

11217

15
2ij

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



TUMORES DE OVARIO

EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL
"DR. MIGUEL SILVA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
GINECO - OBSTETRICIA

P R E S E N T A L A

Dra. Ma. Carmen Belmontes Rodriguez

MARZO 1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FEBRERO 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

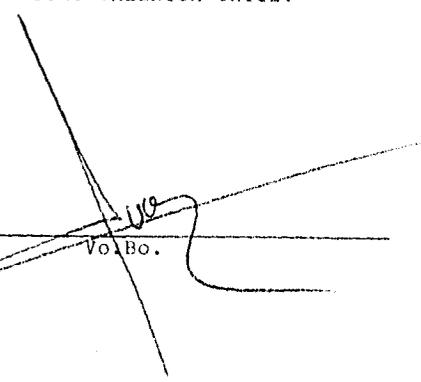
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

TUMORES DE OVARIO, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL

"DR. MIGUEL SILVA" 1991-1994.

ASESOR:

DR. ARTURO VALENCIA ORTIZ.


Vo Bo.

TUMORES DE OVARIO, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL

"DR. MIGUEL SILVA" 1991-1994.


DR. JUAN IGNACIO CARDENAS
DIRECTOR DEL HOSPITAL

DR. LUIS MIGUEL REBOLLO IZQUIERDO
JEFE DE ENSEÑANZA.

DR. ROGELIO VALEJO CASTRO.
JEFE DE SERVICIO.

DR. JOSE ANTONIO SERENO COLO.
PROF. TITULAR DEL CURSO.

DR. ARTURO VALENCIA ORTIZ.
ASESOR.


DRA. MA. CARMEN BERMONTES

RODRIGUEZ FACULTAD
DE MEDICINA
JUL. 1 1996 ☆
SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
ACY



SERVICIOS COMUNITARIOS
DE SALUD PUBLICA
MIGUEL SILVA
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
Hospital General de Miguel Silva
25 de mayo de 1994

DEDICATORIAS .

Para Sergio mi esposo, por su apoyo y comprensión, pero, sobre todo por su amor y su paciencia. Gracias.

Para Julio Cesar mi hijo, quien fué durante estos 3 años mi mayor motivación, esperando un día poder recompensarle mi ausencia.

Para mis padres, especialmente a mi madre, por su ejemplo, fe y entereza. A mis hermanos con cariño.

Con profunda gratitud a mis maestros de el curso de especialización;

Dr. José Antonio Sereno Coló.

Dr. Victor Corona de Alba.

Dr. José I. González Tapia.

Dr. Rogelio Vallejo Castro.

Dra. Yara Pineda Márquez.

Dr. Alfonso Martinez García.

Dr. Arturo Valencia Ortiz.

Dr. Mario Trigueros V.

Dr. Eugenio Castillo.

Dr. Mario Guzmán

Dr. Adolfo Leyva.

Dra. Ana Gloria Alonso M.

A mis compañeros de residencia, quienes fueron durante este tiempo como parte de mi familia.

TUMORES DE OVARIO, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL

"DR. MIGUEL SILVA" 1991-1994.

PRIMERA PARTE

REVISION MONOGRAFICA DE TUMORES DE OVARIO.

DRA. MA. CARMEN BELMONTES RODRIGUEZ

DR. ARTURO VALENCIA ORTIZ.

TUMORES DE OVARIO, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL

"DR. MIGUEL SILVA" 1991-1994.

I N D I C E.

PRIMERA PARTE.

INTRODUCCION.....	1
CLASIFICACION.....	2
ESTADIFICACION.....	3
CUADRO CLINICO.....	4
RECURSOS DIAGNOSTICOS.....	6
ULTRASONOGRAFIA TRANSVAGINAL.....	8
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA.....	10
RADIODIAGNOSTICO CONVENCIONAL.....	10
MARCADORES TUMORALES.....	11
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	17
TRATAMIENTO.....	18

SEGUNDA PARTE.

INTRODUCCION.....	22
OBJETIVOS.....	22
MATERIAL Y METODOS.....	23
RESULTADOS.....	24
CONCLUSIONES.....	58
GRAFICADO ESTUDIOS CLINICOS 1987-1991 -	
1991-1994	62
BIBLIOGRAFIA.....	83

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

La patología tumoral de los ovarios ocupa un papel importante en la patología del aparato genital femenino, además de que el cáncer de ovario es causa frecuente de mortalidad entre la población femenina, ocupando el tercer lugar unicamente después de el cáncer cervicouterino y de mama, que ocupan ler y segundo lugar - repectivamente, en nuestro país.

En el Hospital General "Dr. Miguel Silva", se cuenta ya con datos epidemiológicos y estudios clínicos de este padecimiento, - su conocimiento es importante, porque contribuyen a registrar in formación que de otra forma estaría destinada a perderse por la - depuración inevitable de el archivo clínico.

Con este trabajo se pretende contribuir a "rescatar" esta -- información y a revisar los avances en cuanto a diagnóstico de - este padecimiento. Así como contar con un estudio de 8 años.

CLASIFICACION DE LAS NEOPLASIAS DE OVARIO HISTOGENETICA

(OMS 1973)

1.- NEOPLASIAS DERIVADAS DE EL EPITELIO CELOMICO.

- a).- Tumores serosos.
- b).- Tumores mucinosos.
- c).- Tumores endometrioides.
- d).- Tumores mesonefroides (de células claras).
- e).- Tumores de Brenner.
- f).- Carcinoma indiferenciado
- g).- Carcinosarcoma, tumores mesodérmicos mixtos.

2.- NEOPLASIAS DERIVADAS DE LAS CELULAS GERMINALES

- a).- Disgerminoma
- b).- Carcinoma embrionario.
- c).- Tumores del seno endodérmico.
- d).- Coriocarcinoma.
- e).- Gonadoblastoma.
- f).- Carcinoma extraembrionario.
- g).- Teratomas maduros (teratoma sólido de el adulto, quistes dermoides neoplasias malignas derivadas de un teratoma quístico maduro). Teratoma inmaduro.

3.- NEOPLASIAS DERIVADAS DE EL ESTROMA GONADAL ESPECIALIZADO.

- a).- Tumores de la granulosa y de la teca.
- b).- Tumores de Sertoli-Leidig.
- c).- Ginandroblastomas.
- d).- Tumor de células lipídicas.

4.- MESENQUIMA OVARICO INESPECIFICO.

- a).- Fibroma, hemangioma, leiomioma, lipoma.
- b).- Lipoma.
- c).- Sarcoma.

5.- NEOPLASIAS METASTASICAS.

- a).- Tracto gastrointestinal.
- b).- Mama.
- c).- Endometrio.
- d).- Linfoma.
- e).- tiroides.

ESTADIFICACION DE LOS TUMORES MALIGNOS DE OVARIO.

(FIGO 1985).

ESTADIO I. crecimiento limitado a las gonadas.

IA.- crecimiento limitado a un ovario, ausencia de vegetaciones en la superficie externa de la neoplasia. - La cápsula de el tumor se halla intacta. Ausencia de ascitis.

IB.- Crecimiento limitado a ambos ovarios. Ausencia de vegetaciones en la superficie externa de la neoplasia. Cápsula de el tumor intacta. Ausencia de ascitis.

IC.- Tumor en estadio IA y/o IB, con vegetaciones en la superficie de uno o de ambos ovarios neoplásocps. Ruptura de la cápsula. Ascitis. Líquido libre y/o que contiene células malignas.

ESTADIO II. Crecimiento que afecta uno o ambos ovarios con propagación al aparato genital interno.

IIA.- Crecimiento que toma uno o ambos ovarios con propagación al aparato genital interno.

IIB.- Extensión al peritoneo pelviano.

IIC.- Tumor en el estadio IIA o IIB con presencia de ascitis de líquido libre y/o lavado peritoneal positivo para células malignas.

ESTADIO III. Tumor que interesa uno o ambos ovarios con implantes peritoneales fuera de la pelvis y/o gánglios linfáticos pelvicos, abdominales o inguinales positivos. - La presencia de met^oastasis en la cápsula de el híg-

do equivale a estadio III. Tumor limitado a la pelvis anatómica, pero con implantes histológicamente positivos en intestino y epiplón.

IIIA.- Tumor macroscópicamente limitado a la pelvis y ganglios linfáticos negativos pero con histología positiva de implantes, incluso microscópicos, en la superficie peritoneal abdominal.

IIIB.- Tumor que interesa una o ambas gonadas con ganglios linfáticos negativos. Histología positiva de implantes en la superficie del peritoneo abdominal-ninguno de los cuales mida más de 2 cm. de diámetro

IIIC.- Implantes peritoneales marginos de 2 cm de diámetro y/o ganglios linfáticos pelvianos, abdominales y/o inguinales positivos.

ESTADIO IV. Crecimiento que interesa uno o ambos ovarios con metástasis a distancia. Si hay derrame pleural, se debe comprobar en él la presencia de células tumorales para clasificar el caso en el estadio IV. La presencia de metástasis en el parenquima hepático equivale al estadio IV.

EVALUACION DE UNA MASA ANEXIAL.

Una masa anexial puede diagnosticarse en una mujer asintomática, durante una revisión, o puede presentarse con dolor agudo - resultante de ruptura o torsión. Es de importancia, la historia - clínica, la edad de la paciente, sus antecedentes menstruales y otros síntomas vinculados, en la paciente de edad reproductiva, de be ser siempre estudiada la posibilidad de un embarazo ectópico, por lo que es de considerar los antecedentes menstruales y de con trol de la natalidad. En pacientes jóvenes que no están ingiriendo anticonceptivos, son frecuentes los quistes foliculares o luteínicos, mientras que en las pacientes mayores son más frecuentes las neoplasias. Si el dolor es de presentación aguda, puede ser resultado de ruptura, torsión, si el dolor es más gradual, su giere un neoplasia en expansión o un hematoma.

En la exploración física deben evaluarse cuidadosamente las características de la masa. La exploración pelviana y abdominal, permite valorar tamaño, forma, consistencia, suavidad y movilidad de la masa. Las masas móviles, quísticas, pequeñas, son en general quistes ováricos benignos. Las masas fijas, irregulares, gran des son con frecuencia malignas; aún así, debe tomarse en conside ración la enfermedad inflamatoria y la endometriosis.

Puede ser difícil la decisión de operar o no a una paciente con masa anexial, por lo que es útil un diagnóstico diferencial - bien elaborado. En una mujer joven hay posibilidad de que tenga - un quiste ovulatorio y si la masa es quística, móvil, de 5 a 6 cm. o menos, debe ser vigilada con cuidado, hasta el próximo ciclo -

menstrual. Después de el siguiente periodo menstrual debe desaparecer un quiste funcional; un quiste persistente, sugiere una neoplasia o endometriosis e indica la necesidad de evaluación y tratamientos quirúrgicos.

Las masas sólidas de los anexos y los quistes mayores de 6 cm deben operarse sin ninguna dilación. En la paciente joven talvez sean benignos, pero los tumores sólidos y grandes pueden ser malignos, e incluso los quistes benignos son una urgencia cuando hay ruptura o torsión.

Las masas en los anexos en pacientes mayores de 45 años deben ser motivo de especial atención, puesto que la incidencia de cáncer aumenta de forma notoria y no hay quistes funcionantes en la paciente postmenopausica anovulatoria.

Los quistes pequeños son en general asintómaticos, pero los grandes pueden causar sensación de pesadez o de un dolor sordo -- incomodo en el lado afectado.

INVESTIGACIÓN SEMIOLOGICA:

Cuando los datos de semiología abdominopelviana demuestran la presencia de una lesión patológica sugestiva de neoplasia primaria de las gonadas, es conveniente realizar investigaciones que permitan tener un diagnóstico más exacto antes de la laparotomía para lo cual se pueden emplear varios recursos que son de utilidad para este fin.

ECOGRAFIA.

Ofrece datos insustituibles por su sensibilidad y su no invasibilidad. Es particularmente útil la ecografía hepática para detec

tar metástasis parenquimatosas, sujetas a verificación citohistológica.

En 1986 se inició el empleo de la ultrasonografía vaginal como método de detección primaria del cáncer ovárico en el University of Kentucky Medical Center. Los resultados preliminares indicaron que la ultrasonografía transvaginal es fácil de efectuar y es aceptada por la paciente. La técnica fué óptima en las postmenopausicas, en quienes ya no se suceden los cambios cíclicos en el volumen del ovario. Se consideró como anormal cualquier volumen ovárico mayor de 8 cm^3 y tal valor se basó en dos desviaciones estandar por arriba de las cifras para el ovario normal de la postmenopausica.

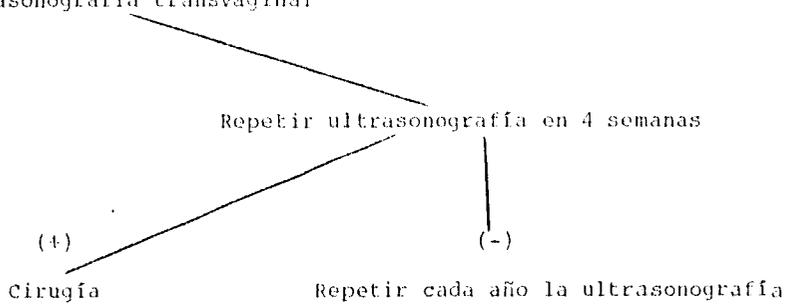
En la actualidad se han sometido a prueba algunos métodos --coadyuvantes para mejorar la especificidad de la ultrasonografía transvaginal, como son el índice morfológico, la ultrasonografía doppler y la medición de los niveles séricos de CA-125.

El empleo de la ultrasonografía doppler para identificar tumores malignos se basa en el principio de neovascularización y un mayor flujo sanguíneo a tejidos con ciclos celulares rápidos. El Doppler ha sido útil para diferenciar entre grandes tumores cancerosos y tumores benignos. Sin embargo, no se ha demostrado su eficacia para diferenciar entre el epitelio benigno y el canceroso --de pequeños tumores ováricos.

En términos generales, la ultrasonografía transvaginal es --más eficaz en postmenopausicas en quienes el volumen ovárico no --varia durante el ciclo menstrual. Además la frecuencia relativamente alta de el cáncer de ovario en mujeres mayores de 50 años--

PROTOCOLO PARA LA DETECCION DE CANCER DE OVARIO EN POSTMENOPAUSI-
CAS POR ULTRASONOGRAFIA TRANSVAGINAL.

Positividad de los datos(+)
de ultrasonografía transvaginal



Datos negativos de la' (-) — Repetir cada año la ultrasonografía
ultrasonografía.

de edad también aumenta el valor predictivo de cualquier estudio de detección primaria en esta población. Un segundo grupo que se beneficiaría son las pacientes con antecedente familiar positivo de cáncer de ovario. Las personas cuyas parientes inmediatas tienen cáncer de ovario, están predispuestas a sufrir la neoplasia. Además algunas familias de mujeres con cáncer de colon asociado a poliposis (síndrome de Lynch II), están en mayor peligro de presentar cáncer de ovario.

Se considera que el cáncer ovárico muestra una predisposición genética a ser heredado por medio de un rasgo dominante autosómico, por este motivo, incluso 50% de mujeres de éstas familias pueden presentar dicha neoplasia. Las mujeres con el antecedente familiar positivo de este cáncer pueden presentarlo a edad mucho más temprana que las que no tienen dicha predisposición genética.

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA.

La TAC permite la delimitación clara de nódulos hepáticos -- y pulmonares, masas abdominales y pélvicas y de la afectación -- ganglionar retroperitoneal. La TAC ha sido especialmente útil en el carcinoma de ovario cuando tras producirse un íleo adinámico - terapéutico en presencia de masas pélvicas y abdominales se hace imposible la interpretación mediante ultrasonido. Recientemente - se ha utilizado para la detección de metástasis subcutáneas en pa cientes con cáncer de ovario.

RADIODIAGNOSTICO CONVENCIONAL.

Es un recurso útil para definir la difusión de la neoplasia como iconografía torácica, evaluación de la morfología de el apa-

rato urinario excretor y del aparato digestivo. También es indispensable estudiar el intestino grueso para buscar la localización primaria de la neoplasia y evaluar defectos de llenado por compresión y/o invasión extrínseca.

MARCADORES TUMORALES.

Hasta fecha reciente eran pocos los marcadores tumorales que pudieron ser definidos por antisueros policlonales obtenidos en animales. El perfeccionamiento de la tecnología de anticuerpos monoclonales ha permitido su producción a gran escala.

Las características de un marcador tumoral ideal son:

- 1.- Que sea producido por todos los tumores de ese tipo.
- 2.- Que pase a la circulación en grandes cantidades y los -- niveles séricos aumenten en presencia de un número relativamente pequeño de células.
- 3.- Que los niveles medidos en serie reflejen con exactitud -- el curso clínico de la enfermedad.
- 4.- que la regresión a los niveles normales sea concomitante con la curación.

A pesar de la posibilidad de producir muchos nuevos anticuerpos que reaccionan con antígenos propios de tumores, solamente unos cuantos de los obtenidos son útiles en clínica. Las deficiencias anteriores se explican por diversas razones:

- 1.- Que los antígenos oncoasociados son producidos también -- por algunos tejidos normales de el adulto y es la causa de que -- los niveles séricos en pacientes con cáncer a menudo se traslapen con los de individuos con enfermedad benigna.

2.- La expresión de muchos antígenos oncoasociados es heterogénea en un solo tumor y varía considerablemente entre cánceres - de diferentes pacientes, razón por la que no todos los enfermos - con un tipo particular de cáncer tienen incremento de los niveles séricos de el anticuerpo.

3.- Para que un antígeno este presente en la circulación y - pueda ser detectado, no sólo debe ser producido por la célula can- cerosa, sino también puesto en circulación.

CA 125.

El marcador CA 125 es una glucoproteína de la superficie ce- lular de alto peso molecular. a diferencia de otros marcadores tu- morales de este tipo, se considera que no es una mucina, porque - su contenido de carbohidratos (24%) es menor de el 50%. La fun- ción normal de el CA 125 se desconoce, pero es expulsado desde - la superficie celular y se le ha detectado en el líquido amniótico, moco cervicouterino, interior de las glándulas endometriales, líquido seminal, secreciones bronquiales, líquidos peritoneales y sueros de sujetos al parecer sanos. En el adulto el CA 125 está - en la superficie de las células que revisten las trompas de falopio, endometrio, endocérvix, peritoneo, pleura, pericardio, bron- quios. En el epitelio de el ovario normal puede detectarse muy po- co o nada, aunque a veces aparece en quistes de inclusión y excre- cencias benignas de el ovario.

Se ha demostrado que el 1-3 % de mujeres no embarazadas, al parecer sanas tienen niveles de CA 125 mayores de 35 U/ml; 80 a 90% de mujeres con cáncer de ovario epitelial clínicamente manifiesto poseen niveles de CA 125 mayores de esta cifra. La mayor incidencia de niveles de CA 125 en cánceres extragenitales de la mujer se advierte en el cáncer pancreático (60%). En consecuencia el CA 125 no es útil para identificar el origen de adenocarcinomas de origen primario no manifiesto.

A pesar de las limitaciones mencionadas, el Ca 125 es uno de los anticuerpos monoclonales más útil. Su aplicación en humanos incluye vigilar el estado de la enfermedad en pacientes con cánceres de el aparato reproductor femenino, predecir la presencia de enfermedad residual al terminar la quimioterapia, detectar enfermedad recurrente antes de sus manifestaciones clínicas.

Varios estudios indican que la medición de el nivel de CA 125 en el preoperatorio permiten diferenciar entre las masas pélvicas benignas y malignas. En esta situación, los niveles de CA 125 mayores de 50 a 65 U/ml guardan relación con cáncer en 80 a 90% de las postmenopausicas. La prueba es menos confiable en premenopausicas y en ellas el nivel de dicho marcador puede aumentar por embarazo, endometriosis, adenomiosis, miomatosis uterina, enfermedad inflamatoria pélvica y en algunas por la menstruación.

La medición seriada de los niveles de Ca 125 séricos, es útil para vigilar el curso de la enfermedad en pacientes con cáncer ovárico epitelial diagnosticado. Durante el tratamiento ini-

cial los niveles de CA 125 medidos en serie guardan relación con el avance de el transtorno, la estabilidad, y la regresión en el 80 a 93% de los casos estudiados.

La pobre supervivencia de mujeres con cáncer de ovario, dependen de la fase avanzada en que está la enfermedad en el momento de el diagnóstico, y por ello, un estudio eficaz de detección-primaria que permitiera identificar cánceres ocultos incipientes-mejoraría la supervivencia. Se ha demostrado que los niveles séricos de Ca 125 pueden aumentar 1 a 60 meses antes de que se detecte el cáncer primario de el ovario por manifestaciones clínicas.

Actualmente este estudio se puede realizar en la ciudad--de Morelia y está al alcance de la mayoría de la población en ---cuanto a su costo.

TAG 72.

Es una mucina de alto peso molecular, que se encuentra en una amplia variedad de adenocarcinomas y raramente se encuentra en lesiones benignas y tejido adulto normal con sus excepciones (mucosa colónica transicional y endometrio secretor). Estudios inmunohistoquímicos han demostrado la presencia de TAG en todas las variantes histológicas de carcinoma de endometrio, con aumento de los niveles en el adenocarcinoma mucinoso. Dos estudios separados reportaros niveles elevados de TAG 72 en 50% de las pacientes --con diagnóstico de carcinoma de ovario, así mismo, 4% de las pacientes con enfermedad benigna tenían niveles elevados de TAG 72.

