

11217.

41-A

10j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
CENTRO MEDICO LA RAZA

**"Neoplasias Ovaricas en el Hospital de
Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Medico La Raza**

T E S I S

Para obtener el título en especialidad de:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
DR. ROBERTO HUERGO GARCIA

México, D. F.

1987





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 está 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.

I N D I C E

	PAGINA
Introducción.....	1
Material y Método.....	3
Clasificación Histogenética.....	5
Resultados.....	11
Conclusiones.....	26
Comentario.....	31
Bibliografía.....	33

NEOPLASIAS OVARICAS EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA No. 3 DEL C.M.R.

INTRODUCCION

Aunque en la actualidad en la literatura médica se encuentran varias revisiones sobre el tema de las neoplasias ováricas, siempre resulta interesante conocer la experiencia de una institución hospitalaria en cuanto a este problema, en particular cuando se logra reunir -- una casuística considerable ofreciendo un panorama de su frecuencia -- que pudiera tener aplicación práctica permitiendo valorar ciertos conceptos para su diagnóstico y tratamiento. (2) (7).

Asimismo, algunos autores extranjeros también han realizado estudios de estas neoplasias analizando aspectos epidemiológicos tales como factores hereditarios, exposición a productos químicos, factores genéticos, estimulación hormonal exógena, dietas, exposición a radiaciones, multiparidad, etc, siendo estas relacionadas con la etiología de esta enfermedad, pero sin que hasta el momento se haya determinado la causa exacta, ya que los estudios epidemiológicos no han identificado ninguna población en especial de gran riesgo en la cual pudieran concentrarse los esfuerzos para encontrar enfermas con tumores ováricos -- sobre todo en los casos de neoplasias malignas por su gran agresividad y su alto índice de mortalidad considerandolas como la 3a. ó 6a. causa de mortalidad en la mujer. (1) (7).

Actualmente el diagnóstico de un crecimiento ovárico constituye un reto al cual se enfrenta el médico, este diagnóstico que raramente se realiza en etapa temprana de la enfermedad en los casos de origen maligno es debido quizás a que se presentan con más frecuencia las de origen benigno, a la ausencia o escasas de síntomas específicos de -- estos tumores y en muchas ocasiones a la poca cultura médica de la población y que olvida la importancia de esta enfermedad.

En el año de 1973 el Doctor Zárate, reporta en el Centro Médico Nacional 492 casos de los cuales el 70% corresponde a neoplasias del epitelio germinal y de éstas la variedad quística representó el 90.4% y de toda la serie el 90% resultaron benignas.(8).

En 1977 el Doctor Eleazar Vargas, reporta 214 casos, 89.2% de tumores benignos y un 10.7% de tumores malignos. Mencionando con más frecuencia el origen benigno entre la 3ra. y 4ta. década de la vida, y para las neoplasias de origen maligno la 2a. y 3a. década.

Para 1983 el Doctor Manuel Valenzuela de 186 casos reportados - 90.2% para la estirpe benigna, 9.7% para la de origen maligno, considerando que el ovario derecho es el más frecuentemente afectado comparado con el ovario izquierdo. (2).

Tomando en cuenta los antecedentes de esta patología nos resulta interesante exponer aquí nuestra experiencia en el manejo de esta enfermedad.

MATERIAL.

Se revisaron los expedientes clínicos de 755 pacientes con sospecha diagnóstica de probable tumor ovárico que fueron sometidas a laparatomía exploradora durante un lapso comprendido entre Enero de 1982 a Diciembre de 1985.

Se incluyeron en ésta serie sólo las lesiones consideradas como verdaderas neoplasias por la clasificación histológica de los tumores del ovario de la Organización Mundial de la Salud.

Quedando sólo 282 casos confirmados y se descartaron todas aquellas entidades catalogadas como condiciones que semejan tumor entre las cuales se incluyen, luteoma del embarazo, hiperplasia del estroma ovárico e hipertecosis, adema masivo, quiste folicular, ovarios poliquísticos, endometriosis.

METODO

Exclusión: Todas aquellas lesiones que semejan patología ovárica de acuerdo a la clasificación de los tumores del ovario de la O.M.S.

