

11217  
76  
2ej



**Universidad Nacional Autónoma de México**

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
Centro Médico Nacional  
"GRAL. MANUEL AVILA CAMACHO"

**TUMORES OVARICOS**  
**REPORTE DE FRECUENCIA**  
**HISTOLOGICA Y VARIABLES CLINICAS**

**TESIS**

Que para obtener el grado de :  
ESPECIALISTA EN:

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

Presenta:

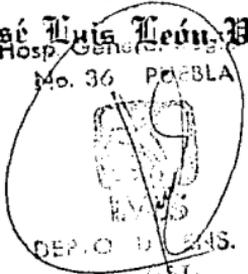
Dr. José Luis León Báñez  
Hosp. General de Puebla  
No. 36 PUEBLA



**IMSS**

Puebla, Pue.

1991.



**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

**INTRODUCCION:** Nunca se insistira lo bastante en la importancia de los tumores ováricos, mientras no alcanzan un tamaño considerable tienden a ser asintomáticos y por esta razón no se les diagnóstica, lo que plantea problema de difícil solución, pudiendo desarrollarse tumores histológicamente muy distintos entre sí, por otra parte, algunos de estos tumores se ve claramente que proceden de elementos existentes en el ovario normal; pero existen otros que reproducen estructuras que no se hallan normalmente en el ovario y que son habituales en otros órganos, existen además tumores que reproducen estirpes celulares con potencialidad endocrina, pero que en cambio producen hormonas distintas de lo que podría esperarse por la morfología de estas células (3,4,6,7,8,9,15).

El cáncer ovárico ocupa el tercer lugar entre los cánceres del aparato reproductor de la mujer y representa un 15 por ciento de todas las neoplasias malignas de dicho aparato (3,8,9,12,21).

Uno de los problemas es la multiplicidad de los tipos de tumores, no siendo fácil un diagnóstico histológico específico, incluso si es benigno, lo cual dificulta el pronóstico, algunos tumores tienen un cuadro histológico de tipo maligno y evolucionan en forma benigna variando el pronóstico con la edad de la mujer.

Es en la segunda mitad de este siglo en que las estadísticas revelan un incremento en la incidencia y mortalidad significativo del cáncer ovárico reportándose en los Estados Unidos de Norteamérica que en los últimos 30 años se ha duplicado la

mortalidad por dicha patología, lo cual ha incrementado el interés científico para tratar de lograr diagnósticos tempranos de la enfermedad y conseguir la supervivencia (9,10,19).

La patología de los tumores de ovario constituye el área más compleja de la patología ginecológica. Desde hace varios decenios se han sugerido múltiples esquemas de clasificación para organizar estos patrones histológicos difíciles. Se ha recurrido a diversas características de los tumores, con el propósito de establecer una clasificación patológica.

Debido a los esquemas de clasificación confusos y sados en la primera mitad de este siglo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunió a un equipo de expertos en Leningrado (1967), con objeto de obtener un consenso e intentar una solución definitiva sobre este asunto. Este comité presentó su comunicación en 1973 (9,12).

Mientras grandes avances han ocurrido en el campo de la oncología y biología del tumor, los problemas básicos de la heterogeneidad del tumor y resistencia mutacional a la terapia, continua impidiendo el progreso en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con carcinoma ovárico. La significativa afectación en la sobrevida de estos pacientes hace que sea esencial una prueba de detección sensitiva y que detecte la enfermedad tempranamente con precisión, para lo cual dentro de las modalidades diagnósticas experimentales usadas en este momento están: marcadores tumorales, tomografía computarizada, imágenes por resonancia magnética así como radiografías con anticuerpos mono-

clonales y métodos inmunocitoquímicos (1,2,5,11,-  
14,16,17,18,19,20,21,22).

En un intento de definir más claramente ciertos -  
subgrupos de pacientes de alto riesgo con carcinoma  
ovárico avanzado se han usado estudios de cito-  
metría de flujo y morfometría celular (1).

Corrientemente es esquema primario para el trata-  
miento de pacientes con carcinoma ovárico avanza-  
do consiste de cirugía citoreductora óptima segui-  
da por quimioterapia sistémica con esquemas conte-  
niendo platino, desafortunadamente este esquema -  
salva sólo 25 - 30 por ciento de los pacientes.

