

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

16
2ej



**TUMORES DE OVARIO, EXPERIENCIA EN EL
HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
GINECOBSTETRA
P R E S E N T A
MARTIN BELMONTES RODRIGUEZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MARZO 1988

FEBRERO 1991



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.

TUMORES DE OVARIO, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL

"DR. MIGUEL SILVA" 1987 A 1990

INDICE: PRIMERA PARTE

| | |
|-----------------------------|----|
| INTRODUCCION..... | 1 |
| FRECUENCIA..... | 2 |
| CLASIFICACION..... | 3 |
| CUADRO CLINICO..... | 7 |
| DIAGNOSTICO..... | 10 |
| DIGNOSTICO DIFERENCIAL..... | 15 |
| MANEJO..... | 19 |
| PRONOSTICO..... | 23 |
| SEGUIMIENTO..... | 23 |
| PROFILAXIS..... | 24 |

SEGUNDA PARTE

| | |
|-------------------------|----|
| INTRODUCCION..... | 25 |
| OBJETIVOS..... | 25 |
| MATERIAL Y METODOS..... | 26 |
| RESULTADOS..... | 27 |
| CONCLUSIONES..... | 35 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 39 |

INTRODUCCION:

Los ovarios son dos órganos situados en la aleta posterior del ligamento ancho, a los lados del útero. Durante el periodo de vida reproductivo sus dimensiones son de 25-26 mm. X 14-16 mm.

Los ovarios constan de dos porciones: la cortical y la medular. La porción CORTICAL está constituida por tejido conjuntivo denso, en el cual se alojan los folículos y está recubierta por un epitelio de células cilíndricas. La porción MEDULAR está formada por tejido fibromuscular.

Los ovarios reciben irrigación de la arteria ovárica, rama de la aorta, la cual llega al ovario a través del ligamento infundibulopelvico y a nivel del ovario se anastomosa con la arteria tubárica, rama de la uterina. Sus venas desembocan en el plexo pampiniforme. Los nervios del ovario proceden en gran parte del gran simpático.

Los ovarios aparte de la función de producir ovulos, tienen la de ser glándulas de secreción interna (producción de estrógenos y progesterona).

Los ovarios pueden desarrollar tumores benignos así como malignos y algunos de ellos con actividad hormonal. Pueden ser de volumen y consistencia variable, así como de estirpe histológica muy diversa.

FRECUENCIA:

Los ovarios son órganos de gran potencialidad tumorogénica y alrededor del 15 al 20% son malignos. El cáncer de ovario es el más peligroso enemigo para la mujer de todas las edades y de preferencia después de los 40 años.

De los tumores benignos del ovario se encuentran a la cabeza por su frecuencia los tumores epiteliales y son seguidos por los tumores - germinales.

En el Hospital de Oncología del IMSS el cáncer de ovario ocupa el tercer lugar de los cánceres ginecológicos, con una proporción de 7.6% después del cáncer uterino y el cáncer de mama.

La frecuencia de los tumores de ovario en relación con los grupos histológicos según clasificación es la siguiente:

| | |
|---|--------|
| Tumores del epitelio celómico..... | 60-70% |
| Tumores de células germinales..... | 15-20% |
| Tumores del estroma gonadal - especializado..... | 5-10% |
| Tumores del tejido conectivo..... | 5-10% |
| Tumores secundarios o metas-- tásicos..... | 5% |

CLASIFICACION:

La FIGO ha determinado la clasificación histológica:

1.-LESIONES DIVERSAS:

- A.- Restos de Walthard.
- B.- Hiperplasia del estroma cortical.
- C.- Poliquistosis ovárica.

2.-QUISTES FUNCIONALES NO NEOPLASICOS:

- A.- Quistes tecaluteínicos.
- B.- Quistes foliculares.
- C.- Cuerpo amarillo quístico (Quistes luteínicos).

3.-TUMORES DERIVADOS DEL EPITELIO CELOMICO:

- A.- Cistadenomas serosos.
- B.- Cistadenocarcinoma seroso.
- C.- Cistadenoma mucinoso.
- D.- Cistadenocarcinoma mucinoso.
- E.- Formas mixtas.
- F.- Carcinomas sólidos.
- G.- Tumor de Brenner.
- H.- Tumor de células claras.
- I.- Tumores endometrioides.

4.-TUMORES DERIVADOS DE CELULAS GERMINALES:

- A.- Disgerminoma.
- B.- Teratoma quístico.
- C.- Teratoma sólido.
- D.- Teratocarcinoma.
- E.- Struma ovari.
- F.- Carcinoma embrionario.
- G.- Gonadoblastoma.
- F.- Formas mixtas.

5.-TUMORES DERIVADOS DEL ESTROMA GONADAL:

- A.- Tumor de células de la teca.
- B.- Tumor de células de la granulosa.
- C.- Tumor de células Sertoly-Leydig.
- D.- Ginandroblastoma

6.-TUMORES DERIVADOS DEL TEJIDO CONECTIVO:

- A.- Fibromas.
- B.- Fibrosarcomas.

7.-TUMORES SECUNDARIOS EN EL OVARIO:

- Tumores de Krukenberg.

CLASIFICACION POR ETPAS DEL CARCINOMA DE OVARIO:

I.- TUMOR LOCALIZADO A LOS OVARIOS:

Ia.- Tumor limitado a un ovario; no hay ascitis; no existe tumor -- sobre la superficie externa y la cápsula está intacta.

Ib.- Tumor limitado a ambos ovarios; no hay ascitis; no existe tumor sobre la superficie externa y cápsula íntegra.

Ic.- Tumor igual al estadio Ia y Ib pero con tumor sobre la superficie de uno o ambos ovarios; con cápsula rota o con ascitis -- que contiene células malignas o con lavado peritoneal positivo para células malignas.

II.- TUMOR ENVOLVIENDO UNO O AMBOS OVARIOS CON EXTENSION PELVICA:

Iia.- Extensión y/o metástasis a utero o salpinges.

Iib.- Extensión a otros tejidos pélvicos.

Iic.- Tumor igual que el estadio Iia y Iib pero con tumor sobre la superficie de uno o ambos ovarios; con cápsula rota; o con -- ascitis presente conteniendo células malignas; o con lavado -- peritoneal positivo.

III.- TUMOR ENVOLVIENDO UNO O AMBOS OVARIOS CON IMPLANTES PERITONEALES

FUERA DE LA PELVIS Y/O GANGLIOS POSITIVOS RETROPERITONEALES O -- INGUINALES. METASTASIS HEPATICAS SUPERFICIALES YA LO HACEN ESTADIO III:

IIIa.- Tumor gruesamente limitado a la pélvis verdadera con nódulos

negativos, pero con confirmación microscópica de malignidad sobre la superficie peritoneal.

IIIb.- Tumor en uno o ambos ovarios con confirmación histológica de implantes sobre la superficie peritoneal no mayores de 2 cm. los ganglios son negativos.

IIIc.- Implantes abdominales mayores de 2 cm. en diametro y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos.

IV.- TUMOR ENVOLVIENDO UNO O AMBOS OVARIOS CON METASTASIS A DISTANCIA.

SI EXISTE DERRAME PLEURAL LA CITOLOGIA DEBE SER POSITIVA. LAS METASTASIS AL PARENQUIMA HEPATICO LO HACEN ESTADIO IV.

CUADRO CLINICO:

La sintomatología de los tumores de ovario va a depender del tamaño, localización, naturaleza histológica del tumor y de sus complicaciones:

Los síntomas de los tumores de ovario suelen presentarse tardíamente y son poco característicos.

Los tumores quísticos se manifiestan al tener cierto volumen, los pequeños pasan inadvertidos, los de mediano volumen pediculados e intra abdominales pueden determinar una sensación de desplazamiento de cuerpo extraño con los cambios de posición.

Los tumores intraligamentosos y los fijos por adherencias provocan síntomas de compresión urinaria, digestiva, respiratoria y de los vasos y nervios pélvicos y desplazamiento del utero cuando son voluminosos.

Los tumores de ovario voluminosos son siempre intraabdominales y es la distensión abdominal la que hace consultar a la paciente.

En otras ocasiones el tumor se manifiesta por presentar alguna complicación como torción del pedículo, hemorragia, ruptura, infección o bien manifestaciones a distancia (metástasis).

Los tumores del ovario cuando son funcionales se manifiestan de acuerdo con su naturaleza endocrina, por ej. pubertad precoz, anormalidades menstruales, hipertiroidismo, virilización etc.

