



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4

“LUIS CASTELAZO AYALA”

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN DISECCIONES LINFÁTICAS

DE TUMORES LIMÍTROFES DE OVARIO

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. ANA KAREN HERNÁNDEZ RUIZ

ASESOR:

DR. VÍCTOR ALBERTO OLGUÍN CRUCES

CIUDAD DE MÉXICO FEBRERO 2018



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.

Índice

Agradecimientos y dedicatorias	2
Carta de aceptación del trabajo de tesis	3
Resumen.....	4
Antecedentes científicos	6
Planteamiento del problema	11
Objetivos.....	12
Justificación	13
Diseño de estudio	14
Universo de trabajo	15
Material y métodos	16
Aspectos éticos.....	17
Análisis estadístico.....	18
Resultados	19
Discusión.....	20
Conclusiones.....	22
Referencias bibliográficas	23
Tablas	26
Anexo	30

Agradecimientos

A mis papás, por su ejemplo, apoyo incondicional y amor, a mi mamá en especial por ser una madre ejemplar por enseñarme a hacer las cosas de la mejor manera, a mi papá por ser un hombre que expresa respeto y lealtad, agradezco a Dios por elegir unos padres como ustedes para mí.

A mis hermanas, por su amor, por estar ahí en todo momento, por escucharme o simplemente para hacerme pasar un buen rato, por apoyarme aun cuando tomo una mala decisión y por creer en mi cuando nadie más lo hace.

A mi abuelita aunque no esté presente físicamente siempre está conmigo, por ser la única persona que daba antes de recibir, y sobre todo por enseñarme el valor de una familia.

A mis maestros, por su enseñanza y tiempo.

A mis amigos, por estar ahí a pesar del poco tiempo, por apoyarme en aquellos días difíciles y por compartir experiencias inolvidables.

A mi Hospital, Gineco Obstetricia No.4 por darme la oportunidad de pasar 3 años maravillosos, por enseñarme y darme las mejores experiencias de mi vida.

Al Dr. Olgún porque sin su apoyo, paciencia y orientación este proyecto definitivamente no hubiera sido posible.

A todas las pacientes, porque de alguna u otra forma todas son diferentes y siempre se aprende de cada una de ellas, por confiar en mí y darme la oportunidad de ser capaz de tomar decisiones.

A Dios, por escucharme en cualquier lugar, por haberme permitido terminar mi servicio social de la mejor manera, por iluminarme cuando sentía que no había nada más en aquellos días, y sobre todo gracias por darme esta vida tan maravillosa.

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

Por medio de la presente informamos que la **C. Ana Karen Hernández Ruiz**, residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis **“HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN DISECCIONES LINFÁTICAS DE TUMORES LIMÍTROFES DE OVARIO”** con **No. de registro del proyecto R-2017-3606-1** por lo que otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

Dr. Oscar Moreno Álvarez

Director General
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No.4, “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Juan Carlos Martínez Chequer

Director de Educación e Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No.4, “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Sebastián Carranza Lira

Jefe de la División de Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No.4, “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Víctor Alberto Olgún Cruces

Asesor de tesis
Médico Adscrito al Servicio de Patológica
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No.4, “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

Resumen

Introducción: Los tumores limítrofes de ovario también conocidos como tumores de bajo potencial maligno y tumores con proliferación atípica, constituyen una entidad reconocida por la organización mundial de la salud a partir de 1973. Se caracterizan por la presencia de proliferación celular y atipia nuclear sin un patrón de infiltración o invasión al estroma, pero con la capacidad de desarrollar implantes tumorales invasivos, no invasivos y de presentar recurrencias hasta 5 o más años después de haber sido diagnosticados.

Objetivo: Describir los hallazgos histopatológicos en disecciones linfáticas de tumores limítrofes de ovario.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo-observacional, retrospectivo y transversal, donde se recabaron los hallazgos histopatológicos en disecciones linfáticas de tumores limítrofes de ovario.

