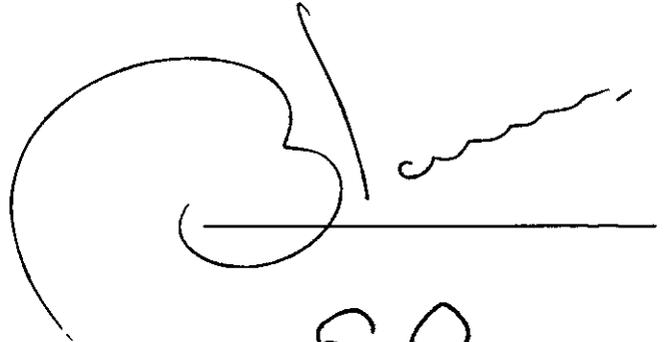


11217

266751

LAPAROTOMIA EXPLORADORA EN MASAS ANEXIALES.

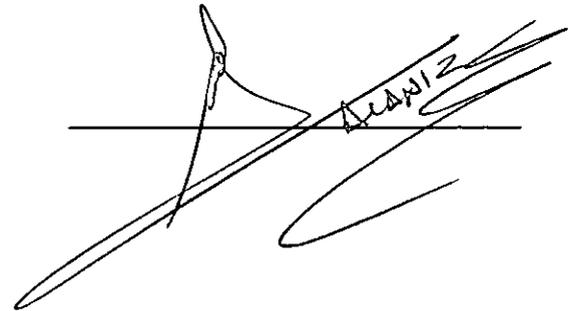
DR. JOSE ENRIQUE GONZALEZ BLANCO  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INV.



DR. LUIS BAYARDI ORTIZ PETRICIOLI  
TITULAR DEL CURSO DE GINECO-OBSTETRICIA



DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE G.O.



I. S. S. S. T. E.  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
**REVISADO**  
NOV. 28 1997  
SCRIPURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

I. S. S. S. T. E.  
DELEG. REGIONAL ZONA NORTE  
☆ OCT. 31 1997 ☆  
COORD. DE ENSEÑANZA E INV.  
H G. "DR. GONZALO CASTAÑEDA"

1998



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 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.

## SUMMARY

Ninety-one patients was submitted to laparotomy with anexial mass diagnostic in seven years period wich was classified in agreement with WHO (world Health Organization).

The frequency reported was 59.63 for epithelium tumor, 21.90 for germinal cell tumor, 12.38 for cordon sexual and stromal tumors and 11.42 for other tumors. Through biopsy transoperatory was identified cancer in 6 cases ( 6.59%).

92.3 cases was examined with pelvic ultrasonography. It was applied tumoral markers too, the Ca-125 had a frequency of 52.7, carcinoembriogenic antigen with 46.1 and Ca-19-9 with 43.9.

Colon enema study had a frequency of 13.1 and excretory urography with 21.9

KEY WORDS: Anexial mass, laparotomy and ovarian tumors

Además, se sabe que otras neoplasias que reproducen estirpes celulares con potencialidad endócrina, pero que en cambio producen hormonas distintas de lo que podría esperarse por la morfología de estas células.

Por las razones de lo anteriormente expuestas resulta difícil clasificar histológicamente las neoplasias del ovario y comprender la histogénesis de algunas de estas neoplasias.

Otro hecho importante es la dificultad con que se tropieza en la práctica para el diagnóstico de estos tumores.

Es una dificultad con que se tropieza en la práctica clínica el establecer diagnóstico de estos tumores. Recientemente, avances en biología celular reportan un descubrimiento de un factor de crecimiento péptido, el cual hará comprender los eventos moleculares involucrados en la regulación del crecimiento y transformación del epitelio ovárico lo cual podría guiar para mejorar el diagnóstico, tratamiento y prevenir eventualmente esta patología (5).

En el 65% , el carcinoma de ovario se diagnostica en fases avanzadas en donde la excisión es ya imposible. Solo el 10% de los casos se diagnostican en fase precoz y entonces es fácilmente operable.

El cáncer de ovario representa la causa más frecuente de muerte entre los tumores malignos del tracto genital y constituye la tercera causa en orden de frecuencia de todos los tumores malignos de la mujer.

En el presente estudio se reportamos los hallazgos transoperatorios encontrados durante una laparotomía exploradora en las masas anexiales.

## MATERIAL Y METODO.

En un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, sin cohortes de las pacientes programadas para laparotomía exploradora con diagnóstico de masa anexial en estudio en el hospital general "Dr. Gonzálo Castañeda " del ISSSTE; del período comprendido de enero de 1990 a septiembre de 1997.

A todas las pacientes se les realizó una insición media infraumbilical, además se les interrogarán sus antecedentes gineco-obstetricos; así como se recabarón exámenes de laboratorio y gabinete así como ultrasonido pelvico, marcadores tumorales, colón por enema y urografía excretora; los hallazgos transoperatorios se describen en la tabla nº 1.

