

11217
66
24
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



HOSPITAL " LUIS CASTELAZO AYALA "

I. M. S. S.

NEOPLASIAS DE OVARIO EN EL HOSPITAL DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

" LUIS CASTELAZO AYALA "

1988 - 1990

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DR. ISMAEL RICARDO
HERNANDEZ DE CASTRO



Asesores Dr. Guillermo González Lira
 Dr. Pedro Escudero de los Rios

MEXICO, D. F.

1 9 9 1





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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	2
CLASIFICACION	5
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS Y GRAFICAS	11
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA	24

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

Las Neoplasias de ovario son el origen más frecuentes de tumor pélvico, y siempre han constituido un problema de diagnóstico ginecológico; el riesgo de una mujer de padecer Neoplasias de ovario es de 1.4% y asciende al 2% al superar los 40 años de edad. (1,2)

En nuestro medio, la presencia de Neoplasias de ovario es un motivo principal de consulta ginecológica; ello se debe a la falta de métodos de pesquisa adecuados, al no logro de identificar poblaciones de alto riesgo en los estudios epidemiológicos y la única prevención que se conoce es la ooforectomía, la cual es aconsejable en pacientes perimenopáusicas y postmenopáusicas sometidas a cirugía pelviana.

El propósito del presente estudio es conocer la incidencia y la frecuencia relativa de los diferentes tipos histológicos de las Neoplasias de ovario benignas y malignas a diferentes grupos de edad, paridad, características clínicas (signos y síntomas), estado clínico-quirúrgico, metodología diagnóstica y tratamiento empleado; con el objeto de reconocerlos y elaborar un protocolo de diagnóstico a seguir en las pacientes que presenten o se sospeche un tumor pélvico.

A N T E C E D E N T E S

Podría decirse que la cirugía pélvica nació en los bosque de Kentucky, -- cuando Ephraim Mc Dowell (1771-1830) extirpó con buen éxito un tumor de ovario a Jane Todd Crowford, (5). La publicación de Mc Dowell de sus --- tres primera oforectomías eficaces, señala el comienzo de la cirugía abdominal, considerado "padre de la cirugía abdominal". Los hermanos Atlee, Sir Thomas Spencer Wells, Robert Lawson Tait, figuran como los que hacían ovariectomías en el Siglo XIX. (5).

El ovario tiene un gran potencial para la producción de Neoplasias tanto de origen epitelial como conectivo así como asiento para lesiones inflamatorias y quistes no Neoplásicos, las lesiones benignas son las más frecuentes (86%), y las Neoplasias malignas (14%), representando éstas la -- primera causa de mortalidad entre las Neoplasias ginecológicas. (2,3,4). Por lo que es necesario un amplio conocimiento de la anatomía y fisiología del ciclo ovárico, ya que la evaluación correcta de la naturaleza de un aumento del tamaño ovárico, el tratamiento y el pronóstico final dependen de la interpretación patológica. (1).

En la actualidad el cáncer de ovario es la causa principal de muerte en - pacientes con Neoplasias malignas ginecológicas y ocupa el tercer puesto como causa de muerte por Neoplasias malignas en mujeres, siendo superado sólo por el carcinoma de mama y colon. (4,5). Son epiteliales dos terceras partes de los tumores de ovario; de los malignos el 90% son de origen epitelial. (6).

Durante la exploración, la detección de las Neoplasias es baja, ya que sólo una de cada 10,000 exploraciones de rutina aportan resultados positivos; el error es alto en la detección de cáncer por punción de fondo de - saco. Con técnicas de laboratorio para la detección de antígeno carcino-

embrionario, subunidad beta gonadotropina coriónica humana, isoenzimas de fosfatasa alcalina, Ca 125; las cuales reportan falsos negativos y poca especificidad en resultados positivos. (6,14).

Los carcinomas de ovario son difíciles de descubrir cuando son pequeños -- por que su evolución es silenciosa, más del 15% de los tumores de ovario permanecen sin diagnosticar hasta que se realiza una cirugía abdominal -- por alguna otra razón (7), la edad de la paciente es un factor importante en la evaluación, en las pacientes jóvenes tienden más a una enfermedad benigna. En las adultas jóvenes los quistes fisiológicos de ovario son muy comunes, mientras que los tumores malignos son infrecuentes; en la paciente menopáusica y postmenopáusica todo agrandamiento ovárico debe investigarse con cirugía sin pérdida de tiempo; a menudo tienen diverticulitis, deben diferenciarse por ser más sensible a la palpación y dolor abdominal bajo. (7,8).

Con las nuevas técnicas quirúrgicas, quimioterápicos adyuvantes de segunda línea, radioterapia, se han hecho progresos en lo concerniente al carcinoma de ovario, sin embargo el pronóstico en los casos de enfermedad avanzada no ha mejorado. La enfermedad letal en 60% a 70% de los casos. Más común es encontrar metástasis a peritoneo 90%, hueso y cerebro 1%, pulmón 5%, hígado 5-10%. (8).

Los tumores pélvicos no genitales encontrados en operaciones ginecológicas, el grupo más frecuente fué tumores de colon y el segundo grupo tumores retroperitoneales, los cuales la mayoría son benignos y el tercer grupo adherencias que simulaban masas y un grupo importante fué riñón ectópico. (9)

Los tumores paraováricos se encuentran muy cerca de la trompa y del ovario, su origen es paramesonefrico; se dividen en tres categorías: mesotelial 68%; tubario 30%; mesonefrico 2% (10). Por otro lado en los tumores

de ovario en los que se halla ascitis, es necesaria la citología, si la apariencia macroscópica es de benignidad, se debe realizar biopsia del ovario contralateral por la posibilidad de carcinoma oculto. (11,12).

Los tumores de ovario durante el embarazo, la mayoría son benignos y en poco porcentaje malignos; siendo un 35% limitrofes, epiteliales malignos 30% y disgerminoma 17%. (7,13),

El diagnóstico diferencial de agrandamiento ovárico es uno de los más difíciles de todos los problemas de diagnóstico ginecológico y hay algunas normas al sospechar neoplasias ováricas: Apreciación de la probable gravedad de una masa pelviana, sentido de urgencia diagnóstica, rasgos físicos determinados con el examen pélvico, edad de la paciente, menopausia o postmenopausia. Cuando se duda de la índole de una masa anexial, la laparoscopia es útil para determinar la necesidad de operar. (5).

C L A S I F I C A C I O N

El ovario es único en cuanto a la variedad de tumores que se pueden originar de él, y algunos tumores primarios de otros órganos pueden dar metástasis, por lo que el número de neoplasias es extenso. Todas las clasificaciones en un intento de ser sencillas y completas han originado confusión y caos lo cual ha llevado a un sistema difícil de manejar en el que se han designado con diferente nomenclatura un mismo tipo de tumor,

La Organización Mundial de la Salud basa su clasificación en las características microscópicas celulares y su origen embriológico, la cual mencionaremos a continuación:

1. TUMORES EPITELIALES.

A. Tumores Serosos

- Benignos
- Malignidad Limitrofe
- Malignos

B. Tumores Mucinosos

- Benignos
- Malignidad Limitrofe
- Malignos

C. Tumores Endometrioides

- Benignos
- Malignidad Limitrofe
- Malignos

D. Tumores de Células Claras (Mesonefroides)

- Benignos
- Malignidad Limitrofe
- Malignos

- E. Tumores de Brenner
 - Benignos
 - Malignidad Limitrofe
 - Malignos
 - F. Tumores Epiteliales Mixtos
 - Benignos
 - Malignidad Limitrofe
 - Malignos
 - G. Carcinoma Indiferenciado
 - H. Tumores Epiteliales No Clasificados
2. TUMORES DEL ESTROMA Y CORDONES SEXUALES.
- A. Tumores de las Células de la Granulosa y Estroma
 - Tumores de Células de la Granulosa
 - Tumores del Grupo Tecoma-Fibroma
 - a. Tecoma
 - b. Fibroma
 - c. No Clasificables
 - B. Tumores de Células de Sertoli y leydig. Androblastomas.
 - Bien Diferenciados
 - Diferenciación Intermedia
 - Pobremente diferenciados
 - C. Ginandroblastoma
 - D. No Clasificable
3. TUMORES DE CELULAS LIPOIDES (CELULAS DE LIPIDOS)
4. TUMOR DE CELULAS GERMINALES
- A. Disgerminoma
 - B. Tumor del Seno Endodérmico
 - C. Carcinoma Embrionario
 - D. Poliembrioma

- E. Coriocarcinoma
 - F. Teratoma
 - Inmaduro
 - Maduro (Sólido o Quístico)
 - Monodérmico y Altamente Especializado
 - G. Formas Mixtas,
5. TUMORES DE CELULAS GERMINALES, DERIVADOS DEL ESTROMA Y CORDONES SEXUALES.
- A. Gonadoblastoma
 - Puro
 - Mixto con Disgerminoma u otro tumor del Células Germinales
6. TUMORES DEL MESENUQUIMA Y METASTASICOS.
- A. Mesequimomas y Linfomas
 - B. Metastásicos
 - Endometriales
 - Tracto Gastrointestinal
 - Mama
 - Otros.
7. TUMORES NO CLASIFICADOS.