Resultados: Se revisaron un total de 194 reportes definitivos de patología con diagnóstico de tumor epitelial de ovario de los cuales 21 fueron diagnosticados como tumor limítrofe de ovario (10.8%), 19 de ellos no presentaron afección linfática (90.4%) y dos presentaron afección linfática positiva (9.5%).

Conclusiones: En el Hospital de Gineco Obstetricia No.4, "Luis Castelazo Ayala" se realiza linfadenectomía rutinaria en las pacientes con tumores limítrofes de ovario independientemente de la estirpe histológica, observando que la posibilidad de presentar afección linfática es menor del 10%. La afección linfática se presentó en estirpe de tumor seroso limítrofe.

Palabras clave: Ovario, limítrofes, afección, linfadenectomía.

Summary

Introduction: Borderline ovarian tumors, also known as tumors with low malignant potential and tumors with atypical proliferation, constitute an entity recognized by the world health organization since 1973. They are characterized by the presence of cell proliferation and nuclear atypia without a pattern of infiltration or invasion of the stroma, but with the capacity to develop invasive and non-invasive tumor implants and to present recurrences up to 5 or more years after being diagnosed.

Objective: To describe the histopathological findings in lymphatic dissections of borderline ovarian tumors.

Material and Methods: A descriptive-observational, retrospective and transversal study was carried out, where the histopathological findings were collected in lymphatic dissections of borderline ovarian tumors.

Results: A total of 194 definitive reports of pathology with diagnosis of ovarian epithelial tumor were reviewed, of which 21 were diagnosed as borderline ovarian tumor (10.8%), 19 of them did not present lymphatic disease (90.4%) and 2 presented disease positive lymphatic (9.5%).

Conclusions: In Gynecology and Obstetrics Hospital No.4, "Luis Castelazo Ayala", routine lymphadenectomy is performed in patients with borderline tumors, regardless of the tumor histopathology, observing that the possibility of presenting lymphatic disease is less than 10%. Lymphatic involvement occurred in borderline serous tumor lineage.

Key words: Ovary, borderline, condition, lymphadenectomy.

Antecedentes científicos

En 1929, Taylor describió por primera vez un grupo de pacientes con tumores ováricos "semimalignos" o hiperplásicos sin evidencia histológica de invasión estromal pero con implantes peritoneales.¹

Actualmente los tumores limítrofes de ovario también conocidos como tumores de bajo potencial maligno y tumores con proliferación atípica, constituyen una entidad reconocida por la Organización Mundial de la Salud a partir de 1973.²

Se caracterizan por la presencia de proliferación celular y atipia nuclear sin un patrón de infiltración o invasión al estroma, pero con la capacidad de desarrollar implantes tumorales invasivos y no invasivos y de presentar recurrencias hasta 5 o más años después de haber sido diagnosticados.³

Los tumores ováricos limítrofes representan entre 10 y 20% de todos los tumores epiteliales malignos ováricos.⁴ Aunque algunos autores en décadas recientes, reportan aumento en su incidencia hasta de un 25%, señalando una posible asociación con falta de protección de los contraceptivos orales y al empleo de drogas para favorecer la fertilidad.⁵ Rara vez se asocian a mutaciones de los genes BRCA2.⁵ Esta entidad ocurre a una edad más temprana, en una etapa anterior y tienen un pronóstico más favorable y oscila entre los 41 y 47 años.⁶

Histológicamente casi todos los tumores limítrofes de ovario son de tipo mucoso o seroso, constituyen el 43 al 53% y el 42.5 al 52% respectivamente, el 4-5% restante son de células endometrioides, de células claras, mixtas y de transición o de tipo Brenner.^{7,8}

La terminología recomendada es tumores serosos limítrofes, pero también se denominan tumores serosos de bajo potencial de malignidad, tumores serosos proliferativos atípicos o cistoadenomas serosos limítrofes.⁹ Son tumores en los que el epitelio que reviste los quistes y papilas parece más proliferativo e hiperplásico que en la forma benigna con atipias celulares discretas o moderadas. Por definición, no hay invasión tumoral del parénquima ovárico. Es una entidad compleja inicialmente por su diagnóstico y se debe distinguir la forma clásica de la forma micropapilar, cuyo pronóstico sería peor y que

requiere una estadificación peritoneal minuciosa a continuación, porque puede existir una microinvasión.

