



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

“ANALISIS EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ATENDIDAS CON TUMORACION OVARICA EN
EL HOSPITAL GENERAL DE IZTAPALAPA DE ENERO 2007 A JUNIO 2009”

TRABAJO DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

**PRESENTADO POR
DR. MARCOS PEREZ CERQUEDA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. LUIS ROBERTO SANCHEZ GONZALEZ**



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.

“ANALISIS EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ATENDIDAS CON TUMORACION OVARICA EN
EL HOSPITAL GENERAL DE IZTAPALAPA DE ENERO 2007 A JUNIO 2009”

DR. MARCOS PEREZ CERQUEDA

Vo. Bo.

Dr. Martín Pérez Santiago

Profesor Titular del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación

“ANALISIS EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ATENDIDAS CON TUMORACION OVARICA EN
EL HOSPITAL GENERAL DE IZTAPALAPA DE ENERO 2007 A JUNIO 2009”

DR. MARCOS PEREZ CERQUEDA

Vo. Bo.

Dr. LUIS ROBERTO SANCHEZ GONZALEZ

Director de Tesis

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA

AGRADECIMIENTO

A MI ESPOSA **GRISelda**

POR EL AMOR, EL APOYO Y LA PACIENCIA ASÍ COMO

EL HABER COMPARTIDO ESTA AVENTURA PARA

LOGRAR UN SUEÑO PERSONAL

A MI HERMANO **JAIRO** †

POR EL TIEMPO QUE NO

ESTUVIMOS JUNTOS

A MIS **MAESTROS**

POR APORTAR UN GRANO DE ARENA

EN MI PREPARACIÓN Y LA

DE MIS COMPAÑEROS

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y METODO	15
RESULTADOS	16
DISCUSION	24
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	28

RESUMEN

Objetivo. Establecer el aspecto epidemiológico de las pacientes con diagnóstico de tumoración ovárica en el Hospital General de Iztapalapa de Enero del 2007 a Junio 2009.

Material y Método. El diseño es Descriptivo, Observacional, transversal, retrospectivo. Con base en los expedientes clínicos documentados en el registro de procedimientos quirúrgicos del Hospital, se revisaron y analizaron los aspectos epidemiológicos de las pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente con diagnóstico de tumor ovárico de Enero de 2007 a Junio 2009.

Resultados. Se registraron 6125 eventos quirúrgicos de los cuales 422 casos fueron intervenciones ginecológicas (7%), 48 casos se relacionaron a Tumoración ovárica. La incidencia fue del 11.3%. El grupo etáreo con más frecuencia de Tumoración ovárica fue de 20 a 30 años con 19 casos (39.6%). No hubo correlación clínica con antecedentes heredo familiares. No se identificaron factores de riesgo de importancia. Los síntomas que con mas frecuencia se presentaron son dolor (64.6%), tumoración (50%) y alteraciones menstruales (20.8%). El estudio ultrasonográfico detecto 43 pacientes con tumoración benigna (89.5%) y 5 pacientes con tumoraciones maligna (10.5). Se realizó a 25 pacientes marcadores tumorales (52%). El tipo histológico más frecuente es el Cistadenoma seroso con 26 reportes (74.3 %); el único caso de tumoración maligna fue un Carcinoma seroso.

39 cirugías fueron programadas, 7 incidentales y 2 urgencias. Se detectaron tumoraciones ováricas en 2 pacientes embarazadas (4.2%).

Conclusiones. El adecuado abordaje diagnóstico de la tumoración ovárica es aún un reto para el clínico, al no disponer de métodos específicos para el diagnóstico certero de patología maligna y benigna. La falta de infraestructura no permite un adecuado protocolo de estudio por lo que se refieren a tercer nivel para manejo integral ante sospecha de malignidad.

Palabras clave. Tumoración anexial u ovárica, tipo histológico, cistadenoma.

INTRODUCCION

Los tumores de ovario constituyen el 3% (1.4-9.9%) de la consulta ginecológica de los cuales, 90% de los mismos son benignos y el 10 % son malignos de las cuales el 80 % provienen del epitelio celómico; 80% de los tumores sólidos benignos suelen ser fibromas, tecomas o tumores de Brenner.

1

La edad de presentación que más se observa para sospechar en una tumoración benigna es de los 20 – 44 años y una maligna los 45 – 60 años. Se incrementa después de los 40 años con picos entre los 75 y 79 años de edad con un promedio de 61 años. Desafortunadamente, el 70 % de los casos se diagnostican en etapas avanzadas . En adolescentes el porcentaje de presentación de la patología es del 1 % del cual el 35 % son malignos: en pacientes embarazadas se documenta el 9.6% ^{1, 2, 3}

La mayor incidencia se presenta en mujeres blancas (con mayor incidencia en Suecia, Noruega, Estados Unidos e Inglaterra) en relación a mujeres negras (África) y mucha menor incidencia en asiáticas (Japón). ⁴

Según el Registro Histopatológico de Neoplasia Malignas en México, se observa el avance del cáncer de ovario pues hace algunos años ocupaba el sexto lugar entre los cánceres del tracto genital y en la actualidad ocupa el tercer lugar. Representa el quinto lugar en la mortalidad femenina.

Dentro de los factores de riesgo se consideran potencialmente relacionados la menarca temprana y la menopausia tardía, la infertilidad (>6 veces), estimulación ovárica (tratamiento de infertilidad), dieta rica en grasa y café, disgenesia gonadal, herencia (mutaciones cromosómicas BRCA 1, BRCA 2 y Her2 Neu relacionadas a Ca ovario, mama y colon), cirugías previas (presencia de talco), exposición al asbesto, radiación, lugares industrializados.

1, 4, 5, 6

Los factores protectores encontrados son la multiparidad (RR=0.6-0.8), el uso de anticonceptivos hormonales (<30-60%) la lactancia, salpingoclasia e histerectomía.⁴

La etiología de la tumoración ovárica se relaciona al trauma del epitelio ovárico debido a la ovulación incesante.

