

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3, C.M.N. LA RAZA
'HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE'

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA PRUEBA DE SEASSON POR ULTRASONOGRAFIA TRANSVAGINAL PARA TUMORES OVARICOS EN EL H.G.O.3, C.M. LA RAZA

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. YOLANDA ELIZABETH CABALLERO PANTOJA

ASESOR: DR. SAMUEL GALIENALVA ROSALES

COLABORADORES: DR. SAMUEL A. LIEVANO TORRES DR. VICTOR MANUEL PALACIOS HIDALGO



MEXICO D.F.

CENTRO MEDICO ... FEBRERO DEL 2000



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.

# ÍNDICE

COLABORADORES:.....	1
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO .....	3
ÍNDICE.....	4
TITULO.....	5
ANTECEDENTES.....	6
OBJETIVOS.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	17
MATERIAL Y MÉTODO.....	18
RESULTADOS.....	23
TABLAS Y GRÁFICAS.....	26
CONCLUSIONES.....	41
ANEXOS.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	45

# TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

## TITULO:

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA PRUEBA DE SEASON POR ULTRASONIDO TRANSVAGINAL PARA TUMORES OVÁRICOS EN EL HGO Nº 3 CM LA RAZA.

## NOMBRE Y ADSCRIPCIÓN DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

DRA. YOLANDA ELIZABETH CABALLERO PANTOJA  
MEDICO RESIDENTE DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HGO 3 CM LA RAZA.

## RESPONSABLES DIRECTOS:

DR. SAMUEL PEÑALVA ROSALES  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA. HGO 3 CM LA RAZA

DR. SAMUEL ALEJANDRO LIEVANO TORRES  
DEPARTAMENTO DE TOCOQUIRURGICA

## COLABORADORES:

DR. VÍCTOR MANUEL PALACIOS HIDALGO  
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA HGO 3

DRA. ROSA MARÍA PANZI ALTAMIRANO  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE IMAGENOLOGIA HGO 3 CM  
LA RAZA

DR. OSCAR MARTÍNEZ RODRÍGUEZ  
DIRECTOR MEDICO DEL HGO 3 CM LA RAZA

## DEDICATORIAS

A DIOS:

Por darme la oportunidad de vivir.

A MIS PADRES Y HERMANA.

Por su apoyo en todo momento.

A MI ESPOSO E HIJO:

Por brindarme su tiempo y su cariño.

## AGRADECIMIENTOS

A TODAS NUESTRAS PACIENTES  
POR PERMITIRNOS APRENDER.

A TODO EL PERSONAL DEL HOSPITAL DE GINECO-  
OBSTETRICIA No.3 CENTRO MEDICO LA RAZA EN ESPECIAL  
AL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA Y ULTRASONOGRAFIA  
POR EL APOYO OTORGADO

TITULO:

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA PRUEBA DE SEASSON  
POR ULTRASONIDO TRANSVAGINAL PARA TUMORES  
OVÁRICOS EN EL HGO N° 3 CM LA RAZA

## ANTECEDENTES

El cáncer ovárico representa la 4a. causa de muerte en mujeres americanas, se estima que 13,000 mujeres mueren al año por este padecimiento: 1 a 2 casos x 10,000 en mayores de 45 años y 7 casos por 10,000 en mayores de 70 años (1,2), siendo la extirpe epitelial el tipo histológico más común (3).

Se ha asociado con factores de riesgo como la nuliparidad (4), antecedentes heredofamiliares en un 9.4% (3) menarca temprana, menopausia tardía, cuya influencia es no concluyente (3,4), consumo de grasas en la dieta, productos lácteos, café, uso de drogas para la fertilidad y el uso de talco perineal(3).

También existen factores que disminuyen el riesgo para cáncer ovárico como son el uso de anticonceptivos orales por tiempos prolongados ( más de 5 años reduce en un 50% aproximadamente), multiparidad, lactancia prolongada, la OTB y la Histerectomía (3,4,5).

El diagnóstico de cáncer ovárico generalmente se realiza en etapas tardías en un 70% en los estadios III o IV según la FIGO (6), ya que en etapas iniciales es asintomático o se presenta con mínima sintomatología



dispéptica, y es hasta que se detecta un tumor abdominopélvico palpable cuando su acude a revisión médica, por ello cada vez se hace mayor énfasis en los test diagnósticos para una detección precoz y disminuir la mortalidad principalmente en mujeres postmenopáusicas (5).

Las pacientes diagnosticadas con estadios I tienen un excelente pronóstico siendo la enfermedad potencialmente curable, desafortunadamente al momento del diagnóstico solo el 25% de ellas se encuentran en esta etapa (2,5), con una supervivencia a los 5 años del 80%, disminuyendo la misma al 10-15% para estadios III y IV.

