

11242

36
2es.

DITO.MORENO HOJA1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL REGIONAL LIC: ADOLFO LOPEZ MATEOS
ISSSTE

TITULO

DIAGNOSTICO POR IMAGEN DE TUMORES DE OVARIO

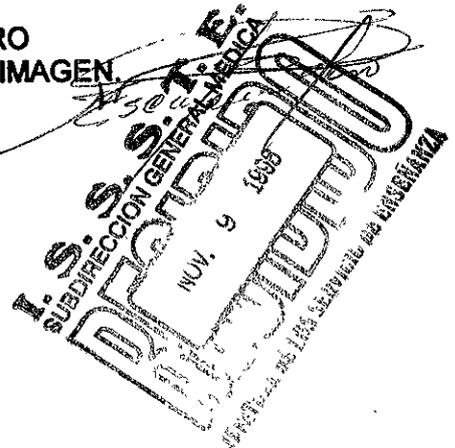
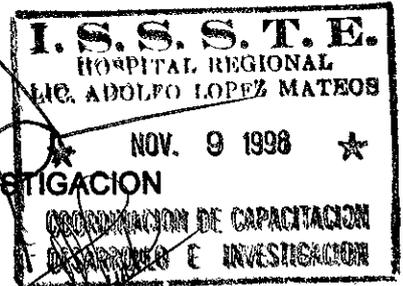
TRABAJO:
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGIA E IMAGEN
PRESENTADA POR:

DR: MARTIN DE JESUS MORENO SANCHEZ

DR. OSCAR TREJO SOLORZANO
COORDINADOR DE CAPACITACION, DESARROLLO E INVESTIGACION

DRA: HILDA ISABEL HUERTA LEZAMA
PROFESOR TITULAR DE RADIOLOGIA E IMAGEN

DR.ROGELIO V. ESCALONA MURO
JEFE DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA E IMAGEN



1998
268934

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

DIAGNOSTICO POR IMAGEN DE TUMORES DE OVARIO

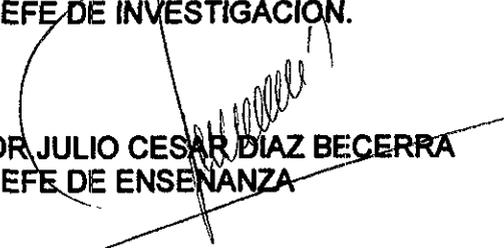
AUTOR: MARTIN DE JESUS MORENO SANCHEZ

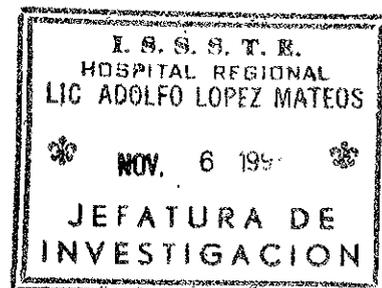
**DIRECCION: AV.UNIVERSIDAD 1321 COLONIA FLORIDA C.P. 01030
DELEGACION ALVARO OBREGON**


**DRA.HILDA ISABEL HUERTA LEZAMA
ASESOR DE TESIS**


**DRA. HILDA ISABEL HUERTA LEZAMA
VOCAL DE INVESTIGACION**


**M EN C: HILDA RODRIGUEZ ORTIZ
JEFE DE INVESTIGACION.**


**DR JULIO CESAR DIAZ BECERRA
JEFE DE ENSEANZA**



30 DE OCTUBRE DE 1998.

INDICE

PAGINAS

RESUMEN-----	HOJA 3
ABSTRACT-----	HOJA 4
INTRODUCCION-----	HOJA 5-11
MATERIALES Y METODOS-----	HOJA 12
RESULTADOS-----	HOJA 13
COMENTARIOS Y CONCLUSIONES-----	HOJA 14
GRAFICAS-----	HOJA 15-23
FOTOS-----	HOJA 24-31
BIBLIOGRAFIA-----	HOJA 32-33

RESUMEN

Se ejecutó un estudio de tipo observacional, prospectivo, descriptivo, abierto y transversal en el periodo comprendido entre Mayo y Septiembre de 1998.

En pacientes del sexo femenino, derechohabientes del hospital regional Lic Adolfo López Mateos del ISSSTE, que presentaban tumoración abdominal sospechosa de ser dependiente de ovario, con el objeto de conocer la sensibilidad y la especificidad de los distintos métodos de imagen empleados para su estudio, analizando las características distintivas en tomografía axial computarizada, ultrasonido y toma de placa simple.

Se estudiaron un total de 26 pacientes los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente. Estableciendo una correlación entre los hallazgos radiológicos y los quirúrgicos. Encontrando que la edad promedio de presentación más frecuente es la quinta década de la vida y el diagnóstico post-quirúrgico reportó las siguientes patologías en orden de frecuencia:

Quiste de ovario simple 7 casos (26.9%), cistoadenoma seroso y mucinoso 4 casos (15.3%) quiste endometrioso 3 casos (11.5%), carcinoma de células granulosas de ovario 3 casos (11.5%), quistes foliculares hemorrágicos 3 casos (11.5%), teratoma quístico o quiste dermoide, 2 casos (7.6%), tumor de krukemberg 1 caso (3.8%) y quiste de ovario torcido 1 caso (3.8%).

Palabras claves : Diagnóstico, Ultrasonido, Tomografía Computada, Tumores de ovario.

ABSTRACT

We evaluated on observational, prespective, descriptive and transversal study between may ad september of 1998.

We studied just female patients who were ascribed at Hospital regional Lic. Adolfo López Mateos from ISSSTE. These patients han abdominal tumor wich suggest an ovarion origen our principal goal was get sensibility and specificity measure of several imagen methods.

We studied an average of 26 patients who got a surgical handling. We carriend out a radiological and surgical discoveries correlati6n, as well found that the average, age of patients who present ovarian tumors was about fifth decade of life.

Our findings showed that post surgical diagnostic refer a single ovarian cyst in 7 patients(26.9), serous and musinous cystadenoma was found in 3 patients (11.5 %), ovarian granulosa cell carcinoma in 3 patients (11.5 %), hemorrhagic follicle cyst in 3 patients (11.5%), cistic teratoma or dermoid in 2 patients (7.6 %), krukenberg in 1 patient (3.8 %) and strongled ovarian cist in 1 patient (3.8 %).

Keys words: Diagnostic, Ultrasound, Computed Tomography, Ovary tumors.

INTRODUCCION

El cáncer de ovario es la neoplasia maligna ginecológica principal menos frecuente, pero es la principal causa de muerte por patología ginecológica.(1)

En el año de 1994 en los Estados Unidos se espera una incidencia aproximada de 24,000 mujeres con un cancer de ovario. De ellas 13,600 morirán de la enfermedad y la supervivencia global a los 5 años es de menos del 40%.(2) , otros autores manejan cifras aproximadamente iguales, por ejemplo se menciona que el cáncer de ovario afecta a 20,000 mujeres americanas al año y mueren alrededor de 12,000 al año a consecuencia de este proceso patológico. (3,4)

En lo que coinciden los autores es en afirmar que la mayoría de las pacientes con esta patología se diagnostican o se detectan en un 70% en estadios más avanzados de progresión de la enfermedad, estadios III Y IV. (1,3,4)

Actualmente para tratar de modificar esta circunstancia se desarrollan programas de detección y búsqueda orientados a la investigación del antígeno CA-125 sérico y la ecografía pélvica.(5,6,7)

Hay que mencionar una propiedad interesante o importante del ovario, que es susceptible de ser blanco de una gran variedad de tumores primarios que se clasifican por el tipo celular que los origina. Así tenemos a los tumores epiteliales, los más frecuentes con un 65%, siguen a este las neoplasias de células germinales con un 30% del porcentaje y los gonadales del estroma y los metastásicos con un 5% aproximadamente(1,8,9).

Aunque las características radiológicas que se describen en este estudio permitieron un diagnóstico específico alto, existen algunos tumores que presentan características que dificultan o limitan su correcto diagnóstico.(1)

El diagnóstico radiológico o clínico de una masa ovarica sospechosa de neoplasia no requiere necesariamente de diferenciación entre tumor benigno o maligno. Las pacientes con tumoración ovarica prácticamente siempre son sometidas a cirugía para establecer un diagnóstico exacto y evitar complicaciones como son la torsión o la hemorragia.(9,10)

En este estudio también se comprobó la alta incidencia de tumores ováricos en mujeres postmenopausicas y en mujeres multíparas, y que tenían antecedente de familiares con problemas similares.(12)

Se comprobó que la tomografía computada no sustituye a la ultrasonografía en el diagnóstico de los tumores ováricos, sino que son métodos complementarios.

La tomografía aumenta la sensibilidad y la especificidad en el diagnóstico, relación con órganos contiguos y estadificación en procesos neoplásicos diseminados.(13)

Anatomía Patológica:

Los ovarios están situados en la porción retrouterina del espacio peritoneal anteriores al recto. Están cubiertos por peritonéo visceral y en ausencia de alteraciones, son relativamente móviles. El ligamento ancho es su fijación anterior. Los ovarios se fijan al cuerpo uterino por el ligamento utero-ovárico, a las trompas de Falopio por el ligamento tubo-ovarico y a la pared lateral de la pelvis por el ligamento infundíbulo-pélvico. Estos ligamentos proporcionan vías de diseminación de las enfermedades ováricas a órganos pélvicos vecinos; además , la localización intraperitoneal del ovario permite la diseminación temprana de neoplasias dentro del espacio peritoneal.

Desde el punto de vista embriológico, la gónada indiferenciada consta de células mesenquimales cubiertas por epitelio celómico (superficial). Las invaginaciones epiteliales hacia el interior de la sustancia del mesenquima se denominan cordones sexuales primarios e incorporan a las células germinales primordiales que, en el caso de la mujer, se desarrollan para convertirse en los folículos primordiales. Aunque el ovario no se origina en el conducto de Müller, el desarrollo gonadal se da cerca de los conductos paramesonefricos (de Müller) en desarrollo, lo que explica la semejanza histológica entre la metaplasia que se observa en las neoplásicas ovaricas epiteliales y porciones del tracto genital extraovarico. Así, se ven semejanzas histológicas entre los tumores serosos y las trompas de Falopio, entre los tumores mucinosos y el endocérvix y entre los tumores endometriodes y el endometrio.

Patogenia.

Es multifactorial, las pacientes con predisposición genética (5-10%) de los casos, tienden a debutar a una edad más temprana, el cáncer de ovario se asocia con el de mama o con el síndrome de cáncer familiar, en algunos estudios se ha sugerido una herencia autosómica dominante con penetrancia variable, asociada a una anomalía del cromosoma 17, se ha implicado al tabaquismo y al asbesto contaminante del talco. Epidemiológicamente se han identificado algunas influencias hormonales y reproductivas, las mujeres nulíparas tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de ovario, en las múltiparas disminuye el riesgo con cada embarazo. La menarquia temprana y la menopausia tardía son también factores de riesgo. El uso de anticonceptivos orales conlleva a una reducción significativa, el mecanismo que reduce el riesgo está probablemente relacionado con la interrupción de la ovulación.

Una hipótesis sobre el desarrollo de estas neoplasias es que se originan debido a la reparación celular y el desarrollo de quistes de inclusión causados por el traumatismo epitelial de la ruptura folicular. Esta teoría explica el desarrollo endofítico central de los tumores a partir del denominado epitelio superficial. El riesgo aumentado de neoplasias ováricas en pacientes con historia de ovulación continua (baja paidad, ausencia de uso de anticonceptivos) podría explicarse por este mecanismo.

Manifestaciones Clínicas:

Aunque las neoplasias del ovario pueden verse a cualquier edad, las lesiones epiteliales son más frecuentes en mujeres mayores y la proporción de neoplasias malignas aumenta con la edad. Además las mujeres postmenopáusicas de mayor edad tienden a desarrollar neoplasias pobremente diferenciadas y más agresivas. El rango de edad de frecuencia máxima es de 40-70 años.

Las pacientes pueden presentarse con una masa pélvica palpable, pérdida de peso, síntomas gastrointestinales vagos o distensión abdominal. El dolor puede ser cónico debido a una masa decrecimiento lento o agudo debido a torsión o hemorragia. Como se mencionó muchos de los signos y síntomas aparecen después de estar la enfermedad avanzada. Aunque con frecuencia la actividad hormoanl se asocia con los tumores gonadales del estroma, dichas manifestaciones son raras en el caso de las neoplasias epiteliales.

Evaluación Diagnóstica:

La historia y los hallazgos físicos de la paciente a menudo sugieren una neoplasia pélvica, la confirmación sonográfica de los hallazgos clínicos y la caracterización de la morfología macroscópica de la lesión junto con la información clínica especialmente la edad y el estado menopáusico reducen el diagnóstico diferencial.

Si los datos clínicos y de imagen disponibles no apoyan el diagnóstico o si se sospecha un proceso neoplásico maligno, la Tomografía Computada o la Resonancia Magnética pueden incluirse para mayor información anatómica y estadificación. Se pueden hacer estudios baritados del tubo digestivo superior en caso de que se considere la posibilidad de enfermedad metastásica en el ovario. Además un enema de bario es generalmente parte de la evaluación preoperatoria de rutina para planear una extirpación en caso de que el tumor ovárico haya invadido al colon y para descartar un carcinoma del sigma o del recto que pueda simular a una masa anexial. Además la evaluación preoperatoria incluye determinación de marcadores tumorales, el CA 125 es un determinante antigénico en una glicoproteína de alto peso molecular cuyo nivel se eleva en el 85% de las pacientes con cáncer del ovario, sin embargo la prueba no es definitiva, pero puede servir como valor basal a partir del cual se puede vigilar la remisión o recidiva de la enfermedad.

La introducción del ultrasonido ha permitido la evaluación directa de las masas pelvianas, de forma no invasiva y sin riesgo de exposición a radiación ionizante.

La fiabilidad del ultrasonido en determinar la existencia, tamaño y localización y consistencia de una masa pelviana esta en torno al 90%, muy superior a su fiabilidad a determinar su diagnóstico específico histológico, situado en torno al 55%.

Con la notable excepción del cistoadenoma, carcinoma de ovario tipo mucinosos cuyo patrón ecográfico tiene una especificidad del 85%.

El TAC puede demostrar el tamaño del tumor así como la del utero, la presencia de afectación parametrial, de los ganglios pelvicos y la extensión hacia la pared pelvica.

La invasión parametrial se pone de manifiesto como una extensión de forma triangular o lobular a partir del tumor cervical. Mientras que la afectación del m;úsculo obturador o piriforme indica extensión en la pared lateral de la pelvis.

La afectación de la vejiga y del recto son difíciles de valorar pero pueden detectarse por el engrosamiento irregular de sus paredes con obliteración de la grasa paravesical y prerectal.

La afectación de los ganglios de la región del obturador, hipogástricos, iliaca externa y primitiva que son los sitios habituales de metastásis, puede demostrarse si los ganglios son mayores de 1.5 cm. La fiabilidad general del TAC para detectar metastásis pélvicas y abdominales está en torno al 75%.

Los implantes metastásicos en peritoneo y epiploon si son mayores de 2 cms y la presencia de ascitis puede ser demostrado por TAC, así como la existencia de metastásis hepáticas.

El TAC puede ser utilizada en la planificación de los campos de radioterapia, en el control de la respuesta al tratamiento y para la detección del tumor recurrente con una fiabilidad diagnóstica cercana al 87%

Los hallazgos por ultrasonido que sugieren la presencia de enfermedad maligna incluyen masas multiloculadas, por encima de 5 cms de diámetro, septos gruesos, especialmente si coexisten con nódulos sólidos, masas complejas inseparables del útero, ascitis, la presencia de metastásis en epiploon produciendo el llamado Omental Cake. Aumento de ganglios en la región paraaórtica y metastásis hepáticas.

El estadiaje del carcinoma de ovario se hace de acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). De la siguiente manera:

Clasificación de la FIGO:

Estadio 1: Tumor limitado a los ovarios

Estadio 1A: Un ovario, no ascitis.

Estadio 1B: Ambos ovarios no ascitis.

Estadio 1C: Estadio 1A o 1B con ascitis o lavado peritoneal positivo.

Estadio II: Tumor afectando uno o ambos ovarios con extensión pélvica.

Estadio IIA: Extensión y-o metástasis al utero y-o trompas solamente.

Estadio IIB: Extensión a otros órganos pelvianos.

Estadio IIC: Estadio IIA o IIB con ascitis con lavado peritoneal positivo.

Estadio III: Tumor afectando uno o ambos ovarios con metástasis intraperitoneales diseminadas o metástasis ganglionares retroperitoneales o ambas.

Estadio IV: Tumor afectando uno o ambos ovarios con metástasis hepáticas o fuera de la cavidad peritoneal.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza el presente estudio de tipo observacional, prospectivo, descriptivo, abierto y transversal, en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Matéos, durante el periodo comprendido entre mayo y septiembre de 1998. Este estudio se realizó con una muestra de 26 pacientes procedentes del servicio de oncología ginecológica y urgencias tocoquirúgicas, a las cuales se les realizó placa simple de abdomen, ultrasonografía pélvica en tiempo real con transductores de 3.5 Mhz, lineales y sectoriales y en los casos con dificultad diagnóstica se les realizó tomografía computada en fase simple y con contraste endovenoso.

Se estudiaron pacientes del sexo femenino que presentaban tumoración abdominal sospechosa de ser dependiente de ovarios. Las pacientes incluidas eran derechohabientes de este hospital. A cada paciente se le realizó una placa simple de abdomen con equipo Marca CGR Modelo Futuralix con capacidad de 150 Kv y 800 MA; ultrasonido pélvico con técnica de tiempo real con equipo General Electric RT 3600, con transductores lineales y sectoriales de 3.5 Mhz. En algunas pacientes se les realizó estudio de tomografía computada con equipo marca General Electric CT 9000 , las imágenes fueron impresas en cámara de multiformato Ektascan M EM-1.

Analizando los siguientes parámetros: Edad, antecedentes ginecoobstétricos (menarca, paridad), uso de hormonales, cuadro clínico, anexo afectado, diagnóstico post-laparatomía.

También se analizaron los hallazgos de Imagen encontrados en los distintos métodos empleado

RESULTADOS

En la investigación que se realizó sobre las pacientes que presentaron tumoraciones abdominales dependientes de ovario por métodos de imagen y comprobación quirúrgica

se reporta lo siguiente de las 26 pacientes estudiadas: 21(80%) eran lesiones tumorales benignas de las siguientes variedades histológicas: quistes simples 7(26.9%), cistadenoma seroso y mucinoso 4(15.3%), quiste endometrioso 3(11.5%), quistes foliculares hemorrágicos 3(11.5%), teratoma quístico (quiste dermoide) 2 (7.6%) y tumor mixto 2 casos (7.6%). 4 (15.3%) fueron tumoraciones malignas, de las cuales: 3 (11.5%) son primarias del ovario y 1 (3.8 %) secundario o metastásico con primario en estómago (Tumor de Krukenberg). y 1 caso (3.8 %) fue un paciente proveniente del servicio de tóxico cirugía con quiste de ovario torcido.

En 2 (7.6 %) de estas pacientes se encontró afectación bilateral de los ovarios, en el resto de la muestra la lesión fue unilateral predominando el lado izquierdo, 13 pacientes (50%) y el lado derecho en 11 pacientes (42.3%).

También en esta investigación encontramos que a 5 pacientes (19.2%) se le realizó en forma profiláctica apendicectomía.

En una paciente se encontró abundante líquido de ascitis y ganglios linfáticos mesentéricos.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

En el presente estudio se logra demostrar que por los métodos de imagen con que se cuenta en el servicio de radiología e imagen del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE.

Se llega a tener un buen acercamiento al diagnóstico de las diferentes patologías ovaricas que presentan las pacientes captadas en esta muestra.

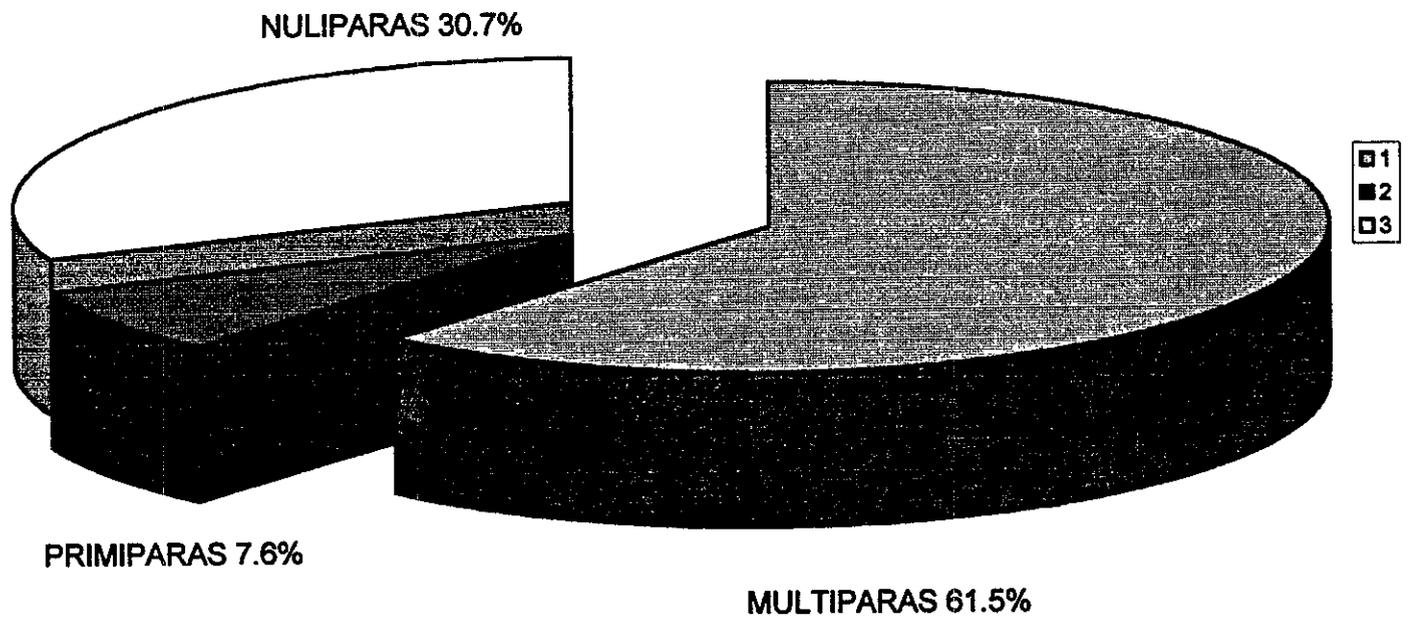
Los estudios diagnósticos por imagen como son la placa simple, el ultrasonido y la tomografía computada pueden revelar la morfología del tumor solido o quístico, unicameral o multiquistico con o sin engrosamiento de la pared o los septos, con o sin excrecencias papilares u otros elementos de tejidos blandos, con o sin calcificaciones.

La evaluación de estas características morfológicas permite un intento de diferenciación entre neoplasias benignas, lesiones no neoplasicas y lesiones malignas.

Tomando en cuenta que las neoplasias malignas casi siempre requieren laparatomia mientras que las neoplasias benignas se pueden manejar laparoscopicamente.

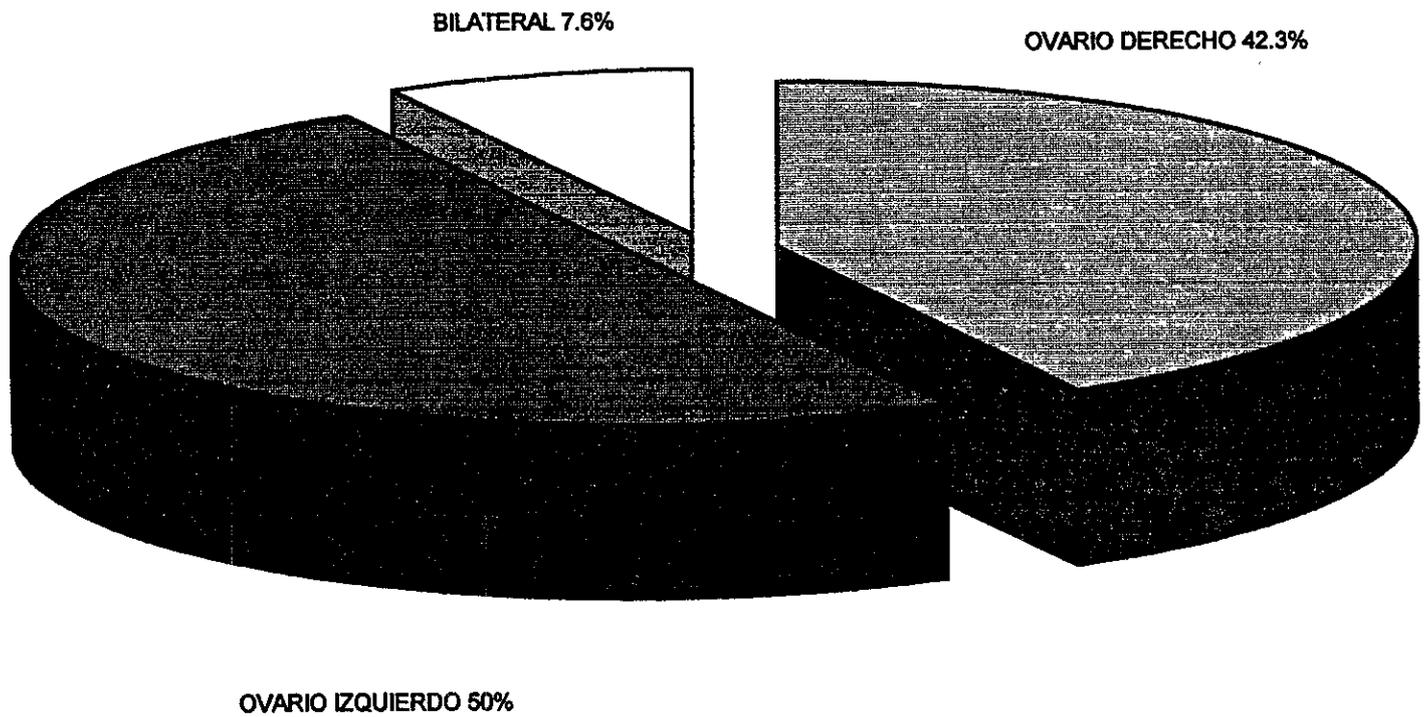
En el caso del carcinoma ovarico, el tratamiento es fundamental mente quirúrgico y la mayoría de las pacientes reciben también quimioterapia.

PARIDAD DE LAS PACIENTES



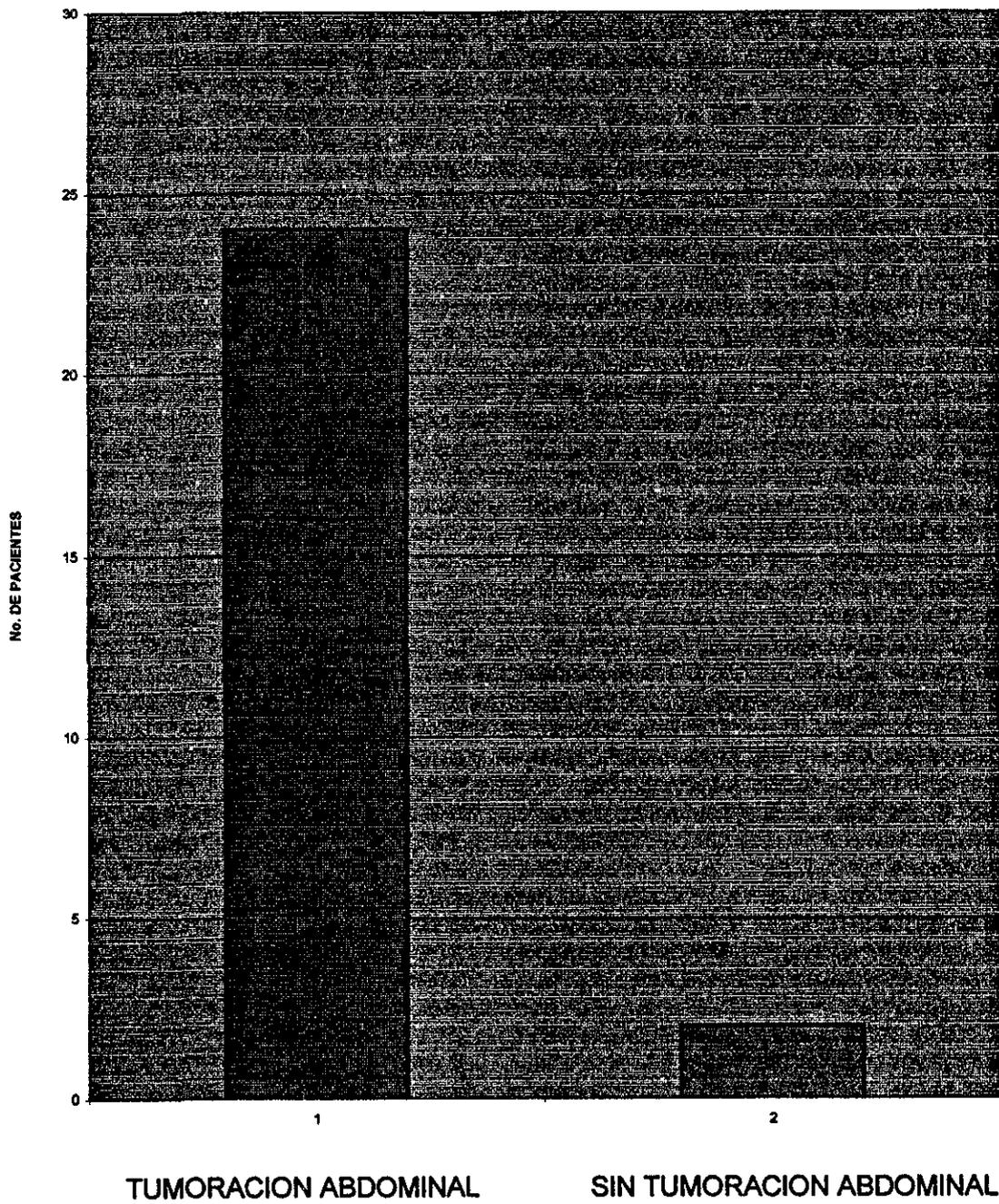
EXTRAIDO DEL ARCHIVO RADIOLOGICO DEL
H.LIC: ADOLFO LOPEZ MATEOS

ANEXO AFECTADO EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS



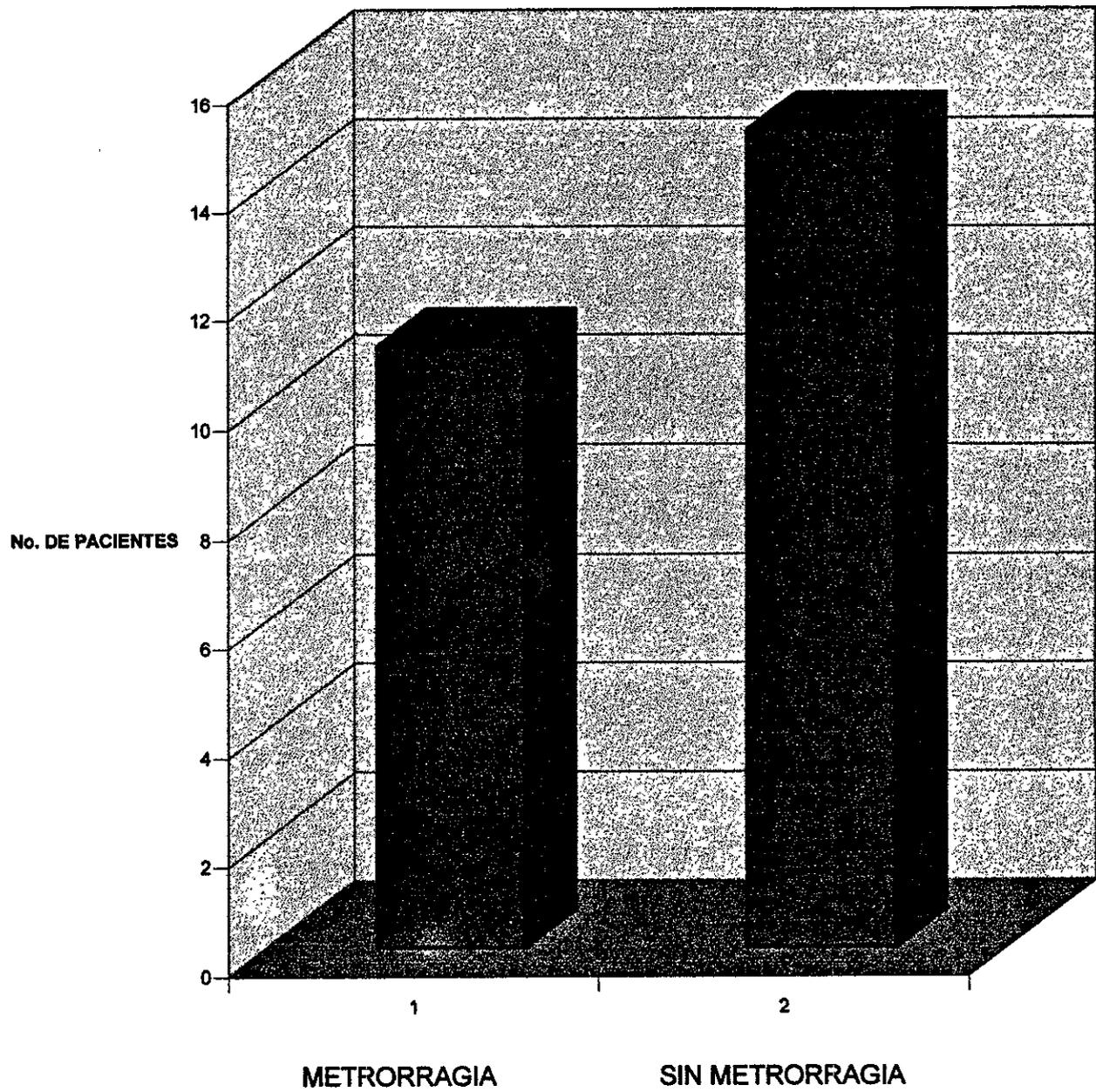
EXTRAIDO DEL ARCHIVO RADIOLOGICO DEL H. LIC: ADOLFO LOPEZ MATEOS

PARAMETROS CLINICOS



EXTRAIDO DEL ARCHIVO RADIOLOGICO DEL H. LIC:
ADOLFO LOPEZ MATEOS

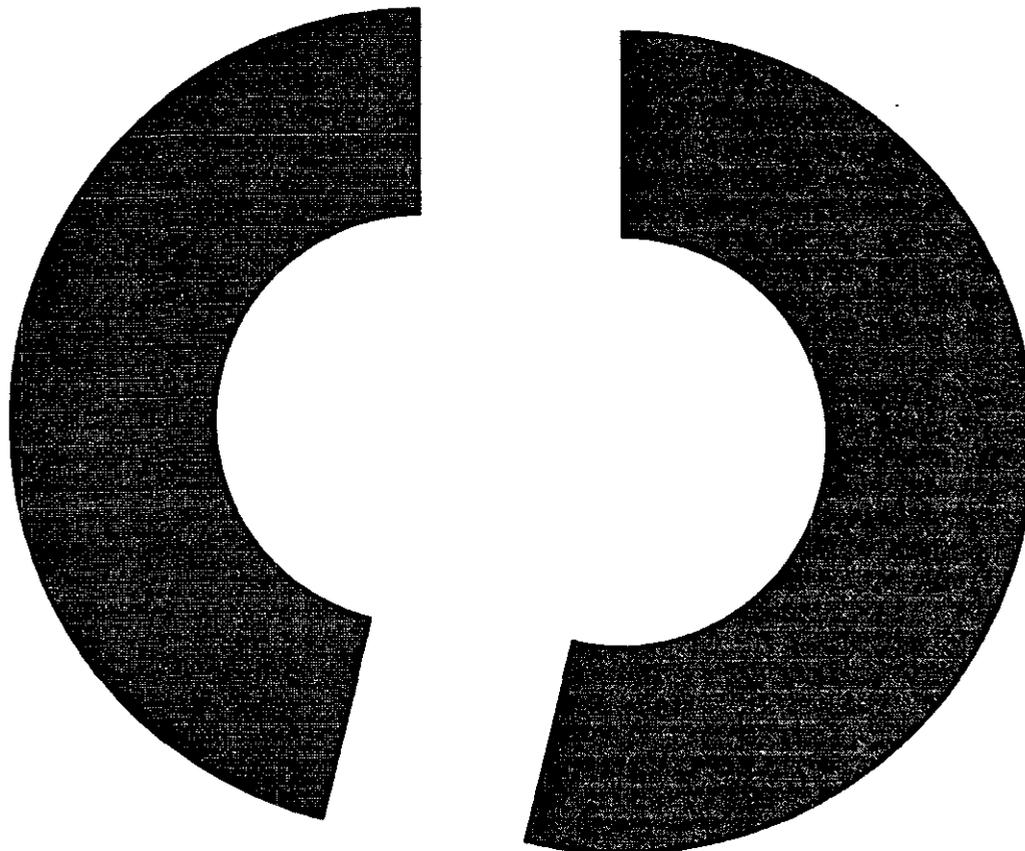
PARAMETROS CLINICOS



EXTRAIDO DEL ARCHIVO RADIOLOGICO DEL H. LIC: ADOLFO LOPEZ MATEOS.

PARAMETROS CLINICOS

PACIENTES SIN DOLOR 46.2%

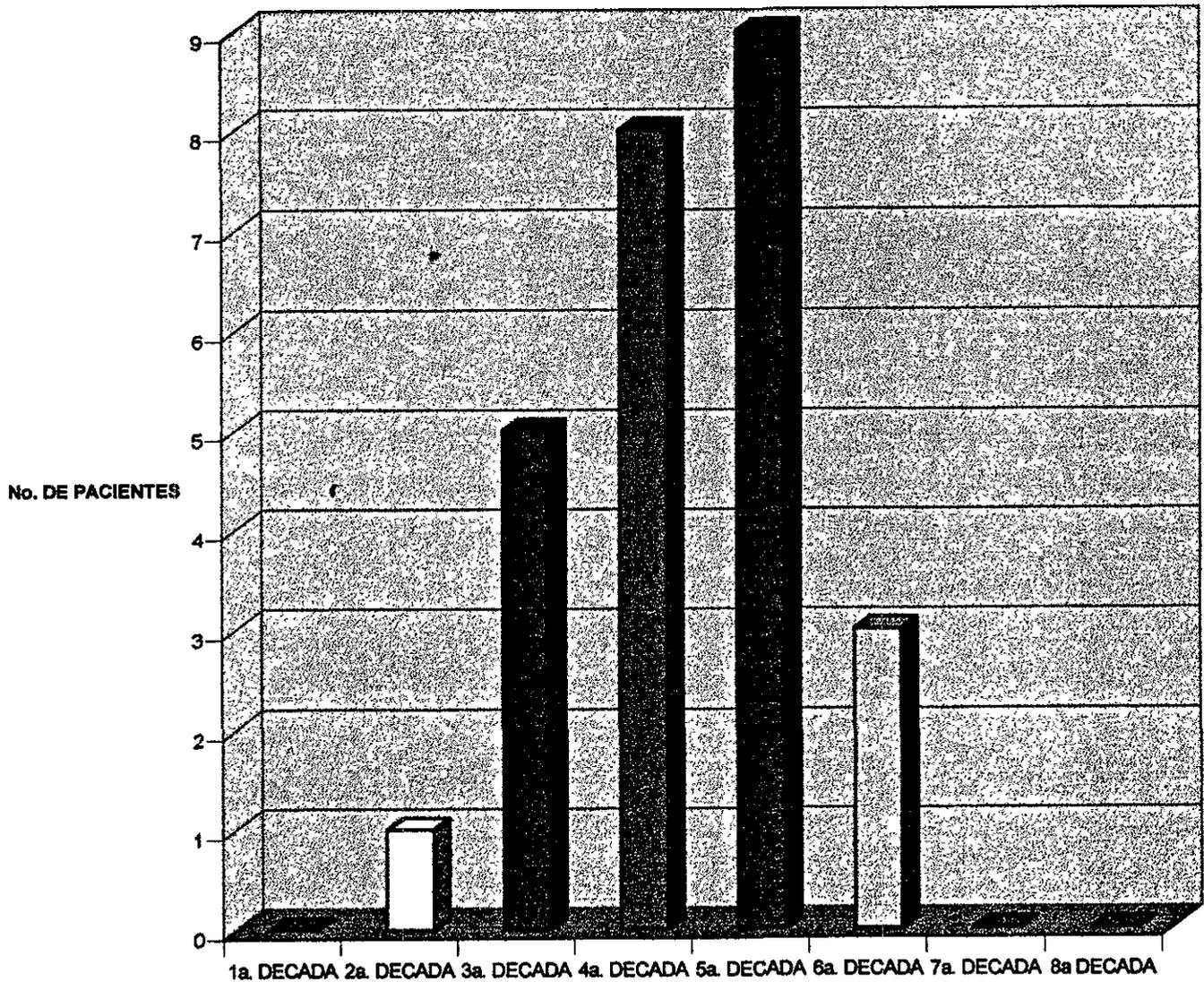


PACIENTES QUE PRESENTARON DOLOR 53.8%



EXTRAIDO DEL ARCHIVO RADIOLOGICO DEL H.LIC: ADOLFO LOPEZ MATEOS

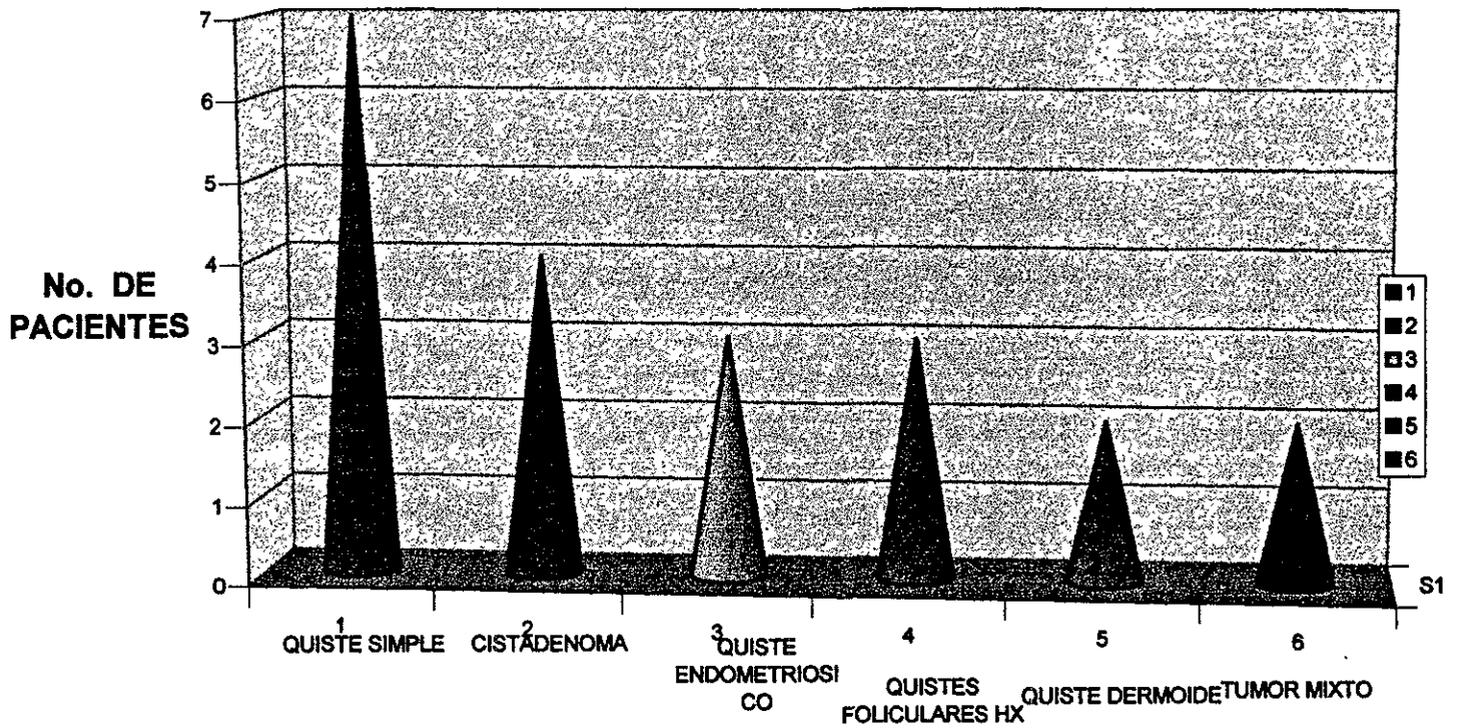
EDAD MAS FRECUENTE DE PRESENTACION SEGUN LA DECADA DE LA VIDA



EXTRAIDO DEL ARCHIVO RADIOLOGICO DEL H. LIC: ADOLFO LOPEZ MATEOS

HALLAZGOS POSTQX

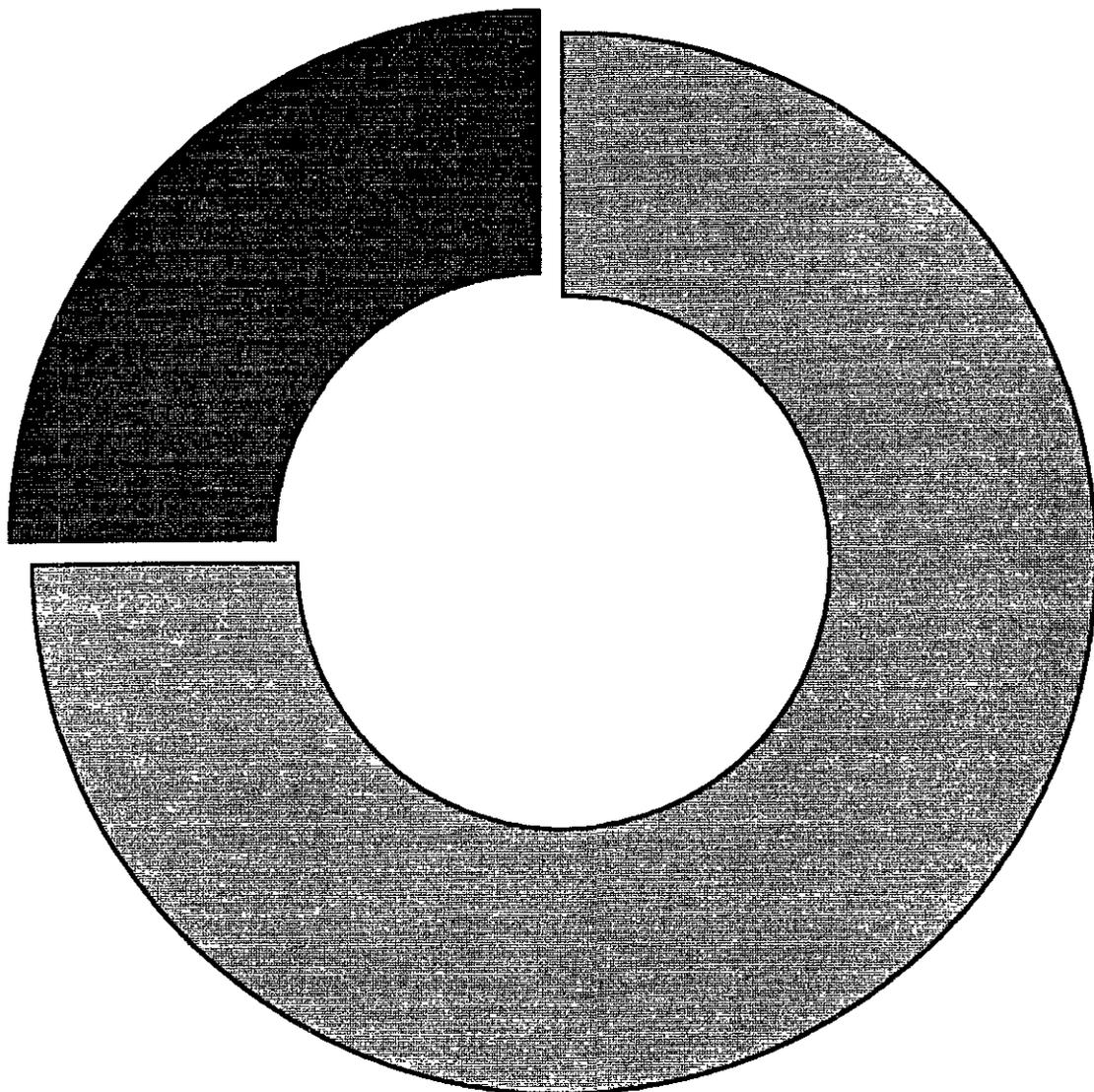
LESIONES BENIGNAS



EXTRAIDO DEL ARCHIVO RADIOLOGICO DEL H.LIC:
ADOLFO LOPEZ MATEOS

HALLAZGOS POSTQUIRURGICOS. TUMORES MALIGNOS.

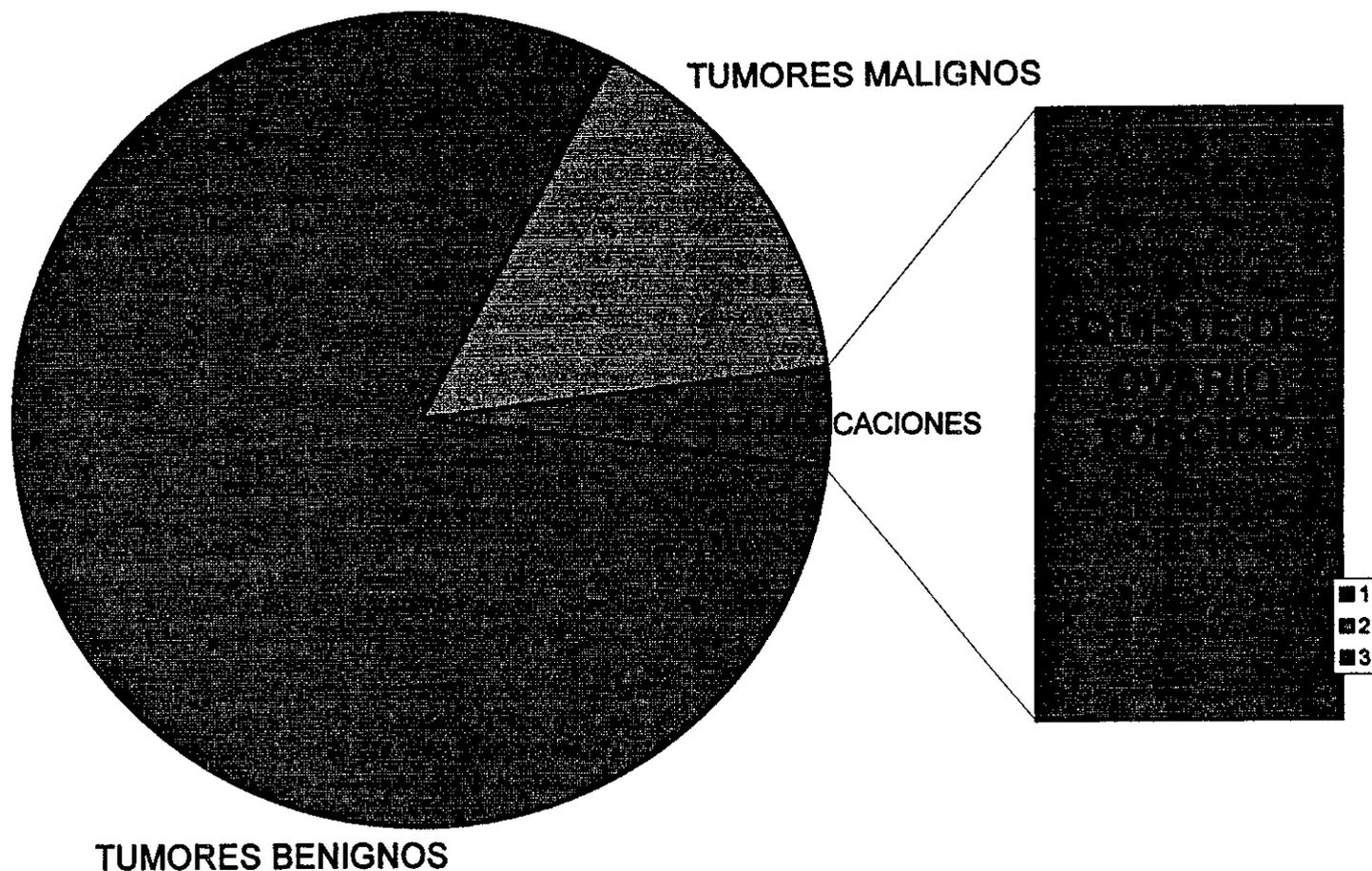
TUMOR METASTASICO DE KRUKENBERG



CA DE OVARIO DE CEL. DE LA GRANULOSA

EXTRAIDO DEL ARCHIVO RADIOLOGICO DEL H. LIC: ADOLFO LOPEZ MATEOS

HALLAZGOS POSTQUIRURGICOS



EXTRAIDO DEL ARCHIVO RADIOLOGICO DEL H. LIC: ADOLFO LOPEZ MATEOS

FIGURA 1 Y 2: QUISTE DERMOIDE
PLACA SIMPLE AP Y LATERAL QUE MUESTRA TUMORACION PELVICA, LA PARED SE OBSERVA COMO UNA DELGADA DENSIDAD REGULAR(FLECHAS). EN LA PARTE INFERIOR CALCIFICACIONES DE ASPECTO DENTARIO (FLECHA HUECA).



FIGURA 3 Y 4: QUISTE DERMOIDE

TC A NIVEL DE HUECO PELVICO QUE MUESTRA TUMORACION DE PAREDES GRUESAS CON DENSIDAD MIXTA, HETEROGENEA CON AREAS DE VALORES NEGATIVOS CARACTERISTICOS DE GRASA, ALTERNANDO CON ZONAS DENSAS (CONTENIDO SEBACEO), Y LOS REMANENTES DENTARIOS VISTOS EN EL ESTUDIO SIMPLE.

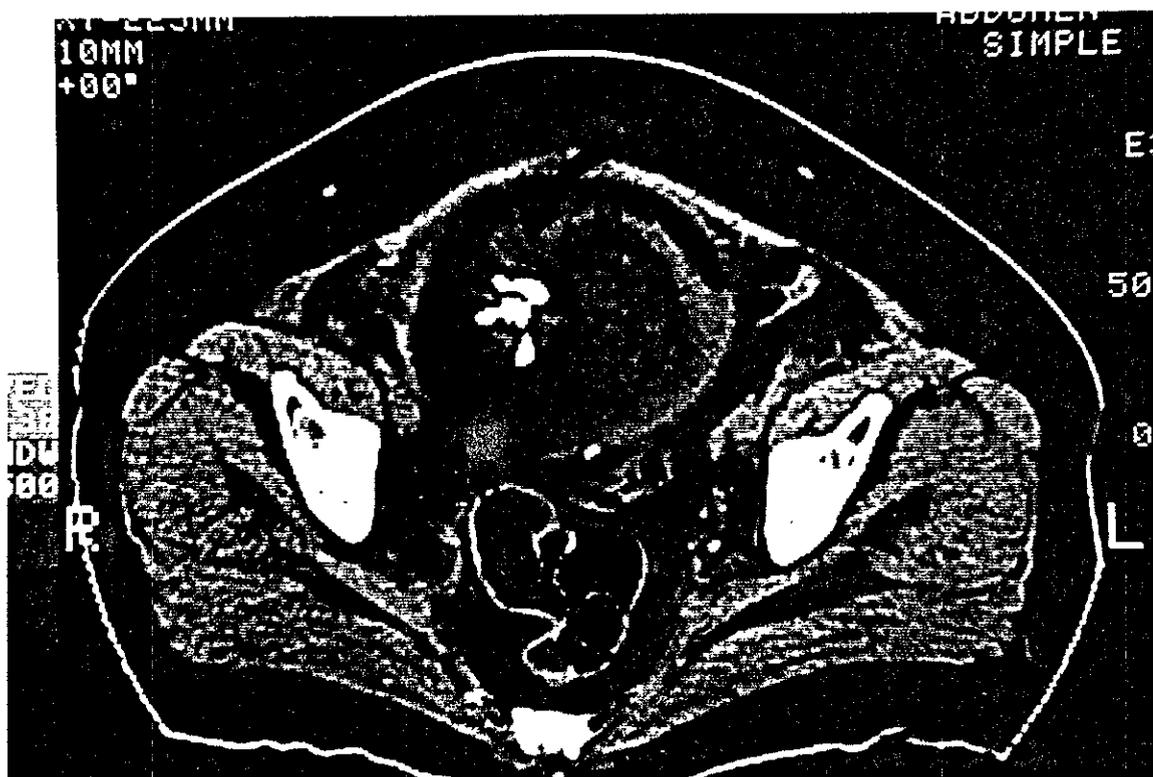
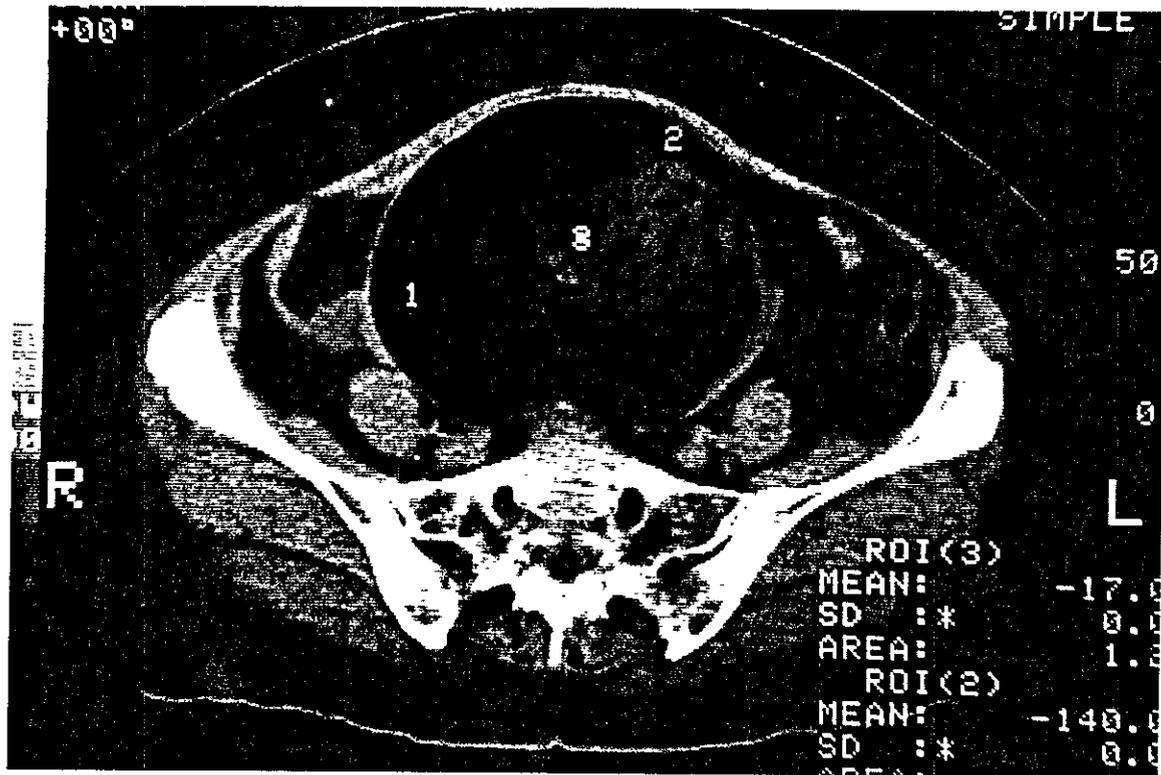
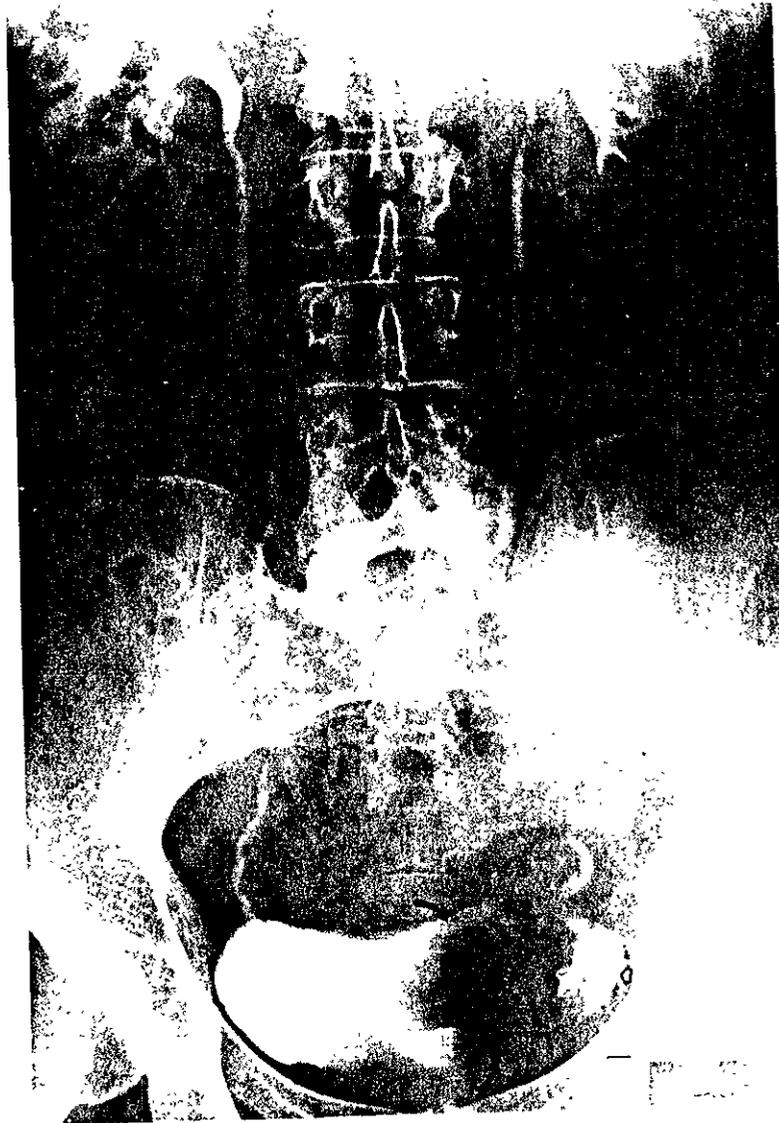
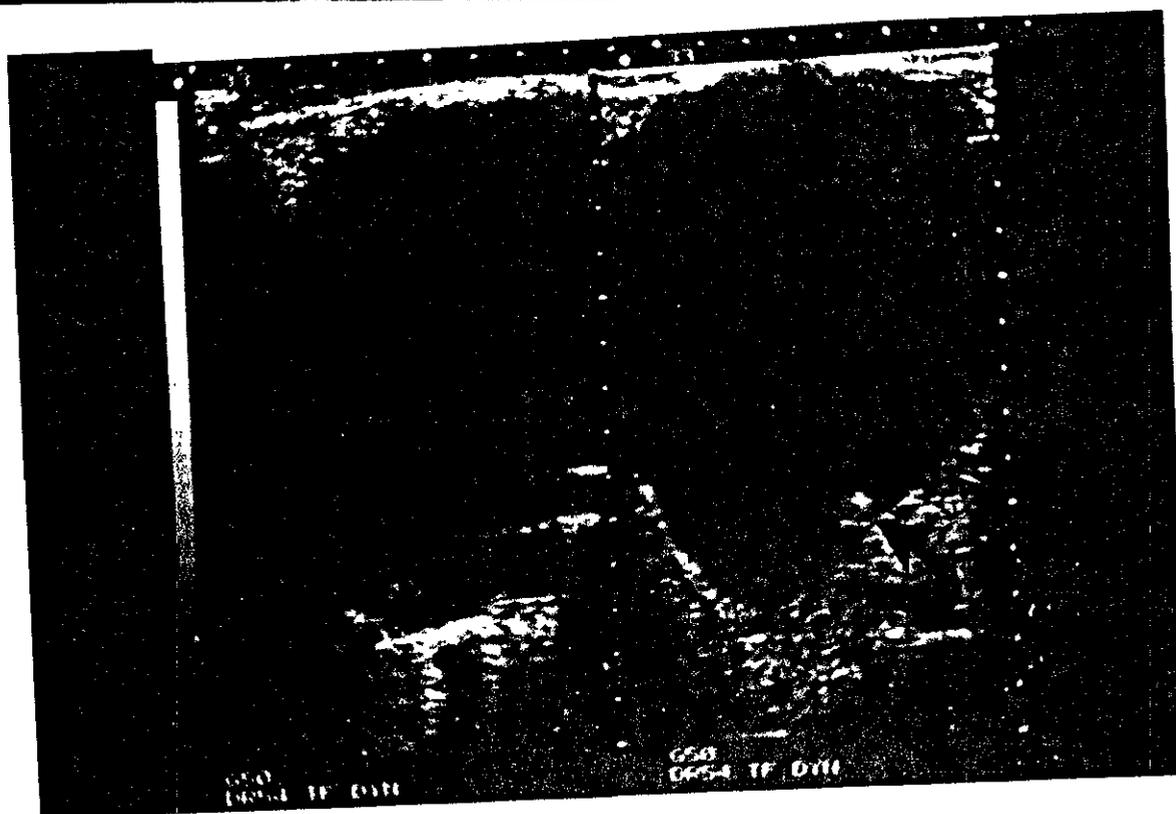
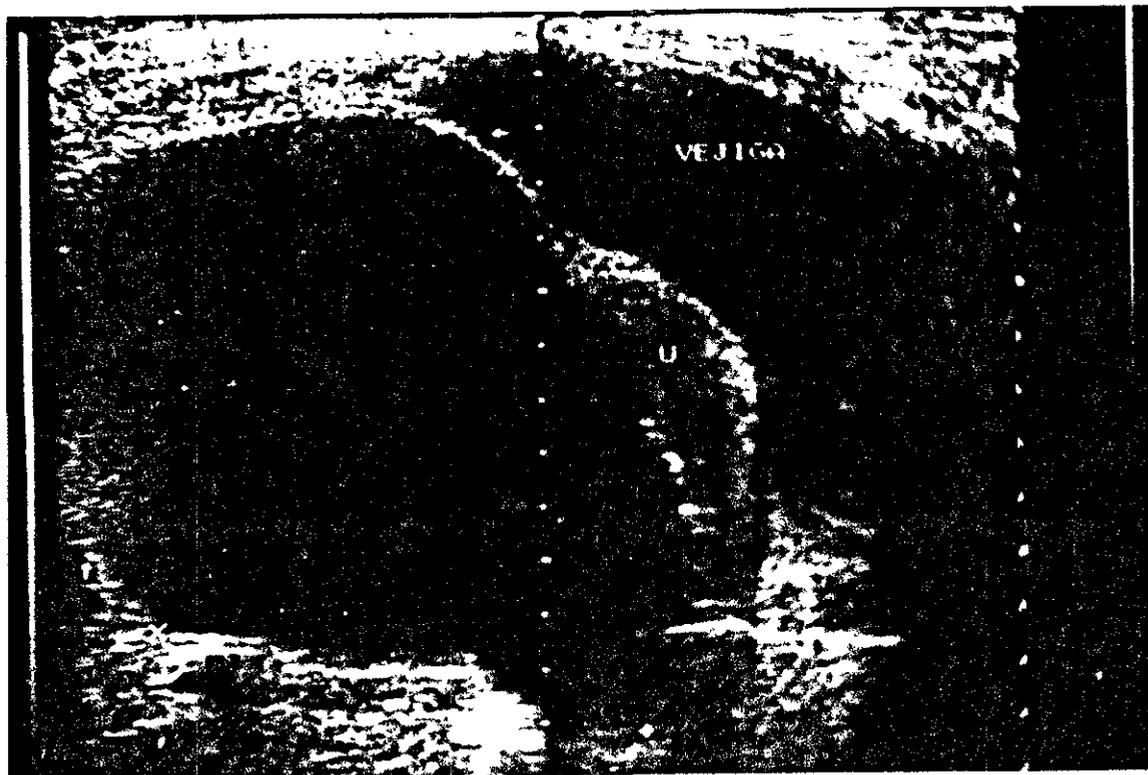


FIGURA 5: QUISTE DERMOIDE
UROGRAFIA EXCRETORA MUESTRA LA APARIENCIA TIPICA DE UNA MASA RADIOTRANSARENTE (POR EL
CONTENIDO DE GRASA) SITUADA EN LA PELVIS QUE CONTIENE ELEMENTOS DENTARIOS
RUDIMENTARIOS(FLECHA HUECA).



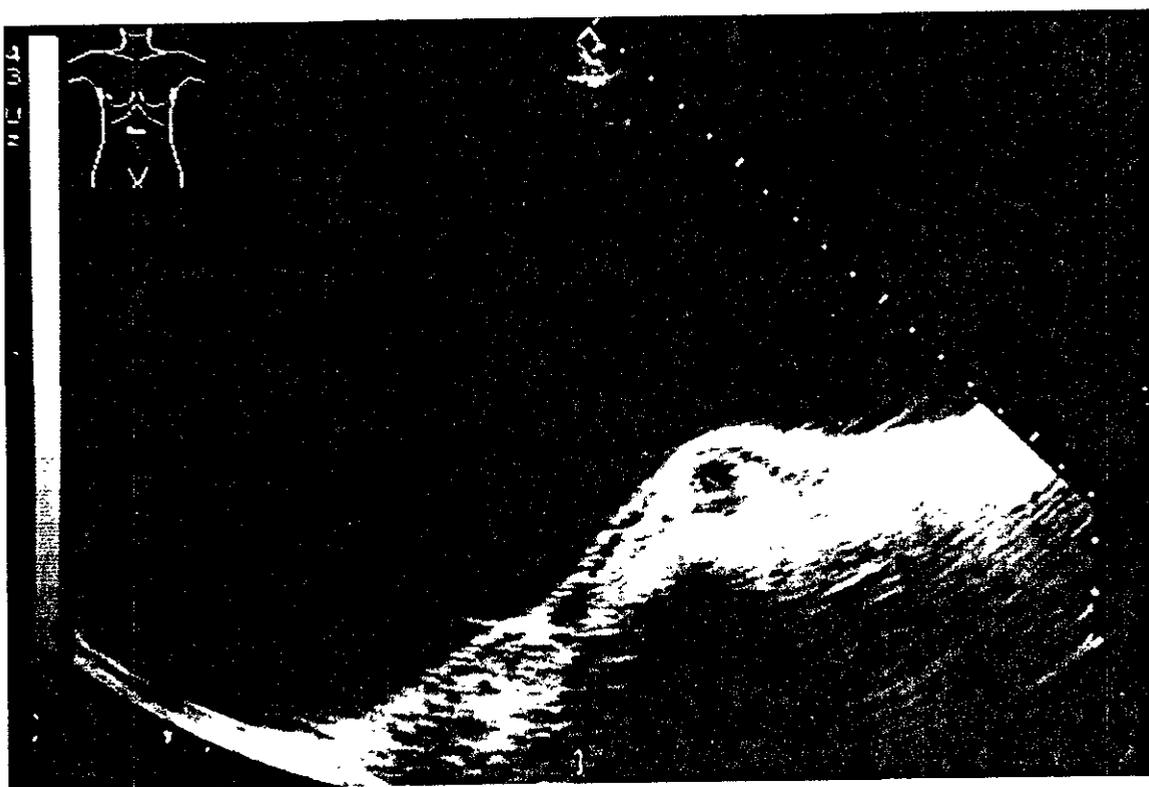
CISTOADENOMA SEROSO.

FIGURA 6 Y 7: US CORTE LONGITUDINAL Y TRANSVERSAL, TUMORACION QUISTICA CON PARED DELGADA CON UN PEQUEÑO COMPONENTE SOLIDO EN LA PARED POSTERIOR (FLECHAS).



CISTOADENOMA SEROSO.

FIGURA 8: US CORTE TRANSVERSAL QUE MUESTRA TUMORACION QUISTICA GIGANTE QUE COMPRIME LOS VASOS DEL ABDOMEN.



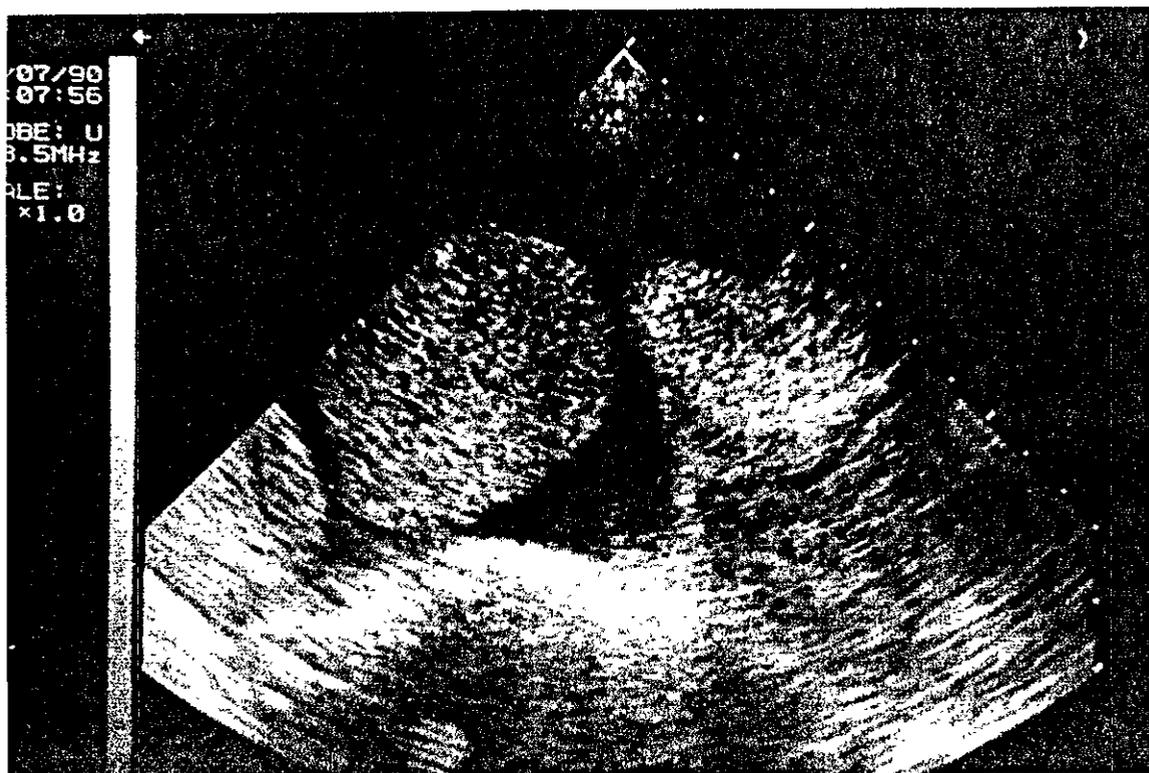
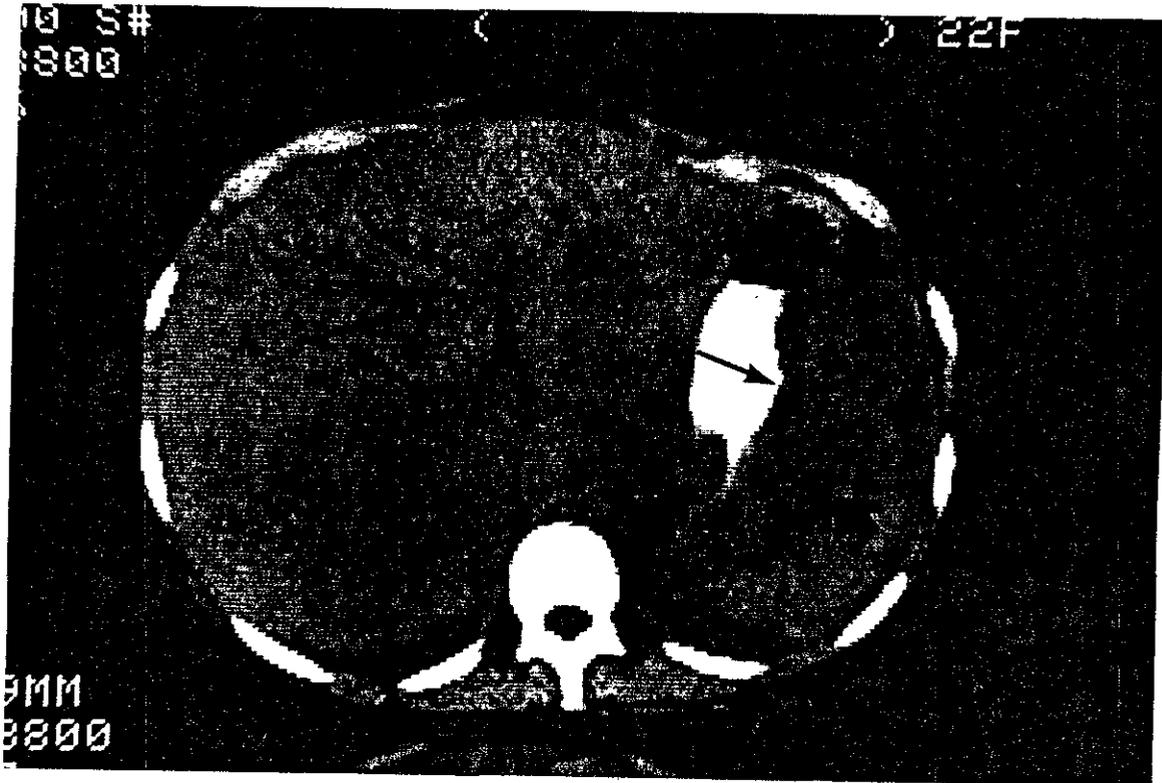
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

DITO.MORENO.HOJA 29

TUMOR DE KRUKENBERG (ADENOCARCINOMA GASTRICO CON METASTASIS A OVARIO)