Dentro de los tumores no neoplásicos se encuentran:^{7, 8}

- Quiste folicular
- Quiste de cuerpo lúteo
- Quiste tecaluteínico
- Luteoma del embarazo
- Ovarios poliquísticos.

Los tumores neoplásicos se engloban dependiendo su origen los cuales son: derivados epitelio celómico, de las células germinales, del estroma

gonadal, derivados del mesénquima no específico y metastásicos en el ovario.

4

Las tumoraciones del epitelio celómico representan el 80 % de las tumoraciones neoplásicas y enumeran los siguientes:

- Seroso
- Mucinoso
- Endometroide
- Mesonefroide
- Brenner
- Carcinoma indiferenciado
- Carcinoma o tumor mesodérmico mixto

Las tumoraciones de las células germinales representan el 15 % de los casos de los cuales se mencionan los siguientes:

TERATOMA MADURO

- Teratoma sólido del adulto
- Quiste dermoide
- Struma ovárico (monodérmico)
- Neoplasia maligna secundaria a teratoma maduro

TERATOMA INMADURO

- Disgerminoma
- Carcinoma embrionario
- Tumor del seno endodérmico
- Coriocarcinoma

- Gonadoblastoma

Los tumores derivados de células de la teca y granulosa abarcan el 5 % de los casos e incluyen:

- Tumor de la granulosa
- Tecoma
- Tumores de Sertoli- Leydig
- Arrenoblastoma
- Tumor células de Sertoli

De los tumores del estroma gonadal se mencionan:

- Ginandroblastoma
- Tumores de células lipoidicas.

Del mesénquima no específico se enumeran:

- Fibroma, hemangioma, leiomioma, lipoma
- Linfoma
- Sarcoma

Las tumoraciones metastásicos que afectan al ovario se originan de:

- Gastrointestinal
- Mama
- Endometrio
- Linfoma

La edad de presentación de la tumoración ovárica nos orienta acerca de la benignidad o malignidad de la misma, en la Tabla 1 se representa las neoplasias primarias en relación a la edad.

NEOPLASIAS PRIMARIAS ES RELACION A EDAD			
TIPO	HASTA 20 AÑOS	20- 50 AÑOS	MAS DE 50 AÑOS
EPITELIO	29 %	71 %	81 %
CELOMICO			
CELULAS	59 %	14 %	6 %
GERMINALES			
ESTROMA	8 %	5 %	4 %
GONADAL			
MESENQUIMA	4 %	10 %	9 %
NO ESP.			

Tabla 1. Neoplasias primarias en relación a edad.

Fuente. Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia 2003. INPer.

El cuadro clínico es inespecífico ya que 50-60% son asintomáticos y se detectan en la consulta por presentar alteraciones menstruales, aumento del volumen del abdomen dolor y sensación de presión pélvica acompañado de sintomatología urinaria o gastrointestinal así como trastornos venosos de miembros pélvicos. La ascitis es un medio de sospecha de malignidad presentándose en dos terceras partes de las pacientes.^{3,4}

Las complicaciones mas frecuentes son la torsión que generará cuadro de abdomen agudo, la ruptura de cápsula que genera peritonitis química, infecciones y hemoperitoneo y el Síndrome de Meigs caracterizado por ascitis, hidrotórax y tumor de ovario.³

El diagnóstico se lleva acabo con una historia clínica completa, pues como se mencionó anteriormente, los antecedentes familiares de neoplasias de ovario, mama y colorrectal nos conlleva a una conducta más agresiva de vigilancia con la paciente. La exploración física minuciosa incluye examen pélvico bimanual. En la tabla 2 se manifiestan las características clínicas de sospecha de benignidad o malignidad.

TUMORACION	BENIGNO	MALIGNO
Unilateral	+++	+
Bilateral	+	+++
Quístico	+++	+
Sólido	+	+++
Móvil	+++	++
Fijo	+	+++
Irregular	+	+++
Liso	+++	+
Ascitis	+	+++
Nódulos en fondo de saco	-	+++
Índice de crecimiento rápido	-	+++

Tabla 2. Hallazgos pélvicos en tumores benignos y malignos del ovario.

Fuente. Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia 2003. INPer.

La ultrasonografía será de mucha utilidad para el diagnóstico de neoplasia benigna o maligna considerando las características observadas de las mismas. Presenta una sensibilidad del 90 % y especificidad del 87 %.⁸

Puntos importantes a valorar es el volumen ovárico, estructura de la pared, la estructura de las paredes, vegetaciones, septos, sombra acústica y ecogenicidad, La ultrasonografía doppler revela la presencia de neovascularización.^{9, 10, 11}

Los marcadores tumorales son predictivos mas no específicos pues distintas entidades fisiológicas o patológicas condicionaran el aumento de los mismos; de los más útiles encontramos:

- Ca 125: es el marcador tumoral más evaluado en la patología ovárica, el nivel normal 35U/ml., y se eleva en 80% de los tumores malignos. Falso positivo en presencia de ovulación, embarazo, menstruación retrógrada (relacionada a endometriosis) tumoraciones benignas de ovario, miomatosis uterina, infección pélvica, enfermedades autoinmunes, enfermedades gastrointestinales (colitis), hepatopatías, pancreatitis, tuberculosis, metástasis tumorales, neoplasia endometrial y cervicouterino.^{10, 12}
- Gonadotropina coriónica humana: presente en tumoraciones de células germinales; falsas positivo en embarazo y enfermedad trofoblástica.

- Alfetoproteína: presente en embarazo, enfermedad hepática benigna, tumores de senos endodérmicos, tumoraciones de células germinales (teratoma inmaduro).
- Deshidrogenasa láctica: elevado en disgerminomas.
- Ca 19-9: Tumores mucinosos.

