



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA

HALLAZGOS NEOPLÁSICOS EN CIRUGÍA
GINECOLÓGICA PROGRAMADA : ESTUDIO
RETROSPECTIVO DE 24 MESES

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

VÍCTOR HUGO GÓMEZ HERNÁNDEZ

ASESOR

JESÚS ROBLES VILLA

MARTHA GABRIELA GARCÍA SANDOVAL

MÉXICO., D.F.

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.

HALLAZGOS NEOPLASICOS EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA PROGRAMADA.

Estudio retrospectivo de 24 meses.

Gómez Hernández Víctor Hugo.¹

Robles Villa Jesús.²

García Sandoval Martha G.³

ABSTRACT:

Introduction.- It's not known the number of cases of malignant tumors in Gynecological service of "Dario Fernandez" hospital and it's necessary to know this information to improve diagnosis in patients with risk factors in external consultant.

Material and method.- 198 patients with complete expedient, which include: clinical history, elective surgical treatment, clinical and histological diagnosis, surgical resumee, preoperatory, ultrasonography. This expedients were reviewed between 1998 and 1999.

Results.- there were 18 patients identified with malignant neoplasms (9.09 %), histologicaly confirmed of all expedients analized.

Cervicouterine cancer was the most comun with 12 cases (66.6%), followed by

ovarian cancer 2 cases (11.1 %), endometrial cancer 3 cases (16.6%), and 1 case of vulva cancer (5.55 %).

Conclusions.-The Incidence of gynecological neoplasms in Dario Fdez Hospital is very low (4 %). We consider necessary to improve early diagnosis, to organize a gynecological neoplasms clinic, and better following of patients after treatment.

RESUMEN :

No es conocido el numero de casos de tumores malignos en el servicio de Ginecología en cirugía programada en el Hospital General Dr. Darío Fernández y es necesario conocer esta información para mejorar el diagnóstico en pacientes con factores de riesgo en la consulta externa.

¹ Médico Residente de cuarto año de Ginecoobstetricia H.G Dr. Darío Fernández Fierro. I.S.S.S.T.E.

² Médico adscrito del servicio de Oncocirugía C.M.N.20 de Noviembre. I.S.S.S.T.E.

³ Médico adscrito del servicio de Ginecoobstetricia H.G.Dr. Darío Fernández Fierro.I.S.S.S.T.E

MATERIAL Y MÉTODOS :

198 pacientes con expedientes completos que incluían, historia clínica, cirugía electiva, tratamiento, diagnóstico histológico y clínico, resumen quirúrgico y ultrasonografía preoperatoria; estos expedientes se revizaron entre 1998 y 1999.

RESULTADOS :

Se identificarón 18 pacientes con neoplasia maligna (9.09%) confirmados histológicamente, de todos los expedientes analizados. El cáncer cervicouterino fue el más común con 12 casos(66.6%), seguidos por cancer de ovario 2 casos (11.1 %), cáncer endometrial 3 casos (16.6 %) y 1 caso de cáncer de vulva (5.55 %).

CONCLUSIONES:

La incidencia de neoplasias ginecológicas en el Hospital Dr. Darío Fernández es muy baja (4%) , nosotros consideramos necesario mejorar el diagnóstico oportuno, organizar una clínica de neoplasias ginecologicas y un mejor seguimiento de los pacientes despues del tratamiento.

INTRODUCCIÓN:

Las neoplasias ginecológicas representan más del 13% de los nuevos cánceres calculados en mujeres¹. El aparato genital es accesible y muchas de las neoplasias ginecológicas producen síntomas en etapas tempranas de su desarrollo.

Las mujeres tienen probabilidades de sufrir cáncer en un 2% a los 39 años, 9% a los 59, 23% a los 79 y 39% al morir ^{1 2 3 7}; La mayor parte de los cánceres ginecológicos vulvar, vaginal, cervicouterino, endometrial, uterino y de ovario tienen un inicio gradual mas que explosivo.