Los tumores serosos limítrofes de ovario son bilaterales en aproximadamente un tercio de los casos.⁷ La extensión extraovárica como implantes peritoneales es frecuente 35%. La mayoría de los implantes no son invasivos, pero los implantes invasivos se encuentran en el 20-25% de los casos.¹⁰

Por otra parte, pueden asociarse a implantes peritoneales no invasivos (de tipo epitelial o desmoplásico) que deberán distinguirse de los implantes peritoneales invasivos que requieren un tratamiento complementario mediante quimioterapia. Por último, a nivel ganglionar puede existir una localización del tumor seroso limítrofe que deberá distinguirse de una endosalpingiosis ganglionar y de una auténtica metástasis ganglionar de un carcinoma papilar seroso.⁹

Los tumores mucinosos limítrofes se clasifican histológicamente como intestinales (85%) o endocervicales (15%).¹¹ Los tumores ováricos del subtipo intestinal pueden ser grandes y casi siempre unilaterales. En caso de ser bilateral, la mujer debe ser examinada más extensamente en busca de un tumor intestinal primario. El subtipo endocervical puede ser bilateral y asociado con endometriosis y tumor limítrofe mixto. Ambos subtipos pueden presentarse con carcinoma intraepitelial, la extensión extraovárica es infrecuente (10-15%) y casi siempre como un pseudomixoma peritoneal. La afección puede ocurrir en cualquier tipo de neoplasia mucinosa intraabdominal, pero ocurre con mayor frecuencia en asociación con tumor mucinoso limítrofe. La mayoría de estos casos representan la diseminación de un tumor mucinoso del apéndice. Una apendicetomía se debe realizar en la cirugía primaria para el tumor mucinoso limítrofe de tipo intestinal. Todos los tumores limítrofes mucinosos podrían reaparecer como adenocarcinoma invasivo, especialmente cuando sólo se ha realizado una cistectomía ovárica en lugar de una salpingo-ooforectomía. Por lo tanto, la salpingo-ooforectomía unilateral se recomienda en el tumor mucinoso limítrofe.¹²

Existe información limitada sobre el registro de síntomas con tumores limítrofes en el momento del diagnóstico. La mayoría de las mujeres pueden ser asintomáticas y una

masa pélvica descubierta en el examen pélvico de rutina. Los síntomas son menos comunes en comparación con los síntomas registrados para las mujeres con cáncer de ovario invasivo, aunque el 75% de las mujeres con tumores limítrofes puede tener al principio un síntoma como dolor o malestar abdominal, irregularidad intestinal y fatiga persistente o pérdida de peso. El cuadro clínico es muy similar al de los cánceres invasores con una evolución insidiosa, y si bien el diagnóstico se obtendrá con el estudio definitivo de la pieza quirúrgica, la metodología diagnóstica y de estadificación quirúrgica es similar a la de los cánceres invasores.⁵

El tumor limítrofe en general tiene una excelente supervivencia, puede ser difícil identificar variables que mejoren la supervivencia. Como muchas mujeres con tumor limítrofe están en edad reproductiva al momento del diagnóstico, es deseable un tratamiento más conservador que preserve la capacidad de procrear. El estadio de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia es el factor pronóstico más fuerte para la recurrencia y la supervivencia de tumores limítrofes, así como para el cáncer de ovario invasivo. La histología micropapilar fue reportada como un factor de riesgo adicional para el tumor limítrofe seroso, pero este tema es controvertido, ya que sólo se observa un pronóstico pobre si esta histología se asocia con implantes invasivos.¹³

