

11217

142

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL PRIMERO DE OCTUBRE

INCIDENCIA DE TUMORES DE OVARIO EN EL HOSPITAL
REGIONAL "1° DE OCTUBRE"

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DR. FERNANDO ZEPEDA GOMEZ

2001

MEXICO D.F. 



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).

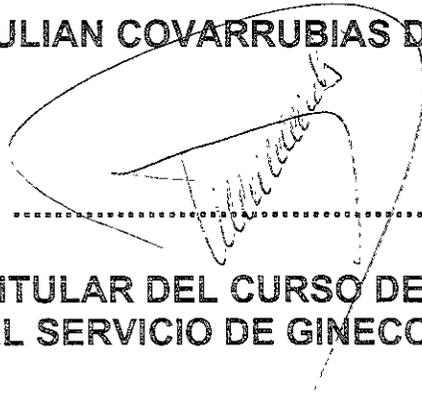
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

NOMBRE DEL TRABAJO DE INVESTIGACION:

142

INCIDENCIA DE TUMORES DE OVARIO EN EL HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE

DR. JULIAN COVARRUBIAS DE LA MOTA



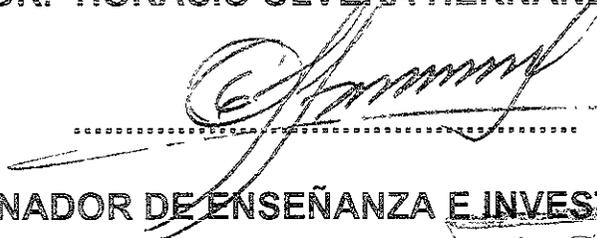
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
CORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR FELIPE CAJIGA MATA

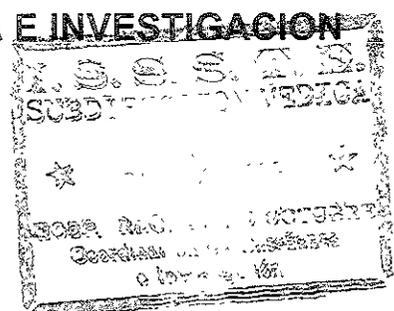
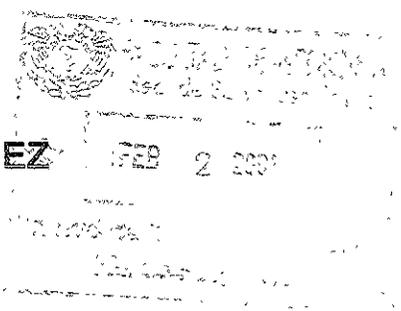


ASESOR DE TESIS
JEFE DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA

DR. HORACIO OLVERA HERNANDEZ



CORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES: ROGELIO Y ELISA.

**POR HABERME DADO LA VIDA, AMOR Y COMPRESION Y DE
QUIENES APRENDI Y NO HE DEJADO DE APRENDER.**

A MIS HERMANOS;

POR COMPARTIR MIS TRIUNFOS Y FRACASOS.

**A MIS AMIGOS: RAUL LEON, RICARDO SEGURA, FRANCISCO
AYALA, JORGE TORRES, BLANCA LIRA, PATY LINARES Y
ERENDIRA MEDINA; QUE GRACIAS A SU APOYO HE
TERMINADO UNA DE MIS GRANDES METAS EN LA VIDA.**



CONTENIDO.

I	RESUMEN	1
II	SUMMARY	2
III	INTRODUCCION	3
IV	MATERIAL Y METODOS.....	4
V	RESULTADOS.....	5
VI	DISCUSION.....	7
VII	CONCLUSIONES	8
VIII	GRAFICAS.....	9
IX	BIBLIOGRAFIA	23

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y abierto, de Enero de 1996 a Enero de 1998 en el hospital Regional "1° DE OCTUBRE", que incluía pacientes con diagnóstico de tumor de ovario por clínica, ultrasonido y diagnóstico definitivo por histopatología. Se encontraron 26 pacientes de las cuales el promedio de edad fue de 35 años, 57 años y 51.6 años para los tumores benignos, borderline y malignos respectivamente, representando el 34.61% para los tumores benignos, 19.23% para los tumores borderline y el 46.15% para los malignos. El 83.4% represento tumores de tipo epitelial y el 16.6% no epiteliales. El USG reporto masa en el 66.6% de las pacientes, el 92.5% de las pacientes presento masa abdominal. Los marcadores tumorales Ca 125 y Ca 19.9 se encontraron elevados en todos los grupos de las pacientes y el estadio quirúrgico I fue en el 66.% de las pacientes. Concluimos que toda pacientes con masa abdominal debe incluirse en el protocolo de estudio USG pélvico, marcadores tumorales Ca 125 y Ca 19.9 ya que los tumores epiteliales malignos son los más frecuentes en nuestro hospital.

Palabras clave: Tumor de ovario, Marcadores tumorales, USG pélvico.

SUMMARY

A retrospective, descriptive, observational and open study was performed at the "1° DE OCTUBRE" regional hospital from January 1996 to January 1998. There were 26 patients with a tumor of ovary diagnosis, made clinically, USG, and confirmed by histopathology study. Their age range was 35, 57 and 51.6 years, for benign, borderline and malignancy tumors respectively which represents 34.61% for benign tumors; 19.23% for borderline tumors and 46.15% for malignancy tumors. In 83.4% we found tumors of epithelial type and 16.6% for non epithelial type.

The USG study the diagnosis was abdominal mass in 66.6% of the cases. The clinical diagnosis reported and abdominal mass in 92.5%. The tumoral markers Ca 125 and Ca 19.9 were elevated in all groups. The surgical stage I was 66% of the patients.

Our conclusions are; that all patients with an abdominal mass should be included in a protocol study of USG, tumoral markers Ca 125 and Ca 19.9, due to the fact that the epithelial malignant tumors are the most frequent in our hospital.

Key words: ovary tumors, tumoral markers, pelvic USG.

INTRODUCCION

La incidencia anual del cáncer de ovario en los Estados Unidos reportada es del 13.3 a 13.8 casos por cada 100,000 mujeres (1,2) con una mortalidad de aproximadamente 12,000 a 16,000 mujeres cada año (2,4). El cáncer de ovario generalmente se diagnóstica en etapas avanzadas de la enfermedad (5,7). La literatura reportada, recalca los programas de escrutinio para diagnosticar cáncer de ovario mediante análisis de marcadores tumorales (Ca 125) (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10) y el papel del ultrasonido en el diagnóstico en este tipo de tumores (5,7). Se menciona como factores relacionados con los tumores de ovario los siguientes: Dieta, historia familiar de cáncer de ovario o mama, infertilidad, nuliparidad, el talco, las drogas anovulatorias y la obesidad (2,3). En México el cáncer de ovario ocupa el cuarto lugar en frecuencia de los tumores del tracto genital femenino.

MATERIAL Y METODOS

Se realizo una revisión retrospectiva del periodo comprendido entre Enero de 1996 a Enero de 1998 en el hospital regional "1° de Octubre" de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio en el que se incluían edad, edad de la menarca, paridad, uso de hormonales orales, inicio de vida sexual activa, dieta rica en grasas, edad de la menopausia, síntomas referidos por la paciente, reporte de ultrasonido, marcadores tumorales y el diagnóstico definitivo por histopatología. La investigación fue retrospectiva, observacional, transversal, descriptiva y abierta. Se utilizó como análisis estadístico la media entre cada grupo de pacientes y el porcentaje entre tumores benignos y malignos

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la revisión de 26 expedientes de pacientes se encontró que la menarca fue en promedio a los 12.8 años de todos los grupos, con un promedio de paridad de 3.2 hijos, una IVSA de 16.1 años y edad de la menopausia de 47.9 años. La edad promedio de las pacientes con tumores benignos fue de 35 años (Gráfica 1), los borderline de 57 años (gráfica 2) y los malignos de 51.6 años (gráfica 3). Los tumores benignos representaron el 34.61% de todos los tumores, los borderline el 19.23% y los malignos el 46.15% (gráfica 4). Respecto a los diferentes tipos histológicos por cada grupo, para los benigno fue: Cistoadenoma seroso el 33.3%, Cistoadenoma seroso papilar 22.2%, Cistoadenoma mucinoso gigante 11.1% y Teratoma completo maduro el 33.3% (Gráfica 5). Para los tumores Borderline; Cistoadenoma seroso 60%, Cistoadenoma mucinoso multilobulado 20% y Tumor de Brenner 20% (gráfica 6). Para los tumores Malignos; Cistoadenocarcinoma seroso papilar 50%, Cistoadenocarcinoma seroso 8.3%, Cistoadenocarcinoma papilar mixto 8.3%, Cistoadenocarcinoma moderadamente diferenciado 16.6%, Carcinoma endometriode 8.3% y Tumor mixto Mulleriano homologo el 8.3% (gráfica 7). Los tumores epiteliales representaron el 83.4% y los no epiteliales el 16.6% (gráfica 8). El cuadro clínico que predominó fue el de masa abdominal en el

92.5%, seguida de pérdida de peso con 33.3%, trastornos digestivos o urinarios con el 14.8% e infertilidad con el 3.7%(Gráfica 9). El ultrasonido reporto en el 66.6% de los casos tumor benigno y en el 33.4% de los casos tumor malignos(gráfica 10), con un 40% como tumores quísticos, un 11.1% como sólidos y 3.7% como septados(gráfica 11). Los niveles de los marcadores tumorales según el laboratorio fue para el marcador tumoral: Ca 125; 178 U/ml, Ca 19.9; 373.1 U/ml, Ca 153; 93.5 U/ml y Ant. Ca; 19.9 ng/ml (gráfica 12) .

