

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO
UNIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TUMORES DE OVARIO EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

2000

T E S I S

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

R E S E N T A :

R. OSCAR EDUARDO CAJAS DAZA



DIRECCION DE ENSEÑANZA

ASESOR: DR. EDUARDO MOTTA MARTINEZ



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



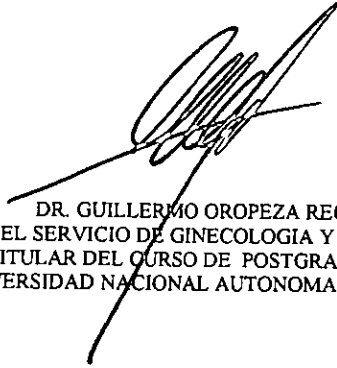
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

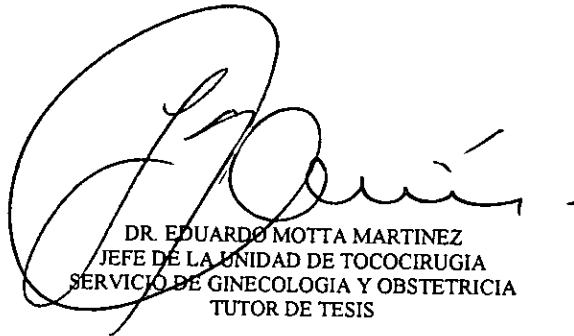
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO UNIVERSITARIO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



DR. GREGORIO MAGAÑA CONTRERAS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DR. EDUARDO MOTTA MARTINEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE TOCOCIRUGIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
TUTOR DE TESIS

INDICE

Introducción	1
Epidemiología	4
Fundamento	6
Objetivos	7
Metodología	8
Resultados	9
Comentarios	18
Conclusiones	21
Bibliografía	23
Anexos	25

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por ser un ejemplo de superación; por darme la formación idónea y el impulso suficiente para seguir adelante, alcanzando los objetivos propuestos. Por su comprensión y amor. Gracias.

A mis hermanos por su apoyo constante e incondicional.

A ti Berny, por todo el amor que me brindas, por dejarme disfrutar de tu compañía y compartir tu vida con la mía. "Feita" Té Amo.

A todos los médicos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, por la enseñanza, sus consejos, regaños y paciencia para mi formación como especialista.

A los compañeros de guardia: Ericka, Alicia, Martha, Fabio, Mery, Cristina, Carlos y Daniel; por compartir momentos de alegría y de tristeza, por crecer juntos y por el apoyo y cariño que siempre recibí de ustedes; a quienes considero mis amigos. Gracias por todo. Siempre los recordaré.

A mi amigo, Fernando y su familia, por compartir sus conocimientos y brindarme su amistad. Gracias.

Agradezco a Dios, por guiar mi camino, acompañarme siempre y disponer lo mejor para mí.

INTRODUCCION

A pesar de los avances técnicos en todos los campos de la medicina, los tumores de ovario persisten como el problema más complejo de la patología ginecológica. Es importante enfatizar que se presentan en todos los grupos etareos y que de 5 a 7 de cada 100 mujeres serán sometidas a una intervención quirúrgica por un tumor ovárico en cualquier época de su vida. (1)

Por definición los tumores ováricos incluyen crecimientos de todo tipo que afectan al órgano; estos pueden ser quistes funcionales, masas inflamatorias, endometriosis, tumores ováricos benignos y malignos. (2)

El diagnóstico diferencial de los tumores de ovario varia considerablemente con la edad de la paciente. En las pacientes premenárquicas y postmenopaúsicas un tumor ovárico debe considerarse anormal y debe investigarse inmediatamente. En las pacientes premenárquicas, la mayor parte de los tumores tienen su origen en células germinales y precisa una inmediata exploración quirúrgica. En las pacientes postmenopaúsicas son frecuentes los tumores del estroma, de células germinales y epiteliales; en este grupo de mayor edad cualquier incremento en el tamaño del ovario es anormal y debe considerarse como maligno hasta que se demuestre lo contrario. (1)

En la paciente en edad reproductiva los quistes funcionales son los más frecuentes, entre ellos los de tipo folicular y del cuerpo lúteo, los quistes luteínicos de la teca, el luteoma del embarazo, los ovarios poliquísticos y los quistes endometriósicos; igualmente pueden presentarse tumores tanto benignos como malignos, siendo más frecuentes los primeros. (1)

Clínicamente se pueden presentar en forma asintomática; o con dolor agudo resultante de ruptura o torsión, o en forma paulatina sugiriendo una neoplasia en expansión. (2)

A la exploración física debe evaluarse cuidadosamente las características del tumor. Los tumores móviles, quísticos, de pared lisa, pequeños (menores de 6 cm), unilaterales; generalmente son benignos. Por lo regular los tumores malignos producen ascitis. (1,2,3)

En la detección temprana de un tumor de ovario son importantes la anamnesis y la exploración física, así, como el ultrasonido y los marcadores tumorales. (4,5). El ultrasonido pélvico y endovaginal es un método exacto para determinar la localización, el tamaño, la extensión y la consistencia de las masas pélvicas. La

exactitud del ultrasonido en la predicción de un proceso maligno tiene un valor positivo promedio del 74% y una sensibilidad del 88%. (4,6,7)

El uso de ultrasonido vaginal con doppler color, en el cual se determina el índice de resistencia y pulsatilidad del flujo sanguíneo, reportan una sensibilidad del 85% y una especificidad del 93%; con un valor predictivo positivo de 83% y un valor predictivo negativo de 98%; según los estudios de Fleischer, para procesos ováricos malignos. (7)

La laparoscopia puede ser útil para visualizar una masa ovárica principalmente cuando ésta es menor de 6 cm de diámetro; cuando es mayor esta indicado una laparotomía exploratoria. (1,2,3)