El carcinoma cervicouterino es la principal neoplasia en México y sigue siendo el 1er cáncer en cuanto a número de muertes en mujeres en países del 3er mundo donde se reportan fallecimientos de 4 a 5 mujeres por día⁹. Se calcula que cada año se identifican unas 600 mil mujeres con NIC (Neoplasia intraepitelial cervical) que se refiere a todas las anomalías epiteliales del cuello uterino en EUA, y 55 mil nuevos carcinomas in situ¹⁶.

Se ha demostrado que un número significativo de pacientes son diagnosticadas de carcinoma invasor del cuello uterino tras un período relativamente breve después de un frotis de papanicolaou informado como normal¹⁶. En México solamente el 5% de las mujeres acceden a la prueba de Papanicolaou para la detección temprana de lesiones cancerosas en el cuello uterino¹⁸. Un estudio en Seattle indica que el 27% de las pacientes con carcinoma de cuello uterino estadio I habían presentado un frotis de papanicolaou normal durante el año previo al momento del diagnóstico¹⁶. Se desconoce el verdadero índice de falsos negativos de frotis de papanicolaou. El tiempo de transformación de carcinoma in situ en cáncer invasor se ha situado en 8, 10 o quizá 20 años, algunas pacientes lo hacen en un lapso más breve. El NIC no necesariamente progresa en forma ordenada hacia cáncer invasor. La mujer de alto riesgo es la que inicia vida sexual a temprana edad, tiene múltiples compañeros sexuales y más aún aquellas en que sus

compañeros sexuales son promiscuos. También estudios previos señalaron el papel causal de varias infecciones de transmisión sexual que incluyen el Virus del herpes simple tipo 2 (VSH-2), chlamydia trachomatis, tricomonas vaginalis, citomegalovirus, Neisseria gonorrhoeae , treponema pallidum ^{7 8} y virus de papiloma humano (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58.)^{4 5 10 17} además de estos factores ,el estado socioeconómico bajo , los antecedentes reproductivos, tabaquismo, el uso de anticonceptivos orales y de barrera, factores dietéticos, la inmunosupresión y la frecuencia de los frotis de papanicolaou ⁷. El cuadro clínico : la pacientes con NIC cursan asintomáticas y se percatan de la anomalía después que un frotis de papanicolaou detecta la presencia de células anormales. El cáncer cervicouterino en sus etapas tempranas tiende a ser asintomático, los primeros síntomas incluyen secreción vaginal, fetidez y hemorragia vaginal anormal, ésta última se torna cualquier patrón de

menometrorragia o hemorragia posmenopausica, pero es rara la manifestación clásica de hemorragia pos coito. Las etapas avanzadas cursan con dolor, edema unilateral de extremidades pélvicas e inclusive insuficiencia renal ^{7 14}.

El cáncer endometrial se presenta durante los años reproductivos y menopausicos la edad media es 61 años detectándose aproximadamente entre los 50 y 59 años^{3 16}. En México ocupa el tercer lugar entre las neoplasias ginecológicas, es el tipo más frecuente de neoplasia maligna del cuerpo uterino y contribuye con casi el 95% de las correspondientes para la cavidad uterina. Los sarcomas contribuyen con menos del 5% de los tumores del cuerpo uterino.

El cáncer endometrial es la octava neoplasia maligna más frecuente en mujeres en todo el mundo ^{7 11}. Los factores de riesgo son exposición a estrogenos sin oposición con progesterona, obesidad, menarquia temprana, menopausia tardía, nuliparidad o baja paridad, tumores de ovario, trastornos menstruales,

infertilidad, terapia de remplazo hormonal, anticonceptivos secuenciales¹⁵. El cuadro clínico se presenta hemorragia vaginal anormal tipo metrorragia en la mujer premenopausica o perimenopausica y en la mujer un poco mayor tiene hemorragia posmenopausica, en la enfermedad avanzada puede tener dolor pélvico, hemorragia, distensión abdominal^{15 16}.

El cáncer de ovario contribuye con sólo 4% de las neoplasias en mujeres ⁷; más del 25% de los casos son diagnosticados en forma tardía; se clasifica en tumores de ovario benignos limítrofes o malignos, sólo el 20% de las neoplasias ovaricas son anatompatológicamente malignas. Los malignos recidivan envían metástasis y disminuyen la supervivencia siendo casi el 90% epiteliales^{7 13}. El cáncer ovárico es la séptima causa más frecuente de cáncer en la mujer en todo el mundo después de los de mama, cuello uterino, colon y recto, estomago, cuerpo uterino y pulmón.

