

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POSTGRADO E INVESTIGACION
HOSPITAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA"

I.S.S.S.T.E.

115

MASAS ANEXIALES EN LA PACIENTE CLIMATERICA

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:
DRA. MAYRA ORTUÑO LOPEZ

ASESOR DE TESIS:
DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.

200



Universidad Nacional
Autónoma de México



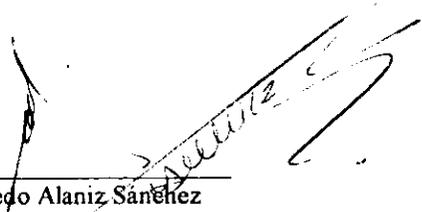
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

AUTORIZACION:



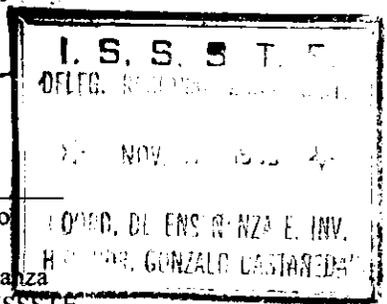
Dr. Alfredo Alaniz Sánchez

Titular del Curso de Ginecología y Obstétrica
Hospital "Dr. Gonzalo Castañeda" ISSSTE.



Dr. Enrique González Blanco

Jefe del Departamento de Enseñanza
Hospital "Dr. Gonzalo Castañeda" ISSSTE.





Dr. Alfredo Alaniz Sánchez
Asesor de Tesis.

Médico Adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital "Dr. Gonzalo Castañeda" ISSSTE

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por lo que soy y ha hecho de mí.

A MIS PADRES:

Por tu compañía y tu dirección Papá, apoyo y comprensión siempre
Mami: por que siempre estuviste conmigo

A MIS HERMANAS:

ALE y LUCY por los ratos de insomnio,
Preocupación e incondicional atención.

AL DR. ALFREDO ALANIZ SÁNCHEZ:
Por que me mostró el camino de la superación,
Por toda su enseñanza de vida y profesión,
Mi eterno agradecimiento siempre.

A todos los que me impulsaron y
Apoyaron, mis maestros

GRACIAS

INDICE

• Introducción	1
Marco teórico	
Hipótesis	
Antecedentes	
• Justificación	5
• Objetivos	6
• Diseño y tipo de investigación	7
• Análisis estadístico	13
• Resultados	13
• Conclusiones	23
• Bibliografía	24

INTRODUCCION

MARCO TEORICO:

Identificar y conocer la incidencia con que se presentan las masas anexiales en la mujer Climatérica, así como establecer un protocolo y manejo.

HIPÓTESIS:

La masa anexial detectada por exploración clínica y ultrasonográfica en la paciente climatérica, deberá ser sometida a laparotomía explorada.

La masa anexial detectada por exploración clínica y ultrasonográfica deberá seguirse bajo control ultrasonográfico únicamente.

ANTECEDENTES

El cáncer de ovario es una patología muy heterogénea debido a la diversidad de neoplasias de la que es asiento, aunado a una sintomatología inespecífica, a una detección tardía y aun tratamiento quirúrgico las mas de las veces en incompleto, y si a esto se agrega que aún con metodología combinada un diagnóstico temprano de escrutinio no es estándar y no es aplicable a la población en general, el cáncer de ovario continua siendo la neoplasia con mayor mortalidad ^{8, 22}

La etiología se desconoce² pero se postula actualmente que la "ovulación continua" predispone al cáncer de ovario, que puede ser sensible al traumatismo constante de la ovulación que a su vez puede actuar como un factor promotor de proceso carcinogénico, además de otros factores predisponentes ²⁸. Se desconoce la evolución natural temprana del cáncer de ovario. La incidencia del cáncer de ovario aumenta con la edad triplicándose en mujeres de mas de 50 años de edad ²⁴ sospechándose malignidad si se presenta de forma bilateral ¹².

Como factores de riesgo se enumeran los siguientes ³:

1. Menarca temprana
2. Nuliparidad
3. Infecciones virales (parotiditis, rubéola, influenza.)
4. Edad 50 años o más

5. Tipo sanguíneo A y Rh negativo
6. Obesidad
7. Ingestión de grasas animales
8. Exposición a hidrocarburos aromáticos. Policíclicos
9. Historia familiar cáncer de ovario
10. Raza

El ultrasonido es más preciso en la detección de tumores de ovario, ya que valora la estructura interna de tumor, si es sólido, quístico o de componente mixto, no es invasivo, puede repetirse cuantas veces sea necesario y puede identificar y /o sugerir benignidad o malignidad, según diferentes criterios^{10, 13, 14, 15, 16, 19} superando la exploración ginecológica que se ve limitada por la obesidad y la resistencia muscular voluntaria. Se menciona que de 10,000 exploraciones ginecológicas solo se detectará un cáncer de ovario²⁵

En cuanto a los marcadores tumorales, el CA-125 una determinante antigénica de una glucoproteína de unos 200,000 KD. Es el único marcador aprobado por la FDA de USA para usarse en la detección de cáncer epitelial ovárico, sin embargo no es muy sensible y no tiene la especificidad para detectar otros tumores de ovario, ni identificarlo, en 60% en el cáncer de páncreas etapas tempranas, además de encontrarse elevado en otras patologías benignas^{1, 4, 22}.