La sintomatología más dramática ocurre como consecuencia de las complicaciones por ej. torción del pedículo, hemorragia intraquística o ruptu

ra del quiste. La infección de los tumores de ovario es rara y cuando ocurre generalmente es secundaria a necrosis o hemorragia asociada a salpingitis. En ocasiones es difícil distinguir entre absceso tubo-ovárico y tumor ovárico infectado.

Al interrogatorio los casos no complicados solo permiten reconocer un aumento de volumen o discreta sensación de peso y en casos raros síntomas compresivos, siendo normales el estado general, las menstruaciones y la fertilidad.

El método diagnóstico fundamental para los tumores de ovario es la exploración ginecológica con tacto vaginal y palpación bimanual, con lo que se logra la palpación de tumor parauterino, su forma, su consistencia, su superficie, posición y movilidad. La mayoría de los tumores benignos son unilaterales, separados del útero y móviles, en cambio, la bilateralidad y la fijación deben provocar sospecha de malignidad.

Los tumores pequeños quísticos o sólidos pueden palparse mejor por tacto rectal, tocando la masa dentro del fondo de saco.

Si hay duda después de la primera exploración, la paciente debe volver a explorarse bajo anestesia. Puede ser difícil distinguir entre un quiste gigante de ovario y ascitis. La ascitis puede estar asociada a tumores de ovario pequeños y benignos; el síndrome de Meigs consiste en la presencia de hidrotorax y ascitis asociado con un fibroma o tecoma del ovario.

Se han considerado como factores de riesgo para carcinoma de ovario los siguientes:

- Es más frecuente entre mujeres vírgenes o con pocos hijos.
- Disminuye su incidencia en las que tienen paridad temprana.
- Es más frecuente entre las edades de 40-65 años, en promedio 59 años. Aunque el grupo de tumores malignos germinales es más frecuente en la infancia.
- Es más frecuente en pacientes con disfunción ovárica como: infertilidad e irregularidades menstruales.
- Es más frecuente en pacientes con menopausia temprana.
- Es más frecuente en pacientes con historia familiar de cáncer de ovario.

DIAGNOSTICO:

Elaborar una historia clínica es de fundamental importancia.

Dentro de la misma historia clínica la exploración ginecológica es la mejor manera de diagnósticar a los tumores de ovario (tactos rectal y vaginal en forma bimanual). Sin embargo, aún en las condiciones más favorables los tumores pequeños pasan inadvertidos, sobre todo en las pacientes obesas.

La exploración no debe ser limitada a la pelvis, se deben buscar metástasis ganglionares supraclaviculares, inguinales y en axila, edema en miembros inferiores y derrame pleural.

PROCEDIMIENTOS QUE AYUDAN AL DIAGNOSTICO DE TUMORES DE OVARIO:

- **CITOLOGIA:** En casos de cáncer de ovario, el estudio citológico del líquido peritoneal obtenido por punción abdominal o bien por culdocentesis nos brinda positividad diagnóstica con gran frecuencia, pero su indicación es escasa por no ser inocuos, ya que tienen el riesgo de implantar células malignas.

La citología del líquido pleural es de importancia cuando es positiva incluso para la etapificación del padecimiento.

- **IMAGENOLOGIA:**

Ultrasonido: Es usualmente el examen de gabinete inicial en pacientes con tumor de ovario o con masa pélvica. Este estudio tiene una sensibilidad de un 91% en la detección de masas pélvicas, pero pocas veces -

es específico.

las masas extremadamente ecógenas, tienen sombras acústicas y suelen corresponder a teratomas benignos. Casi todas las neoplasias del ovario que son anecoicas por completo, son benignas.

Aparte de éstos dos patrones anteriores no se puede predecir malignidad o tipo histológico del tumor en base al ultrasonido.

Por otro lado, el ultrasonido pélvico es muy preciso para definir el origen de una masa pélvica.

Tomografía computarizada: Es utilizada en pacientes con cáncer de ovario, aunque no substituye a la cirugía como método de clasificación - por etapas, es útil para alertar al cirujano sobre la propagación no detectable de la enfermedad y es superior a la cirugía para detectar metástasis hepáticas o enfermedad uterina incipiente. (metástasis -- hepáticas intraparenquimatosas).

Resonancia nuclear magnética: La experiencia sugiere poca utilidad en pacientes con carcinoma ovárico, ya que las neoplasias ováricas tienen intensidades inespecíficas en la imagen de resonancia nuclear magnética.

Urografía excretora: Al igual que la roentgenografía tras un enema evacuante de bario pueden ser de ayuda en la detección de desplazamientos de los ureteros o vejiga, los cuales podrian complicar al - tratamiento quirúrgico del tumor.

- CIRUGIA: En pacientes con carcinoma de ovario, el mejor método para

evaluar la extensión de la enfermedad lo constituye la exploración -- por laparotomía, con lo cual se obtienen muestras para citología (lavado peritoneal), extirpación de la masa tumoral y la confirmación -- histológica.

La operación de segunda vista (second look) se utiliza con referencia a pacientes en las cuales existe la duda de continuar o no con la -- quimioterapia, cuando no presentan ya signos de enfermedad. Con menor frecuencia se utiliza en pacientes con enfermedad residual confirmada, que se somete a una segunda operación para extirpar tumor residual, aliviar complicaciones (obstrucción, fístulas, abscesos o ambas cosas.

- ESTUDIOS ENDOCRINOS: Los estudios endócrinos que pueden resultar de -- utilidad en el diagnóstico de las lesiones ováricas productoras de -- hormonas son: la determinación de gonadotropinas hipofisarias, niveles sericos de estrogenos, progesterona, testosterona, determinación de 17 cetosteroides y estudios de la función tiroidea.

EVALUACION DIAGNOSTICA DE LAS PACIENTES CON MASA ANEXIAL

Historia clínica.

Exámen físico completo.

Sondeo uterino (después de descartar embarazo).

Urografia excretora.

Colon por enema.

Ultrasonido pélvico y hepático.

Laparoscopia-laparotomía.

Citología cervicovaginal.

Tele de tórax.

Marcadores tumorales.

La pacientes con carcinoma de ovario tienen una tasa de supervivencia pobre, debido principalmente al diagnóstico tardío.

Todos los tumores de ovario mayores de 7 cm. se deben extirpar independientemente de la edad de la paciente. En la etapa reproductiva -- los menores de 7 cm. que persisten por más de 6 semanas se deben de extirpar después de ser sometidos a vigilancia durante éste periodo -- de tiempo. En las mujeres postmenopausicas con ovarios palpables, -- independientemente del tamaño se deben de extirpar.

El diagnóstico definitivo de la neoplasia ovárica depende de la exploración quirúrgica y estudio histopatológico, la etapificación se realiza con laparotomía exploradora.

- INMUNODIAGNOSTICO: Hasta la fecha en el carcinoma de ovario no hay técnicas inmunológicas bien desarrolladas para aplicación clínica, pero la investigación se encuentra en plena actividad en éste campo. Se ha utilizado el antígeno carcinoembrionario y la alfafetoproteína, aunque no tienen la especificidad deseada en el cáncer de ovario ni la sensibilidad. El antígeno carcinoembrionario está presente en el suero de 35% de las pacientes con carcinoma ovárico, pero no está presente en tumores benignos. La alfafetoproteína está presente en el

suero y líquido de ascitis de pacientes con teratomas y en algunos - con carcinoma epitelial del ovario.

El antígeno CA-125 para carcinoma epitelial del ovario cuenta con --- alta especificidad, entre otros antígenos para carcinoma de ovario se encuentran el Reagan, OCAA, OC-133.

La característica más buscada de los antígenos tumorales es que sean específicos y que estén presentes y accesibles en el tejido tumoral. La circulación del antígeno en la sangre sería ventajosa para el diagnóstico y vigilancia de la respuesta al tratamiento.

La medición de la hCG en pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional ejemplifica algunas de estas características deseables.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El termino masas anexiales incluye alteraciones ginecológicas o de los organos: útero, trompas de Falopio, ovarios y estructuras adyacentes. Estas masas pueden ser de naturaleza congénita, funcional, neoplásica e inflamatoria.

Masas uterinas:

El embarazo siempre debe tenerse en mente como causa de crecimiento uterino y se debe descartar en cualquier paciente en el periodo reproductivo con una masa pélvica.

La miomatosis uterina es la tumoración más común del útero y no es raro encontrar miomas pediculados, los cuales hacen creer al explorador que la masa es de origen ovárico o de la salpinge.

Otras condiciones que causan crecimiento del tamaño uterino son la adenomiosis y el carcinoma del endometrio.