Inclusión: Un análisis retrospectivo de la frecuencia de las neoplasias del ovario en el H.G.O. 3 C.M.R., de los reportes histopatológicos definitivos y positivos a tumor ovárico.

1) Se incluyen 282 casos de neoplasia ovárica confirmada por la paratomía exploradora y por el reporte histopatológico.

2) De los expedientes clínicos se analiza de acuerdo con el reporte histológico la neoplasia benigna y maligna de mayor frecuencia.

3) Las neoplasias encontradas se distribuirán de acuerdo a la edad de aparición y se determinará así la frecuencia de acuerdo a las décadas de la vida, tanto las lesiones benignas como las malignas.

4) De acuerdo a la clasificación de las neoplasias del ovario se determinará el grupo de mayor frecuencia.

5) En cuanto a la ubicación de la neoplasia se demostrará el ovario afectado de mayor incidencia.

6) Se clasificará la sintomatología reportada en los expedientes de las pacientes estudiadas en la serie.

7) Se investigará el número de hijos de las pacientes y la influencia de los mismos sobre la presencia en caso de neoplasia ovárica.

8) Por último determinaremos el tamaño de la neoplasia de acuerdo a lo reportado en los expedientes y reporte histopatológico.

CLASIFICACION HISTOGENETICA

La patología de los tumores ováricos constituye el área más completa de la patología ginecológica. Desde hace varios decenios se han sugerido múltiples esquemas de clasificación para organizar estos patrones histológicos difíciles. Se ha recurrido a diversas características de los tumores, con el propósito de establecer una clasificación patológica. Otros investigadores se han basado en características clínicas, como el comportamiento maligno o las manifestaciones hormonales (9) (4) (12).

Otros más aún han clasificado a los tumores de acuerdo a su aspecto macroscópico quístico o sólido. Es evidente que una de las causas principales de la confusión es la falta de conocimiento de que el ovario está constituido por cuando menos cuatro poblaciones celulares diferentes, cada una puede sufrir una transformación maligna. El sistema actual de gradación histológica divide a los cánceres ováricos en grandes categorías, con base a los tipos celulares que los integran (12) (13).

Sin embargo, durante los últimos 20 años se ha hecho posible subclasificar adicionalmente los tumores ováricos de acuerdo a la producción de enzimas, ultraestructura celular, composición genética y, lo más reciente, la caracterización de los productos genéticos, mejorando nuestra comprensión sobre los orígenes y patogenia de estas enfermedades.

Debido a los esquemas de clasificación confusos usados en la primera mitad de este siglo, la organización mundial de la salud (WHO) reunió

a un equipo de expertos en Leningrado (1967), con objeto de obtener un consenso e intentar una solución definitiva sobre este asunto. Este comité presentó su comunicación en 1973. En 1971 fué adoptado un esquema similar de clasificación por la Internacional Federación of Gynecology and Obstetricians (FIGO). (9).

Los tumores ováricos se clasificaron en siete amplias categorías con base en su célula de origen. Este esquema de clasificación es aplicable a tumores tanto benignos como malignos, tumores intrínsecos de los ovarios o padecimientos metastásicos de lugares distantes.

Con base al comentario anterior se presenta la clasificación actual de las neoplasias ováricas que se utilizó para el manejo de los datos obtenidos en los reportes histopatológicos de las pacientes incluidas en el estudio.

CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES OVARICOS
DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (WHO). (1973).

I. Tumores epiteliales

A. Tumores serosos

1. Benignos

- a) Cistadenoma y cistadenoma papilar
 - b) Papiloma superficial
 - c) Adenofibroma y cistadenofibroma
2. De malignidad marginal.
- a) Cistadenoma y cistadenoma papilar
 - b) Papiloma intersticial
 - c) Adenofibroma y cistadenofibroma

3. Malignos.

- a) Adenocarcinoma, adenocarcinoma papilar y cistadenocarcinoma papilar
- b) Carcinoma papilar superficial
- c) Adenofibroma maligno y cistadenofibroma

B. Tumores mucinosos

1. Benignos

- a) Histadenoma y cistadenoma papilar
 - b) Papiloma superficial
 - c) Adenofibroma y cistadenofibroma
2. De malignidad marginal
- a) Cistadenoma y cistadenoma papilar
 - b) Papiloma superficial
 - c) Adenofibroma y cistadenofibroma