Se cuantifica utilizando el anticuerpo monoclonal OC 125, representando el intento 125º por un grupo de estudio para producir un anticuerpo monoclonal de un cáncer ovárico epitelial, el cual se eleva en el 80% del cáncer ovárico y 20-25% de los tumores sólidos ováricos^{9, 10}

Y en patológicas benignas como: endometriosis, miomatosis uterina, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo temprano, diverticulitis y en neoplasias como la cirrosis.^{14, 15}

La cifra límite normal del CA 125 es de 35 U/ml²⁸.

Permitiendo en el preoperatorio diferenciar masas pélvicas benignas de las malignas²² Los niveles de CA -125 mayores de 50-60 U/ml guardan relación con cáncer en un 80 a 90% en pacientes posmenopáusicas y la prueba es menos friable en pacientes premenopáusicas¹²

En la paciente posmenopáusica con una masa pélvica y un nivel serico de CA -125 mayor de 65-95 U/ml debe ser sometida a cirugía en un centro oncológico de tercer nivel dado el valor predictivo negativo de la prueba, que es solo de 72-82%^{5, 22}

La medición seriada de los niveles de CA -125 séricos es útil para vigilar el curso de la enfermedad en pacientes con cáncer ovárico en etapa I tienen elevación de CA 125 ^{18,20, 21}

En grupo de 182 pacientes con masas pélvicas y niveles de CA 125, 50 pacientes reportaron un CA 125 >35 u/ml el 72% se presentaba masas benignas y el 28% masas malignas, identificándose masas malignas con un 78% de sensibilidad y especificidad con niveles de 35 U/ml a diferencia de niveles de 65 U/ml como limite, la sensibilidad disminuyo a 56% pero la especificidad aumento 88%. En pacientes de 50 años de edad o menos 85% de estos presentaban concentraciones de CA arriba de 35U/ml tenían marcadores benignos y el 15% malignos .

Así se presentaron 8 de cada 10 masas fueron malignas en mujeres mayores de 50 años de edad, como en un determinante de malignidad en una masa pélvica en un 67% , con una especificidad de 89%²⁶ .

De tal manera el valor predictivo del CA-125 es del 36% en mujeres postmenopáusicas como masa pélvica. De hecho en mujeres postmenopáusicas una elevación de CA -125 junto con una prueba diagnóstica positiva tiene un valor de predicción positivo cercano de 100% ²⁷.

Así la incidencia de cáncer de ovario aumenta con la edad duplicándose en pacientes nuliparas, junto con la ovulación incesante, se presenta reducción hasta 50% de riesgo de contraerlo en aquellos pacientes que utilizan hormonales orales como método de planificación familiar ^{32, 24}

El climaterio ha sido arbitrariamente dividido en:

- Climaterio temprano de 35 a 45 años
- Climaterio Perimenopausico de 46 a 55 años
- Climaterio tardío de 56 a 65 años ²⁹

Siendo en este período de la vida la mayor frecuencia de neoplasias ováricas en la mujer proponiendo Lynch una metodología de vigilancia que consiste ²³ :

- Ultrasonografía al menos una vez al año
- Determinación CA-125
- Cirugía en pacientes mayores de 40 años y una vez concluida su fertilidad
- Exploración ginecológica

Los parámetros ultrasonográficos se mencionan como:

El ovario normal tiene un contorno ovoide liso a la ultrasonografía es hipoeecogénico (casi igual miometrio) en la premenopáusica se confirma la identificación del ovario por la presencia de un folículo o cuerpo lúteo (ambos con un diámetro de 3 cm)⁹

El ovario normal premenopáusico mide 3- 4 X 2 1.5 cm con un volumen menor de 18 cm³ a diferencia del menopáusico que mide 2X1.5X0.5 a 1.0 cm. Siendo aún mas pequeños el la paciente postmenopáusica tardía con un volúmen menor de 8 ml (3.6 +- 1.4 ml) .

El volúmen se calcula utilizando una forma elíptica: 0.52 X longitud X ancho X altura, es decir, $\text{Volumen} = (\pi / 6) \times D1 \text{ (diámetro transverso máximo)} \times D2 \text{ (anteroposterior)} \times D3 \text{ (longitudinal)}$ ¹¹ .

Después de identificar una anomalía ovárica por ultrasonido se debe clasificar, a si la malignidad aumenta conforme al volúmen ovárico es mayor, el tamaño en si no es un indicador suficiente de cáncer^{6,7,8} .

Sugiere malignidad con ultrasonido¹⁶:

1. Contorno ovárico interno o externo irregular con estructuras sólidas, tabiques gruesos (más de 5 mm.) o papilas.
2. Presencia bilateral del tumor
3. Ascitis
4. Asas de intestino adheridas u otros signos de metástasis .

Los criterios de ultrasonido endovaginal^{15,20}:

1. Estructura de la pared interna (1-4 puntos)
2. Grosor de la pared (1-3 puntos)
3. Presencia de tabiques (1-3 puntos)
4. Ecogenicidad (1-5 puntos)

La calificación mínima es de 4 y la máxima de 15; 9 puntos o mas (tumor maligno con una sensibilidad del 100% ; con especificidad del 83% , a mayor edad de la paciente mas alto el valor predictivo de estos signos con respecto a un carcinoma.