Masas ováricas:

Los quistes funcionales, los cuales no son neoplasias verdaderas del ovario, son quistes que usualmente se resuelven en forma espontánea dentro de unos días hasta dos semanas, pero que pueden persistir grandes. Cuando ocurre la ovulación hay la formación del cuerpo lúteo, el cual puede presentar crecimiento anormal por hemorragia interna y formación quística.

Los quistes tekalutefínicos son producidos por una sobreestimulación ovárica por la hormona gonadotropina corionica y estan asociados a la

enfermedad trofoblástica gestacional y no son comunes en el embarazo. Si no llega a ocurrir la ovulación, un quiste folicular lleno de líquido claro, rodeado de células granulosas puede ser el resultado y llegar a tallas de hasta 10 o más cm..

La endometriosis es una enfermedad en la cual el sitio más comúnmente afectado por implantes es el ovario, que cuando se afecta presenta crecimiento y formaciones quísticas, estos quistes rara vez exceden un diámetro de 12 cm., pero cuando lo presentan frecuentemente son indistinguibles de las neoplasias ováricas.

Masas tubáricas:

Las neoplasias de las salpinges son raras, las masas más comúnmente son de naturaleza inflamatoria o bien por un embarazo tubárico (el 80% de los embarazos ectópicos son tubáricos).

En la salpingitis aguda, la trompa está distendida por el material purulento, pudiendo progresar hasta afectar al ovario, formándose así un absceso tubo-ovárico; o bien resolverse el proceso y estar sujeto a reinfección y como consecuencia de estas reinfecciones obstruirse el ostium abdominal y llenarse la salpínge de líquido claro (hidrosalpinx) que al crecer puede confundirse con un quiste de ovario.

Otras masas quísticas que no son originadas en el ovario ni las salpinges, pero que son anexiales, son los quistes paraováricos, los cuales se forman de los vestigios remanentes de los conductos de Wolf.

MASAS PELVICAS DE ORIGEN NO GINECOLOGICO:

En el intestino: La materia fecal a nivel del colon sigmoides es lo que con mayor frecuencia se confunde con una masa anexial y es la -- masa pélvica de origen intestinal más frecuente.

Otras entidades para hacer diagnóstico diferencial con origen intestinal son los abscesos periapendiculares, diverticulitis, ileitis regional y neoplasias del intestino.

MISCELANEOS:

Vejiga distendida, riñón pélvico, uraco quístico, absceso o hematoma de pared abdominal y las neoplasias retroperitoneales.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MASA ANEXIAL

| ORGANO | QUISTICO. | SOLIDO |
|--------------|---|---|
| Ovario: | Quiste funcional. Quistes neoplasicos benignos y malignos. Endometriosis. | Neoplasia benigna Neoplasia maligna |
| Salpinge: | Absceso tubo-ovárico. Hidrosalpinx. Quiste paraovárico. | Absceso tubo-ovárico Embarazo ectópico Neoplasias |
| Utero: | Embarazo normal. Utero bicorne. | Mioma pediculado |
| Intestino: | Ciego distendido por gas o heces. | Diverticulitis Ileitis Apendicitis Cáncer de colon |
| Miscelaneos: | Vejiga llena. Riñón pélvico. Uraco quístico. | Absceso Hematoma Tumor retroperitoneal |

MANEJO DE TUMORES OVARICOS:

Hecho el diagnóstico de tumor de ovario, el manejo dependera de -- varios aspecto clínicos como: edad, características del tumor como son tamaño, bilateralidad, presencia o no de líquido de ascitis, de si la -- paciente es o no menstruante y de si presenta o no factores de riesgo -- para carcinoma de ovario.

De tal forma que una paciente con una tumoración ovárica, menor de 7 cm lo mejor es esperar dos ciclos menstruales y practicar otro estudio eco sonográfico, si dicho tumor progresa en tamaño está indicado extirparla quirúrgicamente, si por otro lado, el tumor desaparece o involuciona se trata de quistes funcionales y la paciente requiere vigilarse cada 6 -- meses.

En el caso de una paciente postmenopausica, el solo hecho de tener ovarios palpables indica la intervención quirúrgica.

En casos de tumore bilaterales con o sin ascitis está indicada la laparotomía.

En otras ocasiones el tumor es un hallazgo operatorio.

Durante la laparotomía, que siempre debe de ser media, cuando hay líquido de ascitis tomar muestra o bien realizar lavado peritoneal para estudio citológico, el cual es de utilidad también para la etapifica--- ción del carcinoma de ovario. Se refiere también una exploración minu-- ciosa de la cavidad abdominal, correderas parietocolicas, superficie -- hepática, cupula diafragmática, riñones, estómago, bazo, ganglios retro

peritoneales y órganos pélvicos.

La mínima sospecha de malignidad indica en forma obligatoria estudio -- histopatológico transoperatorio del tumor.

DATOS SUGESTIVOS DE MALIGNIDAD

- * Ascitis hemorrágica.
- * Tumor bilateral.
- * Tumor con papilas en su superficie.
- * Implantes peritoneales, en hígado y diafragma.
- * Ganglios retroperitoneales crecidos.

Si el reporte transoperatorio del tumor indica malignidad se debe extraer la totalidad del tumor, proteger con campos estériles el tejido celular subcutáneo y piel así como lavar estos tejidos antes de proceder a suturarlos y no dejar canalizaciones.

Una vez confirmada la malignidad, el manejo quirúrgico es indispensable y consiste en la extirpación de los ovarios, de los depósitos metastásicos, de los sitios reales o potenciales de metástasis o invasión o bien en los casos avanzados extirpar la mayor cantidad posible de tumor, considerando el tumor residual como mínimo cuando las lesiones son menores de 2 cm. o masivo cuando son mayores de 2 cm..

La omentectomía es parte importante del tratamiento quirúrgico del carcinoma de ovario, ya que puede tener zonas de metástasis no apreciables a simple vista, evita la producción de líquido de ascitis y complicaciones de obstrucción intestinal.

El manejo conservador en una mujer quien desea conservar su función reproductiva NO ES RECOMENDABLE y se debe considerar solamente -- cuando el tumor es pequeño, la superficie externa no tiene excrescencias no esté fijo a otros organos y la biopsia de ovario contralateral sea - negativa, tal puede ser el caso de un tumor del cual se sospecha histopatologicamente sea un disgerminoma, el cual es radiosensible y en caso de recidiva se puede tratar con cirugía y radioterapia.

Radioterapia: Su uso es limitado en el carcinoma de ovario, dada su baja sensibilidad, los tumores más radiosensibles del ovario son los disgerminomas y algunos tumores de la granulosa, se utiliza también en pacientes con enfermedad avanzada y con mal estado general.

La radiación es más eficaz cuando se extirpa todo el tumor macroscópico o solamente persisten pequeños depósitos neoplásicos.

La radioterapia representa además morbilidad importante: ileitis, dermatitis, proctitis y cistitis.

Quimioterapia: A consecuencia de que la mayoría de las pacientes (70%) con carcinoma de ovario se diagnostican en etapas avanzadas (III a IV) y que una parte importante (10 a 60%) de las etapas I y II presentaran recidiva despues de la cirugía, es necesario el tratamiento sistémico - con la quimioterapia. Los agentes más comunmente utilizados son: Platino, thiotepa, 5-fluorouracilo, bleomicina, adriamicina, arabinosido de

citosina etc..

EN RESUMEN:

- ETAPA I Histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral, apendicectomía y omentectomía.
Quimioterapia intraperitoneal o sistémica.
- ETAPA II Histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral, apendicectomía y omentectomía.
Quimioterapia intraperitoneal o sistémica.
Radiación extensa de pelvis.
- ETAPA III Cirugía radical si lo permite el tumor, omentectomía, apendicectomía, generalmente el tumor no deja reseca el útero.
Radioterapia abdominal total, quimioterapia o ambas.
- ETAPA IV Extirpar la mayor parte posible de tumor, posteriormente -- quimioterapia, en caso de no ser posible la cirugía sólo se indica quimioterapia y la radioterapia al sitio donde el -- tumor produce los síntomas.

El second look se indica en aquellas pacientes sin evidencia clínica de enfermedad, después del tratamiento con quimioterapia y su función principal es saber si hay enfermedad o la paciente está curada. En los casos de actividad tumoral se dara nuevo tratamiento, seguido de una operación de tercera vista en caso necesario.

LINEAMIENTOS DE LA OPERACION DE SEGUNDA VISTA (SECOND LOOK)

- Laparotomía media supra e infraumbilical.
- Lavado peritoneal para estudio citológico.
- Biopsia de toda lesión sospechosa.
- Biopsia de retroperitoneo, cupulas diafragmáticas, de peritoneo abdominal y piso pélvico y en ocasiones de hígado, a juicio del cirujano.
- Si existe tumor residual se debe efectuar o intentar citorreducción - juiciosa.