Aunado a los estudios de laboratorio y gabinete antes mencionados, se complementa el protocolo de estudio con la urografía excretora, telerradiografía de Tórax, telerradiografía de abdomen, biopsia de endometrio, citología de líquido pleural (si lo requiere), laparoscopia o laparotomía exploradora.¹³

En caso de patología maligna, con ruptura de la capsula del ovario, la vía de diseminación es la peritoneal, por continuidad (implantándose frecuentemente en útero, anexos, epiplón, hemidiafragmas y cápsula hepática), linfática y hematológica que nos orientará el tratamiento a realizar y un panorama del pronóstico de la paciente.

Debido a la dificultad del diagnóstico inicial, por la sintomatología se debe descartar otras patologías relacionadas a los anexos como son: miomas, lesiones no neoplásicas del ovario, quiste folicular, quiste cuerpo lúteo, quiste tecaluteínico, luteoma del embarazo, ovarios poliquísticos, masas tubáricas., masas anexiales de origen no ginecológico.¹⁴

El tratamiento puede ser médico (quimioterapia) o quirúrgico (diagnóstico, terapéutico), varía según tipo de neoplasia (benigna o maligna), la

edad, el estadio clínico y lo principal, el alcance resolutivo que esta en nuestras manos.^{15, 16, 17}

En sospecha de tumoración maligna, la realización de rutina de ovario comprende:

- Adecuada incisión media.
- Lavado peritoneal y pélvico.
- Inspección y palpación de paredes pélvicas
- Biopsias.
- Exeresis de ovario afectad.
- Histerectomía y salpingooforectomía bilateral (casos seleccionados)
- Omentectomía.
- Apendicetomía
- Resección de ganglios linfáticos pélvicos y paraorticos.

La realización de ooforectomía bilateral profiláctica se reserva a casos especiales con un potencial elevado de generar cáncer de ovario (principalmente con antecedentes heredofamiliares positivos) pero debemos considerar que una terapia de reemplazo hormonal en estas pacientes podría generar cáncer de mama.^{14, 17}

El pronóstico depende del grado histológico desde un 30 % a un 82 % de supervivencia a 5 años.¹⁸

JUSTIFICACION

La tumoración anexial representa un padecimiento ginecológico frecuente y de difícil diagnóstico debido, a que están constituidos por diversas estructuras anatómicas que condicionan sintomatología similar cuando se presenta un padecimiento en las mismas, la cual se dilucida con el inicio de estudio de la paciente de forma adecuada.

La etiología de la masa anexial varía según las características de la paciente como la edad, antecedentes heredo familiares, antecedentes personales patológicos, antecedentes ginecológicos y obstétricos siendo, el primero, la que mayor importancia para sospechar en una tumoración anexial benigna o maligna.

El desarrollo de múltiples estudios que se pueden realizar y, debido a las características socioeconómicas de la población que acude a la unidad, es necesaria la aplicación clínica para el adecuado estudio de la paciente sin aumentar gastos tanto familiares como institucionales.

El diagnóstico oportuno es de vital importancia para un tratamiento temprano con la consigna de disminuir la morbilidad y mortalidad.

El presente estudio pretende conocer los aspectos epidemiológicos de las pacientes atendidas con diagnóstico de tumoración ovárica en el Hospital General de Iztapalapa ya que no se cuenta con estudios que reporten el

número de casos, diagnóstico histopatológico y tratamiento quirúrgico como en otras instituciones llámese Hospital de la Mujer, Hospital Regional 1ro de Octubre ISSSTE, Hospital General de México entre otros y puede ser inicio de estudios multicéntricos para la patología dentro de la misma Institución.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que es un estudio de carácter descriptivo no formula hipótesis pero para fines metodológicos enunciaremos hipótesis de trabajo:

¿Cuáles son los aspectos epidemiológicos de las pacientes atendidas con diagnóstico de tumoración ovárica en el Hospital General de Iztapalapa en el periodo de Enero del 2007 a Junio 2009?

OBJETIVOS

GENERAL

Establecer el aspecto epidemiológico de las pacientes con diagnóstico de tumoración ovárica en el Hospital General de Iztapalapa de Enero del 2007 a Junio 2009.

ESPECIFICOS

Conocer el número total de casos de pacientes con diagnósticos de tumoración ovárica en el periodo referido.

Determinar los grupos etáreos más frecuentes en el diagnóstico de la tumoración ovárica.

Analizar los resultados de exámenes de laboratorio y gabinete realizados en el protocolo de estudio de pacientes con diagnóstico de tumoración ovárica.

Describir el manejo de las pacientes con tumoración ovárica.

Determinar la incidencia de tratamientos quirúrgicos ginecológicos relacionados a tumoración ovárica.

Conocer el diagnóstico histopatológico en relación a la clasificación de los tumores de ovário.

MATERIAL Y METODO

El diseño es Descriptivo, Observacional, transversal, retrospectivo.

Se revisaron los expedientes de las pacientes del Hospital General de Iztapalapa que fueron sometidas a cirugía con Diagnóstico de tumoración ovárica en el periodo comprendido de Enero 2007 a Junio 2009.

Se incluyeron a todas las pacientes atendidas con diagnóstico de tumoración ovárica en el Hospital General de Iztapalapa con expediente completo y que se encuentre dentro del periodo establecido.

Se excluyó a las pacientes que no se encuentren dentro del periodo establecido.

Las variables consideradas son: edad, sexo, menarca, menstruación, planificación familiar, embarazo, tumoración, dolor, ultrasonido, laboratorio, histopatología.

Dentro de los aspectos logísticos, los recursos humanos están integrados por asesor experto y tesista; de los recursos materiales se utilizaron expedientes, material bibliográfico, material de papelería, computadora e impresora y los recursos financieros fueron directos del tesista.

RESULTADOS

En el hospital General de Iztapalapa, durante el periodo de Enero del 2007 a Junio del 2009, se realizaron 6125 procedimientos quirúrgico de los cuales 4321 casos (70 %) no se relacionaron con eventos obstétricos o ginecológicos, 1382 casos (22 %) correspondieron a eventos obstétrico y 422 (7 %) a ginecológicos (Figura 1).