De la adecuada predicción preoperatoria del cáncer benigno o maligno de los tumores ováricos dependerá el óptimo manejo preoperatorio e intraoperatorio (7).

Los descubrimientos a mitad de este siglo como el Ultrasonido, el desarrollo de la laparoscopia, el descubrimiento de los marcadores tumorales y las técnicas para examinar cortes fríos, aumentan las posibilidades para un diagnóstico temprano del cáncer ovárico, haciendo más específica la evaluación preoperatoria e intraoperatoria y así desarrollar estrategias individuales para su manejo (8).

Varios estudios han demostrado el valor del ultrasonido en la detección de patología ovàrica, incluyendo el càncer en etapas tempranas, su naturaleza, extensión, características, aportan datos más precisos a los encontrados por palpación bimanual (9,10) siendo una técnica con mayor sensibilidad y especificidad, sin embargo con un valor predictivo positivo para malignidad bajo (1,2,6,11).

El diagnóstico de tumores ovàricos se basa en la examinación clínica (Historia clínica y exploración bimanual), ultrasonografía ( abdominal y/o vaginal), medición de marcadores tumorales que constituyen el triple método diagnóstico.

Actualmente a estos estudios se han sumado la resonancia magnética y el ultrasonido doppler color que se ha correlacionado significativamente con los hallazgos histopatológicos en términos de vascularidad ( 5,6,11,12,13).

Otros estudios también han demostrado una correlación significativa en cuestión genética asociado a la ploidia del DNA. ( DNA. diploide es igual a mejor supervivencia)(14), así como la asociación con el gen BRCA 1 en el 85 al 100% de las pacientes con càncer ovàrico, localizado en el cromosoma 17q (3), asociados

como indicadores pronósticos de supervivencia junto con el estadio, tipo histológico y el grado tumoral.

En cuanto al Ultrasonido, la imagen normal de los ovarios en mujeres premenopàusicas es el de pequeñas estructuras ovoides, regulares, hipogènicas de aproximadamente 3x2x1.5 cm con un volumen menor de 18ml, en mujeres postmenopàusicas los ovarios pueden no ser visualizados en el ultrasonido o ser de volúmenes inferiores a los 8 mm.

Existen datos sugerentes de malignidad como son (6,10) :

- a) contornos irregulares internos o externos, estructuras sólidas, septos gruesos ( mayores de 5 mm ) o papilas.
- b) tumor bilateral
- c) ascitis
- d) signos de metástasis

El valor predictivo del ultrasonido transvaginal para el cáncer ovàrico llega a ser de aproximadamente del 73% y para tumores benignos del 95.6% (6,15).

Otros estudios han tomado 5 grados de homogeneidad como predictores de malignidad por ultrasonido vaginal.

- I Línea definida en quistes solitarios asociada en un 0.9% a malignidad
- II Línea definida en tumores homogéneos asociada en un 1.9% a malignidad.
- III Pobremente definidos, o tumores ligeramente heterogéneos asociados en un 17%.
- IV Tumores marcadamente heterogéneos asociados en un 58%
- V Completamente heterogéneos asociados en un 75%.

Estudios realizados en ultrasonido transvaginal como el de Sasson et. al. (15) toma en cuenta 4 criterios, asignando un puntaje a cada uno de ellos :

- 1.- estructura interna de la pared : de 1 a 4 puntos.
- 2.- grosor de la pared : de 1 a 3 puntos.
- 3.- presencia de septos : de 1 a 3 puntos.
- 4.- ecogenidad : de 1 a 5 puntos.

Se establece el puntaje mínimo de 4 puntos y el máximo de 15 puntos; utilizando el puntaje de 9 o mayor como indicador de malignidad teniendo este método una sensibilidad del 89 al 100% para malignidad y

especificidad del 73% al 83% con valor predictivo de positividad del 37% y de negatividad del 100% (1,6,15).

Otro método utilizado es el del Investigador De Priest et al. (16) que incluye 3 parámetros:

- |                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| 1.- volumen:               | de 0 a 4 puntos |
| 2.-estructura de la pared: | de 0 a 4 puntos |
| 3.-estructuras septales :  | de 0 a 4 puntos |

Aquí el volumen se calcula multiplicando el peso x el grosor x anchura y multiplicados por la constante 0.523.

El valor predictivo de malignidad fue con 5 puntos o mayor, con una sensibilidad y especificidad para malignidad del 89 y 70% respectivamente y con valor predictivo para positividad y negatividad del 29 y 64% respectivamente (1,2,6,16).

Para el diagnóstico y pronóstico del cáncer ovárico también se han utilizado marcadores tumores, de ellos uno de los más utilizados es el antígeno CA 125 (10), que se encuentra por encima de las 35 unidades por mililitro en el 80% de las pacientes con cáncer ovárico de extirpe epitelial, aunque este tipo de marcado no es específico y

puede variar con la edad, día del ciclo, menopausia, embarazo,, uso de anticonceptivos orales y en patologías benignas como endometriosis, EPIC (L,6), cirrosis hepática y falla cardíaca (7).