Respecto a los tratamientos realizados se encontró que al 29.6% de las pacientes se les realizo sólo tumorectomía, HTA Más SOB en el 18.5%, Rutina de ovario al 40.7%, y al 7.4% solo laparotomía exploradora (gráfica 13).

De los Estadios quirúrgicos se en encontró el 66% en estadio I, 14.8% en estadio II, el estadio III en el 7.4% y en estadio IV el 14.8% (gráfica 14). Se realizo biopsia transoperatoria en el 38.4% y sin biopsia transoperatoria en el 61.6%(gráfica 15).

DISCUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos los tumores epiteliales son los más frecuentes en nuestro hospital, pero existe una incidencia mayor de tumores de ovario malignos (46.15%) que los reportados por la literatura (2,4). Se encontró el marcador tumoral Ca 125 elevado como se espera en los tumores epiteliales, pero el marcador Ca 19.9 se encontró más elevado, algo que no se toma en cuenta como protocolo de estudio en pacientes con tumor de ovario. El ultrasonido se reporto como positivo en pacientes con masa abdominal, predominando el reporte de tumor benigno de ovario, lo que concuerda con la literatura (5,7). El 60% de las pacientes estaban en estadio quirúrgico I por lo que la sobrevida de estas pacientes es más alta. El tipo histológico en los tumores de ovario maligno fue el cistoadenocarcinoma seroso papilar y de los benignos el cistoadenoma seroso. Existen tumores de ovario borderline, que en este estudio fue del 19.23% y el 100% de tipo epitelial, este tipo borderline se debe vigilar más de cerca ya que se considera entre benigno y maligno.

CONCLUSIONES.

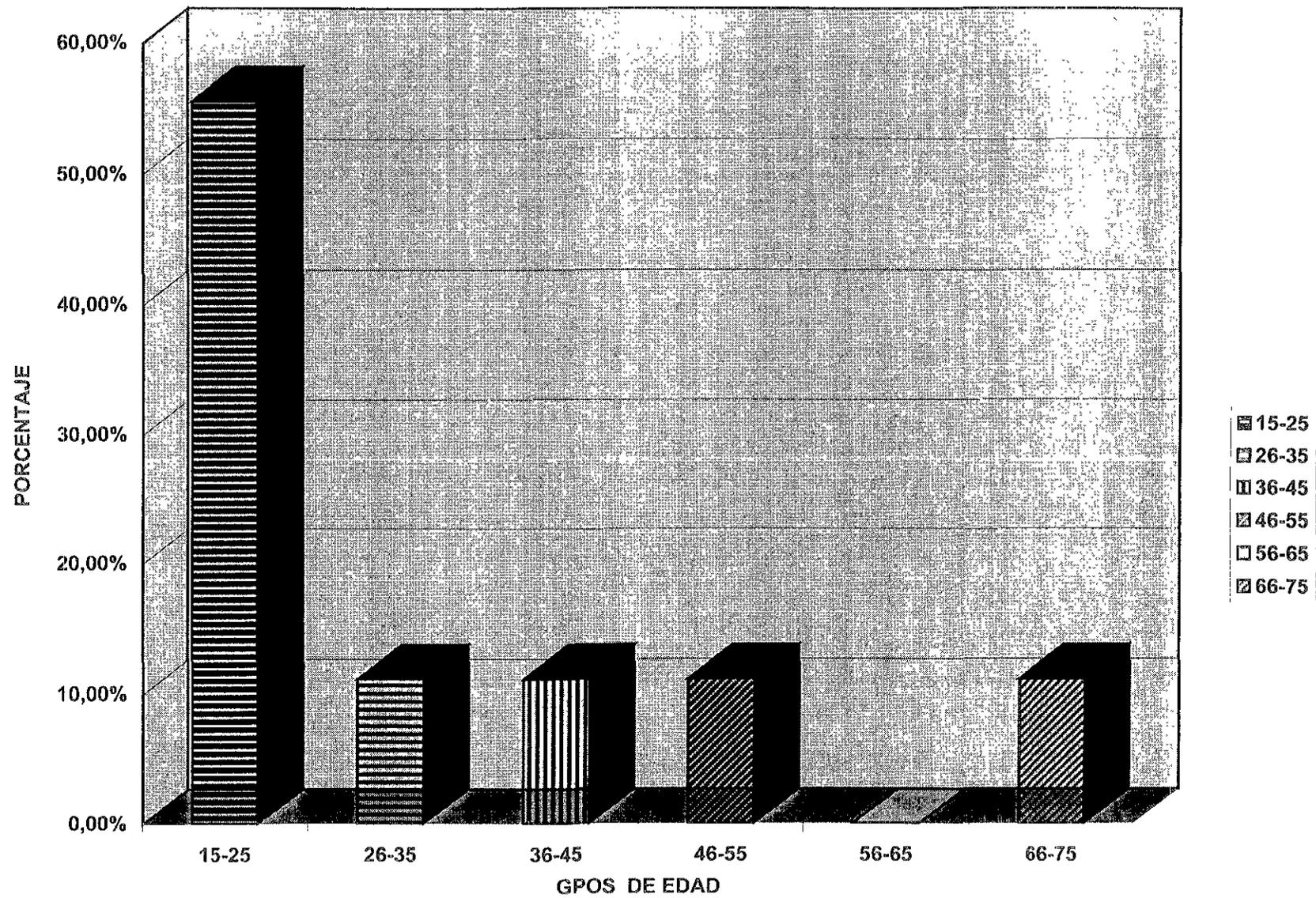
En las pacientes de 35 años o menos, la incidencia de los tumores de ovario benignos es mas alta y en las pacientes por arriba de 50 años predominan los tumores malignos y borderline de tipo epitelial, por lo que estos grupos deben ser sujetos a estudio mediante USG pélvico y marcadores tumorales.

El marcador tumoral Ca 125 se encontró elevado, algo que se espera en los tumores epiteliales de ovario, pero el Ca 19.9 no se menciona en la literatura como especifico para los tumores de ovario, por lo tanto en este estudio se observo que se encontró con niveles mas altos en los tumores epiteliales por lo que debe ser considerado como marcador tumoral en tumores de ovario.

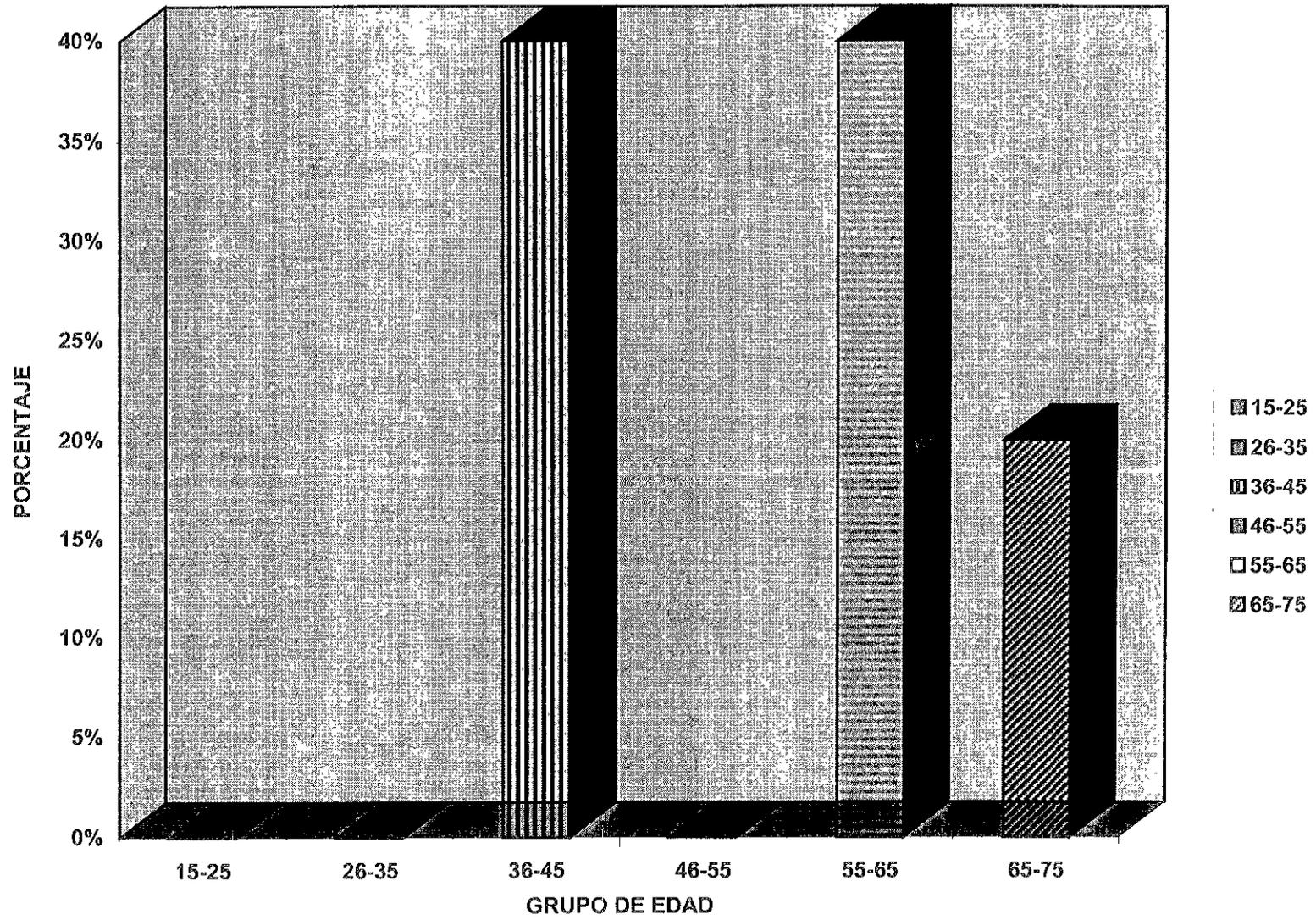
La incidencia de tumor de ovario en nuestro hospital es de 26 casos (en 2 años).