Los marcadores tumorales son algunas sustancias u hormonas susceptibles de detección; producidas por un tipo concreto de células tumorales. Actualmente se sabe que un tumor puede producir cualquier especie molecular, en cantidades importantes en circunstancias especiales y por tanto esto puede ser útil como marcador tumoral; sin embargo algunas enfermedades benignas pueden asociarse con elevación de estos marcadores. (1, 20)

De los marcadores tumorales el CA-125, es el más usado, sin embargo, es limitado ya que el dominio de éste incluye tejidos derivados tanto del epitelio celómico como del conducto de Müller. En consecuencia se detectan niveles elevados en una amplia variedad de condiciones, además del tumor epitelial del ovario, por lo tanto no se puede usar como tamizaje en la población general, sino en pacientes con factores de riesgo. (5,7,8,9)

La gonadotropina coriónica humana y la alfa feto proteína se solicitan ante la sospecha de tumores de células germinales. (8)

El antígeno carcinoembrionario (ACE) está elevado en casi el 30 a 50% de pacientes con cáncer ovárico; sobre todo del tipo mucinoso, pero su falta de especificidad y sensibilidad lo hace inadecuado como prueba de detección de cáncer ovárico. (2)

Es difícil tomar la decisión de operar o no a una paciente con tumor de ovario, por lo que es útil el diagnóstico diferencial. En una paciente joven si el quiste mide hasta 6 cm y tiene datos clínicos y ultrasonográficos de benignidad, debe ser vigilada de 2 a 3 meses con exploración y ultrasonido de preferencia endovaginal, si es funcional debe desaparecer; si persiste el tumor sin cambios de malignidad está indicada la cirugía pudiendo ser laparoscópica; si presenta cambios sugestivos de malignidad se realizará laparotomía. (2,11,19)

Los tumores sólidos y quísticos mayores de 6 cm deben operarse de inmediato, e inclusive los quistes benignos son una urgencia quirúrgica cuando hay ruptura o torsión. (1,2)

En pacientes menopáusicas con un tumor hasta de 6 cm sin sospecha de malignidad esta indicada la cirugía; pudiendo ser por vía laparoscópica; con sospecha de malignidad se debe realizar laparotomía exploratoria. (1,2,11,19)

El principal método de diagnóstico y tratamiento de los tumores ováricos es el quirúrgico, proporciona un diagnóstico definitivo y en pacientes con tumores benignos constituye la terapéutica completa. (1,2)

EPIDEMIOLOGIA

El ovario está constituido por un tejido derivado del epitelio celómico, células germinales y del mesénquima, por lo tanto, las neoplasias pueden ser de tipo sólido y de tipo quístico. (14)

Aproximadamente el 80% de todos los tumores ováricos son benignos. Los quistes funcionales son una característica frecuente de la actividad ovárica normal y muchos quistes ováricos pueden ser asintomáticos. (11)

En un estudio realizado en el periodo comprendido entre 1979 a 1988 en el Hospital Civil de Guadalajara; mostró predominio de los tumores epiteliales en particular lesiones quísticas de tipo seroso. (12,13)

De las neoplasias ováricas, los tumores epiteliales constituyen el 60 a 70%; los tumores de células germinales el 20% y de ellas el 95% son benignas y los tumores del estroma y los cordones sexuales representan el 10% restante. (15,16,17)

Las neoplasias quísticas benignas del ovario más frecuentes son los cistadenomas serosos, los cistadenomas mucinosos y los teratomas quísticos. (12)

Las neoplasias quísticas malignas suelen pertenecer a la variedad de cistadenocarcinoma seroso o mucinoso. Las excresencias papilares superficiales, las zonas de necrosis y la formación interna de papilas son muy sugestivas de malignidad. (1,11)

Los tumores sólidos benignos del ovario suelen originarse en el tejido conjuntivo como fibromas, tecomas o tumores de Brenner. Las neoplasias sólidas malignas son la mayoría de las veces adenocarcinomas o metástasis de otros lugares. (13)

En todo el mundo la incidencia de cáncer de ovario es notablemente mayor en la naciones industrializadas que en los países en vía de desarrollo. En Estados Unidos el cáncer de ovario representa aproximadamente el 25% de todas las neoplasias malignas del tracto genital y más del 50% de las muertes atribuibles a cáncer ginecológico. (17)

En México en el año de 1997, de acuerdo al registro histopatológico de neoplasias, el cáncer de ovario se ubica en el sexto lugar entre la totalidad de las neoplasias y en el segundo lugar de las neoplasias malignas del tracto genital femenino. (18)

Es importante enfatizar que los tumores ováricos se presentan en todas las épocas de la vida y que el 19% de estos coinciden con el embarazo. (3)

Como factores de riesgo para ésta patología; se mencionan los de tipo personal como la herencia, la infertilidad, el uso de inductores de la ovulación y la baja paridad; factores dietéticos como el alto consumo de grasas de origen animal y factores de tipo ambiental relacionados con el talco y el asbesto. Se ha atribuido un efecto protector al embarazo y a los anticonceptivos orales. (18)

FUNDAMENTO

Un tumor anexial puede diagnosticarse en una mujer asintomática, o puede presentarse con dolor agudo secundario a la ruptura o torsión del mismo. Son importantes por lo tanto la historia clínica, la edad de la paciente, sus antecedentes menstruales, familiares y síntomas vinculados. (2)

El tumor de ovario es asintomático en su inicio; las manifestaciones clínicas habituales en lesiones aparentes incluyen el aumento de volumen abdominal, dolor vago, dispepsia, síntomas urinarios bajos, y constipación. (18)

De los tumores ováricos el 80% son benignos y el 20% son malignos. El Dr. Zárate encontró en su estudio que las neoplasias benignas más frecuentes eran el cistadenoma seroso (59%), teratoma maduro (28.8%), cistadenoma mucinoso (7.7%) y cistadenofibroma (1.4%). Múltiples informes de la literatura mundial indican que el 65% de los carcinomas ováricos se diagnostican en etapas avanzadas; en consecuencia es importante contar con un método de detección oportuno, eficaz y práctico. (1,2,3,11,19)

En el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México se realizan cirugías de tumores de ovario, las cuales se estudian e intervienen quirúrgicamente cuando cumplen con parámetros sugestivos de benignidad desde el punto de vista clínico, paraclínico y de laboratorio. Es de enfatizar que los tumores con características sugestivas de malignidad; son referidas al servicio de oncología en donde se les realiza el tratamiento correspondiente.