El pronóstico del carcinoma de ovario depende de la clasificación por etapas de la neoplasia, del tipo histopatológico y del tratamiento adecuado.

SEGUIMIENTO:

El control de las pacientes con carcinoma de ovario debe de ser -- periódico después del tratamiento. El primer año revisiones cada mes, - el segundo año revisiones cada 2 o 3 meses el tercer año igual y el -- cuarto año revisiones cada 4 a 6 meses y de los 5 años en adelante en -

forma anual.

Las pacientes requieren para su seguimiento de radiografías de tórax, - estudios de laboratorio de rutina y gabinete así como marcadores tumorales apropiados para el tipo histopatológico y su Papanicolaou de control.

PROFILAXIS:

La única forma de prevenir está en relación con la practica de la ooforectomía bilateral al momento de una histerectomía por enfermedad benigna.

TUMORES DE OVARIO, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL

"DR. MIGUEL SILVA" 1987 A 1990

SEGUNDA PARTE

DR. MARTIN BELMONTES RODRIGUEZ

DR. ARTURO VALENCIA ORTIZ

INTRODUCCION:

En el hospital general "DR. Miguel Silva" de Morelia, Michoacán -- son frecuentes los casos de tumores de ovario incluyendose ambas naturalezas (benignos y malignos).

No se cuenta en el hospital con información clínica ni estadística en los años recientes, que nos de información sobre el panorama clínico de estas pacientes.

En lo referente al carcinoma de ovario, éste representa el tercer lugar de los cánceres ginecológicos en orden de frecuencia, despues del cáncer de cervix y el cáncer de mama en primer y segundo lugar respectivamente (Trigueros y cols. 1990).

Lo anterior fué el motivo de realizar el presente estudio de investigación básica, retrospectivo, el cual tiene la finalidad de obtener información clínica y epidemiológica actualizada sobre los tumores de ovario en las pacientes del hospital general "DR. Miguel Silva".

OBJETIVOS:

- 1.- Revisar la epidemiología de los tumores de ovario en el hospital -- general "DR. Miguel Silva".
- 2.- Obtener una base normativa para el manejo de tumores de ovario.
- 3.- Contribuir al desarrollo de un registro estadístico sobre el tema -- con el presente estudio en éste hospital.

MATERIAL Y METODOS:

Se recopilaron los casos de pacientes con piezas quirúrgicas reportadas en el servicio de anatomía patológica como tumores de ovario (benignos y malignos), durante el periodo comprendido de enero de 1987 a diciembre de 1990.

Se excluyeron los casos de quistes funcionales del ovario, por no considerarse neoplasias verdaderas de éste órgano.

Se detectaron un total de 90 casos con estudio histopatológico corroborado, pero de este número solamente el 77% estuvo disponible en el --- archivo clínico del hospital, reportandose como extraviados el resto, --- motivo suficiente para excluirlos del estudio.

A este total de 70 casos se les estudiaron las siguientes variables: -- edad, AHF, AGO, síntomas y signos, tiempo de evolución de los mismos, --- datos de estudios de laboratorio y gabinete, tratamiento quirúrgico, -- quimio y radioterapia, efectos secundarios, su evolución, seguimiento, histopatología, necesidad de operación de segunda vista.

Como el estudio consiste en los aspectos clínicos del padecimiento, no se tomo en cuenta el número total de pacientes con tumor de ovario (90) sino el número de pacientes con tumor de ovario más expediente clínico disponible para obtener tal información (70).

Se realizó una revisión actualizada de la literatura en relación con el tema.

RESULTADOS:

La relación que existe entre tumores benignos y malignos del ovario en las pacientes del hospital general "DR. Miguel Silva" es de un tumor maligno por casi cinco tumores benignos (4.8).

Es decir el 82.9% de los tumores de ovario son benignos y el 17.1% son malignos, esto es tomando en cuenta que hubo un caso de tumor limitrofe (borderline), el cual se considero por razones de manejo como maligno.

Ver gráfica No. 1.

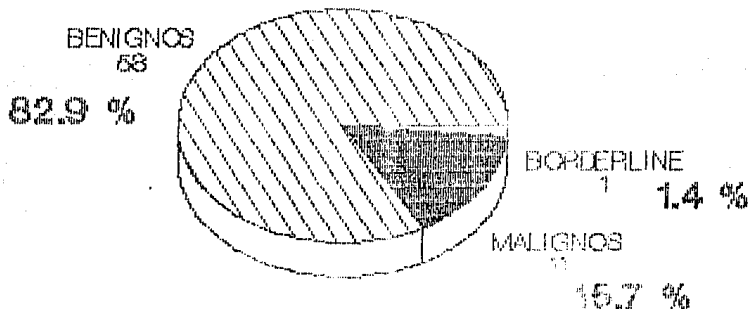
La relación que guardan los tumores de ovario benignos con la edad de las pacientes es la siguiente: La década en que se observo mayor -- incidencia para los tumores de esta naturaleza fué la cuarta década de -- la vida, seguida de la tercera y quinta décadas por orden de frecuencia. las décadas que mostraron menor incidencia fueron la octava y las siguientes, es decir despues de los 70 años. Gráfica No. 2.

El 45% de los tumores malignos del ovario aparecieron en mujeres de 40 a 49 años, el 18% aparecieron en pacientes en la tercer década, un porcentaje igual se observo en la octava década y por último, un 9% para -- las décadas cuarta y novena. Gráfica No. 3.

Los antecedentes heredofamiliares de cáncer de ovario fueron negativos -- tanto en tumores benignos como malignos, pero si hubo antecedente de cáncer en otros organos en el 9% de los tumores malignos y en el 10.2% de los tumores benignos. En la literatura se reporta que hasta un 20 a 25% de las pacientes con cáncer de ovario tienen este antecedente positivo.

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990

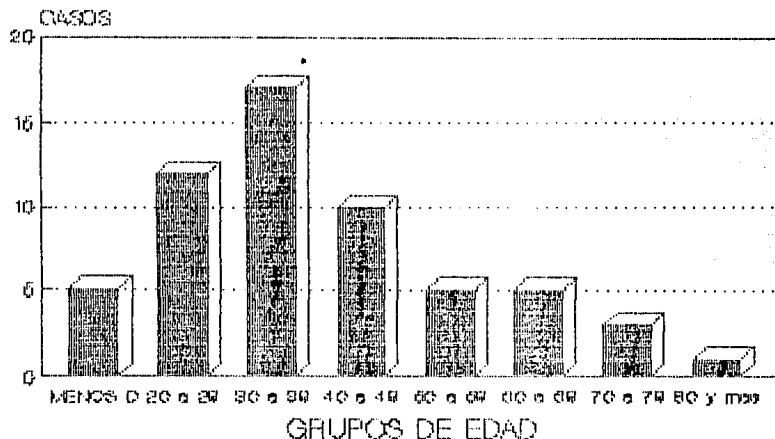


FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA

GRAFICA No. 1

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990



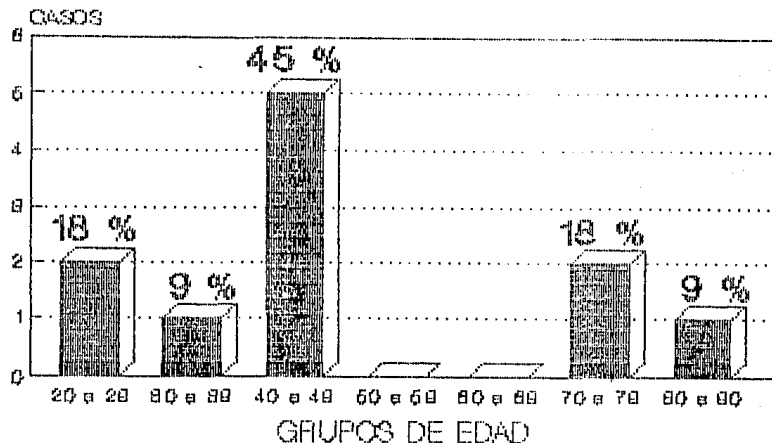
TUMORES BENIGNOS

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA No. 2

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990



TUMORES MALIGNOS

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA No. 3

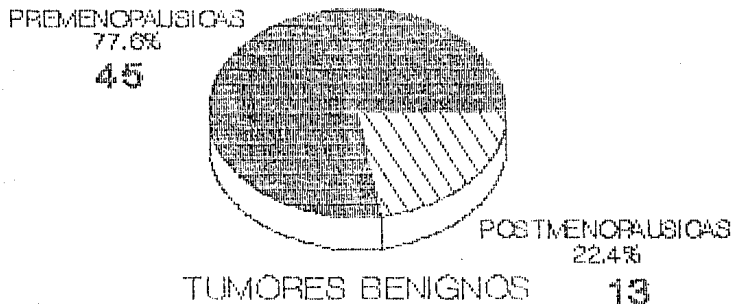
El 77.6% de las pacientes con tumor benigno del ovario son menstruantes y el restante 22.4% corresponde a pacientes postmenopausicas, lo cual señala una mayor incidencia de este tipo de lesiones en la época reproductiva, datos que se pueden corroborar en las gráficas 2 y 4. Las lesiones malignas del ovario no difieren mucho de las benignas en cuanto a la distribución pre y postmenopausica, con sus porcentajes de 72.7% y 27.3% respectivamente, ver gráficas 3 y 5.

