



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”

**TIPOS HISTOPATOLÓGICOS DE NEOPLASIAS DE OVARIO BENIGNAS Y MALIGNAS EN
MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO.4 “LUIS
CASTELAZO AYALA”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. VALERIA ADAMES SALCEDA

ASESOR:

DR. VÍCTOR ALBERTO OLGUÍN CRUCES



CIUDAD DE MÉXICO

GRADUACIÓN FEBRERO 2018



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.

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

Por medio de la presente informamos que el la **C. Valeria Adames Salceda** residente de la especialidad de Ginecología y obstetricia ha concluido la escritura de su tesis **Tipos histopatológicos de neoplasias de ovario benignas y malignas en mujeres embarazadas con no. de registro del proyecto R-2016.3606-67** 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 Olguín Cruces

Medico de base adscrito al servicio de anatomía patologica

Asesor de tesis

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala"

Instituto Mexicano del Seguro Social

I N D I C E

1. Dedicatoria.....	3
2. Resumen.....	4
3. Marco teórico.....	6
4. Planteamiento del problema.....	8
5. Objetivos.....	9
6. Justificación.....	10
7. Material y métodos.....	11
8. Resultados	15
9. Discusión.....	16
10. Conclusiones	17
11. Bibliografía.....	18
12. Tablas.....	19
13. Anexos 1. Dictamen de autorizado.....	23
14. Anexo 2. Hoja de recolección de datos	24

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo y amor incondicional, por guiarme y acompañarme en este largo y difícil camino, porque sin ello no sería ni estaría donde estoy ahora ya que me brindaron los cimientos para crecer como persona y profesionalista.

A mis hermanos por estar a mi lado aunque físicamente no estén. Por sus consejos y críticas constructivas, por crecer a mi lado y apoyarme siempre.

A mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme, que creyeron en mí y me impulsaron a esforzarme más para ser mejor.

A mis amigos por hacerme más fácil y divertido el camino, por apoyarme, equivocarse y acertar a mi lado.

A mis pacientes por que la mayor enseñanza me la dieron ellas, por su paciencia y confianza.

A mi tutor por creer en esta tesis, ayudarme y hacerla posible.

RESUMEN

Objetivo: Determinar tipos histológicos de tumores de ovario benignos y malignos en mujeres embarazadas diagnosticadas y tratadas del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala".

Material y Métodos: Estudio descriptivo-observacional, retrospectivo y transversal, donde se recabaron los tumores de ovario detectados en pacientes embarazadas para determinar número de casos, así como los datos clínicos e histopatológicos observados. Se recabaron los datos del periodo 01 enero 2014 al 31 de diciembre del 2016 en el servicio de ginecológica y anatomía patológica. Se procedió el análisis de datos con el uso de tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y se realizó inferencias con las estadísticas existentes en la literatura.

Resultados: Se realizó diagnóstico histopatológico en 30 pacientes embarazadas que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico durante el periodo comprendido de enero 2014 a diciembre 2016. La mediana de edad de las pacientes fue 28 años (rango de 16 a 44 años). En cuanto al número de gestas el 33.3% correspondió a primigestas y el 66.7% a multigestas. De los 30 diagnósticos histopatológicos realizados, 8 (26.6%) correspondieron a quistes serosos simples, 6 (20%) a cistadenomas serosos, 5 (16.7%) a quiste de cuerpo lúteo hemorrágico, 3 (10%) a quiste folicular hemorrágico, 2 (6.7%) a teratoma quístico maduro y tumor seroso limítrofe y 1 (3.3%) a quiste del cuerpo lúteo, quiste endometriósico, cistadenoma mucinoso y cistadenofibroma, concluyendo que los tumores benignos son más comunes con una prevalencia del 93.3% contra los malignos del 6.7%. La edad gestacional al momento del diagnóstico y tratamiento quirúrgico fue del 66.7% en embarazo de término y el 33.3% en pretérmino.

