

51 11201



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**HOSPITAL DE ONCOLOGÍA**  
**CENTRO MÉDICO NACIONAL "SIGLO XXI"**  
Instituto Mexicano del Seguro Social

**"EVALUACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE LOS  
TUMORES OVÁRICOS LÍMITROFES O DE BAJO  
POTENCIAL MALIGNO ESTUDIADOS EN EL  
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI"**

**TESIS DE POSTGRADO**

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:

**ANATOMÍA PATOLÓGICA**

P R E S E N T A:

**DR. MIGUEL ALBERTO VILLARREAL ZAUNBOS**



**IMSS**

MÉXICO, D.F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

2002



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.

DRA. ISABEL ALVARADO CABRERO

Jefe del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Oncología del CMN SXXI

DRA. MA. DE LOURDES CABRERA MUÑOZ

Jefe del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades del CMN SXXI

DR. JOSE HALABE CHEREM

Jefe de la División de educación e investigación médica del Hospital de Especialidades del CMN SXXI



**DEDICO ESTA TESIS:**

**A MI MADRE WANDA ZAUNBOS, CON TODO MI CARÍÑO  
Y GRATITUD, POR SU APOYO Y COMPRENSION EN TODO  
MOMENTO.**

**A MI ESPOSA ANNA LIVIA, POR SU APOYO, COMPRENSION,  
AMOR Y AYUDA QUE SIEMPRE ME HA BRINDADO.**

**AGRADECIMIENTO ESPECIAL:  
A LA ASESORA DE ESTA TESIS, DRA ISABEL ALVARADO  
CABRERO, JEFE DEL DEPTO. DE ANATOMIA PATOLOGICA  
DEL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL C.M.N. SIGLO XXI  
POR SU VALIOSA DIRECCION Y APOYO, SIN LA CUAL  
NO HUBIERA PODIDO REALIZARSE ESTE TRABAJO.**

A LA DRA. LOURDES CABRERA M, JEFE DE RESIDENTES  
DE LA ESPECIALIDAD DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL  
C.M.N. SIGLO XXI, POR SUS CONSEJOS QUE MOTIVAN  
A SER MEJOR CADA DIA

A MIS MEDICOS DE BASE, POR LOS  
CONOCIMIENTOS SUMINISTRADOS

AL PERSONAL DE I.M.S S. DEL C.M.N. SIGLO XXI  
POR LA AYUDA BRINDADA EN TODO MOMENTO,  
MI MAS PROFUNDO AGRADECIMIENTO

**TUMORES LIMITROFES DE OVARIO**

**EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL  
ONCOLOGICO**

## INDICE GENERAL

TEMARIO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	2
TUMORES SEROSOS LÍMITROFES DE OVARIO	2
TUMOR MUCINOSO LÍMITROFE	7
TUMOR MUCINOSO LIMITROFE TIPO INTESTINAL	8
TUMOR MUCINOSO LIMITROFE ENDOCERVICAL	9
CONDUCTA BIOLÓGICA DE LOS TUMORES LÍMITROFES	11
ANTECEDENTES	16
OBJETIVOS	17
MATERIAL Y METODOS	18
RESULTADOS	19
ESTADIO CLÍNICO	24
TRATAMIENTO Y SOBREVIDA	27
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	31

1



## **INTRODUCCION:**

En el año de 1929, Taylor publicó un artículo que llevaba como título “tumores ováricos malignos y semi-malignos”, con el término de tumores semi-malignos identificaba a una categoría particular de neoplasias ováricas con cierto grado de proliferación epitelial pero con una conducta biológica similar a la de un tumor benigno. En el año de 1952, Kottmeier publicó otra serie de tumores ováricos en la que también incluyó esta categoría de neoplasias, y las denominó “tumores de malignidad dudosa” (1). Fue hasta el año de 1971 cuando la FIGO los reconoce como una entidad (2) y posteriormente en 1973, la OMS los incorpora a su clasificación (3).

La categoría de tumores limítrofes de ovario es una de las áreas más controversiales en la patología ginecológica. Representa un serio problema diagnóstico para el patólogo y un dilema para los ginecólogos.