## ESTA TESIS NO DEBE SAIR DE LA BIBLIOTECA

### CONCLUSIONES.

-Es necesario recurrir al ultrasonido pélvico como método diagnóstico para establecer la pauta a seguir y orientar si una masa anexial es benigna o maligna.

-Las pacientes con diagnóstico de masa anexial deberán cumplir un protocolo lo más completo posible, por lo que aconsejamos que esté incluya ultrasonido pélvico, colón por enema, urografía excretora, marcadores tumorales y estudio transoperatorio.

-Una paciente con masa anexial y con protocolo completo, se debe siempre estar consciente de que se puede tratar de un tumor maligno por lo que se debe entrar a cirugía con ese pensamiento.

-Pese a que el costo de los estudios de laboratorio y gabinete es elevado, estos deberán siempre solicitarse.

-Sigue predominando en aparición los tumores del epitelio de superficie.

-La gestación tiene protección para el cáncer de ovario, ya que encontramos mayor incidencia en pacientes núbiles o que no se han embarazado.

-La sintomatología para el cáncer de ovario en sus estadios iniciales no es característica y se asemeja a trastornos digestivos.

tendencia a que estas tumoraciones sean derivadas del epitelio de superficie.

De los exámenes de gabinete el ultrasonido pélvico ocupó una frecuencia del 92.3; reportando tumoraciones unilaterales en una frecuencia del 85.7, de predominio izquierdo en una frecuencia de 45 y de contenido quístico con frecuencia de 90, con lo que concluimos que este es el método ideal para el diagnóstico de una masa anexial. En relación al estudio transoperatorio fue posible detectar cáncer en tan solo 6 casos (6.59%). El tipo de cirugía realizada se muestra en la tabla nº 4, siendo la de mayor frecuencia la de histerectomía total abdominal más salpingo-oferectomía bilateral en una frecuencia del 25.3.

El diagnóstico histopatológico se describe en la tabla nº 1.

- 11.- Gloeckler Ries, L., Ovarian cancer survival and treatment differences by age. Cancer supplement , 1993. Vol 71 N° 2 pag. 524 - 529.
- 12.- Merino, M., Age contrast in ovarian pathology. Cancer supplement , 1993., Vol. 71 N° 2 pag 537 - 544.
- 13.- Gershenson, D., Age contrast in patients whith advanced epithelial ovarian cancer. Cancer supplement , 1993. Vol 71 N° 2. Pag 638 - 643.
- 14.-McGowam, L., Patterns of care in carcinoma of the ovary. Cancer supplement , 1993. Vol. 71 N° 2 pag. 628 - 633.

TABLA 1. DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

DIAGNOSTICO	PACIENTES	FRECUENCIA
TUMORES DEL EPITELIO SUPERFICIE		
CISTADENOMA SEROSO	24	22.85
CISTADENOCARCINOMA SEROSO PAPILAR	3	2.85
CISTADENOCARCINOMA SEROSO	3	2.85
SEROSO PAPILAR BENIGNO	1	0.95
CISTADENOMA MUCINOSO	2	1.9
QUISTE ENDOMETRIOSICO	24	22.85
TUMORES DE CELULAS GERMINALES		
TERATOMA MADURO	13	12.38
QUISTES FOLICULARES	10	9.52
TUMORES CORDONES SEXUALES Y ESTROMA		
QUISTES DEL CUERPO AMARILLO HEMORRAGICO	10	9.52
QUISTES LUTEINICOS	3	2.85
OTRAS TUMORACIONES		
QUISTE PARATUBARIO	12	11.42

TABLA 2. PARIDAD

PARIDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
NUBIL	13	14.30%
GO	10	10.90%
GI	16	17.70%
GII	13	14.30%
GIII	19	20.90%
GIV	9	9.90%
GV	4	4.40%
GVI	4	4.40%
GVIII	2	2.10%
GX	1	1.10%

TABLA 3. SINTOMATOLOGIA

SINTOMAS	PACIENTES	FREC.
MOLESTIAS		
PELVICAS	54	59.3
CREC.ABD.	16	17.5
DIST.ABD.	25	27.4
DOLOR		
LOCALIZ.	50	54.9
SINT.URIN.	7	7.6
SINT.G.I	5	5.4
PERDIDA		
DE PESO	2	2.1
OBST.INTE	2	2.1
ALTERAC.		
MENST.	53	58.2
SINTOMAT	5	5.4

TABLA 4. TIPO DE CIRUGIA

CIRUGIA	PACIENTES	FRECUENCIA
SOI	16	17.6
SOD	18	19.8
HTA+SOI	6	6.5
HTA+SOD	6	6.5
HTA+SOB	23	25.3
SOB	2	2.1
HTA+CUÑA	1	1
CUÑA OV	18	19.8
RES.QUIST	15	16.4
LAP.BLANCA	1	1