El diagnóstico de tumor limítrofe no se puede determinar antes de la cirugía. El diagnóstico de la sección congelada intraoperatoria de tumor limítrofe es a menudo difícil, incluso para patólogos experimentados. Las secciones congeladas pueden ser útiles para la discriminación entre tumor limítrofe, cáncer de ovario epitelial y tumor benigno (sobrediagnóstico inferior al 10%), pero no por discriminación entre tumor limítrofe y cáncer de ovario epitelial (bajo diagnóstico en el 25-30% de las mujeres).^{14,15}

Menos del 50% de las mujeres con tumor limítrofe tendrán una estadificación quirúrgica completa, esto sin influencia obvia en la supervivencia. Las pautas estándar para la cirugía primaria en tumor limítrofe son similares a los carcinomas invasores del ovario, la eliminación de toda enfermedad macroscópica y estadificación quirúrgica adecuada que implica, histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral, biopsias peritoneales múltiples y lavado peritoneal con citología.

Para tumor limítrofe mucinoso, también se debe realizar una apendicetomía. El muestreo de ganglios linfáticos no ha sido parte del procedimiento estándar. Un estudio en Alemania recientemente publicado informó de una disección sistemática de los ganglios linfáticos en el 18% de las mujeres con tumor limítrofe. La participación de los ganglios linfáticos, incluso en el escenario, no influye en la recurrencia o tasa de supervivencia.¹⁶

La linfadenectomía puede omitirse incluso para las enfermedades de estadio II y III, ya que no hay diferencia en la recurrencia o tasa de supervivencia.^{16,17}

La participación de los ganglios linfáticos regionales en la presentación se ha informado en el 21% a 25% de los pacientes con tumor limítrofe de ovario seroso que se sometió a muestreo de ganglios linfáticos.¹⁸⁻²⁰ Los sitios de implicación, en orden decreciente de frecuencia, incluyen los ganglios linfáticos paraórticos, pélvicos, ilíacos, obturadores y omentales.^{20,23} Las características histológicas de dicha afectación ganglionar han sido descritas en la literatura sólo en raras ocasiones.^{20,21} La extensión del tumor fuera de la cápsula del ganglio linfático no se observó en los ganglios linfáticos regionales en la presentación. En la mayoría de los casos, unas pocas a muchas células individuales con abundante citoplasma eosinofílico y papilares como grupos de células similares, o ambos, estaban presentes. En un número más pequeño de casos, los grupos papilares de las células columnares serosas que parecen atípicas estaban presentes. En algunos casos, los 2 tipos de células coexistieron en el mismo ganglio linfático.²¹ En el 50% al 100% de los casos en los que se mencionó esta característica se incluyeron endosalpingosis o inclusiones müllerianas benignas.^{20,23} Esta entidad puede distinguirse del tumor limítrofe seroso en los ganglios linfáticos por la presencia de glándulas simples alineadas por células citológicamente benignas, usualmente localizadas en la cápsula fibrosa del ganglio linfático en la endosalpingosis. El origen de tumor limítrofe seroso en los ganglios linfáticos es inexplicable, la presencia de tumor en los ganglios linfáticos sinusales sugiere que las lesiones pueden ser verdaderas enfermedades embólicas. Por otra parte, la alta frecuencia de endosalpingosis asociada o inclusiones müllerianas benignas en ganglios linfáticos involucrados, así como informes de transiciones de inclusiones müllerianas

benignas a tumores limítrofes serosos sugieren que algunos casos pueden surgir in situ en endosalpingosis preexistente.^{20,21,24}

El aumento de la frecuencia de la endosalpingosis en los ganglios linfáticos de pacientes con tumor limítrofe seroso, así como las mutaciones KRAS idénticas en el mismo, e inclusiones glandulares benignas, ha llevado a un grupo a concluir que los 2 procesos están relacionados.^{25,26}

La afectación ganglionar regional en la presentación no parece tener un impacto adverso en la supervivencia, ya que no se han reportado muertes por tumores entre los casos definitivamente identificados de tipo seroso en la literatura.^{18,26} Rara vez se puede observar una afectación distante de los ganglios linfáticos en la presentación, pero esto se observa más comúnmente en el momento de la recidiva tumoral.²⁶