Conclusión: Los tumores de ovario asociados al embarazo suelen ser benignos con estirpe histológico más frecuente el quiste seroso simple; haciéndose el diagnóstico principalmente en embarazos de término y en multíparas.

Palabras claves: tumores de ovario, estirpe histopatológica, edad gestacional, embarazo.

ABSTRACT

Objective: To determine histological types of benign and malignant ovarian tumors in pregnant women diagnosed and treated at the Hospital of Gynecology and Obstetrics No 4 "Luis Castelazo Ayala".

Material and Methods: Descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study where ovary tumors were detected in pregnant patients to determine number of cases, as well as the clinical and histopathological data observed. Data were collected from January 01, 2014 to December 31, 2016 in the gynecological and pathological anatomy department. Data were analyzed using frequency tables, measures of central tendency and inferences were made with statistics in the literature.

Results: A histopathological diagnosis was performed in 30 pregnant patients who underwent surgical treatment during the period from January 2014 to December 2016. The median age of the patients was 28 years (range of 16 to 44 years). Regarding the number of pregnancies, 33.33% corresponded to primigravidae and 66.7% to multigesters. Of the 30 histopathological diagnoses, 8 (26.6%) corresponded to simple serous cysts, 6 (20%) to serous cystadenomas, 5 (16.7%) to hemorrhagic luteal corpus, 3 (10%) to hemorrhagic follicular cyst, 2%) To mature cystic teratoma and borderline serous tumor and 1 (3.3%) to luteal body cyst, endometriotic cyst, mucinous cystadenoma and cystadenofibroma, concluding that benign tumors are more common with a prevalence of 93.3% against malignant ones of 6.7 %. The gestational age at diagnosis and surgical treatment was 66.7% in term pregnancy and 33.3% in preterm pregnancy.

Conclusion: Ovarian tumors associated with pregnancy are usually benign with histological strain more frequent the simple serous cyst; Being the diagnosis mainly in term pregnancies and in multiparous.

Key words: ovarian tumors, histopathological strain, gestational age, pregnancy.

MARCO TEÓRICO

El ovario es un órgano que debido a diversos factores tanto genéticos, como embriológicos, estructurales y funcionales, los cuales interactúan entre si pudiendo llevar a la generación de tumores tanto benignos como malignos.

Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer.(1) Aproximadamente 1 de cada 10 féminas lo tendrá a lo largo de la vida, la mayoría de las cuales requerirá de una evaluación quirúrgica. Estos se presentan desde edades tempranas hasta avanzadas. La experiencia clínica revela la alta incidencia en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad.(2) Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, pero su evolución silente entorpece el diagnóstico temprano, lo que hace que en más de 60 % de los casos se diagnostique en etapa avanzada. Es más frecuente en países desarrollados que en vías de desarrollo.(3)

Las tumoraciones anexiales afectan a un 0.5-8% de las gestaciones. La incidencia varía en función de los criterios diagnósticos utilizados y la edad gestacional al momento del diagnóstico. Aunque no está demostrada la utilidad de la evaluación sistemática de los ovarios durante la ecografía de primer trimestre, el hallazgo incidental de las masas anexiales ha aumentado con la sistematización del screening de primer trimestre.(4) En grandes series, la edad gestacional promedio, al momento del diagnóstico y tratamiento es de 12 y 20 semanas de gestación respectivamente. La causa casi siempre es benigna y los diagnósticos histológicos más frecuentes son: teratoma maduro (30-50%), cistadenoma (40-20%) y tumores funcionales (13%).(5,6) Globalmente la resolución espontánea se da en un porcentaje elevado de casos (alrededor del 70%). Esta tasa de resolución será mayor en aquellos casos diagnosticados más precozmente ya que corresponderán principalmente a quistes funcionales.(4)