El abordaje del diagnóstico y tratamiento de las neoplasias de ovario, debe incluir cierta información sobre los crecimientos no tumorales o quistes funcionales de ovario, como mencionabamos el ovario tiene un gran potencial para la producción de neoplasias, así como asiento para lesiones inflamatorias y funcionales. La mayoría de las neoplasias de ovario son quísticas y hay que diferenciarlas de los quistes funcionales, ya que éstos rara vez necesitan tratamiento, y las neoplasias deben tratarse. A continuación se comentan la clasificación de éstos quistes:

Quiestes No neoplásicos o funcionales de Ovario

- A. Quieste de Inclusión Serosa
- B. Quieste Folicular
- C. Quieste Luteínico
- D. Quieste del Cuerpo Luteo
- E. Quieste Tecaluteínico
- F. Ovario Poliquístico.

Los tumores malignos y con malignidad limítrofe, requieren de un sistema de clasificación que permita al clínico y al anatomopatólogo, comparar -- los tumores en términos de respuesta al tratamiento y de conducta biológica. Entendiendo la necesidad de parámetros de comparación y de valor pronóstico, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), establece una clasificación clínico-patológica por etapas. En el cáncer de ovario se utiliza la información clínica, quirúrgica y anatomopatológica para su adecuada etapificación.

Clasificación según nomenclatura de la FIGO:

- Etapa I Crecimiento limitado a los ovarios
 - Ia Limitado a un ovario, sin ascitis, cápsula intacta.
 - Ib Limitado a ambos ovarios, sin ascitis. cápsula intacta.
 - Ic Tumor en estado Ia ó Ib con tumor en la superficie de uno ó ambos ovarios, con cápsula rota, ascitis conteniendo células malignas o lavado peritoneal positivo.

- Etapa II Crecimiento que involucra uno o ambos ovarios con extensión -- pélvica.
 - IIa Extensión y/o metástasis al útero y/o trompas
 - IIb Extensión a otros tejidos pélvicos

IIc Tumor en etapa IIa ó IIb pero con tumor en la superficie externa de uno o ambos ovarios, ó cápsula rota, ó con ascitis conteniendo células malignas ó lavado peritoneal positivo.

Etapa FII Tumor involucra uno o ambos ovarios con implantes peritoneales fuera de la pelvis y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos; tumor limitado a la pelvis verdadera pero con confirmación histológica de malignidad en nódulos del omento.

IIIa Crecimiento limitado a la pelvis verdadera con nódulos negativos, pero con confirmación histológica microscópica en la superficie peritoneal.

IIIb Tumor de uno o ambos ovarios, nódulos negativos, pero con confirmación histológica de implantes a superficie peritoneal -- sin exceder 2 cm de diámetro.

IIIc Implantes abdominales de 2 cm de diámetro y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos.

Etapa IV Crecimiento tumoral de uno o ambos ovarios, con metástasis a - distancia; derrame pleural con citología positiva; metástasis a parenquima hepático.

Parte del estudio anatomopatológico, incluye el grado de diferenciación celular, el cual está en relación directa con el comportamiento biológico del tumor; se estableció tres grados: Grado I (Bien diferenciado); Grado II (Diferenciación intermedia); Grado III (Poco diferenciado o indiferenciado). El grado de diferenciación es de valor pronóstico.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Para este estudio de neoplasias de ovario en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" se revisan todos los reportes de patología de ovario y de las piezas quirúrgicas enviadas o etiquetadas como tumor o neoplasia de ovario, recibidas entre el periodo comprendido del 1º de junio de 1988 al 30 de mayo de 1990; se recaba la información de ésos reportes como nombre, cédula de afiliación, edad y tipo histológico del tumor. Para las neoplasias malignas, reporte el lavado peritoneal y ganglios retroperitoneales.

Se clasifican en 2 grandes grupos; las verdaderas neoplasias de ovario y los quistes no neoplásicos o funcionales y de paraovario. Una vez obtenido el nombre y la cédula de afiliación al IMSS se acude al archivo general del hospital y del expediente clínico de las pacientes con neoplasias de ovario se toma información sobre el cuadro clínico tal como dolor, tumor, ascitis, aumento del perímetro abdominal, unilateral, bilateral, y abdomen agudo. Además para los malignos estado clínico quirúrgico según etapas de la FIGO . Se recaba la información con respecto al diagnóstico, presencia de ultrasonido si se detectó al examen físico; o el diagnóstico fué durante cirugía abdominal por alguna otra razón, laparoscopia, urografía o rayos X de abdomen.

En relación al tratamiento se capta información como qué tipo de cirugía se realizó, si recibió tratamiento adyuvante.

El presente estudio, es transversal, ambispectivo, analítico, en el cual se recolecta la información durante tres meses; se elaboran tablas y se realiza el estudio estadístico durante tres meses; y las gráficas en un mes.

RESULTADOS

El total de reportes de patología entre el 1^o de junio de 1988 y el 30 de mayo de 1990, fué de 397 casos, de los cuales se excluyeron 4, por no corresponder con el expediente clínico.

Se dividen en dos grupos; el primero quistes no neoplásicos y de paraovario 162 (41.2%) y el segundo, neoplasias de ovario 231 (58.8%). Los quistes funcionales no neoplásicos 106 (26.9%) y tumores de paraovario 56 --- (14.2%). Ver gráfica 1.

Entre los quistes funcionales, el más frecuente, quiste de inclusión serosa 50 (47.1%), seguido por el quiste folicular 32 (30.1%) y el quiste del cuerpo luteo 18 (16.9%). Ver gráfica 2.

La media de edad de presentación de los quistes funcionales 32.3 años. La media de edad de presentación de los tumores de paraovario 32 años. El diagnóstico de los quistes funcionales como hallazgo durante cirugía 51 - (48.1%); por ultrasonido solicitado por alguna otra razón 21 (19.8%); por dolor, tumor o sintomatología inespecífica 27 (25.4%) y por abdomen agudo 7 (6.6%). El diagnóstico de los tumores de paraovario como hallazgo durante cirugía 15 (26.7%); por ultrasonido solicitado por alguna otra patología 12 (21.4%); por dolor, tumor o sintomatología inespecífica 21 ---- (37.5%); y por abdomen agudo 8 (14.2%).

Neoplasias de ovario se encontró en 231 pacientes, pero en 2, el tumor -- fué bilateral pero de estirpe histológica diferente por lo cual se consideran 233 casos de pacientes con neoplasias de ovario; los restantes tumores bilaterales 18 fueron de la misma estirpe histológica.

Neoplasias epiteliales 151 (64.8%); germinales 58 (24.8%); del estroma y cordones sexuales 15 (6.4%) y del mesénquima y metastásicos 9 (3.8%). -- Las neoplasias epiteliales benignas 110 (72.8%) y malignas 41 (27.2%); neoplasias germinales benignas 49 (84.5%) y malignas 9 (15%); neoplasias del estroma y cordones sexuales benignos 15 (100%); neoplasias del mesénquima 2 (22.2%) y metastásicos 7 (77.8%). Ver gráfica 3.

Las neoplasias benignas ocurren en 177 casos (77%). Ver gráfica 4. Las neoplasias malignas en 54 casos (23%), 48 tumores primarios y 6 recurrentes. Ver gráfica 5.

Las neoplasias epiteliales son serosas en 55%, benignos 65 y malignos 18; mucinosos 19%, benignos 23 y malignos 6; endometrioides 21%, benignos 21 y malignos 10; tumor de Brenner 1 (0.7%); tumor de células claras, malignos 3 (2%); epiteliales no clasificables, malignos 4 (2.6%). Ver gráficas 6 y 7.

Neoplasias germinales, son teratoma maduro 48 (83%); teratoma inmaduro 3 (5%); teratoma monodérmico 1 (2%); disgerminoma 3 (5%); tumor del seno endodérmico 2 (3%); coriocarcinoma 1 (2%). Ver gráficas 8 y 9.

Neoplasias del estroma y cordones sexuales; tumores de célula de la granulosa 2 (13%); tumores del grupo tecoma-fibroma 1 (7%); tecoma 1 (7%); fibroma 11 (73%). Ver gráficas 10 y 11.

Neoplasias del mesénquima y metastásicos, 9 (3.8%); 2 mesenquimomas y 7 metastásicos, 3 gastrointestinales, 1 de mama, 1 endometrial y otros 2. Ver gráfica 12.

La media de edad de presentación de las neoplasias de ovario \bar{X} =38 años -- con desviación estándar DS=14.6 años. Para las neoplasias benignas -- \bar{X} = 35.5 años con DS=13 años. Para las neoplasias malignas la media de la edad \bar{X} =47.2 años con desviación estándar 16.5 años.

La media de edad de presentación para las neoplasias epiteliales 40 años, para los germinales 42 años, para los del estroma y cordones sexuales 55 años. Ver gráfica 13.

Se clasificó a las pacientes por grupos de edad, con el objeto de observar cuál era el grupo de edad más afectado por las diferentes tipos de neoplasias. El grupo más afectado por las neoplasias de ovario, fué el de 24-34 años con 85 pacientes, seguido por el grupo de 35-45 años con 50 pacientes. Ver gráfica 14.