JUSTIFICACIÓN :

Debido a que el cáncer de ovario se presenta en mujeres de más de 40 años (12 de cada 1,000 mujeres con esta edad) identificándose en estadios avanzados debido a que no se cuenta con técnicas para la detección selectiva de rutina, teniendo el cáncer ovárico un pronóstico poco favorable de todos los cánceres ginecológicos, debido a una detección tardía, intervención quirúrgica subóptima y a una sintomatología temprana inespecífica, por lo que:

1. La mujer con factores de riesgo deberá ser sometida a una exploración ginecológica y ultrasonográfica anual.
2. Toda masa anexial debe ser considerada como neoplásica mientras no se demuestre lo contrario.
3. Toda cirugía en una masa anexial deberá cumplir un protocolo de tipo oncológico
4. La exploración ginecológica, el ultrasonido ya sea abdominal, endovaginal y en forma opcional, los marcadores tumorales, deberán ser las recomendaciones básicas para la detección selectiva del cáncer ovárico.

El cáncer de ovario, una vez detectado, eleva la muerte en estas pacientes, por lo que representa un dilema para el ginecobstetra su diagnóstico, así como el manejo de las masas anexiales, ya que no existen signos específicos tempranos de alarma, debido a que su detección por nosotros, es en estadios avanzados del cáncer ovárico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer el tipo de lesión en las masas anexiales más frecuentes.

Una vez identificada en la paciente climatérica la masa anexial por clínica o ultrasonido, deberá solicitársele marcadores tumorales, urografía excretora, colon por enema, ultrasonido endovaginal y de acuerdo al tamaño y configuración interna de la masa se valorará si se somete a cirugía o bien se lleva un manejo conservador, ya que mencionamos que el cáncer de ovario se presenta con más frecuencia en pacientes mayores de 35 años.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar masas anexiales en pacientes climatéricas.

Evaluar:

Toma de ultrasonido abdominal y/o transvaginal.

Toma de urografía excretora y colon por enema.

Toma de marcadores tumorales.

Efectuar:

Laparotomía exploradora.

Conocer:

Reporte histopatológico.

DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION

POBLACIÓN:

Se estudiarán 78 pacientes climatéricas del servicio de Ginecología del H.G. "Dr. Gonzalo Castañeda" ISSSTE con un rango de 35 a 65 años de edad, del 1º. de marzo de 1996 al 31 de agosto de 1999, donde se identificó la presencia de masas anexiales unilateral o bilateral, utilizando ultrasonido abdominal, no descartándose la posibilidad de utilizar ultrasonido transvaginal en caso necesario, solicitándose en todas ellas marcadores tumorales y en caso necesario colon por enema y urografía excretora, basándose en parámetros de estos estudios y establecer si la masa anexial es benigna o maligna y si ésta fuertemente sospechosa a malignidad se referirá a unidad terciaria (oncología).

Además se estudiarán sus antecedentes ginecobstetricos y factores de riesgo para cáncer ovárico con o sin histerectomía contando con el consentimiento firmado por la paciente. (Se anexa formatos de consentimiento a continuación).

I. S. S. T. E.

MASAS ANEXIALES EN LA PACIENTE CLIMATÉRICA.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

No. _____

Autorizo a los médicos del Instituto de seguridad y servicio social para los trabajadores del estado para que efectúen los estudios necesarios e intervención quirúrgica que sea necesario para el alivio o curación de mi padecimiento ; en la inteligencia de que no desconozco los riesgos a que quedo sujeta por el procedimiento quirúrgico, anestésico .Si el reporte de biopsia transoperatorio resultará maligno solamente se procederá a efectuar cirugía programada y se enviará a 3er nivel centro oncológico para su manejo.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA PERSONA RESPONSABLE.

SERVICIO _____

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO _____

OPERACIÓN PROYECTADA _____

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO _____

OPERACIÓN REALIZADA _____

INFORME TRANSOPERATORIO _____

CIRUJANO _____

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio Longitudinal, prospectivo, abierto, clínico y exploratorio realizado en pacientes climatéricas del servicio de ginecología del H.G. "Dr. Gonzalo Castañeda" ISSSTE.

Características generales de población:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Mujeres de 35 a 65 años
2. Tener una masa anexial
3. Ultrasonido que confirma el diagnóstico de masa anexial
4. Marcadores tumorales, urografía excretora, colon por enema
5. Vivas
6. Con o sin histerectomía

Tumor benigno:

Los siguientes criterios se consideran para clasificar el tumor como benigno:

1. Clínicamente la paciente en buen estado, el tumor puede o no ser palpado por la exploración clínica.
2. Si el CA - 125 es menor 35 UI/ml y los otros marcadores son negativos.
3. Si la masa anexial es quística en su interior {contenido líquido (100%)} y la pared de este es delgada, regular, y se reconoce forma por ultrasonido abdominal o endovaginal.
4. Sin evidencia de compresión o invasión por urografía excretora y por el colon por enema.
5. Vía de acceso.

Si en el acto operatorio la masa anexial se encuentra libre en el fondo de saco, deberá efectuarse estudio transoperatorio y laparoscópico.

Tumor sospechoso:

Los siguientes criterios se consideran para clasificar como sospechoso a malignidad.

1. Clínicamente la paciente en buen estado, el tumor puede o no ser palpado por exploración clínica y la sintomatología aún inespecífica pero molesta a la paciente.
2. Si el CA 125 es igual o mayor a 35 UI/ml pero sin llegar a duplicarse.
3. Si la masa anexial por el estudio ultrasonográfico, abdominal o transvaginal muestra un componente mixto (50% líquido y 50% sólido en su interior) la pared se muestra gruesa, se torna irregular y tiene tendencia a ser una masa reconocible.
4. Con o sin evidencia de compresión o invasión por la urografía excretora y por el colon por enema. El tamaño del tumor no guarda relación con el grado de malignidad laparoscópica.
5. Vía de acceso.

