

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 GENERAL DR .DARIO FERNANDEZ FIERRO

INCIDENCIA DE TUMORES DE OVARIO

I. S. S. S. T. E.
SUB-DIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL



Dr. Darío Fernández F.
JEFATURA DE ENSEÑANZA

TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DR.DANIEL PONCE ORTIZ

ASESOR DE TESIS

DRA.MARTHA GABRIELA GARCIA SANDOVAL



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"
I.S.S.S.T.E.

INCIDENCIA DE TUMORES DE OVARIO

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:

MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DR. DANIEL PONCE ORTIZ



I.S.S.S.T.E.

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2000

AUTORIZACION DE TESIS



DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS
COORDINADOR DEL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DR. JORGE JUAREZ VAZQUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DRA. MARTHA GABRIELA GARCIA SANDOVAL
ASESOR DE TESIS



DR. SIGFRIDO HUERTA ALVARADO
ASESOR METODOLOGICO



DR. JESUS ROBLES VILLA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

INCIDENCIA DE TUMORES DE OVARIO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL DR.DARIO FERNANDEZ FIERRO

DR.DANIEL PONCE ORTIZ
RESIDENTE 4o AÑO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RESUMEN

La incidencia de tumor de ovario se eleva con la edad, llegando a ser más notable cerca de los 50 años, con incremento gradual continuo hasta la edad de 70 años, seguido por un decremento alrededor de los 80 años.¹

Yancik et.al. notó que aquellas pacientes por arriba de los 65 años tenían mayores posibilidades de que se les realizara un diagnóstico de cáncer en etapa avanzada, teniendo así un pésimo pronóstico y pobre sobrevivencia, comparada con aquellas pacientes por debajo de los 65 años de edad.²

Durante los años reproductivos los tumores ováricos son usualmente benignos.³

En el presente estudio de 29 pacientes confirmados con diagnóstico de tumores de ovario, se encontró un 93.1 % de tumores benignos y un 6.8% de tumores malignos.

La presencia de Cistoadenomas serosos tenía una frecuencia de 48.2%

| | |
|----------------------------|-------|
| Teratomas maduros | 20.6% |
| Quistes Foliculares | 10.3% |
| Quistes Teca-luteínicos | 6.8% |
| Cistoadenocarcinoma seroso | 6.8% |
| Cistoadenoma mucinoso | 3.4% |
| Quiste Endometriósico | 3.4% |

La etapa que se encontró con mayor frecuencia fue de 93.1% para la I A, 3.4 % en etapa III B y 3.4% sin etapificar.

SUMMARY

the incidence of ovarian tumor rises with age, becoming most marked beyond 50 years, with a gradual increase continuing to age 70 years followed by a decrease for those over 80. Moreover Yancik et. al. noted that those over 65 were more likely to have their cancer diagnosed at an advanced stage, leading to a worse prognosis and poorer survival compared to those under age 65 years. In a follow-up study of 29 women this had 93.1% benign y 6.8% malign.

During the reproductive years ovarian neoplasm are usually benign.

Presence of serous cystadenoma with rate 48.2%, mature teratoma 26%, Follicular Cyst 10.3%, Theca-Lutein Cyst 6.8% serous cystadenocarcinoma 6.8%, mucinous cystadenoma 3.4%, endometrial cyst 3.4%.

Frequency stage I A of 93.1% and 3.4% of III B and 3.4% with any stage.

ANTECEDENTES

El tumor de ovario siempre ha tenido gran importancia debido a la alta mortalidad que presenta.⁴

Se han intentado múltiples estrategias de prevención primaria para las tumoraciones ováricas; sin embargo hasta el momento, su detección, la mayoría de las veces no se detecta hasta que tiene tamaño mínimo de 10 cm para poder sospechar la lesión o por hallazgo ultrasonográfico.