La frecuencia por edades de presentación de neoplasias benignas de ovario el grupo más afectado fué de 24-34 años con 72 pacientes, seguido por el grupo de 35-45 años con 44 pacientes. Ver gráfica 15.

Neoplasias malignas de ovario; frecuencia por edades, el grupo más afectado fué de 46-56 años, con 19 pacientes; seguido por el grupo de 35-45 años con 9 pacientes y en tercer lugar el grupo de 57-67 años con 7 pacientes. Ver gráfica 16.

Neoplasias epiteliales, la media de la edad $\bar{X}=39.7$ años con $DS=15.1$ años. La media de la edad de las neoplasias benignas $\bar{X}=35.7$ años con $DS=13.4$ años. La media de la edad de presentación de las neoplasias epiteliales malignas $\bar{X}=50.9$ años con $DS=13.6$ años.

La frecuencia por edades para las neoplasias epiteliales benignas; el grupo más afectado fué el de 24-34 años con 46 pacientes, en segundo lugar el de 35-45 años con 22 pacientes, en tercer lugar el grupo de 13-23 años con 18 pacientes. La frecuencia por edades para la presentación de neoplasias epiteliales malignas; el grupo más afectado fué el de 46-56 años con 15 pacientes, en segundo lugar el grupo de 35-45 años con 12 pacientes, en tercer lugar el grupo de 57-67 años con 6 pacientes. Ver gráfica 17.

Neoplasias germinales la media de la edad de presentación \bar{X} =31.1 años con DS=10.6 años. La media de edad de la presentación de las neoplasias germinales benignas \bar{X} =31.6 años con DS=10.8 años. La media de la edad de la presentación de las neoplasias germinales malignas \bar{X} =28.1 años con DS=9.6 años.

La frecuencia por edades para las neoplasias germinales benignas; el grupo más frecuente fué de 24-34 años con 27 pacientes, en segundo lugar el de 35-45 años con 10 pacientes y en tercer lugar 13-23 años con 8 pacientes. La frecuencia por edades para las neoplasias germinales malignas, - el grupo más frecuente fué el de 24-34 años con 5 pacientes, en segundo lugar el grupo de 13-23 años con 3 pacientes y en tercer lugar 46-56 años con 1 paciente. Ver gráfica 18.

La media de la edad de presentación de las neoplasias del estroma y cordones sexuales \bar{X} =41.6 años con DS=13.4 años. La frecuencia por edades de presentación de las neoplasias del estroma, el grupo más afectado es el de 35-45 años con 5 pacientes, seguido por el grupo de 24-34 años con 4 pacientes y en tercer lugar 46-56 años con 3 pacientes. Ver gráfica 19.

En relación a la unilateralidad o bilateralidad de las neoplasias de ovario, fué posible recabar la información en 221 pacientes, de los cuales - fueron unilaterales 201 y bilaterales 20. Neoplasias epiteliales unilaterales 131, neoplasias unilaterales germinales 48, unilaterales del estroma 13, unilaterales del mesénquima y metastásicos 9. Neoplasias epiteliales bilaterales 14, neoplasias germinales bilaterales 3, del estroma y cordones sexuales bilaterales 2, del mesénquima bilateral 1.

El porcentaje de neoplasias unilaterales epiteliales 63%, del estroma 7%, germinales 23% y del mesénquima 5%. Ver gráfica 20. El porcentaje de neoplasias bilaterales epiteliales 70%, del estroma 10%, germinal 15% y del mesénquima 5%. Ver gráfica 21.

La comparación en porcentaje de unilaterales y bilaterales, de neoplasias epiteliales, del estroma y cordones sexuales, germinales, y del mesénquima. Ver gráfica 22.

Con respecto del tamaño, fué reportado el tamaño en 217 de las 231 pacientes, con una media para el diámetro mayor $\bar{X}=12.4$ cm con $DS=6$ cm. Para las neoplasias benignas la media para el diámetro mayor $\bar{X}=11.7$ cm con $DS=5.9$ cm y la media para el diámetro menor $\bar{X}=9.3$ cm con $DS=5.1$ cm. El diámetro mayor para las neoplasias malignas, con una media $\bar{X}=14.8$ cm con $DS=8.4$ cm y el diámetro menor con una media $\bar{X}=12.1$ cm con $DS=7.9$ cm. La diferencia de medias \bar{X} en su diámetro mayor, entre las neoplasias benignas y malignas, mediante la "t" de Student con n-1 G.L. con $p=0.003$; la diferencia en los diámetros es una diferencia estadísticamente significativa.

El tamaño según el tipo histológico; para las neoplasias epiteliales el diámetro mayor $\bar{X}=12.9$ cm y el diámetro menor $\bar{X}=10.8$ cm. Para las neoplasias germinales el diámetro mayor $\bar{X}=13.4$ cm y el menor $\bar{X}=10.9$ cm. Para las neoplasias del estroma y cordones sexuales el diámetro mayor $\bar{X}=13$ cm y el diámetro menor $\bar{X}=11.1$ cm. Ver gráfica 23.

La paridad: las pacientes nulíparas con neoplasia benigna 36 y nulíparas con neoplasia maligna 18; pacientes con un embarazo o más con neoplasia benigna 87 y con neoplasia maligna 28. Aplicando $\chi^2=1.5$ $p=0.1$ intervalo de confianza 95%; no se encontraron diferencias significativas entre padecer tumor benigno o maligno y ser nulípara.

El porcentaje entre paridad y presencia del tumor reportó en nulíparas -- 31%, primigestas 16%, secundigestas 15%, trigestas 7%, con cuatro embarazos 8%, con 5 embarazos 5%, con 6 a 8 embarazos 13% y con 10 o más embarazos 4%. Ver gráfica 24.

En relación al cuadro clínico, se obtuvo la información en cuanto a la -- sintomatología referida por la paciente o a la ausencia de síntomas, se -

dividieron en 2 grandes grupos: las pacientes asintomáticas, 89 (46%) y - las sintomáticas 106 (54%). Ver gráfica 25.

Las pacientes que consultaron por cuadro de abdomen agudo 20, por dolor - 72, tumor 46, ascitis 18, sensación y/o aumento al perímetro abdominal 30. Ver gráfica 26.

Neoplasias benignas de ovario, asintomáticas 79 y malignas 10; neoplasias benignas de ovario con dolor 50 y malignas 22; neoplasias benignas con tu-
mor 23 y malignas 23; un caso de ascitis en neoplasia benigna de ovario y 17 en neoplasia maligna; se presentó aumento del perímetro abdominal en - 12 pacientes con neoplasia benigna y en 18 pacientes con neoplasia maligna. Ver gráfica 27.

Información complementaria como el tipo de dolor, consistencia de la masa, si es fija o móvil y la localización, no fué consignada en los expedientes clínicos.

Los medios empleados para realizar el diagnóstico fueron principalmente - ultrasonido, exámen físico, durante el trans-operatorio en cirugía abdomi-
nal por alguna otra razón, y por laparoscopia, generalmente indicada dentro del estudio de esterilidad e infertilidad. Otros medios diagnósticos como rayos X simple o urografía sólo se realizó en 7 y 5 pacientes respectivamente.

En las neoplasias benignas de ovario, en tumores epiteliales el ultrasonido fué realizado en 42 pacientes y no se realizó en 39, en 2 casos el ultrasonido no reportó la masa anexial. Al exámen físico la neoplasia epitelial benigna fué detectada en 44 pacientes y no se reportó al exámen físico de 39. durante el trans-operatorio de cirugía abdominal se diagnosticaron 26 pacientes con neoplasia epitelial benigna. Por laparoscopia - indicada por esterilidad en 5 pacientes. Ver gráfica 28.

En neoplasias germinales benignas de ovario el diagnóstico por ultrasonido fué hecho en 20 pacientes y en 11 pacientes no se realizó; en un caso el ultrasonido no reportó la masa anexial. Al exámen físico las neoplasias germinales benignas fueron detectadas en 17 pacientes y no lo fueron en 15. Durante el trans-operatorio de cirugía abdominal se diagnosticaron 10 pacientes con neoplasia germinal benigna. No se encontró ningún caso por laparoscopia. Ver gráfica 28.

El diagnóstico en neoplasias benignas del estroma y cordones sexuales por ultrasonido, fué hecho en 6 pacientes y no se realizó en 4. Al exámen físico fué detectado en 4 pacientes y no se reportó en 6 pacientes. Durante el trans-operatorio en 3 pacientes y por laparoscopia en 1 caso. Ver gráfica 28.

Diagnóstico de neoplasias malignas de ovario, para las neoplasias epiteliales el ultrasonido fué tomado en 20 pacientes y no lo fué en 32 pacientes, en 2 casos el ultrasonido no reportó la masa anexial. Al exámen físico la neoplasia epitelial maligna fué detectado en 24 pacientes y no fué detectado en 10. Durante el trans-operatorio en 6 pacientes y por laparoscopia ningún caso. Ver gráfica 29.