3. Malignos

- a) Adenocarcinoma y cistadenocarcinoma
- b) Adenofibroma maligno y cistadenofibroma

C. Tumores endometrioides

1. Benignos

- a) Adenoma y cistadenoma
 - b) Adenofibroma maligno y cistadenofibroma
2. De malignidad marginal

- a) Adenoma y cistadenoma
- b) Adenofibroma y cistadenofibroma

3. Malignos

- a) Carcinomas
 - i. Adenocarcinoma
 - ii. Adenocantoma
 - iii. Adenofibroma maligno y cistadenofibroma
- b) Sarcoma endometriode del estroma
- c) Tumores mesodérmicos mixtos.

D. Tumores de células claras

1. Benignos

a) Adenofibromas

2. De malignidad marginal

3. Malignos

Carcinoma y adenocarcinoma

E. Tumores de Brenner

1. Benignos

2. De malignidad marginal

3. Malignos

F. Tumores epiteliales mixtos

1. Benignos

2. de Malignidad marginal

3. Malignos

G. Carcinoma indiferenciado

H. Tumores epiteliales no clasificados

II. Tumores estromáticos de los cordones sexuales

A. Tumores de células de la granulosa y estromáticas

1. Tumores de células de la granulosa
2. Tumores del grupo tecoma-fibroma

- a) Tecoma
- b) Fibroma
- c) No clasificados

B. Androblastoma (tumores de las células de Sertoli y Leydig)

1. Bien diferenciados
 - a) Androblastoma tubular y tumores de células de Sertoli (adenoma tubular de Pick).
 - b) Androblastoma tubular con depósito de lípidos y tumor de célula de Sertoli con depósito en lípidos (folículo ma y populónico de Lecene)
 - c) Tumor de células de Sertoli y Leydig (adenoma tubular - con células Leydig)
 - d) Tumor de células de Leydig y tumor de células hiliares
2. De diferenciación intermedia
3. Mal diferenciados (sarcomatoides)
4. Con elementos heterólogos

C. Ginadroblastomas

D. No clasificados

III Tumores de células de lípidos

IV. Tumores de células germinales

A. Digerminoma

B. Tumor del seno endodérmico

C. Carcinoma embrionario

D. Poliembrioma

E. Coriocarcinoma

F. Teratomas

1.- Inmaduro

2.- Maduro

a) Sólido

b) Cístico

1.- Quiste dermoide (teratoma quístico maduro)

II.-Quiste dermoide con transformación maligna

3.- Monodérmicos y altamente especializados

a) Estrama ovárico

b) Carcinoides

c) Estrama ovárico y carcinoides

d) Otros

- G. Formas mixtas
- VI. Gonadoblastoma
 - A. Puros
 - B. Mixtos con disgerminoma u otros tumores de células germinales
- VI. Tumores de tejidos blandos no específicos del ovario
- VII. Tumores no clasificados
- VIII. Tumores secundarios (metastásicos)
- IX. Padecimientos semejantes a tumores
 - A. Luteoma del embarazo
 - B. Hiperplasia del estroma ovárico e hipertecosis
 - C. Edema masivo
 - D. Quiste folicular solitario y quistes del cuerpo amarillo
 - E. Quistes foliculares múltiples (ovarios poliquísticos)
 - F. Quistes foliculares luteinizados múltiples del cuerpo amarillo o de ambos
 - G. Endometriosis
 - H. Quistes de inclusión del epitelio superficial (quistes germinales de inclusión)
 - I. Quistes múltiples
 - J. Lesiones inflamatorias
 - K. Quistes paraováricos.