En la literatura se reporta que el cáncer de ovario disminuye su incidencia en las pacientes que presentan paridad temprana. La relación de la paridad con los tumores malignos en las pacientes de éste estudio se muestra en la grafica No.6, donde se puede observar que el mayor número de casos (54.5%) ocurrió en pacientes que tuvieron su primer embarazo pasados los 18 años y un 18.2% adicional nunca se habían embarazado al momento del diagnóstico y por último solo el 27.3% de las pacientes se habían embarazado antes de los 18 años de edad. Ver gráfica No.6 Otro factor predisponente es la paridad baja. En este estudio la relación de la paridad con los tumores malignos es la siguiente: El 64% aparecieron en pacientes multigestas, el 18% en pacientes nuliparas y el restante 18% en pacientes que habían tenido de 1 a 2 hijos. Es decir, el 36% de las pacientes con tumor ovárico maligno tenían este factor predisponente, considerando paridad baja 2 hijos o menos. Ver gráfica 8

La paridad en las pacientes con neoplasia benigna fue similar, el 59% fueron en pacientes multigestas. Ver gráfica No. 7.

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

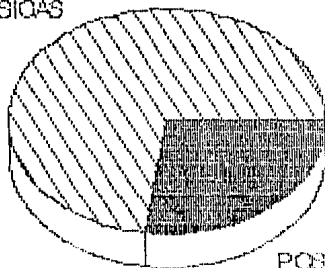
GRAFICA No. 4

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990

PREMENOPAUSICAS
8

72.7 %



POSTMENOPAUSICAS
3

27.3 %

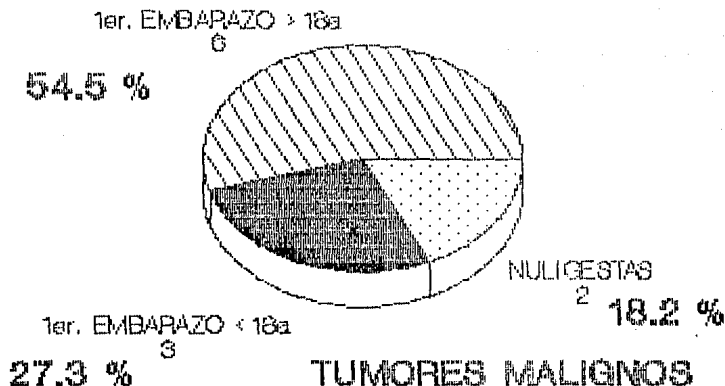
TUMORES MALIGNOS

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA No. 5

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990

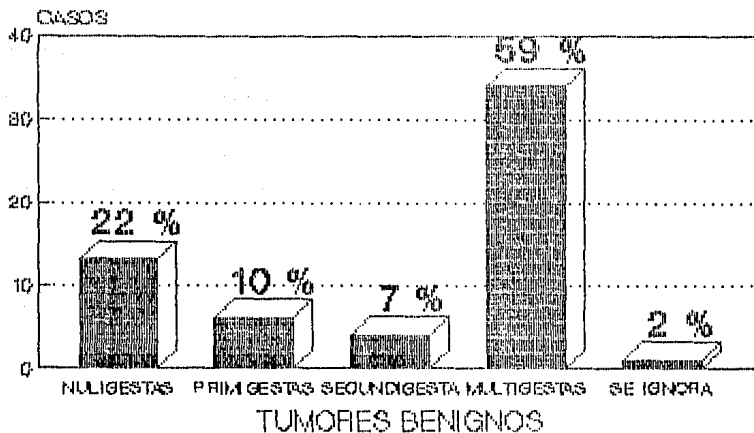


FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA No.6

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990

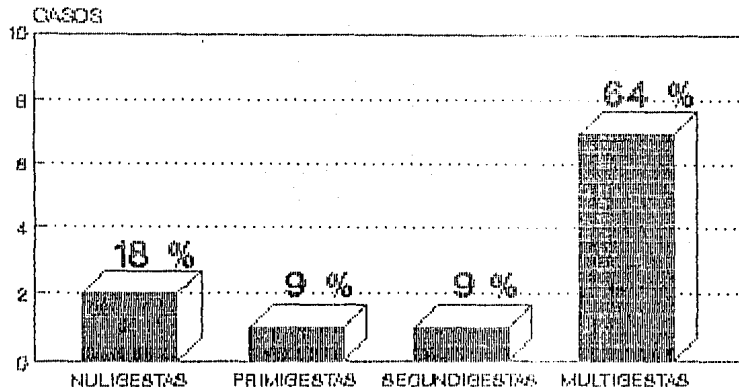


FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA No. 7

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990



POR GESTA

TUMORES MALIGNOS

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA No. 8

La sintomatología de las pacientes con tumor de ovario es poco característica y muchas veces no se presenta, sus manifestaciones se clasificaron en dolor, aumento de volumen y síntomas compresivos.

Los tumores benignos de ovario tuvieron la siguiente presentación clínica; El dolor se presentó en el 45% de las pacientes, el aumento de volumen en el 48% y solamente hubo sintomatología compresiva en el 3% de las pacientes, mientras que un porcentaje importante 36% fueron asintomáticas.

En las pacientes con tumores malignos los resultados fueron: Asintomáticas 55%, el 45% de las pacientes presentó dolor, el 9% síntomas compresivos y solo el 45% presentaron crecimiento abdominal. Ver graficas 9 y 10.

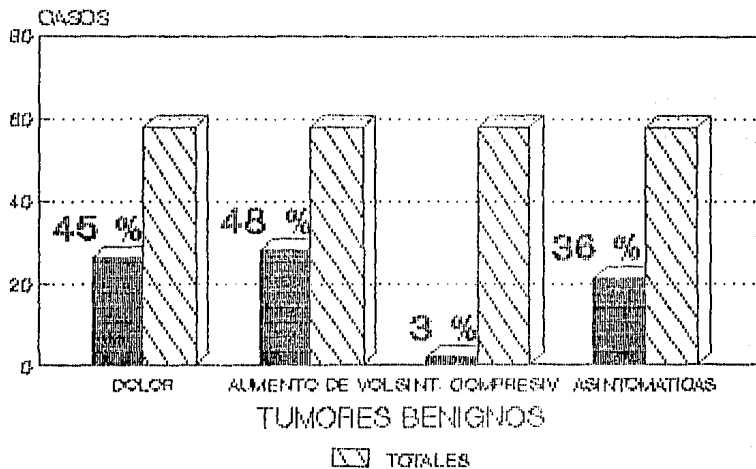
En las estadísticas de la literatura el 25% de los tumores malignos del ovario se asocian a trastornos menstruales, en el presente estudio se encontraron estas alteraciones en solamente el 18.2% de las pacientes con tumor ovárico maligno, que equivale a 2 casos, uno con opso y otro con protomenorrea.

En los tumores benignos hubo 9 casos de asociación a trastornos menstruales, de los cuales 5 casos se considero ser secundario a miomatosis uterina, uno más a adenomiosis y los restantes 3 casos no hubo otra causa que la explicara. Ver gráfica 11.