En base a esto se ha determinado el índice de riesgo de malignidad (RIM) calculando usando el nivel de CA 125, el puntaje por Ultrasonido y el estado menopáusico como predictivo de malignidad, teniendo una sensibilidad del 85% y especificidad del 77% (17), y en otros estudios sensibilidad del 80%, especificidad del 92% y valor predictivo positivo del 83% (18).

Después de que se ha hecho el diagnóstico de una lesión ovárica se toman 4 opciones para el tratamiento:

- 1.- expectante con revaloración en 1 a 2 meses (dependiendo de la edad ).
- 2.- punción bajo visualización ultrasonográfica
- 3.- laparoscopia con punción , fenestración o cistectomía.
- 4.- laparotomía.

Actualmente rara vez se realiza la aspiración por guía ultrasonográfica, ya que se considera un procedimiento innecesario y además en los casos en que

se sospeche de cáncer ovárico es considerable el riesgo de esparcir células tumorales en el peritoneo(19).

Para elegir entre laparoscopia o laparotomía se utilizan guías como lo son los criterios ultrasonográficos que en casos de sugerir cáncer esta indicada una laparotomía, independientemente de la edad de la paciente. Esto es válido para tumores mayores de 10 a 12 cm, posterior a la exéresis se realizan cortes fríos para el diagnóstico transoperatorio y con el resultado definitivo se decidirá la extensión de la cirugía.

Si el tumor es menor de 10 a 12 cm, con criterios ultrasonográficos que sugieren un crecimiento benigno, niveles de CA 125 dentro de la normalidad, la laparoscopia puede ser el tratamiento de elección; sin embargo otros autores recomiendan la laparotomía por el porcentaje de falsas negativas y los riesgos de complicación como ruptura, torsión o sangrado, debiéndose realizar en todos ellos una laparotomía protocolizada (7).

El estándar de oro continua siendo el diagnóstico histopatológico posterior a la cirugía en base a la clasificación de la Organización mundial de la Salud y el estadiaje por la FIGO, para tumores ováricos.

Reportes previos indican que en la mayoría de los tumores ováricos encontrados son benignos en un 68% y solo un 32% malignos, y que de ellos los tumores de extirpe epitelial son el tipo histológico más común, encontrándose en menor porcentaje en estadios I y II y en mayor cantidad en estadios III, IV (18,20).



## OBJETIVOS

DETERMINAR LA SENSIBILIDAD DE APLICACIÓN DE LA ESCALA DE SEASSON POR ULTRASONIDO TRANSVAGINAL EN LOS TUMORES OVARICOS PARA ESTABLECER SU UTILIDAD EN EL HGO 3 C.M .LA RAZA.

DETERMINAR LA ESPECIFICIDAD DE APLICACIÓN DE LA ESCALA DE SEASSON POR ULTRASONIDO TRANSVAGINAL EN LOS TUMORES OVÁRICOS PARA ESTABLECER SU UTILIDAD EN EL HGO 3 C.M .LA RAZA

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

CUAL ES LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA ESCALA DE SEASON POR ULTRASONIDO TRANSVAGINAL Y SU UTILIDAD COMO PRUEBA DIAGNOSTICA EN TUMORES OVÁRICOS EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA 3 CM LA RAZA.

## JUSTIFICACIÓN

LOS TUMORES OVÁRICOS SON UNA DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE GINECOLOGÍA Y ONCOLOGÍA DE NUESTRO HOSPITAL DE 3ER NIVEL HGO 3 CM LA RAZA, SIENDO ESTA PATOLOGÍA UNO DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL (LAPAROTOMÍA PROTOCOLIZADA), SU DIAGNOSTICO PRECOZ UTILIZANDO MÉTODOS COMO EL ULTRASONIDO TRANSVAGINAL APLICANDO LA ESCALA DE SEASSON Y SU UTILIDAD COMO PRUEBA DIAGNOSTICA PARA DETECTAR SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA MISMA , AYUDARA A TENER UN DIAGNOSTICO MÁS PRECISO Y ASÍ MISMO ELEGIR LA TÉCNICA QUIRÚRGICA MÁS ADECUADA, ESTO EN BENEFICIO DE NUESTRAS PACIENTES.