Se reporta en la literatura internacional, que esta patología tiene una frecuencia del 0.4 al 8.9%, como tercera causa de muerte a nivel internacional.^{4,5,6}

Se encuentra reportado con un 90% de tumoraciones benignas presentándose con 80% de características quísticas.^{7,8}

Este tipo de tumoraciones presentan una correspondencia similar con las nacionales, por lo que la búsqueda continua de métodos diagnósticos para etapas más tempranas mejorara las posibilidades de proporcionar una sobrevivencia y calidad de vida para las pacientes.⁶

OBJETIVOS

- Conocer la incidencia de los tumores de ovario en el servicio de ginecología del HOSPITAL GENERAL DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO.
- Determinar la etapa tumoral ovárica diagnosticada en la unidad.
- Determinar la edad promedio de presentación para nuestra población de las tumoraciones ováricas.
- Determinar la etapa de la mujer que presenta mayor frecuencia de tumoraciones ováricas.
- Comparar la frecuencia de tipos de tumoración de ovario en el servicio con estudios anteriores en el mismo (1979).⁹

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio retrospectivo durante el año de 1999, observacional, longitudinal y descriptivo; habiéndose basado en el archivo del servicio de **Ginecología y Obstetricia** y archivo de éste hospital, con expedientes completos con reporte histopatológico en el mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Para el presente estudio se revisaron 37 expedientes que se habían diagnosticado como tumores de ovario de un total de 3590 consultas Ginecológicas y que se sometieron a tratamiento en ésta unidad, comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 1999; Habiéndose descartado 8 expedientes por corresponder a otras patologías no ováricas como: miomas intraligamentarios, apendicitis con proceso adherencial y embarazo ectópico.

Los casos clínicos completos debían presentar los siguientes criterios de inclusión:

- Sin restricción de edad.
- Diagnóstico de tumoración ovárica presentado durante el periodo de estudio.
- Diagnóstico de tumoración ovárica uni o bilateralmente.

- Presencia de estudios de laboratorio ultrasonografía y marcadores tumorales.

Los criterios de exclusión para el presente estudio fueron:

- Pacientes con expediente incompleto.
- Pacientes parcial o totalmente tratadas antes del inicio del estudio.
- Presencia de patología no ovárica confirmada durante su estudio o manejo.

RESULTADOS

La incidencia de tumores de ovario, para el servicio de ginecología, corresponde 0.80% de la consulta ginecológica.

La edad promedio de los pacientes fue de 39 años de edad con rango desde los 15 años hasta los 60 años, detectándose 23 pacientes premenopáusicas (79.3%) y 6 menopáusicas (20.6%).

Se encontraron 29 pacientes con diagnóstico de tumoración ovárica confirmada por cirugía y reporte histopatológico encontrándose 27 tumores benignos (93.1%) y 2 malignos (6.8%).



Los tipos de tumores que se encontraron fueron:

| | |
|---------------------------------|------------|
| - Cistoadenoma seroso | 14 (48.2%) |
| - Teratoma maduro | 6(20.6%) |
| - Quiste Foliculares | 3(10.3%) |
| - Quiste Teca-Luteínico | 2 (6.8%) |
| - Adenocarcinoma papilar seroso | 2(6.8%) |
| - Cistoadenoma mucinoso | 1 (3.4%) |
| - Quiste endometriósico | 1 (3.4%) |

La etapificación realizada se presentó con mayor frecuencia para etapa I A para 27 pacientes correspondientes para 93.1%, 1 paciente en etapa III B con 3.4% y una sin etapificar (3.4%) por no completarse el procedimiento de gradificación, habiéndose reportado adenocarcinoma papilar seroso.