Las complicaciones de los tumores benignos del ovario ocurrieron en 11 casos (18.7%), de éstos , torción del pedículo en 8 casos, ruptu-

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990

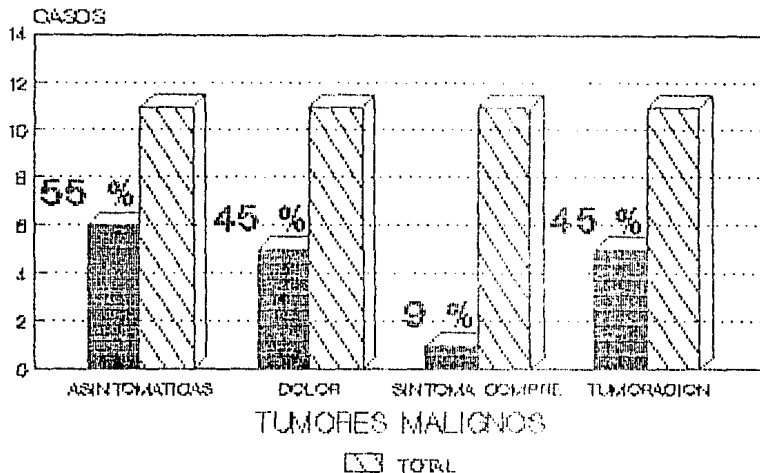


FUENTE: EXPEDIENTES CLÍNICOS

GRAFICA No. 9

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990

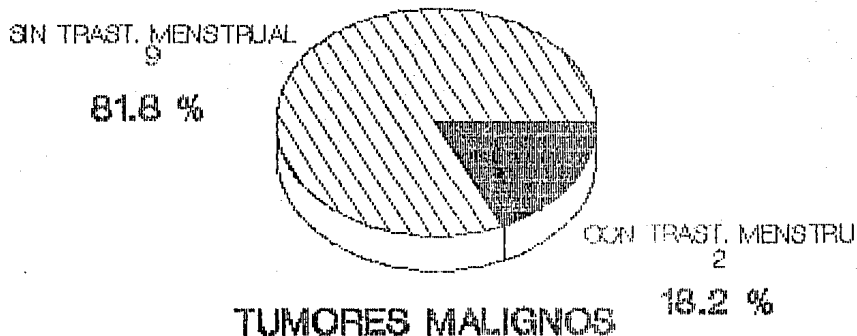


FUENTE:EXPEDIENTES ONCOLOGICOS

GRAFICA No. 10

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990



ra del tumor en 2 casos y un solo caso de tumor infectado. Ver gráfica No. 12.

La sintomatología tenía tiempo de evolución variable en los tumores benignos, pero destaca el hecho que el 38% de las pacientes dejaron evolucionar su cuadro clínico entre 7 meses y más de un año. Gráfica 13.

La asociación de tumor benigno de ovario con embarazo ocurrió en 7 pacientes (12%), de estos 7 embarazos 2 fueron ectópicos y el cuadro clínico fué el de dolor y choque hipovolemico que obviamente fué la indicación de la laparotomía. Los 5 casos restantes fueron embarazos a termino que por diferentes indicaciones se interrumpieron por operación cesarea, de tal forma que el diagnóstico de tumor de ovario en los 7 casos fué incidental operatorio y su estudio histopatológico los reportó como tumores epiteliales. No hubo embarazos en los casos de tumores malignos de ovario. Ver esquema No. 14.

Otras entidades patológicas que se asociaron a los tumores benignos del ovario fueron la miomatosis uterina en 6 casos y fueron las manifestaciones de ésta las que hicieron consultar a la paciente. La colecistitis, la sífilis y el embarazo ectópico se asociaron con dos casos cada uno, mientras que la adenomiosis, carcinoma cervicouterino y bridas intestinales con un caso cada uno. Ver gráfica No. 15.

En los casos de tumor maligno del ovario hubo asociación de un caso a colecistitis.

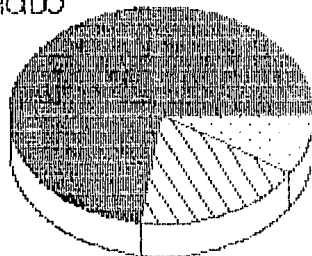
El ultrasonido como metodo diagnóstico en los tumores benignos del

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL 1987-1990

PEDICULO TORCIDO
72.7%

8



INFECCION 1
9.1%

RUPTURA 2
18.2%

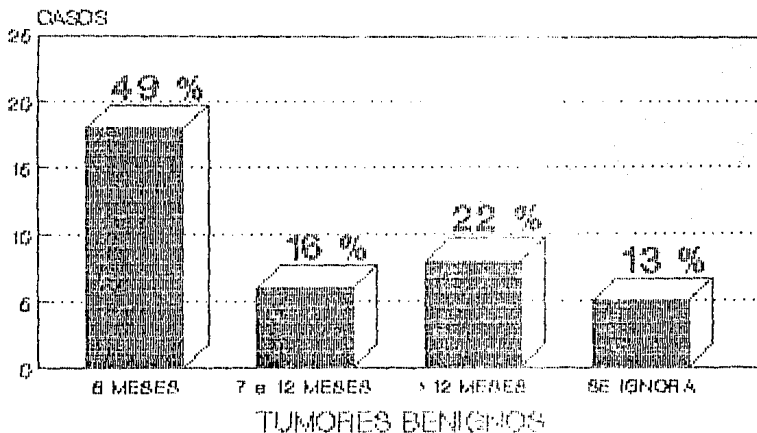
TUMORES BENIGNOS

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA No. 12

TUMORES DE OVARIO

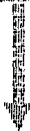
EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1967-1990



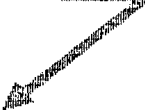
FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA No. 13

DE 58 TUMORES BENIGNOS



7 EMBARAZOS 12 %



5 NORMALES

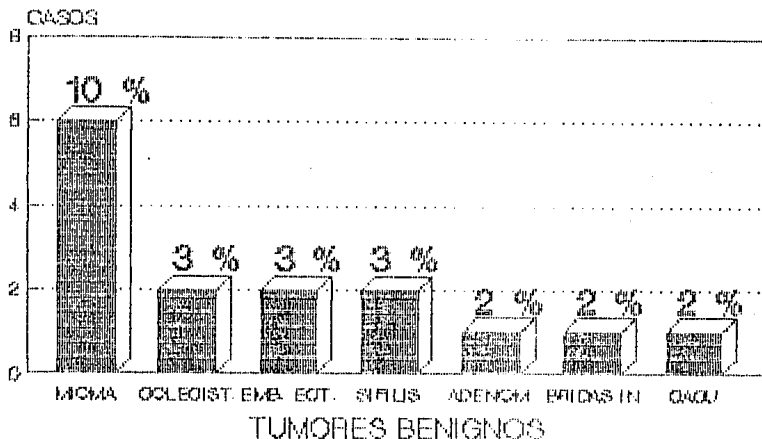


2 ECTOPICOS

GRAFICA No. 14

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990



FUENTE: EXPEDIENTES OLIMPOS

GRAFICA No. 15

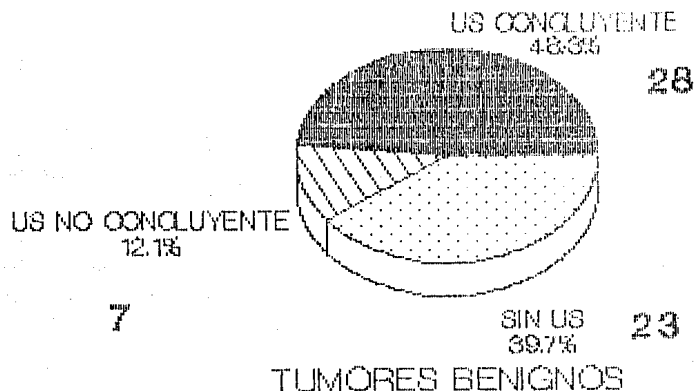
ovario fué concluyente en el 48.3% de las pacientes, es decir que diagnosticó una lesión ovárica sólida, quística o mixta, en el 12.1% de -- los casos no fué concluyente por diagnosticar una lesión no específica en naturaleza ni origen. Por último, el 39.7% de estas pacientes con tumor ovárico benigno no se les realizó ultrasonido. De lo anterior se concluye que el ultrasonido en éste hospital tiene una sensibilidad de 78.4% en el diagnóstico de tumores ováricos benignos. Gráfica No. 16. En los tumores malignos del ovario se realizó el estudio en 6 de los 11 casos, poniendo de manifiesto en el 100% de los casos un tumor pélvico de origen ovárico.

Las pacientes con tumor benigno de ovario, fueron tratadas obviamente con cirugía y durante ésta se realizó únicamente la extirpación -- del tumor en el 55.2% de los casos, mientras que la cirugía fué más -- amplia en el 44.8% de las pacientes, es decir se realizó además colecistectomía, histerectomía etc. Ver gráfica No. 17.