## MATERIAL Y MÉTODOS.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.- Pacientes del sexo femenino de cualquier edad.
- 2.- Diagnóstico clínico y por ultrasonido abdominopélvico de tumoración ovárica
- 3.- Tumores uni o bilaterales.
- 4.- Aceptar la realización de ultrasonido transvaginal.
- 5.- Sometidas a cirugía en el HGO 3 CM La Raza
- 6.- Contar con reporte anatomopatológico del HGO 3 CM La Raza

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- Tumores abdominopélvicos no dependientes de ovario.
- 2.- Pacientes con tumor ovárico que reciben cualquier tipo de manejo médico o quirúrgico ajeno a esta unidad durante el periodo de estudio.
- 3.- Ultrasonido transvaginal no realizado en esta unidad.
- 4.- Cirugía realizada fuera de la unidad.
- 5.- No contar con reporte anatomopatológico de la Unidad.
- 6.- Paciente núbil

#### VARIABLE DEPENDIENTE.-

\* Tumores ováricos benignos aquellos con puntaje menor de 9

\* Tumores ováricos malignos aquellos con puntaje mayor de 9

#### VARIABLE INDEPENDIENTE

Puntaje de la Escala de Season con ultrasonido transvaginal aplicado a tumores ováricos

##### 1.- ESTRUCTURA INTERNA DE LA PARED

- A) lisa
- B) Irregular menor de 3 mm.
- C) papilas mayores de 3mm
- D) principalmente sólida

##### 2.- GROSOR DE LA PARED

- A) delgada
- B) gruesa
- C) principalmente sólida

##### 3.- SEPTOS

- A) sin septos
- B) delgados
- C) gruesos

#### 4.- ECOGENICIDAD

- A) sonolucido
- B) baja ecogenicidad
- C) baja ecogenicidad con ecos
- D) ecogenicidad mixta
- E) alta ecogenicidad

Asignando un punto a cada variable con un mínimo de 4 puntos y un máximo de 15 puntos, utilizando el puntaje de 9 o mayor como predictivo de malignidad.

## MATERIAL Y METODO.

El presente estudio se llevó cabo en el Hospital de Gineco-Obstetricia Centro Médico la raza durante un periodo de tiempo comprendido del mes de abril de 1999 al mes de Enero del 2000, siendo un estudio tipo descriptivo transversal y prospectivo.

Se procedió a la detección de pacientes con diagnóstico de tumor pélvico, abdominal o abdominopelvico dependiente de ovario, que acudieron por primera vez a los servicios de ginecología posteriormente se recabaron los siguientes datos: edad, estado civil, gestas, partos, abortos cesàreas, fecha del primer parto, uso de anticonceptivos orales, antecedentes personales patológicos, datos recabados de la exploración física ( tumor palpable , volùmen,

características,ascitis), posteriormente se solicitò ultrasonido transvaginal realizado en nuestra unidad por una persona específica del departamento de ultrasonido recabando la información de los siguientes parámetros presencia de ascitis, volùmen, estructura de la pared , grosor de la pared, características de los septos y ecogenicidad, a los cuales se les darà un puntaje acorde a la prueba de Season . Posteriormente este puntaje fuecomparado con el resultado obtenido por el estudio anatomopatologico de la pleza quirurgica..

Al final se estableciò la sensibilidad y especificidad para validar la utilidad y aplicacion de este metodo aplicando un cuadro tetracorico para su manejo estadistico y asi aplicarlo al estudio de los tumores ovaricos en el HGO 3 CM La Raza en el servicio de Imagenologia.



## RESULTADOS

-El estudio abarco 33 pacientes de las cuales se excluyeron 4 por no reunir los criterios de inclusion.

-En ningún caso se encontró positivo el antecedente heredofamiliar de patología tumoral ovarica .ni relación con nuliparidad, estado civil o uso de hormonales.

-El grupo de edad en el cual se presentó la mayor frecuencia de patología tumoral ovárica fue entre los 40 y 50 años con un promedio de de edad de 45 años.(tabla y grafica 1).

-De la patología ovarica diagnosticada un 69% correspondió a tumores benignos:(tabla y grafica 2) cistadenoma seroso 15 (79%), teratoma quístico maduro 3 (16%),cistadenoa mucinoso 1 (5%)(tabla y gráfica 4) y un 17% a tumores ováricos malignos: (tabla y grafica 2),cistadenocarcinoma 3 (60%),disgerminoma 1 (20%) y un tumor de células de la granulosa 1 (20%).(cuadro y gráfica 3).

-El 14% restante correspondió a patología anexial: 2 plosalpinx bilaterales (50%) y patología tumoral no ovárica 2 leiomomas (50%).(tabla y gráfico 2).

## REPORTE HISTOPATOLOGICO

	+	-
PUNTAJE +	4	5
ESCALA		
SEASON -	1	19

SENSIBILIDAD= 80%

ESPECIFICIDAD= 79%

VALOR PREDICTIVO POSITIVO=44%

VALOR PREDICTIVO NEGATIVO= 95%

-La sensibilidad de la prueba de Season en nuestro Hospital fue del 80%.