El diagnóstico para las neoplasias malignas germinales por ultrasonido en 4 pacientes y no se realizó en 1, en 1 caso el ultrasonido no reportó la masa anexial. Al exámen físico se detectó en 3 pacientes y no se encontró en 3, se diagnosticó durante el trans-operatorio en 3 y no se halló ninguno por laparoscopia. Ver gráfica 29.

Se realizó el diagnóstico de neoplasias malignas del estroma y cordones sexuales por ultrasonido en 2 pacientes, y no se realizó en 1, al exámen físico fué detectado en 1 caso y no se detectó en 2, durante el trans-operatorio en 1 caso y no se detectó ninguna por laparoscopia. Ver gráfica 29.

En las metastásis a ovario, se realizó el diagnóstico en 3 pacientes por ultrasonido, en 3 al examen físico y en 1 por laparoscopia; en ninguna como hallazgo durante cirugía abdominal. Ver gráfica 29.

El tratamiento de las neoplasias benignas de ovario consistió en ooforectomía en 95 pacientes (75%) y se acompañó de histerectomía en 31 pacientes - (25%), la cual obedeció a patología coexistente en utero. Ver gráfica 30.

El tratamiento de las neoplasias malignas de ovario, fué clasificado como biopsia insicional, cirugía completa en la que se realizó histerectomía - abdominal con salpingo-ooforectomía bilateral más apendicectomía con omentectomía; cirugía incompleta y cirugía completa más resección de un órgano. Para las neoplasias malignas epiteliales: biopsia insicional en 2 -- (6.4%) pacientes; cirugía completa en 21 (67.7%); cirugía incompleta en 7 (22.5%); cirugía completa con resección de un órgano 1 (3.2%). Sólo se pudo obtener la información en 31 de las 41 pacientes. Ver gráfica 31.

El tratamiento de las neoplasias malignas germinales, se obtuvo en 6 de las 9 pacientes; biopsia insicional 1, cirugía incompleta 2, cirugía completa en 3. Ver gráfica 31.

El tratamiento de las metastasis a ovario, una biopsia en 1 paciente, cirugía incompleta 2, y cirugía completa 1; la información se obtuvo en 4 - de las pacientes. Ver gráfica 31.

Las neoplasias fueron derechas en el 47.5% de los casos e izquierdas en el 52.5%. Sin diferencia estadísticamente significativa.

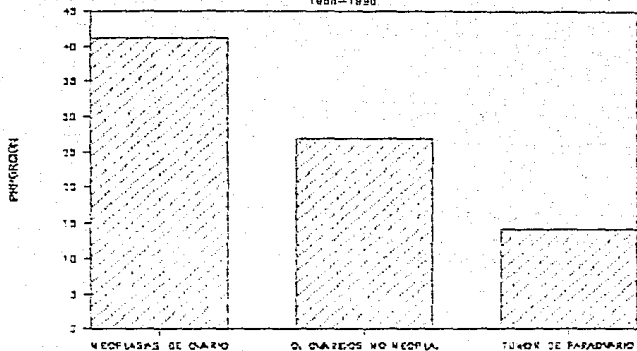
El estado clínico quirúrgico para el cáncer de ovario, en la etapa I: 10 (19%) casos; etapa II: 1 (2%); etapa III: 37 (69%); etapa IV: 6 (11%). -- Ver gráfica 32.

El grado de diferenciación para el cáncer de ovario: grado I (bien diferenciado): 27 (50%) pacientes; grado II (diferenciación intermedia): 5 -- (9%); grado III (poco diferenciado o indiferenciado): 22 (41%). Ver gráfica 33.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