Así, su evolución postoperatoria se encuentra esquematizada en la gráfica No. 18, donde se muestra que la evolución fué satisfactoria en el gran porcentaje de los casos (93.1%), mientras que los casos complicados fueron: Infección en el caso de tumor benigno complicado por infección, infección en un caso de tumor benigno asociado a embarazo ectópico, -- otro caso tuvo complicada su evolución por alteraciones circulatorias -- en miembros inferiores (necrosis isquémica), por último el fallecimiento de la paciente que presentó asociación de tumor benigno de ovario --

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL 1987-1990



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

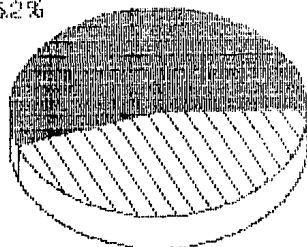
GRAFICA No. 16

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990

EXTIRPACION TUMOR
66.2%

32



CIRUGIA MAS AMPLIA
44.8%

TUMORES BENIGNOS

26

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

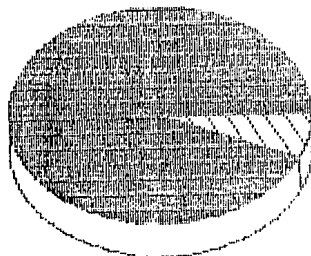
GRAFICA No. 17

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990

EVOLUC. SATISFACT.
93.1%

54



EVOLUC. COMPLICAD.
6.9%

4

TUMORES BENIGNOS

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA No. 18

con bridas intestinales, siendo la obstrucción intestinal la causa de muerte.

En los tumores benignos del ovario se hizo el diagnóstico antes de intervenir a la paciente en 40 casos y en los 18 restantes el diagnóstico fué como hallazgo operatorio, los porcentajes son 69 y 31% respectivamente. Ver gráfica No. 19.

Los tumores benignos del ovario encontrados en éste grupo de pacientes estudiadas, desde el punto de vista histopatológico se agrupan en la forma siguiente:

| GRUPO HISTOLOGICO. | NUMERO. | PORCENTAJE |
|----------------------------|---------|------------|
| Tumores epiteliales | 45 | 76.5% |
| Tumores de Cél. germinales | 12 | 20.4% |
| Tumores del T. conjuntivo | 1 | 1.7% |

El grupo de los tumores epiteliales incluye a un tumor de Brenner y un pseudomixoma peritoneal consecutivo a cistadenoma mucinoso de ovario. - Ver gráfica No. 20.

Las pacientes con tumor maligno de ovario distribuidas por etapas, es la siguiente:

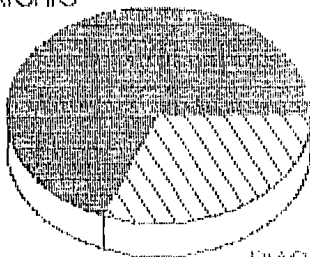
ETAPA I.- Hubo dos casos, después del manejo quirúrgico se les dió -- quimioterapia sistémica, con operación de segunda vista posterior, la cual resultó negativa en un caso y dudosa en el otro.

ETAPA II.- Solamente se presentó un caso, al cual después del manejo quirúrgico se le ofreció quimioterapia y radioterapia, no aceptó operación de segunda vista, falleció por recurrencia.

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990

DIAG. PREOPERATORIO
40

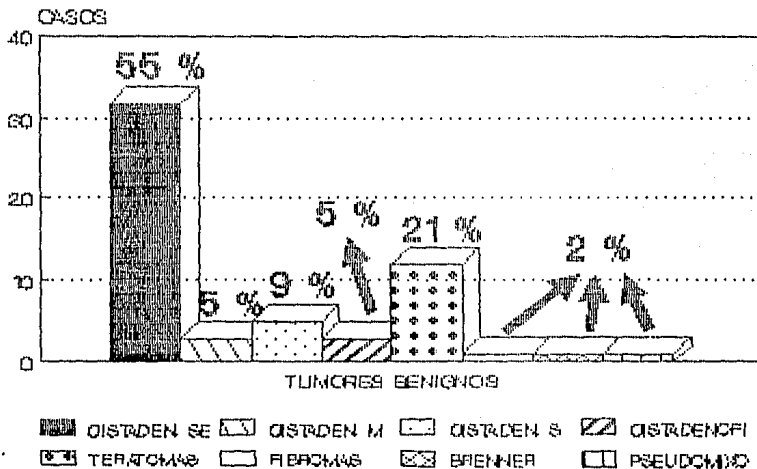


DIAG. INCIDENTAL
18

TUMORES BENIGNOS

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA No. 20

ETAPA III.- Se presentaron dos casos, a los cuales se les dió quimioterapia sistémica, abandonaron control. Un caso corresponde al coriociarcinoma puro de ovario (con sus reservas), este caso se sabe que hasta el momento se encuentra en el transcurso de su segundo año, sin recurrencia.

ETAPA IV.- Se presentaron dos casos de ésta etapa, una de las cuales se encuentra en el momento en tratamiento con quimioterapia sistémica, el otro caso solicitó su traslado al IMSS en el postoperatorio.

Una paciente más sin etapificación recibió quimioterapia sistémica y abandonó control.

Solamente se encontraron tumores malignos del ovario de tres grupos histológicos, que son los epiteliales, germinales y secundarios, en orden de frecuencia y sus porcentajes respectivos son: 54.5%, 9.1% y 36.4% respectivamente. Ver gráfica No. 21.

Los tumores epiteliales fueron 3 cistadenocarcinomas mucinosos, un cistadenocarcinoma seroso, un tumor de Brenner y un carcinoma endometroide pudiéndose incluir aquí el tumor limitrofe, el cual correspondió a un epitelial tipo seroso.

Los tumores germinales comprenden un solo caso, que es el coriociarcinoma puro de ovario, pero con las reservas que implica éste diagnóstico en una mujer de 20 años, en plena vida reproductiva, quien refería al momento del diagnóstico no haber iniciado su vida sexual.

Los tumores secundarios del ovario fueron en total 4, dos de los cuales

con primario en tubo digestivo, otro en mama y uno desconocido.

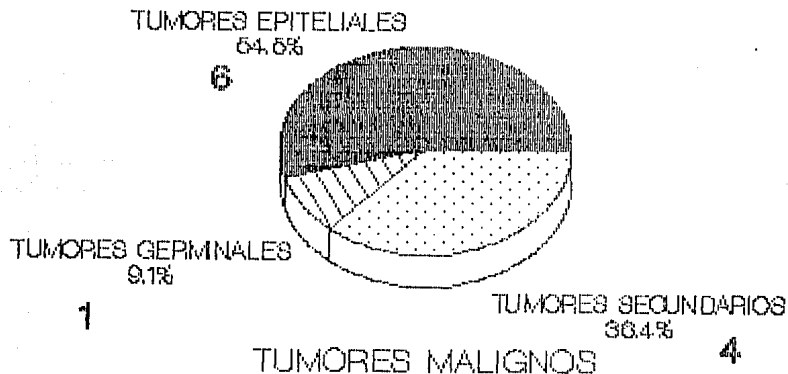
Nota: En la gráfica No. 21 no se incluye el tumor limitrofe.

El control posterior de las pacientes con tumor benigno de ovario fué decepcionante y se muestra en la gráfica No. 22, con el abandono de 62% de las pacientes y continúan en control la mínima cantidad de pacientes (33%), 2 pacientes solicitaron alta voluntaria (3%) y una paciente falleció.

En el caso de tumores malignos solamente la mitad continúa en control, el 25% lo abandonó, el 2% solicitó alta voluntaria y hubo una defunción por recurrencia. Ver gráfica 23.

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL 1987-1990



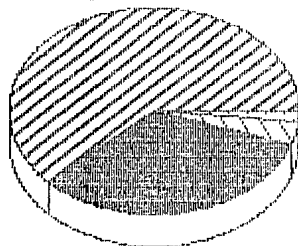
FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA No. 21

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990

62 % ABANDONO 36



2 %
DEFUNCIÓN 1
ALTA VOLUNTARIA 2

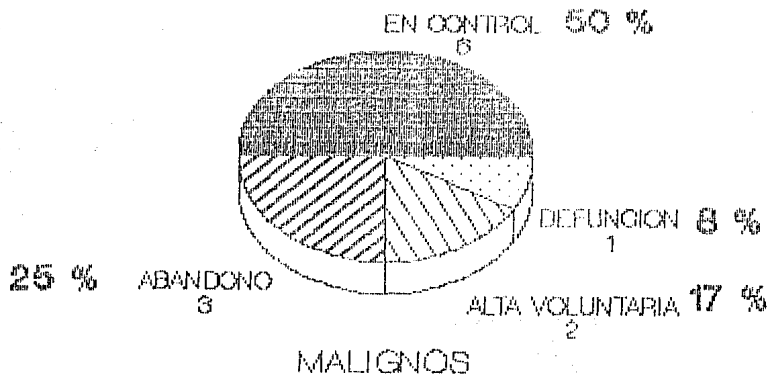
3 %

EN CONTROL 19 33 %

BENIGNOS

TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSP. GRAL. 1987-1990



FUENTE : EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA No. 23

CONCLUSIONES:

Del total de tumores de ovario en éste hospital, el 82.9% son benignos y el 17.1% malignos.