-La especificidad de la prueba de Season fue del 79%.

-El valor predictivo positivo fue del 44%

-El valor predictivo negativo fue del 95%.

-De la patología ovárica diagnosticada el 59% se localizó en anexo derecho, el 31% en anexo izquierdo y el 10% bilateral. (tabla y gráfica 5).

-El puntaje para patología ovarica maligna según la prueba de Season fue siempre mayor de 8 puntos.(tabla y grafica 6).

-El puntaje para el diagnóstico de patología ovarica benigna según la prueba de Season fue en su mayoría menor de 9 puntos (tumores) y solo en los casos de plosalpinx y telomiomas fue similar al puntaje de la patología maligna.(tabla y grafica 7)

-El 80% de las pacientes fueron captadas en Estadio I según la FIGO para cancer ovárico(4 pacientes), y solo el 20% en estadio III (1 paciente).

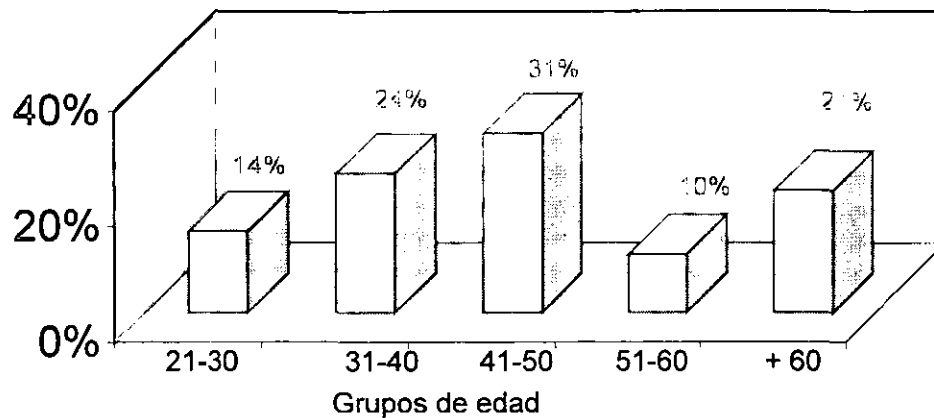
TABLAS  
Y  
GRAFICAS

TABLA 1  
 PRESENTACION DE TUMORES OVÁRICOS POR GRUPOS DE EDAD  
 EN EL HGO 3 CENTRO MEDICO " LA RAZA "

GRUPO DE EDAD	F	%
21 ~ 30	4	14
31 ~ 40	7	24
41 ~ 50	9	31
51 ~ 60	3	10
+ 60	6	21
TOTAL	29	100

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**GRAFICA 1: PRESENTACION DE TUMORES OVÁRICOS POR GRUPOS DE EDAD EN EL HGO 3 CENTRO MEDICO "LA RAZA".**



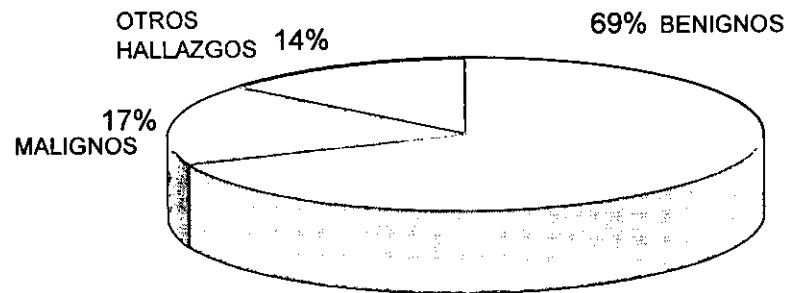
FUENTE : HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

**TABLA 2**  
**PRESENTACION DE TUMORES OVÁRICOS POR DIAGNOSTICO PATOLOGICO**  
**EN EL HGO 3 CENTRO MEDICO " LA RAZA "**

TIPO DE TUMOR	F	%
BENIGNOS	20	69
MALIGNOS	5	17
OTROS HALLAZGOS	4	14

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**GRAFICA 2: PRESENTACION DE TUMORES  
OVÁRICOS POR DIAGNOSTICO PATOLOGICO  
EN EL HGO 3 CENTRO MEDICO "LA RAZA".**



FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

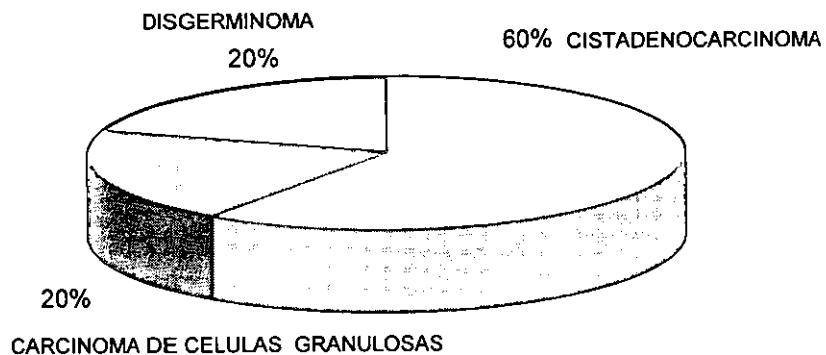


**TABLA 3**  
**VARIEDADES HISTOLOGICAS DE TUMORES OVÁRICOS MALIGNOS**  
**EN EL HGO 3 CENTRO MEDICO " LA RAZA "**

TIPO DE TUMOR	F	%
CISTADENOCARCINOMA	3	60
DISGERMINOMA	1	20
TUMOR DE CELULAS GRANULOSA	41	20

**FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS**

**GRAFICA 3: VARIEDADES HISTOLOGICAS  
DE TUMORES OVÁRICOS MALIGNOS EN EL  
HGO 3 CENTRO MEDICO "LA RAZA".**



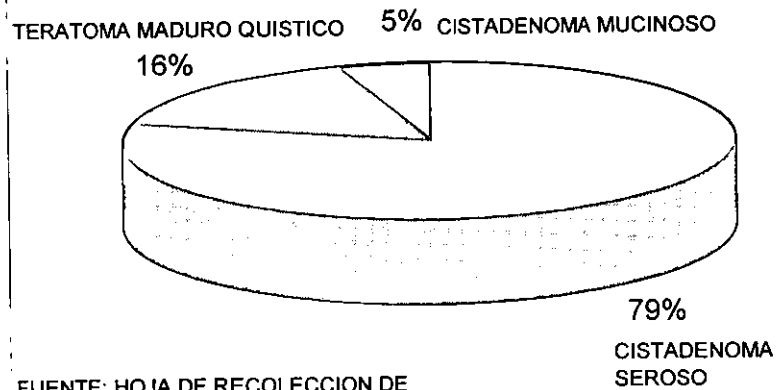
FUENTE : HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**TABLA 4**  
**VARIEDADES HISTOLOGICAS DE TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS**  
**EN EL HGO 3 CENTRO MEDICO " LA RAZA "**

TIPO HISTOLOGICO	F	%
CISTADENOMA SEROSO	15	79
TERATOMA MADURO QUISTICO	3	16
CISTADENOMA MUCINOSO	1	5
TOTAL	19	100

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**GRAFICA 4: VARIEDADES HISTOLOGICAS DE  
TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS EN EL HGO 3  
CENTRO MEDICO "LA RAZA".**



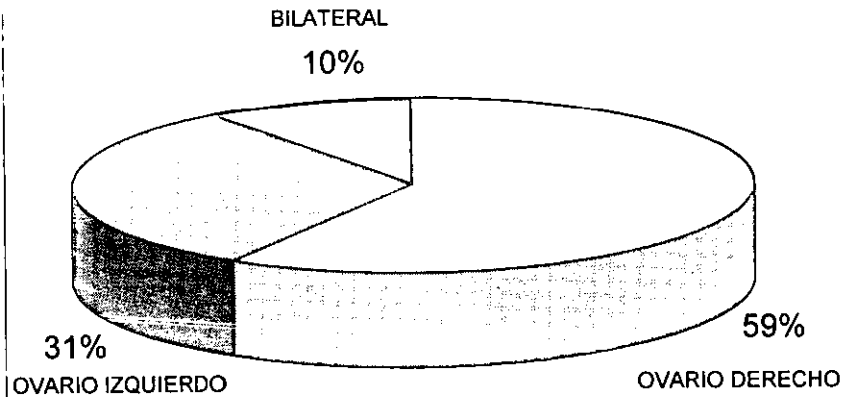
FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE  
DATOS

**TABLA 5**  
**LOCALIZACION DE LA PATOLOGIA OVARICA**  
**EN EL HGO 3 CENTRO MEDICO " LA RAZA "**

UBICACION	F	%
OVARIO DERECHO	17	59
OVARIO IZQUIERDO	9	31
BILATERAL	3	10
TOTAL	29	100

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**GRAFICA 5: LOCALIZACION DE LA  
PATOLOGIA OVARICA EN EL HGO 3  
CENTRO MEDICO "LA RAZA".**