Por ésta razón nuevas modalidades de tratamiento  
son llevadas a cabo como: quimioterapia intraperi-  
toneal, modificadores de respuesta biológica, te-  
rapia fotodinámica, asociación de poliquimiotera-  
pia y radioterapia abdominal total (1,3,20).

#### **JUSTIFICACION:**

Establecer la frecuencia y la naturaleza histológica de los diferentes tumores de ovario, representa una necesidad en el contexto de establecimiento de variables ya conocidas para poder establecer una terapia y manejar un pronóstico, que en este caso obliga por lo tardío en que se descubren dichos tumores; en nuestra unidad no se tiene conocimiento exacto de su frecuencia por lo que su revisión se hace obligada.

**OBJETIVOS:**

- 1.- Conocer la distribución y frecuencia de la patología tumoral ovárica en pacientes que acuden a la consulta externa de ginecología y a las que finalmente se efectuó estudio histopatológico de pieza quirúrgica.
- 2.- Valorar el cuadro clínico que haga sospechar dicha patología y establecer parámetros para su diagnóstico y tratamiento.
- 3.- Orientar al médico general, residentes en preparación y especialista en las variables de ésta patología en nuestra institución.

**HIPOTESIS VERDADERA:**

La variabilidad histológica y clínica de los tumores de ovario obliga a la revisión periódica en instituciones de concentración para conocer su historia natural.

**HIPOTESIS DE NULIDAD:**

La variabilidad histológica y clínica de los tumores de ovario no obliga a la revisión periódica en instituciones de concentración para conocer su historia natural.

#### **MATERIAL Y METODOS:**

Se analizaron los reportes del departamento de patología con diagnóstico de tumor de ovario, del 1o. de Enero al 31 de Diciembre de 1990 del Centro Médico "Manuel Avila Camacho" del Instituto Mexicano -- del Seguro Social en Puebla, Pue. con la consecuente revisión retrospectiva de cada caso, tomando en consideración los siguientes parámetros: datos generales, antecedentes ginecoobstétricos, cuadro clínico y motivo de consulta, metodología diagnóstica, terapéutica y evolución, complicaciones y condiciones de alta. Realizandose finalmente la clasificación de los tumores reportados de acuerdo a la OMS.

## RESULTADOS:

Se reportaron un total de 130 piezas quirúrgicas de tumor de ovario durante el año de 1990. Se logró recabar el expediente de 109 pacientes para un análisis retrospectivo, de los cuales como podemos observar en el cuadro 1, 80 de las pacientes (73.3 por ciento) tuvieron edades entre los 21 y 50 años, disminuyendo su frecuencia antes o después de dichos límites.

CUADRO 1

### FRECUENCIA DE EDAD DEL GRUPO ESTUDIADO

EDAD EN AÑOS	NUMERO	POR CIENTO
10 - 20	12	11
21 - 30	30	27.5
31 - 40	24	22
41 - 50	26	23.9
50 o más	17	15.6
Total	109	100

R = 11 - 83 años

$\bar{X}$  = 33.44 años

En relación a sus antecedentes ginecoobstétricos encontramos para la menarquia un rango de 8 - 16 años con una media de 13 años y un promedio de 12.84 años no habiendo presentado aún la menarquia 3 de las pacientes.

En cuanto al sangrado genital, 88 pacientes (77.35 por ciento) no presentaba alteración, siendo las alteraciones presentes en el resto de las pacientes las enlistadas en cuadro 2.

El inicio de la vida sexual se encontro con un rango de 12 - 30 años, una media de 19 años y un promedio de 20.11 años. Diez de las pacientes estudiadas eran núbiles.

CUADRO 2

VARIABLES DEL CICLO MENSTRUAL DEL GRUPO ESTUDIADO		
TIPO DE SANGRADO	NUMERO	POR CIENTO
EUMENORREA	82	77.35
OLIGOMENORREA	1	0.91
AMENORREA	2	1.82
POSTMENOPAUSICO	1	0.91
HIPERMENORREA	6	5.46
OPSOMENORREA	11	10.01
POLIMENORREA	5	4.55

La mayoría de las pacientes fueron multiparas, solo siendo 17 (15.5 por ciento) de las pacientes - multiparas, figura 1.