Planteamiento del problema

Durante la cirugía oncológica, actualmente contamos con una herramienta que mejora el pronóstico del cáncer, un examen transoperatorio nos ayuda a tomar mejores decisiones como realizar una cirugía etapificadora de acuerdo a la estirpe histológica, los tumores de ovario son la segunda causa más frecuente de cáncer ginecológico, tomando en cuenta que los tumores limítrofes de ovario en muy pocas ocasiones causan metástasis, sin embargo durante la cirugía etapificadora de tumores limítrofes de ovario se realiza linfadenectomía pélvica y retroperitoneal, con este estudio se describieron los hallazgos histopatológicos reportados en la linfa de tumores limítrofes de ovario.

¿Cuáles son los hallazgos histopatológicos en disecciones linfáticas de tumores limítrofes de ovario?

Objetivos**Objetivo general**

Describir los hallazgos histopatológicos en disecciones linfáticas de tumores limítrofes de ovario.

Objetivos específicos

Conocer la frecuencia de tumores limítrofes de ovario.

Identificar pacientes con linfadenectomía positiva en tumores limítrofes de ovario.

Justificación

En el mundo y en México, aún hay muy pocas revisiones en la literatura acerca de tumores limítrofes de ovario, los cuales, presentan una prevalencia cada vez mayor en nuestro medio. Nuestro país no es la excepción, ya que se trata de una neoplasia que va en aumento constante.

Hasta hace unos años no se conocía el comportamiento que presentaban los tumores limítrofes de ovario, hoy en día tenemos una clara definición de los mismos, lo cuales no invaden el estroma, sin embargo, presenta la capacidad de presentar implantes en órganos adyacentes.

Existen diferentes tipos histológicos de tumores limítrofes de ovario, en los cuales durante la cirugía etapificadora de los mismos, se realiza linfadenectomía pélvica y retroperitoneal, y siendo nuestro hospital un centro de tercer nivel y una institución de referencia en nuestro país, así como contar con el servicio de oncología ginecológica, se pretende conocer los hallazgos histopatológicos en las disecciones linfáticas de los mismos.

En nuestro hospital no existe un reporte de los hallazgos histopatológicos de linfa en tumores limítrofes de ovario.

Diseño del estudio

Estudio descriptivo-observacional, retrospectivo y transversal.

Universo de trabajo

El presente estudio está constituido por un grupo de mujeres a las que se les realizó cirugía etapificadora de cáncer de ovario, con diagnóstico histopatológico definitivo de tumor limítrofe de ovario, durante el periodo 01 enero 2015 al 31 de diciembre del 2016.

Se describieron los hallazgos histopatológicos de las linfas de tumor limítrofe de ovario, analizando al final, los pacientes que presentaron afección linfática y las que únicamente se confinaron al ovario.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo-observacional, retrospectivo y transversal, donde se recabaron los hallazgos histopatológicos en disecciones linfáticas de tumores limítrofes de ovario. Se recabaron los datos comprendidos en el periodo del 01 enero del 2015 al 31 de diciembre del 2016 en el Servicio de Oncología Ginecológica y Anatomía Patológica. Se vació la información de cada paciente en una hoja de recolección de datos y posteriormente en una base de datos.

Se realizaron tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y se realizaron inferencias con las estadísticas existentes en la literatura.

Aspectos éticos

Por el tipo de estudio no requirió carta de consentimiento informado.

Análisis estadístico

De la base de datos del Servicio de Patología se obtuvo nombre y número de afiliación de las pacientes y se revisaron sus reportes definitivos de patología. Las variables obtenidas se vaciaron en una hoja de recolección de datos y de ahí a una base electrónica, para su análisis, se realizó un análisis descriptivo con medidas de frecuencia simple en un periodo comprendido del 1 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2016. La linfadenectomía positiva se definió como afección de linfas pélvicas o retroperitoneales positivas reportadas en la hoja de patología.