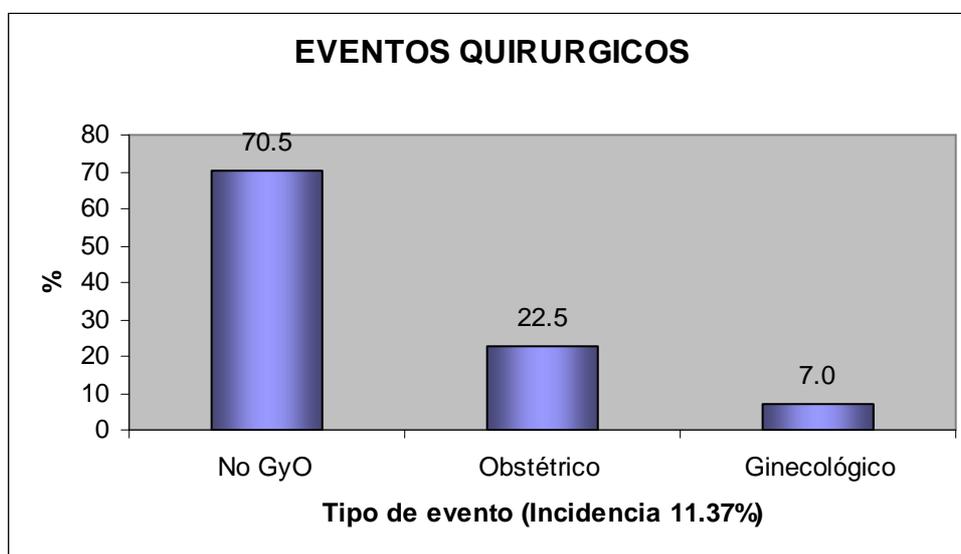


Figura 1. Eventos quirúrgicos Enero 2007- Junio 2009 (Fuente: Registro de Procedimientos Anestésicos).

De los eventos ginecológicos, se detectaron 48 casos de tumoración ovárica (18 en 2007, 19 en 2008 y 11 en 2009) representando el 11.37 %. (Figura 2)

De los eventos obstétricos se detectaron 2 casos correspondiendo al 4.1 %.

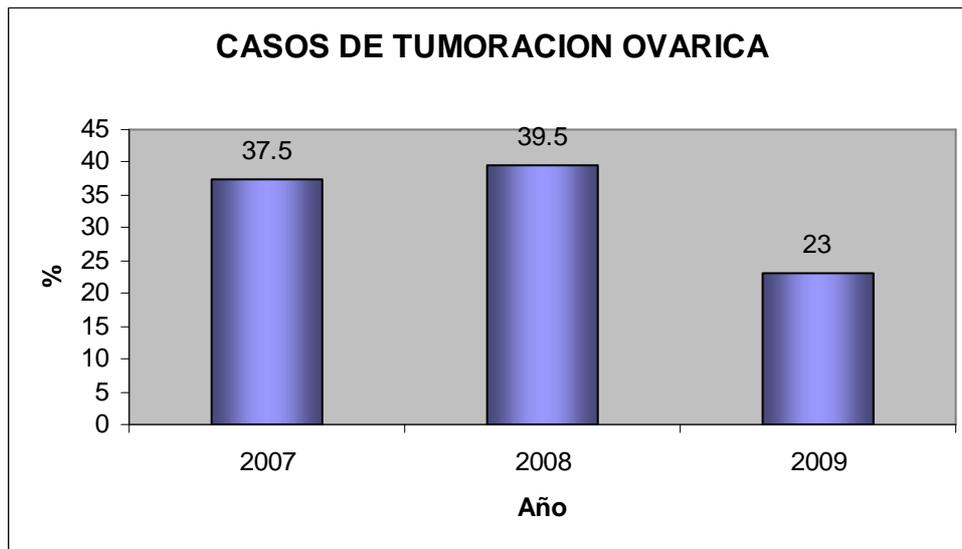


Figura 2. Casos de Tumoración Ovárica por años (Fuente: Registro de Procedimientos Anestésicos).

El promedio de edad de presentación fueron 2 casos en menores de 20 a años (4.2 %), 19 casos de 21 a 30 años (39.6 %), 9 casos de 31 a 40 años (18.8 %), 11 casos de 41 a 50 años (22.9 %) y 7 casos en pacientes mayores de 51 (14.6 %) con una media de 34 años y moda de 28 años. (Figura 3)

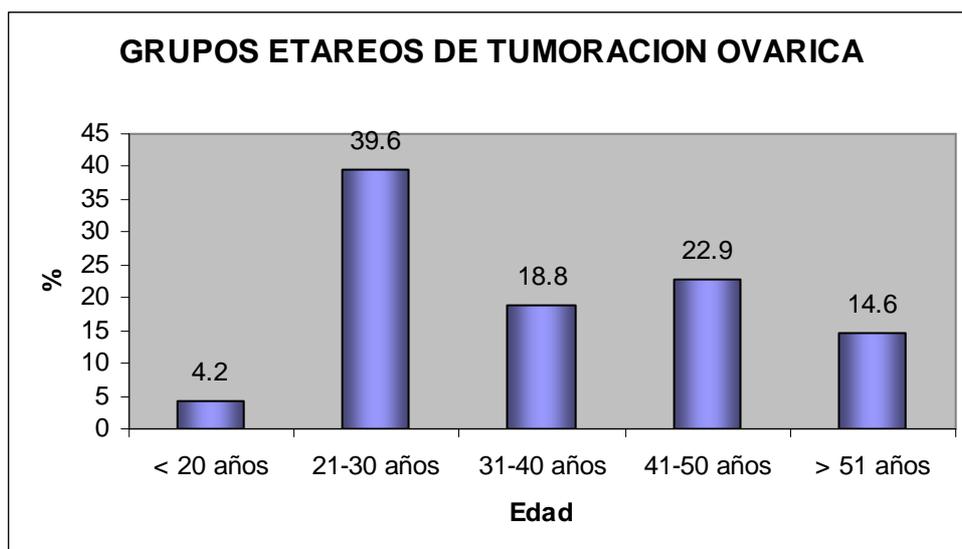


Figura 3. Presentación por edad de la Tumoración ovárica (Fuente: Expediente clínico).