Los factores de riesgo son principalmente la nuliparidad, infertilidad, dieta y antecedentes familiares de cáncer de mama, endometrial y ovario⁶¹², así como también la raza, edad del 1er embarazo menarquía, menopausia. Terapia de reemplazo hormonal estrógena y talco^{15 16}.

El cuadro clínico suelen cursar asintomáticas así como molestias abdominales vagas, náuseas o flatulencia, estreñimiento, frecuencia urinaria compresión pélvica, ascitis, distensión abdominal, pérdida de peso^{7 15 16}.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron 198 expedientes en un estudio observacional no aleatorio retrospectivo de pacientes de cirugía ginecológica programada durante los años 1998 - 1999 en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro I.S.S.S.T.E. para identificar las neoplasias ginecológicas en este periodo, los factores de riesgo asociados y la frecuencia de cada una de las neoplasias, ya que no se cuenta con esta información en el servicio de ginecología y obstetricia.

Los expedientes contaron con diagnóstico de envío historia clínica inicial, con los antecedentes ginecológicos así como también con estudios paramédicos básicamente ultrasonido, hoja quirúrgica, diagnóstico post operatorio y diagnóstico anatomopatológico definitivo. Se realizó estadística descriptiva de los diagnósticos, factores de riesgo, y diagnóstico definitivo.

RESULTADOS :

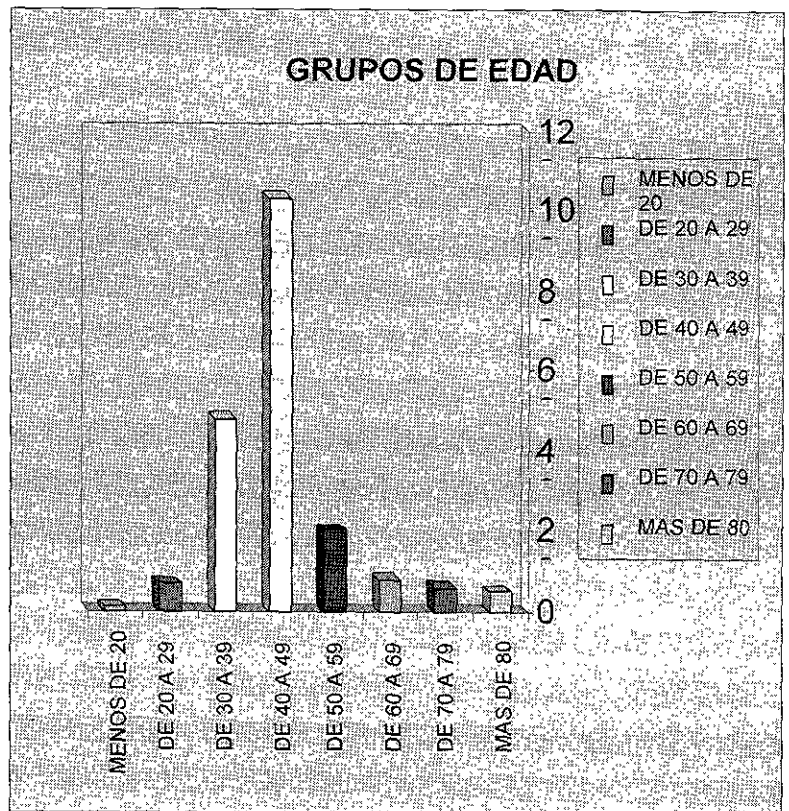
De las 198 pacientes analizados con expedientes completos se identificaron: Miomatosis uterina en 67 casos (33.8%), Adenomiosis con miomatosis 33 casos (16.6 %), cistadenomas ováricos 18 casos (9.09 %), pólipos endometriales 10 casos (5.05 %). Displasias asociadas a VPH 7 casos (3.5 %), quistes endometrioides 5 casos (2.52%), Hiperplasia endometrial 5 casos (2.52%), teratomas ováricos 4 casos (2.02%), 1 tecoma (0.5%) y 18 casos de neoplasia maligna

ginecológica, lo que representa el 9.09 % del total.