No recomendamos, a menos que el cirujano cuente con amplia experiencia.

En el acto operatorio, el cirujano deberá contemplar y llevar protocolo quirúrgico para malignidad o bien referirse a un 3er nivel oncológico. Y si la masa anexial se encuentra libre, con adherencias laxas a útero o a pared lateral de la pelvis, con o sin líquido libre en fondo de saco. Deberá efectuarse estudio transoperatorio.

Tumor maligno:

Se consideran los siguientes criterios para clasificar el tumor como maligno.

1. Clínicamente la paciente en mal estado y datos por exploración clínica de invasión a estructuras vecinas.

2. Si el CA 125 es mayor a 35 UI/ml o se duplica a 35 UI/ml.
3. Si la masa anexial por el estudio ultrasonográfico abdominal o transvaginal muestra un componente sólido (100%), mixto y no es reconocible una forma.
4. La urografía y el colon por enema ya muestra evidencias de compresión o invasión.
5. Se refiere esta paciente a un centro terciario oncológico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- * Muerte de la paciente.
- * Abandono del estudio.
- * Protocolo incompleto.

CRITERIO DE ELIMINACIÓN.

- * Enfermedades metabólicas descompensadas que les obligue a no continuar con el protocolo de estudio.
- * Que no acudan a toma de ultrasonido y estudios de laboratorio.
- * Paciente referida a nivel terciario como oncológica.

VARIABLES.

- * Reporte ultrasonográfico de las características ortogonales de los anexos en mm, y en la escala de grises.
- * Niveles séricos de marcadores tumorales en unidades internacionales.
- * Edad cronológica en años de las pacientes, antecedentes ginecobstétricos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó la evaluación de nuestras variables con medidas de tendencia central, media y mediana.

RESULTADOS

Se estudio un universo de 78 pacientes climatéricas las cuales fueron clasificadas de acuerdo a su rango de edad en el climaterio:

- en climaterio temprano de 35 a 45 años (57) 73.08%
- en climaterio perimenopausico de 46 a 55 años (16) pacientes que representaron un 20.51%
- en climaterio tardío de 56 a 65 años (5) pacientes que representaron el 6.41%.

TABLA I

Climaterio	Edad	Nº Pacientes	%
Temprano	35 a 45	57	73.08
Perimenopausico	46 a 55	16	20.51
Tardío	56 a 65	5	6.41
Total		78	100.00

Fuente: Hoja de recolección de datos.

En cuanto a los antecedentes obstétricos se presenta:

- 51 pacientes que cuentan de 1 a 5 embarazos
- 11 pacientes que cuentan de 6 a 10 embarazos
- 10 pacientes en nùligestas
- 6 pacientes nubles

Resultados en figura 1

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó la evaluación de nuestras variables con medidas de tendencia central, media y mediana.

RESULTADOS

Se estudio un universo de 78 pacientes climatéricas las cuales fueron clasificadas de acuerdo a su rango de edad en el climaterio:

- en climaterio temprano de 35 a 45 años (57) 73.08%
- en climaterio perimenopausico de 46 a 55 años (16) pacientes que representaron un 20.51%
- en climaterio tardio de 56 a 65 años (5) pacientes que representaron el 6.41%.

TABLA I

Climaterio	Edad	Nº Pacientes	%
Temprano	35 a 45	57	73.08
Perimenopausico	46 a 55	16	20.51
Tardío	56 a 65	5	6.41
Total		78	100.00

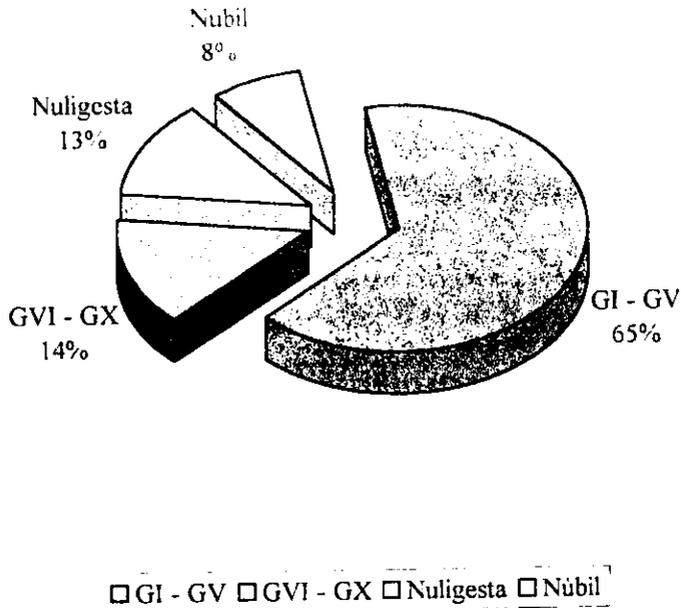
Fuente: Hoja de recolección de datos.