El presente estudio es importante para analizar variables epidemiológicas, aspectos clinicopatológicos, elementos de diagnóstico y tratamiento de los tumores de ovario; además nos permitirá modificar o fortalecer conductas.

OBJETIVOS

Objetivo Principal

Determinar la frecuencia de los tumores de ovario en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México en el periodo comprendido del 1 de Enero de 1995 al 31 de Diciembre de 1999.

Objetivos Secundarios

Conocer los resultados histopatológicos de los tumores de ovario en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México durante el periodo comprendido del 1 de Enero de 1995 al 31 de Diciembre de 1999.

Identificar la frecuencia por grupos de edad de los tumores ováricos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México en el periodo comprendido del 1 de Enero de 1995 al 31 de Diciembre de 1999.

Correlacionar los diagnósticos de sospecha con los diagnósticos de certeza respecto a los tumores de ovario en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México en el periodo comprendido del 1 de Enero de 1995 al 31 de Diciembre de 1999.

METODOLOGIA

El presente es un estudio retrospectivo y longitudinal el cual fue realizado en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México consultando los expedientes del archivo clínico de la unidad y el archivo central del mismo hospital; en donde se revisaron 150 expedientes clínicos, durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1995 al 31 de Diciembre de 1999; los cuales correspondían a pacientes con el diagnóstico clínico o paraclínico de tumor de ovario y/o anexial o hallazgo quirúrgico de esta patología.

Se analizaron datos epidemiológicos; de diagnóstico, laboratorios y tratamiento como edad, estado civil, procedencia, paridad, antecedente familiar de tumor ovárico; diagnóstico de ingreso; semanas de gestación; cuantificación de marcadores tumorales; tratamiento quirúrgico realizado, tamaño y localización del tumor, realización de estudio transoperatorio e informe histopatológico definitivo.

Los criterios de inclusión comprendían a pacientes que tuvieron el diagnóstico clínico o paraclínico de tumor de ovario y/o anexial o hallazgo quirúrgico que contaban con reporte histopatológico confirmatorio definitivo de tumor de ovario; y se excluyeron aquellas pacientes con diagnóstico clínico de tumor ovárico que se descartó en el acto quirúrgico, así como los expedientes que no tenían informe anatomopatológico definitivo. Contando para el presente estudio con 123 casos.

A los resultados se les calculó la media y porcentaje ilustrándose en tablas y gráficas representativas.

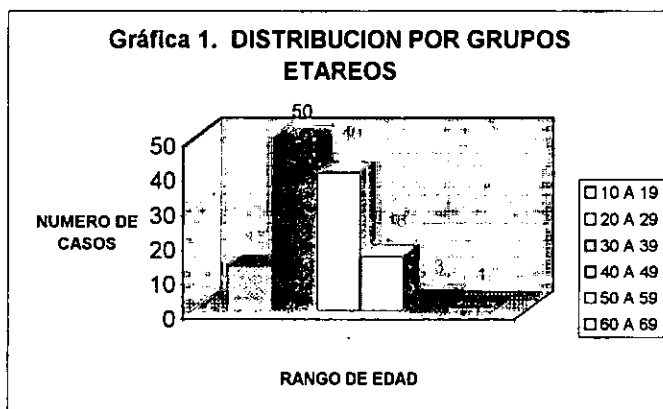
Para la incidencia se tomó en cuenta el numero de pacientes embarazadas y ginecológicas atendidas en el servicio durante el periodo mencionado, siendo de 50.673.

RESULTADOS

EDAD

Se realizó la revisión de 123 expedientes de pacientes que fueron atendidas en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, con diagnóstico de Tumor de Ovario.

En cuanto a la edad, se encontró que el mayor número de pacientes estaba en el rango de los 20 a 29 años; con 50 casos y que representa el (40.6%) de la población seguido por el rango de 30 a 39 años con 40 casos (32.5%). El menor número de casos se encontró en el rango de edad de 60 a 69 años con 1 caso (0.8%). La edad de menor presentación de esta patología fue de 13 años y la mayor de 66 años. La edad promedio fue de 30.5 años. La amplitud de variación del estudio fue de 54. Gráfica 1.



ESTADO CIVIL

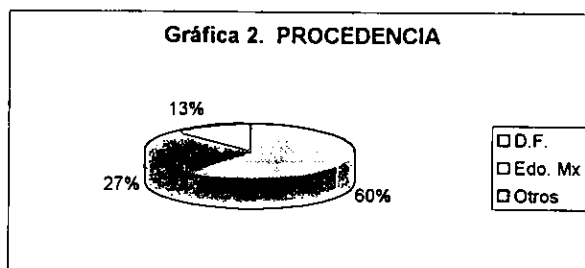
La distribución con respecto al estado civil de las pacientes, mostró que el 40.7% eran casadas, el 38.2% eran solteras, el 16.3% en unión libre, el 2.4% viudas y el 2.4% divorciadas. Tabla 1.