Las 48 pacientes no tuvieron antecedente heredo familiar de Cáncer relacionado con mama, ovario o colon.

De los antecedentes ginecoobstétricos obtenidos de las pacientes, la edad promedio de presentación de la menarca fue a los 12 años con rango de 8 años a 16 años. 41 pacientes (85.5 %) no presentaron irregularidad menstrual a diferencia de 7 pacientes (14.5 %) que si la presentaron y fue causa incidental de hallazgo. Con lo que respecta a la dismenorrea, 11 pacientes (22.9 %) la presentaron y 37 casos no la presentaron (77.1 %). (Figura 4)

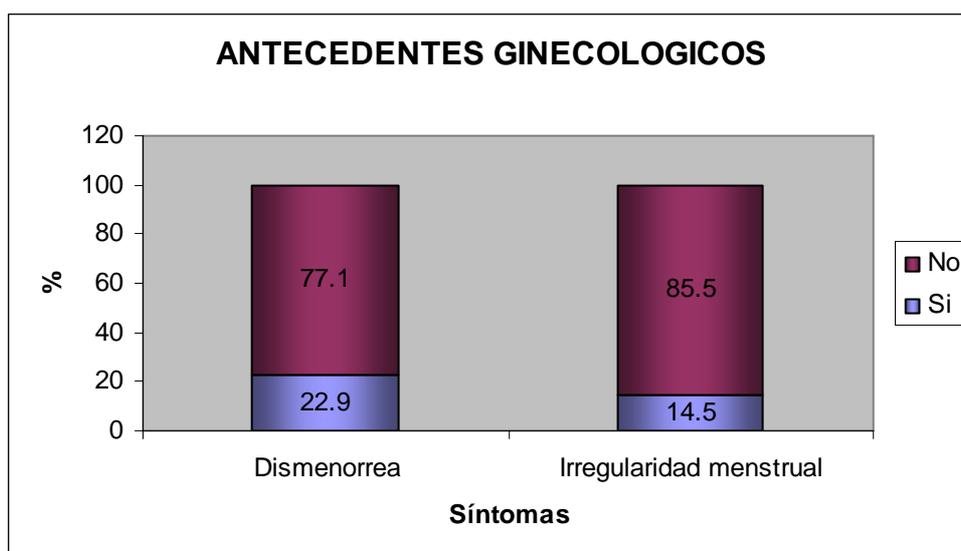


Figura 4. Antecedentes Ginecológicos por casos (Fuente: Expediente clínico).

El número de pacientes con al menos un embarazo fue de 37 (77.1 %) contra 11 nuligestas (22.9 %) (Figura 5); así pues, el número de usuarias de método de planificación familiar hormonal en al menos una ocasión fue de 17 sí (35.4 %) y 31 no (64.6 %) (Figura 6)

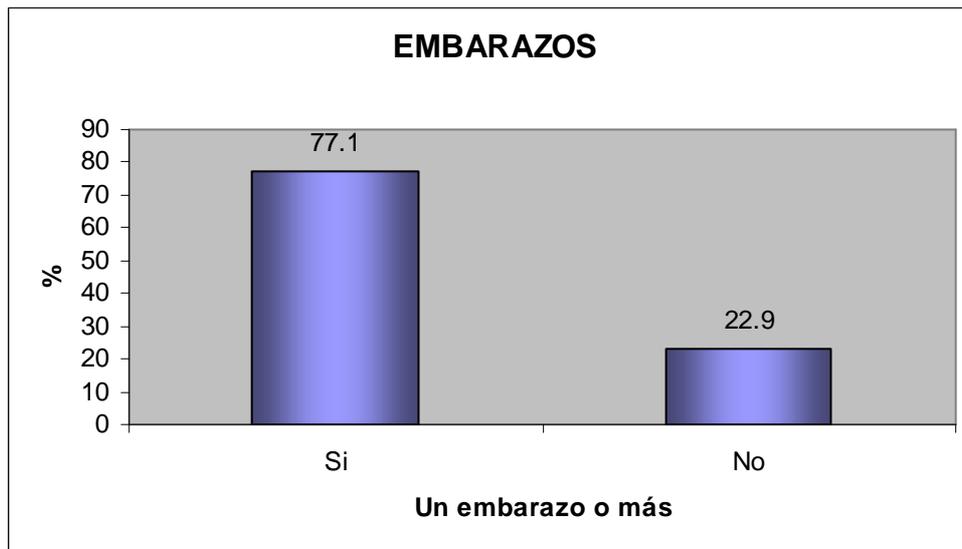


Figura 5. Presencia de 1 o más embarazos (Fuente: Expediente clínico).

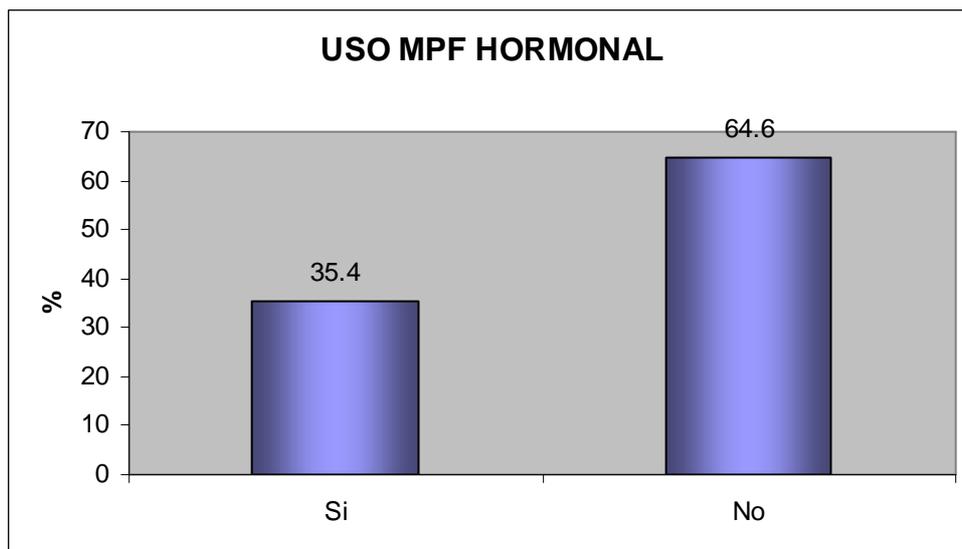


Figura 6. Uso de Método de Planificación Familiar Hormonal (Fuente: Expediente clínico).