Dentro del protocolo, los estudios más orientadores fueron el marcador tumoral Ca 125, el Ca 19.9 y ultrasonido pélvico además de el cuadro clínico, todo esto origino la detección oportuna por que la mayoría de los tumores malignos fue en estadio I.

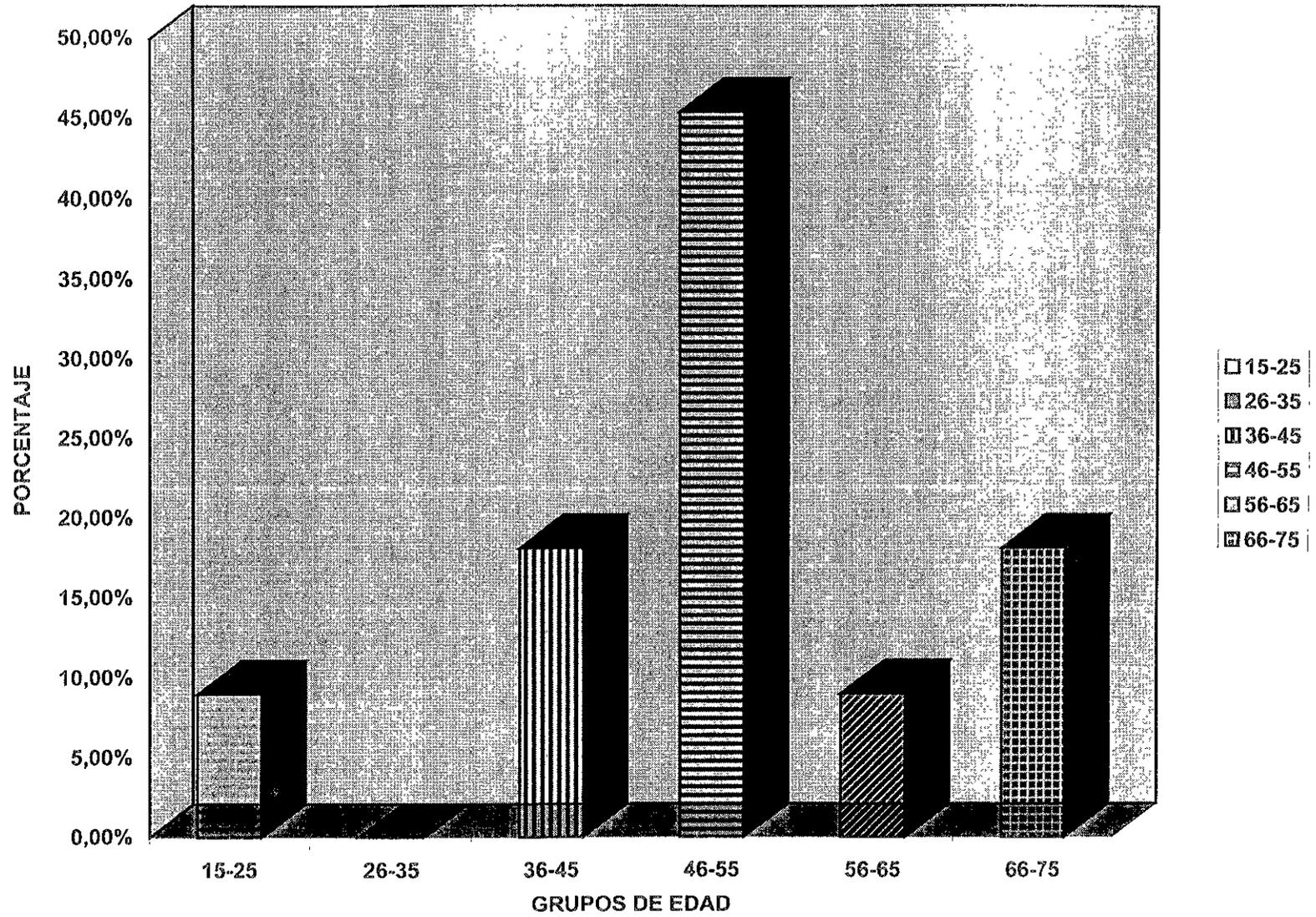
TUMORES BENIGNOS



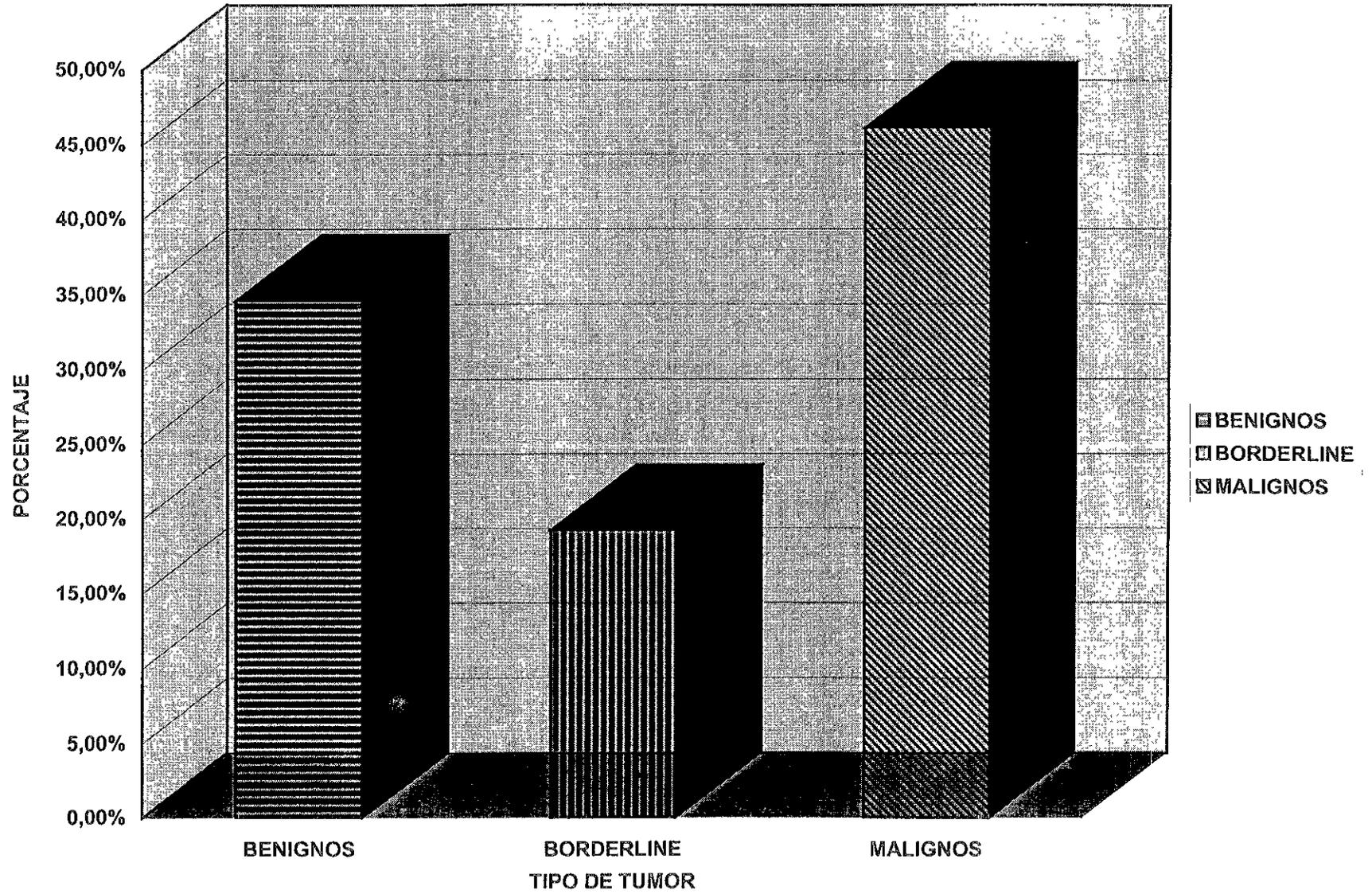
TUMORES BORDERLINE DE OVARIO



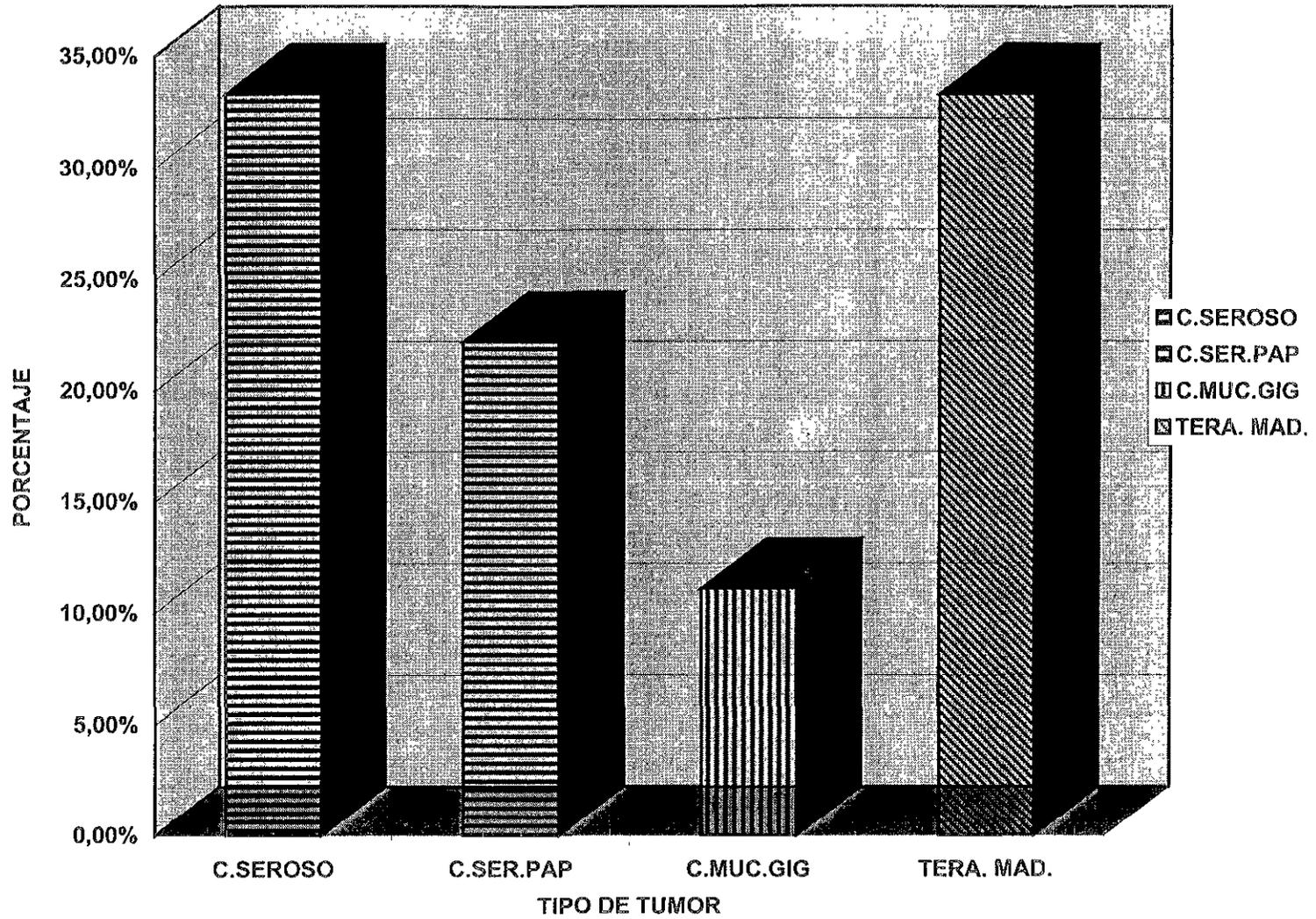
TUMORES MALIGNOS DE OVARIO