Tabla 1. Distribución por estado civil

	f
Soltera	47
Casada	50
Unión Libre	20
Viuda	3
Divorciada	3
Número casos	123

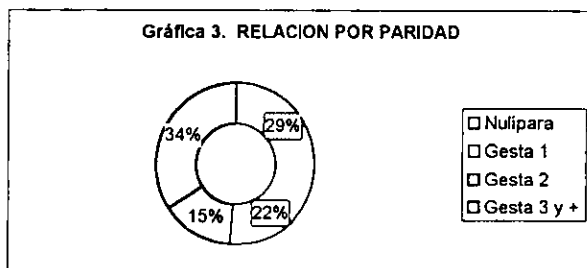
PROCEDENCIA

Teniendo en cuenta que el Hospital General de México atiende a una población abierta, el mayor número de casos correspondió a pacientes procedentes del Distrito Federal, con 74 casos (60%), del Estado de México se encontraron 33 (27%) y de otros estados 16 casos (13%). Gráfica 2



PARIDAD

En el estudio se encontró que los tumores de ovario fueron más frecuentes en mujeres multíparas (más de tres embarazos) 34.1%, seguido por las nulíparas, 29.3% y el porcentaje restante en pacientes con uno y dos embarazos. Gráfica 3.



DIAGNOSTICO DE INGRESO

Dentro de las variables estudiadas, se tomó en cuenta el diagnóstico de ingreso de las pacientes, encontrando que el 95.9% fueron ingresadas con diagnóstico de tumor anexial, mientras que el 4.1% restantes fueron diagnósticos posteriores al evento quirúrgico. Tabla 2.

Tabla 2 . Relación con respecto al diagnóstico de ingreso

Diagnóstico	Nº Casos
Quiste de ovario	40
Tumor anexial	32
Quiste torcido de ovario	19
Embarazo más Quiste torcido	
De ovario	15
Miomatosis uterina más tumor	
anexial	12
Embarazo ectópico	5
Total	123

ESTUDIOS PARACLINICOS

Si tenemos en cuenta que actualmente las tumoraciones anexiales deben ser estudiadas con marcadores tumorales; tales como Alfafetoproteína, HCG, CA 125, y Antígeno Carcinoembrionario, encontramos que de las 123 pacientes estudiadas el 17.9% (22 casos) contaban con determinación de los cuatro marcadores tumorales, mientras que el 28.4% (35 casos) en forma parcial y al 53.7% (66 casos) no se le realizó ningún tipo de marcador. Es de resaltar que de estos 66 casos el 59% (39 casos) no contaban con estudio por haber sido pacientes llevadas de forma urgente a quirófano, lo que nos hace concluir que el 22% (27 casos) de todas la pacientes no fueron estudiadas previamente con marcadores tumorales.

TAMAÑO DEL TUMOR

Al analizar las hojas quirúrgicas se buscó identificar el tamaño de los tumores anexiales, con el fin de establecer si esta variable tenía o no relevancia en cuanto al manejo quirúrgico. Los hallazgos se describen en la tabla siguiente. Tabla 3. Se evidenció un rango que va de 5 x 4 x 3 cm hasta 40 x 30 x 30 cm.

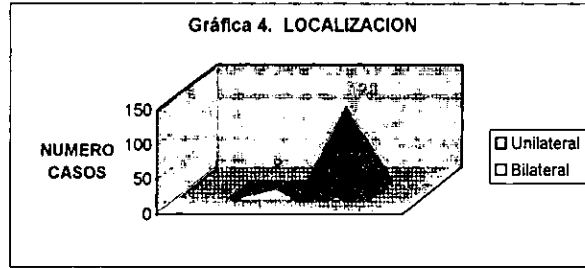
Tabla 3 . Tamaño de los Tumores Anexiales

	N° casos
Menor de 6 cm	26
De 7 a 9.9 cm	21
De 10 a 14.9 cm	39
Mayor de 15 cm	37
Total	123

LOCALIZACION DEL TUMOR

Los reportes quirúrgicos mostraron que no existe una tendencia importante con respecto a la localización del tumor, ya que el 46.4% fueron derechos y el 51.2%

izquierdos. Llama la atención que en el 97.6% de los casos, la tumoración fue unilateral mientras que en el 2.4% fueron bilaterales. Gráfica 4.



ESTUDIO TRANSOPERATORIO

Es protocolo dentro de la Institución, el realizar estudio transoperatorio con el fin de confirmar el tipo histológico de la tumoración y así decidir el abordaje quirúrgico más apropiado en cada caso. En el presente estudio se pudo constatar que al 55.3% de las pacientes se les realizó dicho estudio, mientras que al 44.7% no. Sin embargo, este alto porcentaje puede explicarse ya que 34 casos fueron intervenidos con diagnóstico de: embarazo y quiste torcido de ovario (10 casos), quiste torcido de ovario (19 casos) y embarazo ectópico (5 casos); en horarios en los que no se disponía de este recurso, como son turnos nocturnos y días festivos.

Si tenemos en cuenta el número de casos en los que se realizó estudio transoperatorio; 68 casos, encontramos que en el 94.1% coincidieron con el reporte histopatológico definitivo, mientras que en el 5.9% no. Los cuatro casos en los cuales no coincidió el reporte histopatológico , dos fueron informados en el estudio transoperatorio como cistadenoma seroso siendo el definitivo cistadenofibroma seroso, uno como cistadenocarcinoma de bajo grado siendo el definitivo de cistadenofibroma seroso con reacción xantomatosa, y otro como cistadenocarcinoma de bajo grado de malignidad siendo el definitivo de cistadenoma mucinoso con áreas de tipo intestinal y de tipo endocervical.

En el estudio se encontró en el reporte definitivo 1 caso de disgerminoma y otro de tumor de células de la granulosa, a los cuales no se les realizó estudio transoperatorio.

TUMOR ANEXIAL Y EMBARAZO

Como se conoce actualmente que la frecuencia de tumor anexial y embarazo es de 1:10.000, nuestro estudio mostró que es de 3,2:10.000 embarazos.

En el estudio, se evidencia que el cistadenoma seroso es el tumor ovárico más frecuente asociado al embarazo. Tabla 4.

En el estudio se encontraron 15 casos de tumor anexial y embarazo de los cuales 7 cursaban con embarazo del primer trimestre, 7 del segundo trimestre y 1 del tercer trimestre.