TABLA I.

XXXXXXXX		
Dx histopatológico	No. casos	Porcentaje
Miomatosis uterina	67	33.84%
Adenomiosis	33	16.67%
Cistadenomas ováricos	18	9.09%
Pólipos endometriales	10	5.05%
Displasias + VPH	7	3.54%
Q. Endometroides	5	2.53%
Hiperplasia Endometrial	5	2.53%
Teratomas Ováricos	4	2.02%
Tecoma	1	0.51%
Neoplasias Malignas ginecológicas	18	9.09%
Otros	30	15.15%
Total	198	100%

De los 198 pacientes analizados se muestra en la fig. No I, la distribución por grupos de edad:



Las pacientes fueron enviadas de su Clínica Médico Familiar (CMF), 177 por sintomatología (89.39 %) y 21 asintomáticas pero con sospecha de enfermedad ginecológica, clínica o por papanicolaou. La manifestación clínica más frecuente que derivó en su envío al H. G. Dr. Darío Fernández fue Sangrado 140 casos (70.7 %), Dolor 89 casos (44.9 %), distensión abdominal 34 casos (17.1 %), Alteraciones en los hábitos urinarios y/o digestivos 32 casos (16.1 %), Leucorrea 13 casos (6.5 %),

Sensación de cuerpo extraño en vagina 9 casos (4.5 %), pérdida de peso 4 casos (2.0 %).

De los 18 pacientes con cáncer ginecológico se muestra su distribución por edad en la fig. No. 2.

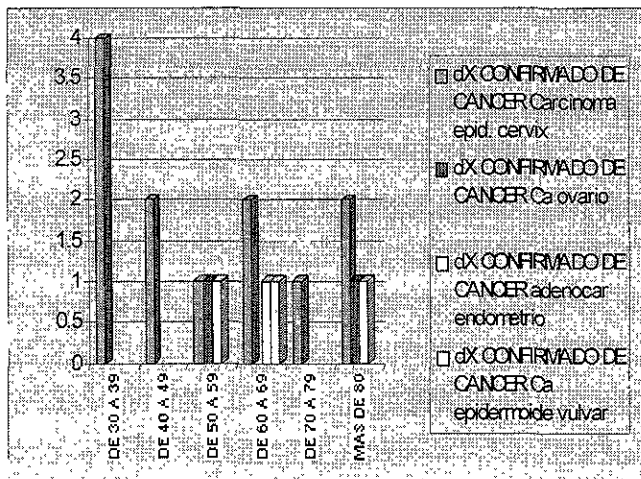


Tabla No 2 órgano afectado:

DX HISTOPATOLÓGICO		
	Frecuencia	Porcentaje
CA. epidermoide de cervix	12	6.06%
Adenocarcinoma de endometrio	3	1.51%
CA de ovario	2	1.01%
CA epidermoide vulvar	1	0.50%
Total	18	9.09%

La sintomatología más frecuente en este grupo de pacientes fue

Sangrado en 7 casos (38.8 %), Dolor 7 casos (38.8 %), leucorrea en 4 casos (22.2 %), alteraciones en los hábitos urinarios y/o digestivos 3 casos (16.6 %), Distensión abdominal 2 casos (11.1%), y pérdida de peso 1 caso (5.5 %). 5 de las 18 pacientes presentaron tumor palpable a la exploración física (27.7 %), y sólo 6 de ellas (33.3%), tenían antecedentes Herodofamiliares de Neoplasia y 3 pacientes presentaban tabaquismo positivo activo (16.6 %), 10 (55.5 %), de las 18 pacientes habían iniciado su vida sexual antes de los 20 años de edad y la paridad de las pacientes fue mayor a 3 partos en 13 pacientes (72.2 %), 14 de las 18 pacientes (77.7 %), tenía reporte al menos verbal de papanicolaou negativo en el último año. 15 de ellas (83.3 %), tuvieron 2 o más parejas sexuales. En 4 de las 18 pacientes (22.2 %), el ultrasonido preoperatorio reporto evidencia de tumor. De los cuales

reportaban sospechoso de malignidad (16.66 %).