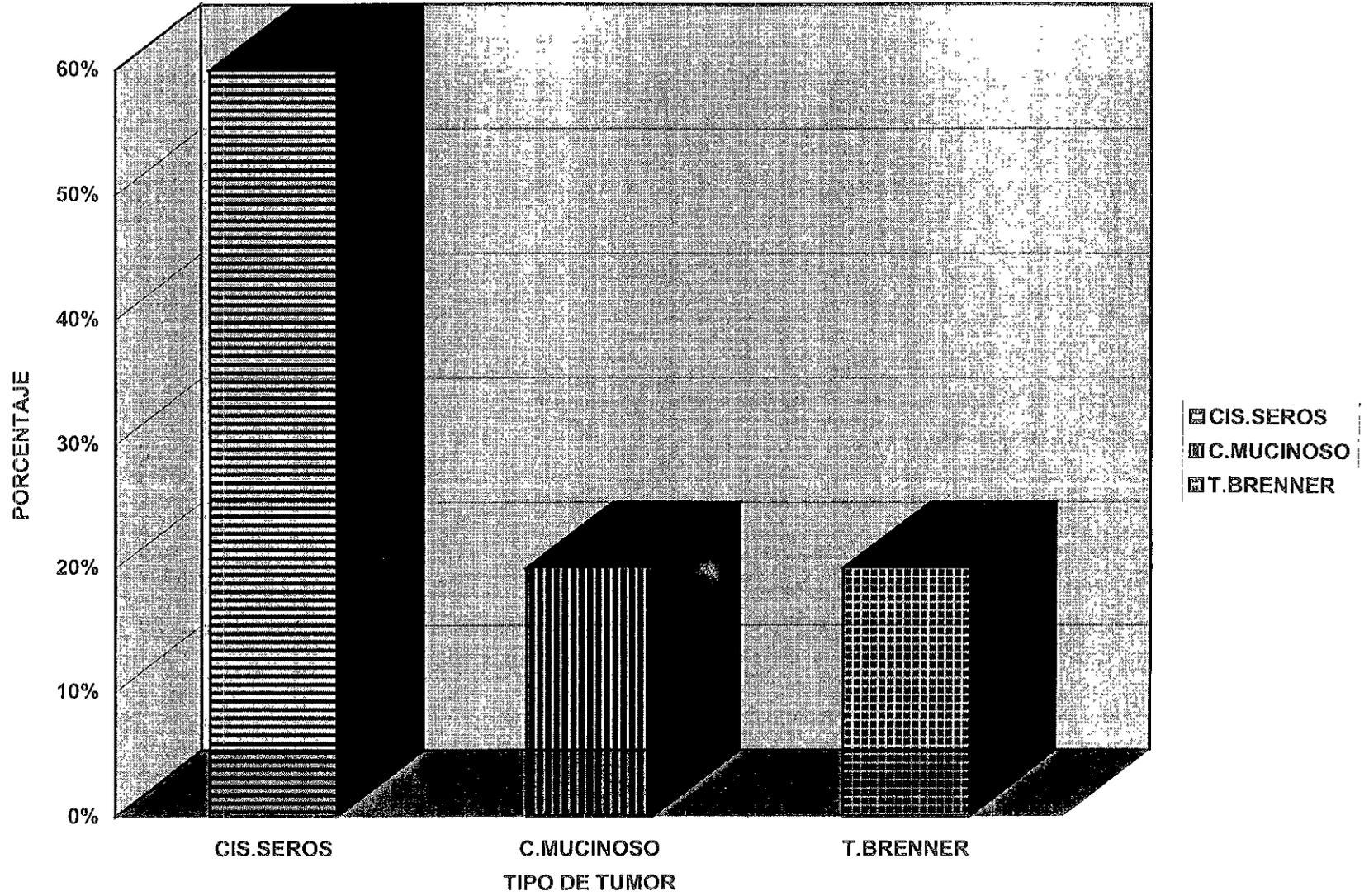
TUMORES DE OVARIO



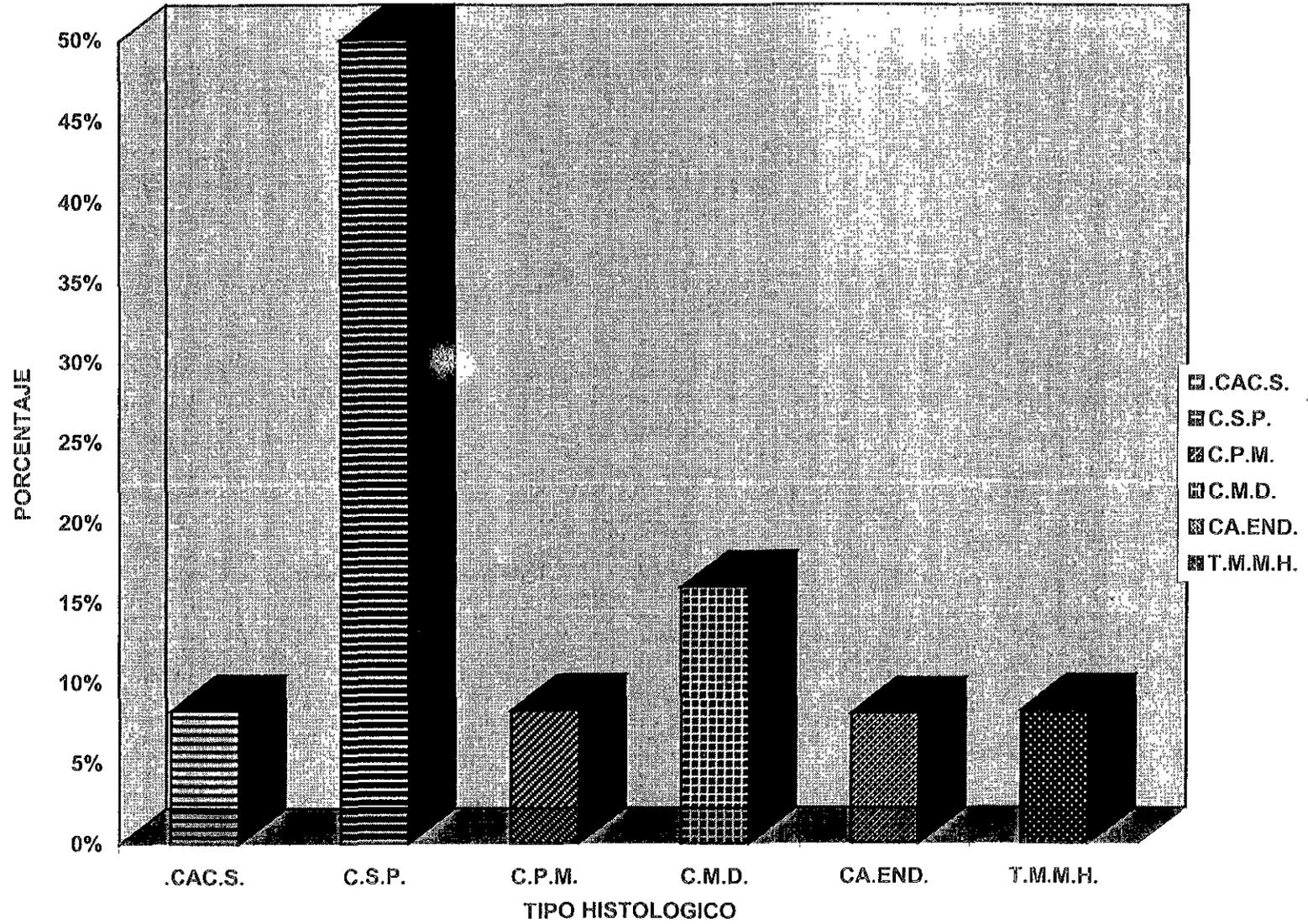
TUMORES BENIGNOS 9 CASOS



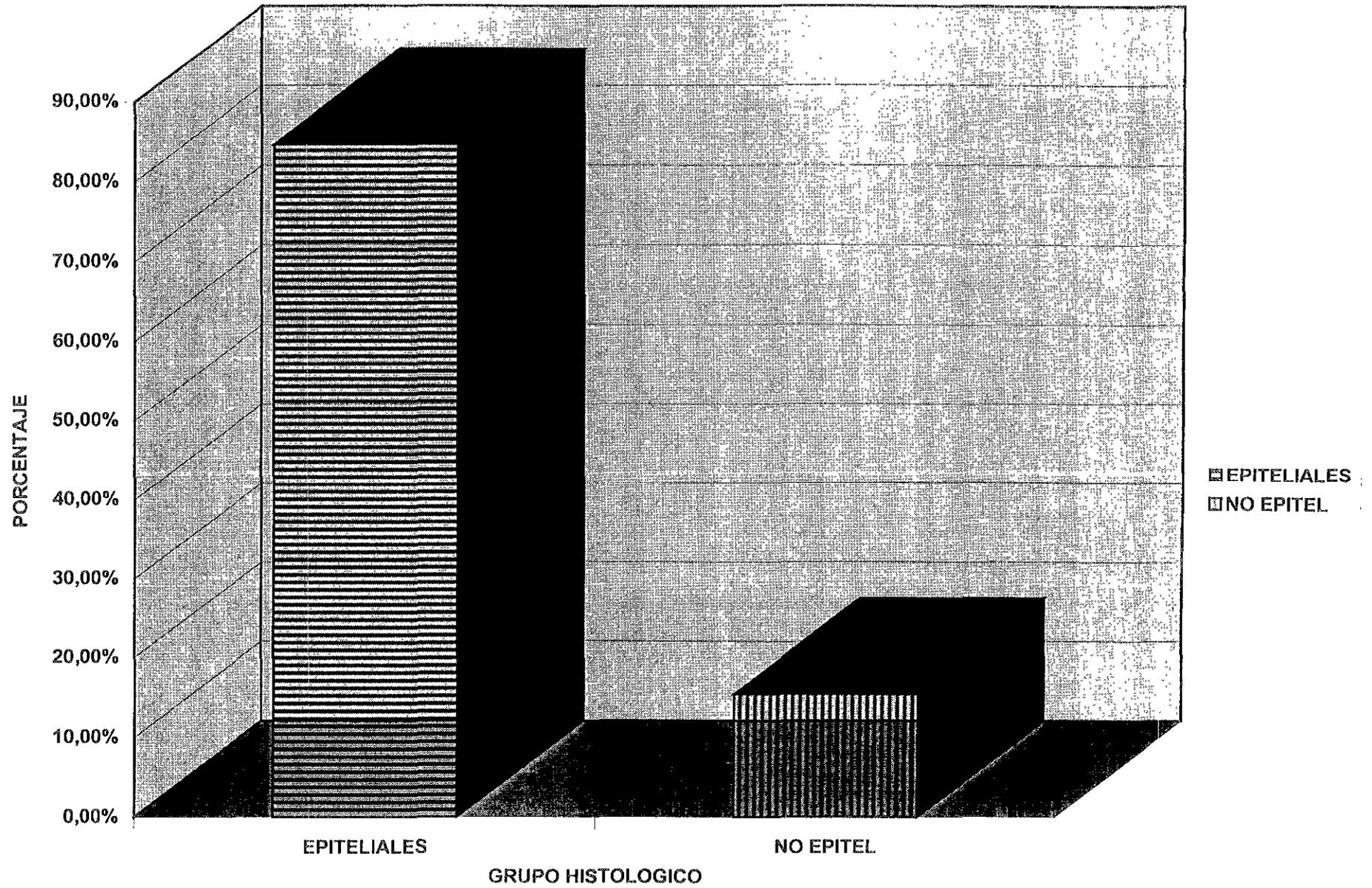
TUMORES DE OVARIO BORDERLINE 5 CASOS



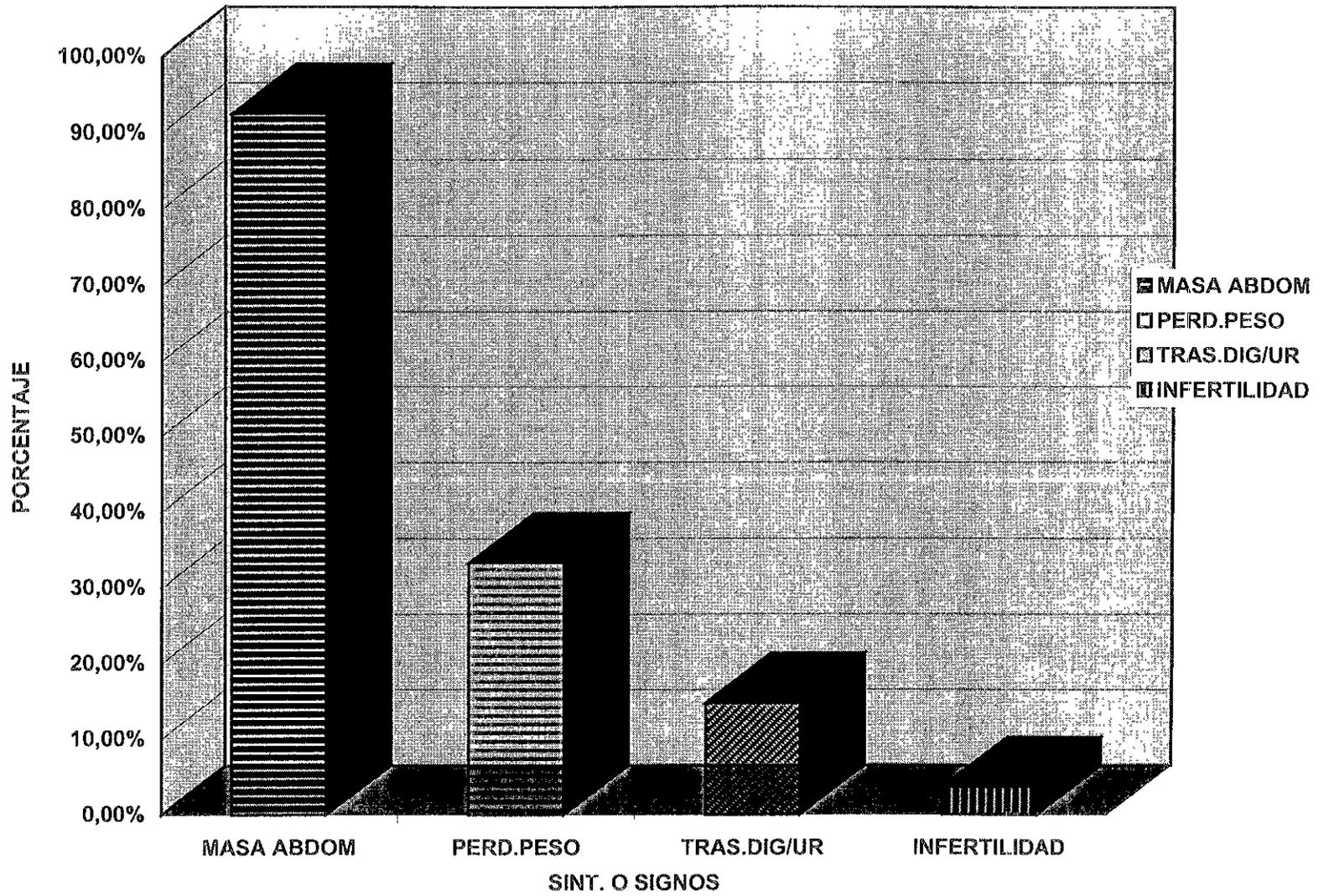
TUMORES DE OVARIO MALIGNO 12 CASOS



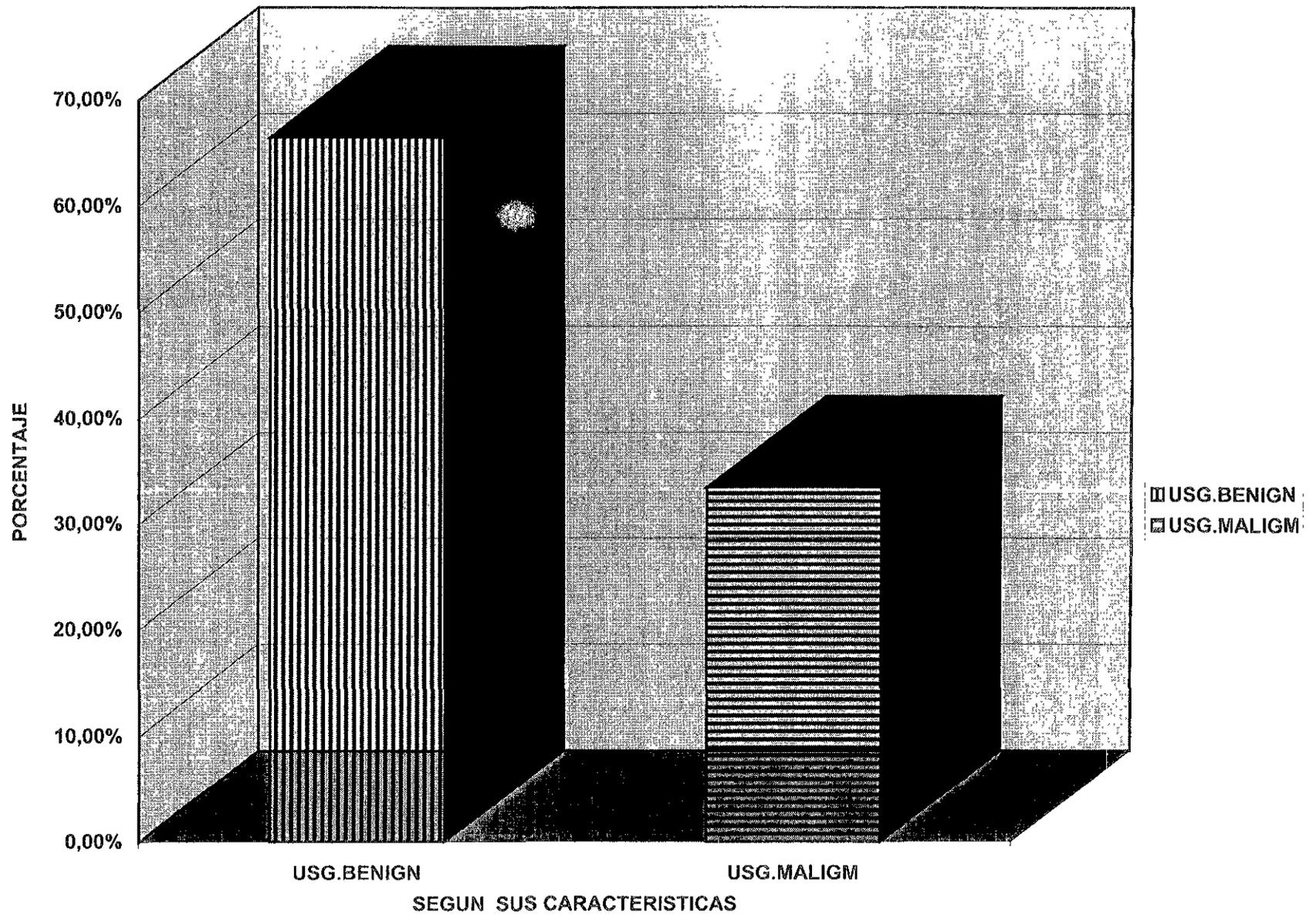
TUMORES DE OVARIO



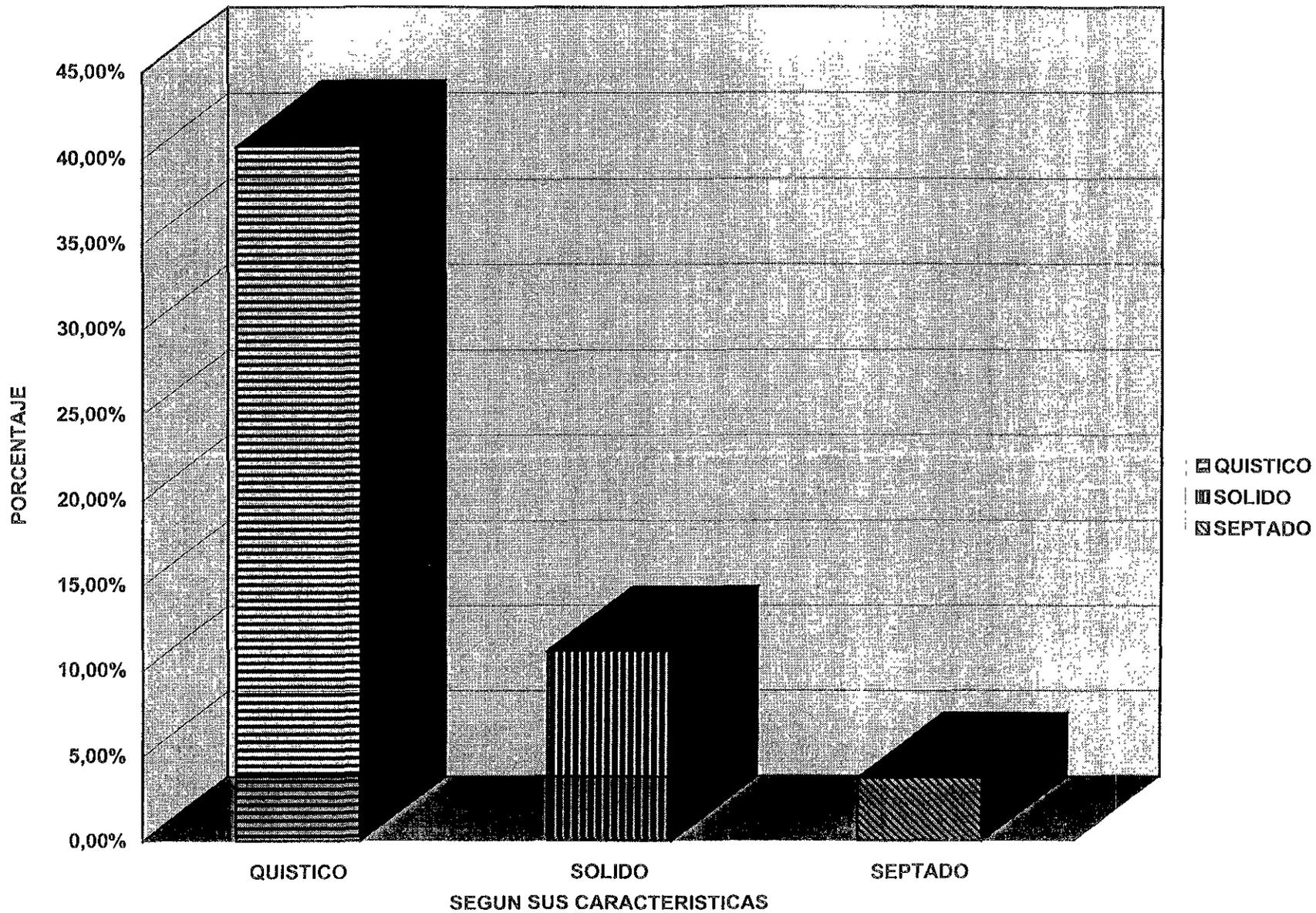
CUADRO CLINICO



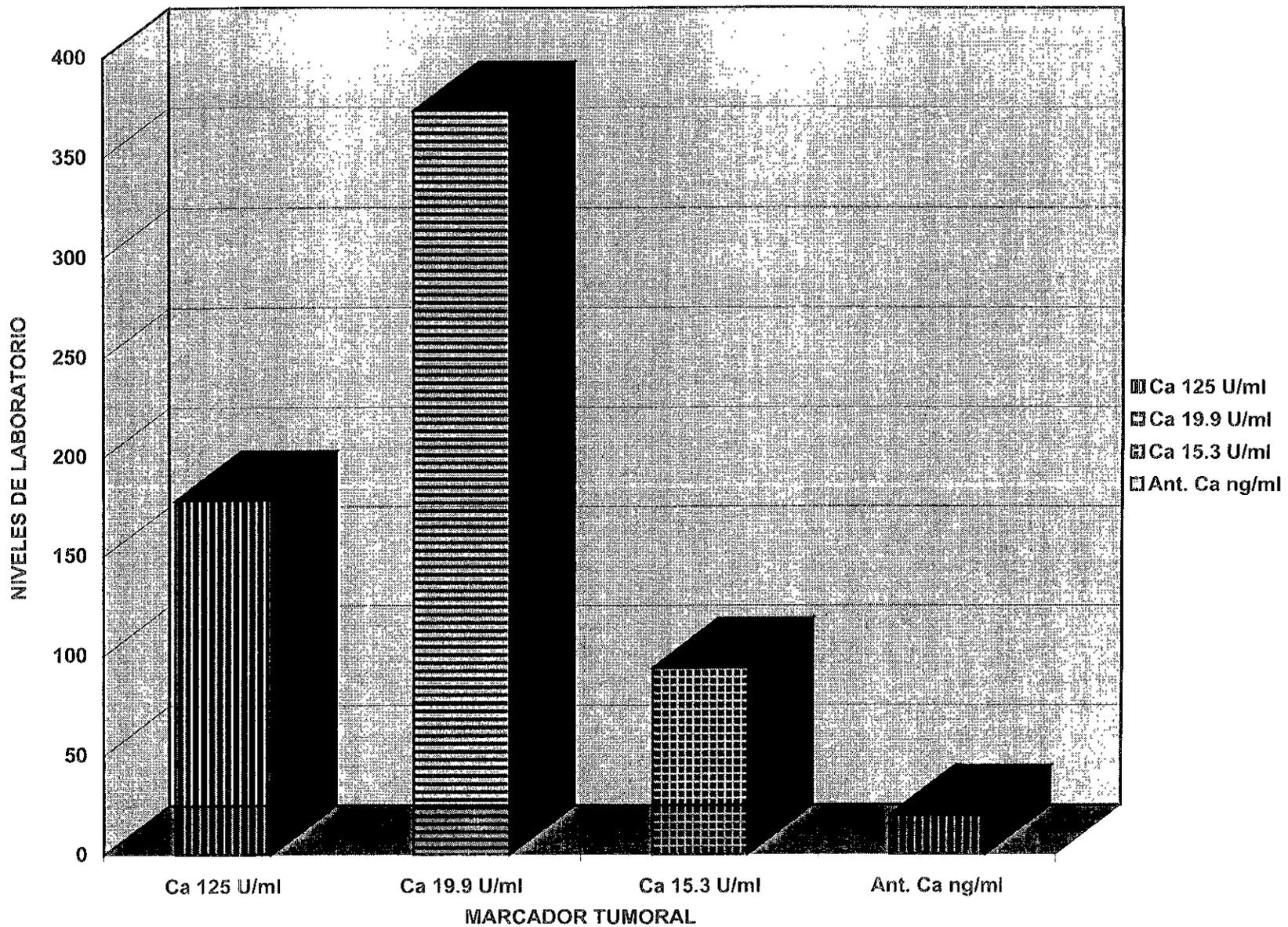
REPORTE DEL ULTRASONIDO