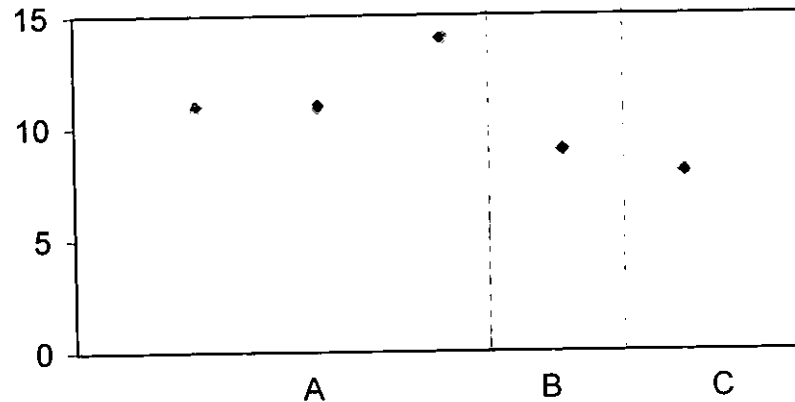
FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

**TABLA 6**  
**CORRELACIÓN SONOGRAFICA EN LESIONES MALIGNAS**  
**Y VALOR POR PUNTAJE DE SEASSON**  
**EN EL HGO 3 CENTRO MEDICO " LA RAZA "**

TIPO HISTOLOGICO	F	PUNTUACION
CISTADENOCARCINOMA	3	11-14
DISGERMINOMA	1	9
CARCINOMA CELULAS DE LA GRANULOSA	L	8

FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**GRAFICA 6: CORRELACION SONOGRAFICA EN LESIONES MALIGNAS Y VALOR POR PUNTAJE DE SEASSON EN EL HGO 3 CENTRO MEDICO "LA RAZA".**



A: CISTADENOCARCINOMA

C: CARCINOMA CELULAS DE LA GRANULOSA

B: DISGERMINOMA

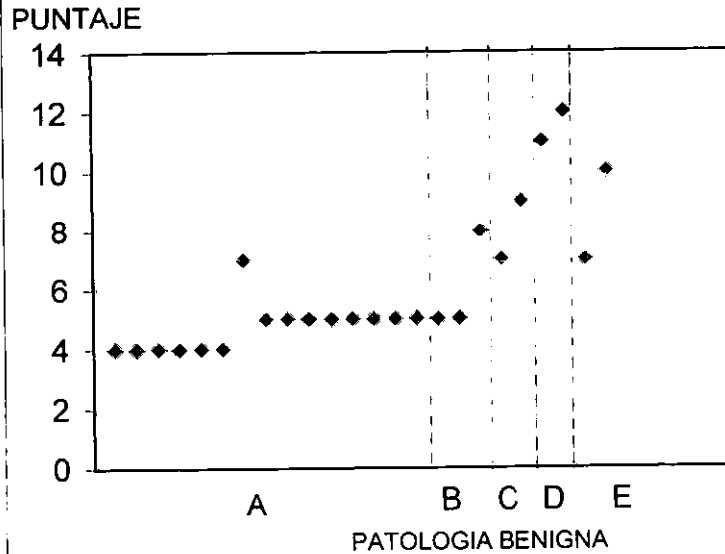
FUENTE: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS



TABLA 7  
 CORRELACIÓN SONOGRAFICA EN PATOLOGIA BENIGNA  
 Y VALOR POR PUNTAJE DE SEASSON  
 EN EL HGO 3 CENTRO MEDICO "LA RAZA"

TIPO HISTOLOGICO	F	PUNTAJE
CISTADENOMA SEROSO	15	4-7
TERATOMA QUISTICO MADURO	3	5-8
CISTADENOMA MUCINOSO	2	7-9
FLOSALFINX	2	11-12
LEIOMIOMAS	2	7-10

**GRAFICA 7: CORRELACION SONOGRAFICA EN PATOLOGIA BENIGNA Y VALOR POR PUNTAJE DE SEASSON EN EL HGO 3 CENTRO MEDICO "LA RAZA".**



A: CISTADENOMA SEROSO  
 B: TERATOMA QUISTICO MADURO  
 C: CISTADENOMA MUCINOSO  
 D: PIOSALPINX  
 E: LEIOMIOMAS

FUENTE : HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

## CONCLUSIONES.

-Se corrobora que no existen factores predisponentes específicos para cancer ovárico (nulliparidad, uso de hormonales, estado civil), así como tampoco se encontró en el presente estudio antecedentes heredofamiliares.

- La edad de promedio de presentación (45 años) fue menor a la reportada por la literatura (mayores de 50 años), explicado por un diagnóstico temprano.

-La prueba de Season por ultrasonido transvaginal es un método útil y específico para la detección oportuna de tumores ováricos, así como para distinguir patología benigna de aquella sugerente de malignidad, con una alta sensibilidad y especificidad con un valor predictivo negativo de 95% datos que se encuentran acordes con la literatura revisada.

-Se confirma que la mayor frecuencia de la patología ovarica se localiza en el ovario derecho con un 59%.