RESULTADOS

FRECUENCIA DE LAS NOPLASIAS OVARICAS
PERIODO DE ENERO DE 1982 A DICIEMBRE DE 1985

Tipo de Neoplasia	No. de Casos	Porcentaje
Cistadenoma Seroso	133	47.16
Teratoma	69	24.46
Cistadenoma Mucinoso	23	8.15
Adenocarcinoma Seroso	12	4.25
Epiteliales Mixtos Benignos	6	2.12
Tumor de Células de la Granulosa	6	2.12
Adenocarcinoma Endometroide	5	1.77
Fibroma	4	1.41
Cistadenofibroma Seroso	3	1.06
Cistadenofibroma Endometroide	3	1.06
Cistadenoma Seroso de Malignidad Marginal	2	.70
Cistadenocarcinoma Mucinoso	2	.70
Tumor de Brenner	2	.70
Tumor Epitelial Mixto Maligno	2	.70
Tecoma	2	.70
Tumor de Células Germinales Mixto	2	.70
Tumores no Clasificados	2	.70
Adenofibroma Seroso	1	.35
Disgerminoma	1	.35
Quiste Dermoides de Transformación Maligna	1	.35
Tumor Secundario Metastásico	1	.35
T O T A L :	282	99.862

De la clasificación histológica de los tumores del ovario propuesta por la Organización Mundial de La Salud se han eliminado en la tabla II todas aquellas entidades de las cuales no se reportaron neoplasias y se presenta los hallazgos por grupo de edad y tumor reportado.

DISTRIBUCION HISTOLOGICA DE 282 CASOS DE NEOPLASIAS OVARICAS Y SU
 AGRUPACION POR EDAD DE LOS TUMORES DE OVARIO REPORTADO EN LA
 CLINICA DE GINECO OBSTETRICIA NO.3 DEL C.M.R.

TABLA II

Tipo de Tumor	9-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	+70	total
I. Tumores Epiteliales								
A. Serosos								
1. Benignos:								
a) Cistadenoma y Cistadenoma Papilar.	10	38	42	30	7	4	2	133
b) Adenofibroma y Cistadenofibroma							1	1
2. Malignidad Marginal								
a) Cistadenoma y Cistadenoma Papilar.		1	1					2
b) Adenofibroma y Cistadenofibroma			2				1	3
3. Malignos								
a) Adenocarcinoma, Adenocarcinoma Papilar y - Cistadenocarcinoma Papilar.		1	5	2	2	2		12
B Mucinosos								
1. Benignos								
a) Histadenoma y Cistadenoma Papilar.	2	7	9	4		1		23
2. Malignos								
a) Adenocarcinoma y Cistadenoma.				1	1			2
C Endometrioides								
1. Benignos								
a) Adenoma y Cistadenoma		1	2					3
2. Malignos								
a) Carcinomas: 1) Adenocarcinoma		1	1	2			1	5
D. Tumor de Brenner (benigno)								
			1		1			2
E. Tumores Epiteliales Mixtos								
1. Benignos								
	2	2		1	1			6
2. Malignos								
				1	1			2

TABLE II

Tipo de Tumor.	9-19	29-29	30-39	40-49	50-59	60-69	+70	Total
II. Tumores Estronáticos de Cordones Sexuales.								
1) Tumor de Células de la Granulosa.			2	1	1	1	1	6
2) Grupo Tecoma-Fibroma								
a) Tecoma				1	1			2
b) Fibroma		1	1		2			4
III. Tumor de Células Germinales								
A) Disgerminoma				1				1
B) Teratoma (quistes Dermoides)	3	36	18	8	3		1	69
a) Q. Dermoides Maligno					1			1
c) Formas Mixtas		1		1				2
IV. Tumores No Clasificados.		1			1			2
V. Tumores Secundarios Metastasicos.				1				1

TABLA DE DISTRIBUCION POR GRUPO DE NEOPLASIAS FRECUENCIA Y PORCENTAJE

TABLA II -A

GRUPOS	No. de Casos	Porcentaje
Grupo I	194	68.79
Grupo II	12	4.25
Grupo III	0	0.00
Grupo IV	73	25.88
Grupo V	0	0.00
Grupo VI	0	0.00
Grupo VII	2	.70
Grupo VIII	1	.35
T o t a l:	282	99.97

DISTRIBUCION DE LOS TUMORES OVARICOS POR GRUPO DE EDAD

TABLA III

EDAD (años)	No. de Tumores	Benignos	Malignos	Por Ciento
9 - 19	17	17	0	6.02
20 - 29	88	86	2	31.20
30 - 39	84	77	7	29.78
40 - 49	56	46	10	19.85
50 - 59	22	17	5	7.80
60 - 69	9	7	2	3.19
70 ó más	6	4	2	2.12
T o t a l e s :	282	254	28	99.96