El ca 125 ha sido el marcador más usado para monitorizar el cáncer de ovario, sin embargo, la baja especificidad de este marcador ha sido usada como evidencia en contra de su uso, ya que la normalización de los niveles séricos de este marcador no son garantía de encontrarse libres de la enfermedad, hay estudios que han demostrado que 40-60% de los pacientes con valores séricos de el marcador normales han tenido enfermedad residual en la cirugía de segunda vista, por lo que se ha considerado el uso combinado de marcadores para la detección temprana de la recurrencia de la enfermedad. El TAG 72 ha sido el "mejor candidato" para esta combinación, con el uso combinado de estos marcadores, han disminuido considerablemente la frecuencia de falsas positivas.

CITOCINAS.

Las células cancerosas, producen y secretan diversos factores peptídicos de crecimiento y citocinas. se ha demostrado que en una proporción de mujeres con cánceres ováricos y endometriales aumentan los niveles séricos de algunas de éstas moléculas que incluyen interleucina-6 y factor estimulante de colonias de macrófagos, el factor estimulante de colonias de macrófagos normalmente es producido por células hematopoyéticas, pero las células de el adenocarcinoma en cultivo también lo producen, se han detectado niveles altos de dicha sustancia en cerca de el 70% de mujeres con cáncer ovárico y endometrial clínicamente manifiesto. Los niveles seriados, por lo común reflejan el curso clínico de la enfermedad.

En el cáncer ovárico las mediciones combinadas de niveles de Ca 125 y factor estimulante de las colonias de macrófagos predicen el estado que guarda la enfermedad, mejor que la sola medición de Ca 125. En promedio 25% de las mujeres tienen enfermedad persistente a pesar de tener niveles normales de Ca125 y tienen incremento de el factor estimulante de las colonias de macrófagos. En consecuencia está justificado que éstos estudios se hagan como método complementario en el diagnóstico de cáncer de ovario y endometrio.

El advenimiento de la tecnología monoclonal ha mejorado la utilidad posible de los marcadores tumorales en la oncología ginecológica. La disponibilidad de cantidades ilimitadas de anticuerpos monoclonales puros ha permitido la creación de técnicas muy sensibles a base de marcadores séricos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MASA ANEXIAL

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

MANEJO DE LOS TUMORES DE OVARIO

INCISION ABDOMINAL

En los casos de fuerte sospecha de tumor ovárico en las investigaciones preoperatorias, la incisión de elección debe ser longitudinal en la línea media supraumbilicopubiana.

Pueden considerarse algunas excepciones (incisiones transversas), en pacientes jóvenes, con neoplasia móvil, al parecer limitada a una sola gonada.

CITOLOGIA PERITONEAL

Es de vital importancia documentar la citología peritoneal. La cavidad abdominal no debe contaminarse con otros elementos celulares.

Si existe ascitis la toma de la muestra no presenta ninguna dificultad, de no ser así, se tratará en presencia de líquido libre de tomarla en las partes más declives, a falta de éste, se recomienda lavado peritoneal con toma de muestra.

EXPLORACION.

Se debe realizar exploración palpatoria de la cavidad abdominal que debe ser rigurosamente ordenada. La primera evaluación-macroscópica y palpatoria de las neoplasias es indispensable para la estadificación, quíar las biopsias y decidir la estrategia quirúrgica. Interesa en particular el compartimiento paracólico derecho, la región renal derecha, la flexura hepática de el colon, el hígado derecho, el diafragma derecho, el ligamento falciforme, el hígado y el diafragma izquierdos, la región esplénica, la flexura esplénica de el colon, el compartimiento renal izquierdo y el com

partimiento paracólico izquierdo, el epiplón y el colon transverso, el ligamento gastrocólico y el estómago, el ileon, los mesos y el retroperitoneo lumboaortico. Luego se consideran las víceras de el abdomen inferior, la región ileocecoapendicular, el colon ascendente y descendente, el ligamento iliaco y pelviano y por último el aparato genital interno, espacio vesiconterino, el Douglas y el retroperitoneo pelviano.

Esta sucesión de maniobras permite delimitar la neoplasia primaria (sitio, volumen, movilidad, relaciones con los órganos vecinos), la presencia de metástasis y sus relaciones con los órganos vecinos.

En los tumores ováricos en los cuales no se justifica un tratamiento conservador, el programa quirúrgico debe tener como objetivo final:

a).- La remoción del tumor de el aparato genital y de la mayor cantidad posible de tumor metastásico.

b).- Realizar muestreo aleatorio en sitios extrapelvianos privilegiados por la difusión a efectos de emprender una estadificación anatomorradioquirúrgica. Además de la remoción del aparato genital en los casos limitados a las gonadas.

El tratamiento quirúrgico convencional de el cáncer ovárico-epitelial es la histerectomia y la salpingooforectomia bilateral, aunque existen algunas excepciones, una de las cuales sería cuando el ovario contralateral es de aspecto normal como en los casos de enfermedad en etapa IA grado 1, si se está dispuesto a aceptar el riesgo de que en el ovario contralateral existan metástasis sub--

clínicas, o hasta que se pueda originar otro cáncer. Esta desviación de el tratamiento se haría para preservar la fertilidad, la conservación de un ovario con el exclusivo propósito de la producción de hormonas no se justifica, porque la hormonoterapia sustitutiva es muy eficaz.

OMENECTOMIA

Publicaciones de Munnell y Parker han demostrado que la supervivencia a los 5 años de las pacientes con estadio I de cáncer ovárico mejora en aquellas que han sido sometidas a omentectomia. La detección de metástasis microscópicas en epiplón incluso cuando la afección tumoral obvia no existe es razón suficiente para la extirpación de el mismo.

APENDICECTOMIA.

Es conveniente realizarse ya que la apéndice es un órgano en estrecho contacto con los genitales internos y por lo tanto es sitio frecuente de metástasis.

CIRUGIA CITORREDUCTORA.

Recientemente ha adquirido popularidad la cirugía citorreductora en cáncer de ovario. Su propósito es disminuir la masa total de células tumorales. La extirpación del 50% de la masa tumoral sólo reduce el crecimiento tumoral en un 2.5%, por tanto tiene poco valor la reducción de el volumen tumoral en un 50%.

La máxima efectividad de la cirugía citorreductora es en casos en que el nódulo residual tumoral es menor de 2 cm. La inducción de una mejor respuesta a la quimioterapia es más fácil en pacientes que tienen un tumor residual no mayor de 2 cm. y de localización única.

La necesidad de continuar con la cirugía citorreductora y la quimioterapia ha quedado patentada en estudios, en los cuales se demuestra el aumento de la sobrevida en pacientes con menos de 2 cm. de masa tumoral que han sido tratadas con quimioterapia.

SECOND LOOK.

Actualmente se le considera unicamente valor académico, --- tiende ha ser un método que ha caído en deshuso, se cuentan con o tras alternativas que lo han venido a sustituir, como sería la - tomografía axial computarizada. Su utilización es controversial - y deberá ser evaluado en los siguientes años.

DISGERMINOMAS.

Estos suelen aparecer en mujeres jovenes, en las que la conservación de la capacidad reproductiva suele ser deseable, a no - ser que haya una evidencia de que no es adecuada (enfermedad bila teral, edad superior a los 35 años, sin deseo de conservar la capacidad reproductiva). En algunos de estos tumores, la salpingoo- forectomia puede ser el tratamiento quirúrgico ya que son altamen te radiosensibles, por lo que la cirugía se complementaria con ra dioterapia.

TUMORES DE OVARIO EN EL HOSPITAL GENERAL.

"DR. MIGUEL SILVA" 1991-1994.

SEGUNDA PARTE.

DRA. MA. CARMEN BELMONTES RODRÍGUEZ

DR. ARTURO VALENCIA ORTIZ.

INTRODUCCION.

El Hospital General "Dr Miguel Silva" es un hospital de concentracion, a donde acuden gran cantidad de pacientes de el estado de Michoacán y de estados vecinos como son Guanajuato y Guerrero, por lo que es de interés contar con información acerca de la epidemiología de los padecimientos más importantes.

se cuenta en el hospital con información clínica y estadística acerca de los tumores de ovario de los años 1987-1990, queda información acerca de el panorama clínico de estas pacientes, por lo que considero pertinente contar con la información de los últimos 4 años, con la idea de preservar datos que se perderían con la depuración inevitable de el archivo clínico.

Dada la importancia de el cáncer de ovario y las repercusiones que este tiene en la mortalidad de la población (3er lugar, unicamente después de el cáncer de cérvix y de mama).

OBJETIVOS:

- 1.- Continuar la revisión epidemiológica de los tumores de ovario en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".
- 2.- Preservar datos que de otra forma se perderían por la depuración de el archivo clínico.
- 3.- Revizar los avances en cuanto a diagnóstico y tratamiento de cáncer de ovario.
- 4.- Obtener una base normativa para el manejo de tumores de ovario.

MATERIAL Y METODOS.

Se recopilaron los casos de pacientes con diagnóstico histopatológico de tumor de ovario (maligno y benigno). En el servicio de Anatomía Patológica en el Hospital Gral. "Dr. Miguel Silva" - en el periodo comprendido entre el primero de Enero de 1991 al 31 de Diciembre de 1994.

Siguiendo los lineamientos de el trabajo anterior se excluyeron - los quisten funcionales, ya que no se consideran neoplasias verdaderas.

se detecto un total de 182 casos con diagnóstico histopatológico de los cuales en 28 casos el reporte fué maligno y en 154 casos benigno, de este total de casos sólo 106 que corresponden al 58.24% se revizó, ya que en el resto de los casos no se contó con expediente clínico.

En el estudio anterior se recopilaron un total de 90 casos - con diagnóstico histopatológico y se obtuvieron unicamente 70 expedientes clínicos, en el presente estudio se recopilaron como ya se mencionó 182 casos, contandose unicamente con 106 expedientes clínicos, lo que demuestra el importante aumento en la afluencia de pacientes que acuden a solicitar atención médica al Hospital - Gral "Dr. Miguel Silva", ya que en el periodo de 1991-1994 se detectaron 92 casos más que en el periodo pasado, en contraste en - el periodo anterior se dispuso de el 77% de los expedientes clínicos y en el actual unicamente se dispuso de el 58.24%.

Al total de los 106 casos se les estudio las mismas variantes que en el estudio anterior. que fueron: edad, antecedentes hereditarios, antecedentes ginecoobstetricos, síntomas y signos y evolución de los mismo, datos de estudios de laboratorio y gabinete, tratamiento quirúrgico, quimio y radioterapia, efectos secundarios, evolución y seguimiento, estudio histopatológico y necesidad de operación de segunda vista.

Dado que el estudio consiste en los aspectos clínicos de el padecimiento se tomó en cuenta unicamente el número de casos en que se contó con el expediente clínico (106), ya que de dicho documento se obtuvo la información.

Se realizó además una revisión actualizada sobre el tema.

RESULTADOS.

De el total de los 106 casos estudiados, se encontraron 89 casos de tumor benigno lo que corresponde a un 83.96% y 17 casos de tumor maligno para un 16.03%, se reportaron 2 casos de tumor limitrofe (border line), que se consideraron como malignos, por cuestiones de manejo.

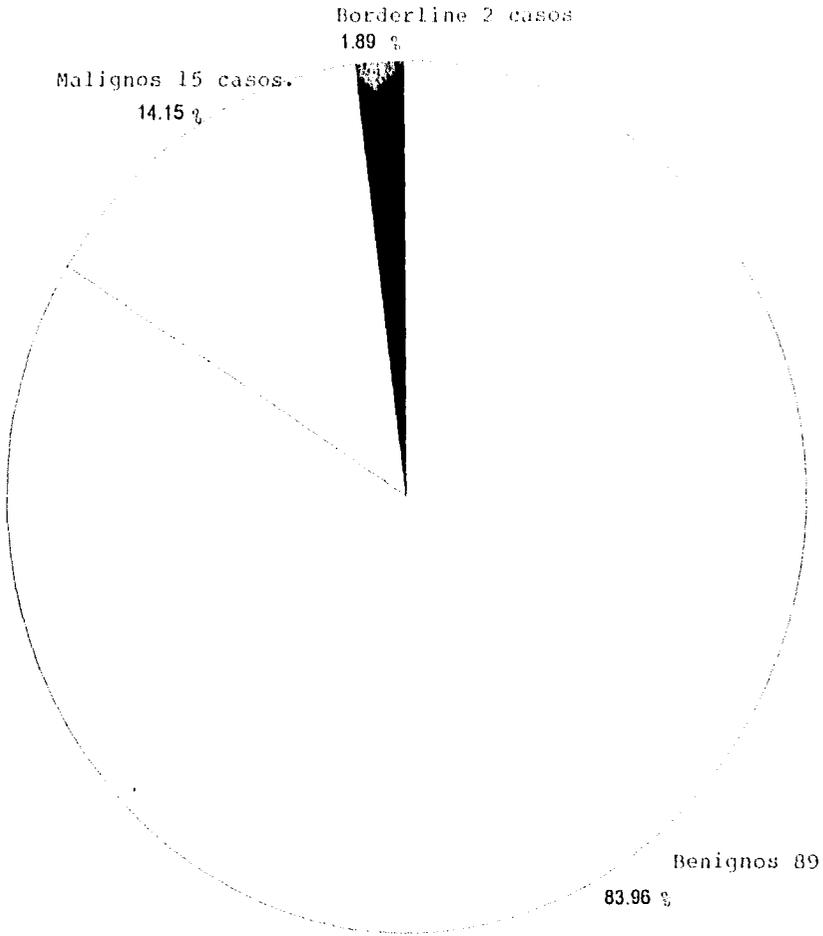
Dichos porcentajes concuerdan con los datos de el estudio anterior en que se reportó un 82.9% de tumores benignos y un 17.1% de tumores malignos.

Con los datos anteriores se establece que la relación que existe entre tumores benignos y malignos en pacientes de el Hospital General " Dr. Miguel Silva " es el de un tumor maligno por 5 benignos (5.23), y en el estudio anterior un tumor maligno por cada 4.8 tumores benignos.

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1991-1994



GRAFICA No. 1.

FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA

La distribución que guardan los tumores benignos de ovario -- con la edad, es la siguiente, se encontró la mayor incidencia en la cuarta década de la vida con un 32.58%, seguido de la tercera década 21.34% y la quinta con 16.85%. Las décadas que mostraron menor incidencia fueron la octava, séptima y segunda, no se reportó ningún caso en mayores de 80 años. Gráfica No. 2.

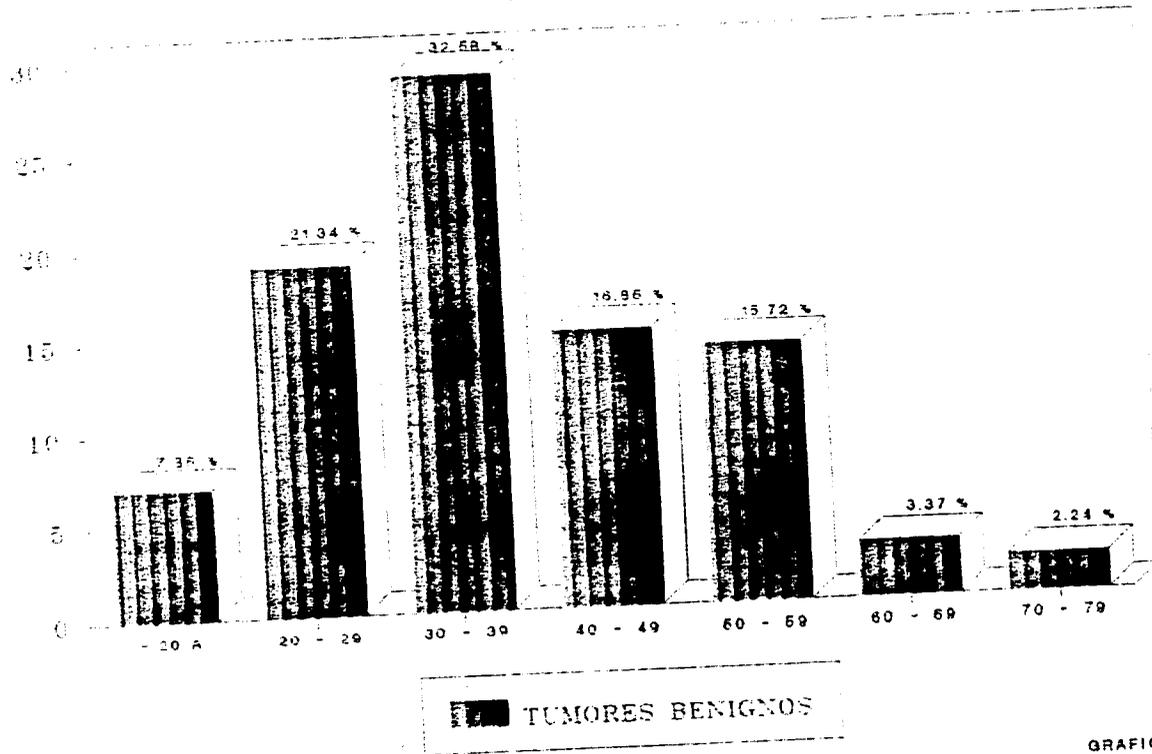
En cuanto a los tumores malignos de ovario se encontró igual incidencia en la tercera, cuarta, quinta y séptima década de la vida con 3 casos en cada una para un 17.64%. En la octava y segunda década se encontró un caso (5.88%), Gráfica No. 3.

Tanto en tumores de ovario malignos como benignos no se encontraron antecedentes heredofamiliares de cáncer de ovario, pero se encontró antecedente de cáncer en otros órganos en un 10% en tumores malignos y en un 12% en tumores benignos.

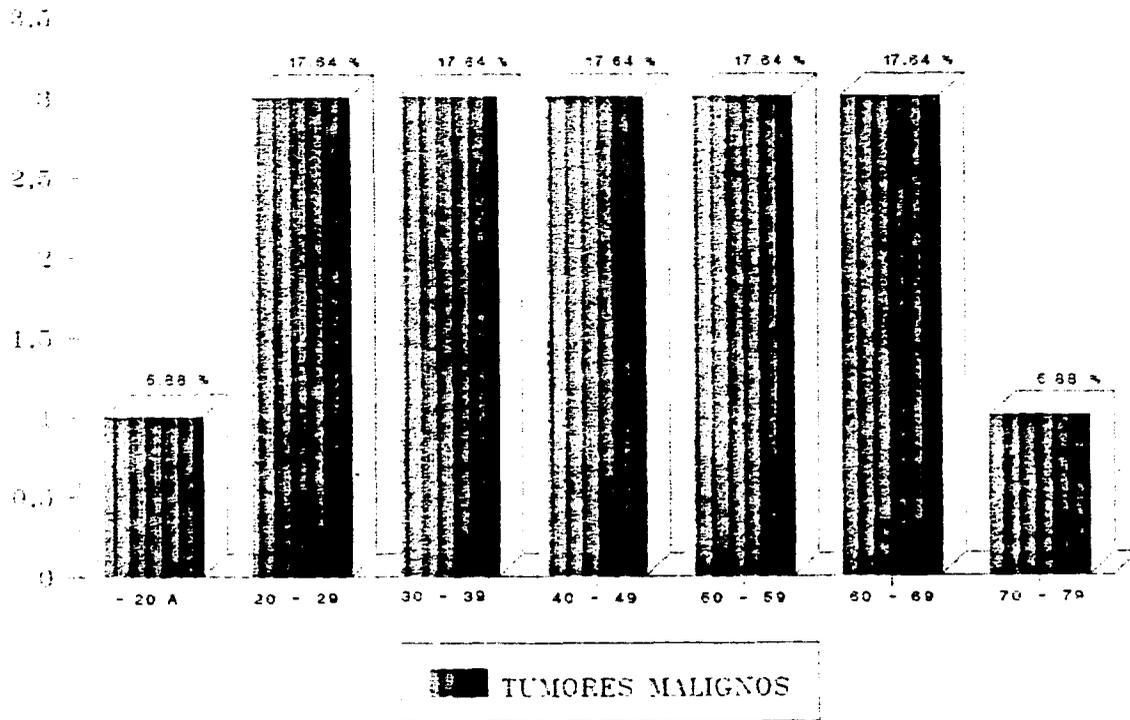
En cuanto a la presentación de el padecimiento con la etapa reproductiva de la vida, se encontró que los tumores benignos de ovario se presentaron en premenopausicas en 67 casos con un 75.28% y 22 casos en postmenopausicas con un 24.71%. En el estudio anterior las neoplasias benignas se encontraron en un 77.6% en pacientes premenopausicas y en un 22.4% en pacientes postmenopausicas. Datos que señalan una mayor incidencia de estas lesiones en la etapa reproductiva de la vida, estos datos se pueden corroborar en la Gráfica No. 4.

La distribución de tumores malignos en cuanto a la etapa reproductiva de la vida fué premenopausicas 9 casos 52.94% y postmenopausicas 8 casos 47.06%. Gráfica No. 5.