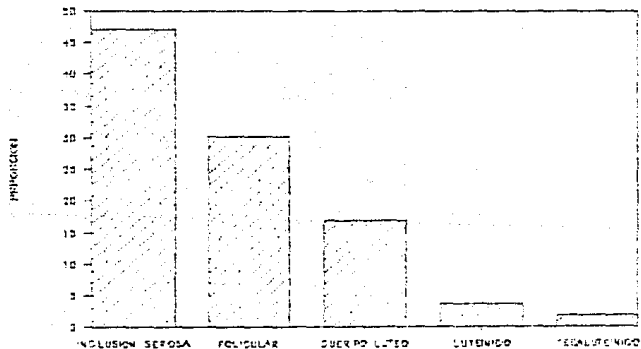
MASAS ATRIBUIDAS A OVARIO

1988-1990



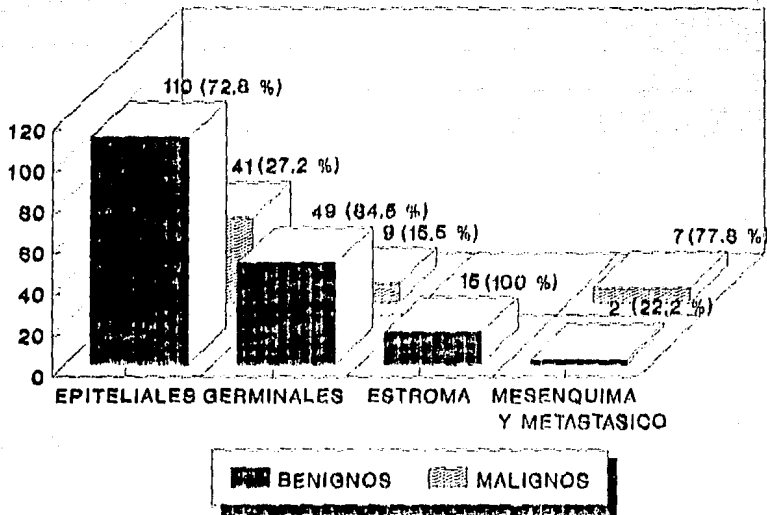
GRAFICA 1

QUISTES NO NEOPLASIOGOS



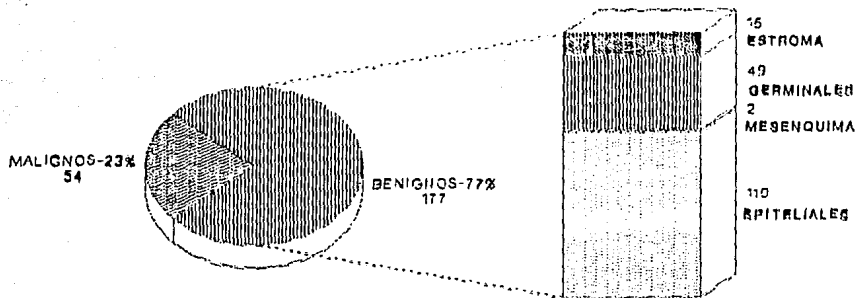
GRAFICA 2

NEOPLASIAS DE OVARIO



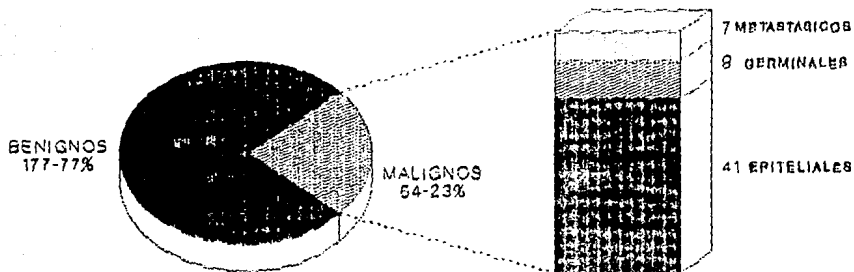
GRAFICA 3

NEOPLASIAS BENIGNAS



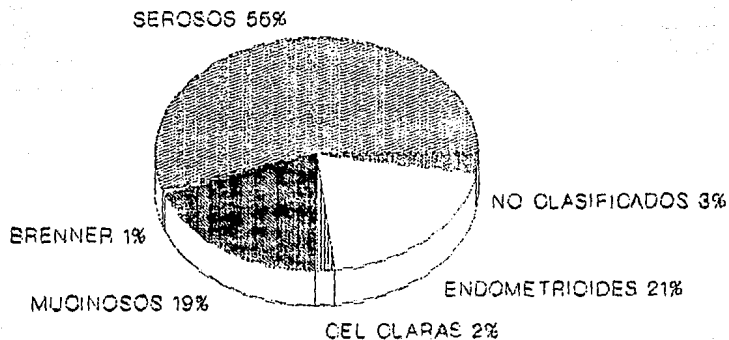
GRAFICA 4

NEOPLASIAS MALIGNAS



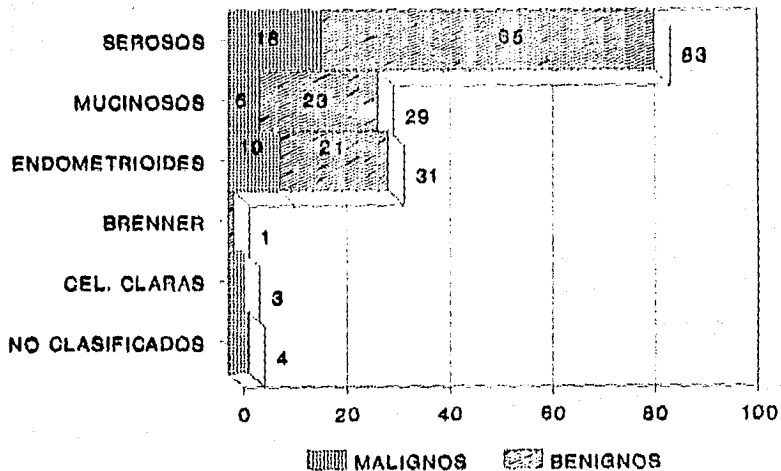
GRAFICA 5

NEOPLASIAS EPITELIALES PORCENTAJES



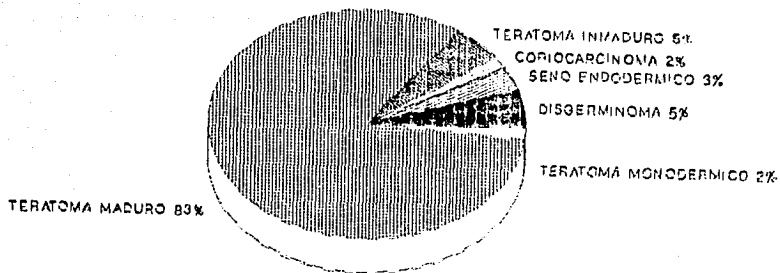
GRAFICA 6

NEOPLASIAS EPITELIALES



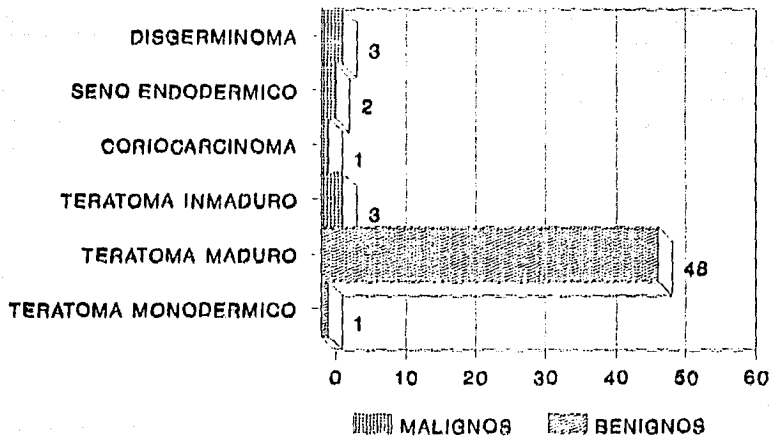
GRAFICA 7

NEOPLASIAS GERMINALES PORCENTAJES



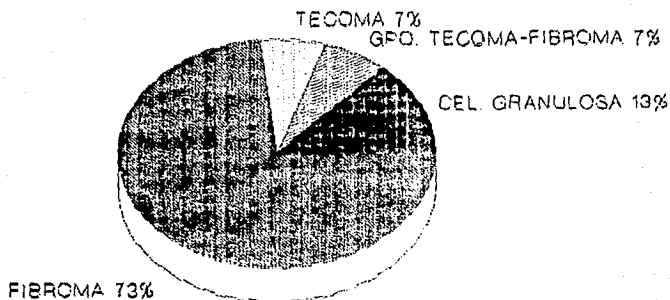
GRAFICA 8

NEOPLASIAS GERMINALES



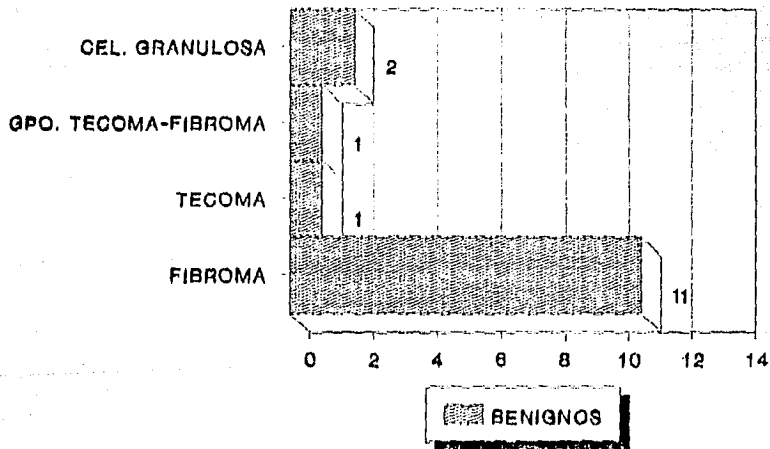
GRAFICA 9

NEOPLASIAS DEL ESTROMA Y CORDONES SEXUALES PORCENTAJES

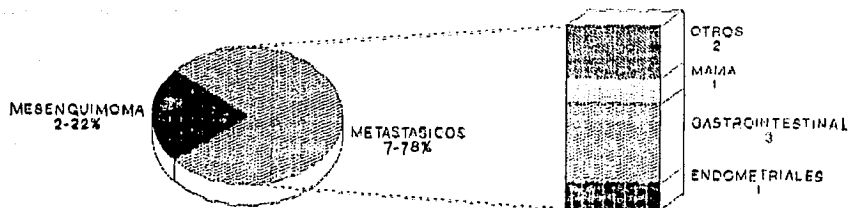


GRAFICA 10

NEOPLASIAS DEL ESTROMA Y CORDONES SEXUALES

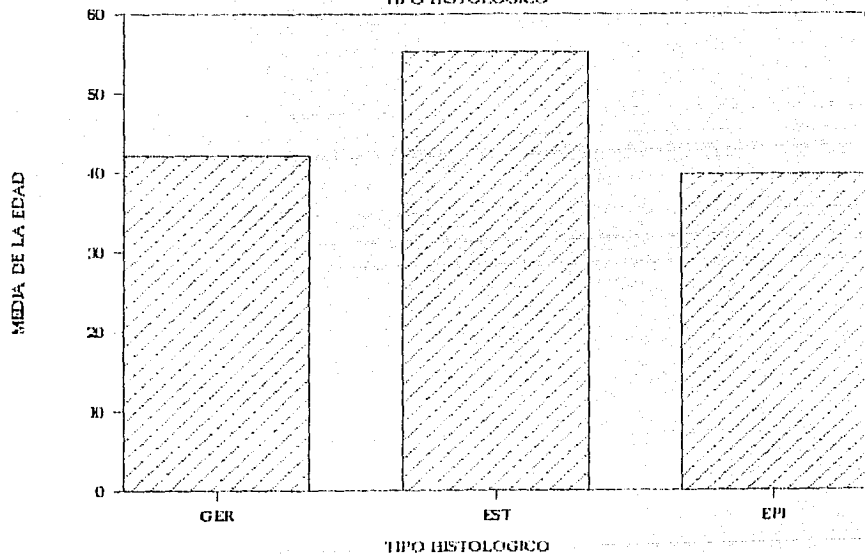


NEOPLASIAS DEL MESENQUIMA Y METASTASICOS



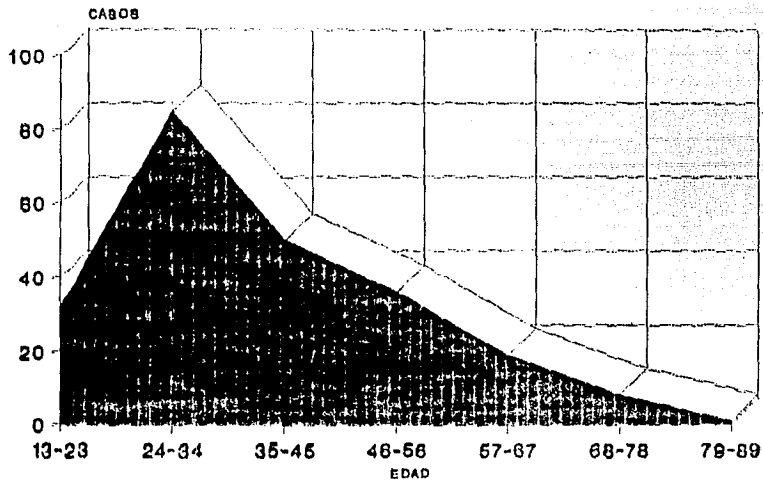
GRAFICA 12

MEDIA DE LA EDAD SEGUN TIPO HISTOLOGICO



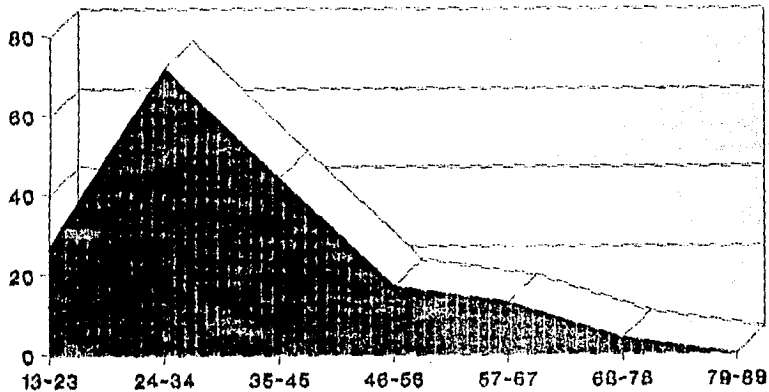
GRAFICA 13

NEOPLASIAS DE OVARIO FRECUENCIA POR EDAD



GRAFICA 14

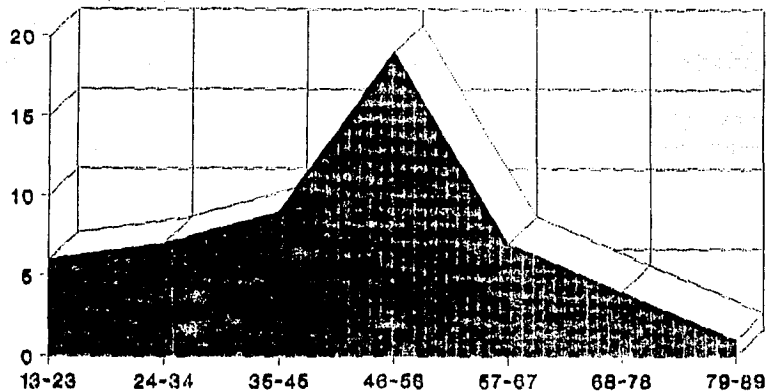
NEOPLASIAS BENIGNAS DE OVARIO FRECUENCIA POR EDADES



