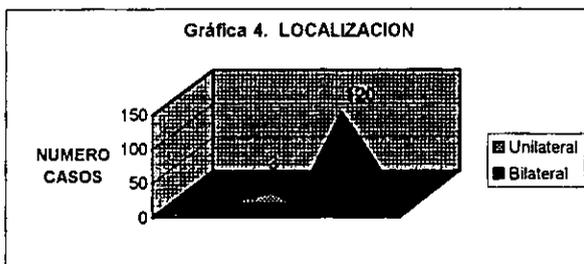


izquierdos. Llama la atención que en el 97.6% de los casos, la tumoración fue unilateral mientras que en el 2.4% fueron bilaterales. Gráfica 4.



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.



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.

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.

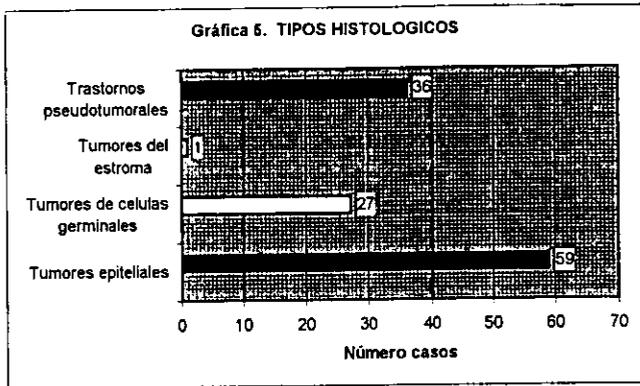
Tabla 5 . Reporte Histopatológico

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 celulas de la granulosa	1
Carcinoma endometriode	1
Quiste epidermolde	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.

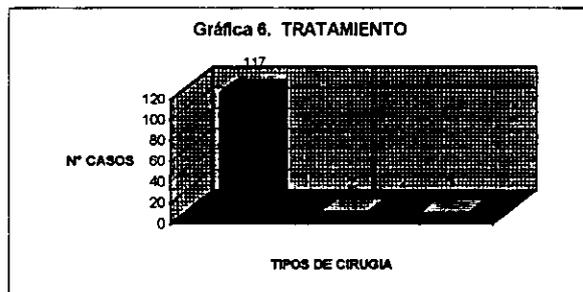
Analizando la variedad histológica y el tamaño del tumor, se encontró que el más pequeño fue de 5 x 4 x 3 cm correspondiendo a un quiste endometriode como hallazgo quirúrgico de una paciente sometida a histerectomía total abdominal por miomatosis uterina; el más grande correspondió a un cistadenoma mucinoso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

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. Zárate, 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 intraepitelial 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 lipóidicas

- 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.