## **TUMORES SEROSOS LIMITROFES DE OVARIO:**

Las neoplasias de origen seroso conforman del 20 al 50% de todos los tumores ováricos, de estos el 70% son benignos, del 5% al 10% los conforman los tumores limítrofes, también llamados intermedios, de bajo

potencial maligno o posiblemente malignos y los carcinomas el 20% al 25% restante.

El grupo de edad en los cuales se presentan es de 45 a 50 años, las características macroscópicas de los tumores limitrofes serosos son similares a la de los tumores benignos (quistes de paredes delgadas con excrecencias polipoides y un contenido líquido claro) excepto en que en los tumores limitrofes presentan papilas más grandes, finas y suaves: histológicamente se caracterizan por excrecencias polipoides y papilas constituidas por células epiteliales proliferadas atípicas, la extensión de ésta proliferación celular varía dando por resultado algunos patrones como: micropapilar, cribiforme, sólido o una combinación de todos ellos (1-2).

Generalmente presentan escaso citoplasma, aunque pueden presentar abundante, siendo éste muy eosinófilo sobre todo en mujeres embarazadas, las atipias nucleares pueden variar así como el número de mitosis, aunque generalmente hay menos de 4 mitosis por campo de seco fuerte (4) otros hallazgos que podemos encontrar son células ciliadas y cuerpos de psammoma

Un problema asociado al diagnóstico del tumor limítrofe es que se caracterizan por una proliferación compleja de glándulas y papilas, estas comúnmente invaginan al estroma, sugiriendo invasión, esta pseudoinvasión difiere, sin embargo, de la invasión estromal franca del carcinoma como describiremos a continuación; el estroma en áreas de pseudoinvasión es similar en apariencia al estroma en cualquier lugar, y las glándulas adquieren una arquitectura ordenada; en el carcinoma, el estroma es desmoplásico y a veces mixoide o hialino y la disposición de las glándulas neoplásicas dentro del estroma es desordenada.

Una situación poco común que simula invasión ocurre cuando los implantes de los tumores limítrofes contienen un estroma desmoplásico similar a los implantes extraováricos, pero estos “autoimplantes” están en la superficie del tumor, generalmente en la parte externa, más que invadiendo el estroma del tumor.

En aproximadamente 10% de los tumores limítrofes se identifica microinvasión focal al estroma, acompañado de invasión linfática; se pueden presentar células neoplásicas sueltas, en nidos o formando papilas, con cuerpos de psammoma dentro del componente estromal. La designación de tumor limítrofe con microinvasión ha sido arbitrariamente descrito como tumor con uno o más focos que no excedan 3 mm en una dimensión máxima

de 10mm<sup>2</sup> de área. El pronóstico en casos con microinvasión es similar a aquellos en los cuales no lo presentan. (5)

Estos racimos se encuentran en un espacio claro, creado por un arteficio, el cual no está delimitado por endotelio y no se asocia a una reacción estromal significativa. Otro problema de los tumores limítrofes es la asociación en un 30% de los casos con implantes peritoneales, los cuales varían en su apariencia histológica y han sido clasificados en no invasores e invasores, siendo los invasores subdivididos en epiteliales y desmoplásicos mientras que en los implantes no invasores se dividen en desmoplásicos y no desmoplásicos, éstos se conforman por células serosas atípicas papilares en el peritoneo, generalmente no hay reacción estromal, a diferencia del subtipo desmoplásico en el cual se encuentra abundante reacción estromal, inflamatorio agudo y crónico, así como depósitos de fibrina, hemorragia y cuerpos de psammoma. (5)

El pronóstico en ambos casos, esta a discusión ya que algunos autores refieren importantes diferencias siendo de mucho mejor pronóstico los no invasores, mientras que otros estudios no encuentran diferencias significativas (6). Han sido reportadas metástasis a ganglios linfáticos en un 20% de los casos de tumor seroso limitrofe; sin embargo, no hay evidencia de que la invasión a ganglios linfáticos altere el pronóstico, por lo tanto, si el ganglio linfático tiene o no metástasis esto no debe influir en el tratamiento,

además, otro dato confuso es la asociación de epitelio seroso atípico en ganglios linfáticos paraórticos o pélvicos

Un diagnóstico de metástasis inequívoco es una lesión confinada a los senos de un ganglio linfático y compuesto sólo de células epiteliales, a diferencia de las células mesoteliales reactivas las cuales pueden viajar a los ganglios linfáticos y simular metástasis (7-8)

Hay que tener en consideración que la hiperplasia mesotelial puede confundirse con un tumor limitrofe, en la cual, las células mesoteliales en el primer caso, son típicamente cúbicas y presentan núcleos sin atipias (9-10)

Los tumores con características morfológicas similares al tumor seroso limitrofe de ovario, pueden surgir como tumores primarios del peritoneo con o sin compromiso del ovario, los hallazgos comunes en éstos casos son endosalpingiosis (88%), tumor seroso de ovario benigno (24%) y salpingitis crónica (40%). (11)

El tumor seroso extraovárico ocasionalmente toma la forma de una masa quística parecida tanto macroscópicamente como microscópicamente al tumor quístico seroso papilar limitrofe, la cual se presenta más comúnmente en el ligamento ancho (12)

La supervivencia para estas pacientes a 5 años es de un 90-95%, mientras que a 10 años la expectativa de vida es de 75-90%. Para fines prácticos, si la enfermedad esta confinada a los ovarios, es decir, sin lesiones extraováricas, se puede esperar una evolución de la enfermedad sin recurrencias. El tratamiento debe estar encaminado a la completa extirpación del tumor, en pacientes jóvenes con enfermedad limitada al ovario se considera suficiente una salpingooforectomía unilateral; para pacientes con enfermedad bilateral, con paridad satisfecha, se recomienda histerectomía total con salpingooforectomía bilateral y omentectomía.

### **TUMOR MUCINOSO LIMITROFE:**

El tumor mucinoso es más difícil de subdividir en benigno, limitrofe y carcinosomatoso, porque generalmente es de tamaño más grande y presenta mayor variación en sus características citológicas y arquitecturales. (13)

Los tumores mucinosos limítrofes conforman el 14% de los tumores mucinosos de ovario, se presentan con más frecuencia en mujeres alrededor de los 30 años, son bilaterales en el 5 a 10% de los casos, sus características macroscópicas son muy semejantes a sus contrapartes benignas, siendo estos multiloculados, con superficie externa lisa y con un tamaño promedio de 15 a 20 cm. de diámetro.

El tumor mucinoso limitrofe puede presentarse como tipo endocervical (Mülleriano) o tipo intestinal el cual es el más común (80-90%).

#### **TUMOR MUCINOSO LIMITROFE TIPO INTESTINAL:**

Representa el 85% de tumores limitrofes mucinosos, se presentan por lo general entre la 4a y la 7a. década de la vida, microscópicamente se identifican papilas que recuerdan la arquitectura de un tumor seroso papilar limitrofe; con un epitelio compuesto por células columnares, con mucina y con cierta semejanza de células endocervicales, así como células poligonales indiferenciadas con abundante citoplasma eosinófilo, localizado generalmente en la parte alta de la papila. Los criterios para determinar si un tumor de tipo intestinal es limitrofe o carcinoma son controversiales ya que los dos contienen glándulas y quistes dentro de un estroma no desmoplásico y que asemejan estroma ovárico, lo cual crea mayor dificultad para determinar invasión estromal a diferencia de su contraparte serosos (13-14).

La mayoría de los autores acuerdan en los criterios de Hart y Norris (25) de carcinoma no invasor en la categoría limitrofe, ya que el pronóstico de estos en estadio I parece ser tan bueno como aquellos tumores limitrofes los cuales no presentan esta característica.

Los criterios para diferenciar el tumor limitrofe mucinoso de tipo intestinal del carcinoma son variados, dependiendo de la clasificación; en la OMS, los primeros muestran una proliferación epitelial mayor que el cistadenoma benigno pero carecen de invasión estromal. Otros autores como Hart y Norris, proponen que el carcinoma debe ser diagnosticado cuando la altura de células epiteliales neoplásicas en un tumor quístico mucinoso no invasor sea de 4 células o mayor, otros, proponen que un patrón cribiforme o la presencia de proyecciones digitiformes intraquísticas de masas celulares sólidas sin tejido conectivo de soporte debe ser considerado como carcinoma, otros, consideran carcinoma aquellos en que las glándulas o quistes están conformados por células francamente malignas.

#### **TUMOR MUCINOSO LIMITROFE ENDOCERVICAL:**

El tipo endocervical (Mülleriano) representa el 15% de tumores limitrofes mucinosos, éstos presentan implantes peritoneales compuestos de glándulas mucinosas, bien diferenciadas en un estroma fibroso; las dos características de los tumores mucinosos de tipo endocervical que los distinguen de los de tipo intestinal son papilas que asemejan al tumor seroso limitrofe y un epitelio exclusivamente o predominantemente endocervical sin células vacuoladas ni argirofílicas, también es frecuente encontrar en los tumores



mucinosos de tipo endocervical un infiltrado inflamatorio abundante en el estroma así como en las luces glandulares, la endometriosis se presenta en un 30%; hay que tener cuidado ya que estos tumores a veces secretan un fluido mucinoso, espeso, lo cual no debe confundirse con carcinoma mucinoso; también pueden presentar necrosis y hemorragia en grado variable, así como algunas de las características citológicas de carcinoma tales como atipia nuclear, actividad mitótica, estratificación o complejidad glandular pero carecen de invasión estromal.

A pesar de ser más frecuente el encontrar implantes peritoneales o metástasis en ganglios linfáticos los tumores de tipo endocervical tienen un pronóstico excelente; los criterios de estratificación de Hart y Norris que ayudan a distinguir entre un tumor mucinoso limítrofe de tipo intestinal a un carcinoma intraepitelial, no son de ayuda entre el tumor mucinoso endocervical del carcinoma intraepitelial, ya que los primeros pueden presentar estratificación de más de 20 capas.

La clasificación de mayor aceptación es dividir el tumor limítrofe en dos categorías, aquellos en que sólo hay atipia epitelial y aquellos en que hay carcinoma intraepitelial y diagnosticar carcinoma mucinoso a aquellos con invasión franca (13-14-15)

### **CONDUCTA BIOLÓGICA DE LOS TUMORES LÍMITROFES:**

En varios estudios se ha comprobado que el seguimiento de las pacientes en estadio I no desarrollan recurrencias ni metástasis a diferencia de pacientes con enfermedad avanzada en los cuales la mortalidad alcanza entre un 30 a 40% (16)

En el estudio del Dr Kurman, el cual es uno de los más completos, por la gran cantidad de pacientes (953) y un seguimiento de hasta 40 años (16) se realiza una revisión de 22 series en la cual evalúa el potencial maligno real de estos tumores hacia la progresión de carcinoma seroso invasor

La revisión es un tanto frustrante, por varios aspectos, como falta de seguimiento, pocas muestras del tejido del tumor primario y los implantes asociados, no poder clasificar los tumores en subtipos histológicos, inadecuada descripción clínica de recurrencias y muy poca o en algunos casos, ningún dato especificando la causa de muerte; siendo éste el mayor problema para analizar la conducta de los tumores limítrofes.

El seguimiento de las pacientes, que comprende un máximo de 40 años y una media de 7 años; para los tumores en estadio I, muestran que la gran mayoría de las pacientes no desarrollaron recurrencia ni murieron a causa de la neoplasia. A diferencia de pacientes con estadios avanzados, los datos no son tan claros, la mortalidad va de un 30 a 40% (17), en tanto que otras, incluyendo las más recientes reportan una mortalidad del 10% o menos,(18) aunque en otros estudios esta mortalidad no rebasa el 10%. La causa exacta de la muerte en los tumores limitrofes es difícil de precisar ya que cuesta trabajo obtener datos del curso clínico de las pacientes; generalmente muchos estudios reportan a las pacientes que “fallecen de enfermedad” sin más detalles en la descripción. Los pocos estudios con información completa revelan que las pacientes fallecen “ con enfermedad” más que “de enfermedad” por lo tanto las causas de fallecimiento fueron obstrucción intestinal, uremia debido a obstrucción postradioterapia, desarrollo de sarcoma y leucemia postradioterapia así como carcinoma invasor.

Por lo tanto, muchas pacientes fallecen por complicaciones terapéuticas causadas sobre todo por múltiples intervenciones terapéuticas las cuales condicionan fibrosis y adherencias

Algunos estudios refieren fallecimientos en 3 casos debido a metástasis a distancia (6), cerebro, pulmones, hígado y hueso. Una autopsia mostró metástasis a hígado, páncreas, glándula suprarrenal, pulmones y pericardio, éstos sitios no frecuentes de carcinoma de ovario metastásico, puede que no corresponda a un tumor seroso limítrofe, debido a que la cantidad de tejido no fue descrita, también es posible que estos tumores fueran carcinomas invasores al momento del diagnóstico y no fueran reconocidos debido al material insuficiente. Otra posibilidad es la transformación maligna; la cual es rara, sin embargo fue considerada en este estudio. Eliminando estos 3 pacientes el porcentaje de sobrevida es de 87% en estadios avanzados

Establecer la causa de muerte en pacientes con tumor limítrofe es difícil debido a la falta de información en muchos casos, algunos refieren la causa de muerte como “muerte por enfermedad”, sin más descripción o hallazgos de la autopsia. Los pocos estudios que tienen información suficiente refieren que la mayoría de pacientes mueren “con enfermedad” más que “de enfermedad”.

Las causas de muerte fueron obstrucción del intestino delgado en la mayoría de los casos y en menor frecuencia, uremia, debida a obstrucción ureteral, debido a complicaciones de la radioterapia, desarrollo de sarcoma postradiación, leucemia postquimioterapia y carcinoma invasor.

Las características histológicas de recurrencia son similares al tumor seroso primario, es decir, estas recurrencias no tienen apariencia de carcinoma invasor

Cinco estudios, sin embargo, han reportado el desarrollo de carcinomatosis florida (4), se han documentado, con fotografías en sólo dos reportes (18) Uno de estos 8 pacientes desarrolló carcinoma invasor 6 años después de histerectomía y salpingooforectomía bilateral en estadio I y endosalpingiosis extraovárica; el estudio considera esto como ejemplo de desarrollo de un tumor primario independiente. (19) Es difícil determinar si los carcinomas invasores que desarrollan los pacientes en los otros 6 casos fueron tumores primarios o representan ejemplos de progresión a carcinoma invasor; el riesgo de que los tumores de bajo grado malignicen es un evento muy raro; en este estudio esta situación se presentó en 7 pacientes de 953 (0.7%), similar al riesgo de transformación de los leiomiomas (0.7%) (20); los cuales son considerados completamente benignos

Algunos estudios hacen énfasis en subclasificar en implantes invasores y no invasores, ya descritos anteriormente, mientras que otros no refieren mayor importancia en el pronóstico

Debido al excelente pronóstico, algunos investigadores recomiendan salpingooforectomía unilateral en estadio I. Tanto la radioterapia como la quimioterapia son inapropiadas en tumores con índice de proliferación bajo así como con actividad mitótica de 0 a 1 x 10 campos de seco fuerte (19)

El valor de una segunda cirugía (2a vista) está en duda. Estudios muestran que de un 20 a 100% de pacientes están libres de tumor en una segunda cirugía sin embargo la recurrencia puede ir de 1 a 20 años (21).

## **ANTECEDENTES:**

- 1) La proliferación compleja epitelial tanto glandular como papilar, es uno de los problemas morfológicos principales del diagnóstico diferencial entre un tumor limitrofe y el carcinoma.
- 2) Las variantes raras como la cabeza de medusa, células rosadas , rico en cuerpos de psammoma, deben ser conocidas para no diagnosticarse como carcinomas
- 3) La frecuente invaginación al estroma en estos tumores, sugiere invasión. Esta pseudoinvasión difiere sin embargo, a la invasión franca del carcinoma
- 4) El 30% de los tumores limitrofes presentan implantes peritoneales, los cuales no son sinónimos de metástasis

**OBJETIVOS:**

- 1) Determinar la incidencia de el tumor limítrofe en nuestra población
- 2) Evaluar el número de casos de el tumor limítrofe diagnosticados inicialmente como carcinomas.
- 3) Conocer el tipo de tratamiento administrado a estas pacientes, así como la evolución clínica de las mismas



#### MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron todos los casos de neoplasias epiteliales ováricas con diagnóstico de Tumor limitrofe o carcinoma de los archivos del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el período comprendido de 1996 al 2000. se incluyeron solo aquellos casos que contaban con un muestreo adecuado del espécimen (1 corte por cada cm. del tumor). Los casos de tumores epiteliales benignos fueron excluidos)

La evaluación histológica fue realizada por dos patólogos. La información clínica y el seguimiento de la pacientes se obtuvo de los expedientes clínicos.