 BENIGNOS

GRAFICA 15

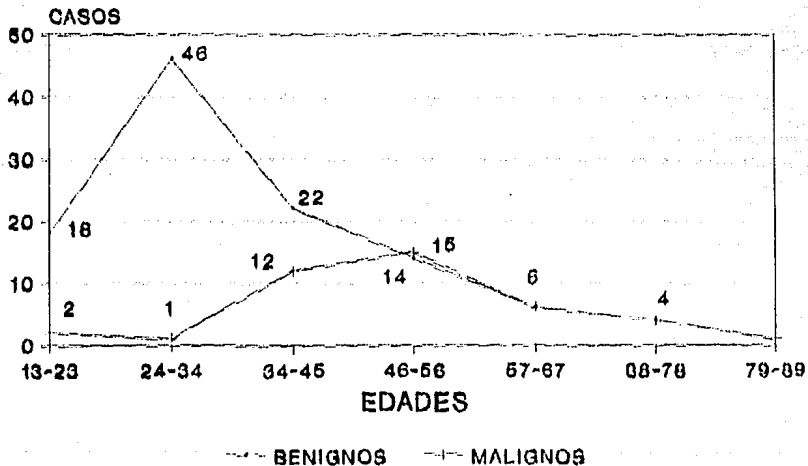
NEOPLASIAS MALIGNAS DE OVARIO FRECUENCIA POR EDADES



 MALIGNOS

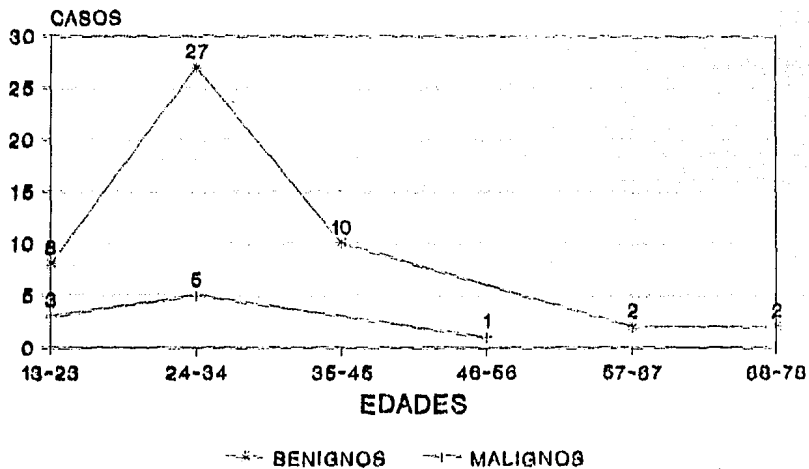
GRAFICA 16

NEOPLASIAS EPITELIALES FRECUENCIA POR EDADES



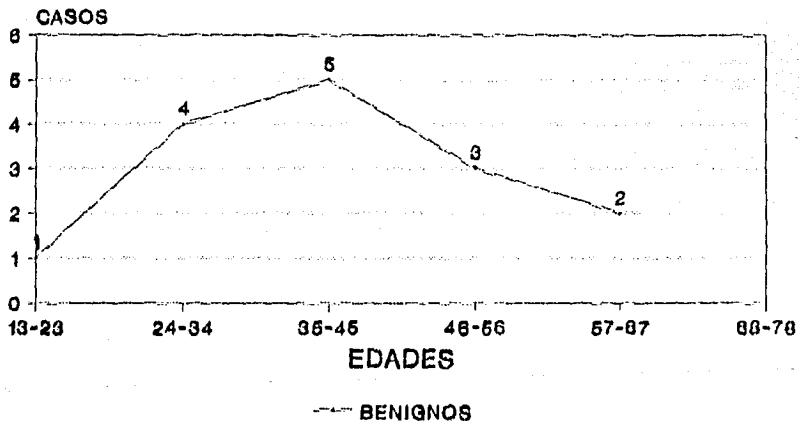
GRAFICA 17

NEOPLASIAS GERMINALES FRECUENCIA POR EDADES



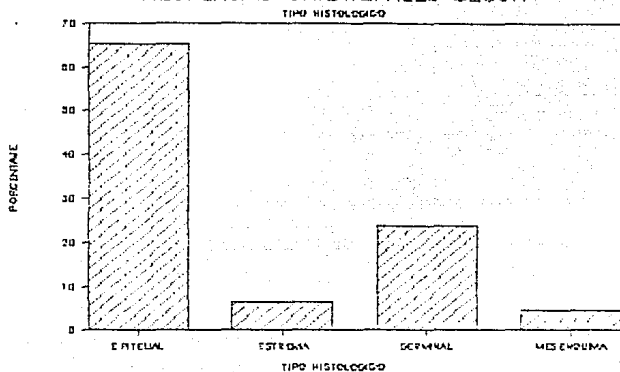
GRAFICA 18

NEOPLASIAS DEL ESTROMA Y CORDONES SEXUALES FRECUENCIA POR EDADES



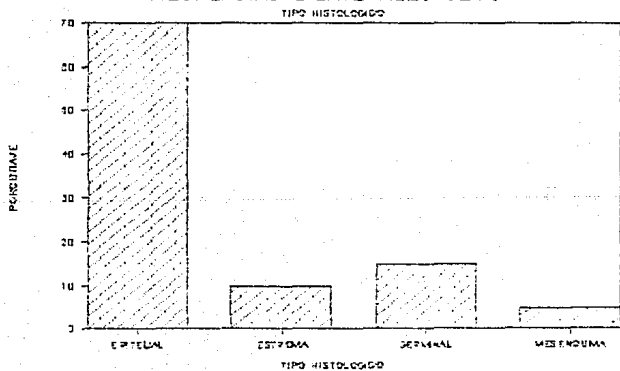
GRAFICA 19

NEOPLASIAS UNILATERALES SEGUN



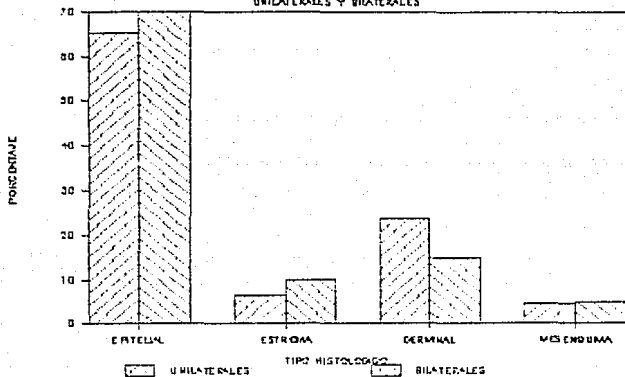
GRAFICA 20

NEOPLASIAS BILATERALES SEGUN



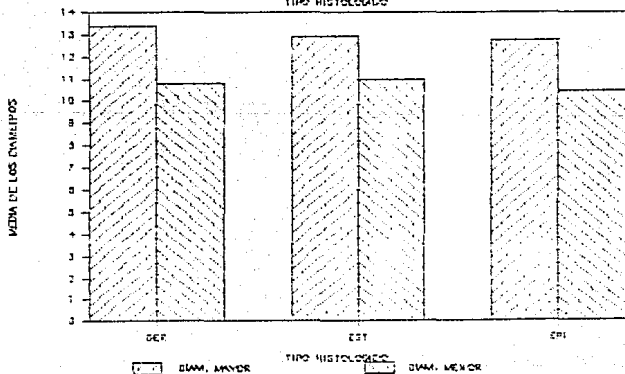
GRAFICA 21

COMPARACION PORCENTUAL DE NEOPLASIAS
UNILATERALES Y BILATERALES



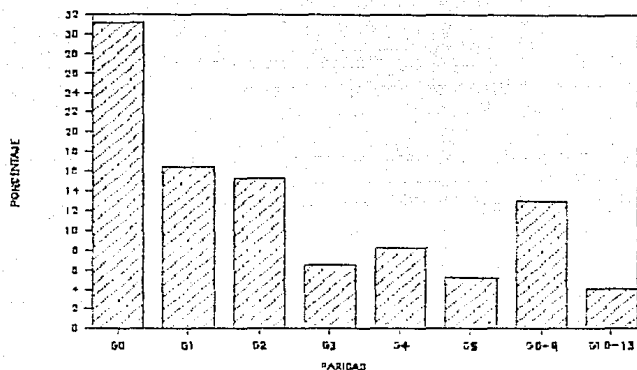
GRAFICA 22

GRAFICA DEL TAMAÑO SEGUN
TIPO HISTOLOGICO



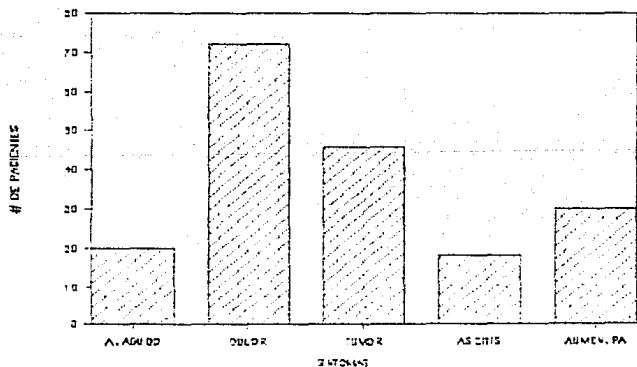
GRAFICA 23

PARIDAD Y PRESENCIA DEL TUMOR



GRAFICA 24

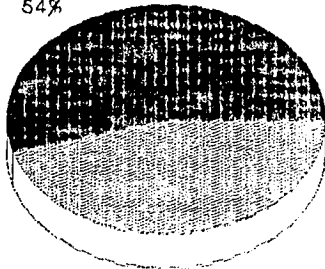
CUADRO CLINICO



GRAFICA 26

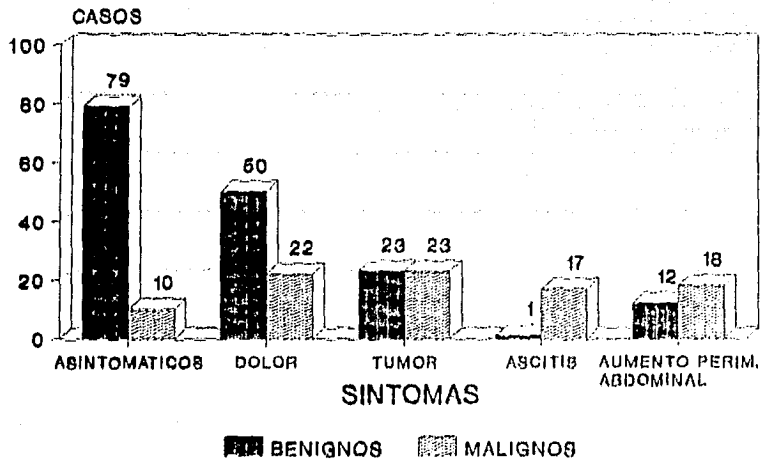
NEOPLASIAS DE OVARIO SINTOMATOLOGIA

SINTOMATICOS 106
54%



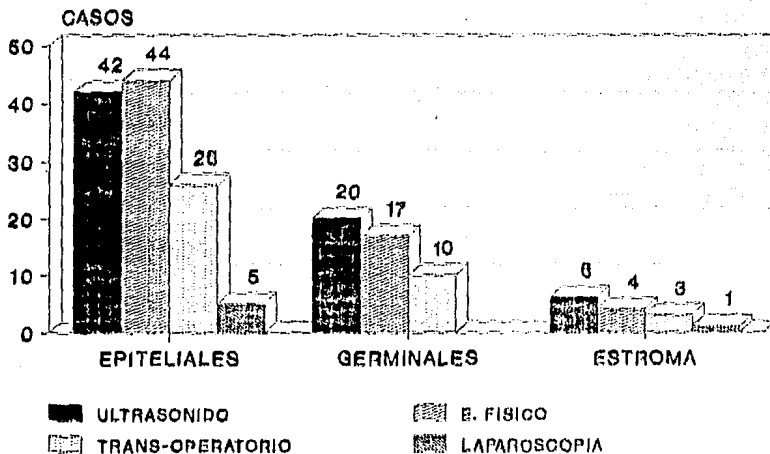
ASINTOMATICOS 89
46%

NEOPLASIAS DE OVARIO SINTOMAS

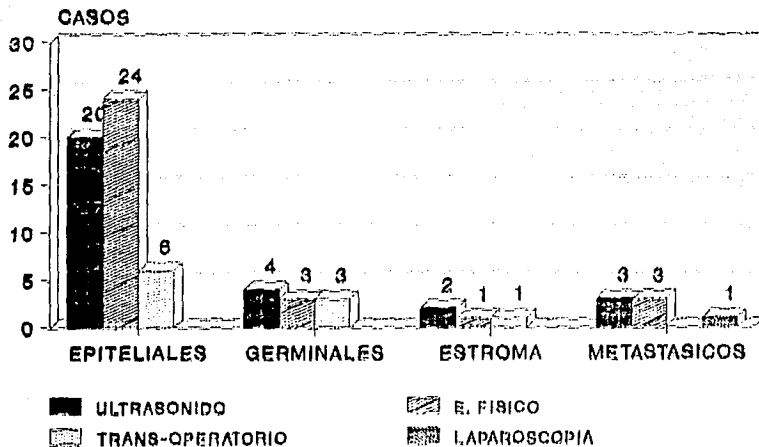


GRAFICA 27

NEOPLASIAS BENIGNAS DE OVARIO DIAGNOSTICO

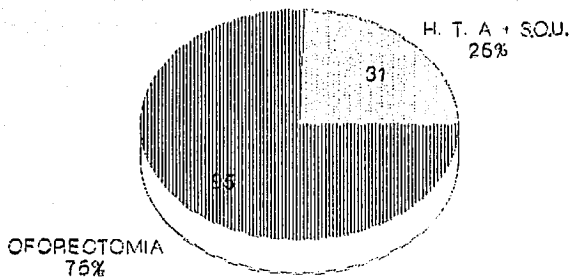


NEOPLASIAS MALIGNAS DE OVARIO DIAGNOSTICO



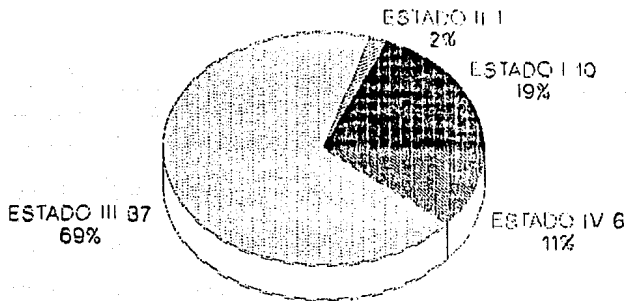
GRAFICA 29

NEOPLASIAS BENIGNAS DE OVARIO TRATAMIENTO QUIRURGICO



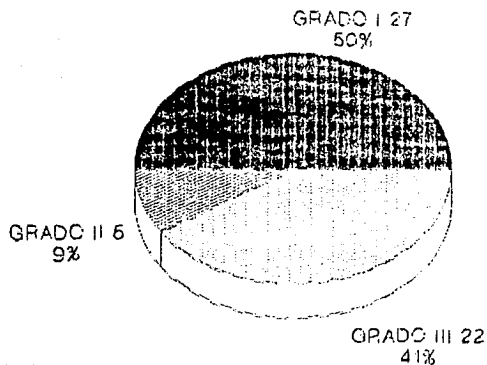
GRAFICA 30