En cuanto a los antecedentes obstétricos se presenta:

- 51 pacientes que cuentan de 1 a 5 embarazos
- 11 pacientes que cuentan de 6 a 10 embarazos
- 10 pacientes en nùligestas
- 6 pacientes nubles

Resultados en figura 1

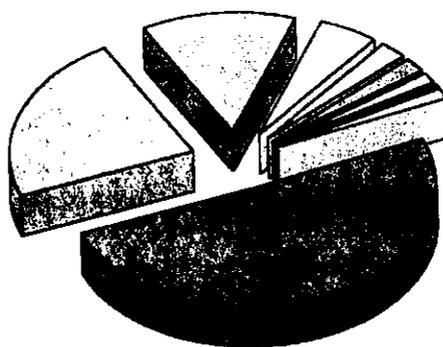
Figura 1
ANTECEDENTES OBSTETRICOS



Fuente: Hoja de recolección de datos

Un 44.87% (35) no utilizaban ningún método de planificación familiar, 26.92% (21) tenían OTB; seguido de las usuarias de hormonales orales (8) 10.25%, el uso de DIU se presentó en el 5.12% (4) y un 3.84% (3) en aquellos pacientes que utilizaban hormonales inyectables, con un 2.56% en usuarios de preservativo, ritmo y vasectomía respectivamente y el 1.28% utilizó óvulos vaginales

Figura 2
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



- Ninguno
- Olla
- hormonales orales
- DUC
- Hormonales inyectables
- Preservativo
- Ritmo y Vasectomia
- Ovulos vaginales
- total

Fuente: Hoja de recolección de datos

La existencia de 92.3% (72p) no contaban con antecedente de cáncer familiar, y un 7.69% (69) tenían dicho antecedente

Siendo sintomáticas (58) en un 74.35% de los cuales un 62.82% presentaban molestias pélvicas y dolor localizado respectivamente con un 21.79% (17) presentaron crecimiento abdominal y 2.56% (2) refiriendo pérdida de peso

Tabla II

Sintomas	Nº	%
Molestias pélvicas	49	62.82
Dolor localizado	49	62.82
Crecimiento abdominal	17	21.79
Pérdida de peso	2	2.56

Fuente: Hoja de recolección de datos

Al 96.155% (75) se realizo ultrasonido pélvico, reportaron en el mismo 33.39% (25) lesiones de 4-6cm, seguidos de un 25.64% (20) con más 10cm, un 21.33% (16) de 7-9cm y lesiones de 0-3cm (12) un 15.38%, cabe mencionar que un 2.56% (2) determinaron lesiones quísticas tubarias. Tabla III

Tabla III

Lesión (cm)	N°	%
0 a 3	12	15%
4 a 6	25	32%
7 a 9	16	21%
más de 10	20	26%
tuba	2	3%
total	78	100%
Mediana	16 de 7 a 9	

Fuente: Hoja de recolección de datos

Realizándoseles a 16.66% (13) colon por enema y al 12.82% (10) urografía excretora, al igual que tomografía axial computarizada 2.56% (2) sin mencionar cambios significativos.

Tabla IV

Estudio gabinete	N°	%
U.S.G	75	75
Colon por enema	13	13
Urografía	10	10
TAC	2	2
Total	100	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Al 50% (39) de los pacientes se realizo toma de CA-125 presentándose elevado en el 16.66% (13) y normal en el 33.33%; de igual manera al 42.30% se realizo CA 19-9 presentándose elevada en (11) 14.10% y normal en el 28.20% (22). En el 32.05% se tomo alfa fetoproteina siendo significativa la evaluación de un 2.56% (2) y normal en el 29.48% (23); la toma del antígeno carcinoembrionario se

dió en (28) un 35.89% encontrándose sin cambios, al igual que el 32.05% (25) de los pacientes con CA15-3 normal.

Tabla V y figura 3

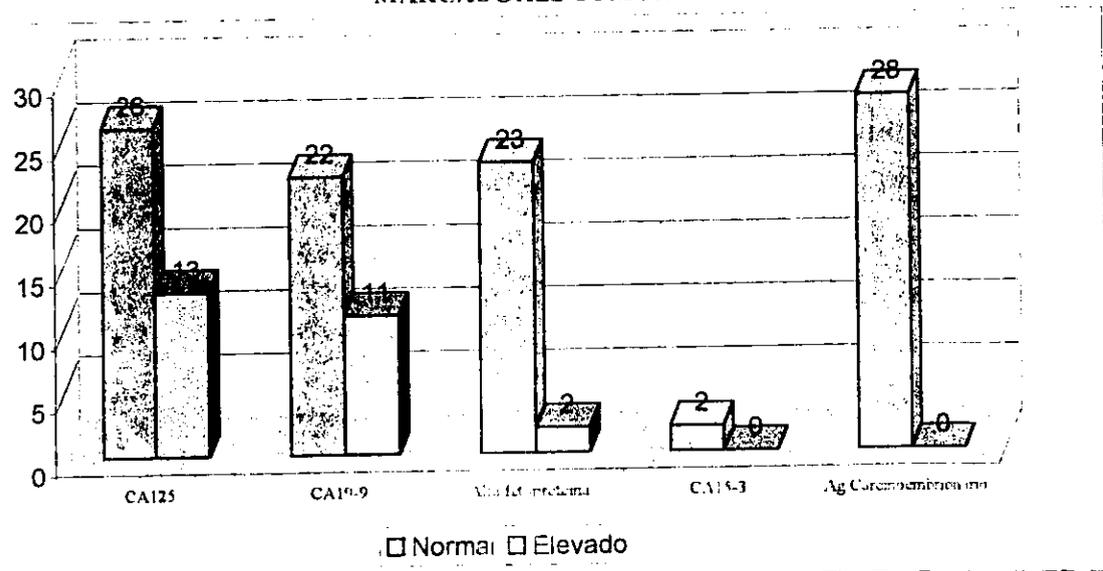
Tabla V

Parámetro	CA 125		CA 19-9		Alfa feto proteína		CA 15-3		Ag. carcinoembrionario	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	26	33.39	22	28.20	23	29.48	25	32.05	28	35.89
Elevado	13	16.50	11	14.16	2	2.56	0	0	0	0
Total	39	50	33	42.36	25	32.05	25	32.05	28	35.89