TUMORES DE OVARIO. EXP. HOSPITAL GEN. "DR. MIGUEL SOTO". 1991 - 1994



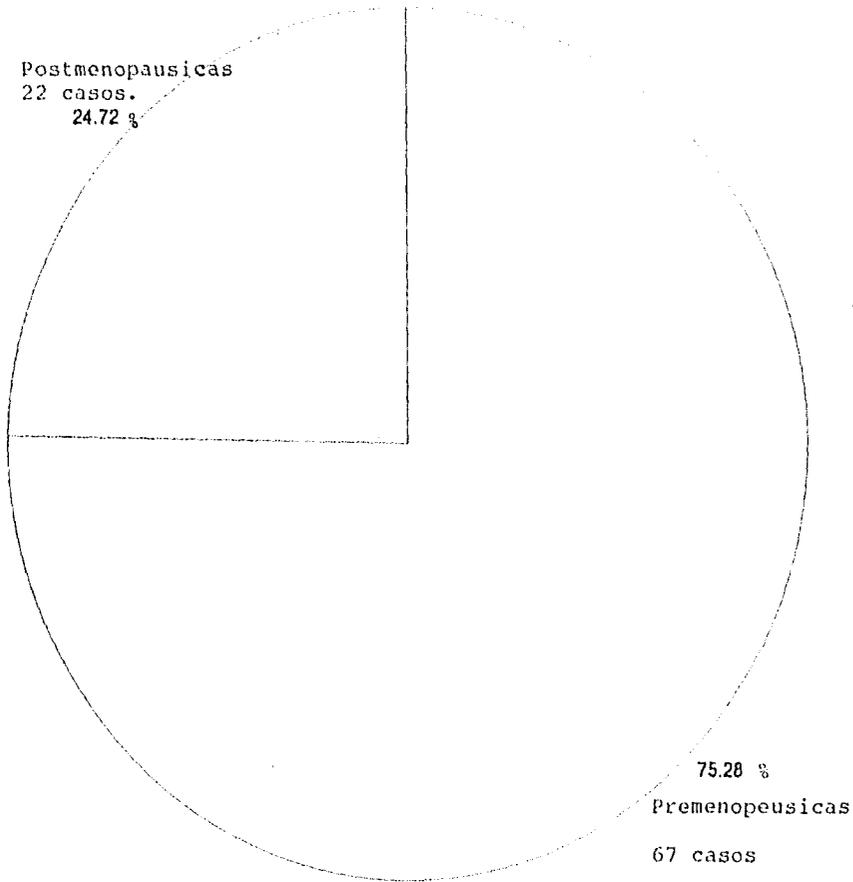
TUMORES DE OVARIO.
 H. P. HOSPITAL PRAL. "DR. MIGUEL LUGO S."
 1991 - 1994



TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1991-1994



TUMORES BENIGNOS.

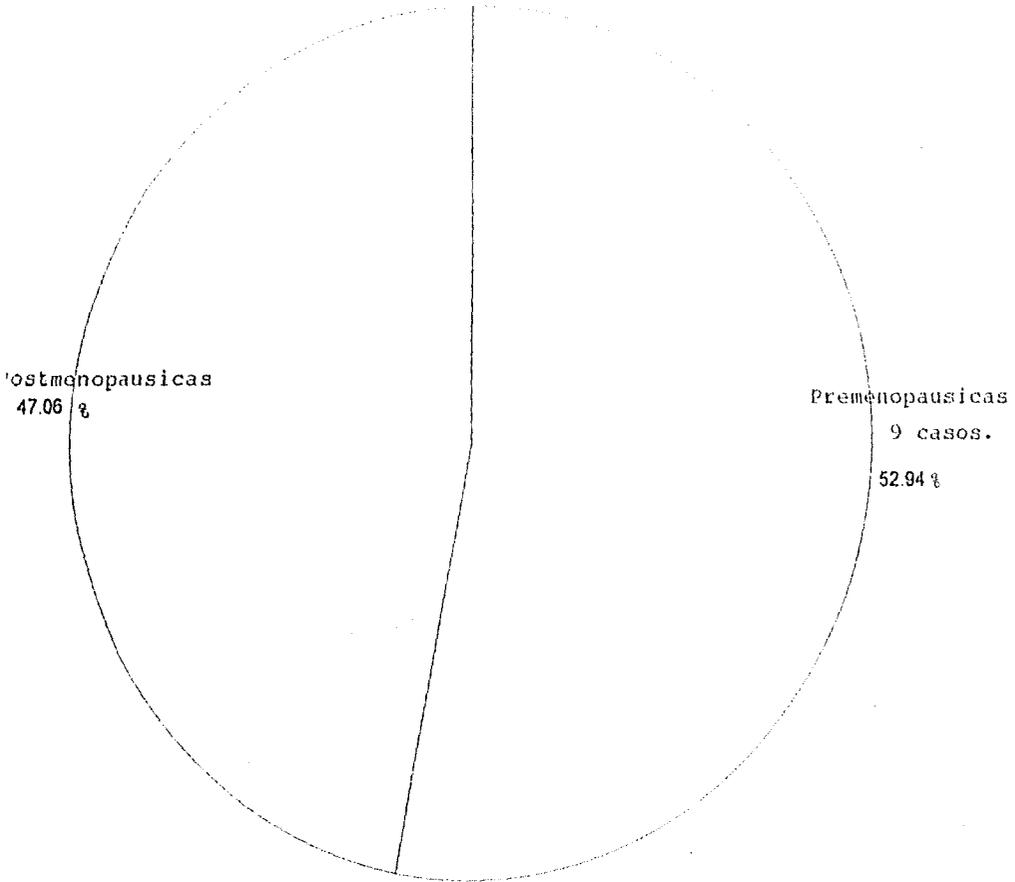
GRAFICA No.4.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1991-1994



TUMORES MALIGNOS

GRAFICA No. 5.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

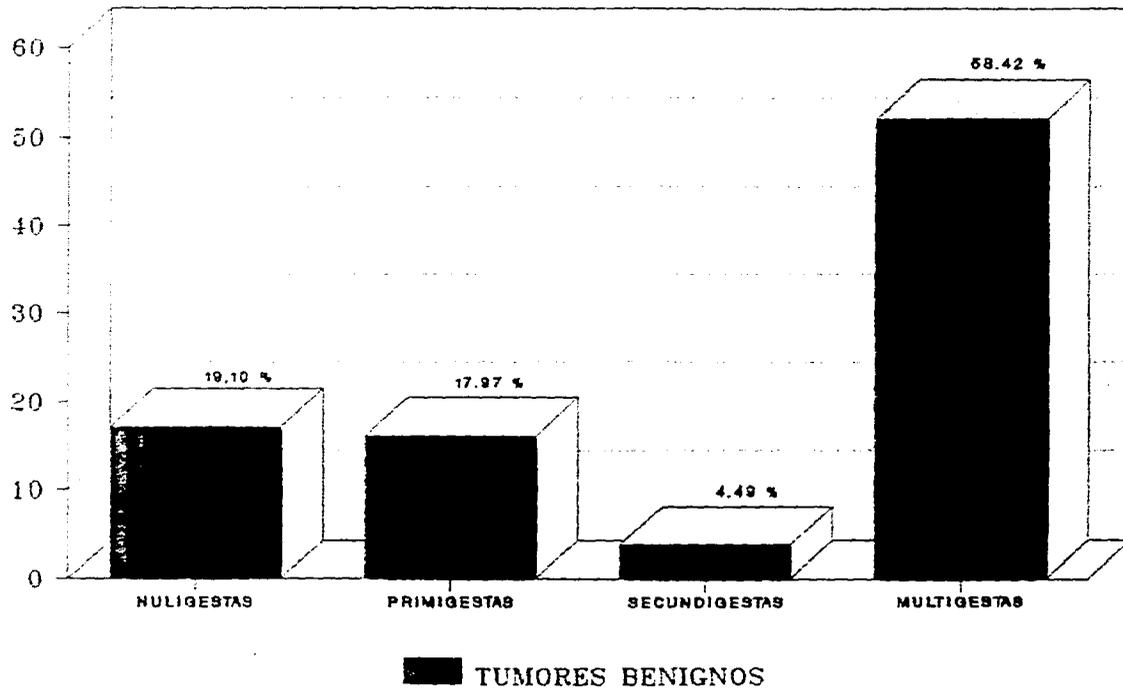
La paridad elevada y el uso de anticonceptivos orales producen una menor frecuencia de ovulación, cuyo traumatismo ha sido considerado como factor contribuyente en la génesis de el cáncer de ovario. Se ha reportado también que el cáncer de ovario disminuye su incidencia en pacientes con paridad temprana, dato que no se pudo comprobar en este estudio, ya que no se contaba con información en los expedientes clínicos acerca de la edad de la primera gesta.

La distribución de los tumores benignos de ovario en cuanto a la paridad presentaron su mayor frecuencia en multigestas 52 casos que corresponden a un 58.42%, le siguió en frecuencia las nuligestas con 17 casos que corresponden a un 19.1%. Gráfica No. 6.

La distribución en cuanto a paridad de los tumores malignos está referida en la gráfica No. 7, encontrándose la mayor incidencia en las multigestas con 11 casos para un 64.7%, la distribución entre nuligestas, primigestas y secundigestas fué unicamente de 2 casos que corresponden a un 11.76%.

Los síntomas en relación a los tumores de ovario, son generalmente manifestaciones tardias de la enfermedad, en una revisión de la literatura, se reportó que los síntomas que se presentaban en forma inicial en pacientes con cáncer de ovario eran dolor en el 57% de los casos, y distensión abdominal en el 51% de los casos. Se ha reportado en la literatura que el 25% de pacientes con cáncer de ovario presentaban como síntoma inicial alteración funcional o metrorragia postmenopausica.

TUMORES DE OVARIO
EXP. HOSPITAL GRAL. " DR. MIGUEL SILVA "
1991 - 1994

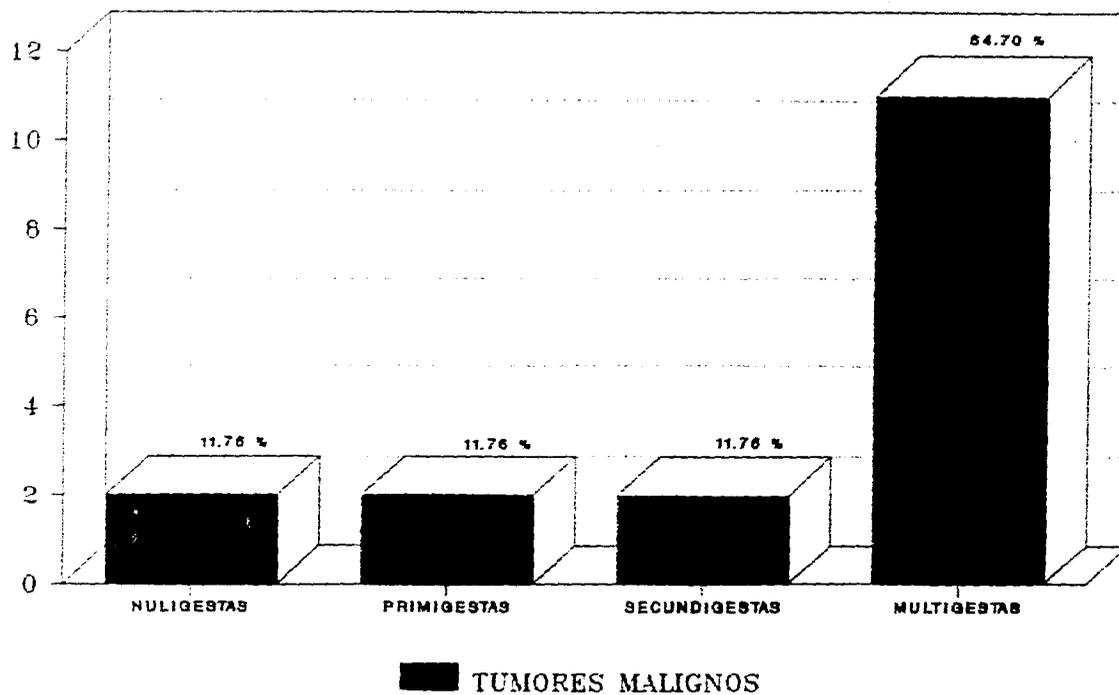


FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRUPOS DE EDAD

GRAFICA N° 6

TUMORES DE OVARIO
EXP. HOSPITAL GRAL. " DR. MIGUEL SILVA "
1981 - 1994



FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRUPOS DE EDAD

GRAFICA N° 7

La sintomatología inicial que presentaron las pacientes con padecimiento benigno de este estudio fué dolor en el 41.57%, aumento de volumen en el 32.58%, es de hacer notar que el 39% de las pacientes curso asintomática. Gráfica No.8.

Las primeras manifestaciones de pacientes con padecimiento maligno fué aumento de volumen en el 76.47%, síntomas compresivos 58.8%, dolor en el 41.17% y en el 11.16 % cursó asintomática. Gráfica No. 9.

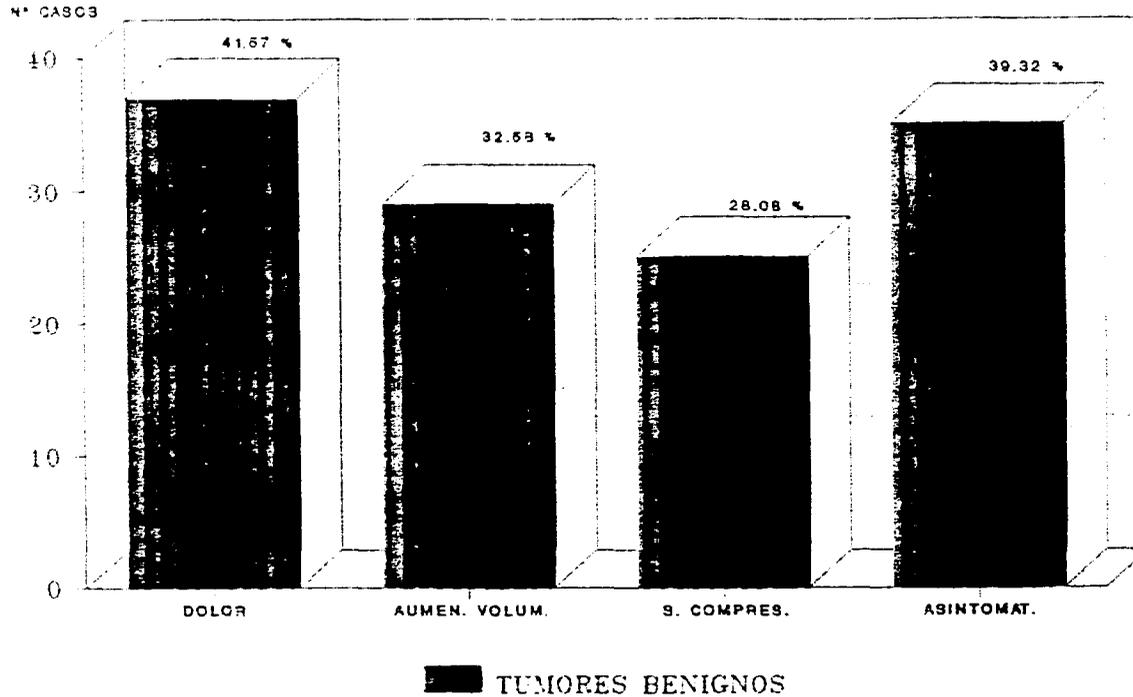
En cuanto a la presentación de transtornos menstruales, solamente se presentaron en un caso de tumor maligno, lo que corresponde a un 5.88%. Gráfica No. 10.

Las complicaciones en los casos de tumores benignos ocurrieron en 20 casos, que corresponde a un 22.17%, 17 casos de torsión de pedículo, infección en un caso, ruptura en un caso. La infección al parecer fué secundaria a enfermedad pélvica inflamatoria la paciente curso con mala evolución y falleció a causa de septicemia. Gráfica No. 11.

Las complicaciones en tumores malignos fueron de el 5.88% un caso de ruptura, mismo que se presentó durante el evento quirúrgico.

La evolución de los tumores benignos fué en 33.7% de los casos menor de 6 meses , 17.97% de las pacientes dejaron evolucionar su padecimiento más de un año y en 38 casos 42.67% se ignora la evolución, ya que las pacientes cursaron asintomáticas. Gráfica No. 12.

TUMORES DE OVARIO
 EXP. HOSPITAL GRAL. " DR. MIGUEL SILVA "
 1991 - 1994

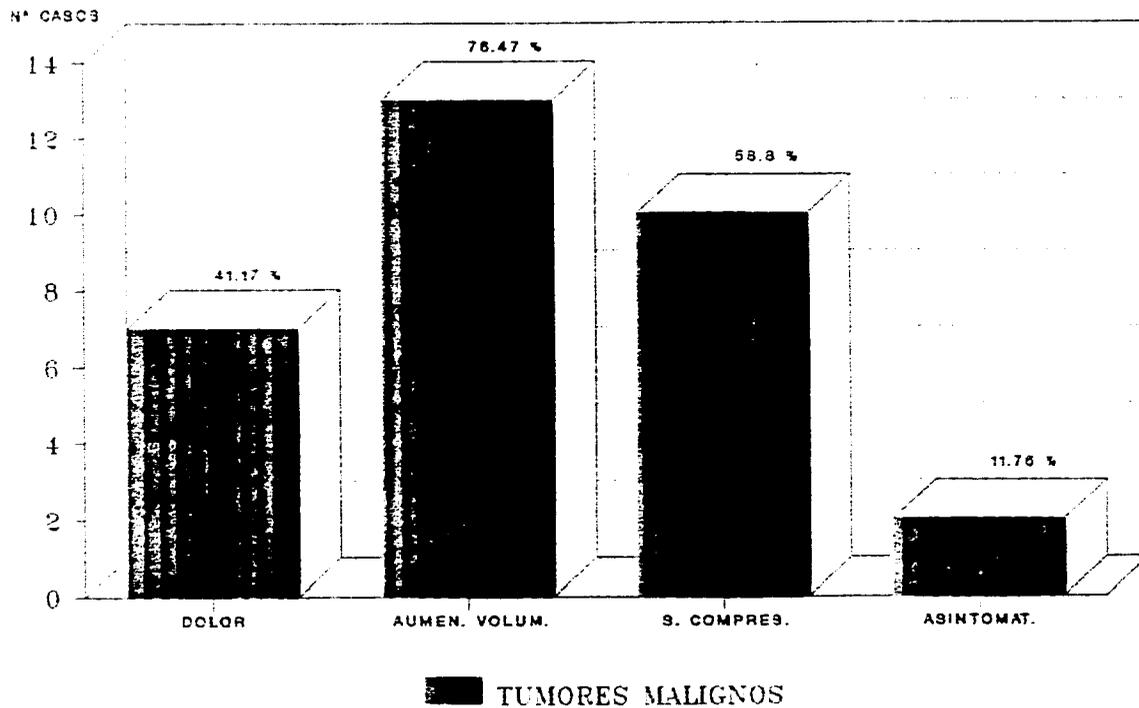


FUENTE: ARCHIVO CLINICO

SINTOMATOLOGIA

GRAFICA Nº 8

TUMORES DE OVARIO
EXP. HOSPITAL GRAL " DR. MIGUEL SILVA "
1991 - 1994



FUENTE: ARCHIVO CLINICO

SINTOMATOLOGIA

GRAFICA N° 9

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1991-1994



TUMORES MALIGNOS.

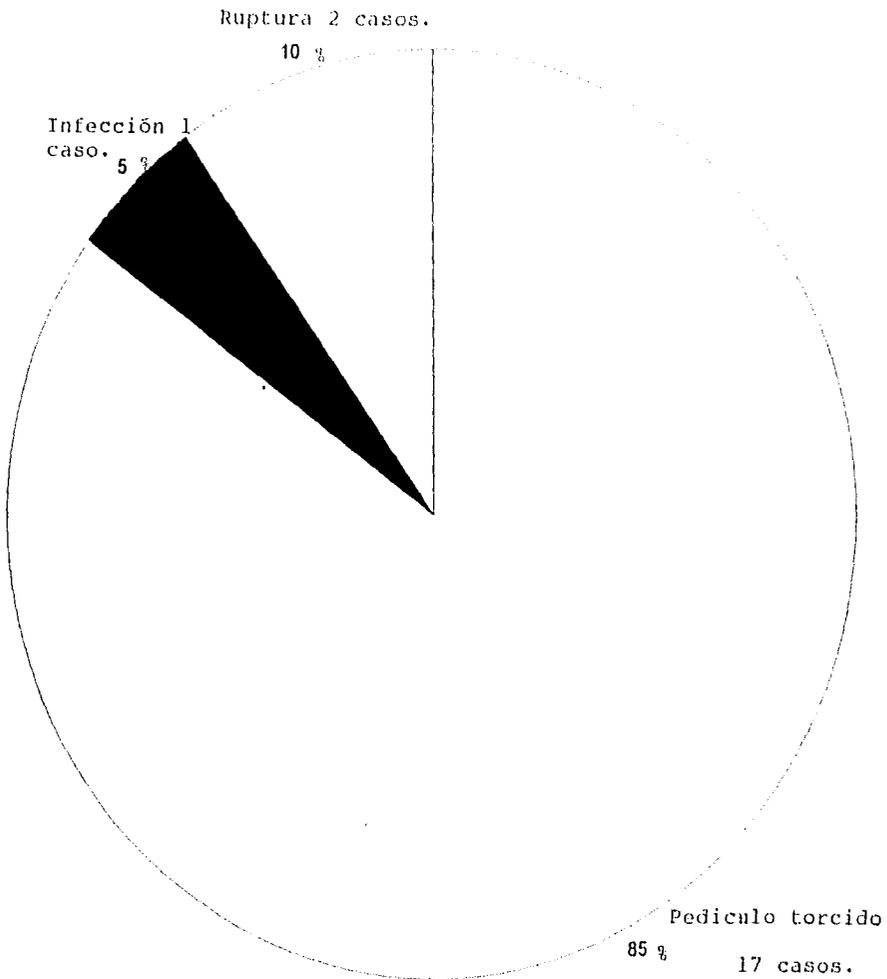
GRAFICA No.10.