Como podemos observar en la figura 2, el diagnóstico de envío, como patología tumoral de ovario - se realizó en 44 de las pacientes (40.37 por ciento) siendo por esto encontrado en nuestro estudio un alto porcentaje de hallazgos transoperatorios de los tumores ováricos (59.63 por ciento).

FIGURA 1

PARIDAD DEL GRUPO ESTUDIADO

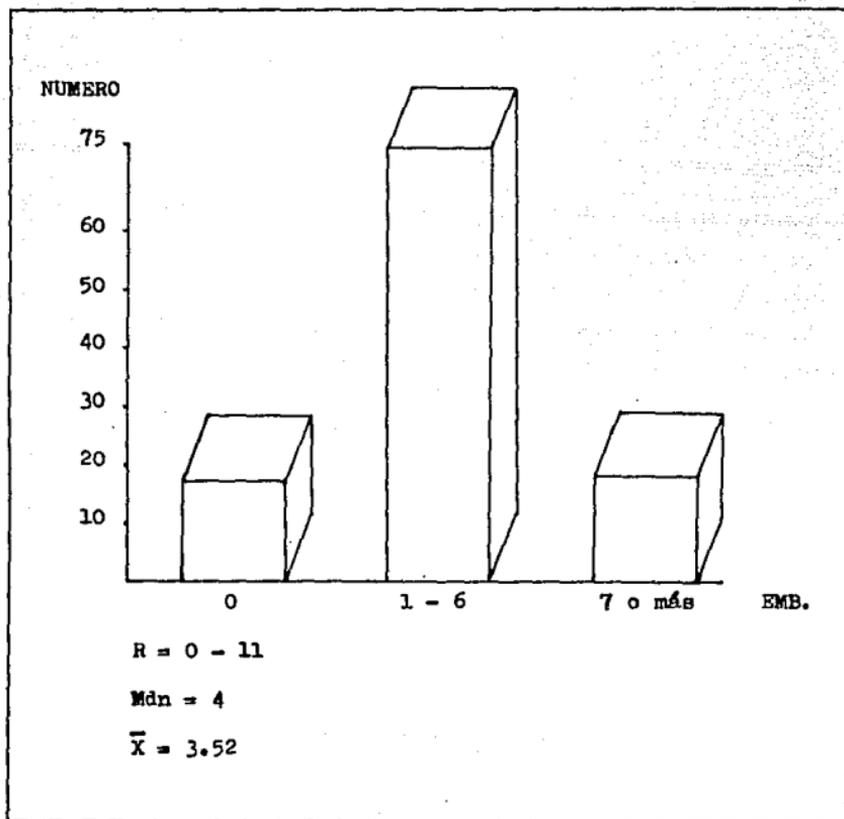
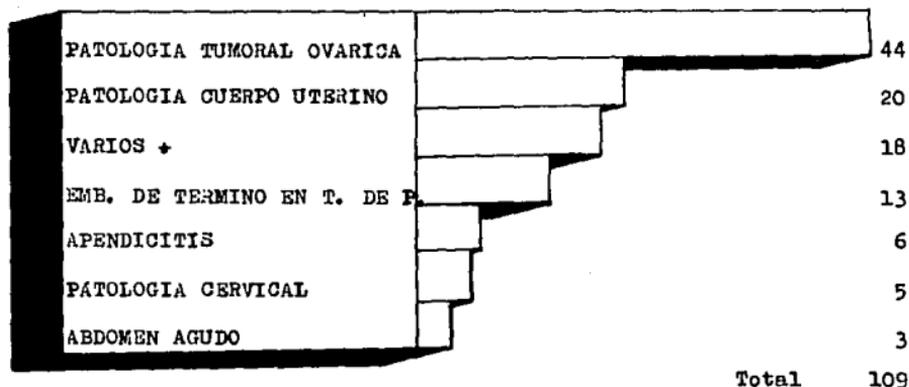


FIGURA 2

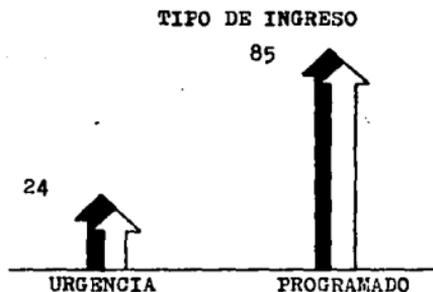
MOTIVO DE CONSULTA O CAUSA DE LA INTERVENCION QUIRURGICA DEL GRUPO ESTUDIADO



\* Esterilidad, embarazo ectópico, embarazo eutópico, alteraciones menstruales, prolapso genital, oclusión intestinal, urolitiasis.