NEOPLASIAS MALIGNAS DE OVARIO ESTADIO CLINICO QUIRURGICO



GRAFICA 32

NEOPLASIAS MALIGNAS DE OVARIO GRADO DE DIFERENCIACION



GRAFICA 33

CONCLUSIONES

Paciente con sospecha tumor de ovario, debe hacerse diagnóstico diferencial con quistes no neoplásicos o funcionales de ovario y con tumores de paraovario.

La neoplasia de ovario más común es de origen epitelial en el 64.8%, similar a las dos terceras partes reportados por la literatura mundial. (6) Son benignos en el 72.8% y malignos 27.2% comparado con la literatura extranjera de malignidad en el 20% (2,3,4).

Las neoplasias benignas ocurren en el 77% y las malignas en el 23%, la cual comparada con la literatura mundial del 14%, es evidente el aumento de los casos de malignidad, lo que está de acuerdo con lo esperado por ser el hospital "Luis Castelazo Ayala", hospital de referencia del tercer nivel y contar con un servicio especializado en oncología ginecológica, lo que incrementa el número de pacientes con cáncer de ovario. Así mismo se explica la diferencia en cuanto al cáncer de ovario, son epiteliales en un 90%, pero en el presente estudio es del 71.9%, pues aumenta la contribución por las neoplasias metastásicas y de origen germinal.

Dentro de las neoplasias epiteliales, el grupo más frecuente son serosos 55%; de las neoplasias germinales el grupo más frecuente fue el de teratoma maduro 83%; el más común dentro de las neoplasias del estroma y cordones sexuales, fue el fibroma en un 73%. Dentro de los tumores metastásicos de las 7 pacientes, 3 fueron de origen gastrointestinal.