Con relación al diagnóstico, la presencia de tumoración pélvica se presentó en el 50 % de las pacientes, el dolor pélvico fue referido por 31 pacientes representando el 64.6 % y la alteración menstrual en 10 casos con un 20.8 % (Figura 7)

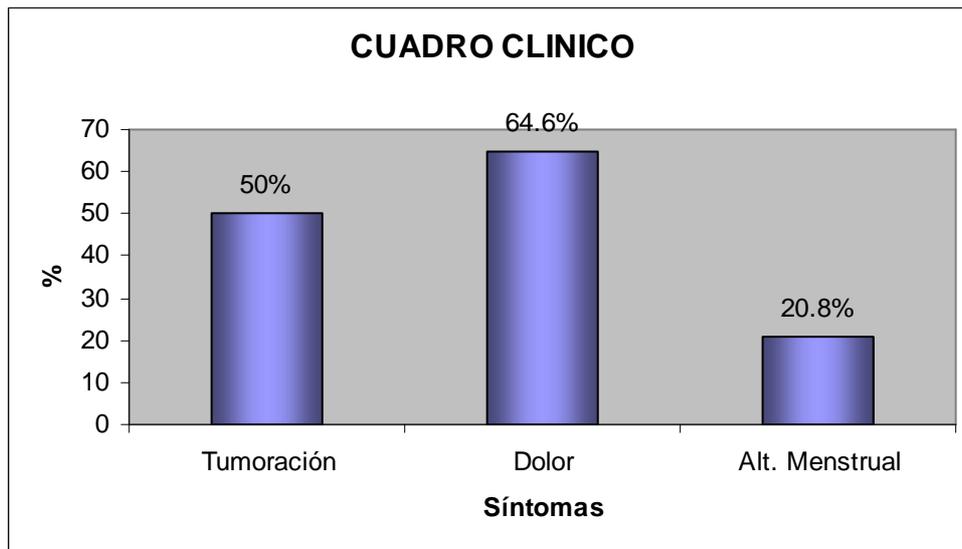


Figura 7. Presentación de síntomas (Fuente: Expediente clínico).

La utilización de la Ultrasonografía orientó a sospechar de tumoración benigna (quística) en 43 pacientes (89.5 %) y maligna (mixto o sólido) en 5 ocasiones (10.5 %). (Figura 8)

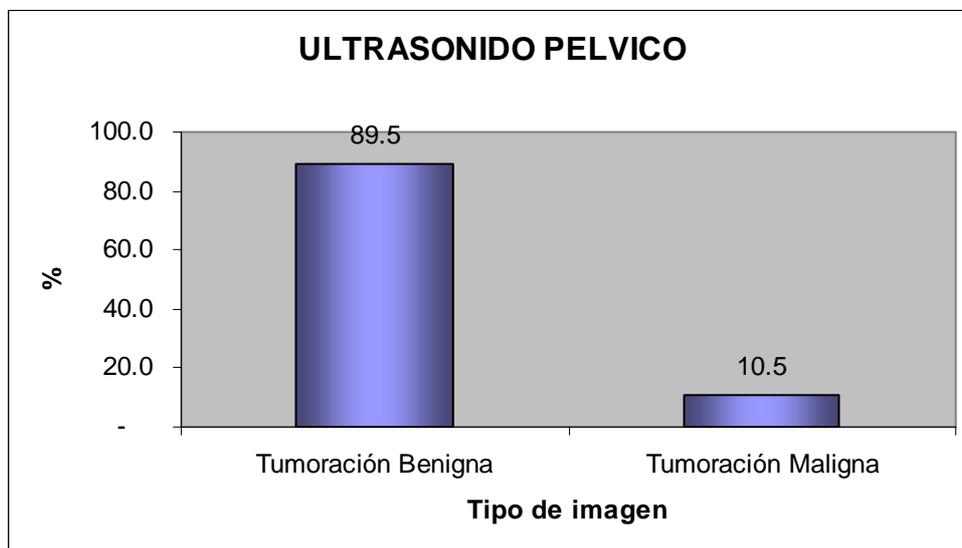


Figura 8. Características Ultrasonográficas (Fuente: Expediente clínico).

Se observó que las mediciones reportadas menores de 10 cm fueron de 21 (43.7 %), de 10 a 20 cm 19 casos (39.6 %) y mayores de 20 cm en 8

pacientes (16.7 %) siendo la localización mas frecuente el ovario derecho con 30 casos (62.5 %), ovario izquierdo con 17 ocasiones (35.4 %) y solo una vez bilateral (2.1 %).

De los marcadores tumorales realizados, a 25 pacientes se les determino CA 125 representando el 52.1 % de los casos siendo 7 casos mayores a 35 U/ ml (28 %); se determino CA19-9 a 3 pacientes (6.25 %), GCH a 4 pacientes (8.3 %), AFP a 7 pacientes (14.5 %), ACE a 8 pacientes (16.6 %) y DHL a 3 pacientes (6.25 %) (Figura 9).