FUENTE:ARCHIVO CLINICO

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

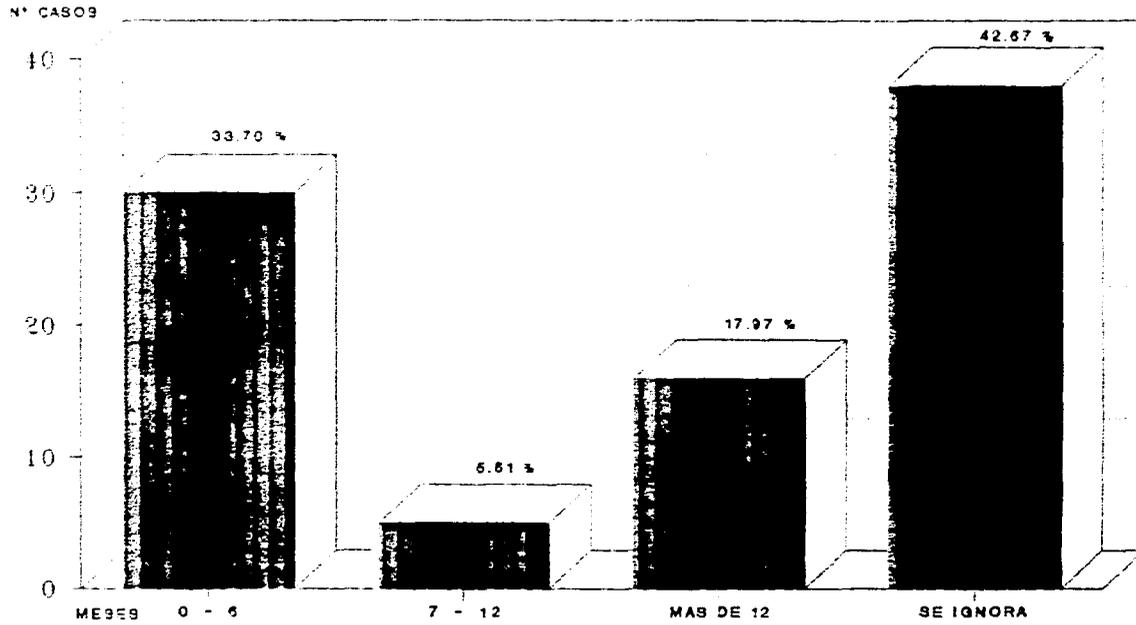
1991-1994



COMPLICACIONES
TUMORES BENIGNOS
GRAFICA No. 11.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO
EMP. HOSPITAL GRAL. " DE MIGUEL SILVA "
1991 - 1994



■ TUMORES BENIGNOS

EVOLUCION EN BASE A SINTOMATOLOGIA.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA N° 12

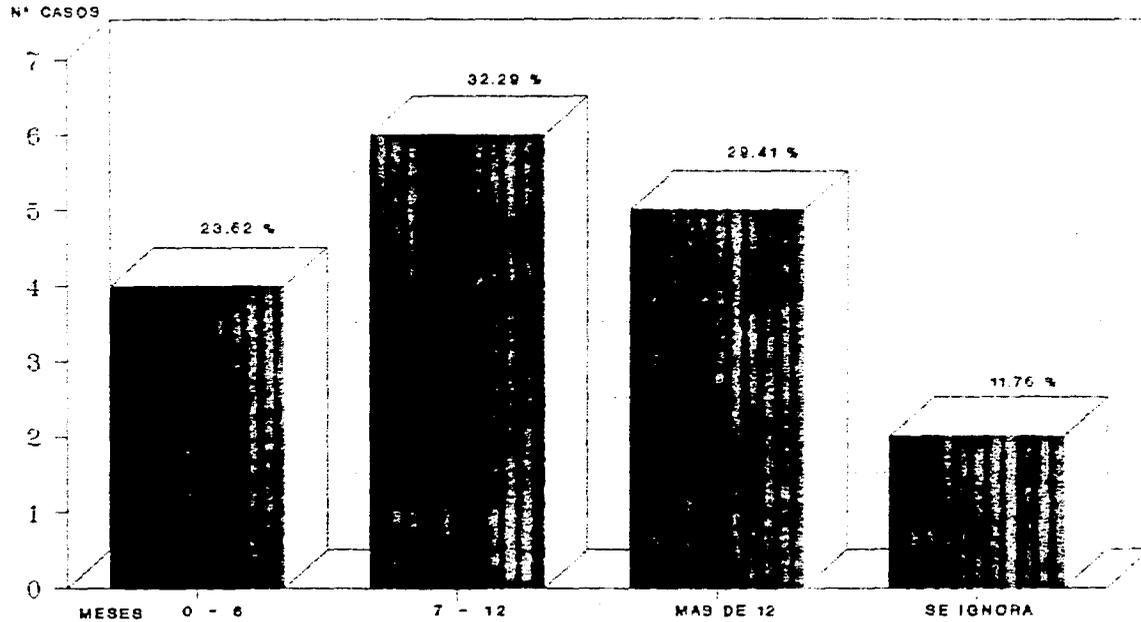
La evolución de los tumores malignos en 6 casos fué de 6 a 12 meses y 5 pacientes dejaron evolucionar su padecimiento más de 12 meses, únicamente 2 pacientes cursaron asintomáticos. Gráfica No. 13.

La asociación de tumor benigno de ovario con embarazo ocurrió en 13 pacientes (14.6%) el total de estos embarazos fueron - intrauterinos, de las 13 pacientes, 7 cursaban con embarazos mayores de 37 semanas de gestación, de las cuales solamente una presentó abdomen agudo por torsión de el tumor, por lo que se sometió a laparotomía exploradora y cesarea, en los 6 casos restantes la indicación de la cirugía fué por ruptura de membranas, presentación pélvica o cesarea previa y el diagnóstico de tumor de ovario fué incidental. Tres pacientes cursaban con un embarazo entre 20-36 semanas de gestación. Tres pacientes cursaban con embarazo menor de 20 semanas de gestación y las tres presentaron abdomen agudo por torsión de el tumor ovárico. No hubo asociación de embarazo y tumor maligno de ovario. Gráfica No. 14.

Los tumores benignos se asociaron además con otros padecimientos, como miomatosis uterina en 11 casos, colecistitis en 2 casos, neoplasia intraepitelial cervical en 2 casos, esterilidad en 2 casos, alteraciones de la estática pelvica en 2 casos, adenomiosis e hiperplasia de endometrio en un caso cada uno, para un total de 21 casos. (23.4%). Gráfica No. 15.

Como estudio de gabinete auxiliar para el diagnóstico se uso principalmente el ultrasonido, en los padecimientos benignos el uso de este fué concluyente para el diagnóstico en un 49.43% de -

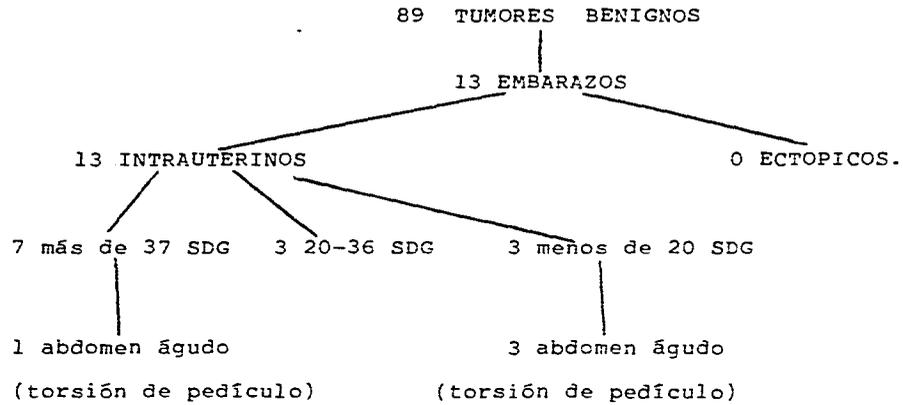
TUMORES DE OVARIO
 EXP. HOSPITAL GENL. " DR. MIGUEL SILVA "
 1991 - 1994



TUMORES MALIGNOS
 EVOLUCION EN BASE A SINTOMATOLOGIA.

TUMORES DE OVARIO, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL

"DR. MIGUEL SILVA" 1991-1994.

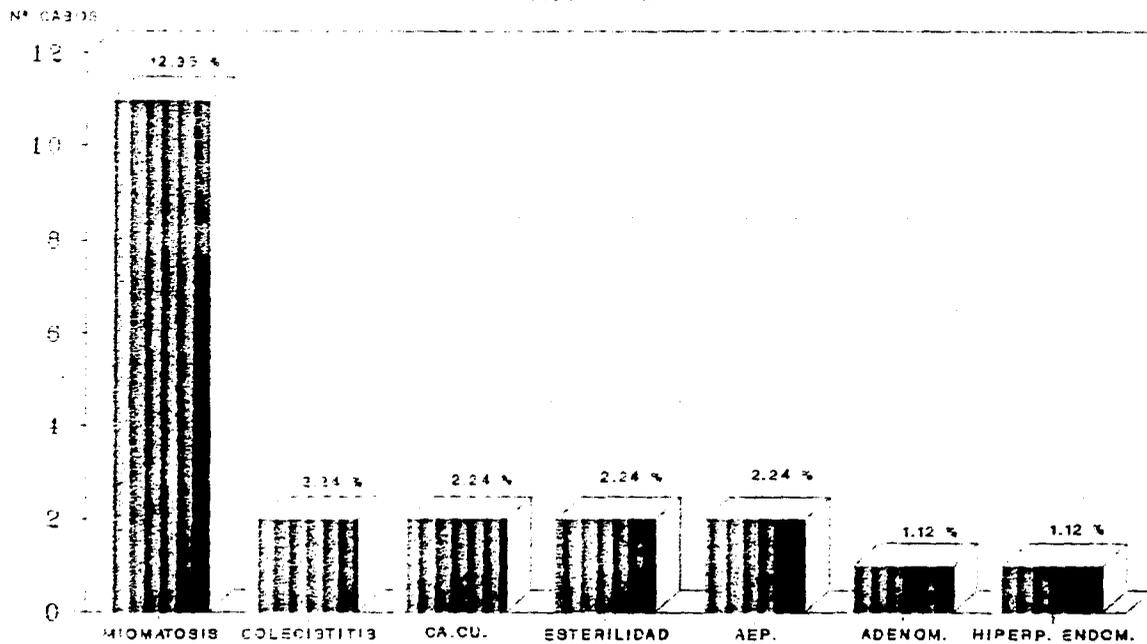


GRAFICA No. 14.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO.
EXP. HOSPITAL GENAL. " DEL MIGUEL SILVA "

1991 - 1994



PACIENTES ASOCIADOS

 TUMORES BENIGNOS

los casos (44). No concluyente en 9 casos (10.8%), a 36 pacientes no se les realizó ultrasonido (40.49%). Gráfica No. 16.

De las pacientes con padecimiento maligno, el ultrasonido - fué concluyente en el 76.47% de los casos y no se realizó en el - 23.52% de los casos. Gráfica No. 17.

Las pacientes con tumor benigno de ovario tratadas unicamente con excisión de la lesión fueron 59 para un 66.29%, ósto dado que no se encontró patología acompañante y las pacientes no tenían paridad satisfecha. Se les realizó cirugía más amplia a 30 pacientes 33.7% (HTA, colecistectomía, hernioplastia, etc). Gráfica No. 18.

En las pacientes con padecimientos maligno se les realizó - HTA con SOB, apendicectomía, omentectomía, con excepción de un caso en que el diagnóstico fué incidental, el diagnóstico preoperatorio fué miomatosis, en el transoperatorio se encontro tumor ovárico izquierdo y se le realizó además de la histerectomía salpingooforectomía izquierda, el reporte histopatológico fué cistadenocarcinoma papilar seromucinoso con invasión capsular, la paciente no aceptó cirugía complementaria.

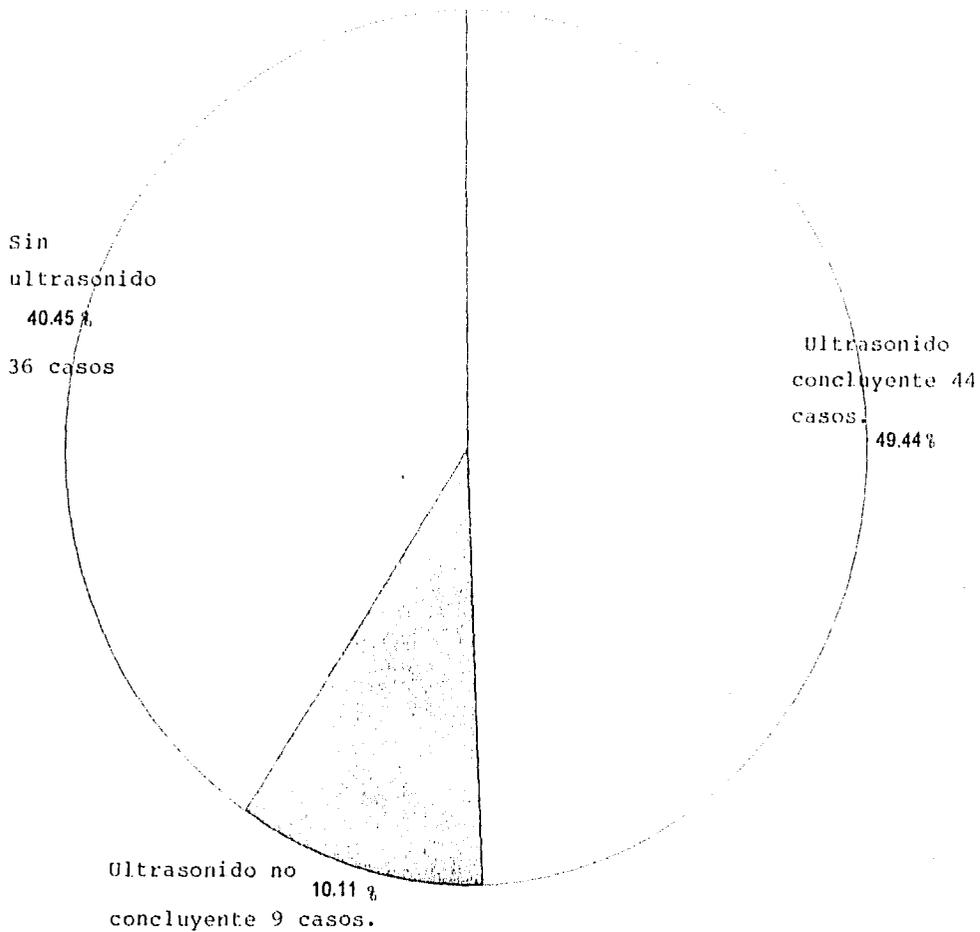
En las pacientes con padecimiento benigno en 88 casos 98.87 % la evolución fué satisfactoria, se presentó una muerte pero como consecuencia de infección probablemente secundaria a enfermedad pélvica inflamatoria. Gráfica No. 19.

El diagnóstico en pacientes con tumor ovárico benigno fué incidental en el 39.32% de los casos (35 pacientes). Se realizó

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1991-1994



TUMORES BENIGNOS.

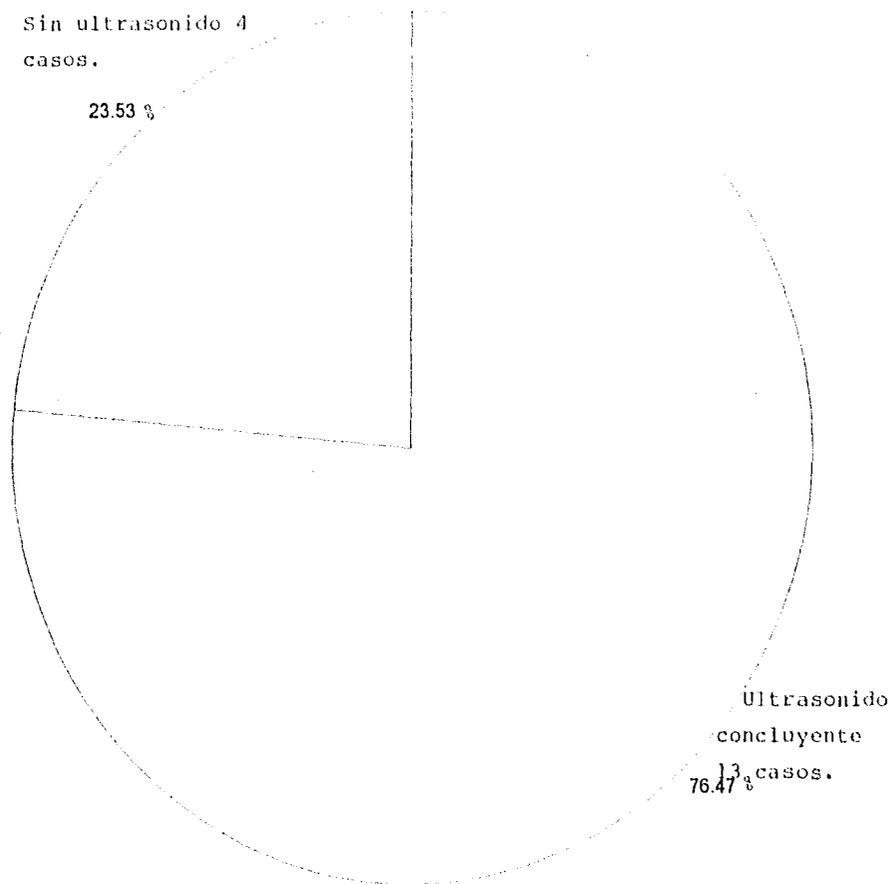
GRAFICA No. 16.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1991-1994

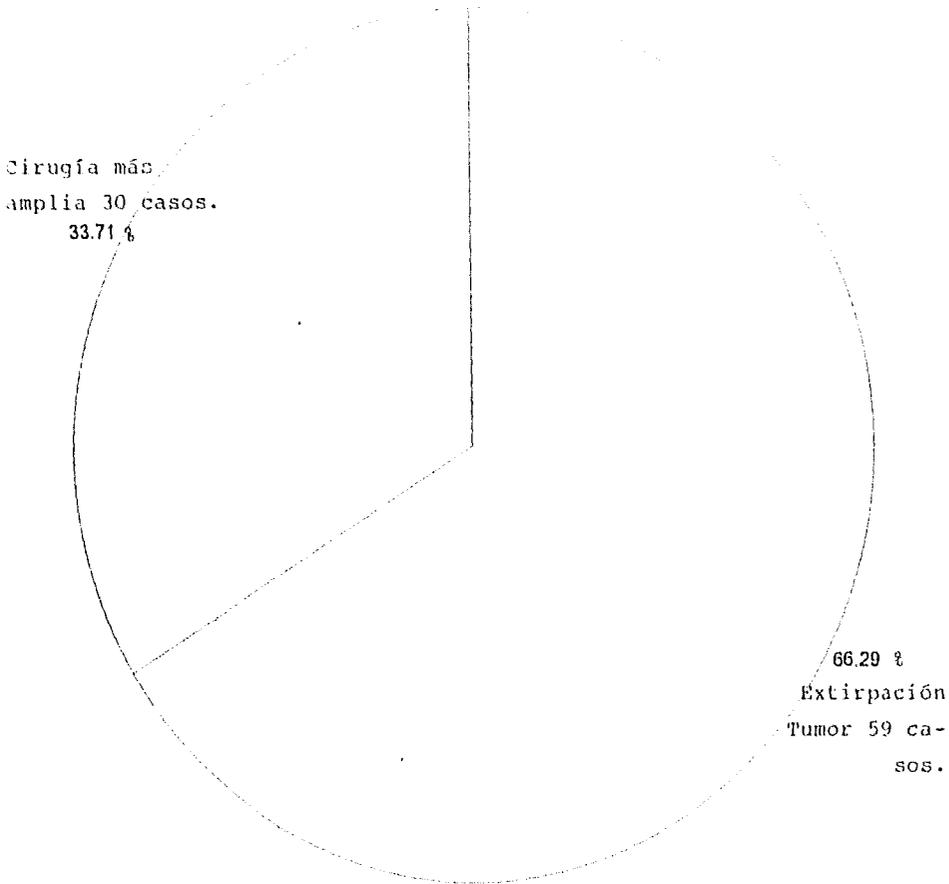


TUMORES MALIGNOS.

GRAFICA No. 17.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO
Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".
1991-1994.



TUMORES BENIGNOS

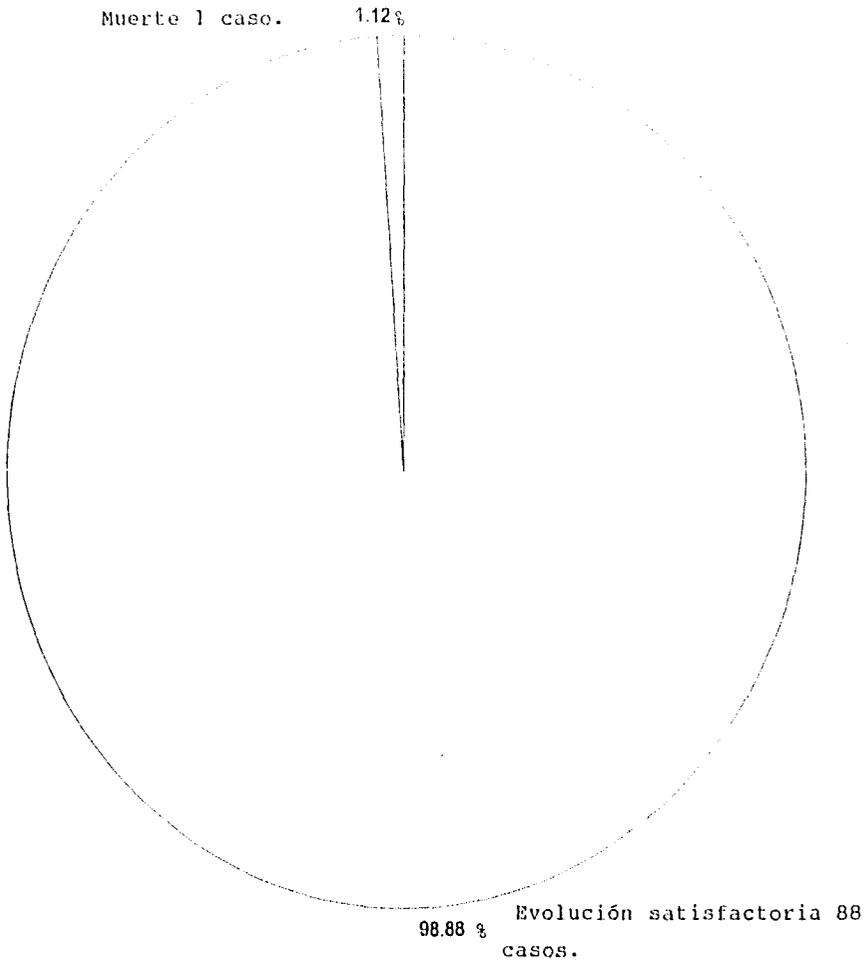
GRAFICA No. 18.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1991-1994



TUMORES BENIGNOS.