Tabla 4 Tumor anexial y Embarazo
Tipo Histológico

Cistadenoma seroso	7
Teratoma maduro	5
Quiste endometriósico	1
Quiste epidermoide	1
Quiste Simple	1
Total	15

TPO HISTOLOGICO

Se tuvo como criterio de inclusión, que todos los expediente revisados contaran con el estudio histopatológico definitivo.

A continuación se presenta la relación por diagnóstico histopatológico, el cual fue realizado por la unidad de Patología del Hospital General de México y descrito como fue consignado en el reporte final. Tabla 5.

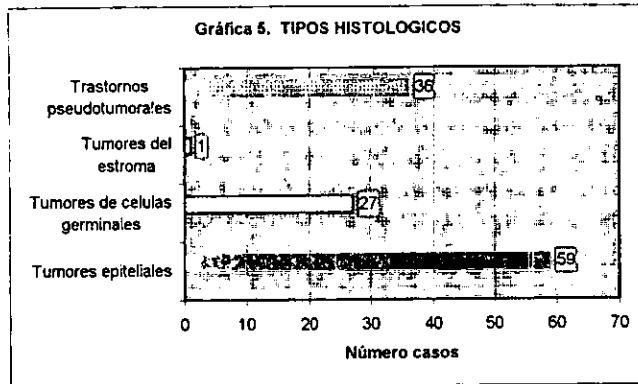
Tabla 5 . Reporte Histopatológico

Tipo	N° casos
Cistadenoma seroso	53
Teratoma maduro	26
Quiste endometriode	24
Quiste simple	6
Quiste del cuerpo lúteo	5
Cistadenofibroma seroso	3
Cistadenoma mucinoso	2
Disgerminoma	1
Tumor de células de la granulosa	1
Carcinoma endometriode	1
Quiste epidermoide	1
TOTAL 123	

El Análisis general mostró que el Cistadenoma seroso ocupó el primer lugar en frecuencia (43.1%) seguido por el teratoma maduro (21.2%) y el quiste endometriode (19.5%).

Teniendo en cuenta la clasificación Histopatológica de la OMS (Anexo 1), a continuación se detalla los hallazgos encontrados en las pacientes intervenidas en la unidad de Ginecología y Obstetricia. Gráfica 5.

I. Neoplasias derivadas del epitelio celómico	59
II. Neoplasias derivadas de las células germinales	27
III. Neoplasias derivadas del estroma gonadal específico	1
IV. Neoplasias derivadas del mesenquima no específico	0
V. Metastásicas de ovario	0
VI. Trastornos pseudotumorales	36



El cistadenoma seroso se presentó con mayor frecuencia en el rango de edad entre 20 y 29 años con 21 casos (37.5%), seguido por el rango de 30 a 39 años con 18 casos (33.9%). Así mismo se presentó con mayor frecuencia en las pacientes con tres gestas y más con 18 casos (39.9%), seguido por las pacientes nuligestas con 16 casos (30.1%). Estos se localizaron con mayor frecuencia en el lado derecho con 27 casos (50.9%); en el lado izquierdo 25 casos (47.2%) y 1 caso en forma bilateral (1.9%).

El teratoma quístico benigno se presentó con mayor frecuencia en el rango de 20 a 29 años con 16 casos (61.5%), seguido por el rango de 30 a 39 años con 4 casos (15.3%). Estos se presentaron con mayor frecuencia en pacientes nuligestas con 11 casos (42.3%), seguido por las primigestas y de 3 y más gestas con 6 casos respectivamente (23%). Estos se localizaron con mayor frecuencia en el lado derecho con 13 casos (50%), 12 casos en el lado izquierdo (46.1%) y 1 caso bilateral (3.9%).

El quiste endometriósico se presentó con mayor frecuencia en el rango de 30 a 39 años con 11 casos (45.8%), seguido por el rango de 20 a 29 años con 7 casos (29.1%). Estos se presentaron con mayor frecuencia en pacientes con 3 gestas y más con 10 casos (41.6%), seguido por las nuligestas y primigestas con 5 casos respectivamente (19.2%); respecto a estos quistes se encontró la mayor frecuencia en localización izquierda con 13 casos (54.1%), 10 casos en el lado derecho (41.6%) y 1 caso de localización bilateral (4.3%).

En todo el estudio se encontró únicamente 2 pacientes con antecedentes de tumor ovárico en la familia, cuyo resultado histopatológico fue de cistadenoma seroso.

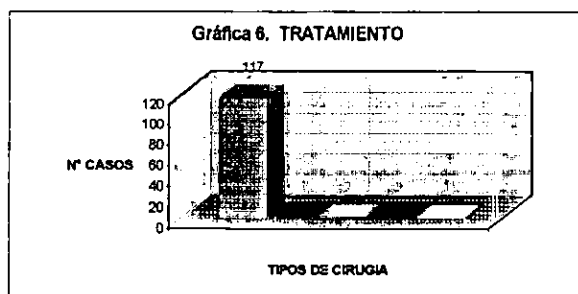
Analizando la variedad histológica y el tamaño del tumor, se encontró que el más pequeño fue de 5 x 4 x 3 cm correspondiendo a un quiste endometriode como hallazgo quirúrgico de una paciente sometida a histerectomía total abdominal por miomatosis uterina; el más grande correspondió a un cistadenoma mucinoso de 40 x 30 x 30 cm.

Se evidencia que 92 casos (75%) se encuentran en el rango de 7 a 25 cm.

TRATAMIENTO

El tratamiento quirúrgico de los tumores ováricos varía de acuerdo al tamaño del mismo, la edad de la paciente, el deseo de la fertilidad y los hallazgos encontrados. La cirugía indicada es la laparotomía exploratoria.