Se utilizó estadística descriptiva y los resultados se expresaron en promedios y porcentajes, así como medidas de tendencia central.

Resultados

Se revisaron los reportes histopatológicos definitivos de pacientes con diagnóstico de tumor limítrofe de ovario en el servicio de Oncología Ginecológica en el periodo comprendido del 01 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2016, de los cuales se obtuvieron los siguientes datos: nombre de la paciente, número de seguridad social, edad de la paciente, tipo histológico, número de ganglios obtenidos en la disección linfática y afección ganglionar.

Se obtuvieron un total de 194 pacientes con diagnóstico de tumores epiteliales de ovario, de los cuales 21 (10.8%) fueron diagnosticados como tumor limítrofe de ovario, que son el universo de trabajo de estudio.

De los tumores limítrofes de ovario, 16 (76.1%) correspondían a tipo histológico seroso, seguido del tipo mucinoso 4 (19%), y por último 1 (4.7%) de tipo endometriode. (Tabla 2)

A los 21 casos se les realizó linfadenectomía pélvica y retroperitoneal, de los cuales se obtuvieron de 1 a 33 ganglios pélvicos y retroperitoneales, en 11 (52%) pacientes se obtuvieron menos de 10 ganglios. Se reportaron únicamente 2 casos (9.5%) con afección linfática con un ganglio positivo en cada caso reportado. Se observó que los ganglios positivos pertenecían al tipo histológico de tumor seroso limítrofe. (Tabla 3 y 4)

En la población estudiada el rango de edad de presentación fue de 37 a 79 años, para su estudio se dividieron las pacientes en quinquenios y se obtuvieron 7 grupos, observando que el rango de mayor presentación se obtuvo en pacientes con edad de 46 a 50 años (28%), se analizaron medidas de tendencia central de la edad de presentación, se obtuvo una edad promedio de 49.2 años, con una mediana de 48 años y una media de 48 años. (Tabla 1)

Los 2 casos con afección ganglionar se presentaron en mujeres con edad menor a 50 años, con edad de presentación de 47 y 49 años.

Discusión

Se encontró que el perfil epidemiológico de nuestras pacientes es similar al reportado en la literatura, siendo el promedio de edad de 49 años en este estudio y en la literatura consultada se reporta que esta entidad ocurre a una edad más temprana, y oscila entre los 41 y 47 años.⁶

De acuerdo a lo mencionado en la literatura, los tumores ováricos limítrofes representan entre 10 y 20% de todos los tumores epiteliales malignos ováricos.⁴ Aunque algunos autores en décadas recientes, reportan aumento en su incidencia hasta de un 25%, señalando una posible asociación con falta de protección de los contraceptivos orales y al empleo de drogas para favorecer la fertilidad.⁵ Para el lapso analizado del presente estudio, se encontró que los tumores limítrofes de ovario representaron el 10 % de dichas neoplasias lo cual va en acuerdo con lo reportado anteriormente.

Con respecto a la realización de linfadenectomía lo cual es uno de los temas más controversiales y en discusión en el manejo de tumores limítrofes de ovario, en la literatura revisada se menciona que la afección linfática es rara y que se observa más comúnmente en el momento de la recidiva tumoral, mencionando además que no mejora el tiempo libre de enfermedad ni la sobrevida global.²⁶ En nuestro estudio de 21 pacientes que presentaron diagnóstico histopatológico definitivo de tumor limítrofe de ovario con realización de linfadenectomía, observamos que 19 (9.5%) pacientes no presentaron afección linfática y únicamente en 2 pacientes se reportó linfadenectomía positiva, esto se correlaciona con lo reportado en la literatura internacional en cuanto a la seguridad de no realizar linfadenectomía pélvica bilateral y retroperitoneal en pacientes con diagnóstico de tumor limítrofe de ovario.²⁶