GRADO DE MALIGNIDAD POR USG		
	Benigno	Sospechoso
CA. epidermoide de cervix	-	2
Adenocarcinoma de endometrio	1	-
CA de ovario	-	1
Total	1	3

El Diagnóstico preoperatorio de neoplasia cervicouterino se realizó en 17 casos, confirmándose histopatológicamente en el postoperatorio 12 casos, es decir; 70% de precisión diagnóstica en esta neoplasia y en 5 casos, fueron falsos positivos que correspondieron a cervicitis, displasias en infección por VPH.

De los 3 diagnósticos preoperatorios de cáncer de ovario fueron fallidos 1 caso correspondió a cistoadenoma, uno a tecoma y el último a un quiste endometrioso.

De los 6 diagnósticos preoperatorios de cáncer de endometrio se confirmaron 3 casos y los 3 restantes correspondieron a endometrio

secretor, hiperplasia endometrial y cambios por estimulación hormonal. Las complicaciones post operatorias de las 18 pacientes con cáncer fueron:

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
	Absceso de Cúpula	Dehiscencia HxQx	Otros (incluye material puesto por máquina (después))
CA. epidermoide de cervix	1	1	2
Adenocarcinoma de endometrio			1
CA de ovario			1

DISCUSIÓN :

El servicio de ginecología y obstetricia del H.G "Dr. Dario Fdez F." atiende cada año de 5 mil a 6 mil pacientes en promedio por consulta externa habitualmente referidas de su CMF de las pacientes que se les realizó cirugía ginecologica programada se seleccionaron 198 expedientes completos, de las cuales se comprobó histológicamente 18 pacientes con neoplasias malignas correspondiente al 9.09 %, aproximándose a lo descrito en la literatura mundial; el cáncer cervicouterino (12 casos), fue el más frecuente seguido del Ca endometrial (3 casos), Ca de ovario (2 casos) y Ca de vulva (1 caso) . Las pacientes con Ca de cuello

uterino tenían AHF de importancia y referían sintomatología como dolor crónico, sangrado anormal, y leucorrea, eran multigestas, habían iniciado su vida sexual a edad temprana, y contaban con papanicolaou negativo en menor de un año en un alto porcentaje. Refirieron más de un compañero sexual. Los pacientes con reporte de Ca de endometrio tenían antecedentes familiares y personales de diabetes mellitus e hipertensión; refirieron sangrado pos menopausico como sintomatología principal. Al igual como se reporta en la literatura: el cáncer de ovario continua siendo de difícil diagnóstico como lo menciona la literatura y lo muestra el estudio realizado en esta unidad, se presentó en pacientes de edad avanzada que sólo presentaron molestias vagas abdominales.

Un caso de Ca vulvar que como se sabe representa el 5% de todas las neoplasias genitales femeninas. Bien como observamos los hallazgos neoplasicos en ginecológica no dista mucho de los referido en las literatura mundial, por lo que es

conveniente no olvidar que en nuestro país continua habiendo muertes por cánceres ginecologicos en un gran porcentaje y que se debe aprovechar los recursos disponibles para prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente este tipo de patología.

CONCLUSIÓN:

Las neoplasias ginecológicas malignas siguen siendo un problema de salud importante para nuestro país así como también para las mujeres de todo el mundo, aunque en este estudio se reporta una incidencia baja, es conveniente el estudio y la detección oportuna del cáncer ginecológico. Ya que en un numero importantes de pacientes con sospecha preoperatoria de neoplasia maligna fue fallida como observamos en los resultados y en un numero menor no se sospecho patología maligna, por lo que se sugiere la exploración más minuciosa ginecológica y abdominal y aprovechar los recursos diagnósticos con los que cuenta el hospital como

es el USG transvaginal y la determinación de los marcadores tumorales ya que esto ha sido subempleados.