En el estudio se encontró que a 117 casos (95.2%) se les realizó ooforectomía unilateral; a 1 caso (0.8%) se le realizó salpingooforectomía bilateral por teratoma bilateral; a 2 casos (1.6%) se les realizó histerectomía total abdominal y salpingooforectomía bilateral por cistadenoma seroso bilateral y quiste endometrioso bilateral respectivamente; a 2 casos (1.6%) se les realizó histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral, apendicectomía y omentectomía por disgerminoma y carcinoma endometriode y a 1 caso (0.8%) se le realizó ooforectomía con cuña de ovario contralateral por cistadenoma seroso. Gráfica 6.



- S.O.
- S.O.B.
- HTA + SOB
- HTA + SOB + OMENTECT + APENDICECT
- SO + CUÑA

COMENTARIOS

Los tumores de ovario se presentan en todos los grupos etareos, siendo más frecuentes los benignos , con una frecuencia de 80%, en comparación con 20% de los malignos según la literatura.^(1,2,3) En el presente estudio se corrobora lo reportado a nivel mundial encontrándose que el 97.5% de los tumores de ovario eran benignos y el 2.5% malignos. Es de enfatizar que los tumores con datos sugestivos de malignidad se remiten al servicio de oncología lo que explica el bajo porcentaje de los malignos. Los tumores ováricos benignos se presentan principalmente durante la vida sexual activa. ⁽¹⁾ El mayor número de pacientes se encontró en el rango de edad de 20 a 39 años representando el 73.1 % (90 casos)., con una edad promedio de 30.5 años.

En múltiples referencias bibliográficas se ha referido como un factor de riesgo a la nuliparidad y baja paridad. ^(1,3,12,16)En este estudio se evidenció la mayor frecuencia en este grupo, siendo de 29.3% para las nulíparas, 22% para las primigestas y 14.6% para las secundigestas, para un total de 65.9%, en comparación con un 34.1% para las múltiparas.

Según la literatura no hay una predisposición genética bien definida para los tumores de ovario, en algunas familias se cree que hay predisposición autosómica dominante principalmente para variantes serosas. ⁽²⁾ Aproximadamente el 5% de las pacientes con cáncer de ovario demuestran un patrón de herencia familiar, el locus de susceptibilidad heredada se ubica en el brazo largo del cromosoma 17 en el intervalo 17 q 12-21. ⁽¹⁸⁾ En este estudio se encontró que dos pacientes tenían antecedente familiar de tumor ovárico , siendo del tipo cistadenoma seroso, representando el 1.6% de los casos.

Aunque se ignora si los tumores ováricos malignos surgen de novo o se desarrollan a partir de tumores benignos , hay una fuerte evidencia deductiva de que, por lo menos, algunos tumores benignos se van a malignizar. ⁽²⁾ Los evidentes avances logrados en el manejo de tumores ováricos a través de un mejor conocimiento de su historia natural y de su respuesta a los procedimientos terapéuticos disponibles , no ha ido acompañado de un incremento en el diagnóstico de las etapas tempranas de las neoplasias malignas ; y por consiguiente de su pronóstico, en consecuencia es importante contar con un método de detección oportuno, eficaz y práctico. ⁽¹⁴⁾ Existen diferentes técnicas coadyuvantes en el diagnóstico de las masas ováricas que pueden ayudar a delinear la naturaleza del tumor , tales como la ultrasonografía con doppler color, resonancia magnética nuclear, tomografía axial computarizada , marcadores tumorales y finalmente puede ser necesaria la realización de un procedimiento

quirúrgico por laparoscopia o laparotomía para llegar a un diagnóstico final y definitivo. (19)

Los marcadores tumorales son obligados ante la evidencia de toda neoplasia ovárica, sin embargo no son específicos, los más utilizados son el CA 125, GCH, alfa feto proteína y antígeno carcinoembrionario. Vasiley y colaboradores observaron que en el 97% de sus pacientes, con cifras de CA 125 menor de 35 U/ml tenían un tumor benigno y solo 15% de las pacientes menores de 50 años, con cifras incrementadas de CA 125 tenían un tumor maligno; por lo tanto el CA 125 puede utilizarse como un marcador tumoral ante la sospecha de malignidad, pero no como una prueba de tamizaje en la población general. (19) En el estudio realizado se encontró que a 17,9% de los casos se les realizó los marcadores tumorales citados, mientras que al 28.4% se les realizó en forma parcial y al 53,7% no se les realizó ningún marcador; esto se puede explicar ya que de este 53.7 (66 casos), el 59% (39 casos) fueron intervenidos quirúrgicamente como una urgencia. De los casos a los cuales se les realizó cuantificación de CA 125, cuatro fueron mayores de 35 U/ml correspondiendo a dos quistes endometriósicos, un teratoma quístico benigno y un cistadenoma seroso. Los otros marcadores tumorales se encontraron dentro de parámetros normales.

El Dr. Alberto Jiménez, reporta en el Hospital Civil de Guadalajara predominio de los tumores epiteliales en particular lesiones quísticas de tipo seroso. (13) La población estudiada en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México evidencia predominio de estirpe epitelial con 47.9% de los casos, de los cuales el 89.9% fueron cistadenomas serosos. En forma general teniendo en cuenta todas las estirpes histológicas, el cistadenoma seroso fue el más frecuente con un 43.1% de los casos.

Según Disaia, el cistadenoma seroso, puede variar su tamaño entre 5 a 20 cm y en el 10% de los casos ser bilaterales; nosotros encontramos que el 85% de los casos median entre 5 y 25 cm y que el 1.9% fueron de localización bitateral.

Los cistadenomas mucinosos pueden ser enormes, de hecho, los tumores más grandes reportados en la literatura pertenecen a estos. (1) Nosotros encontramos que el tumor más grande midió 40x30x30 cm siendo un cistadenoma mucinoso.

El sitio más frecuente de endometriosis es a nivel de los ovarios y principalmente en pacientes de 35 a 45 años, estos quistes raramente superan los 12 cm. (1) En el estudio se encontró que los quistes endometriósicos ocupaban el tercer lugar de frecuencia con un 19.5%, con predominio en el rango de edad de 30 a 49 años con un 67% de los casos y con un tamaño menor de 12 cm en el 87.5%.