SUBTIPOS DE TERATOMA REPORTADOS

TABLA III-A

Tipo de Teratoma	No.de Casos	Por ciento
Teratoma Maduro		
A) Quístico		
1) Quiste Dermoide Teratoma Quístico Maduro)	69	95.8
2) Quiste Dermoide con <u>Trans</u> formación Maligna	3	4.1
B) Sólidos	0	0.0
Teratoma Inmaduro	0	0.0
T O T A L:	72	99.9

TABLA DE DESCRIPCION DE UBICACION DE LA NEOPLASIA

No. de Casos y Porcentaje

TABLA IV

Localización	No. de Casos	Porcentaje
Ovario Derecho	139	49.29
Ovario Izquierdo	124	43.97
Bilaterales	13	4.60
Sin Ubicación	6	2.12
T o t a l:	282	99.98

**TABLA DE FRECUENCIA DE SINTOMAS Y SIGNOS EN 282 PACIENTES
 CON NEOPLASIA OVÁRICA POR PORCENTAJE**

TABLA V

Signos y Síntomas	Porcentaje de Casos
Masa Palpable	19.6
Aumento de Volúmen Abdominal	18.0
Dolor Abdominal	15.5
Hipermenorrea	10.3
Poliomenorrea	8.2
Nausea y Vómito	4.1
Leucorrea	3.1
Sangrado Anormal	3.0
Poliuria	3.0
Polaquiuria	3.0
Prolomenorrea	2.0
Opsomenorrea	2.0
Pérdida de : .	2.0
Disuria	2.0
Diarrea	2.0
Estreñimiento	2.0
T o t a l	99.8%

PARIDAD DE LAS PACIENTES

TABLA VI

Número de Hijos	Porcentaje
Nulipara	6.0 de las pacientes.
1 - 5	55.3
6 - 10	36.3
11 ó más hijos	2.6
T o t a l:	99.9

TABLA DE DESCRIPCION DEL TAMAÑO TUMORAL

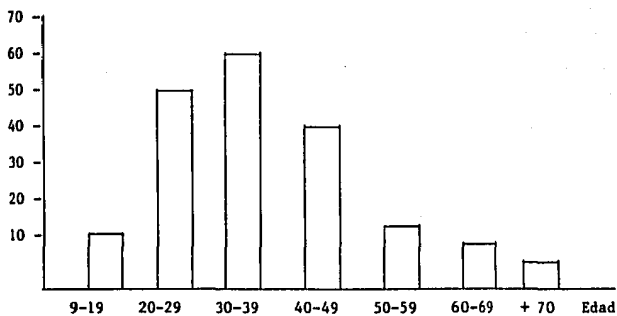
No. de Casos y Porcentaje

TABLA VII

Tamaño del Tumor	No.de Casos	Porcentaje
Microscópico	5	1.7
Menor de 10 cm.	95	33.6
Entre 10 y 20 cm.	170	60.2
Mayor de 20 cm.	12	4.2
T o t a l:	282	99.7

**DISTRIBUCION DE LAS NEOPLASIAS OVARICAS EPITELIALES
POR GRUPO DE EDAD
GRUPO I GRAFICA I**

No. de Casos



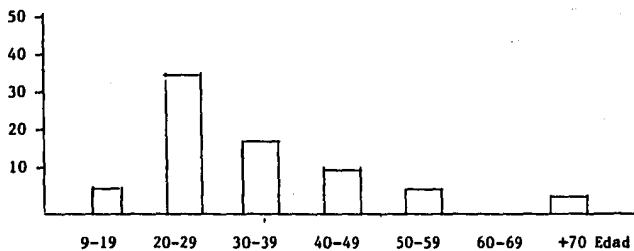
Totales: 12 51 63 43 13 8 4 194

DISTRIBUCION DE LAS NEOPLASIAS OVARICAS DE LAS CELULAS

GERMINALES POR GRUPO DE EDAD

GRUPO III GRAFICA III

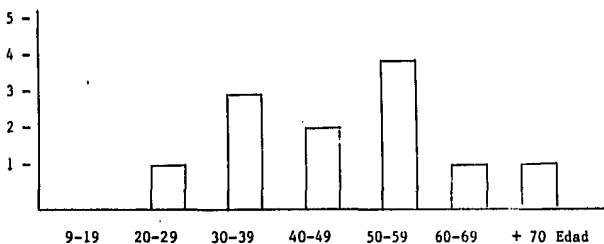
No. de Casos



Totales: 4 36 18 10 4 0 1 73

DISTRIBUCION DE LOS TUMORES OVARICOS ESTROMATICOS DE LOS
 CORDONES SEXUALES POR GRUPO DE EDAD
 GRUPO II GRAFICA II

No. de Casos.