- La detección oportuna de tumores ováricos por métodos específicos como la ultrasonografía transvaginal definirá el curso y evolución de la enfermedad logrando un tratamiento oportuno en etapas iniciales como lo demostró el estudio, con un 80% de los casos de Cáncer ovárico en estadio I y solamente un 20% en Estadio III, difiriendo esto de lo reportado en la literatura donde el 70% son detectados en etapas III y IV.

# A N E X O S

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No.3  
C.M. LA RAZA

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA PRUEBA DE  
SEASON POR ULTRASONIDO TRASNvaginal  
PARA TUMORES OVÁRICOS.

Nombre: ..... Afiliación .....

Edad.....estado civil.....G...P...A...C

Antecedentes heredofamiliares

Uso de hormonales

Tumor palpable si( ) no ( )

ULTRASONIDO TRASNvaginal:

1. Estructura interna de la pared:

a) lisa.....( )

b)irregular menor de 3mm.....( )

c)papilas mayor de 3mm.....( )

d)principalmente sòlida.....( )

2.- Grosor de la pared

a)delgada.....( )

b)gruesa .....( )

c)principalmente sòlida .....( )

3.- Septos

a)sin septos.....( )

b)delgado.....( )

c)gruesos .....( )

4.- Ecogenicidad

a)sonolùcido .....( )

b)baja ecogenicidad .....( )

c)ecogenicidad mixta.....( )

d)ecogenicidad mixta-ecos.....( )

e)alta ecogenicidad.....( )

CIRUGIA.....

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

.....

## BIBLIOGRAFÍA

1.- Botta G,Zarcone R. Transvaginal ultrasound examination of ovarian masses in premenopausal women.European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 1995,62:37-41.

2.-De Priest,et al. The efficacy of a sonographic morphology index in identifying ovarian cancer: A multi institutional investigation, Gynecologic oncology 1994,55: 174-178.

3.- Whittermore A. Characteristics relating to ovarian cancer risk: Implications for prevention and detection. Gynecol Oncol 1994 ,55:S15-S19.

4.- Hankinson S. et al. A prospective study of reproductive factors and risk of epithelial ovarian cancer. Cancer 1995; 76:284-90.

5.- Westhoff Carolyn. Current status of screening for ovarian cancer.Gynecol Oncol. 1994;55:S34-S37.

6.- Hermann U. Sonographic patterns of ovarian tumors. Clinical obstetrics and gynecology.1993;36(2): 375-383.

7.- Shutter E. et al. Diagnostic value of pelvic examination, ultrasound, end serum CA 125 in postmenopausal women with a pelvic mass. *Cancer*; 1994; 74:1398-1406.

8.- Poppl,Stoyanov M. Accuracy of bimanual palpation versus vaginosonography in determination of the measurements of pelvic tumors. *Obstetrics & Gynecology* 1993.

9.- Karland B, Lawrence D. Ovarian cancer screenin. The role of ultrasound in early detection.*Cancer* 1995;76:2011-5.

10.- Guidozi F. Screening for ovarian cancer. *Obstetrical and Gynecological survey*. 1996;15(11):696-701.

11.- Pavlix E. et al. Participation in transvaginal ovarian cancer screening: compliance, correlation factors and costs. *Gynecologic Oncology*. 1995;57:395-400.

12 -Kurjak A, Juckic S, Kupesic S, Babic D. A combined doppler and morphopathological study of ovarian tumors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology*. 1997; 71:147-150.



ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

13.- Hata K Hata T, Manabe A, Sugimura K, Kitao M. A critical evaluation of transvaginal doppler studies , transvaginal sonography, magnetic resonance imagin, and CA 125 in detecting ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1992; 80:922-6

14.- Rice L. et al. Clinicopathologic variables, operative characteristics, and DNA ploidy in predicting outcome in ovarian epithelial carcinoma. *Obstet Gynecol* 1995;86:379-85.

15.- Sassone A, Tritsh T, Artner A, Westhoff C, Warren W. Transvaginal sonographic characterization of ovarian disease: evaluation of new scoring system to predic ovarian malignancy. *Obstet Gynecol* 1991; 78:70-79.

16.- De Priest P. et al. Ovarian cancer screening in asymptomatic postmenopausal women. *Gynecol Oncol* 1993;51:205-9.

17.- Sparks J. Vamer R. Ovarian cancer screnning. *Obstet Gynecol* 1991;77:787:792.

18.- Tingulsad S. et al. Evaluation of a risk of malignancy index based on serum Ca 125, ultrasound findings and menopausal status in the preoperative diagnosis of pelvic masses. 1996;103:826-31 .

19.- Shuwartz PE. An oncologic view of when to do endoscopic surgery. Clin Obstet Gynecol 1991;34:467.

20.- Davies AP, Jacobs Y, Woolas R, Fish A, Oram D. The anexal mass: benign or malignant evaluation of a risk of malignancy index. Br J Obstet Gynecol 1993; 100:927-31.