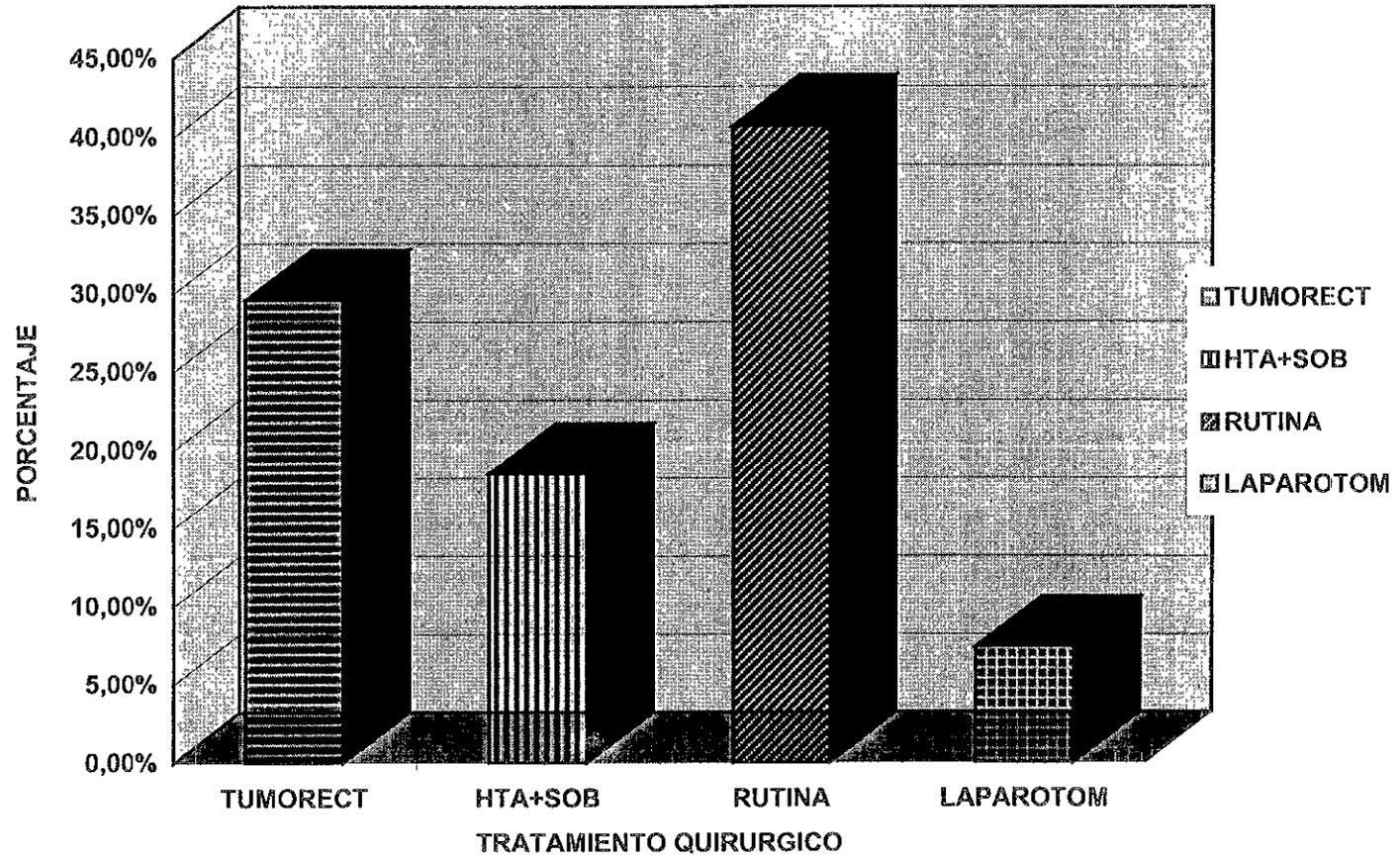
REPORTE DEL USG



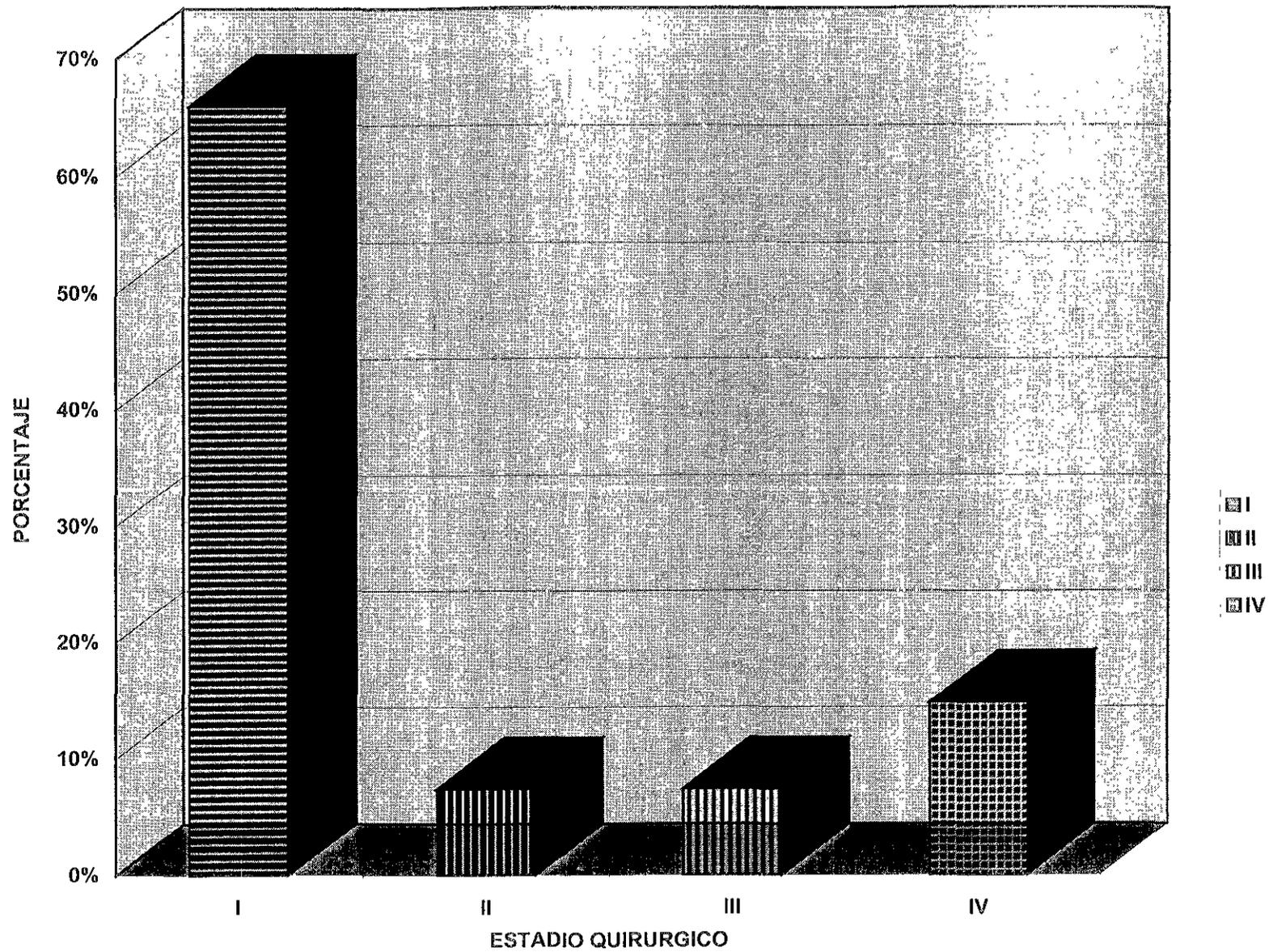
TUMORES DE OVARIO.



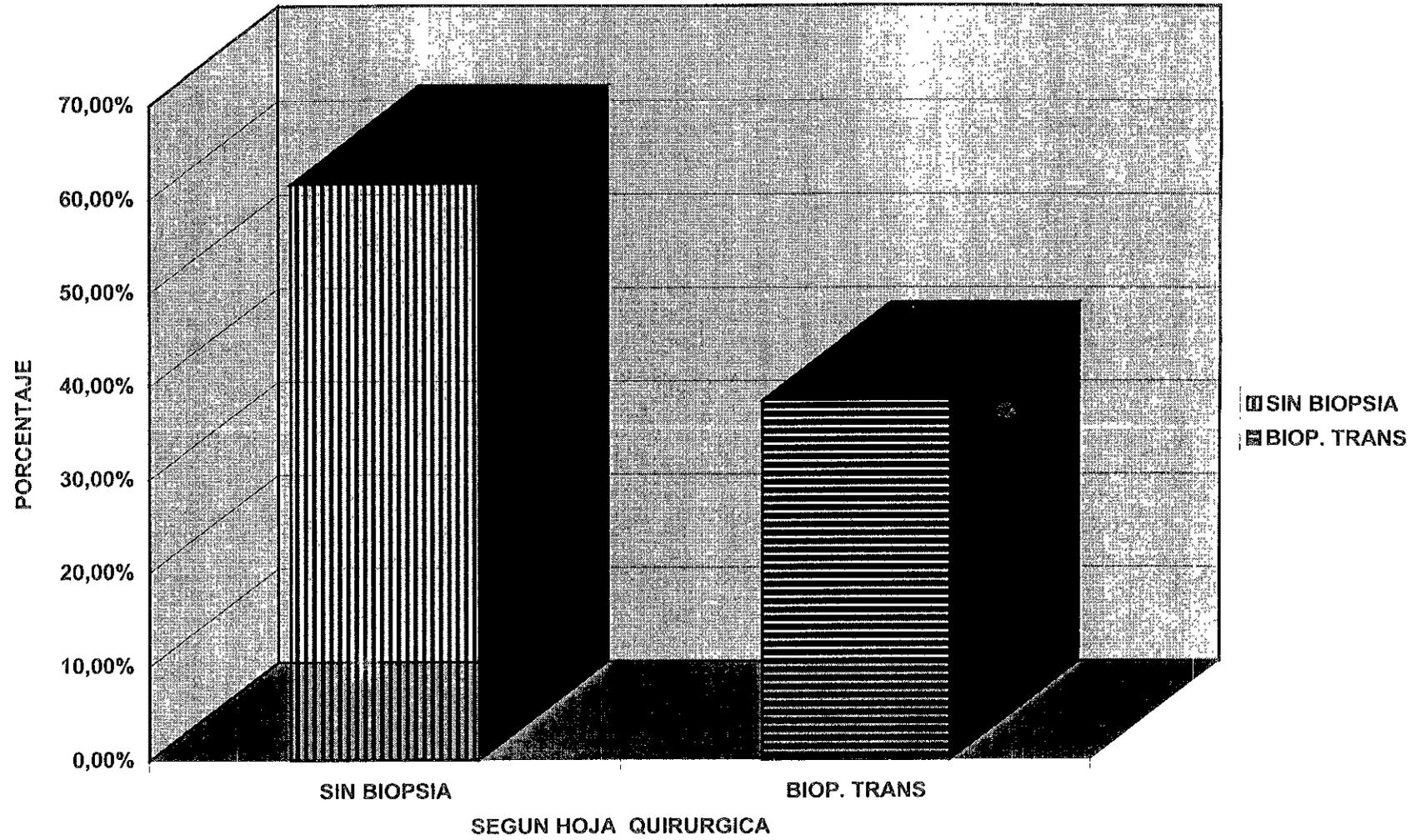
TUMORES DE OVARIO BENIGNOS, MALIGNOS Y BORDERLINE



TUMORES DE OVARIO



DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO



BIBLIOGRAFIA.

- 1.- William Droegemuller MD. Screening for ovarian carcinoma; Hopeful and wishful thinking. AM J Obstet Gynecol. 1994; 170: 1095-1097.