Cuando existen dudas en los resultados del ultrasonido, la resonancia magnética nuclear es el método de elección para complementar o corroborar los hallazgos.(7,8) Ambos métodos son altamente sensibles (97-100%) pero el ultrasonido es más económico, accesible y seguro para la madre y el feto, lo que determina que sea el método de diagnóstico de elección en el estudio de la mujer embarazada con masa anexial. El uso de los marcadores tumorales es limitado porque el propio embarazo puede alterar sus valores; el CA-125 aumenta en el primer trimestre y la alfa fetoproteína puede alterarse por complicaciones propias del embarazo; por eso no deben utilizarse para excluir un tumor y la decisión de intervenir quirúrgicamente a la paciente debe basarse en los síntomas, la exploración física y en los hallazgos de imagen.(9-11)

Los principales riesgos de las tumoraciones anexiales diagnosticadas durante el embarazo son la torsión y la malignidad. El riesgo de torsión anexial se sitúa actualmente alrededor del 5%. Los tumores malignos de ovario representan entre un 1- 5% de las masas anexiales persistentes en el segundo trimestre de la gestación y frecuentemente son tumores epiteliales de bajo potencial de malignidad o en estadios precoces o bien tumores de estirpe no epitelial. Ante el hallazgo de una tumoración anexial asintomática durante la gestación deberemos establecer el grado de sospecha de malignidad ya que condicionará el manejo de la misma.(4)

Es recomendable que el tratamiento quirúrgico se realice de manera programada y durante el segundo trimestre del embarazo (entre las 16 y 20 semanas de gestación); la vía de abordaje tradicional es la laparotomía y existen algunos centros que recurren a la laparoscopia, sin que aún existan resultados concluyentes de sus resultados.(10)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles serán los tipos histológicos de tumores de ovario benignos y malignos asociadas al embarazo diagnosticadas y tratadas en el hospital?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

-Determinar tipos histológicos de tumores de ovario benignos y malignos en mujeres embarazadas diagnosticadas y tratadas del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala".

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la frecuencia de tumores de ovario benignos y malignos asociados al embarazo.
- Identificar los subtipos histológicos de los tumores de ovario asociados al embarazo.
- Conocer la edad gestacional de las pacientes con tumores de ovario.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio identificó el origen histológico de los tumores de ovario en mujeres embarazadas que fueron operadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala".

Las tumoraciones anexiales afectan a un 0.5-8% de las gestaciones. La incidencia varía en función de los criterios diagnósticos utilizados y la edad gestacional al diagnóstico. Aunque no está demostrada la utilidad de la evaluación sistemática de los ovarios durante la ecografía de primer trimestre, el hallazgo incidental de las masas anexiales ha aumentado. (4) La mayoría de ellos son benignos y un gran porcentaje se resuelven de manera espontánea, sin embargo algunos no y requerirán de tratamiento quirúrgico, por lo que es de interés evaluar que estirpe histológica con más frecuencia requerirá de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, descriptivo y transversal

UNIVERSO DE TRABAJO

Toda mujer embarazada con diagnóstico de tumor anexial tratada en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" en el periodo de 01 de enero del 2013 a 31 de diciembre de 2016.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes embarazadas con tumor anexial

Pacientes sometidas a cesárea

Derechohabientes del IMSS

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no cuente con reporte histopatológico

Pacientes con resolución del embarazo por vía vaginal

Pacientes embarazadas con diagnóstico de lesiones pseudotumorales de anexos (Luteoma del embarazo, quistes de inclusión epitelial).

Paciente que no hayan sido tratadas en el hospital.