Con lo encontrado en la población estudiada la afección ganglionar representó menos del 10% de la población, y además correspondiendo al tipo histológico seroso, esto podría

resumirse en que en nuestro Hospital, la linfadenectomía pélvica y retroperitoneal podría limitarse únicamente en aquellas pacientes que presenten tumor limítrofe de tipo histológico seroso, ya que dichas pacientes tienen mayor riesgo de presentar afección linfática a pesar de su baja frecuencia de presentación en tumores limítrofes de ovario, lo cual reflejaría en una disminución de comorbilidades asociadas al procedimiento, días de estancia intrahospitalaria, así como las complicaciones asociadas a linfadenectomía y finalmente costos a la salud derivados de la atención de esta patología.

Conclusiones

En las pacientes con diagnóstico histopatológico definitivo de tumor limítrofe de ovario se muestra menos del 10% de afección linfática. De los cuales los 2 casos reportados con afección ganglionar fueron de tipo histológico seroso.

En pacientes con diagnóstico de tumor limítrofe de ovario no está justificado realizar linfadenectomía pélvica bilateral y retroperitoneal de manera rutinaria. Es necesario perfeccionar el estudio transoperatorio para una adecuada toma de decisión para la realización de linfadenectomía pélvica y retroperitoneal.

Referencias bibliográficas

1. Taylor HC. Malignant and semimalignant tumours of the ovary. *Surg Gynecol Obstet* 1929;48:204-230.
2. Hannibal GCh, Vang R, Junge J, Frederiksen K, KjaerbyThygresen A. A nationwide study of serous borderline ovarian tumors in Denmark 1978-2002: Centralized pathology review and overall survival compared with the general population. *Gynecol Oncol* 2014;134:267-273.
3. Romeo M, Pons F, Barretina P, Radua J. Incomplete staging surgery as a major predictor of relapse of borderline ovarian tumor. *W J Surg Oncol* 2013;11:13-20.
4. Lenhard MS, Mitterer S, Kümper C, et al. Long-term follow-up after ovarian borderline tumor: relapse and survival in a large patient cohort. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;145:189-194.
5. Fischerova D, Zikan M, Dundr P, Cibula D. Diagnosis, treatment and follow-up borderline ovarian tumors. *The Oncologist* 2012;17:1515-1533.
6. Morris CR, Liu L, Rodriguez AO, et al. Epidemiologic features of borderline ovarian tumors in California: a population based study. *Cancer Causes Control* 2013;24(4):665-674.
7. Kaern J, Tropé CG, Abeler VM. A. Retrospective study of 370 borderline tumors of the ovary treated at the Norwegian Radium Hospital from 1970 to 1982. A review of clinicopathologic features and treatment modalities. *Cancer* 1993;71:1810-1820.
8. Bjorge T, Engeland A, Hansen S, et al. Trends in the incidence of ovarian cancer and borderline tumours in Norway, 1954–1993. *Int J Cancer* 1997;71:780-786.
9. McCluggage WG. The pathology of and controversial aspects of ovarian borderline tumours. *Curr Opin Oncol* 2010;22:462-472.
10. Seidman JD, Horkayne-Szakaly I, Haiba M, et al. The histologic type and stage distribution of ovarian carcinomas of surface epithelial origin. *Int J Gynecol Pathol* 2004;23:41-44.
11. Tinelli R, Tinelli A, Tinelli FG, et al. Conservative surgery for borderline ovarian tumors: a review. *Gynecol Oncol* 2006;100:185-191.