El principal método de diagnóstico y tratamiento de los tumores ováricos es el quirúrgico, proporciona un diagnóstico definitivo y en pacientes con tumores benignos constituye la terapéutica completa .(1,2,19) Si el tumor está libre, bien encapsulado y sin ascitis , se realiza ooforectomía y se envía a estudio transoperatorio , si no se dispone de este estudio, y el tumor está libre , con cápsula íntegra , en una enferma joven se sugiere extirpar el ovario afectado y tomar una cuña del ovario opuesto ya que muchos de ellos son bilaterales. Si la paciente es perimenopáusicas, se debe hacer histerectomía con salpingooforectomía bilateral.(19) En el estudio se encontró que en el 55.3 % de los casos se les realizó estudio transoperatorio y que en el 94.1% de los casos coincidían con el reporte patológico definitivo.

Keetel y colaboradores , manifiestan que en ausencia de ascitis clínica, un número importante de enfermas con cáncer de ovario localizado tienen células cancerosas intraperitoneales flotando libremente, demostrado mediante lavado citológico. En su estudio reportan que en el 36% de los casos el lavado fue positivo en paciente con estado clínico quirúrgico I y que en el 50% de las muestras de líquido ascítico de enfermas con afección maligna del ovario fueron negativas.(1) Se recomienda entonces que en todos los casos de cirugía de tumor de ovario se tome líquido peritoneal para estudio citológico y si no lo hay se debe realizar lavado de la cavidad peritoneal con solución salina y efectuar con este líquido el estudio citológico, así como utilizar segundos campos. (1,11,19) En el estudio realizado se encontró que no se le hizo estudio citológico de ascitis o de lavado peritoneal a ninguno de los casos.

En la literatura mundial se ha comunicado una frecuencia de tumor ovárico y embarazo de 1:10.000 a 1:25.000 embarazos. (1) Struyk reporta al quiste dermoide (teratoma) como el más frecuente con un 36% de los casos, seguido por el cistadenoma seroso en el 25% y un 4% de tumor ovárico maligno y embarazo .(1) En nuestro estudio se evidencia una frecuencia de 3.2:10.000 embarazos con predominio del cistadenoma seroso con 46.6%, seguido por el teratoma maduro en el 33.3%.

CONCLUSIONES:

En el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1995 y el 31 de Diciembre de 1999; respecto a tumores de ovario, se encontró en el estudio que el 97.5% (120 casos) correspondieron a tumores benignos y el 2.5% (3 casos) fueron tumores ováricos malignos.

La estirpe histológica predominante fue la epitelial con 47.9% (59 casos), seguido por los tumores derivados de células germinales con 21.9% (27 casos).

De los tumores benignos del ovario, el más frecuente fue el cistadenoma seroso representando el 43.1% (53 casos), seguido por el teratoma maduro con 21.2% (26 casos).

Los tumores de ovario en general se presentaron con mayor frecuencia en el rango de edad de 20 a 29 años (40.6%), con una edad promedio de 30.5 años.

La nuliparidad y la baja paridad, representa un factor de riesgo para tumores de ovario, evidenciando una frecuencia de 65.9% (81 casos), en comparación con el 34.1% (42 casos) en las múltiparas.

Los tumores de ovario generalmente son unilaterales, presentándose en un 97.6% (120 casos).

Los marcadores tumorales en las neoplasias ováricas son inespecíficos, ya que se presentan en múltiples patologías benignas, por lo tanto, se deben utilizar cuando hay tumoración sugestiva de malignidad, principalmente el CA 125, pero no como una prueba de tamizaje en la población general.

En el 44.7% de los casos no se realizó estudio transoperatorio , sugiriéndose como protocolo la realización de dicho estudio ; así como estudio citológico de líquido de ascitis o en su defecto de lavado peritoneal.

En el estudio se encontró 15 casos de tumor de ovario y embarazo , con una frecuencia de 3.2: 10.000 embarazos , siendo la estirpe histológica más frecuente el cistadenoma seroso con 46.6% (7 casos), seguido por el teratoma quístico maduro con 33.3% (5 casos).

El tratamiento quirúrgico en tumores de ovario benigno es la ooforectomía unilateral.

Se recomienda realizar la clasificación clínico quirúrgica de las neoplasias malignas de ovario. (anexo 2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Disaia, Philip, J; Creasman, Willian, T. *Oncología Ginecológica Clínica*. Capítulo 10. La masa anexial y el cáncer ovárico precoz. Cuarta edición. España. Editorial Mosby/Doyma Libros. 1994; 229-330.
2. Jones III, Howard; Calston, Wentz; Burnett, Lonnie. *Tratado de Ginecología de Novak*. Capítulo 32. Tumores y quistes ováricos. Decimaprimera edición. México D. F. Editorial Interamericana. 1991; 693-701.
3. Zárata, A; Medina, E. Protocolo de la clínica de tumores de ovario del Hospital de la Mujer. *Análisis de 1786 casos*. *Rev Med Hosp. Muj.* 1994;1:12.
4. Taylor, K; Schwartz, P. Screening for early ovarian cancer. *Radiology*. 1994; 192:1-10.
5. Tuxen, M; Soletormoost, G. Tumor markers in the management of patients with ovarian cancer. *Cancer Treat Rev*. 1995; 21:215-245.
6. Boente, M; Godwin, A. Screening, imaging, and early diagnosis of ovarian cancer. *Clin Obstet Gynecol*. 1994; 37:337-391.
7. Deprist, P; Van Nagell, J. Detección primaria del cáncer ovárico por ultrasonido vaginal. *Clin Obstet Gynecol*. 1992; 1:39-42.
8. Mazurek, A; Niklinski, J. Clinical tumour markers in ovarian cancer. *Eur J Cancer Prev*. 1998; 7:23-35.
9. Teneriello, M; Park, R. Early detection of ovarian cancer. *Cancer J Clin*. 1995; 45:69-70.
10. Berchuck, A; Boente, M; Bast, R. Empleo de los marcadores tumorales en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con carcinoma del aparato reproductor. *Clin Obstet Gynecol* . 1992; 1:43-52.
11. Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología del Instituto Nacional de Perinatología. 1998; 1:287-297.