Tanto tumores benignos como malignos del ovario afectaron en forma mucho más frecuente a las mujeres menstruantes y multigestas.

LOS TUMORES BENIGNOS:

La década de la vida en la cual se encontró mayor incidencia de estos fué la cuarta o sea de los 30 a 39 años.

El 36% de las pacientes eran asintomáticas y la manifestación más frecuente es el aumento de volumen, seguido del dolor.

En el 38% de los casos las pacientes toleran y persisten con los síntomas por más de 6 meses antes de consultar.

La complicación más frecuente de estos tumores fué la torción del pedículo, seguido de ruptura y por último la infección.

La asociación con el embarazo se observo en el 12%.

El ultrasonido mostró una sensibilidad de 78.4%.

La evolución postoperatoria fué satisfactoria en el 93% de los casos.

El 76.5% de los tumores benignos correspondio al grupo de los epiteliales, seguido del grupo de los germinales y por último del de los del tejido conjuntivo.

El 65% de las pacientes abandonaron el control y solo el 36% lo continuaron.

LOS TUMORES MALIGNOS:

La década de la vida más afectada por éstos es la quinta. (entre - los 40 y 49 años).

Los factores predisponentes más relevantes fueron la nuliparidad, paridad baja y antecedentes familiares de cáncer.

El 55% de las pacientes con cáncer de ovario se encontraban asintomáticas, el dolor y el aumento de volumen fueron las manifestaciones más -- frecuentes.

Los trastornos menstruales se encontraron en solo el 18.2%.

Las etapas más frecuentes fueron la I, III y IV con dos casos para cada grupo, en la etapa II solamente se encontro un caso y otro más no se -- etapificó. (La etapificación solamente comprende los casos de tumor maligno de ovario considerados como primarios de éste órgano).

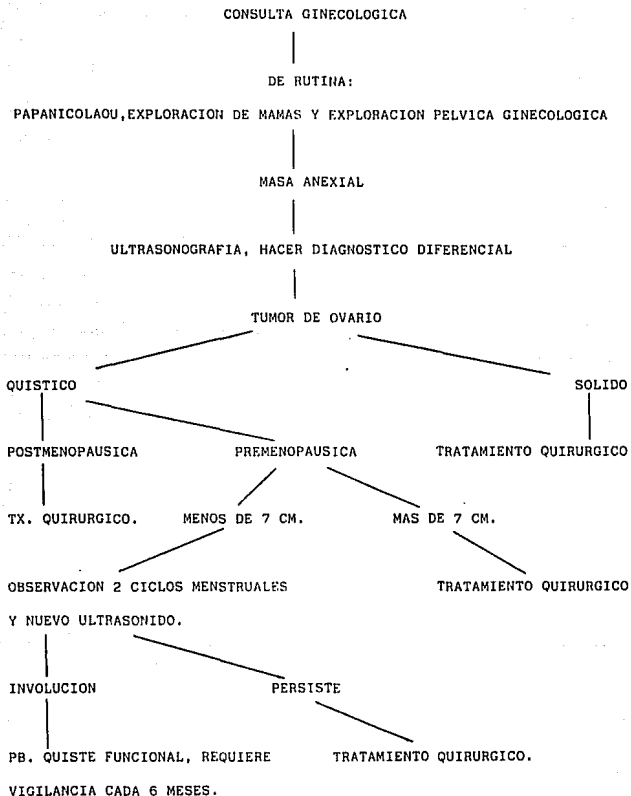
Los tumores malignos más frecuentes por grupos histológicos fueron los tumores epiteliales (64.5%), seguidos de los secundarios con 36.4%.

El 65% abandonaron el control en el hospital y solamente el 33% lo continuan.

En el hospital consideramos como una necesidad el contar con un registro oncológico adecuado para el control y seguimiento de tumores ováricos de ambas naturalezas, asi como optimizar los recursos diagnósticos, tal es el caso del ultrasonido, el cual nos arroja resultados de efectividad inferiores a los reportados en la literatura. En el caso del -- En el caso del archivo clínico se hizo patente en el presente estudio - una organización deficiente en cuanto a su manejo.

De gran utilidad sería además dar líneas normativas en el personal del hospital que está en contacto con las pacientes (médicos residentes e internos así como adscritos) para el diagnóstico oportuno y manejo de las pacientes con tumor de ovario.

No de menor importancia es concientizar a las pacientes, la mayoría de ellas con educación deficiente, de la importancia del seguimiento y manejo posterior de su problema de salud, hacer de su conocimiento el riesgo que implica abandonar su control, aun sin conocer el resultado de la pieza quirúrgica extirpada.



BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Axel R., Honauske y Daniel D. Pruebas de clonación en el cáncer - ovárico. Clínicas obstetricas y ginecológicas 1986;813-24 vol.3.
- 2.- Antonio PG, Vigliotti, David H, Hussen B. Investigación sobre radioterapia en el cáncer ginecológico. Clínicas obstetricas 1986;-- 3:825-44.
- 3.- Geoffrey R Weiss. Quimioterapia de segunda línea en el cáncer ovárico. Clínicas obstetricas y ginecológicas 1986; 3:881-94.
- 4.- Rubin SC, Lewis JL. Antigenos tumorales en padecimientos ováricos malignos. Clínicas obstetricas y ginecológicas 1986;3: 881-94.
- 5.- Hanny LE, Grivello MS. Técnicas iconográficas en la clasificación de tumores ginecológicos malignos. Clínicas obstetricas y ginecológicas. 1986;3:907-22.
- 6.- Merrill AJ. Lesiones benignas del ovario. Texto de ginecología y - obstetricia Danforth. Cuarta edición, editorial interamericana. -- 1986;1086-110.
- 7.- Nelson JH, Dolan TE. Lesiones malignas del ovario. Texto de ginecología y obstetricia Danforth cuarta edición. Editorial interamericana; 1111-136.
- 8.- Averette HE, Donato DM. Ovarian carcinoma advances in diagnosis, - ataging and treatment. Cancer 65:703-8, 1990.
- 9.- Koonings PP, Grimes DA, Campbell K. and Somerville. Bilateral ovarian neoplams and the risk of malignancy. Am J obstet gynecol 1990 162:167-9.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 10.- Nakano R, Kitayama S, Yamoto M, Shima K and Ooshima A. Localiza---
tion of gonadotropin binding sites in human ovarian neoplasms. Am J
Obstet gynecol 1989; 161:905-10.
- 11.- NicollJJ, Cox PJ. Leiomyoma of the ovary with ascities and hydro--
thorax. Am J Obstet Gynecol 1989; 161:177-8.
- 12.- Hartge P, Schiffman MH, Hoover R y cols. A case control study of --
epithelial ovarian cancer. Am J Obstet gynecol 1989;161:10-6.
- 13.- Trigueros VM y cols. Frecuencia de cáncer ginecológico en el hospl
tal general "DR. Miguel Silva" de Morelia, Mich. 1987-1990. Revis-
ta de ginecología y obstetricia de México 1990;58 suplemento. 2:-
83.
- 14.- Calatroni-Ruiz Tumores de ovario. Texto de ginecología Calátro-
ni-Ruiz segunda edición, editorial Panamericana Buenos Aires Arg.-
1984;400-16.
- 15.- Patología del ovario. Normas y procedimientos de Ginecología INPER
108-24.
- 16.- Disaia PJ, Creasman WT. Germ cell, Stromal and other ovarian tumor
Clinical gynecologic oncology. The C.V. Mosby Co. St. Louis Toron-
to Princeton 1984;362-94. Second edition.
- 17.- Disaia PJ, Creasman WT. Advanced epithelial ovarian cancer. Clini-
cal gynecologic oncology. The C.V. Mosby Co. St. Louis Toronto ---
Princeton 1984;286-360. Second edition.

- 18.- Disaia PJ, Creastman WT. The adnexial mass and early ovarian cancer. Clinical gynecologic oncology.. The Mosby Co. St. louis Toronto Princeton 1984;254-84. Second edition
- 19.- Tenorio GF, Neoplasias malignas del sistema reproductivo. Texto de ginecología DR. Arturo Zarate Treviño. Editor: Francisco Méndez C. México 1983;365-410.