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medida
Edad	Años cumplidos desde el día de nacimiento	Cuantitativa	De razón	Años
Edad gestacional	Del embarazo en semanas cumplidas a partir del último ciclo menstrual	Cuantitativo	De razón	Semanas
Tumor epitelial benignos	Tumores derivados del epitelio celómico superficial de componente benigno	Cualitativa	Nominal	1.Seroso 2.Mucinoso 3.Endometrioide 4.Brenner
Tumores epitelial "borderline"	Tumores de ovario derivados del epitelio celómico proliferativos atípicos, limítrofes o de bajo potencial maligno	Cualitativa	Nominal	1.Seroso 2.Mucinoso 3.Endometrioide 4.Brenner 5.Células claras
Tumores epiteliales malignos	Tumores de ovario derivados del epitelio celómico superficial de componente maligno	Cualitativa	Nominal	1.Seroso 2.Mucinoso 3.Endometrioide 4.Brenner 5.Células claras
Tumores derivados de células germinales benignos	Tumores derivados de células germinales primitivas de componente benigno	Cualitativa dicotómica	Nominal	1.Teratoma 2.Estroma ovárico
Tumores derivados de células germinales malignos	Tumores derivados de las células germinales de componente maligno	Cualitativa	Nominal	1.Teratoma inmaduro. 2.Disgerminoma 3.Coriocarcinoma 4.Tumor de senos endodérmicos. 5.Carcinoma embrionario.
Tumores derivados del estroma ovárico y cordones sexuales.	Derivados del estroma ovárico	Cualitativa	Nominal	1.Fibroma 2.Tecoma
Tumores derivados de los cordones sexuales	Derivados de los cordones sexuales.	Cualitativa	Nominal	1.Tumor de células de la granulosa 2.Tumores de Sertoli. 3.Tumores de Leydig 4.Ginandroblastoma 5. Tumor de células esteroideas. 6. Tumor de células lipídicas.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

Se obtendrá el nombre de las pacientes con diagnóstico de embarazo y tumor de ovario de las libretas de quirófano de planta baja.

Se obtendrá el resultado histopatológico de la base de datos del servicio de patología.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluirán a todas las pacientes con embarazo operadas por tumor de ovario en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala".

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

Se describirán las características de los tumores de ovario de las pacientes tomando en cuenta los criterios de inclusión y no inclusión. Se describirán en la hoja de captura de datos las variables obtenidas de cada paciente. Se reportará la información utilizando medidas de tendencia central y dispersión, expresándolos mediante media y desviación estándar. Se presentará la información en tablas y gráficas.

ÁMBITO GEOGRÁFICO

Servicio de anatomía patológica.

Archivo clínico.

Servicio de quirófano.

RECURSOS HUMANOS QUE SE UTILIZARÁN

Médico residente de Gineco Obstetricia.

Médicos adscritos al servicio de Anatomía Patológica.

Personal de archivo.

RECURSOS MATERIALES QUE SE UTILIZARÁN

Papel.

Libretas.

Computadora.

Lápices.

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Participantes en el protocolo como investigadores.

PARTICIPANTES COMO INVESTIGADORES

Dr. Víctor Alberto Olgún Cruces. Médico de base adscrito al servicio de Anatomía Patológica.

Dra. Valeria Adames Salceda. Residente de Ginecología y Obstetricia.

CRONOGRAMA DEL PROYECTO:

MES	Actividad
1	Selección del tema
1	Recolección y selección de bibliografía
2	Elaboración de protocolo de investigación
3	Registro de protocolo
4	Revisión y corrección de protocolo
5	Revisión de expedientes clínicos
6	Captura de información
7	Procesamiento de información, análisis estadístico y elaboración de reporte de información.
8	Discusión de los resultados obtenidos
9	Corrección, aprobación e impresión.

RESULTADOS

Se realizó diagnóstico histopatológico en 30 pacientes embarazadas que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico durante el periodo comprendido de enero 2014 a diciembre 2016.

Se revisaron en los expedientes correspondientes las variables a estudiar y posteriormente en los archivos del servicio de patología se obtuvo información del subtipo histopatológico diagnosticado.

De las 30 pacientes incluidas en el estudio la mediana de edad fue de 28 años (rango de 16 a 44 años) encontrándose que la frecuencia por edad fue de 15-20 años el 10%, de 21-25 años 20%, de 26-30 años 33.3%, de 31-35 años 33.3% y de 41-45 años 3.3% (Tabla 1).