12. Vargas, L; López, F; Salinas, B. Epidemiología de los tumores de ovario. *Ginecol Obstet Mex.* 1981; 49:367-374.
13. Jimenez, C; et al. Cáncer ovárico. Estudio anatomoclínico. *Ginec Obstet Mex.* 1994; 63:315-318.
14. Torres, Lobatón, A; y col. Cáncer de ovario. Experiencia con 186 pacientes. *Ginec Obstet Mex.* 1992; 60:241-246.
15. Torres, LA; Román, BE; Plata, NP. Cáncer ginecológico. Magnitud del problema clínico. Unidad de Oncología Hospital General de México, S.S. *Ginec Obstet Mex.* 1989; 57:109-116.
16. Ruiz, Moreno, J. Epidemiología y diagnóstico del cáncer de ovario. *Temas actuales de Ginecología y Obstetricia.* 1991; 321-327.
17. Tortolero, L; Mitchell, M. The epidemiology of ovarian cancer. *J Cell Biochem Suppl.* 1995; 23:200-207.
18. Herbst, AL. The epidemiology of ovarian carcinoma and the current status of tumor markers to detect disease. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 170:1099-1105.
19. Ahued, R; Fernandez del Castillo, C. *Ginecología y Obstetricia aplicadas.* Capítulo 48. Tumor de ovario. Primera edición. México D.F. JGH Editores. 2000:327-333.
20. Gershenson, D; Tortolero Luna, G. Ovarian intraepithelial neoplasia and ovarian cancer. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.* 1996; 23:475-530.

ANEXO 1.

CLASIFICACION DE TUMORES OVARICOS DE LA OMS.

- I. NEOPLASIAS DERIVADAS DEL EPITELIO CELOMICO
(EPITELIALES)
 - A. Tumor seroso
 - B. Tumor mucinoso
 - C. Tumor endometriode
 - D. Tumor mesonefroide
 - E. Tumor de Brenner
 - F. Carcinoma indiferenciado
 - G. Carcinoma y tumor mesodérmico mixto.

- II. NEOPLASIAS DERIVADAS DE LAS CELULAS GERMINALES
 - A. Teratoma
 - 1. Teratoma maduro
 - a. Teratoma sólido del adulto
 - b. Quiste dermoide
 - c. Estruma ovárico
 - d. Neoplasias malignas del teratoma quístico
 - 2. Teratoma inmaduro
 - B. Disgerminoma
 - C. Carcinoma embrionario
 - D. Tumor del seno endodérmico
 - E. Coriocarcinoma
 - F. Gonadoblastoma

- III. NEOPLASIAS DERIVADAS DEL ESTROMA GONADAL
ESPECIFICO
 - A. Tumores de células de la Teca y de la Granulosa
 - 1. Tumor de la granulosa
 - 2. Tecoma
 - B. Tumores de Sertoli-Leydig
 - 1. Arrenoblastoma
 - 2. Tumor de células de Sertoli
 - C. Ginandroblastoma
 - D. Tumor de células lipoidicas

- IV. NEOPLASIAS DERIVADAS DEL MESENQUIMA NO ESPECIFICO
 - A. Fibroma, hemangioma, leiomioma, lipoma
 - B. Linfoma
 - C. Sarcoma

- V. NEOPLASIAS METASTASICAS EN EL OVARIO
 - A. Tracto gastrointestinal
 - B. Mama
 - C. Endometrio
 - D. Linfoma

- VI. TRANSTORNOS PSEUDOTUMORALES
 - A. Luteoma del embarazo
 - B. Quiste folicular y quistes del cuerpo luteo
 - C. Endometriosis
 - D. Quistes de inclusion epitelial
 - E. Quistes simples

ANEXO 2.

CARCINOMA DE OVARIO

CLASIFICACION CLINICO QUIRURGICA

ESTADIO I	Tumor limitado a uno o ambos ovarios
ESTADIO I a	Tumor en un solo ovario, superficie del ovario sin tumor. Cápsula intacta. Sin ascitis.
ESTADIO I b	Tumor en ambos ovarios. Superficie de ovarios sin tumor. Cápsula intacta. Sin ascitis.
ESTADIO I c	Tumor en uno o ambos ovarios, con los tumores en la superficie y/o cápsula rota. Con ascitis o lavado peritoneal positivo.
ESTADIO II	Tumor en uno o ambos ovarios con extensión a la pelvis.
ESTADIO II a	Extensión o metástasis al útero y/o a las trompas de Falopio.
ESTADIO II b	Extensión a otros órganos de la pelvis.
ESTADIO II c	Tumor estadio II a o II b , con tumor en la superficie o con cápsula rota o con ascitis y/o lavado peritoneal positivo.
ESTADIO III	Tumor en uno o ambos ovarios con implantes peritoneales fuera de la pelvis y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos. Metástasis a la superficie hepática. Metástasis intestinales. Metástasis al epíplon mayor.
ESTADIO III a	Tumor limitado a la pelvis, ganglios linfáticos negativos, pero las biopsias de peritoneo positivas.
ESTADIO III b	Tumor en uno o ambos ovarios con implantes peritoneales histológicamente positivos menores de 2 cm . Ganglios negativos.
ESTADIO III c	Implantes peritoneales de más de 2 cm y/o ganglios positivos.
ESTADIO IV	Tumor en uno o ambos ovarios con metástasis extra abdominales y/o metástasis al parénquima hepático. Derrame pleural con citología positiva.