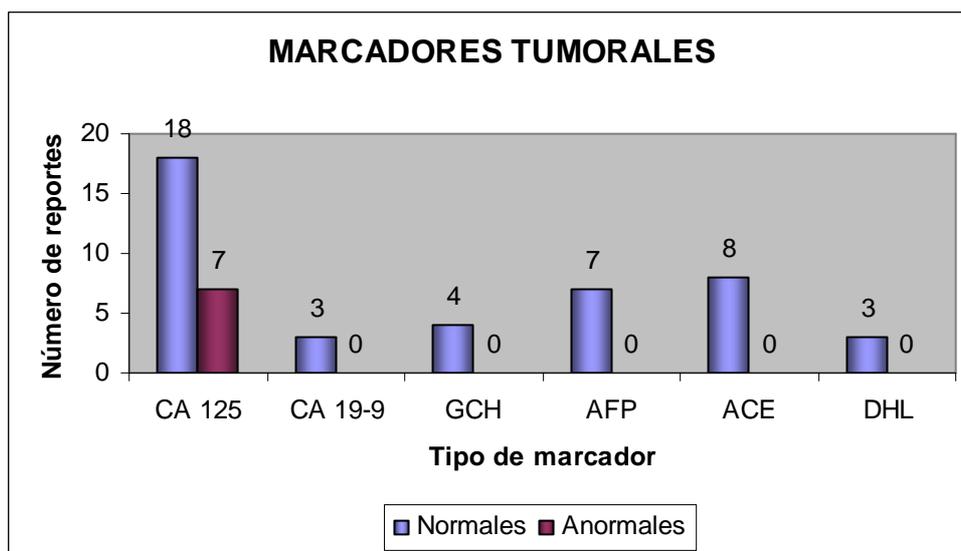


Figura 9. Marcadores tumorales normales y anormales (Fuente: Expediente clínico)

De los resultados histopatológicos, se recabaron 35 reportes (72.9 %), de los cuales 26 casos se relacionaron a cistadenoma seroso (74.3 %), 4 casos fueron reportados como cistadenoma mucinoso (11.4 %), 3 casos coincidieron con teratoma quístico maduro (8.5%), 1 caso tuvo por resultado quiste gigante

de ovario (2.9 %) y un a paciente resultado con Carcinoma seroso de bajo grado borderline (2.9 %) (Figura 10).

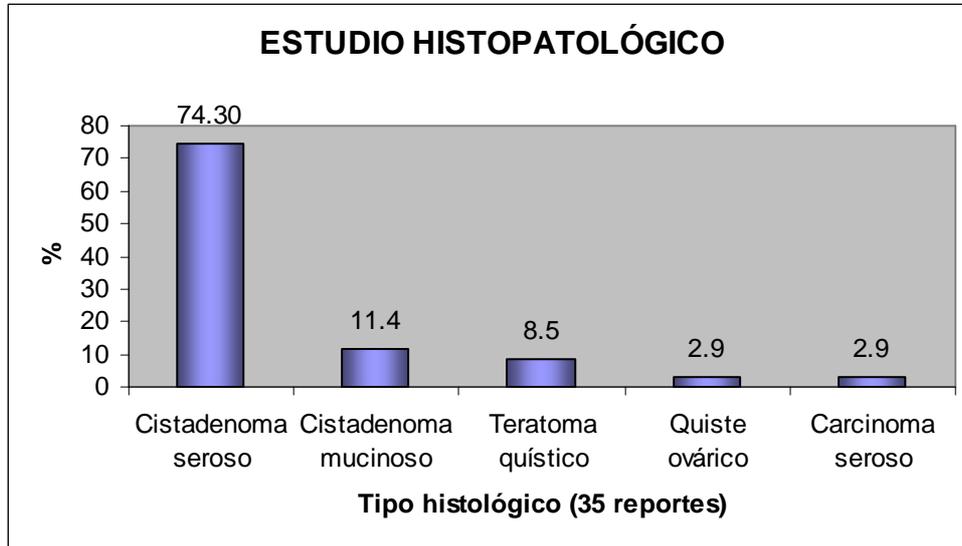


Figura 10. Resultados de Histopatología (Fuente: Expediente clínico)

El 100 % de los casos se resolvió de forma quirúrgica de los cuales 39 programadas (81.2 %) 7 fueron incidentales (14.6 %) y 2 de urgencia (4.2 %). (Figura 11)



Figura 11. Tipo de evento quirúrgico (Fuente: Expediente clínico)

DISCUSIÓN

La incidencia de la tumoración ovárica en el hospital fue del 11.3% en relación a cirugía ginecológica estando por arriba de lo reportado en la bibliografía que corresponde del 1.4 al 9%.¹

Se reportó un solo caso de malignidad que equivale al 2.1 % de los casos por debajo de lo descrito correspondiente al 10 %.^{1,3}

No se apreció importancia en los factores protectores ni de riesgo en las pacientes atendidas.^{1,2}

El mayor número de casos de Tumoración ovárica correspondió al grupo etáreo de 20 a 50 años correspondiendo con lo reportado en la bibliografía.¹

Respecto a los síntomas se encontró que el dolor estuvo presente en 64.6%, la presencia de tumoración pélvica en 50 % de los casos, alteraciones menstruales en 20.8% y dismenorrea en 22.9% difiriendo con lo reportado en la literatura.⁸

La tabla 3 compara la sintomatología entre hospitales.

SINTOMAS	HOSPITAL GENERAL MEXICO		HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA	
	CASOS	%	CASOS	%
Dolor	122	44	31	64.6
Tumoración	43	15	24	50
Alteración menstrual	20	7	10	20.8

Tabla 3. Cuado clínico por Hospital.

Fuente. Gamo Vol 6 Núm. 3, May- Jun 2007.

La presentación de la patología en el embarazo correspondió al 4.2% por debajo de lo documentado en el Hospital de la Mujer de México (9.6%).

El ovario con mayor afectación fue el derecho causando disyuntiva en cual ovario es el ideal para conservar en una paciente quirúrgica.

La sensibilidad y especificidad para diferenciar tumoración ovárica fue del 100 % pero, debido a no contar con Ultrasonido Doppler no se clasificó adecuadamente la neoplasia benigna de la maligna. ^{9, 10, 11}

La tabla 4 muestra la diferencia de características ultrasonográficas entre hospitales.