Totales: 0 1 3 2 4 1 1 12 Casos

CONCLUSIONES.

El número de pacientes afectadas por neoplasia ovárica fue de 282 casos, descartando todas aquellas entidades que semejaron tumor ovárico durante el período de enero de 1982 a Diciembre de 1985.

De las 282 pacientes, 254 presentaron neoplasias de estirpe benigna (90.0 por ciento), y 28 (9.9 por ciento) malignas. El más frecuente de los tumores fue el cistadenoma seroso, encontrando 133 casos lo que constituye 52.3 por ciento del total de los tumores benignos, y 47.1 por ciento con relación a todos los tumores de la serie.

El adenocarcinoma seroso fue el más frecuente de los tumores malignos con 12 casos para un 42.8 por ciento del total de los tumores malignos y 4.25 por ciento de la serie estudiada. (Tabla I).

Las neoplasias benignas se presentaron en mujeres con edades entre 15 y 85 años con una edad promedio de 34.5 años. Los tumores malignos en pacientes con edades entre 11 y 73 años con edad promedio de 44.5 años. Atendiendo a su estirpe histológica de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (WHO), pudieron incluirse 5 grupos como se señala en la Tabla II; eliminándose todas aquellas entidades que no presentaron ningún caso. En esta tabla se aprecia la distribución por grupo histológico y edad.

En la Tabla (II-A) se resume la frecuencia por grupo encontrando

194 casos (68.7 por ciento) del grupo de tumores epiteliales comunes, y de estas 168 (86.5 por ciento) fueron benignas y 26 (13.4 por ciento) malignas.

Los tumores benignos se asociaron en 4 casos con miomatosis uterina, en 4 casos con necrosis hemorrágica y en 23 casos se encontraron -cistadenomas serosos con formaciones papilares las cuales se han relacionado con malignidad potencial, pero en ninguno de los casos se pudo demostrar este hecho. Así mismo de este grupo los tumores epiteliales mixtos se reportan un caso para cistadenoma papilar seroso con áreas -de cistadenofibroma; uno para cistadenoma seroso asociado a tumor de -Brenner, un caso para cistadenoma mucinoso con tumor de Brenner benigno, dos casos para cistadenoma papilar mixto (seroso y mucinosos) y un caso para cistadenoma mixto (seroso y endometroide).

Para los casos de tumores epiteliales malignos mixtos se reportan 2 casos, uno para cistadenocarcinoma papilar seroso con cuerpos de psu -moma y uno para cistadenocarcinoma papilar seroso con carcinoma de cé -lulas claras.

En el grupo de tumores derivados de los cordones sexuales y del -estroma, se encontraron 12 casos (4.2) por ciento del total de las neo -plasias, siendo éstas reportadas como benignas y ningún caso de malig -nidad, la cual se verifica en la Tabla (II y II-A).

De los tumores derivados de las células germinales del grupo III-

se reportan 73 casos (Tabla II) con 25.8 por ciento del total de las neoplasias de la serie (Tabla II-A Gpo. IV), 69 del grupo teratoma y un -- disgerminoma; una reportada como quiste Dermoide de transformación maligna y 2 neoplasias de forma mixta denominados como disgerminoma y -- Quiste Dermoide.

Los 69 casos (94.5 por ciento) de los tumores de este grupo fueron benignos y 4 (5.4 por ciento) malignos.

En el grupo IV (Tabla II) de tumores no clasificados se reportan 2 neoplasias con el diagnóstico de carcinoma epidermoide originándose de Quiste Dermoide y un quiste mesotelial con metaplasia ósea de ovario -- correspondiendo a .70 por ciento del total de las neoplasias. (Tabla II-A grupo VII).