Veinticuatro de las pacientes (22 por ciento) ingresaron al hospital como urgencia abdominal, figura 3.

FIGURA 3



En el cuadro 3 se señala que el dolor fue el síntoma predominante presentandose en el 46.7 por ciento de los casos, con diferentes modalidades, siguiendo en orden de frecuencia las pacientes que cursaron asintomáticas, 25 (22.93 por ciento) y las alteraciones menstruales en 24 pacientes (22.6 por ciento). La hipertermia se presentó en 2 pacientes (1.83 por ciento) que ingresaron con quiste torcido de ovario.

En relación al tamaño del tumor de las pacientes asintomáticas, encontramos un rango de 2 - 14 cm. con una media de 6 cm. y un promedio de tamaño de 6.51 cm.

#### CUADRO 3

##### FRECUENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS DEL GRUPO ESTUDIADO.

SINTOMAS O SIGNOS	NUMERO	POR CIENTO
DOLOR	51	46.78
ASINTOMATICAS	25	22.93
ALTERACION MENSTRUAL	22	20.18
CRECIMIENTO ABDOMINAL	18	16.51
S. GASTROINTESTINALES	11	10.09
SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO	4	3.66
S. GENITOURINARIOS	3	2.75
HIPERTERMIA	2	1.83

CUADRO 4

METODOLOGIA DIAGNOSTICA EN EL GRUPO ESTUDIADO

ESTUDIOS SOLICITADOS	NUMERO	POR CIENTO
ULTRASONIDO	59	67.81
CLINICO	11	12.64
Rx ABDOMEN	9	10.34
Rx TORAX	4	4.59
UROGRAFIA EXCRETORA	4	4.59

En relación a la metodología diagnóstica en el cuadro 4 podemos observar que el estudio mayormente solicitado fue el ultrasonido abdominal en 59 pacientes (67.81 por ciento) habiéndose llegado al diagnóstico sólo por clínica en 11 pacientes (12.64 por ciento) y habiéndose solicitado estudios radiográficos de abdomen simple y urografía excretora en 9 y 4 pacientes respectivamente. En 4 pacientes (4.59 por ciento), se realizó radiografía de torax ante duda diagnóstica de síndrome de Meigs.

Durante el acto quirúrgico se solicitaron 17 estudios histopatológicos del tumor (15.59 por ciento) y en 5 de los mismos se tomó cuña de ovario contralateral.

De las complicaciones quirúrgicas tempranas y tardías encontradas observamos que se presentaron cuando la exeresis del tumor ovarico se asocio a otro tipo de cirugía; en la complicación tardía reportada, el tumor ovárico fue hallazgo transoperatorio, habiendo sido la indicación quirúrgica cuadro oclusivo intestinal y el procedimiento quirúrgico lisis

de adherencias y plastia umbilical así como exce--  
resis del tumor ovárico.

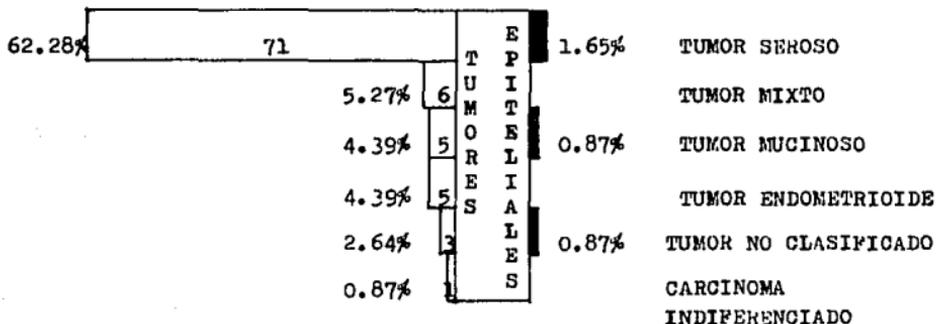
No se encontraron complicaciones anestésicas y el  
método más empleado fue el bloqueo peridural en 69  
pacientes (63.3 por ciento) no habiendo indicación  
precisa para la elección del método anestésico em-  
pleado.