- 2.- Arthur L Herbest, MD The epidemiology of ovarian carcinoma and the current status of tumor markers to detect disease. AM J Obstet Gynecol. 1994; 170 1099-1104.
- 3.- Beth Y Karlan end Lawrence D. Platt. Ovarian cancer screening "The role of Ultrasound in early detection" Cancer supplement 1995;76 2011-2015.
- 4.- Skates et al. Toward an optimal algorithm for ovarian cancer screening with longitudinal tumor markers. Cancer supplement 1995; 76: 2004-2010.
- 5.- Carmel J. Cohen and T Scott Jennings. Screening for ovarian cancer; The role of noninvasive techniques: AM J Obstet Gynecol. 1994; 170(4): 1088-1093.
- 6.- Michael G. Muto and Amin J. Kassis. Monoclonal antibodies used the detection and treatment of ovarian cancer. Cancer supplement 1995; 76:10 1016-2027.

- 7.- Kohkichi Hata, Toshiyuri Hata et al. " A critical evaluation of transvaginal doppler studies, transvaginal sonography, magnetic resonance imaging and ca 125 in detecting ovarian cancer". *Obstet Gynecol*; 1992 80: 922-926.
- 8.- Peter G. Rose and Ronald B. Rubin et al. Accuracy of frozen-section (intraoperative consultation) diagnosis of ovarian tumors. *AM J Obstet Gynecol*. 1994; 171: 823-826.
- 9.- Paolo Vercellini MD. Endometriosis and ovarian cancer. *AM J Obstet Gynecol*. 1993. 169; 181-182.
- 10.- L. Resta. S. Russo G.A. colucci and J. Prat Morphologic precursors of ovarian epithelial tumors. *Obstet Gynecol*. 1993; 83: 181-186.