil o no concluyente⁴.

Es importante mencionar que la USG no debe sustituir a una adecuada exploración sino que debe utilizarse como método diagnóstico -- auxiliar⁵⁻⁸.

El diagnóstico clínico coincidió con el diagnóstico ultrasonográfico en 40 pacientes (83.3%), por otro lado no coincidió en 8 pacientes (16.6%), sin embargo el diagnóstico USG no coincidió con el diagnóstico operatorio en 7 pacientes (14.58%).

CONCLUSION

Se concluye que la USG no sustituye el estudio clínico adecuado de una masa pélvica; probablemente la mayor utilidad consiste en información complementaria que respecto a las características de una masa pélvica aporta⁶; por otro lado no podemos concluir en base a esta casuística que la USG sea precisa en cuanto a diagnóstico pero sí podemos mencionar que no modificó el criterio quirúrgico sugerido por la exploración clínica⁸⁻⁹.

R E S U M E N

El presente estudio es un reporte de la experiencia clínica y ultrasonográfica en el diagnóstico de patología tumoral de p \acute{e} lvis. En un grupo de 48 pacientes atendidas en Urgencias y la Consulta Externa de Ginecología del Hospital General del Estado de Sonora, en Hermosillo Sonora, teniendo correlación positiva clínica y ultrasonográfica en 40 casos (83.33%), operatorio y ultrasonográfico 41 casos (85.41%) operatorio e histopatológica 41 casos (85.41%). Correspondiendo a tumores benignos de ovario 15 casos (31.25%), c \acute{a} ncer de ovario cuatro casos (8.3%), embarazo tub \acute{a} rico ocho casos (16.66%), leiomiomatosis 12 casos (25%) y los nueve restantes que es el 18.70%, cuatro salpingitis, dos quistes paratub \acute{a} ricos, un absceso apendicular, un p \acute{o} lipo endometrial y un \acute{u} tero normal.

ESTA TESIS
SALIR DE LA NO DEBE
BIBLIOTECA

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Gary, H. J.: Masa pélvica y diagnóstico de carcinoma ovárico. Clínicas Obstetricas y Ginecológicas de Norteamérica. Vol. 4 941, 1979.
- 2.- Morrow, C.P.; Townsend, D.E.: Tumors of the ovary. Synopsis of Gynecology Oncology. 2a. Ed. Willy Medical Publication, New - York, 1981, pp 192-193.
- 3.- Kasser.: Embarazo ectópico. Ginecología y Obstetricia. Tomo I Edit. Salvat, Barcelona, 1979, pp 653-680.
- 4.- Liford, R.J.; Kukard, R.F.; Coetzee, E.J.: The use of ultra-sound in the diagnosis of pelvic masses. S. Afr. Med. J. : - 27-31, 1979.
- 5.- Rosales, E.: Correlación clínica, ultrasonográfica e histopatológica en ginecología. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 53: 253-255, 1985.
- 6.- Kobayashi: Atlas de ultrasonografía en Ginecología y Obstetricia. 2a. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1980, pp. 40-130.
- 7.- Mattingly, R.F.: Adnexal tumors. Operative Gynecology. J.B. - Lippincott, Philadelphia, 1977, pp. 909-910.
- 8.- Voss, S.C.; Lasey, C.G.; Pupkin, M.; Degefu, S.: Ultrasound - and pelvic mass. J. Reprod. Med.: 833-837, 1983.
- 9.- Reves, R.D.; Drake, T.S.; O'Brian, W.F.: Ultrasonographic ver sus clinical evaluation of a pelvic mass. Obstet. Gynecol. --- 551-554, 1980.