La media de la edad de presentación de las neoplasias de ovario es de 38 años. Para los benignos 35 años, para los malignos 47 años, lo que resultó

ta evidente, los benignos en la edad reproductiva y los malignos en la -- edad peri-postmenopáusicas.

Las neoplasias epiteliales benignas, la media de la edad 35 años y el grupo más afectado fué entre 24-34 años; en cambio, para las neoplasias epiteliales malignas la media de la edad 50 años y el grupo de edad más afectado 46-56 años.

A diferencia, las neoplasias germinales benignas la media de la edad 31 años y el grupo más afectado entre 24-34 años, y las neoplasias germinales malignas la media fué 28 años y el grupo más afectado 24-34 años. Comparando las neoplasias germinales con las epiteliales observamos que -- tanto la benignidad como la malignidad y la presencia de éstos tumores es a edades más tempranas.

Las neoplasias del estroma y cordones sexuales, la media de la edad 41 -- años y el grupo más afectado es de 35-45 años. Comparando las neoplasias del estroma y cordones sexuales con las epiteliales observamos que la pre presencia de éstos tumores es a edades más tardías.

La tendencia a ser unilaterales o bilaterales fué similar en todos los ti pos histológicos. En el 90% de los tumores bilaterales fué el mismo tipo histológico y sólo en el 10% fué de diferente estirpe histológica. La lo calización de la neoplasia ya sea derecha o izquierda no se encontró di--ferencia significativa.

Se encontró diferencia estadísticamente significativa en cuanto al tamaño entre las neoplasias benignas y malignas, la media para las benignas de -- 11.7 cm y para las malignas de 14.8 cm. En cambio la media del tamaño se según estirpe histológica fué similar, para los epiteliales 12.9 cm, los -- del estroma y cordones sexuales 13 cm y los germinales 13.4 cm.

No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre padecer tumor benigno o maligno y el ser nulípara; lo que no confirma algunos reportes sobre el mayor riesgo a cáncer de ovario a baja paridad (2,4).

La presencia de neoplasias de ovario disminuye el porcentaje de aparición a medida que aumenta la paridad; por lo que se observa una relación invertida entre paridad y presencia de tumor.

Se encontró un grupo importante de pacientes asintomáticas 46%, a las cuales se realizó el diagnóstico durante una cirugía abdominal o por hallazgo ultrasonográfico solicitado por alguna otra razón; de los cuales el 11.2% fueron malignos, lo que se encuentra en relación con su evolución silenciosa del 15% reportado en la literatura mundial (7).

Los síntomas más comunes referidos fueron dolor 67.9%; tumor 43.4%; abdomen agudo 18.8%; ascitis 17%; sensación y/o aumento del perímetro abdominal 28.3%.

El diagnóstico tanto de neoplasias benignas como malignas fue hecho en forma similar, lo mismo que para cada estirpe histológica, predominó el examen físico y el ultrasonido en el diagnóstico, seguido por tumor de ovario como hallazgo trans-operatorio en cirugía abdominal y un mínimo de 7 pacientes con diagnóstico por laparoscopia. Otro medio de diagnóstico como rayo X o tomografía computarizada no fue realizada en forma significativa.

El tratamiento quirúrgico de las neoplasias benignas de ovario, en un 75% se realizó ooforectomía unilateral y en un 25% se acompañó de histerectomía abdominal, que obedeció a patología uterina.

El tratamiento quirúrgico de las neoplasias malignas, se le realizó biopsia insinicial en 6.4% de las pacientes. Cirugía completa en 67.7%; ---

cirugía incompleta en 22.5%; cirugía completa más resección de otro órgano en 3.2%. Posteriormente las pacientes se enviaron para quimioterapia o radioterapia como tratamiento adyuvante. A excepción 4 pacientes que murieron en el trans-operatorio o en el post-operatorio inmediato.

El diagnóstico fue realizado en el estado clínico quirúrgico III al 69% de las pacientes; seguido por el estado I en 19%; en estado IV 11%, y en el estado II 1-2%. Lo cual confirma el hecho plenamente establecido del diagnóstico tardío del cáncer de ovario y mal pronóstico.

El grado de diferenciación celular de las neoplasias malignas de ovario; para el grado I el 50% de los casos, seguido por el grado III en el 41% y el grado II en el 9%.

Dentro del protocolo de estudio debe incluirse como paciente con sospecha de tumor de ovario toda aquella que refiera dolor, tumor, ascitis, sensación y/o aumento del perímetro abdominal; dentro del examen físico búsque cuidadosa de crecimiento ovárico y como ayuda diagnóstica se debe realizar ultrasonido; laparoscopia se puede realizar cuando hay sospecha de neoplasia de ovario la cual no se ha podido confirmar.

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

1. Ralph C. Benson, Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétricos, 1986; 4 Ed. Edit. Manual Moderno S.A. de C.V. Cap. 14, 303-45.
2. James L. Benington, et al, Incidence and Relative Frequency of Benign and Malignant Ovarian Neoplasma, Obstetric and Gynecology, 1968; 32 (5): 627-32.
3. Patricia Hartge, Mark P. Schiffman, et al, A Case Control Study of Epithelial Ovarian Cancer, Am. J. Obstet Gynecol, 1989; 161 (1): 10-6.
4. Peter M. Heintz, Neville F. Hacker, Lagase L. Epidemiology and Etiology of Ovarian Cancer. A Review, Obstetrics and Gynecology, 1965; 66 (1): 127-35.
5. Ginecología Operatoria Te Linde, Richard F. Matingly, John D. Thompson, 1987; 5 Ed. Librería "El Ateneo" Editorial, Cap. 34, 776-803.
6. Robert E. Scully MD. Ovarian Tumors. A Review, Am J. of Pathology, 1977; 87 (3): 686-714.
7. Ancel Blaunstein, Pathology Female Aparat, 1988; 2 Ed. Cap. 21, 511-77.
8. G. de Palo. Staging and Treatment of Ovarian Carcinoma, Acta Ginecológica, 1989; 129 (8): 163-76.

9. P. Majanoja, and B.J. Procope, Malignant Pelvic Tumors Found at Gynecology Operations, Surgery Gynecology and Obstetrics, 1975; 140: 605-6.
10. Rene Genadry, and Tim Parmely, The Origin and Behavior of the Paraovarian Tumor, Am. J. Obstet Gynecol, 1977; 129 (8): 873-9.
11. Thomas F. Halpin, Thomas O. Mc Canu, Dynamics of Body Fluids Following The Rapid Removal of Large Volumen of Ascitis, Am. J. Obstet -- Gynecol, 1971; 1 (5): 103-6.
12. Normas para El Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de las pacientes con cáncer Ginecológico, Subdirección General Médica/Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación, Servicio de Oncología Ginecológica, I.M.S.S. 1987.
13. R.D. Gani, Z. Shoham, E. Atar, Ovarian Carcinoma During Pregnancy: A Study Of 23 cases In Israel Between The Years 1960 and 1984, Gynecology Oncology, 1989; 33: 326-31.
14. Tratado de Ginecología de Novak, H.W. Jones, G.S. Jones, 1985; 10 Ed. Edit. Interamericana, Cap. 22, 23, 497-580.
15. Roy M. Ritkin, James R. Scott, Oncología Ginecológica, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, 1986; Edit. Interamericana, 3: 813-23 y -- 881-93.
16. O. Maser, V. Friedberg, K. G. Ober, K. Thomsen, J. Zander, Ginecología y Obstetricia, 1971; Salvat Editores S.A. 3: 705-77.
17. D.M. Danforth, Tratado de Obstetricia y Ginecología, 1987; 4 Ed. --- Edit. Interamericana, Cap. 57, 1086-1132.

18. Armando Moreno G., Ruben Dario Guzman, Alvaro Fonnegra y Ricardo Alvarado Pantoja, Arrenoblastoma, Revista Colombiana de Obstetricia y ginecologia, 1978; 27 (3): 139-47.
19. Procedimientos en Ginecología, Hospital de Gineco-Obstetricia N° 4, Subdirección General Médica/Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación, I.M.S.S. 1984.
20. F. Bonilla-Musoles, J. Julia y M. Perez Gil, Termografía de Placa en Obstetricia y Ginecologia, Revista Española de Obstetricia y Ginecologia, 1976; 220 (35): 421-8.
21. Monografía de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Gineco-Obstetricia N° 4 I.M.S.S., Servicio de Ginecologia "Grandes Tumoraciones Pélvicas", 1973-74.
22. Icedo Zamora Salvador, Diagnóstico Ultrasonográfico de las Tumoraciones Pélvicas, Tesis no Publicada Hospital de Gineco-Obstetricia N° 4, I.M.S.S., 1981.
23. Goopeasing TD, Rahaman J., Charra D. A Clínico Pathologic Study of Ovarian Neoplasm, Int. J. Gynaecol Obstet, 1988; 26 (3): 413-6.
24. Philip J. Disaia, William J. Creasman, Clinical Gynecologic Oncology, 3 Ed. 1989; 330-360.