Es importante el conocer la evolución de las pacientes y el resultado del tratamiento que en muchas ocasiones no se lleva a cabo en esta unidad por no contar con quimioterapia y radioterapia, además se debe continuar con la vigilancia de la paciente para la detección posible de recurrencias ya que en este hospital se cuenta con los recursos clínicos y paraclínicos para llevarse a cabo y no así perder el seguimiento de las pacientes.

Es importante concluir que las pacientes con sospecha clínica de malignidad sean protocolizadas para la etapificación antes de ser sometidas a procedimientos quirúrgicos, y que pudiera existir una clínica de Gineco-Oncología que pudiera estar formada por Ginecólogos, Oncólogos, Radiólogos y Patólogos, para que esta clínica decidiera en forma interdisciplinaria el manejo de estas pacientes, pero que el estudio completo de la paciente

correspondiera al servicio de ginecología.

BIBLIOGRAFIA:

¹ *Wingo Pa, Tong T, Bulden S : Cancer statistics,1995. CA Cancer J Clin 45:8, 1995.*

² *Parkin DM MuirC Whelan SL.Et al Cancer Incidence In Five continents.IARC SCI PUBL 120:245 1992.*

³ *Ries LAG, Kosary CL,Hankey BF,et al (eds):SEER Cancer Statistics Rewiew, 1973-1995.Bethesda,MD, National Cancer Institute, 1998.*

⁴ *Muñoz N :Human papillomavirus and cervical cancer. In Franco E, Monsonogo j (eds): New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention. Cambridge, UK, Blackwell Science,1997, pp 3-13.*

⁵ *Becker TM, Wheeler CM, McGough S, et al: Sexually transmitted diseases and other risk factor for cervical dysplasia among Southwestern Hispanic and non-Hispanic white women. JAMA 271: 1181-1188, 1994 abstract.*

⁶ *Piver MS,Goldberg JM,Tsukada Y, etal: Characteristics of familial ovarian cancer: a report of the first 1000 families in the Gilda Radner Familial Ovarian Cancer Registry. European Journal of Gynecologic Oncology 17 (3): 169-176,1996.*

⁷ *Clinicas de Ginecología y obstetricía. Temas actuales.Vol 2, 1996. Prevencion del cáncer ginecológico, McGraw-Hill Interamericana.*

⁸ *Pavonen J, Koutsky LA, Kiviat N: Cervical Neoplasia and other STD-related genital and. Anal neoplasias.In Holmes KK, March PA sparling PF, et al (eds):New York, McGraw--hill, 1990 P 561.*

⁹ *Publicación en Salud Pública.com. Abril 07 2000 .Procedencia de la información Asunción Paraguay.*

10 Villa LL Human papillomaviruses and cervical cancer. *Adv cancer Res* 71:321-341,1997 abstract.

11 *Parkin DM, Pisani P, Ferlay J: Estimates of the worldwide incidence of eighteen major cancers in 1985. Int J cancer* 54: 594, 1993.

12 Cramer DW,Hutchinson GB, welch WR: Determinants of ovarian cancer risk: I.Reproductive experiences and family

history *J Natl Cancer Inst* 71: 711-716,1983 abstract.

13 *Saigo Pe: the histology of malignant ovarian tumors.In Markman M. Hoskin WJ (eds): cancer of the ovary. New York, Raven Press 1993, PP 21-46.*

14 *Jonathan S. Berek, Eli Y. Adashi et al. Tratado de Ginecología de Novak.12ª edición. McGraww-Hill Interamericana. 1996. México.*

15 Shingleton H.M y cols. *Oncología Ginecológica diagnóstico y tratamiento.1996* editorial McGraw-Hill Interamericana.

16 Disaia PhilipJ. MD. *Oncologia Ginecológica Clínica* 5ta edición 1999. Madrid España. Editorial Mosby.

17 Muñoz N,Bosch Fx: HPV and Cervical Cancer: Review of case-control and cohort Studies. *IARC SCI Pub* 119:251, 1992

18 *Cáncer de Cuello Uterino : la mayoría de las mujeres no acceden a las pruebas de detección. Publicaciones en salud Pública.com: Junio 29. 2000. Información de Santa Cruz Bolivia. Fuente informativa aSNC.*

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