12. Trillsch F, Mahner S, Ruetzel J, et al. Clinical management of borderline ovarian tumors. *Expert Rev Anticancer Ther* 2010;10:1115-1124.
13. Prat J, De Nictolis M. Serous borderline tumors of the ovary: a long-term follow-up study of 137 cases, including 18 with a micropapillary pattern and 20 with microinvasion. *Am J Surg Pathol* 2002;26:1111-1128.
14. Tropé CG, Kristensen G, Makar A. Surgery for borderline tumor of the ovary. *Semin Surg Oncol* 2000;19:69-75.
15. Tempfer CB, Polterauer S, Bentz EK, et al. Accuracy of intraoperative frozen section analysis in borderline tumors of the ovary: a retrospective analysis of 96 cases and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2007;107:248-252.
16. Camatte S, Morice P, Thoury A, et al. Impact of surgical staging in patients with macroscopic 'stage I' ovarian borderline tumours: analysis of a continuous series of 101 cases. *Eur J Cancer* 2004;40:1842-1849.
17. Cadron I, Leunen K, Van Gorp T, et al. Management of borderline ovarian neoplasms. *J Clin Oncol* 2007;25:2928-2937.
18. Seidman JD, Kurman RJ. Ovarian serous borderline tumors: a critical review of the literature with emphasis on prognostic indicators. *Hum Pathol* 2000;31:539-557.
19. Leake JF, Rader JS, Woodruff JD, et al. Retroperitoneal lymphatic involvement with epithelial ovarian tumors of low malignant potential. *Gynecol Oncol* 1991;42:124-130.
20. Tan LK, Flynn SD, Carcangiu ML. Ovarian serous borderline tumors with lymph node involvement: clinicopathologic and DNA content study of seven cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol* 1994;18:904-912.
21. Bell DA, Scully RE. Lymph node involvement by ovarian serous borderline tumors. *Mod Pathol* 1992;5:61.
22. Shiraki M, Otis CN, Donovan JT, et al. Ovarian serous borderline epithelial tumors with multiple retroperitoneal nodal involvement: metastasis or malignant transformation of epithelial glandular inclusions. *Gynecol Oncol* 1992;46:255-258.

23. Zanetta G, Rota S, Chiari S, et al. Behavior of borderline tumors with particular interest to persistence, recurrence and progression to invasive carcinoma: a prospective study. *J Clin Oncol* 2001;19:2658-2664.
24. Kadar N, Krumerman M. Possible metaplastic origin of lymph node "metastases" in serous ovarian tumor of low malignant potential (borderline serous tumor). *Gynecol Oncol* 1995;59:394-397.
25. Moore WF, Bentley RC, Berchuck A, et al. Some müllerian inclusion cysts in lymph nodes may sometimes be metastases from serous borderline tumors of the ovary. *Am J Surg Pathol* 2000;24:710-718.
26. Alvarez AA, Moore WF, Robboy SJ, et al. K-ras mutations in müllerian inclusion cysts associated with serous borderline tumors of the ovary. *Gynecol Oncol* 2001;80:201-206.

Tablas**Tabla 1. Número de pacientes por rango de edad.**

Rango de edad	Número de pacientes	Porcentaje (n=21)
35-40	3	14.2
41-45	5	23.8
46-50	6	28.5
51-55	3	14.2
56-60	2	9.5
61-65	1	4.7
66-70	1	4.7

Tabla 2. Tipos histológicos de tumor limítrofe de ovario.

Tipo histológico	Número de pacientes	Porcentaje (n=21)
Seroso	16	76.1
Mucinoso	4	19.0
Endometrioide	1	4.7

Tabla 3. Linfadenectomía pélvica y retroperitoneal positiva en correlación con el tipo histológico.

Estirpe histológica	Linfa pélvica (n=21)	Linfa retroperitoneal (n=21)
Seroso	2	0
Mucinoso	0	0
Endometrioide	0	0

Tabla 4. Número de ganglios estudiados de tumor limítrofe de ovario.

Número de ganglios	Número de pacientes	Porcentaje (n=21)
1-10	11	52.3
11-20	7	33.3
21-30	2	9.5
31-40	1	4.7
No reportado	0	0

Anexo

MÉXICO
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3606** con número de registro **13 CI 09 010 173** ante
COFEPRIS

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA **09/01/2017**

DR. VICTOR ALBERTO OLGUIN CRUCES

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN DISECCIONES LINFÁTICAS DE TUMORES
LIMÍTROFES DE OVARIO**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-3606-1

ATENTAMENTE

DR.(A). OSCAR MORENO ALVAREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL