



11217⁴⁷ 24j.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE SONORA
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EVALUACION CLINICO-ULTRASONOGRAFICA DE MASAS
ANEXIALES Y OVARICAS. CORRELACION HISTOPATOLOGICA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

DR. MANUEL ESPINOZA PARRA

DR. FELIPE ARTURO MENDEZ VELARDE
ASESOR

Hermosillo, Sonora, a 28 de Febrero de 1998

1998



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.



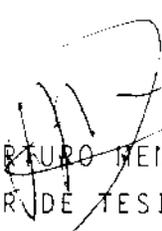
DR. EUGENIO MEDINA LEON
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



DR. GUSTAVO NEVAREZ GRIJALVA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



DR. JORGE ISAAC CARDOZA AMADOR
COMITE DE INVESTIGACION



DR. FELIPE ARTURO MENDEZ VELARDE
ASESOR DE TESIS

DEDICATORIA:

A mi Madre; Doña Amparo Parra, por
su cariño y apoyo brindado.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
HIPOTESIS	6
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	11
DISCUSION	14
CONCLUSIONES	15
SUGERENCIAS	17
BIBLIOGRAFIA	25

INTRODUCCION

Al momento de detectar por medio de una adecuada exploración clínica, una masa a nivel pélvico, tratamos de considerar todas las posibilidades de diagnóstico que pudieran resultarnos. En ocasiones no siempre se tiene un origen anatómico con certeza, y esto es debido a las diferentes estructuras que se encuentran en la pelvis (intestino, vías urinarias, útero y anexos, tejido retroperitoneal) Ahora bien, no podemos precisar tampoco si la masa detectada es de conducta benigna o maligna.

El clínico siempre debe tomar en cuenta todas las posibilidades de diagnóstico que pudieran ser, al momento de llevar a cabo una exploración pélvica cuidadosa. Esto ayudará a una mejor evolución de los tumores que a nivel pélvico se estudien.

La debida exploración clínica es, sin lugar a dudas, fundamental para el diagnóstico de los tumores, sin embargo no siempre es posible identificar con precisión las características que particularmente presentan por medio del examen físico únicamente.

La determinación oportuna de la conducta benigna o maligna de una masa pélvica, es particularmente trascendente para el tratamiento. Así también, en los casos de problemas

agudos en los que la intervención más temprana ayuda a disminuir la mortalidad (embarazo ectópico roto), están basados principalmente en la evaluación clínica.

Desde hace unos años se viene utilizando el equipo ultrasonográfico para el estudio integral de masas anexiales y ováricas, el cual nos reporta de una manera más objetiva las características especiales de la masa estudiada.

Es notable la utilidad clínica del ultrasonido para la evaluación diagnóstica, sin embargo y muy a pesar de ello, una masa anexial u ovárica, constituye con frecuencia un verdadero problema de diagnóstico. Tomando en cuenta esto, hicimos una evolución clínica-ultrasonográfica con correlación histopatológica de masas anexiales y ováricas en pacientes atendidas en nuestro hospital.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Durante todo el tiempo y desde la época de Hipócrates, ya se conocían los problemas que se presentaban cuando se detectaba una masa a nivel pélvico, la evolución del problema, sobre todo en aquellos en los que se sospechaba malignidad. En la mayoría, si no es que en la totalidad, la conducta era expectante y conservadora, con deterioro inevitable de las pacientes.

A principios del siglo XIX, se realizaron las primeras intervenciones quirúrgicas pélvicas, siendo McDowell, un Cirujano Ginecólogo que extirpara un tumor ovárico en la Navidad de 1809 a una paciente que sobrevivió 32 años más. Posteriormente se fueron desarrollando técnicas quirúrgicas con fines curativos y de diagnóstico.

A principio del Siglo XX, el ultrasonido fue tema de estudio para los físicos, siendo utilizado primeramente como detector de objetos a distancia en los actos bélicos. Las bases de los efectos del sonar y del radar fueron descubiertas por los hermanos Curie por el año de 1880. Aunque al principio se utilizó con otros fines muy ajenos a la medicina, siempre tuvo aplicaciones a esta. Primero se empleo como parte de tratamiento en cáncer ya que se le atribuyeron efectos tónicos. La experimentación acerca de la posible utilidad del ultrasonido para examinar los

órganos del cuerpo humano se dió entre los años de 1940 a 1950. El Profesor Ian Donald, un ginecoobstetra fue sin duda la persona que realizó los trabajos clínicos que sentaron las bases para el desarrollo del ultrasonido en la clínica ginecoobstétrica.

El advenimiento del ultrasonido y sus aplicaciones en medicina, permitió valorar de una manera más integral los problemas tumorales a nivel pélvico, no solamente corroborando la presencia del tumor, sino además, aportando las características físicas (origen, tamaño, consistencia).

La sensibilidad diagnóstica varía según el problema a estudiar, sin embargo, se ha obtenido porcentajes hasta un 98% de sensibilidad diagnóstica. No obstante, la valoración del examen físico de la paciente es, a todas luces, esencial para el manejo integral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para conocer la importancia de la valoración clínica por exámen físico y por ultrasonido, habríamos de evaluar integralmente estos dos eventos. La correlación histopatológica del diagnóstico clínico y ultrasonográfico permitiría la evaluación. Es necesario conocer la influencia que el ultrasonido representa por su sensibilidad, en la intervención oportuna y adecuada de los tumores de anexos y ováricos. La unificación de criterios de diagnóstico y manejo de los pacientes con masas anexiales y ováricas, es de capital importancia.

HIPOTESIS

La valoración Clínica por exámen físico es esencial para el diagnóstico.

El estudio ultrasonográfico permite identificar las características físicas de las masas anexiales y ováricas con mayor precisión.

La influencia del ultrasonido obliga en ocasiones a ser más oportuno en el manejo.

El diagnóstico clínico y el diagnóstico ultrasonográfico no siempre coinciden.

El reporte histopatológico evalúa, sin duda alguna, la sensibilidad del ultrasonido en el estudio de las características físicas de tumores de anexos y de ovario.

El médico debe siempre basarse en los datos clínicos para el diagnóstico.

OBJETIVOS

Analizar el valor de la exploración física en el diagnóstico de masas anexiales y ováricas.

Analizar el valor del ultrasonograma en el diagnóstico de masas anexiales y ováricas.

Correlacionar por reporte histopatológico la evaluación clínica y ultrasonográfica de las masas anexiales y ováricas

Valorar la sensibilidad diagnóstica del ultrasonograma en el estudio de masas anexiales y ováricas.

Analizar las posibles causas que hicieron no coincidir la clínica y el ultrasonograma.

MATERIAL Y METODOS

Nuestro estudio incluye un total de 66 pacientes con masas axiales y ováricas, las cuales fueron captadas en el servicio de urgencias y por consulta externa del servicio de ginecología y obstetricia en el Hospital General del Estado de Sonora, en la ciudad de Hermosillo, en un período comprendido de Abril de 1992 a Mayo de 1995,.

Los Criterios de Inclusión fueron: aquellos pacientes en que se les detectó una masa que se sospechó clínicamente un origen anexial u ovárico y que además tuvierán:

- 1.- Ultrasonograma pélvico previo a la cirugía.
- 2.- Se haya realizado intervención quirúrgica posterior al diagnóstico clínico y ultrasonográfico.
- 3.- Que contaran con reporte histopatológico transoperatorio posterior, del espécimen quirúrgico.

Los Criterios de Exclusión fueron todos aquellos casos en que no se contaron con los exámenes que se mencionaron anteriormente.

Los datos fueron extraídos del Archivo clínico del Hospital General del Estado de Sonora.

A todos los pacientes que ingresaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia, se les realizó una historia clínica y exploración física completa, evaluando el estado general de la paciente. Se solicitó exámenes de laboratorio

prequirúrgico que incluyó biometría hemática completa, tiempo de coagulación, tipo sanguíneo y factor Rhesus. A los pacientes mayores de 40 años se les valoró el riesgo quirúrgico por parte del Servicio de Medicina interna, a estas pacientes se les solicitó además glucosa, urea, creatinina, radiografía de tórax, electrocardiograma. A las pacientes con sospecha de gestación ectópica ó quiste hemorrágico, se les pidió fórmula roja de control seriada para valorar pérdidas sanguíneas.

Todas las pacientes tuvieron unidades de sangre disponible para transfundir en caso necesario.

El gabinete de ultrasonografía utilizó un transductor lineal de 3 y 3.5 megahertz con 10 centímetros de longitud focal y un diámetro de superficie de 10 centímetros; se realizaron cortes longitudinales, transversales y oblicuos y fueron practicados con un centímetro de intervalo. Las pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente posterior al estudio ultrasonográfico, en un lapso no mayor de 2 semanas.

La pieza obtenida en el acto quirúrgico fue enviada al servicio de histopatología del Hospital para estudio transoperatorio o posterior.

En las pacientes que presentaron dificultades técnicas por encontrarse implicados otras estructuras anatómicas como asas intestinales, ganglios retroperitoneales, epiplón,

vías urinarias, entre otras, se pidió la colaboración del servicio de cirugía general.

A las mujeres en que se corroboró extirpe histológico y conducta maligna del tumor, fueron referidas al servicio de oncología médica y radioterapia.

RESULTADOS

El total de las pacientes comprendidas en este estudio tienen en común presentar una tumoración a nivel de anexos o en ovario, sin embargo, las manifestaciones clínicas correspondientes son muy variadas; no son comparados entre sí los parámetros como: edad, (desde 17 hasta 66 años) paridad (nulíparas hasta grandes multíparas y el cuadro clínico.

Del diagnóstico clínico establecido en la consulta externa y el servicio de urgencias (tabla No. 1), se obtuvo con mayor frecuencia el quiste de ovario de características y conducta benigna, siendo un número de 46 pacientes representando el 69.6% de los casos, para el cáncer de ovario fueron 10 pacientes (15.0%), tumoración anexial 5 pacientes (7.5%) y embarazo ectópico 5 pacientes representando otro 7.5%.

El diagnóstico por ultrasonografía (tabla No.2), presentó un total de 50 pacientes con tumoración benigna de ovario lo que corresponde al 75.7%; para el cáncer de ovario fueron 10 pacientes (15.0%), el embarazo ectópico se diagnosticó solo en 3 pacientes (4.5%) siendo los tres a nivel tubario; el quiste paratubario se encontró en 3 pacientes (4.5%).

Los diagnósticos ultrasonográficos son comparados con los diagnósticos operatorios, en donde se encontró únicamente un quiste paratubario, un cuerpo extraño (textiloma) y un total de 51 tumoraciones benignas de ovario; los diagnósticos de cáncer de ovario y embarazo ectópico permanecieron igual.

Los diagnósticos de histopatología correspondiente a cada paciente, son mostrados en la tabla No. 3; en donde se encontrarán en los reportes 19 casos de cistadenoma seroso lo que corresponde un 28.7%, quiste folicular 8 casos (12.1%), endometrioma de ovario 5 casos (7.5%), cistadenocarcinoma de ovario 8 casos (12.1%), carcinoma de células de la granulosa de ovario 1 caso (1.5%), carcinoma de células germinales de ovario 1 caso (1.5%), teratoma 7 casos (10.6%), quiste dermoide 1 caso (1.5%), embarazo ectópico tubario 3 casos (4.5%), quiste paratubario 4 casos (6.0%), hidrosalpinx 1 caso (1.5%), cistadenoma mucinoso 4 casos (6.0%), piasalpinx 1 caso (1.5%), fibrotecoma 2 casos (3.0%), textiloma 1 caso (1.5%). En total se tienen 46 tumoraciones benignas de ovario, 10 casos de cáncer de ovario, 10 tumoraciones benignas de trompas de falopio (incluyendo el piosalpinx), y un cuerpo extraño. La correlación del diagnóstico operatorio con el reporte histopatológico se muestran en tabla No. 6 en donde se encuentra una coincidencia en 57 de las pacientes, correspondiendo el 86.3% y no coincidieron en 9 de las pacientes (13.6%)

Los diagnósticos establecidos por exploración física fueron corroborados en el 93.9% de los casos por ultrasonografía, claro está que el ultrasonido brindó mayor información de las características físicas de las tumoraciones tales como: origen, tamaño, consistencia, etc. No se coincidió en 6.1%, dos de los casos no fueron gestación ectópica y otros 2 casos no fueron tumoración anexial como se habían sospechado clínicamente. Lo anterior es mostrado en la tabla No. 4.