GRAFICA NO. 19.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

el diagnóstico preoperatorio en el 60.67% de los casos (54 pacientes) Gráfica No. 20.

Los tumores de ovario benignos encontrados en este grupo de pacientes desde el punto de vista histopatológico se agruparon de la forma siguiente:

GRUPO HISTOLOGICO	NUMERO	PORCENTAJE
Tumores epiteliales	61	67.41%
Tumores de células germinales	28	32.29%

Dentro de el grupo de los tumores epiteliales los predominantes fueron: cistadenomas serosos, cistadenofibroma. En lo correspondiente a los tumores de células germinales sólo se presentó el teratoma maduro con 28 casos. Gráfica No. 21.

La distribución de pacientes con padecimiento maligno por etapas es la siguiente.

Etapa I.- No se reportó ningún caso en esta etapa.

Etapa II.- Se presentaron 2 casos, los cuales actualmente se encuentran en vigilancia asintomáticas.

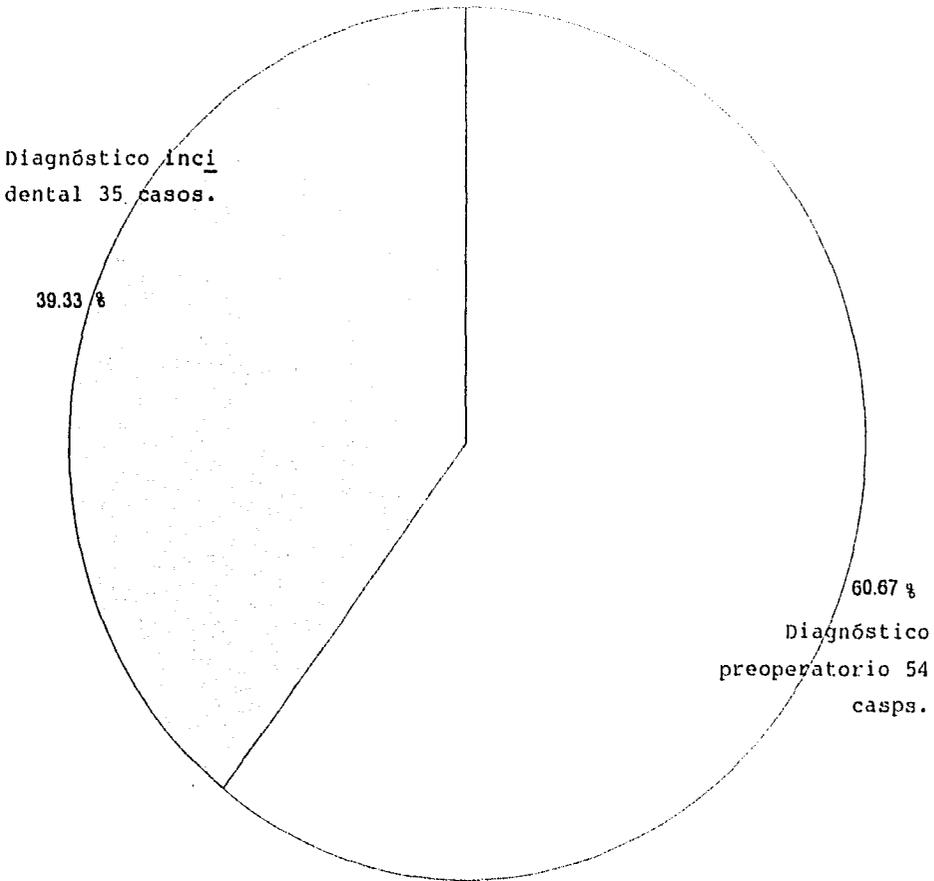
Etapa III.- En esta etapa se encontró la mayor incidencia -- con 8 casos, 5 en control actualmente.

Etapa IV.- Se presentaron 2 caso, una paciente abandono el tratamiento y la otra paciente fué referida al IMSS.

No etapificables por manejo previo 3 casos.

En las pacientes con padecimiento benigno se encontró bilateralidad en el 6.74% de los casos (6 pacientes) Gráfica No 22.

TUMORES DE OVARIO
Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".
1991-1994



TUMORES BENIGNOS.

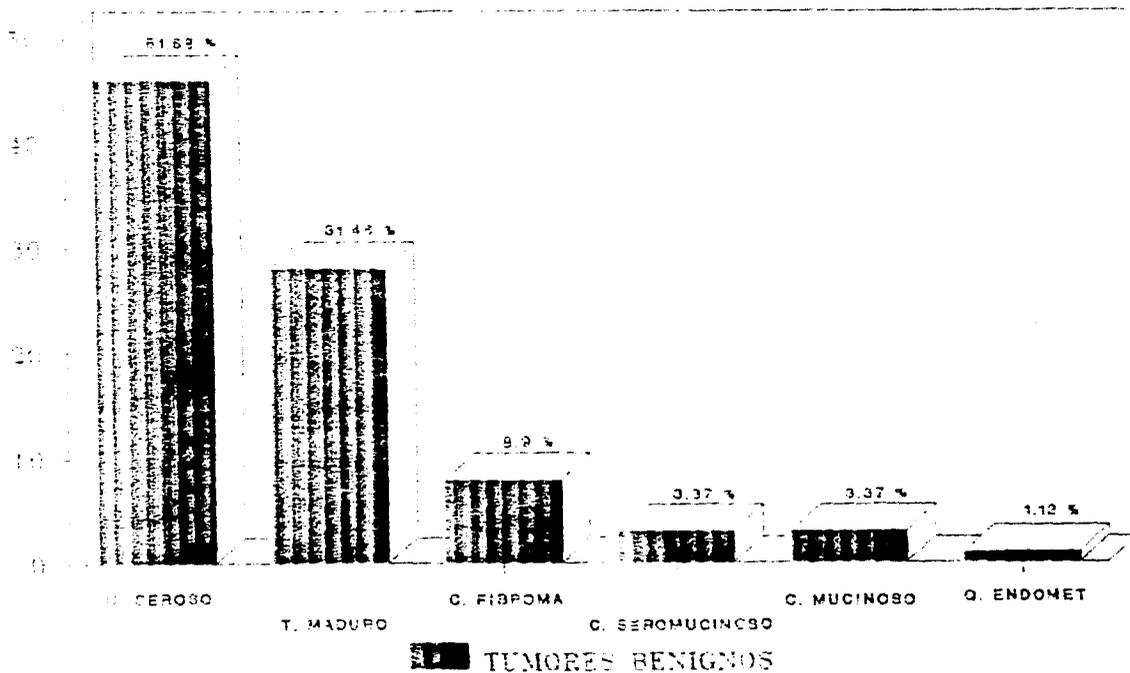
GRAFICA NO. 20.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO

EXP. HOSPITAL GENL. "DR. MIGUEL SILVA"

1981 - 1994



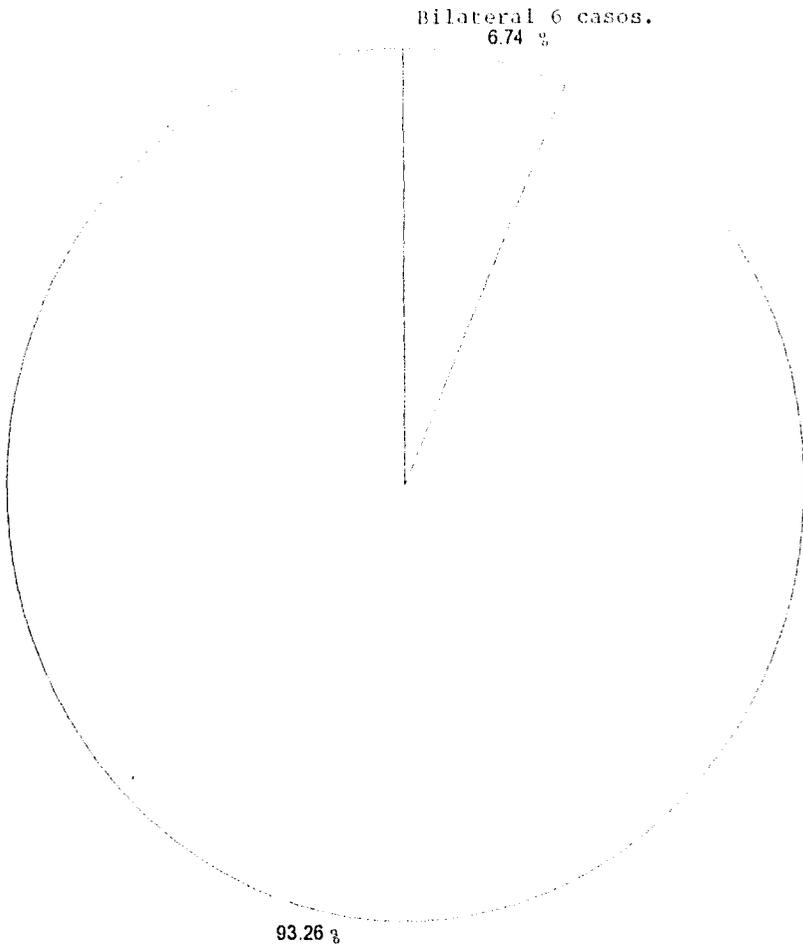
FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA

GRAFICA N°

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1991-1994



TUMORES BENIGNOS.

GRAFICA No. 22.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

En los tumores malignos, se encontró afección bilateral en sólo un caso, que corresponde al 5.88%. Gráfica No. 23.

La distribución de los tumores malignos en cuanto a grupo -- histológico es la siguiente: 11 casos de tumores epiteliales, 5 - casos de tumores de células germinales y 2 casos de tumores del - estroma sexual. Gráfica No. 24.

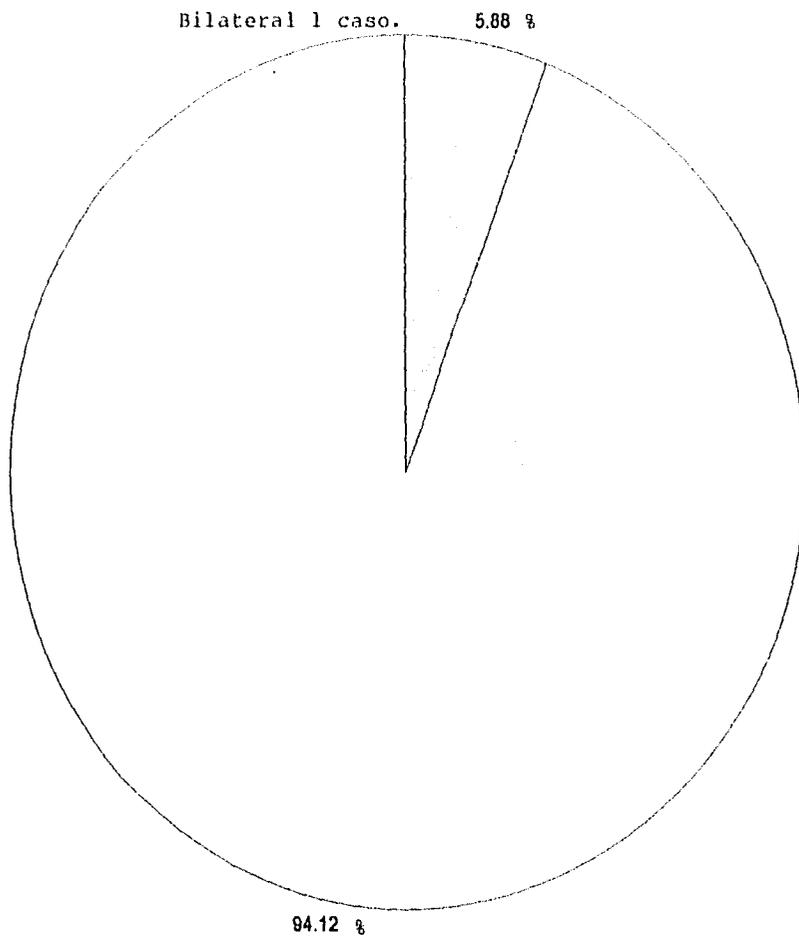
En cuanto al seguimiento de las pacientes, se refleja la falta de educación de las mismas, ya que de las pacientes con padecimiento benigno el 53.93% abandonaron el control y de estas el 30% no acudio por el reporte de el estudio histopatológico. En control se encuentran 40 paciente, que representan un 44.94%, se presentó una defunción por sepsis, probablemente secundaria a enfermedad pélvica inflamatoria. Gráfica No 25.

En el grupo de pacientes con padecimiento maligno los porcentajes son aún más desalentadores 7 pacientes abandonaron el control (41.17%), se encuentran actualmente en revisión 6 (35.29%) Se solicitaron 3 altas voluntarias y se presentó una defunción, (5.88%. Gráfica No. 26.

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1991-1994

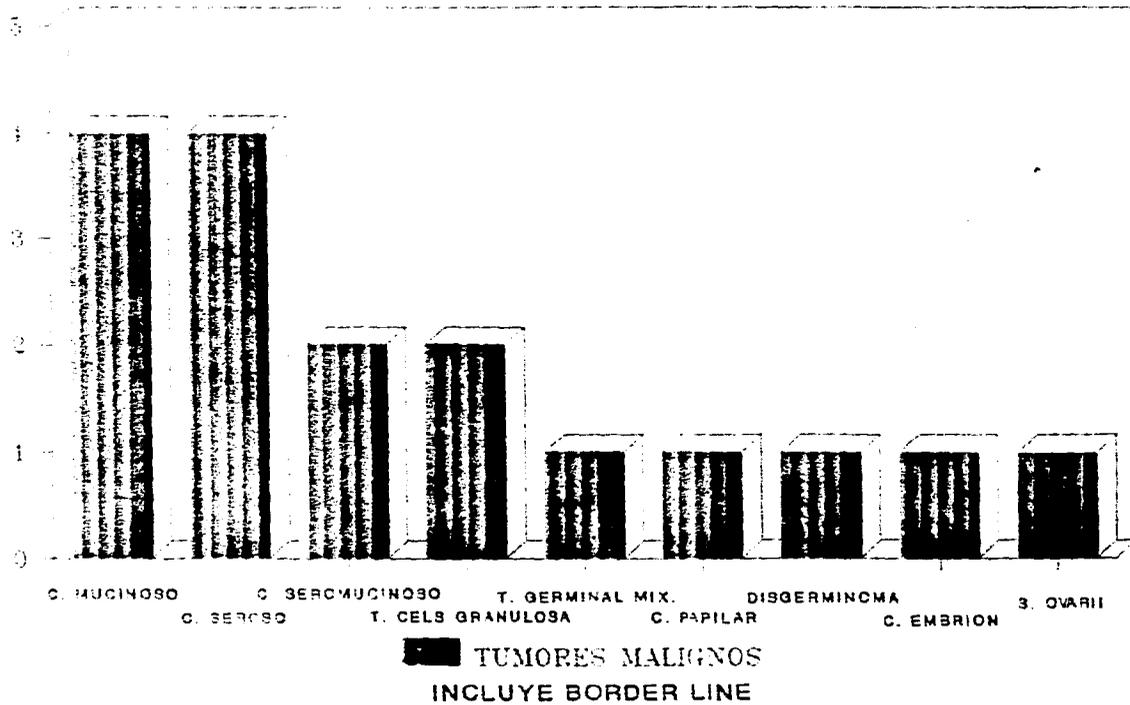


TUMORES MALIGNOS.

GRAFICA No. 23.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO
 EXP. HOSPITAL GRAL. " DR. MIGUEL SILVA "
 1991 - 1994



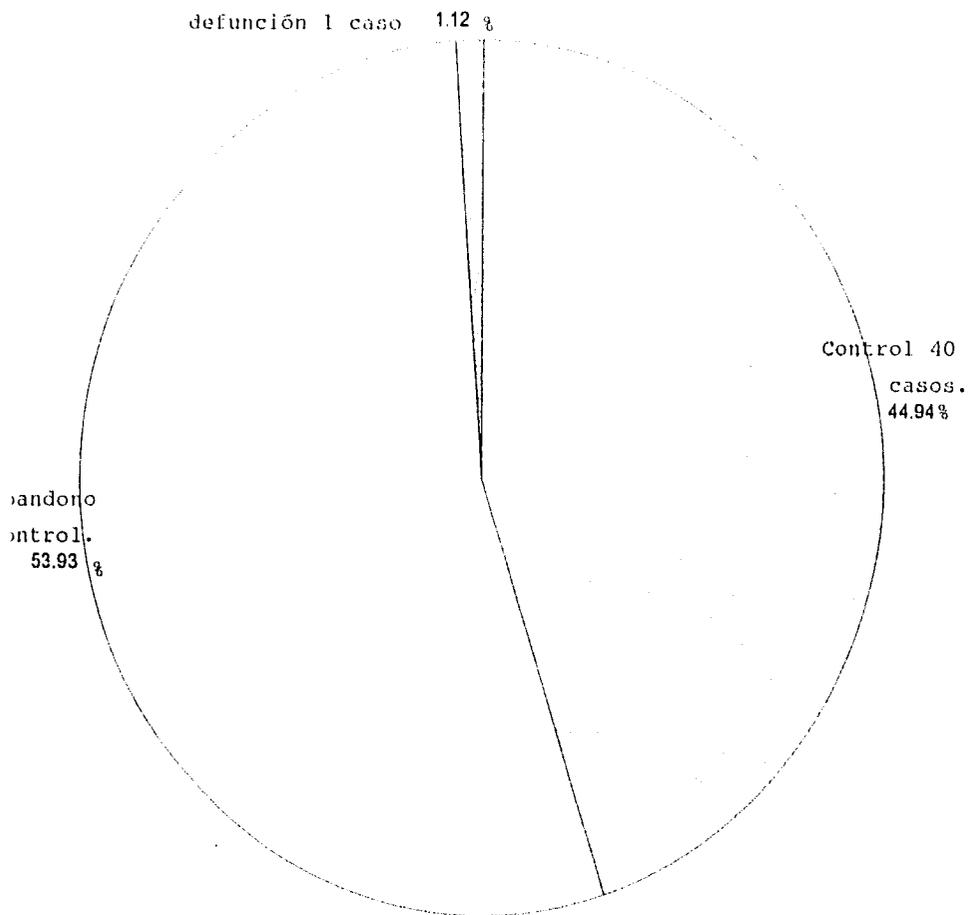
FUENTE: ARCHIVO DE PATOLOGIA.

GRAFICA N°

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1991-1994



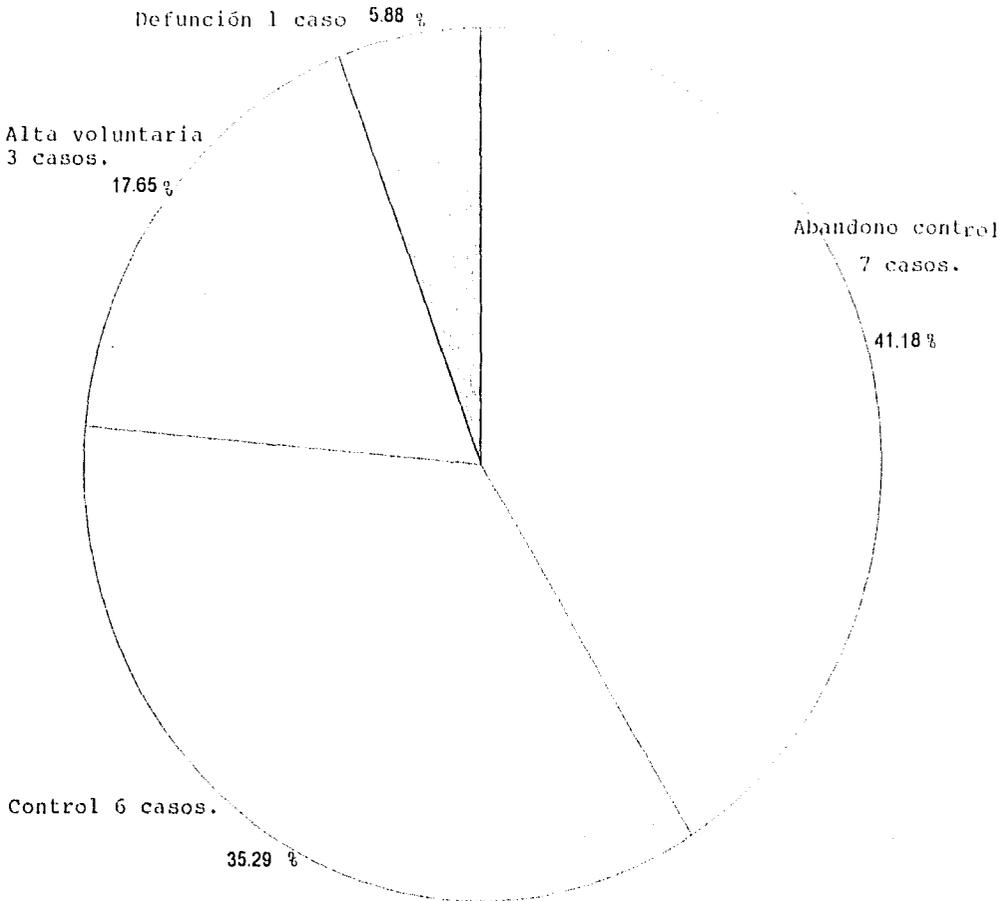
Seguimiento.