De los tumores metastásicos se reportan sólo un caso con el diagnóstico de sarcoma endometrial de bajo grado de malignidad metastásico a ovario derecho. Representando en la Tabla II-A grupo VII el .35 por ciento del total de las neoplasias estudiadas en la serie.

En la Tabla número III se ha distribuido las neoplasias benignas y y malignas por grupo de edad y su porcentaje. Las lesiones benignas con más frecuencia son entre la 3a. y 5a. década de la vida con 209 casos - con 74.1 por ciento del total de las neoplasias, mientras que las malignas entre la 4a. y 6a. década con 22 casos y 7.8 por ciento del total de las neoplasias.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

En la Tabla III-A se describen los subtipos de teratoma reportados apreciando al quiste dermoide o teratoma quístico maduro 69 casos con un 95.8 por ciento y Quistes dermoides asociados a transformación maligna en 3 casos con un porcentaje de 4.1, de la variedad inmadura y sólidos no se reportaron casos.

La descripción de ubicación con que el tumor afectó a los ovarios está señalada en la Tabla IV, siendo el ovario más afectado el derecho con 138 casos y un porcentaje de 49.2 por ciento el izquierdo con 124 -- casos y 43.9 por ciento, bilaterales 13 con 4.6 por ciento y sin ubica -- ción 6 y 2.12 por ciento ésto debido a que no se encontró en los expe -- dientes ni en el reporte histopatológico el sitio conformado de la ubi -- cación.

La sintomatología reportada con más frecuencia también a sido in -- vestigada observando que las pacientes con neoplasia ovárica presentan alteraciones menstruales en el 22.5% con masa abdominal palpable 19.6 -- por ciento, con aumento del volumen abdominal 18.0 por ciento y dolor ab -- dominal 15.5 por ciento del total de los casos de la serie descrita en -- Tabla número V. También pero en menor frecuencia síntomas inespecíficos tales como náuseas, vómito, poliuria, pérdida de peso y eventos intesti -- nales como diarrea y estreñimiento.

Con respecto a la paridad la Tabla VI nos describe el número de -- hijos y el porcentaje encontrado en las pacientes con neoplasia ovárica estudiadas en la serie, siendo para la nuliparidad 6.0 porcient , de 1

a 5 hijos el 55.3 por ciento de 6 a 10 hijos 36.0 por ciento y 11 ó más hijos el 2.6 por ciento.

La mayoría de las neoplasias se observaron en la época fértil de la mujer, período en que la gónada tiene mayor capacidad funcional y al parecer neoformativa.

En relación al tamaño tumoral de las lesiones ováricas la Tabla VII se menciona para el tamaño microscópico 5 casos y 1.7 por ciento, de frecuencia, menor de 10 cm 95 casos y 33.6 por ciento, entre 10 y 20 cm. 170 casos para un 60.2 por ciento y mayor de 20 cm. 12 casos y 4.2 por ciento del total de los casos reportados en el estudio.

Las gráficas de resultados constatan para las neoplasias del tipo epitelial grupo I, la edad con mayor frecuencia siendo esta la 3a. y 5a. década de la vida. (Gráfica I).

La gráfica II analiza la edad de mayor frecuencia de los tumores derivados de los cordones sexuales y estromáticos, Grupo II -- siendo la más frecuente la 4a. y 6a. décadas de la vida.

Y la gráfica III distribuye las neoplasias ováricas de las células germinales por edad con más frecuencia en la 3a. década y 5a. década de la vida.

El análisis de los resultados del presente trabajo, muestra que de los 282 tumores ováricos estudiados, 254 (90.0% fueron benignos y 28 (9.9%) fueron malignos. Estas cifras concuerdan con los porcentajes informados por algunos autores en la literatura nacional, son mucho mayores para los tumores malignos en relación al porcentaje comunicado por Méndez G. (15), y muestra diferencias significativas -- con el informe de Mirna que señala una incidencia de 64.3 por ciento para los tumores benignos y de 35.7 por ciento para los malignos. -- (16).

Las neoplasias benignas se presentaron con mayor frecuencia -- entre la tercera y la quinta década de la vida. Los malignos entre -- la 4a y 6a década.

El 55.3 por ciento de las mujeres afectadas tenían de uno a cinco hijos, el 36.0 por ciento de 6 a 10 hijos, 6.0 por ciento fueron -- nuliparas.