En el cuadro 5 podemos observar que resultaron tu-  
mores benignos en 107 pacientes (99 por ciento) y  
de estos, los tumores epiteliales predominaron en  
un 78,93 por ciento, siendo 71 de estos tumores --  
(62.28 por ciento) tumores serosos. Los tumores de  
celulas germinales en su variedad histológica tera-  
toma quístico maduro se presento en 22 pacientes  
(19.24 por ciento). Hubo reporte de sólo 2 pacientes  
(1.75 por ciento) con tumor maligno, correspondien-  
do un caso a tumor epitelial y el otro a tumor de -  
celulas germinales. Se encontro bilateralidad del  
tumor en 5 pacientes, Figura 4 y 5.

CUADRO 5  
 NATURALEZA HISTOLOGICA DEL TUMOR  
 OVARICO DEL GRUPO ESTUDIADO

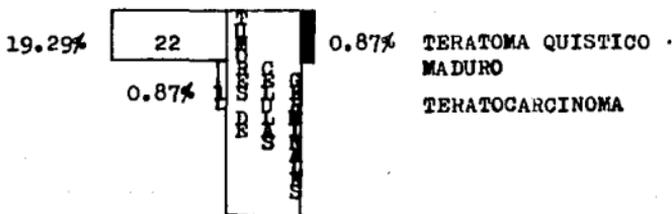
CLASIFICACION HISTOLOGICA	NUMERO	POR CIENTO
<b>TUMOR EPITELIAL</b>		
SEROSO	71	62.28
MUCINOSO	5	4.39
ENDOMETRIOIDE	5	4.39
MIXTO	6	5.27
<b>GARCINOMA</b>		
INDIFERENCIADO	1	0.87
NO CLASIFICADO	3	2.64
<b>TUMOR DE CELULAS GERMINALES</b>		
<b>TERATOMA QUISTICO</b>		
MADURO	22	19.29
TERATOGARCINOMA	1	0.87
		<b>Total 100</b>

FIGURA 4  
 FRECUENCIA HISTOLOGICA DE TUMORES EPITELIALES  
 DEL GRUPO ESTUDIADO



■ = BILATERALIDAD

FIGURA 5  
 FRECUENCIA HISTOLOGICA DE TUMORES DE CELULAS  
 GERMINALES DEL GRUPO ESTUDIADO



■ = BILATERALIDAD

## COMENTARIO:

Los tumores son las lesiones más frecuentes del ovario y con esta excepción, el ovario es muy resistente a otras enfermedades. En nuestro estudio encontramos un alto porcentaje de tumores benignos, 107 (99 por ciento). Así también podemos observar un franco paralelismo entre la elevada frecuencia de tumores benignos y la edad de las pacientes, (el 73.3 por ciento de ellas tenían entre 21 y 50 años) y la multiparidad de 92 (84.3 por ciento), datos que relacionados entre sí y siendo cautos en su interpretación nos permitirían llegar a la suposición que la presencia de un tumor de ovario dentro los límites referidos, tendrá mayores posibilidades de ser benigno.

La frecuencia con la cual se presentaron alteraciones menstruales fue en 27 pacientes ( 22.65 por ciento) que podría sugerir algún efecto tumoral en el endometrio, sin embargo debemos de tomar en consideración la múltiple patología asociada que podría influir en este renglón para la presencia o no de alteraciones menstruales.

No encontramos correlación positiva entre la edad de inicio de vida sexual o nubilidad de la paciente y la presencia de tumor ovárico.

Sólo en un pequeño porcentaje (1.88 por ciento) se reporto ingesta de hormonales, tal vez por la falta de interrogatorio intencionado en nuestras historias clínicas.

