

112402

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ONCOLOGIA  
CENTRO MEDICO NACIONAL S XXI**

**“EXPERIENCIA DE 15 AÑOS DEL SERVICIO  
DE ONCOLOGIA GINECOLOGICA EN EL  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS  
TUMORES ESTROMALES DE OVARIO”**

**TRABAJO DE:  
TESIS**

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN:**

**CIRUGIA ONCOLOGICA**

**P R E S E N T A:**

**DR. ANTONIO RAMOS ALARCON**



**IMSS MEXICO, D. F.**

**ENERO 2000**



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.

TRABAJO DE

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

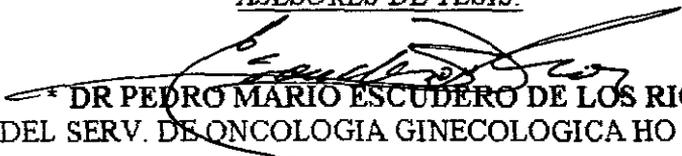
## CIRUGIA ONCOLOGICA

EXPERIENCIA DE 15 AÑOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA  
GINECOLOGICA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO  
DE LOS TUMORES ESTROMALES DE OVARIO

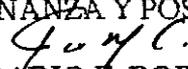
PRESENTA:

\* DR ANTONIO RAMOS ALARCON

ASESORES DE TESIS:

  
\* DR PEDRO MARIO ESCUDERO DE LOS RIOS  
JEFE DEL SERV. DE ONCOLOGIA GINECOLOGICA HO CMN S XXI

\* DR SERAFIN DELGADO GALLARDO   
JEFE DE ENSEÑANZA Y POSTGRADO HO CMN S XXI

  
\* DR DARIO F. RODRIGUEZ CORIA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA ONCOLOGICA  
HOSPITAL DE ONCOLOGIA CMN S XXI IMSS

## AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

QUE ME DIERON LA VIDA  
Y FUERON FACTOR FUN -  
DAMENTAL PARA MI FOR-  
MACION

A MI ESPOSA

QUE ES EL INCENTIVO  
PRINCIPAL PARA SEGUIR  
ADELANTE EN LA VIDA

A MIS MAESTROS

QUE GRACIAS A SUS ENSEÑANZAS  
FORJARON EN MI UNA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL

AL DR. PEDRO ESCUDERO

POR SU INVALUABLE AYUDA  
PARA LA REALIZACION DE  
ESTA TESIS

A TODAS LAS PERSONAS

QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE  
INTERVINIERON EN LA ELABORA-  
CION DE ESTE TRABAJO

LA SOLUCION DE LOS PROBLEMAS NO CONSISTE EN HACER, NI DEJAR DE HACER,  
SINO EN COMPRENDER, PORQUE DONDE HAY VERDADERA COMPRESION, NO HAY  
PROBLEMAS.

ANTHONY DE MELLO

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
JUSTIFICACION .....	4
OBJETIVOS .....	5
DISEÑO .....	6
MATERIAL Y METODOS .....	7
RESULTADOS .....	8
COMENTARIOS Y CONCLUSIONES .....	17
BIBLIOGRAFIA .....	18

## INTRODUCCION

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

Los tumores estrómicos malignos del ovario se clasifican como derivados de los cordones sexuales o de origen inespecífico, como grupo representan alrededor del 5% de todos los tumores ováricos.