En cuanto al número de gestas el 33.3% correspondió a primigestas y el 66.7% a multigestas.

Los subtipos histopatológicos identificados en las pacientes estudiadas se encontró que 8 (26.6%) correspondieron a quistes serosos simples, 6 (20%) a cistadenomas serosos, 5 (16.7%) a quiste de cuerpo lúteo hemorrágico, 3 (10%) a quiste folicular hemorrágico, 2 (6.7%) a teratoma quístico maduro y tumor seroso limítrofe y 1 (3.3%) a quiste del cuerpo lúteo, quiste endometrioso, cistadenoma mucinosos y cistadenofibroma respectivamente (Tabla 2).

La edad gestacional al momento del diagnóstico y tratamiento quirúrgico fue del 66.7% en embarazo de término y el 33.3% en pre término o embarazo temprano, con la siguiente distribución: 6-25 SDG, 6 (20%), de 26-36 SDG fueron 3 (10%) y de 37-41 SDG, 21 (70%) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

La serie realizada incluyó un adecuado número de casos, considerando la baja frecuencia de esta patología. Se conoce que la edad de presentación de las masa anexiales es en mujeres entre los 35 a 65 años de edad, tomando en cuentas únicamente aquellas que se encuentran en edad reproductiva coinciden con la edad reportada con mayor frecuencia en este estudio que se encuentran entre los 26 a 35 años que corresponde al 66.7% de nuestra población estudiada.(2)

Al igual que en la literatura la causa casi siempre es benigna, sin embargo difiere en cuanto a los diagnósticos histológicos más frecuentes ya que el reportado es el teratoma quístico maduro, siendo en esta serie el más común el quiste seroso simple.(4) Otra diferencia encontrada en comparación con la literatura y en este estudio es la edad gestacional al momento del diagnóstico y tratamiento ya que la reportada es de 12-20 semanas de gestación y en este serie es de 37-41, coincidiendo con que el diagnóstico de estas lesiones anexiales puede pasar desapercibido debido a que las molestias muchas veces son confundidas con las propias de la gestación, por lo que justifica que sea muchas veces un hallazgo tardío en embarazos de término resueltos por cesárea como sucedió en este estudio.(5)

Sería interesante evaluar en futuros estudios aquellas pacientes diagnosticadas de manera ecográfica y no requirieron tratamiento quirúrgico con el objetivo de evaluar cuantas pacientes ameritan tratamiento y cuantas no, así como implementar el abordaje de mínima invasión en aquellas diagnosticadas de manera temprana que requirieran tratamiento como vía alternativa de resolución de la patología.