Fuente: Hoja de recolección de datos

Figura 3

MARCADORES TUMORALES



Fuente: Tabla V

En los hallazgos ultrasonograficos se encontro (66) 84.61% de manera unilateral, presentándose 50% del lado derecho e izquierdo respectivamente, y en un 15.385 (12) de manera bilateral, con un 92.30% (72) de patrón quistico, (3) 3.84% respectivamente en un patrón mixto y solido, con la presencia de adherencias (24) 30.76%, endometriosis (12) 15.38% y acompañados de miomatosis uterina 3.84% (3).

HALLAZGOS ULTRASONOGRAFICOS :

Figura 4

Unilateral

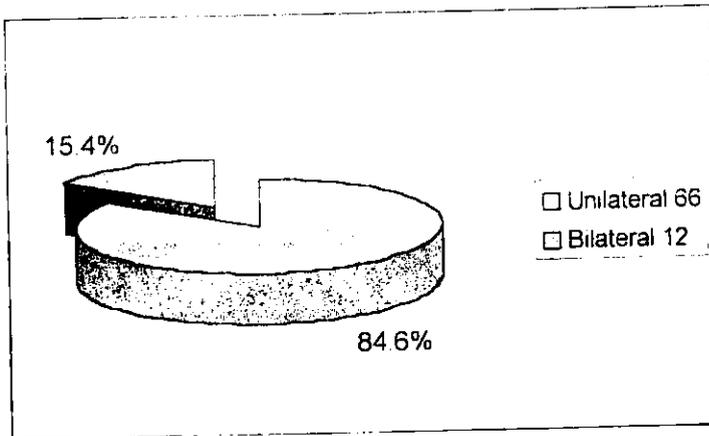


Fuente: Hoja recolección de datos

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

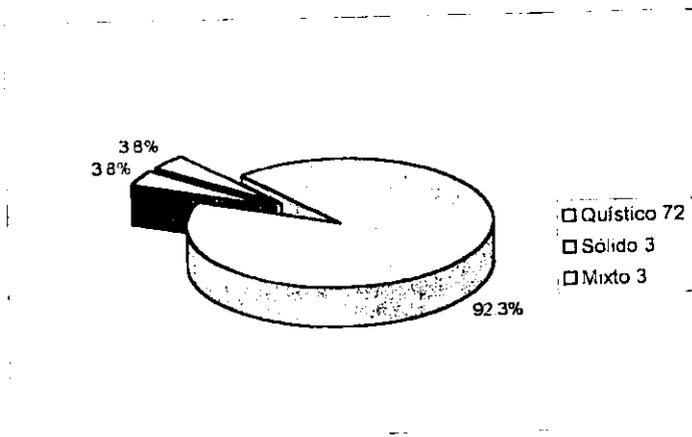
HALLAZGOS ULTRASONOGRAFICOS :

figura 4.1



Fuente: Hoja recolección de datos

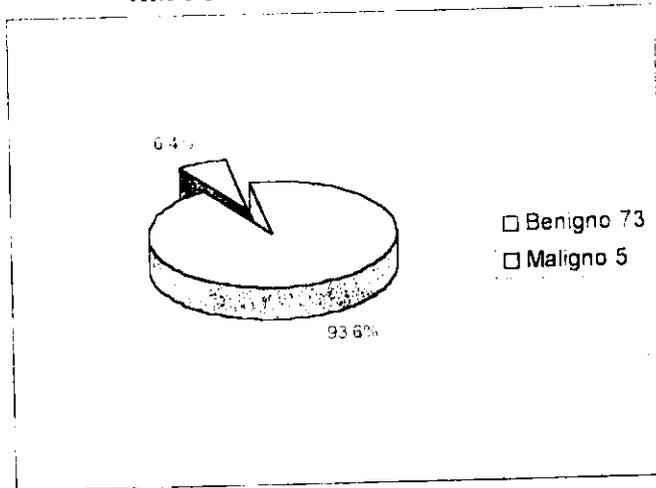
Figura 5



Fuente: Hoja recolección de datos

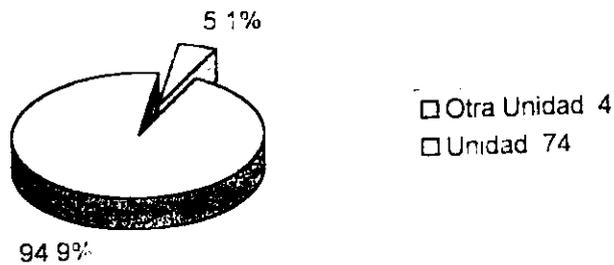
El reporte histopatológico benigno se hizo en (37) 93.58% y maligno (5) 6.41% teniendo manejo de esta unidad (74) 94.87%, y un (4) 5.12% en otra unidad.