REPORTE ULTRASONIDO	HOSPITAL GENERAL MEXICO		HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA	
	CASOS	%	CASOS	%
Sólido	190	68.3	5	10.5
Quístico	43	15	43	89.5

Tabla 4. Reportes Ultrasonográficos por hospital

Fuente. Gamo Vol 6 Núm. 3, May- Jun 2007

Con lo que respecta a los marcadores tumorales, no se realizó a todas las pacientes debido a la falta de infraestructura; el único resultado sospechoso

de malignidad (CA 125 elevado) se confirmó mediante histopatología correspondiendo al 100% de afectividad.^{10, 12}

El reporte histopatológico determinó cistoadenoma seroso en 74 %, cistoadenoma mucinoso 11.4 %, teratoma quístico maduro 8.5 %, y carcinoma seroso 2.9 %. Tabla 3 comparación entre hospitales^{3, 4}

TIPO HISTOLOGICO	HOSP MEXICO		GRAL HOSPITAL DE LA MUJER		HOSP GENERAL IZTAPALAPA	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Cistadenoma seroso	51	23.6	15	38.4	26	74.3
Cistadenoma mucinoso	9	4.1	5	12.8	4	11.4
Teratoma quístico maduro	33	15.2	11	28.2	3	8.5
Quiste ovárico	2	0.9			1	2.9
Carcinoma seroso	13	6.01			1	2.9

Tabla 5. Número de casos y porcentajes de Tumoración ovárica por Hospital. Fuente. Revista Médica del Hospital de la Mujer. Gamo Vol 6 Núm. 3, May- Jun 2007

CONCLUSIONES

El adecuado abordaje diagnóstico de la tumoración ovárica es aún un reto para el clínico por la diversidad de patología que por situación anatómica simulan ó disfrazan el cuadro clínico volviendo extremadamente difícil el inicio oportuno del manejo de la patología.

La falta de infraestructura limita el adecuado protocolo de estudio de la tumoración ovárica.

Se detectaron 48 casos de tumoración ovárica, el grupo etéreo mas afectado fue de los 21 a 30 años con 19 casos (39.6%).

La disposición por parte del personal médico y de las pacientes son esencial para la continuidad y vigilancia.

El 100 % de los casos se resolvió de forma quirúrgica 39 programadas (81.2 %) 7 incidentales (14.6 %) y 2 de urgencia (4.2 %).

El tipo histológico mas frecuente fue el cistadenoma seroso (74.3%)

La diferencia entre otros hospitales y el nuestro es mayor debido a que son de concentración de la patología ovárica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Christina S Chu, Stephen C Rubin. Epidemiology, staging and clinical characteristics of ovarian cancer. Surgery for ovarian cancer. Principles and Practice. Taylor and Francis Group. London, New York. 2006. 1- 28
2. Tumores anexiales en niñas y adolescentes, experiencia del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, Carolina Schulin, Francisca de Jourdan, Paulina Merino, Rev. Chil Obstet Ginecol 2006
3. Gutiérrez Hernández Nayeli, Reyes Vallejos Vilma. Histopatología de los Tumores de Ovario, experiencia en el Hospital de la Mujer. Revista Médica del Hospital de la Mujer. Vol. 2 Número 2, 2005.
4. M Steven Piver, Tom S Frank. Epidemiology of ovarian cancer. Diagnosis and management of ovarian disorders. Academic press. Elsevier Science. USA 2003. 209- 218
5. Jonhathan M Lancaster, Laura J Havrileski. The genetic and etiology of sporadic ovarian cancer. Diagnosis and management of ovarian disorders. Academic press. Elsevier Science. USA 2003. 139- 150
6. George Coukos, Stephen C Rubin. BRCA 1 and BRCA 2 mutations in ovarian carcinoma. Diagnosis and management of ovarian disorders. Academic press. Elsevier Science. USA 2003. 201- 208
7. Ibarra Chavarria Valentín. Tumores benignos de Ovario. Ginecología y Obstetricia aplicadas. Manual Moderno 2da ed. 2003. 875- 883.

8. Abortos Lucero, Torres Lobatón, Vega Reyes. Neoplasias malignas del ovario en masas anexiales sugestivas de malignidad. Hospital General de México, Gamo Vol. 6, num. 3, 2007.
9. Alicia Martín Martínez, Norberto Medina. Caracterización ecográfica de masas anexiales sospechosas de malignidad, valor diagnóstico del doppler, Ginecología y Obstetricia Clínica 2003. 162- 166.
10. Manuel Carmona, Rafael Olivencia, Masas anexiales, Diagnostico diferencial. Actualización en Ginecoobstetricia, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada España, p. p. 151- 171.
11. Estado actual del cribado en Cáncer de Ovario, acta ginecológica 2003
12. Karen Jermy, Tom Bourne. Ultrasound of the ovary. Diagnosis and management of ovarian disorders. Academic press. Elsevier Science. USA 2003 181-192
13. Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia INPer. 2003
14. Usha Menon, Ian Jacobs. CA 125 and other tumor markers in screening and monitoring of ovarian cancer. Diagnosis and management of ovarian disorders. Academic press. Elsevier Science. USA 2003. 193- 200
15. Mark H Einstein, Carolyn D Runowicz. Early diagnosis and screening for ovarian cancer. Diagnosis and management of ovarian disorders. Academic press. Elsevier Science. USA 2003. 219- 226

16. Dr. García Rodríguez, Sánchez Nicolás, Ziad Aboharp Hassan.
Manejo de la masa anexial, Hospital Juárez de México, Gamo Vol. 5,
num. 2, 2006.
17. Tarrats Antoni. Valoración prequirúrgica de las masas anexiales,
Ginecología y Obstetricia 2002.
18. Cortes Esteban. Factores Pronósticos moleculares en el cáncer de
Ovario, Cancerología 2, Suplemento 1, 2007