FRECUENCIA DE TUMORES

| | 1979 | 1999 |
|----------|--------|--------|
| BENIGNOS | 93.4 % | 93.1 % |
| MALIGNOS | 6.5 % | 6.8 % |

TIPO DE TUMORES

| | 1979 | |
|-------------------------|---------|--------|
| 1999 | | |
| CISTOADENOMA SEROSO | 30.60 % | 48.2% |
| TERATOMA MADURO | 16 % | 20.6% |
| QUISTE FOLICULARES | 30.60 % | 10.3 % |
| QUISTES TECA-LUTEINICOS | - | 6.8% |
| CISTOADENOMA MUCINOSO | 0.90 % | 3.4 % |
| QUISTE ENDOMETRIOSICO | 0.90 % | 3.4 % |
| POLIQUISTOSIS OVARICA | 9.11 % | - |

| | 1979 |
|-------------------------------------------|--------|
| CISTOADENOCARCINOMA PAPILAR SEROSO | 37.5 % |
| CA ENDOMETRIOIDE BILATERAL | 37.5 % |
| CARCINOMA PAPILAR MIXTO BIEN DIFERENCIADO | 12.5 % |
| TUMOR MALIGNO DE LA TECA GRANULOSA | 12.5 % |

| | 1999 |
|-------------------------------|---------------|
| ADENOCARCINOMA PAPILAR SEROSO | UNICA ESTIRPE |

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio, se encuentra que la incidencia de patología ovárica es baja y con una frecuencia de tumores benignos de mayor presentación para nuestro servicio, misma que no ha variado con respecto al estudio realizado hace 20 años en éste mismo servicio, correspondiendo en frecuencia con los reportes nacionales e internacionales.

La edad promedio que se encuentra en los resultados, corresponde con la reportada en la literatura para tumoraciones benignas asociándose con la edad reproductiva en cuanto a función ovárica. La edad para tumoraciones malignas no es concluyente, ya que los resultados presentados se encuentran en la 4a y 6a década de la vida, necesitando ampliar tiempo de estudio para corroborar su porcentaje.

El presentar baja frecuencia de presentación de tumores malignos, no implica el hecho de no protocolizar y etapificar de acuerdo a los criterios de la FIGO de 1994, ya que conocemos la baja sobrevida al identificar tumoraciones en etapa III.

Los tipos de tumores benignos que se han identificado, difieren en

los porcentajes de presentación con respecto al estudio anterior. Esto puede deberse a la presencia en algunos casos de cambios en la conducta quirúrgica frente a formaciones quísticas ovárica; habiendo tendencia actualmente a manejo hormona inicial y vigilancia continua de las mismas valorándose su evolución.

El manejo de los tumores de ovario, deberá de apegarse a criterios más estrictos de estudio, ante la posibilidad de identificar durante el transoperatorio tumores de características macroscópicas benignas y tener que cambiar su conducta quirúrgica debido a reporte histopatológico de malignidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Howard W. Jones III. Tumores y quistes ovaricos. Tratado de ginecología. 1991. 693-702.
2. Green M. Clark. The epidemiology of ovarian cancer. Seminars in oncology. 1984; 11,209.
3. Seth Granberg, MD, Diagnóstico histológico de los tumores ováricos Clínicas. Obstétricas y Ginecológicas 1993.; vol. 2: 349-359.
4. Gershenson David M. et al. Neoplasia intraepitelial y cáncer ovaricos. Clínicas de Ginecología y obstetricia. TEMAS ACTUALES. 1996, vol. 2: 435-497.
5. Mishel Daniel R. JR. MD. Benign Gynecologic lesions ovary. Comprehensive Gynecology. 1997.467-511.
6. Lee-May Chen et. al. Detección temprana y disminución del riesgo de cáncer familiares. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. 1998. Volumen1.187-200.
7. Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología. INPER. Patología de ovario 1998:287-297.
8. Shingleton Hugo M. MD. Patogenia y Epidemiología del cáncer de ovario. Oncología Ginecológica 1998, 164-230.
9. Contreras Weber S. Revisión de tumores de ovario. Servicio Ginecología y Obstetricia Dr. Dario Fernández Fierro. Dic. 1979.