CONCLUSIÓN

Los tumores de ovario asociados al embarazo suelen ser benignos con estirpe histológico más frecuente el quiste seroso simple; haciéndose el diagnóstico principalmente en embarazos de término y en multíparas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quintana González JA, Godoy Rivero R. Quiste gigante de ovario. Presentación de un caso. Hospital Universitario De La Paz Puerto Príncipe, Haití, 2007. MEDICIEGO. 2008 [citado 8 Feb 2012]; 14.
2. Rodríguez Rodríguez R, Corteguera Fonte ME, López Martín LG. Cistoadenoma seroso del ovario. A propósito de dos casos. Medimay. 2007 [citado 18 Dic 2011]; 13.
3. Adalberto Moreno Antunes, Bárbara Haliberto Armenteros, Roberto Morán Piñero, Charles Anderson Croswel, Rafael Francisco Vera López. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario en el Hospital Vladimir Llich Lenin. Holguín. COCMED. 2008 [citado 15 May 2011]; 12.
4. Protocolos Medicina Materno fetal: Tumores anexiales y gestación. Servicio de medicina materno fetal – Icgon – Hospital Clínic Barcelona.
5. Sherard GB 3rd, Hodson CA, Williams HJ, Semer DA, Hadi HA, Tait DL. Adnexal masses and pregnancy: a 12 year experience. Am J Obstet Gynecol 2003;189:358-363.
6. Leiserowitz GS, Xing G, Cress R, et al. Adnexal masses in pregnancy: How often are they malignant? Gynecol Oncol 2006;101:315-321.
7. Gjelsteen AC1, Ching BH, Meyermann MW, Prager DA, Murphy TF, Berkey BD, et al. CT,MRI,PET,PET/ CT, and ultrasound in the evaluation of obstetric and gynecologic patients. Surg Clin North Am 2008;88:361-390.
8. Leiserowitz G. Managing. Ovarian masses during pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2006;61:463-470.
9. Giuntoli R, Vang R, Bristow R. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. Clin Obstet Gynecol 2006;49:492-505.
10. Schmeler KM1, Mayo-Smith WW, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. Obstet Gynecol 2005;105:1098-1103.
11. Morales F, Santillán A. Antígeno sérico CA 125 en cáncer epitelial de ovario. Cancerología 2007;2:21-24.(11)of 5,000 patients. Clin Invest Ginecol Obstet 2012;39:10-3

TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de tumor de ovario por grupo de edad.

Edad	N	(%)
15-20	3	(10)
21-25	6	(20)
26-30	10	(33.3)
31-35	10	(33.3)
41-45	1	(3.3)

Los resultados expresan el número de pacientes y porcentajes.

Tabla 2. Subtipos histopatológico de tumores de ovario.

Diagnóstico histopatológico	N	(%)
Quiste seroso simple	8	(26.7)
Quiste folicular hemorrágico	3	(10)
Quiste de cuerpo lúteo	1	(3.3)
Quiste endometriósico	1	(3.3)
Quiste de cuerpo lúteo hemorrágico	5	(16.7)
Cistadenoma seroso	6	(20)
Cistadenoma mucinoso	1	(3.3)
Teratoma quístico maduro	2	(6.7)
Tumor seroso limítrofe	2	(6.7)
Cistoadenofibroma	1	(3.3)

Los resultados expresan el número de pacientes y porcentajes.

Tabla 3. Edad gestacional de diagnóstico y tratamiento.

Edad gestacional (SDG)	N	(%)
6-25	6	(20)
26-36	3	(30)
37-41	21	(70)

SDG: semanas de gestación. Los resultados expresan el número de pacientes y porcentajes.

Tabla 4. Tipos histológicos de tumores de ovario.

Tipo histológico	N	(%)
Benignos	28	(93.3)
Malignos	2	(6.7)

Los resultados expresan el número de pacientes y porcentajes.



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 **19/12/2016**

DR. VICTOR ALBERTO OLGUIN CRUCES

PRESENTE

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

TIPOS HISTOPATOLOGICOS DE NEOPLASIAS DE OVARIO BENIGNAS Y MALIGNAS EN MUJERES EMBARAZADAS.

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-2016-3606-67

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

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE	NSS	HALLAZGOS CLÍNICOS		HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS													
				EPITELIALES BENIGNOS				EPITELIALES BORDERLINE				EPITELIALES MALIGNOS					
		Edad	Edad gestacional	Seroso	Mucinoso	Edometrioides	Brenner	Seroso	Mucinoso	Endometrioides	Brenner	Células claras	Serosos	Mucinosos	Endometrioides	Células claras	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	

NOMBRE	NSS		HALLAZGOS CLINICOS	HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS									
				DE LAS CÉLULAS DE LA GRANULOSA		DE LAS CÉLULAS DE LA GRANULOSA MALIGNOS							
				Edad	Edad gestacional	Teratoma	Del estroma ovárico	Teratoma inmaduro	Disgerminoma	Coriocarcinoma	Tumor del seno endodermico	Carcinoma embrionario	Células claras
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													