Se clasifican de la siguiente manera:

- Tumores de células del estroma y de la granulosa
  - Tumor de células de la granulosa
    - Tipo del adulto
    - Tipo juvenil
  - Grupo fibroma-tecoma
    - Tecoma
    - Fibroma
    - Fibrosarcoma
    - Otros
- Tumores de células del estroma-sertoli
  - Tumor de células de Sertoli
  - Tumor de células de Leydig
  - Tumor de células de Sertoli-Leydig
- Ginandroblastoma
- Tumor de células de los cordones sexuales con túbulos anulares
- No clasificado

## TUMORES DE CELULAS DE LA GRANULOSA Y DEL ESTROMA

Los tumores de células de la granulosa y de la teca se producen prácticamente con la misma frecuencia en mujeres del grupo de edad fértil que en mujeres posmenopáusicas, comprenden alrededor del 2% de todos los tumores de ovario.(1,2,3)

Alrededor del 80 al 85% de estas neoplasias son palpables en la exploración abdominal o pélvica, el tumor de células de la granulosa del adulto se presenta en los años perimenopáusicos con un promedio de edad de 50 a 53 años. Los síntomas más usuales son -- distensión, dolor o masa abdominal, las manifestaciones endocrinas se observan en un 75% de las pacientes.(3,4,5).

En este tipo de neoplasias el 90% están en etapa clínica I en -- el momento del diagnóstico, menos del 5% es bilateral, el patrón de diseminación es semejante al de los tumores epiteliales de -- ovario, la cirugía conservadora está indicada en mujeres que -- desean embarazarse, siempre que el tumor esté bien clasificado.

No hay evidencia de que el tratamiento adyuvante para el tumor de células de la granulosa del adulto resecaado por completo sea efectivo para reducir el riesgo de recurrencia.(11,17)

El tumor de células de la granulosa tipo juvenil se acompaña de precocidad sexual en 80% de los casos y contituye el 10% de los casos de este síndrome en mujeres, las lesiones están confinadas a un ovario en un 98% y se tratan sólo con excisión quirúrgica.(4,8,9,12).

## TUMORES DE CELULAS DE SERTOLI Y DE LEYDIG

Estos tumores están compuestos de células de Sertoli, células de Leydig y fibroblastos en proporciones variables, corresponden al 0.5% de todos los cánceres del ovario y se les denomina androblastomas o arrenoblastomas. (13, 15, 16, 21)

Los tumores de células de Leydig puros causan virilización, -- los tumores de células de Sertoli-Leydig se subclasifican de acuerdo con el grado de diferenciación histológica, la mayoría 98.5% es unilateral, el pronóstico tiene una relación directa con el estadio. (3, 21)

La cirugía sola es el tratamiento de elección para las lesiones bien diferenciadas en etapa clínica I, la radioterapia y la quimioterapia se utilizan con resultados mixtos. (11).

## **JUSTIFICACION**

## J U S T I F I C A C I O N

En el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional S XXI y el Luis Castelazo Ayala No 4 de la Ciudad de México se maneja un número importante de pacientes con estos trastornos los cuales requieren un manejo quirúrgico específico dejando los posteriormente en la mayoría de ellos en vigilancia y a un número menor requieran tratamiento adyuvante.

Esta incidencia de pacientes se debe a que nuestros hospitales son centro de concentración.

Por lo que anteriormente referido el propósito de éste estudio es informar nuestra experiencia en el tratamiento de éstas neoplasias.

## **OBJETIVOS**

## OBJETIVOS

Informar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los Tumores Estromales de Ovario, en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Luis Castelazo Ayala No 4 y del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Experiencia de 15 años.

**DISEÑO**

D I S E Ñ O

Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo.

## MATERIAL Y METODOS

## M E T O D O L O G I A

Se analizaron los expedientes del Archivo Clínico del Hospital Luis Castelazo Ayala No 4 y del Hospital de Oncología del -- Centro Médico Nacional Siglo XXI, un total de 41 pacientes -- con diagnóstico de tumor estromal de ovario, durante el periodo comprendido del 1ro de enero de 1985 al 1ro de enero del-- 2000.

Las variables analizadas fueron las siguientes:

- Edad
- Antecedentes Familiares
- Paridad
- Cuadro Clínico
- Tipo Histológico
- Estadío
- Tratamiento Quirúrgico
- Tratamiento Adyuvante
- Estado Actual

Las variables fueron registradas en una hoja de colección de datos proyectando los resultados de éstas para su análisis.