TUMORES BENIGNOS

GRAFICA No. 25.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO
Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".
1991-1994.



Seguimiento.

TUMORES MALIGNOS

GRAFICA NO. 26.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

De el total de pacientes con tumor de ovario estudiadas el- 83.96% presentaron tumor benigno y el 16.05% tumor maligno.

Tanto tumores benignos, como malignos de el ovario afectaron con mucha mayor frecuencia a pacientes en edad reproductiva.

TUMORES BENIGNOS.

La década de la vida en la que se encontró mayor incidencia- de estos fué en la cuarta década (32.58%), seguida de la tercera- y la quinta, de estas el 58.42% de las pacientes eran multiges-- tas.

La sintomatología predominante en este grupo de pacientes - fué dolor en el 41.57% de los casos, es de notar que el 39.32% de las pacientes dejaron evolucionar su padecimiento por más de 6 me-- ses.

En cuanto a las complicaciones más frecuentes en los tumores benignos, en primer lugar se encontró torsión de el pedículo con 17 casos e infección y ruptura con un caso cada uno.

En el 98.87% de las pacientes la evolución fué favorable.

El 67.41% de los tumores fué de tipo epitelial y el resto -- fueron tumores de células germinales, datos que concuerdan con - los del estudio anterior y datos de la literatura.

El 53.93% de las pacientes abandonaron el control y 44.94% lo continuaron.

TUMORES MALIGNOS.

La distribución de los tumores de ovario por décadas fué igual para la tercera, cuarta y quinta década, no se encontraron casos en personas mayores de 80 años.

Al igual que los tumores benignos, la mayor incidencia se encontró en multigestas 64.7%.

Está documentado en la literatura que los síntomas iniciales de los tumores malignos de ovario son los síntomas compresivos, sin embargo, en el tipo de pacientes que se maneja en el hospital el síntoma que más les causo alarma y las hizo acudir a solicitar atención médica fué aumento de volumen en un 76.47%, seguido de síntomas compresivos en el 58.8%. Solamente uno de los 17 casos de pacientes con padecimiento maligno presentó trastornos menstruales.

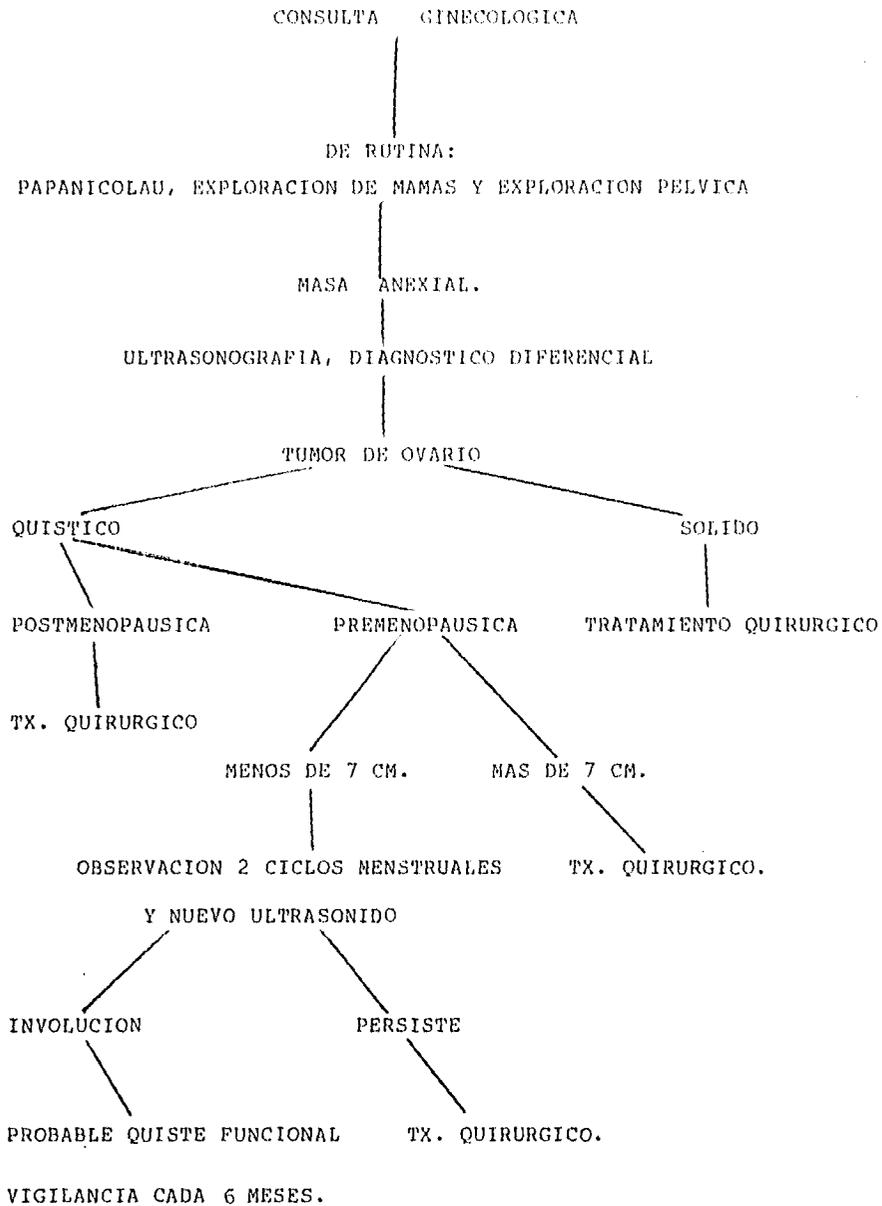
La etapa en la que se encontró mayor incidencia fué la etapa III con 8 casos. es de hacer notar que en los estadios tempranos la incidencia fué muy baja y que gran porcentaje de pacientes con estadio avanzado abandonaron el tratamiento por falta de recursos económicos.

La distribución de los tumores malignos en cuanto a grupo -- histológico es la siguiente 11 casos de tumores epiteliales, 5 ca sos de tumores de células germinales y 2 casos de tumores del estroma sexual.

El 41.17% de las pacientes con padecimiento maligno abandonaron el control, sólo 35.29% lo continuaron.

Como ya se mencionó es de gran importancia la educación médica de las pacientes, para que éstas solicitan atención médica oportuna, y se detecten los padecimientos en etapas más tempranas y así mismo mejore notablemente el pronóstico de el mismo, también se les debe de hacer notar la importancia del seguimiento y manejo posterior al diagnóstico de su problema de salud.

Siguen siendo válidas las recomendaciones de el estudio clínico anterior, por lo que se exponena a continuación.



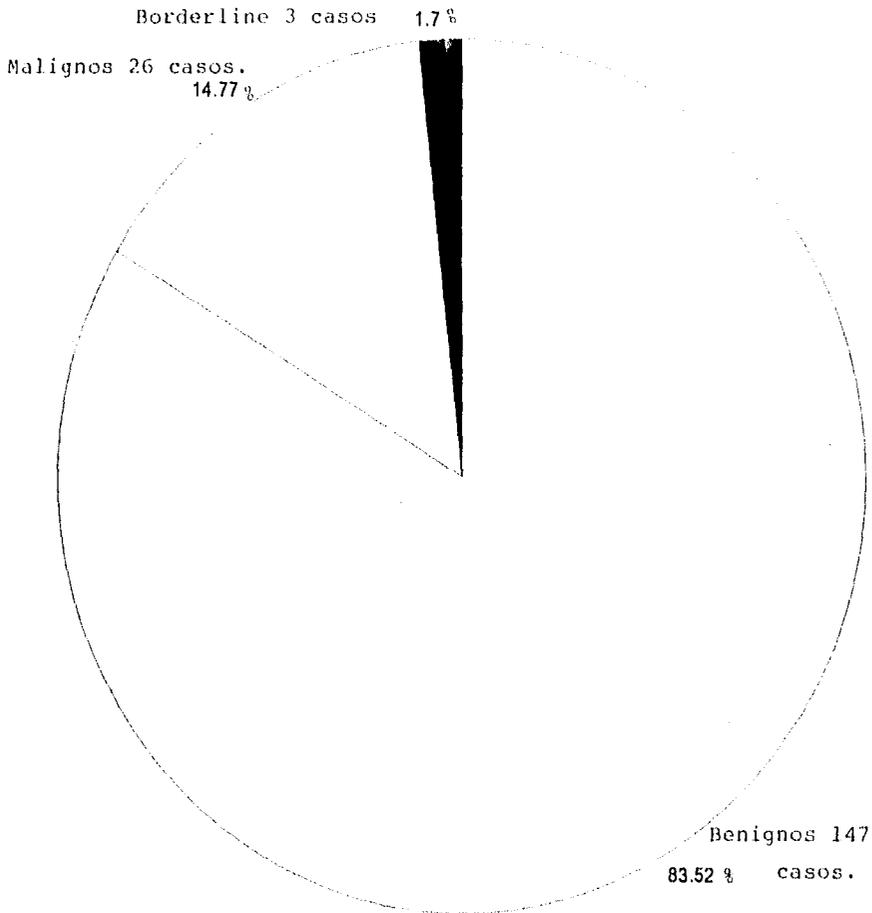
TUMORES DE OVARIO.

Gráficoado conjunto de dos estudios clínicos que comprenden el periodo del 1ro. de Enero de 1987 al 31 de Diciembre de 1994.

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1987-1994

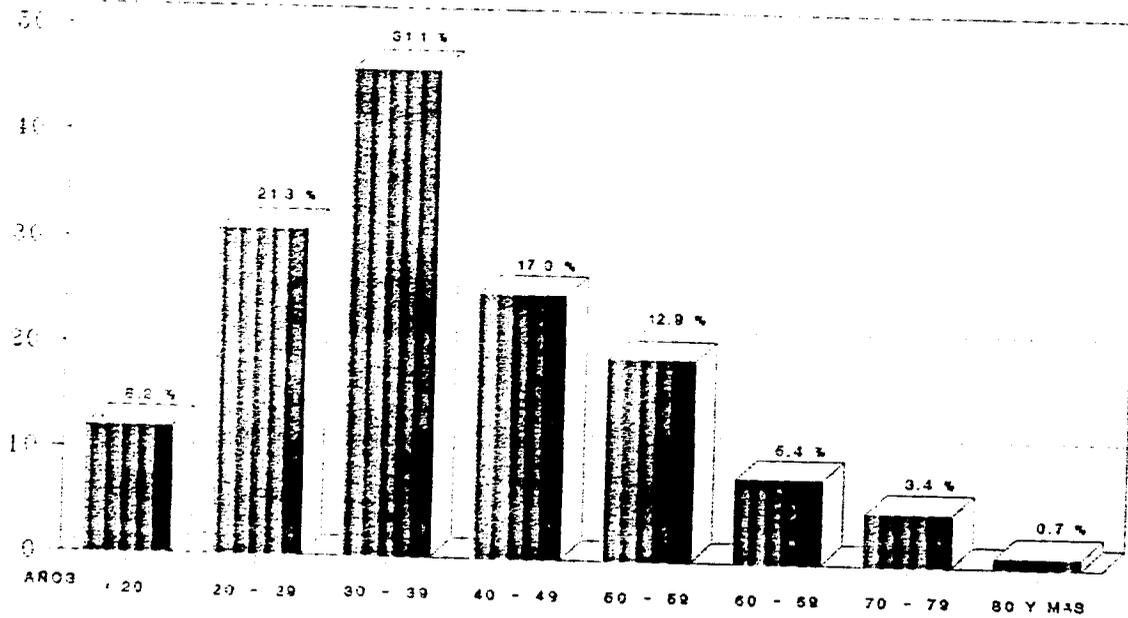


GRAFICA No. 27.

TUMORES DE OVARIO
EXP. HOSPITAL GRAL " DR. MIGUEL SILVA "

N° 24333

1987 - 1994



 TUMORES BENIGNOS
GRUPOS DE EDAD

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

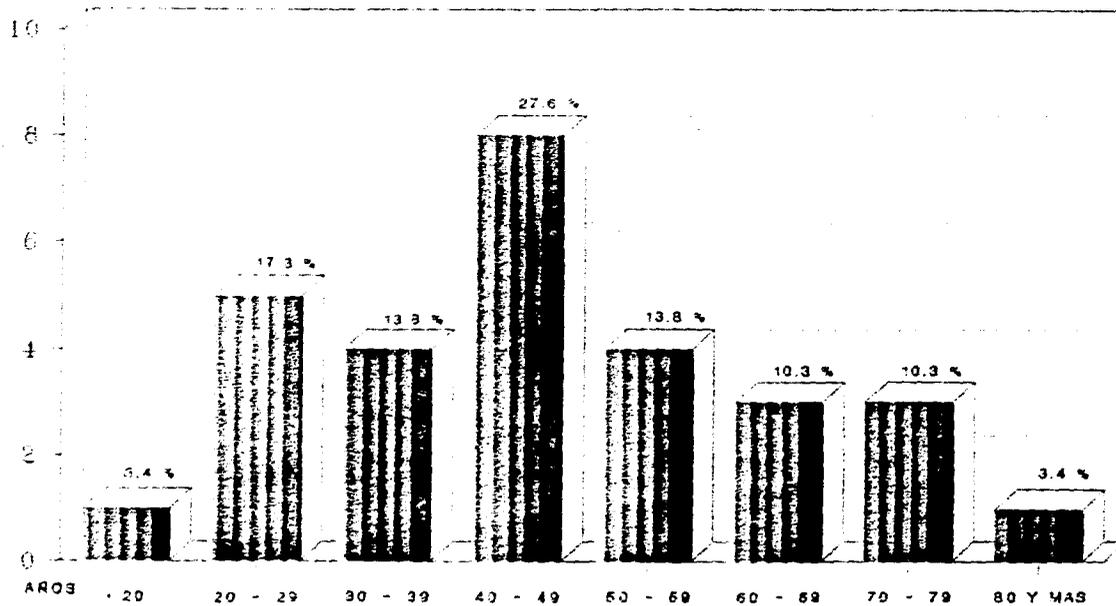
GRAFICA N° 28

TUMORES DE OVARIO

EXP. HOSPITAL GRAL " DR. MIGUEL SILVA "

1987 - 1994

Nº CASOS



TUMORES MALIGNOS

GRUPOS DE EDAD

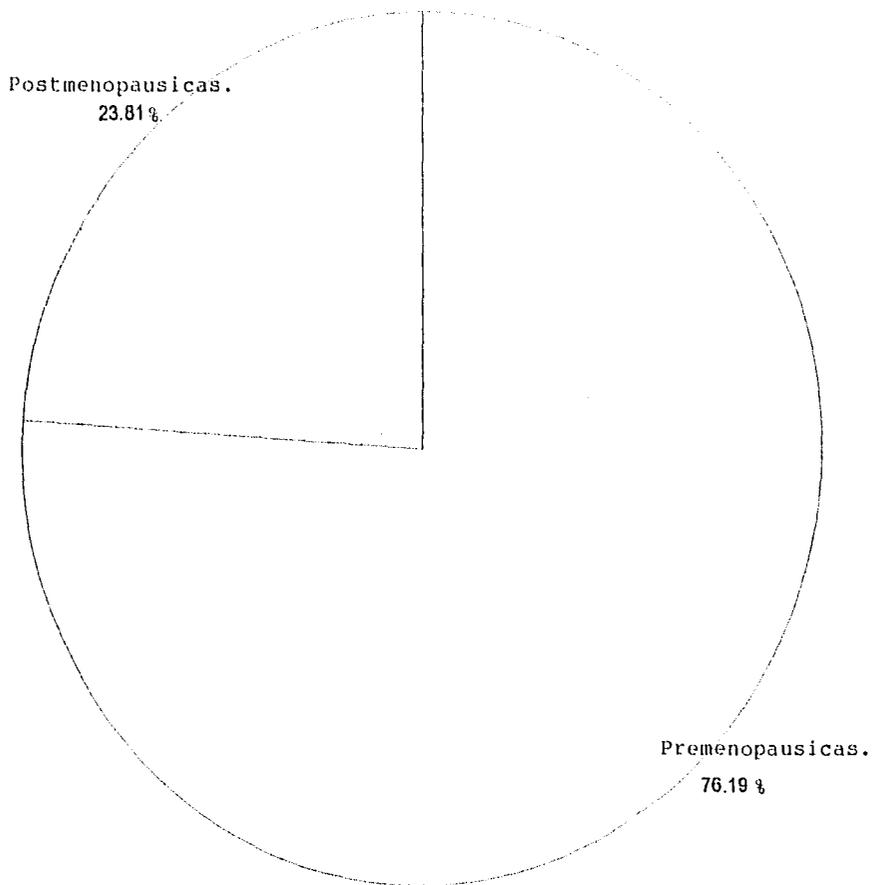
FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA Nº 29

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1987-1994.



TUMORES BENIGNOS

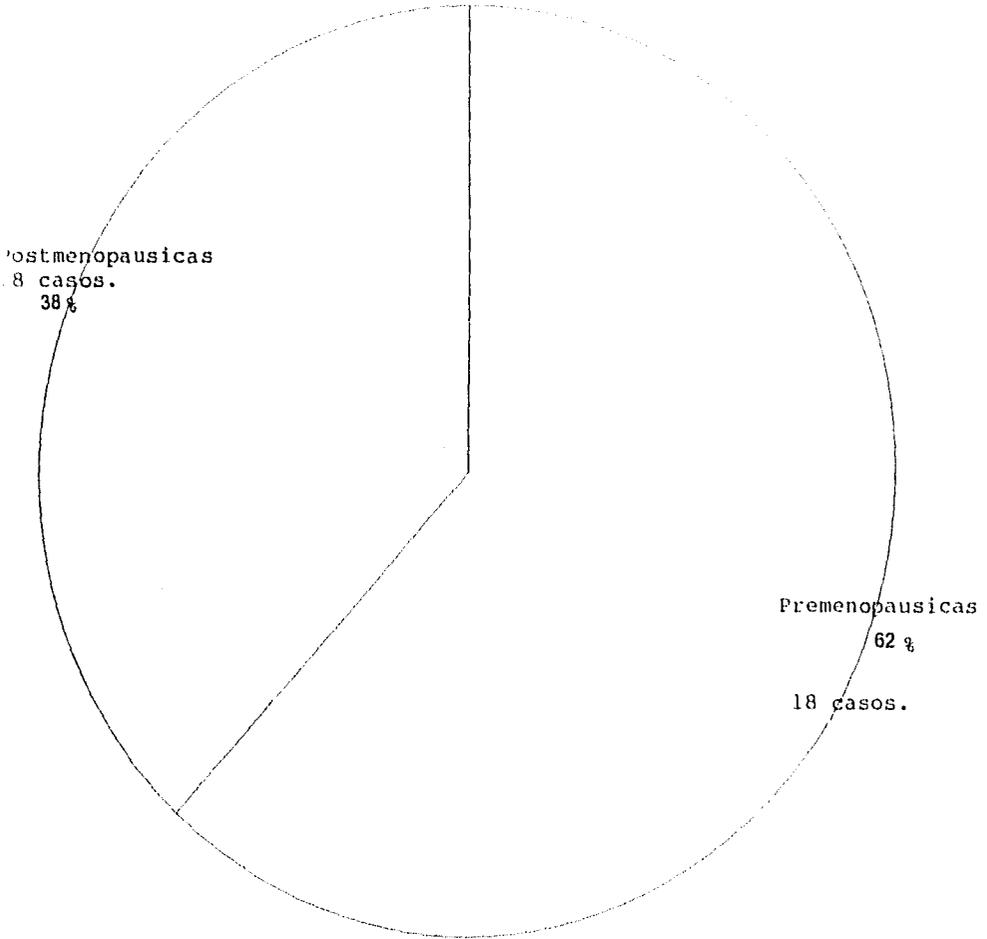
GRAFICA NO. 30.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1987-1994



TUMORES MALIGNOS.