Ahora bien, los diagnósticos ultrasonográficos coincidieron en un 96.9% (64 casos), con diagnóstico operatorio y no coincidieron en 3.1% (2 casos), en donde un caso se identificó como cuerpo extraño y el otro como tumoración de origen ovárico. Esto se muestra en la tabla No. 5.

La correlación operatoria con el diagnóstico histopatológico coinciden en 57 de los casos correspondiendo un 86.3% y no coincidieron en 9 casos (13.6%). La tabla No. 6 nos muestra lo anterior.

DISCUSION

Al momento de realizar una exploración física cuidadosa podemos detectar relativamente una tumoración a nivel de anexos y ovario, sobre todo en las pacientes de complexión normolínea y que colaboran adecuadamente. No obstante, se presentan dificultades para brindarle con precisión las características físicas por la sola exploración aunque esta haya sido exhaustiva. En ocasiones el cuadro clínico es confuso y se toman conductas espectantes o intervencionistas, que en algunas de las veces resultan presuradas (caso donde no era necesario intervenir) ó bién, demasiado inoportunas como sería en los procesos de tipo maligno.

Las dudas obtenidas en la exploración física de pacientes afectadas con tumoraciones anexiales y ováricas, se pueden disminuir utilizando adecuadamente el ultrasonograma, pues este además de corroborar la presencia de tumor a ese nivel, facilita el estudio de las características físicas como origen, tamaño, consistencia, lo cual permite un diagnóstico más preciso por medio de la concertación protocolaria.

En nuestra serie de pacientes estudiadas, el diagnóstico clínico pudo coincidir en 62 de ellas, con el diagnóstico ultrasonográfico, lo que representa un 93.9%, no llegando

a coincidir en solamente 4 pacientes, correspondiendo a un 6.1%. Ahora bien, el diagnóstico ultrasonográfico coincidió con el diagnóstico operatorio en 64 pacientes (96.9%), y no coincidiendo en sólo 2 de ellas (3%). Por otra parte, el reporte histopatológico coincidió con el diagnóstico operatorio en 57 de las pacientes (86.3%), no coincidiendo en 9 de ellas (13.6%).

Se tienen reportes en la literatura en donde correlacionan la sensibilidad ultrasonográfica con el reporte final del caso, alcanzando un 98% de sensibilidad diagnóstica ultrasonográfica, aunque también mencionan la variabilidad sensitiva para ciertos casos.

Por lo anteriormente dicho, no se pretende sustituir la exploración clínica cuidadosa por el ultrasonograma. Tampoco se aconseja tomar como base el diagnóstico ultrasonográfico, sin considerar los datos obtenidos por el examen físico.

CONCLUSIONES

Durante el exámen clínico resultán variadas impresiones diagnósticas las cuales son corroboradas ó bién, mas precisadas por el estudio ultrasonográfico. En conclusión del estudio tenemos que éste último no va a sustituir por el momento a una adecuada exploración física ginecológica a pesar de que se describan de una manera más objetiva las características de una tumoración por parte del ultrasonido.

Por otro lado, podemos mencionar que el manejo quirúrgico de las pacientes no fue desviado por la influencia del ultrasonograma ante la presencia de una tumoración ya detectada a nivel de anexos u ovario. Si acaso, fueron consideradas las características de la tumoración como información complementaria.

La sola exploración física en ocasiones no es suficiente para dictar una impresión diagnóstica, sobre todo en aquellas pacientes difíciles de explorar o que estas no brindan datos concluyentes.

SUGERENCIAS

Al descubrir una tumoración a nivel de anexos o de ovarios, debemos realizar una exploración física exhaustiva y llegar a un diagnóstico clínico.

Podemos tomar en consideración el uso del ultrasonograma pélvico para la descripción de las características de la tumoración que se estudie, más no permitir que éste sustituya nuestra costumbre de realizar un exámen pélvico cuidadoso.

Las pacientes que ameriten un manejo quirúrgico con urgencia, no se les debe brindar una conducta expectante prolongada en espera de un estudio ultrasonográfico ó que éste no brinde datos concluyentes.

A las pacientes que lo ameriten se les debe dar un manejo multidisciplinario, apoyados por los diferentes servicios hospitalarios (cirugía general, oncología, urología, radioterapia, etc.).