## RESULTADOS

CUADRO 1  
GRUPO DE EDAD

E D A D	F R E C U E N C I A	P O R C E N T A J E	C U M .
18	1	2,4 %	2,4 %
19	2	4,9 %	7,3 %
20	1	2,4 %	9,8 %
23	1	2,4 %	12,2 %
32	2	4,9 %	17,1 %
34	1	2,4 %	19,5 %
35	1	2,4 %	22,0 %
36	1	2,4 %	24,4 %
37	2	4,9 %	24,4 %
38	1	2,4 %	31,7 %
40	1	2,4 %	34,1 %
42	2	4,9 %	39,0 %
43	2	4,9 %	43,9 %
44	1	2,4 %	46,3 %
45	1	2,4 %	48,8 %
48	2	4,9 %	53,7 %
49	1	2,4 %	56,1 %
50	1	2,4 %	58,5 %

CONTINUA .....

GRUPO DE EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	CUM.
51	1	2.4 %	61.0 %
52	1	2.4 %	63.4 %
54	1	2.4 %	65.9 %
56	1	2.4 %	68.3 %
57	1	2.4 %	70.7 %
60	3	7.3 %	78.0 %
62	3	7.3 %	84.5 %
64	1	2.4 %	87.8 %
66	2	4.9 %	92.7 %
68	1	2.4 %	95.1 %
69	1	2.4 %	97.6 %
70	1	2.4 %	100.0 %

La edad mínima registrada fue de 18 años y la máxima de 70 años.  
 La mediana de edad fue de 47 años.

CUADRO 2

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

A H F	F R E C.	P O R C E N T.	C U M.
1	10	24.4 %	24.4 %
2	31	75.6 %	100.0 %

Un total de 10 pacientes, refirieron tener antecedentes familiares con algun tipo de cáncer representando el 24.4 %.

El otro grupo de 31 pacientes que representó el 75.6 % no tenían antecedentes familiares con cáncer.

CUADRO 3

GRUPO PARIDAD

GESTAS	FREC.	PORCENT.	CUM.
0	9	22.0 %	22.0 %
1	5	12.2 %	34.1 %
2	3	7.3 %	41.5 %
3	5	12.2 %	53.7 %
4	7	17.1 %	70.7 %
5	2	4.9 %	75.6 %
6	4	9.8 %	85.4 %
7	1	2.4 %	87.8 %
8	3	7.3 %	95.1 %
11	1	2.4 %	97.6 %
13	1	2.4 %	100.0 %

La frecuencia más alta diagnosticada de los tumores estromales del ovario se observó en las nuligestas, en 9 pacientes representando el 22.0 % del grupo total.

CUADRO 4

GRUPO SINTOMAS

SINTOMAS	FREC.	PORCENT.	CUM.
1	1	2.4 %	2.4 %
2	8	19.5 %	22.0 %
6	2	4.9 %	26.8 %
8	4	9.8 %	36.6 %
10	4	2.4 %	46.3 %
12	1	2.4 %	48.8 %
14	1	2.4 %	51.2 %
32	6	14.6 %	65.9 %
34	3	7.3 %	73.2 %
40	3	7.3 %	80.5 %
42	2	4.9 %	85.4 %
46	2	4.9 %	90.2 %
50	1	2.4 %	92.7 %
54	2	4.9 %	97.6 %
62	1	2.4 %	100.0 %

En ésta gráfica observamos que la hemorragia genital anormal, crecimiento abdominal y el dolor, fueron los síntomas más -- frecuentes representando el 65.9 %, 36.6 % y 22.0 % respectivamente.

CUADRO 5

GRUPO SUBHISTOLOGICO

SUBHIST.	FREC.	PORCENT.	CUM.
12	1	2.4 %	2.4 %
13	31	75.6 %	80.5 %
14	2	4.9 %	86.3 %
15	7	17.1 %	100.0 %

Los tumores de la granulosa correspondió el 75.6 % de los casos, seguidos por los tumores de Sertoly-Leidig con el 17.1 %.