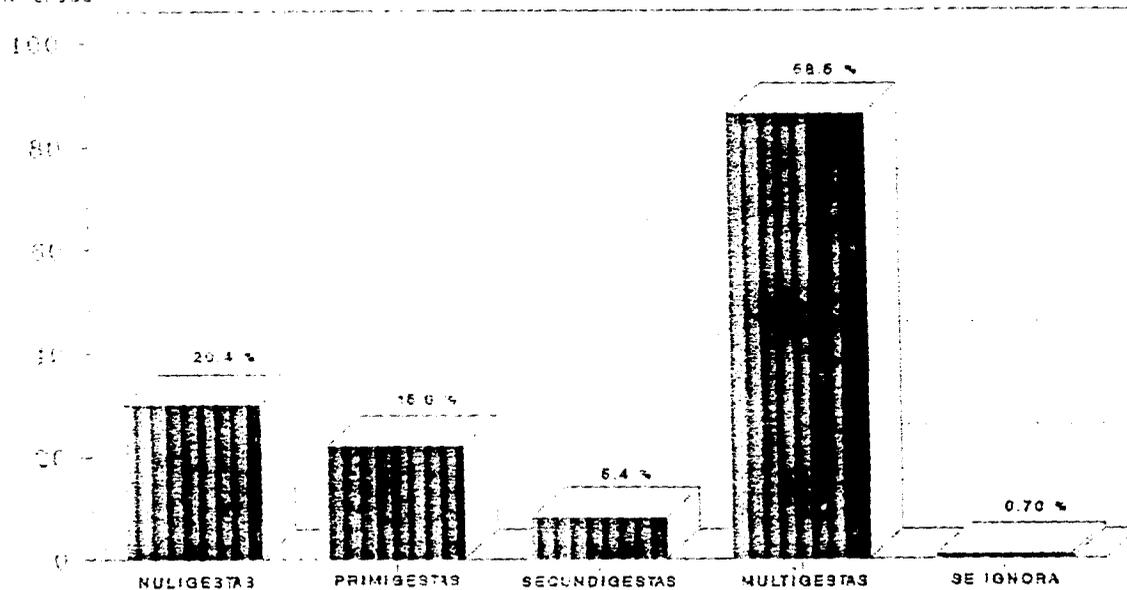
GRAFICA No. 31.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO EXP. HOSPITAL GRAL. " DR. MIGUEL SILVA "

1987 - 1994

Nº CASOS

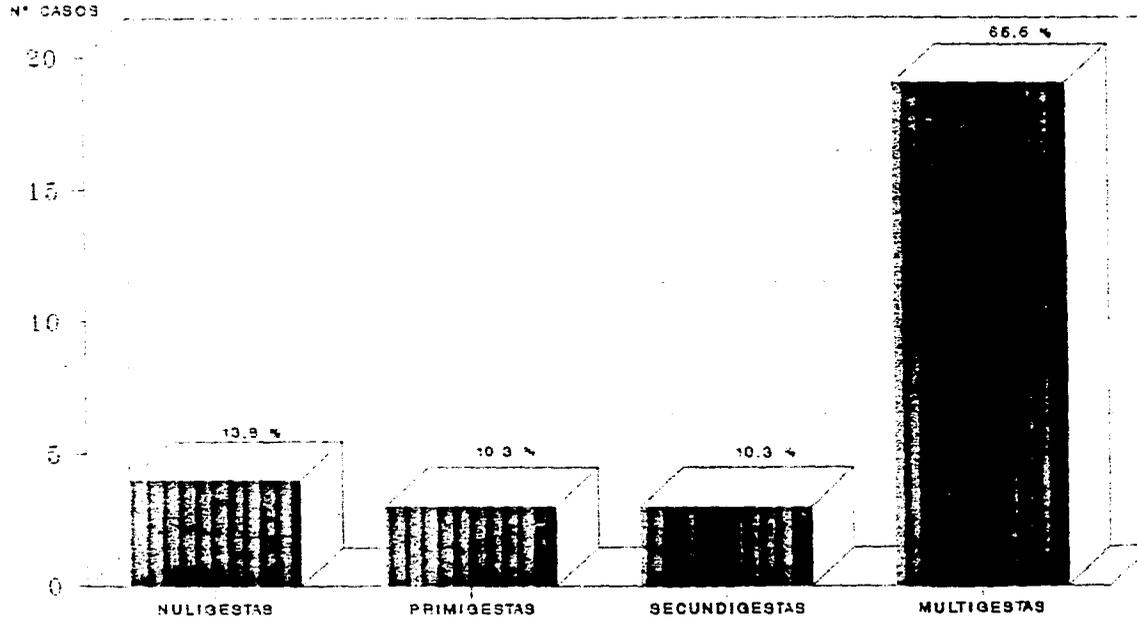


 TUMORES BENIGNOS

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA Nº 32

TUMORES DE OVARIO
 EMP. HOSPITAL GRAL. " DR. MIGUEL SILVA "
 1987 - 1994



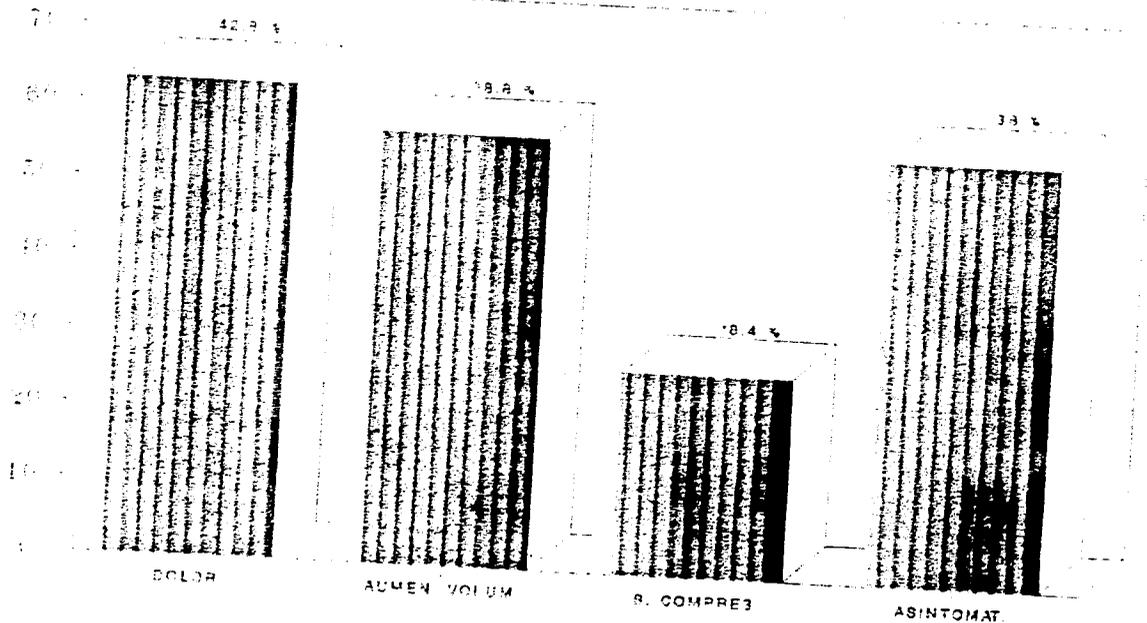
TUMORES MALIGNOS

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA N° 33

TUMORES DE OVARIO
EXP. HOSPITAL GENL. "DR. MIGUEL ALLENDE"
1987 - 1994

Nº 04303

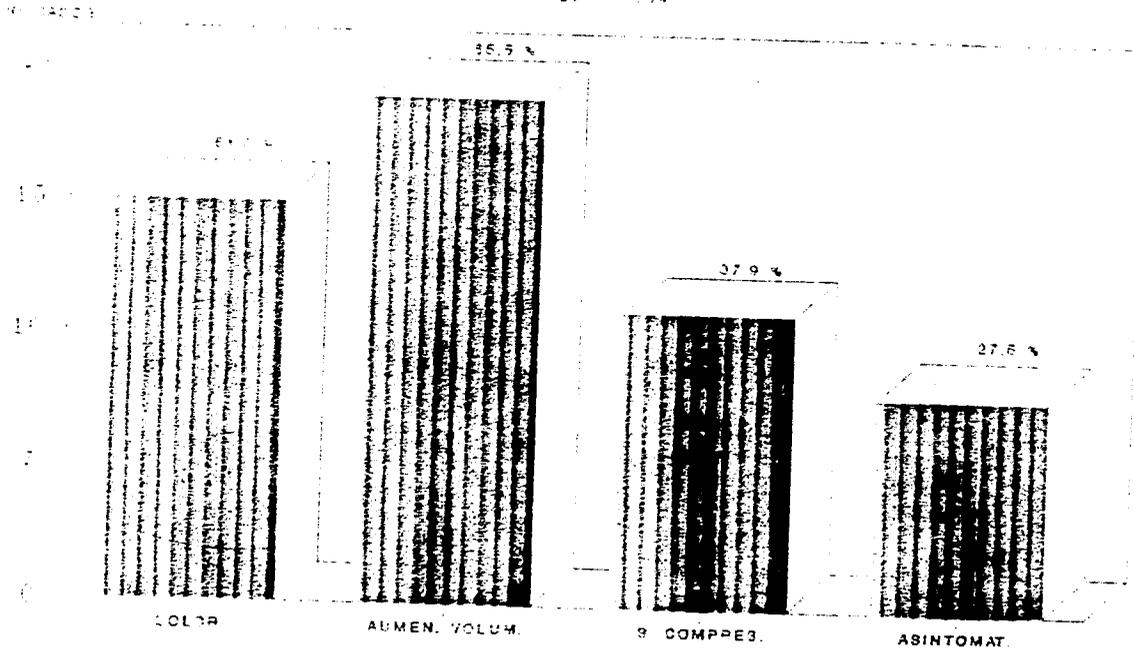


TUMORES BENIGNOS
EVOLUCION EN BASE A SINTOMATOLOGIA.

ENCUENTRO ARCHIVO GENL.

GRAFICA Nº 34

TUMORES DE OVARIO
 ESTUDIO SPINOL GONAL. "DEL MAR DEL SUR"
 1987 - 1994

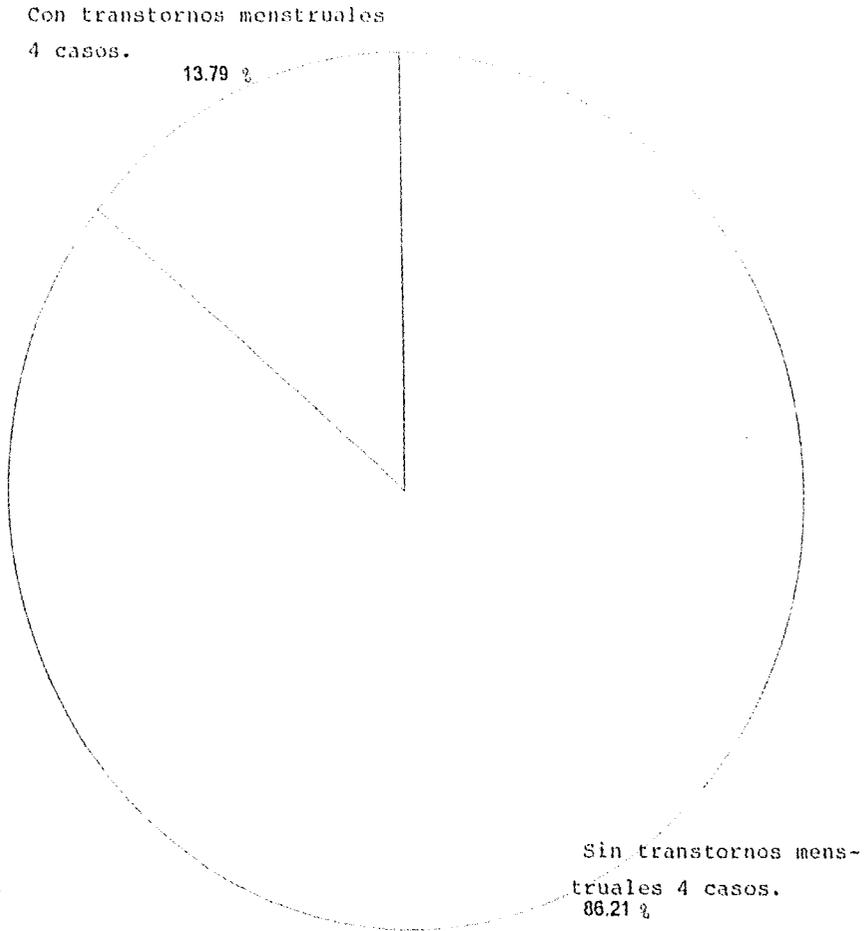


TUMORES MALIGNOS
 EVOLUCION EN BASE A SINTOMATOLOGIA.

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1987-1994



TUMORES MALIGNOS.

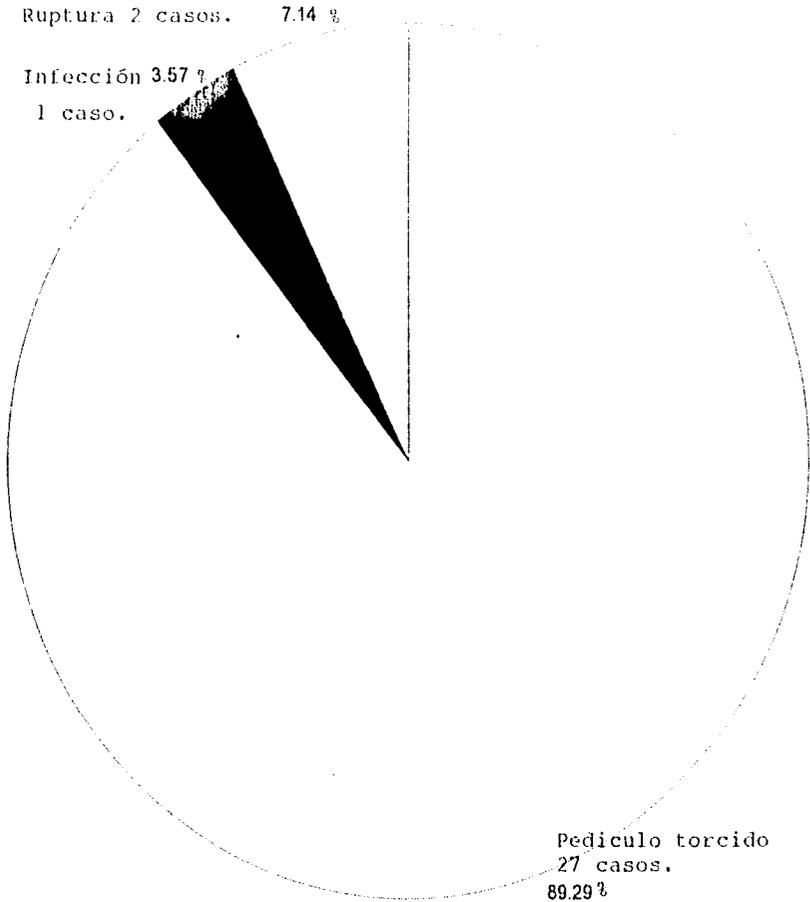
GRAFICA No. 36.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1987-1994



Complicaciones.

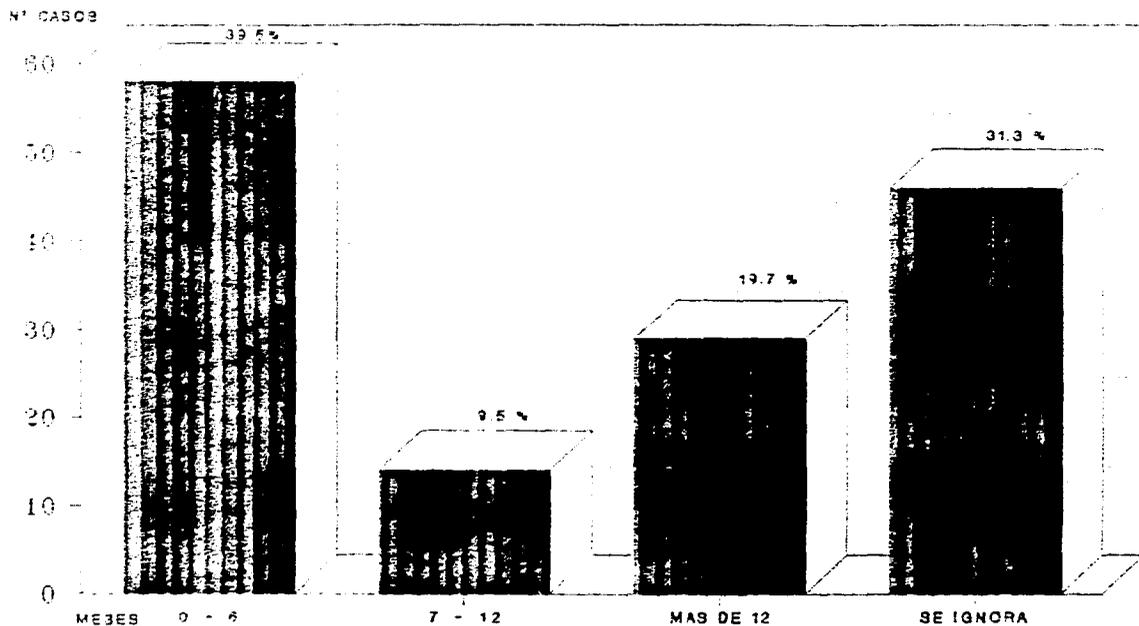
TUMORES BENIGNOS.

GRAFICA No. 37.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

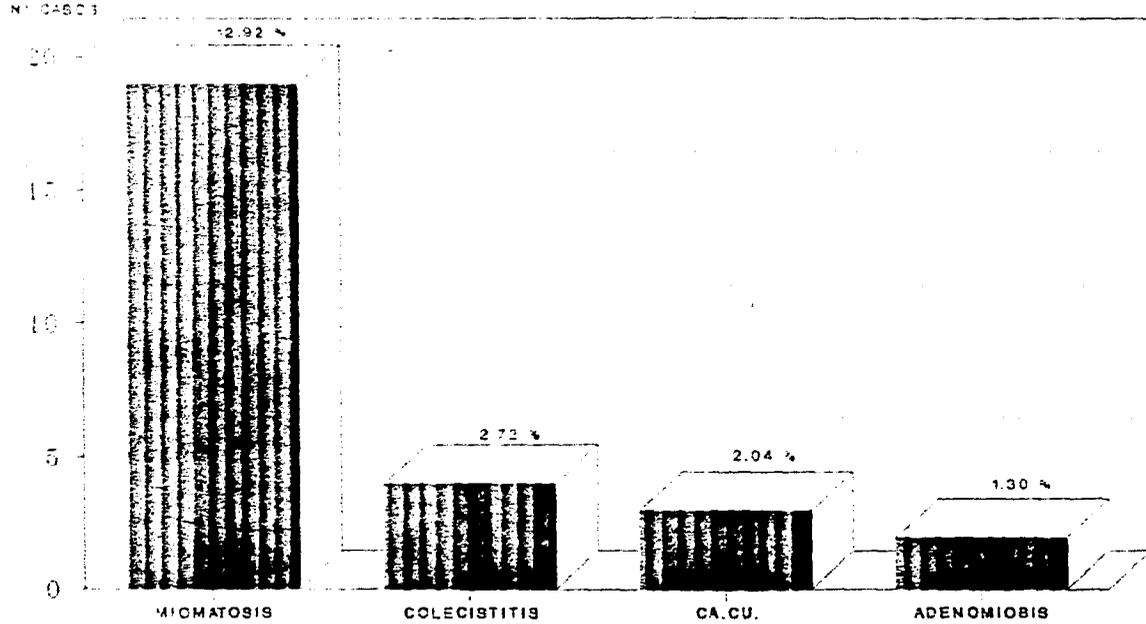
TUMORES DE OVARIO
 EXP. HOSPITAL GRAL. " DR. MIGUEL SILVA "

1987 - 1984



TUMORES BENIGNOS
 EVOLUCION EN BASE A SINTOMATOLOGIA.

TUMORES DE OVARIO
 I.M.P. HOSPITAL GRAL. "DR. MIGUEL SILVA"
 1967 - 1974



 TUMORES BENIGNOS
 PADECIMIENTOS ASOCIADOS

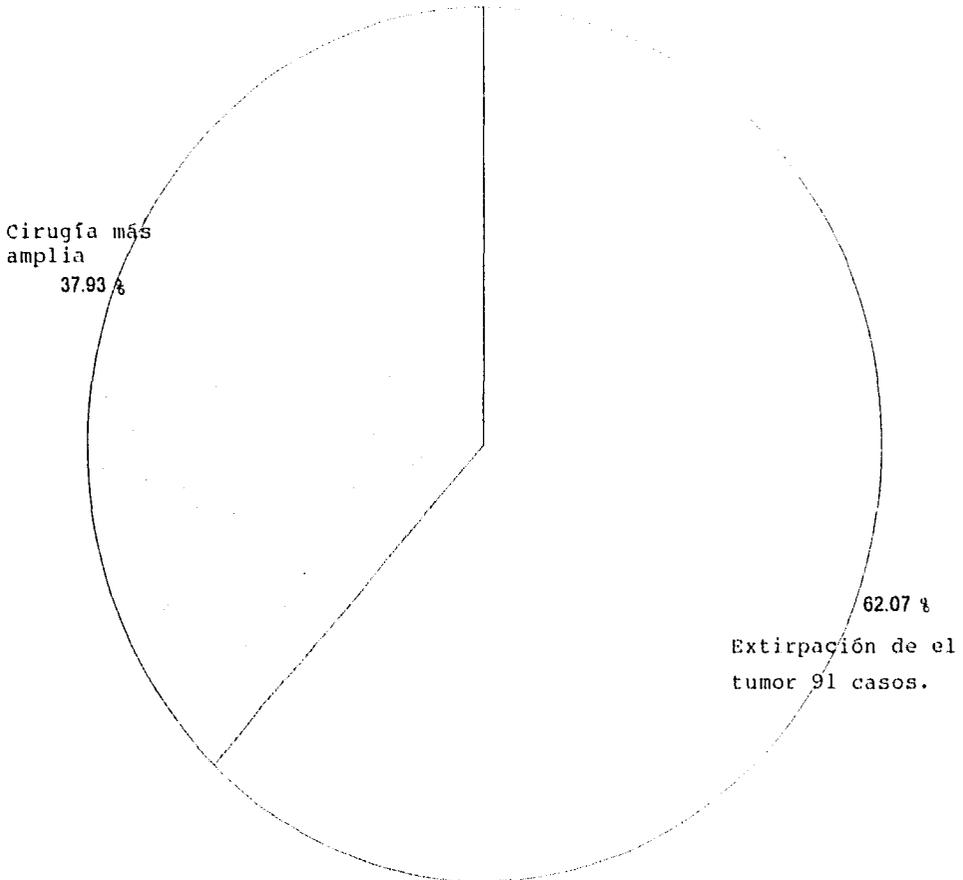
FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO Y DE PATOLOGÍA

GRAFICA Nº 39

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1987-1994



TUMORES BENIGNOS.