Especial atención merecen los resultados obtenidos del total de hallazgos transoperatorios, 65 (59.63 por ciento), de tumor ovarico. El síntoma más fre-

cuentemente registrado fue el dolor en 51 pacientes ( 46.78 por ciento), encontramos que el promedio del tamaño del tumor en las pacientes asintomáticas fue de 6.51 cm. con lo cual podriamos suponer que con mayores longitudes el tumor predispondría a manifestarse clinicamente, cursando con longitudes menores asintomático a menos que fuera su extirpe histológica de tipo funcional.

En nuestra revisión no encontramos reportada la consistencia ni la movilidad de la tumoración en relación a su grado de benignidad o malignidad que le atribuyen algunos autores.

En base a que contamos actualmente con la tecnología que nos permite estudiar nuestro paciente en una forma más precisa, es posible a través de los diferentes estudios de gabinete llegar a corroborar diagnósticos hechos por clínica. Encontramos al ultrasonido como el método de gabinete más empleado, en 59 pacientes (67.81 por ciento), sin embargo con un índice de error en 11 pacientes (18.6 por ciento), en los estudios solicitados, considerando lo alto, sin embargo justificandolo si tomamos en cuenta que nuestro hospital es de enseñanza y un alto número de estudios son realizados por residentes en adiestramiento. También podemos establecer en forma general que la cirugía que amerita el tratamiento de los tumores de ovarios, debe de ser programada y no de urgencia, ya que esta última va asociada a las complicaciones observadas en 24 de las pacientes (22 por ciento), de torsión de pedí-

culo ovárico y otras como hemorragia, ruptura e infección.

La cirugía empleada en las pacientes con diagnóstico inicial de tumor de ovario fue del tipo limitante en su mayoría por la alta frecuencia de benignidad macroscópica observada, ya que tenemos que solo 17 pacientes (15.5 por ciento) se considero la necesidad de realizar estudio histopatológico transoperatorio y en 5 de éstas pacientes (4.5 por ciento) se realizó cuña de ovario contralateral.

En una paciente con diagnóstico histopatológico de teratocarcinoma no se realizó estudio transoperatorio, habiendose realizado solo salpingooforectomía izquierda; no se reportan características del tumor como para pensar que se pudo sospechar malignidad y solicitar estudio transoperatorio y realizar una cirugía más radical.

El otro caso de tumor maligno fue de un adenocarcinoma el cual se diagnóstico por estudio histopatológico transoperatorio, habiendose realizado histerec-tomía total más salpingooforectomía bilateral, omentectomía y apendicectomía, ambos casos fueron remitidos al servicio de Oncología para su control posterior.

Las complicaciones postoperatorias no estuvieron en relación directa con la patología tumoral ovárica, ni aún siendo esta cirugía de urgencia. Las complicaciones tempranas se asociaron a cirugías más extensas por patología extraovárica y en la complicación tardía, la tumoración ovárica fue hallazgo transoperatorio, siendo la causa de la complicación inherente a la patología primaria de indicación de la -

**cirugía.**

**Nuestros hallazgos de frecuencia en la presencia de tumores epiteliales concuerda con la de otros autores (8).**

**La bilateralidad en 5 casos (4.5 por ciento) resulta baja y es de lamentar no haber encontrado 21 expedientes para su estudio.**