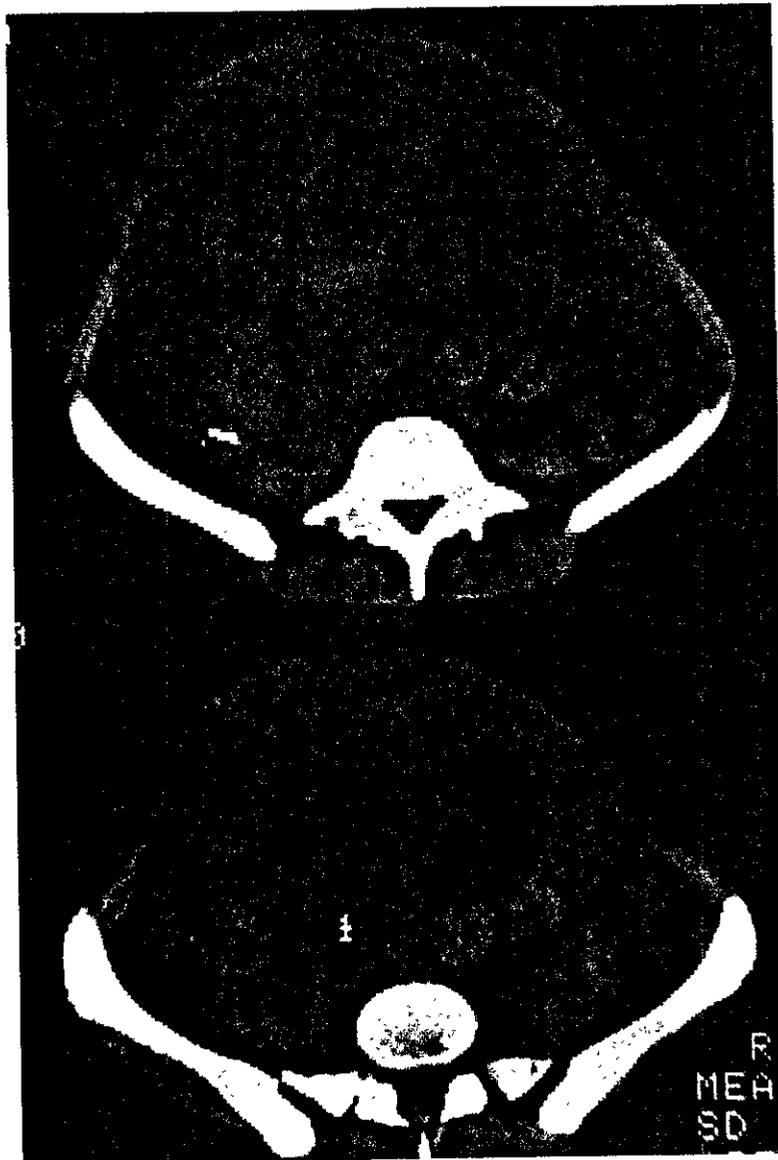
FIGURA 9A: TC QUE MUESTRA ENGROSAMIENTO IMPORTANTE DE LA PARED GASTRICA Y METASTASIS HEPATICAS.

FIGURA 9B: US PELVICO LONGITUDINAL QUE MUESTRA TUMORACION SOLIDA DE OVARIO (PUNTAS DE FLECHA), ASCITIS, UTERO NORMAL(FLECHA PEQUENA).



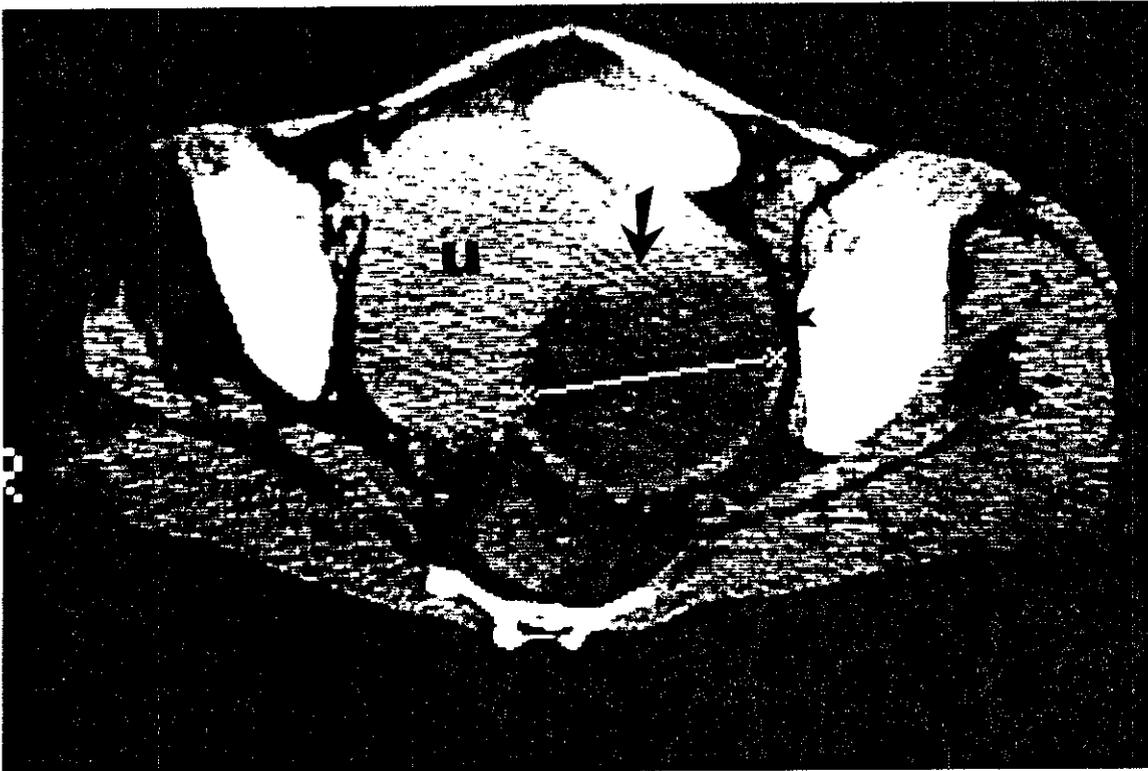
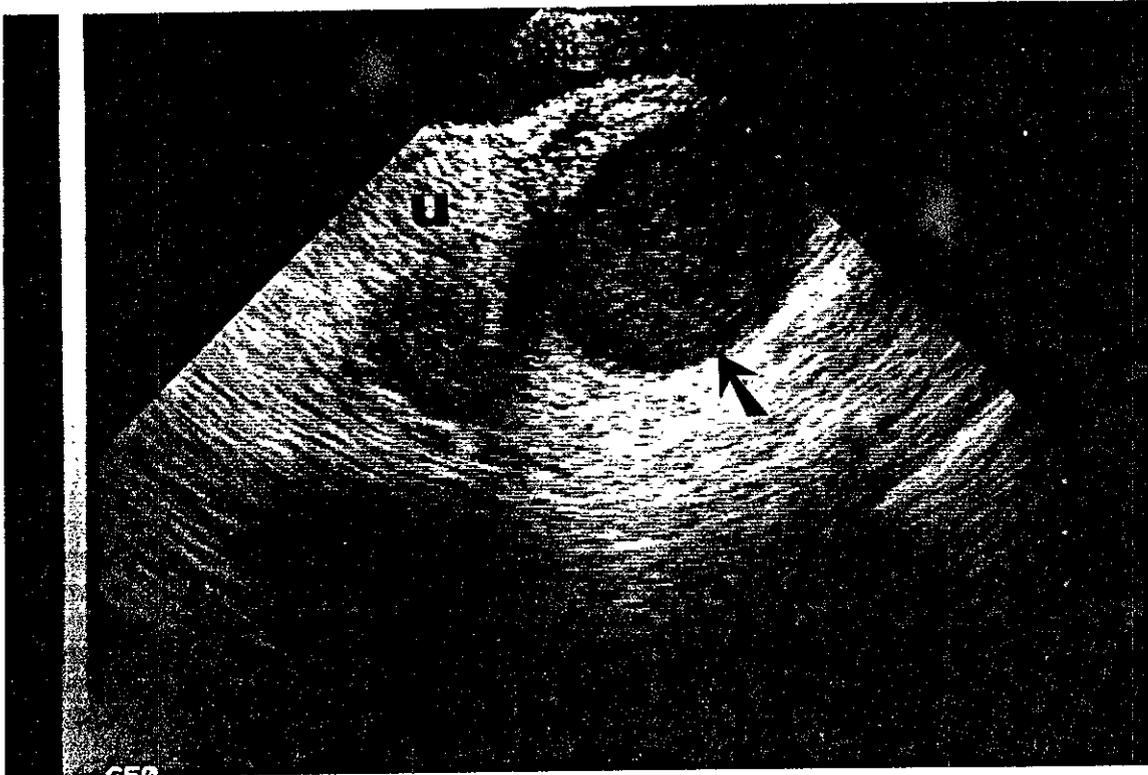
TUMOR DE KRUKENBERG.

FIGURA 9 C: TC A NIVEL DE PELVIS MUESTRA LA PRESENCIA DE ASCITIS, TUMORACION SOLIDA, HETEROGENEA DE OVARIO DERECHO E IMPLANTES PERITONEALES EN EL BORDE POSTEROLATERAL.



QUISTE ENDOMETRIOSICO.

FIGURA 10A: US CORTE TRANSVERSAL IMAGEN TIPICA DE UN ENDOMETRIOMA, MASA QUISTICA CON ECOS INTERNOS DE BAJA AMPLITUD. 10B:TC AL MISMO NIVEL MUESTRA LA PARED GRUESA HABITUAL EN ESTA LESION.



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Brent j. Wagner, Maj, USAF MC . James L. Buck, CDR, MC, USNR. Jeffrey D. Seidman, MD. Kevin M. McCabe, Maj, USAF MC. Neoplasias ováricas epiteliales . correlación radiológica - patológica. REV MEX RADIOL 1998;52:61-80.
- 2.- Boring cc,Squires Ts, Tong t, Montgomery S.Cancer Statistics, 1994. Ca Cancer j. Clin 1994. 44:7-26
- 3.- Greene MH, clark J.W, Blayney DW: the epidemiology of ovarian cancer. cancer 65:573, 1990
- 4.- Schildkraut Jm, Thompson WD: Familial ovarian cancer: A population-Based case-control study. Am J epidemiol 128: 456 1998.
- 5.- Tortolero-Luna G, mitchell Mf,Rhodes-Morris HE, epidemiology and screening of ovarian cancer. Obstet gynecol clin north am 1994: 21:1-24.
- 6.-Filly RA. ovarian masses... Wath to look for... wath to do. In: Callen PW, de ultrasonography in obstetrice and gynecologh, 3er de. philadelphia, Pa: saunders, 1994 625-640.

7.- Benacerral. BR, finkler NJ, wojciechowski C, knapp RC, sonographic accuracy in the diagnosis of ovarian masses. J reprod med 1990, 35:491-495.

8.- Morrow CP, curtin JP, townsend DE. synopsis of ginecologic oncology. 4 thde. New York, NY Churchil livingstone, 1993.

9.- Koonigs PP, campbell K, Mishell DR, Grimes DA. relative frecuency of primary ovarian neoplasm: a 10-year review obstet gynecol 1989, 74:921-926.

10.- Benjamin Y, Rubin SC managemet of carlystage epithelial ovarian cancer. obstet gynecol clin am 1994, 21:79-92.

11.- Parker WH, Berek JS, magament of select cystic masses in postmenopausal woman by operative laparoscopy a pilot study AM J obstet gynecol 1990, 163:1574-1577.

12.- Ultrasonography in obstetrics and gynecology 3er edition 1994.

13.- E.P.K tumores ovaricos por tac y USG . memorias del XXXI curso anual de Radiologia e Imagen SMRI del 31 de enero al 5 febrero de 1997. pag. 268-269.