CUADRO 6

GRUPO ESTADIO

ETAPA	FREC.	PORCENT.	CUM.
1	32	78.0 %	78.0 %
2	1	2.4 %	80.5 %
3	6	14.6 %	95.1 %
4	2	4.9 %	100.0 %

El mayor número de casos se presentó en etapa temprana ( Etapa I ), con 32 pacientes, representando el 78.0 %.

CUADRO 7

GRUPO TRATAMIENTO QUIRURGICO

C I T O R R E D U C .	F R E C .	P O R C E N T .	C U M .
1	38	92.7 %	92.7 %
2	3	7.3 %	100.0 %

En el 92.7 % se logró una citorreducción primaria óptima, un total de 38 pacientes.

CUADRO 8

GRUPO ADYUVANTE

E S Q U E M A Q T	F R E C .	P O R C E N T .	C U M .
1	2	4.9 %	4.9 %
2	6	14.6 %	19.5 %
3	31	75.6 %	95.1 %
4	2	4.9 %	100.0 %

Se observó que en la mayoría de los pacientes (31 casos) no requirió tratamiento adyuvante, representando así el 75.6 % del grupo total.

CUADRO 8

ESTADO ACTUAL

ED O. ACTUAL	FREC.	PORCENT.	CUM.
1	29	70.7 %	70.7 %
2	5	12.2 %	82.9 %
3	7	17.1 %	100.0 %

De acuerdo a la gráfica, obtenemos que el 70.7 % de las pacientes de nuestro estudio se encuentran vivas sin evidencia de actividad tumoral.

## **COMENTARIOS Y CONCLUSIONES**

## COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

---

De los tumores malignos de ovario, ésta variedad histológica representa el 5 % en frecuencia.

Los síntomas más importantes es la hemorragia genital anormal, crecimiento abdominal y el dolor.

El factor pronóstico más importante que determina la sobrevida es la etapa quirúrgica y la citorreducción adecuada, estando a discusión el valor del tratamiento adyuvante.

## **BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFIA

---

- 1 .- DE VITA VT, JR. CANCER: PRINCIPLES AND PRACTICE OF ONCOLOGY. 5TH ED. PHILADELPHIA: NEW YORK, LIPPINCOTT, 1997: 1502.
- 2 .- DISAIA: ONCOLOGIA GINECOLOGICA CLINICA 5TH ED. MADRID BARCELONA, 1999: 355.
- 3 .- SHINGLETON Y CLOS. ONCOLOGIA GINECOLOGICA. 1a ED, 1998: 184.
- 4 .- BARRY W. FEIG Y COLS. THE M.D. ANDERSON SURGICAL ONCOLOGY. 2a ED. HOUSTON, TEXAS, 1999: 398.
- 5 .- BJORKHOLM E, SILVERSWARD C. THECA CELL TUMORS. CLINICAL - FEATURES AND PROGNOSIS. ACTA RADIOL 19: 241, 1980.
- 6 .- BJORKHOLM E, SILVERSWARD C. PROGNOSTIC FACTORS IN GRANULOSA-CELL TUMORS. GYNECOL ONCOL 11: 261, 1981.
- 7 .- EVANS AT III, GAFFEY TA, MALKASIAN GD, JR. CLINICOPATHOLOGIC REVIEW OF 118 GRANULOSA AND 82 THECA CELL TUMORS. OBSTET GYNECOL 55: 231, 1980.
- 8 .- GERSHENSON DM. MANAGEMENT OF EARLY OVARIAN CANCER: -- GERM CELL AND SEX CORD-STROMAL TUMORS. GYNECOL ONCOL -- 55: 362, 1994.
- 9 .- YOUNG RH, DI. SCULLY RE. OVARIAN SEX CORD-STROMAL TUMORS: PROBLEMS IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS. PATHOL. ANNU. 23: 237, 1988
- 10.- CAMLIBEL FT, CAPUTO TA. CHEMOTHERAPY OF GRANULOSA CELL TUMORS, AM J OBSTET GYNECOL. 145: 763, 1983.
- 11.- COLOMBO N, ESSA C, LANDONIN F ET AL: CISPLATIN, VINBLASTINE AND BLEOMYCIN COMBINATION CHEMOTHERAPY IN METASTATIC -- GRANULOSA CELL TUMORS OF THE OVARY, OBSTET GYNECOL. 67: 265, 1986.
- 12.- MALSTRON H, HOGBERG T, RISBERG B. AND COLS. GRANULOSA CELL TUMORS OF THE OVARY; PROGNOSTIC FACTORS AND OUTCOME, -- GYNECOL ONCOL. 52: 50, 1994.