El ovario derecho fue el más afectado a diferencia de el izquierdo, aunque esta diferencia no fue muy significativa, y sólo en 13 casos hubo afección bilateral.

El 35.3% de los tumores presentaron un diámetro menor de 10 -- cm. 60.2 por ciento midieron más de 10 cm. y en 12 casos fueron mayores de 20 cm. Todos los casos de tumores malignos se asociaron con

ascitis.

Llama la atención la frecuencia con que se presentaron los síntomas y signos en la serie de pacientes estudiadas, en donde predominaron las alteraciones menstruales, que se observaron en 22.5% de los casos, masa palpable 19.6% de los pacientes, aumentó del volumen del abdomen 18.0% y dolor abdominal en el 15.5% del total de los casos de las pacientes estudiadas en la serie.

Estos porcentajes son muy inferiores a la sintología reportada en la mayoría de los trabajos previos sobre patología neoplásica del ovario. (2,5,6,7,8).

Sin embargo según nuestros resultados, se concluye que no existe un cuadro clínico típico o sugestivo de patología neofornativa del ovario por lo cual, como dice Popkin (17) la mejor manera de hacer diagnóstico de tumoración ovárica es el exámen pélvico cuidadoso y exhaustivo.

BIBLIOGRAFIA

1. A. Peter M. Heintz. EPIDEMIOLOGY AND ETIOLOGY OF OVARIAN CANCER A REVIEW. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 66 No.1 Julio Pags. 127-135. 1985.
2. Manuel Valenzuela R. CORRELACION ANATOMOCLINICA DE LOS TUMORES OVARICOS. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol.51 N317, -- Septiembre. Pags. 253-257. 1983.
3. George D. Malkesian Jr. PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF HISTOLOGIC - CLASSIFICATION AND GRADING OF EPITHELIAL MALIGNACIES OF THE - - OVARY. *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol.149 No.3 June. Pags. 274 - - 284, 1984.
4. Serov, S.F. y Scully, R. E. TIPOS HISTOLOGICOS DE TUMORES OVARI COS, O.M.S. Ginebra 18. 1973.
5. Kolstad P. Deecham JC. EPIDEMIOLOGY OF OVARIAN NEOPLASIA. *Exerta Médica Int. Congress. series 364-56*. 1974.
6. EPIDEMIOLOGY OF TUMORS OF THE OVARY. *Minerva Ginecol.* Apr; 36 - (4) 137-42. 1984.
7. Eleazar Vargas López. TUMORES DE OVARIO. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. 41 No. 248 Junio. Pags. 497-503. 1977.
8. Sergio Valenzuela - Revisión de 492 casos de Neoplasias Ováricas estudiadas en un período de 11 años. *Ginecología y Obstetricia - de México* Vol. 33 No. 196 Feb. Pags. 125-143 1973.
9. *Clínicas Obstetricas y Ginecológicas*, Ed. Interamericana Vol. 41 pags. 9-85-1092. 1985.

10. Richard W. Te Linde. Ginecología Operatoria. Edit. el Ateneo México. 5a. Edición pags. 700-732. 1984.
11. Ralph C. Benson. Diagnóstico y Tratamiento. Gineco-Obstétricos Edit. El Manual Moderno Méx. D.F., pags. 294-336. 1983.
12. Stanley L. Robbins. Patología Estructural y Funcional. Edit. Interamericana Méx. Primera Edit. pags. 1194-1208. 1975
13. Edmundo R. Novak Tratado de Ginecología. Edit. Interamericana Méx. 9a. Edición pags. 432-526. 1977.
14. Flores, H. Z. y Rentería J. INCIDENCIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DE OVARIO. Gineco-Obstetricia Méx. pags. 28-151. 1970.
15. Méndez G. y Rodríguez A. J. EL PROBLEMA DIAGNOSTICO DE LOS TUMORES OVARICOS. Gineco. Obstet. Méx. pags. 41-497. 1977.
16. Misrna, B. OVARIAN TUMORES J. Indian M. A. pags. 73-88. 1979.
17. Popkin, D.R. EARLY DIAGNOSIS OF OVARIAN CANCER, C.M.A. J.120 1106. 1979.