Figura 6
REPORTE HISTOPATOLOGICO



Fuente: Hoja recoleccion de datos

Figura 7
MANEJO



Fuente: Hoja recoleccion de dato

Para mencionar los procedimientos quirúrgicos se realizó en un 24.35% (19) HTA + SOB; (13) 16.66% HTA + SO unilaterales, presentándose (9) 11.53% LAE + Excéresis quiste, seguidos de LAE+SOI (8) en un 10.25% con un (4) 5.12% se realiza HTA + SOB + apendicectomía + Biopsia epiplon; LAE +SOD; LAE+SOD + cuña ovario respectivamente siendo un 2.56% para HTA + SOB + apendicectomía + biopsia epiplon + resección ganglios; LEA + SOB + Miomectomia + Cuña OD, Ooforectomia der; izq; + cuña ovario contralateral y en un 1.28 % siendo el más bajo HTA + Excéresis quiste, LAE + SOI + Resección Quiste + Apendicectomía + Biopsia epiplon y la LAE + SOB + Apendicectomía respectivamente.

TABLA VI

Procedimiento	Numero	%
HTA + SO Bilateral	19	24.35
HTA + SO Unilateral	13	16.66
LAE + Excéresis quiste	9	11.53
LAE + SOI	8	10.25
HTA + SOB + Apendicectomía + Biopsia epiplon	4	5.12
LAE + SOD	4	5.12
LAE + SOD + cuña de ovario	4	5.12
LAE + Excéresis quiste + adherensiolisis	3	3.84

Fuente : Hoja de recolección de datos

TABLA VII

Procedimiento	Número	%
HTA + SOB + Apendicectomía + Biopsia epiplon + resección de ganglios	2	2.56
LAE + SOB	2	2.56
Ooforectomia derecha	2	2.56
Ooforectomia izquierda	2	2.56
Ooforectomia derecha + cuña ovario	2	2.56
HTA + Excéresis quiste	1	1.28
LAE + SOB + apendicectomía	1	1.28
LAE + SOI + resección quiste	1	1.28

Fuente : Hoja recolección de datos

Presentándose el diagnóstico con mayor porcentaje 28.20 % (22) Cistoadenoma seroso, seguido del quiste endometrioso en un 16.16 % (13), al igual (10) 12.82% con quiste paratubario, en un 11.53% (9) con reporte de quistes foliculares; 5.12 % (4) seroso simple; 3.84 % (3) para teratoma maduro, quiste de cuerpo amarillo respectivamente al igual que el, Cistoadenocarcinoma seroso papilar, presentándose un 2.56 % el Cistoadenoma mucinoso, endometriosis pélvica, Estroma ovárico, y en menor proporción 1.28 % quistes hemorrágicos, quiste epidermoide gigante, quiste dermoide, Cistoadenocarcinoma bilateral y Adenocarcinoma moderadamente diferenciado (Tabla VIII , IX)

TABLA VIII

Diagnóstico	Número	%
Cistoadenoma seroso	22	28.2
Quiste endometrioso	13	16.66
Quiste paratubario	10	12.82
Quiste folicular	9	11.53
Quiste seroso simple	4	5.12
Cistoadenocarcinoma seroso papilar	3	3.84
Quiste cuerpo amarillo	3	3.84

Fuente: Hoja recolección de datos

TABLA IX

Diagnóstico	Número	%
Teratoma maduro	3	3.84
Cistoadenoma mucinoso	2	2.56
Endometriosis pélvica	2	2.56
Estroma ovárico	2	2.56
Cistoadenocarcinoma bilateral	1	1.28
Quiste dermoide	1	1.28
Quiste gigante epidermoide	1	1.28
Quiste hemorrágico	1	1.28
Adenocarcinoma mod. Diferenciado	1	1.28

Fuente: Hoja recolección de datos

CONCLUSIONES

El cáncer de ovario es la 4ª. causa de muerte en nuestro país y se le detecta en forma muy tardía; los estudios de laboratorio y gabinete resultan a veces incongruentes.

Se concluye que las masas Anexiales entre los 35 a 65 años abarca el climaterio se encontró tumores de ovario en (22) pacientes 28.20% de los cuales el mayor porcentaje son derivados epiteliales del ovario y menos frecuente de salpinges o de útero. De nuestras 78 pacientes se encontró que la masa anexial predominó el cáncer epitelial benigno sobre el maligno. Que los marcadores tumorales son inespecíficos para diagnosticar la estirpe histológica pero que deberán ser solicitados sobre todo el CA 125, ya que como vimos corresponde al mayor porcentaje de tumores y aunque es inespecífico orienta a su benignidad o malignidad del tumor y que junto con el estudio de ultrasonido abdominal y/o vaginal se observó que el tumor puede ser sólido, quístico, mixto y que cuando la tumoración es sólida o mixta deberá ser orientadora de que dicha tumoración puede ser cancerígena, y deberá agotarse las posibilidades diagnósticas y si es orientada esta paciente deberá ser revalorada y enviada a un nivel terciario oncológico explicando a la paciente que se tomará una conducta radical.

Así mismo observamos que entre más joven es la paciente deberá ser seguidos con controles de ultrasonido para descartar un síndrome de ovario residual ya que no está exenta de desarrollar cáncer de ovario y se agregan más factores de riesgo.