T A B L A S

TABLA No. 1

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN DIAGNOSTICO CLINICO

T I P O	No.	%
1. Quiste de ovario	46	69.6
2. Cáncer de ovario	10	15.0
3. Tumor anexial	5	7.5
4. Embarazo ectópico	5	7.5
T O T A L	66	100

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA No. 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN DIAGNOSTICO
ULTRASONOGRAFICO Y OPERATORIO

	No.	%	No.	%
OVARICO:				
- Neoplasia benigna	50	75.7	51	77.2
- Neoplasia maligna	10	15.1	10	15.1
ANEXOS:				
- Embarazo ectópico	3	4.5	3	4.5
- Quiste paratubario	3	4.5	1	1.5
- Cuerpo extraño	0	0.0	1	1.5
T O T A L	66	100	66	100

TABLA No. 3

RELACION DE PACIENTES SEGUN DIAGNOSTICO
HISTOPATOLOGICO

T I P O	No.	%
1. Cistadenoma seroso ovario	19	28.7
2. Quiste folicular	8	12.1
3. Endometrioma de ovario	5	7.5
4. Cistadenocarcinoma ovario	8	12.1
5. Cáncer de células granulosa	1	1.5
6. Cáncer de células germinales	1	1.5
7. Teratoma	7	10.6
8. Quiste dermoide	1	1.5
9. Embarazo ectópico	3	4.5
10. Quiste paratubario	4	6.0
11. Hidrosalpinx	1	1.5
12. Cistadenoma mucinoso ovario	4	6.0
13. Piosalpinx	1	1.5
14. Fibrotecoma	1	1.5
15. Fibroma ovárico	1	1.5
16. Textiloma	1	1.5
T O T A L	66	100

TABLA No. 4

CORRELACION CLINICA Y ULTRASONOGRAFICA

	No.	%
CONCIDIO:		
- Diagnóstico clínico con Diag. ultrasonográfico	62	93.9
NO COINCIDIO		
- Diagnóstico clínico con Diag. ultrasonográfico	4	6.1
T O T A L	66	100

TABLA No. 5

CORRELACION ULTRASONOGRAFICA Y OPERATORIA

	No.	%
COINCIDIO		
- Diagnóstico ultrasonográfico con Diagnóstico operatorio.	64	93.9
NO COINCIDIO		
- Diagnóstico ultrasonográfico con Diagnóstico operatorio	2	3.0
T O T A L	66	100

TABLA No. 6

CORRELACION OPERATORIA CON ESTUDIO
HISTOPATOLOGICO

	No.	%
COINCIDIO		
- Diagnóstico operatorio con Diagnóstico histopatológico	57	86.3
NO COINCIDIO		
- Diagnóstico operatorio con Diagnóstico histopatológico	9	13.6
T O T A L	66	100

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Sutton Curtis L; McKinney, CD; Jones, JE; Gay, SB. Ovarian masses revisited: Radiologic and pathologic correlation Radiographics 853-878: 1992.
- 2.- Fleischer AC; Rodgers WH; Kepple DM; Williams LA; Jones III HW; Gross PR: Color doppler sonography of benign and malignant ovarian masses. Radiographics 879-885: 1992.
- 3.- Atri, M; Nazarnia, S; Bret, PM; Aldis, AE; Kintzen, G; Reinhold C. Endovaginal sonographic appearance of benign ovarian masses. Radiographic 747-762: 1994.
- 4.- Wagner, BJ; Buck, JL; Seidman, JD; McCabe, KM; Ovarian epithelial neoplasma: Radiologic-Pathologic correlation Radiographic 1351-1374: 1994.
- 5.- Bragg, DG; Hricak, H: Imaging in gynecologic malignancies. Cancer 71; 1648-1651: 1993.
- 6.- Jones III, WH; Wents, AC; Burnet, LS: Tumores de ovario. Tratado de Ginecología. Interamericana 693-701: 1991.
- 7.- Stoopan, ME; Reynes, CJ: Ultrasonografía en obstetricia. Interamericana 1; 51: 1993.
- 8.- Kobayashi: Atlas de ultrasonografía en Ginecología y Obstetricia. Panamericana 40-130: 1980.
- 9.- Linford, RJ; Kukard, RF; Coetzee, E: The use of ultrasound in the diagnosis of pelvic masses. S Afr Med J 27-31: 1979.