- 13.- FINAN MA AND COLS.OVARIAN SERTOLI-LEYDIG CELL TUMOR;SUCCESS WITH SALVAGE THERAPY,INT J GYNECOL CANCER.3:189,93.
- 14.- ROUSH GR AND COLS.GRANULOSA CELL TUMOR OF THE OVARY; A CLINICOPATHOLOGIC AND FLOW CYTOMETRIC DNA ANALYSIS,GYNECOL ONCOL.56:430,1995.
- 15.- YOUNG RH,SCULLY RE;OVARIAN SERTOLI-LEYDIG CELL TUMORS - WITH A RETIFORM PATTERN;A PROBLEM IN HISTOPATHOLOGIC -- DIAGNOSIS;A REPORT OF 25 CASES,AM J SURG PATHOL.7:755,83
- 16.- ZALOUDEK C,NORRIS HJ;SERTOLI-LEYDIG TUMORS OF THE OVARY: A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 64 INTERMEDIATE AND POORLY DIFFERENTIATED NEOPLASMS,AM J SURG PATHOL.8:405,1984.
- 17.- HOMESLEY HD AND COLS;BLEOMYCIN,ETOPOSIDE AND CISPLATIN - COMBINATION THERAPY OF OVARIAN GRANULOSA CELL TUMORS AND OTHER STROMAL MALIGNANCIES;A GYNECOLOGIC ONCOLOGY GROUP STUDY.72:131-137,1999.
- 18.- VILAIN MO AND COLS;STROMAL LUTEOMA OF THE OVARY.DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF STEROID CELL TUMORS.SERVICE ANATOMIE -- CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES,FRANCE.12:193-197,1992.
- 19.- BADOUAL C. AND COLS;AN UNCLASSIFIABLE OVARIAN TUMOR.A FIBROUS STROMAL TUMOR.SERVICE ANATOMIE,HOSPITAL SOURCE,OR-- LEANS.17:357-362,OCT 1997.
- 20.- SEIDMAN JD;UNCLASSIFIED OVARIAN GONADAL STROMAL TUMORS. A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 32 CASES.AM J SURG PATHOL. 20:699-706,1996.
- 21.- HAMMAD A,JASNOSZ KM;EXPRESSION OF ALPHA-FETOPROTEIN BY -- OVARIAN SERTOLI-LEYDIG CELL TUMORS.CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE.DEPARTMENT OF MEDICINE LABORATORY,PENNS YLVANIA.119:1075-1079,1995.
- 22.- HINRICHS K, AND COLS;GRANULOSA-THECA CELL TUMOR ASSOCIATED WITH AN OVULATION FOSSA AND NORMAL OVARIAN STROMA IN A MARE DEPARTMENT OF MEDICINE,NORTH GRAFTON.15:200-205,1992.
- 23.- ARTEAGA E. AND COLS;SECONDARY AMENORRHEA AND LH HYPERSECRETION.AN UNUSUAL REPORT OF A GRANULOSA CELL OVARIAN TUMOR. DEPARTAMENTO DE ENDOCRINOLOGIA,METABOLISMO Y NUTRICION,ESCUELA DE MEDICINA,SANTIAGO DE CHILE.121:420-424,1993.