El presente estudio es de suma importancia e interés ya que el cáncer de ovario se presenta en edades que estudiamos podemos asegurar, que será una arma valiosa para el médico y la paciente, el criterio, a tomar decisiones ya que podemos ser conservadores o muy radicales para los tumores de ovario.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Malkasian G D, Podratz CK, Stanhope CR, Ritts RE, Zurawski VR. CA 125 in gynecologic practice. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155:515-8
- 2.- National Institutes of health consensus development conference statement. Ovarian cancer screening, treatment, and follow-up. *Gynecologic Oncology* 1994; 55, 54-514
- 3.- Hartge P, Wittemore AS, Itnyre J, Mc Gowan L, Cramer D, and the collaborative ovarian cancer group. Rates and the risk of ovarian cancer in subgroupsof white woman in the united states. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 764-4
- 4.- O'Conell GJ, Ryan E, Murphy J, Prefontaine M. Predictive value of CA 125 for ovarian carcinoma in patients presenting with pelvic masses. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 930-32
- 5.- Scully RE. Early de novo ovarian cancer and cancer developin in benign ovarian lesions. *Int J Gynecology Obstetrics* 1995; 49: 59- 515
- 6.- Sunoo CHS, Terada KY, Kamemoto LE, hale RW. Adnexal masses in pregnancy: ocurrence by ethiyc group. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 38-40
- 7.- Tyson FL, Boyer CM, Kautman R, O'Brian K, Cram G, Crews JR. et al. Expressions and amplification of the HER-2/neu (c-erb B-2) protooncogene in epithelial ovarian tumors and cell lines. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165:640-6
- 8.- Westhoff C, Randall MC. Ovarian cancer screening: petential effect on mortality. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 502-5
- 9.- Zárate SA, Medina HE, Gómez VE, Gómez BJ. Protocolo de la clinica de tumores de ovario del hospital de la mujer de la S.S.A. Análisis de 1,786 casos. *Rev Med Hosp. Muj.* 1994; 4:1-13

- 10.-Herrmann UJ, Locher GW, Goldhirsch A. Sonographic pattern of ovarian tumors: Prediction of malignancy. *Obstet Gynecol.* 1987; 69: 777-81
- 11.- Jadhon ME, Morgan MA, kelsten ML, Carlson JA, Mikuta JJ. Cytologic smears of peritoneal surfaces as a sampling technique in epithelial ovarian carcinoma. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 102-5
- 12.- Koonings PP, Grimes DA, Campbell K, Sommerville M. Bilateral ovarian neoplasms and the risk of malignancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 167-9
- 13.- Kroon E, Andolf E. Diagnosis and follow-up of simple ovarian cysts detected by ultrasound in postmenopausal women, *Obstet Gynecol* 1995; 85: 211-4
- 14.- Leibman AJ, Kruse B, Mc Sweeney MB. Transvaginal sonography: Comparison with tranabdominal sonography in the diagnosis of pelvic masses. *AJR* 1988; 151: 89-92
- 15.- Sassone AM, Timor-Tritsch I E, Artner A, Westhoff C, Warrant W. Transvaginal sonographic characterization of ovarian disease: Evaluation of a new scoring system to predict ovarian malignancy. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 70-5.
- 16.- Andolf E, Jorgensen C, Astedt B. Ultrasound examination for detection of ovarian carcinoma in risk groups. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 106-9.
- 17.- Buchsbaum H, Bradi M F, Delgado G, Miller A, Hoskins W, Mantea A. Surgical Staging of carcinoma of the ovaries. *Surgery Gynecology and Obstetrics.* 1989; 169: 226-31.
- 18.- Creasman WT, Di Saia P J. Screening in ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 7 - 10.
- 19.- Campbell S, Royston P, Bhan V, Whitehead, Collins W P. Novel screening strategies for early ovarian cancer by transabdominal ultrasonography. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 304 - 11
- 20.- Curtin J P. Management of the adnexal mass. *Gynecol Oncol* 1994; 55: 542-546

- 21.- Staging Announcement: FIGO Cancer Committee Gynecol Oncol 1986; 25: 383-385
- 22.- Goldstate R Steven. Controversies in the management of adnexal masses. Clin Obstet Gynecol J.B. Lippincott company, Philadelphia P A. USA. 1993; 36 (2): 347-427.
- 23.- Lynch H T, Watson P, Bewtra C. Hereditary ovarian cancer – heterogeneity in age at diagnosis. Cancer 1991; 67: 1460- 1466
- 24.- Parazzini F, Frances Chi, Vecchia CL, Fasoli M. Review- The epidemiology of ovarian cancer. Gynecol Oncol 1991; 43: 9-13.
- 25.- Di Saia P.J, Creasman W T. Clinical Gynecologic Oncology. 4th Edition 1994. Mosby/ Doyma book USA. 299-455.
- 26.- Vasilev SA, Schaerth JB, Camplau J, Morrow CP. Serum CA 125 levels in preoperative evaluation of pelvic masses. Obstet Gynecol 1988, 71- 751
- 27.- Finkler NJ, Benacerraf B, Lavin PT, Nojciechowski C, Knapp RC. Comparison of serum CA125, Clinical impression, and ultrasound in the preoperative evaluation of ovarian masses. Obstet Gynecol 1988; 72: 859.
- 28.- Bast RC. A radioimmunoassay using a monoclonal antibody to monitor the course of epithelial ovarian cancer. N. Engl J Med; 1983; 309-383.
- 29.- Utian WF. Summation: What we have learned. Am J Obstet Gynecol 1987; 1156: 1355- 1356