## CONCLUSIONES:

- 1.- La patología tumoral ovárica tiene mayor probabilidad de ser benigno si se presenta entre los 21 y 50 años.
  - 2.- En tumores mayores de 6 cm. las posibilidades de manifestarse clinicamente son mayores.
  - 3.- El reporte de estudios ultrasonográficos deberá de relacionarse a los hallazgos clínicos.
  - 4.- En toda cirugía ginecobstétrica abdominal, la exploración de los ovarios es primordial.
  - 5.- En todo hallazgo operatorio o bien confirmación quirúrgica del tumor, explorar toda la cavidad abdominal.
  - 6.- La existencia de cualquiera de los siguientes signos es sugestivo de malignidad.
    - Ascitis; sobre todo hemática.
    - Tumor bilateral
    - Papilas en la capsula
    - Implantes peritoneales en hígado o diafragma
    - Ganglios retroperitoneales aumentados de volumen
- y obliga a la solicitud de estudio histopatológico transoperatorio.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Averette H E, Donato D M: Ovarian carcinoma advances in diagnosis, staging and treatment. Cancer 1990; 65: 703-08.
- 2.- Bast R C Jr, Klung T L, Schaetzl E, et al.: Monitoring human ovarian carcinoma with a combination of CA 125, CA 19-9, and carcinoembryonic antigen. Am J Obstet Gynecol 1984; 149:553-59.
- 3.- Benson R C: Diagnóstico y tratamiento ginecobstétrico. Edit. Manual Moderno 1986.
- 4.- De palo G, Pilottis S, Kenda R, et al.: Natural history of -- disgerminoma. Am J Obstet Gynecol 1982; 143:799-807.
- 5.- Dembo A J, Davy M, Stenwig A E, Berle E J, Bush R S et al: -- Prognostic factors in patients with stage I epithelial ova -- rian cancer. Obstet Gynecol 1990; 75:263-73.
- 6.- Gerhenson D M, Del Junco G, Herson J, Rutledge F N.: Endoder mal sinus tumor of the ovary: the M. D. Anderson experience. Obstet Gynecol 1983; 61:194.
- 7.- Gerhenson D M, Del Junco G, Copeland L J, Rutledge F N.: Mi xed germ cell tumors of the ovary. Obstet Gynecol 1984; 64: 200.
- 8.- Gonzalez G J, y cols.: Tumores de ovario. Ginec Obstet Mex. - 1983; 51:311.
- 9.- Gonzalez-Merlo J,: Ginecología. Edit. Salvat, 1988; 496.
- 10.- Graber E A,: Diagnóstico temprano del carcinoma ovárico. Clin Obstet; 1969;959.
- 11.- Harding M, Cowan S, Hole D, Cassidy L, Kitchener H et al: Es trogen and progesterone receptors in ovarian cancer. Cancer 1990; 65: 486-91.
- 12.- Jolles C J,: Cáncer ovárico: Clasificación histogenética, -- gradación histológica, diagnóstico, clasificación por etapas y epidemiología. Clin Obstet Ginecol 1985; 4:987.

- 13.- Koonings P P, Cambell K, Mishell D R, Grimes D A: Relative frequency of primary ovarian neoplasms: a 10-year review. *Obstet Gynecol* 1989; 74:921-26.
- 14.- Kurman R J, Salazar H, Langley PA, Baak J P, Young R H et al *Ginecol Obstet temas actuales* 1984; 1:5-134.
- 15.- Linder D, Mc Cav B K, Hecht F.: Parthenogenic origin of begin ovarian teratomas. *N Engl J Med* 1975; 292:63.
- 16.- Milstein C.: Monoclonal antibodies. *Cáncer* 1982; 49:1953.
- 17.- O'Connell G J, Ryan E, Murphy T J, Prefontaine M.: Predictive value of CA 125 for ovarian carcinoma in patients presenting with pelvic masses. *Obstet Gynecol* 1987; 70:930-33.
- 18.- Olt G, Berchuck A, Bast R C: The role of tumor markers in Gynecologic oncology. *Obstet Gynecol Surv.* 1990; 45:570-77.
- 19.- Sanders R C, McNeil B J, Finberg H J et al: A prospective -- study of compute tomography and ultrasound in the detection and staging of pelvic masses. *Radiology* 1983; 146:430-32.
- 20.- Steiner M, Rubinov R, Ronovik R et al.: Multimodal approach - (surgery, chemotherapy and radiatium therapy) in the treatment of ovarian cancer. *Cáncer* 1985; 55:2748-52.
- 21.- Smith L H, O<sub>1</sub> R H.: Detection of malignant ovarian neoplasmas A review of the literature. I detection of the patient at -- risk clinical, radiological and cytological detection. *Obstet Gynecol Surv* 1984; 39:313-27.
- 22.- Smith L H, Teng N.: Clinical application of monoclonal antibodies in gynecologic oncology. *Cáncer* 1987; 60:2068-74.
- 23.- Young R H, Scully R E.: Ovarian sex cord stromal tumours: recent advances and current status. *Clin Obstet Gynaecol* 1984 ; 11:93.