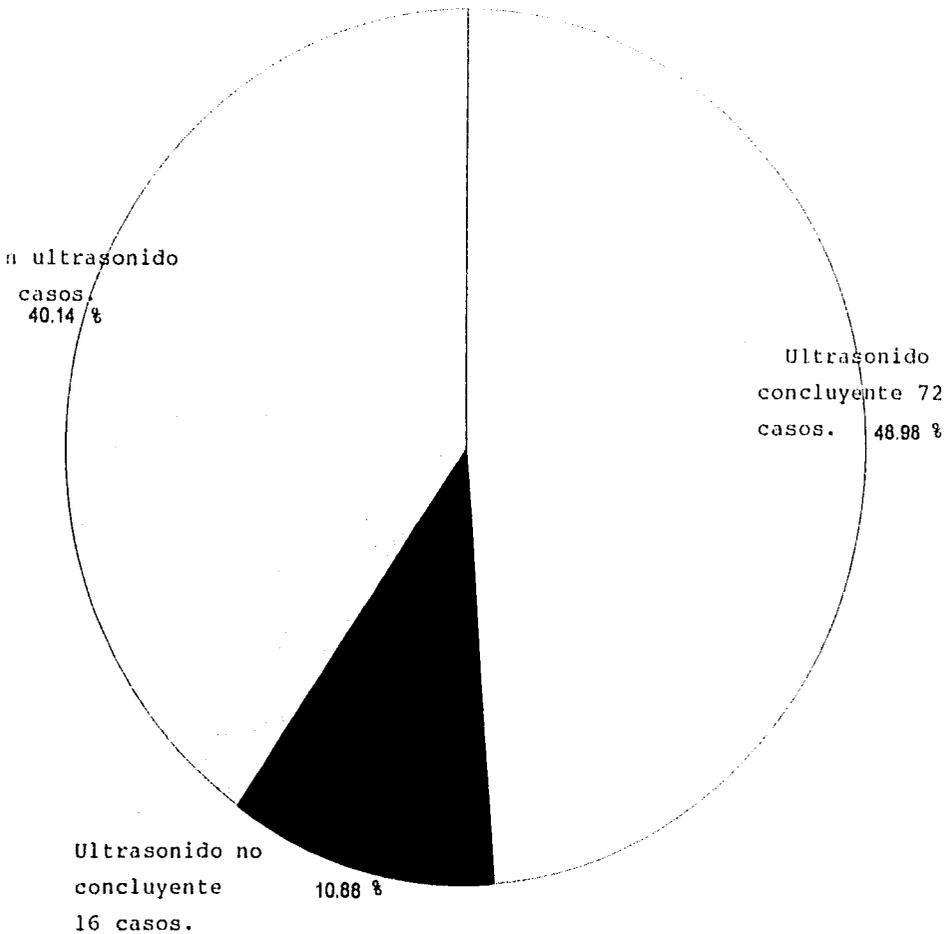
GRAFICA No. 40.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1987-1994



TUMORES BENIGNOS.

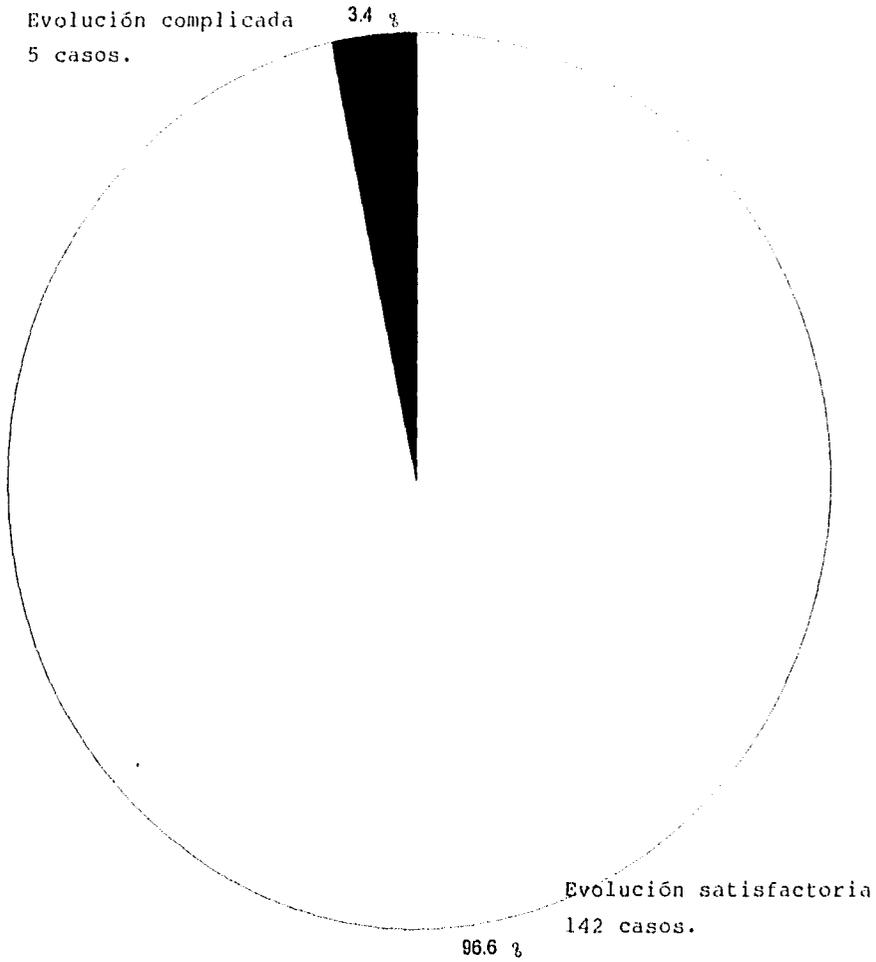
GRAFICA N.º. 41.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1987-1994



TUMORES BENIGNOS

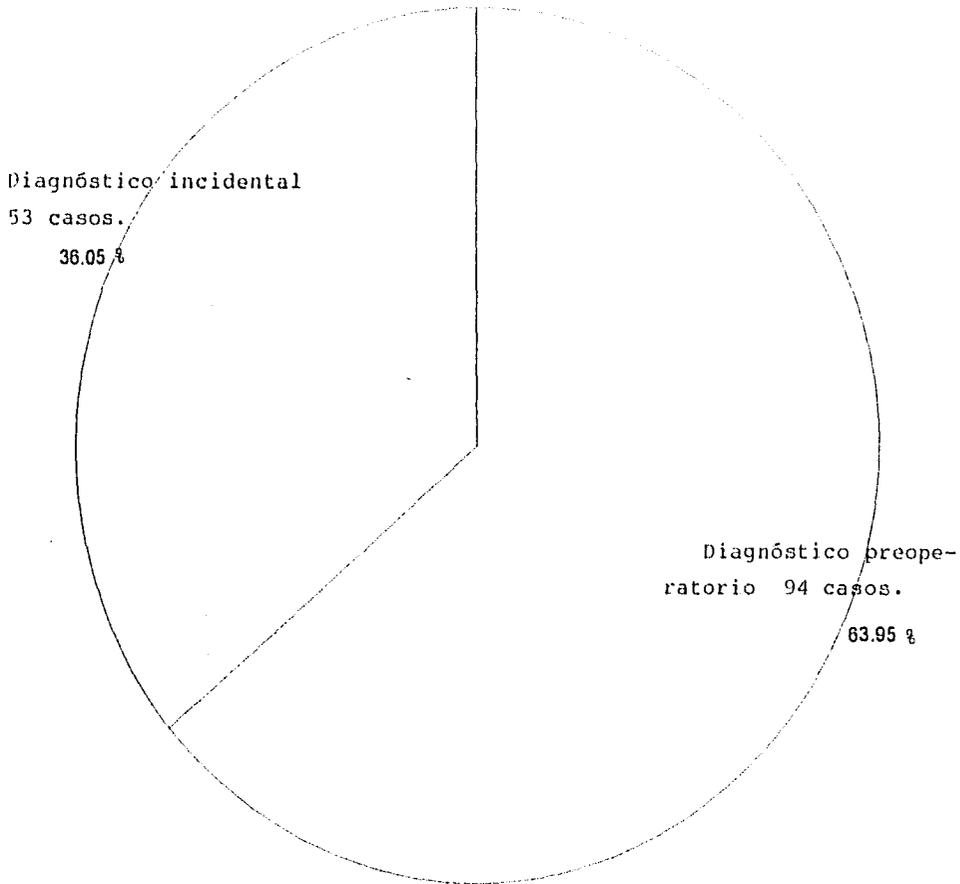
GRAFICA No. 42.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1987-1994



TUMORES BENIGNOS.

GRAFICA No. 43.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

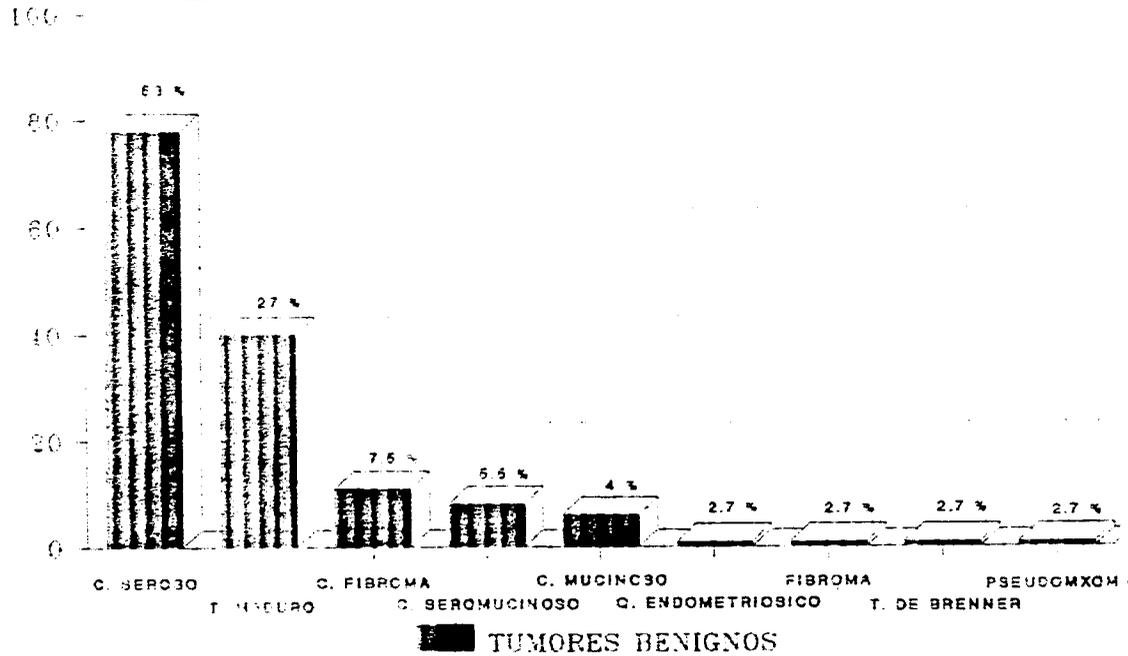
ELIJA SU TIPO DE USO
DE LA BIBLIOTECA

TUMORES DE OVARIO

EXP. HOSPITAL GRAL. " DR. MIGUEL SILVA "

1987 - 1994

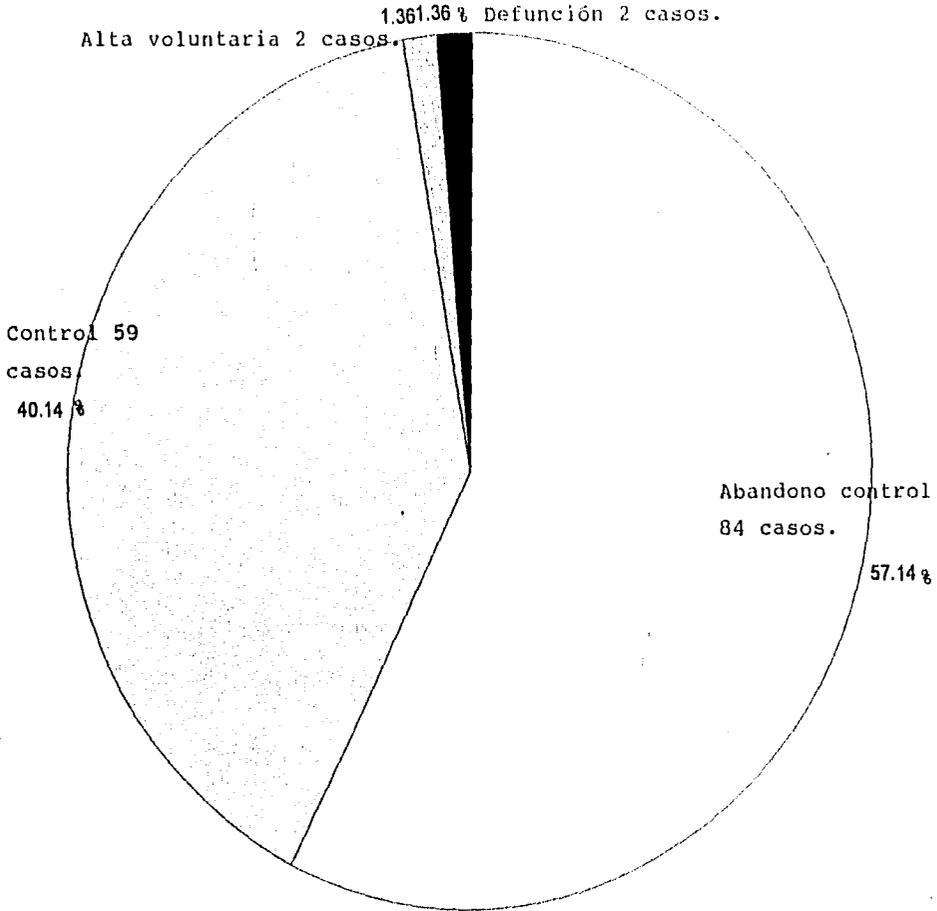
Nº CASOS



TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1987-1994



TUMORES BENIGNOS.

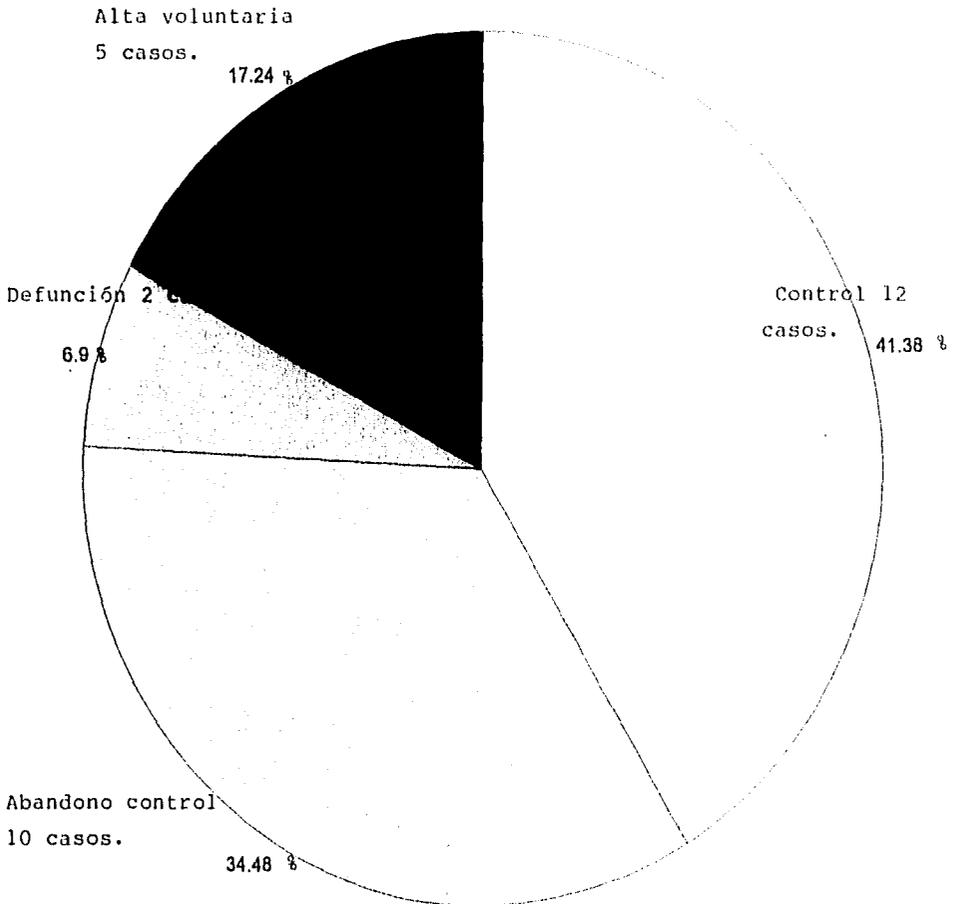
GRAFICA No. 45.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

TUMORES DE OVARIO

Experiencia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

1987-1994



seguimiento.

TUMORES MALIGNOS.

GRAFICA No. 46.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

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

- 1.- Andrew Berchuck y cols. Empleo de los marcadores tumorales -- en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con carcinoma de el aparato reproductor. Clínicas obstetricas y ginecológicas de - Norteamerica 1994 39-42.
- 2.- Annette Bicher, MD, y cols. Ovarian Malignant. Mixed Mülleria Tumors treated With Platinum-Based Chemoterapy. Obst Gynecol - 1995;85:735-9.
- 3.- Anthony H. Russell y cols. Integración de la tomografía compu tarizada y la resonancia magnética en la planeación de la tera péutica del cáncer del aparato reproductor femenino. Clínicas obstétricas y ginecológicas 1994. 53-70.
- 4.- Arthur L. Herbst MD, The epidemiology of ovarian carcinoma -- and the current status of the tumor markers to detect disease. Am. J. Obst and Gynecol 1994;170:1099-107.
- 5.- Calatroni- Ruiz Tumores de ovario. Texto de ginecología. Calatroni-Ruiz. Segunda edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires Arg. 1984;400-16.
- 6.- Carmel J. Cohen, MD, and T. Scott Jennings, MD, Screening for ovarian cancer: the role of non invasive imaging techniques. Am J. Obstet Gynecol. 1994;170:1088-94.
- 7.- Constantino Mongioni, Umberto Bianchi Giuseppe Mattioli. Tumo res malignos del ovario. Cirugía oncológica. Umberto Veronesi- 1991; Editorial médica panamericana S. A. Buenos Aires 546-70.
- 8.- Disaia PJ, Creasman WT. Advanced epithelial ovarian cancer. Clinical gynecologic oncology. The C. V. Mosby Co. St. Louis - Toronto Princeton 1984;286-360.

- 9.- Disaia PJ, Creasman WT. Germ cell, Stromal and other ovarian-tumor. Clinical gynecologic oncology. The C. V. Mosby Co. St. Louis Toronto Princeton 1984;362-94.
- 10.- Disaia PJ, Creasman WT. The adnexial mass and early ovarian-cancer. Clinical gynecologic oncology. The mosby Co. St. Louis Toronto Princeton 1984;254-84.
- 11.- E Andolf, MO, y cols Fluid characteristics of benign ovarian cysts. Correlation with recurrence after Puncture Obstet Gynecol 1995;86:529-35.
- 12.- Edgar Petru, MD, and cols. Lymphadenectomy in stage I ovarian cancer. Am. J. Obstet Gynecol 1994;170:656-62.
- 13.- Fiorella Guadagni, MD, Cristian Marth, MD, Evaluation of tumor associated glycoprotein 72 and Ca 125 serum markers in patients with gynecologic diseases. Am J. Obstet Gynecol 1994;171:1183-91.
- 14.- Jonathan R, carter, MD, y cols. Blood flow characteristics of ovarian tumors: Implications for ovarian cancer screening. Am. J. Obstet Gynecol. 1995;172:901-7.
- 15.- Nelly aversperg, MD, PhD, Sarah Maines, Bandiera, MS, John H Both, MD. Expression of two mucin antigens in cultures human ovarian surface epithelium influence, of a family history of ovarian cancer. Am. J. Obstet Gynecol 1995; 173:558-65.
- 16.- Jo. T. Van Winter, MD, Patricia S. Simmons MD, Surgically treated adnexal masses in infancy, childhood, and adolescence. Am. J. Obstet Gynecol 1994;170:1780-9.
- 17.- Merrill N. lesiones Benignas del ovario. Texto de Ginecología y obstetricia Danforth. Cuarta edición Editorial Interamericana. 1986; 1086-110.

- 18.- Nelson JH, Dolan TE. Lesiones malignas del ovario. Texto de ginecología y obstetricia de Danforth. Cuarta edición. Editorial interamericana; 1111-136.
- 19.- Paul A. DiSilvestro, MD, y cols. Malignant Mixed Mesodermal tumors of the ovary. Obst Gynecol 1995;86:780-2.
- 20.- Patología del ovario. Normas y procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología. 108-24.
- 21.- P. D. De Priest, MD, y J.R. Van Nagell, Jr. MD, Detección primaria de el cáncer de ovario por ultrasonido transvaginal. Clínicas obstétricas y ginecológicas 1994 ; 39-42.
- 22.- Robert C. Young y cols. Cáncer. Principios y prácticas de oncología. Vicent T. de Vita 1984. Salvat Editores S.A. Mallorca, 41, Barcelona España Tomo 1 815-42.
- 23.- Valerio Mais MD, y cols. Transvaginal ultrasonography in transvaginal diagnosis of cystic teratoma. Obst Gynecol 1995;85:48-52.
- 24.- William Droegge mueller, MD, Screening for ovarian carcinoma: Hopeful and wishful thinking. Am. J. Obst Gynecol 1994;170: 1095-8.
- 25.- Willie a. Andersen, MD, y cols. Cytologic diagnosis of ovarian tumors: factors influencing accuracy in previously undiagnosed cases. Am J. Obstet Gynecol 1995;173:457-64.