#### RESULTADOS:

De entre un total de 126 casos, 98 fueron carcinomas y 28 fueron tumores *limitrofes*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron todos los casos de neoplasias epiteliales ováricas con diagnóstico de Tumor limitrofe o carcinoma de los archivos del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el período comprendido de 1996 al 2000. se incluyeron solo aquellos casos que contaban con un muestreo adecuado del espécimen (1 corte por cada cm. del tumor). Los casos de tumores epiteliales benignos fueron excluidos)

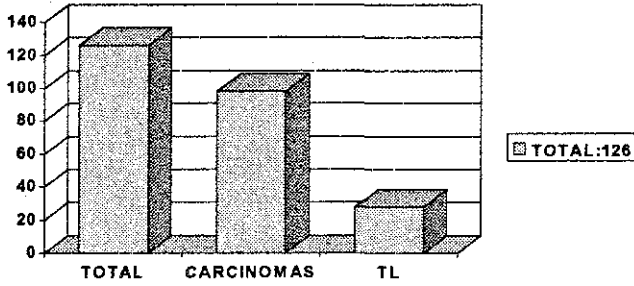
La evaluación histológica fue realizada por dos patólogos. La información clínica y el seguimiento de la pacientes se obtuvo de los expedientes clínicos.

#### RESULTADOS:

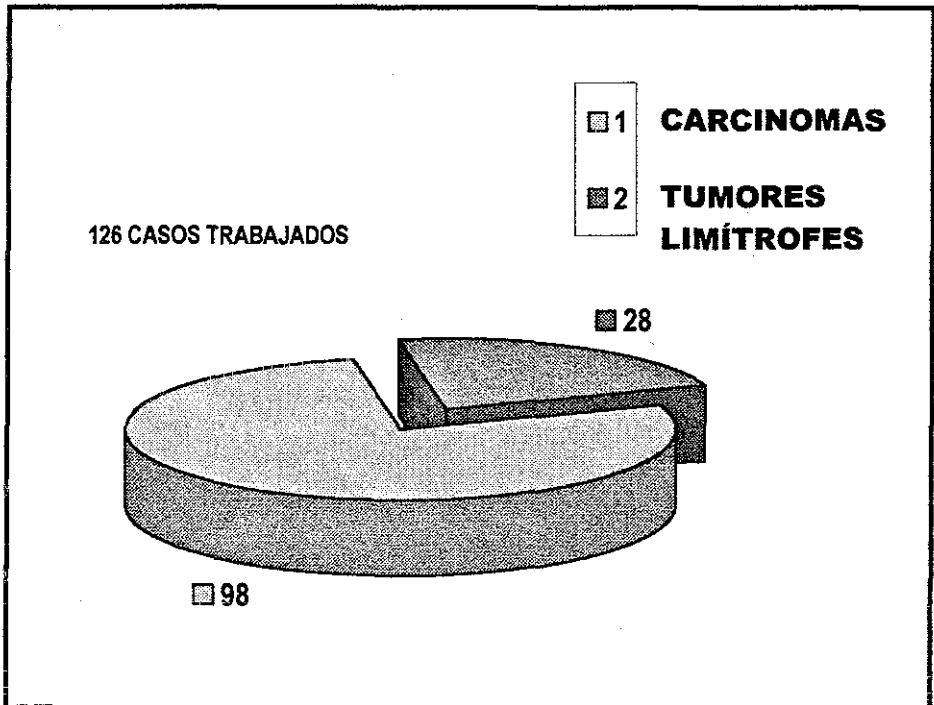
De entre un total de 126 casos, 98 fueron carcinomas y 28 fueron tumores *limitrofes*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

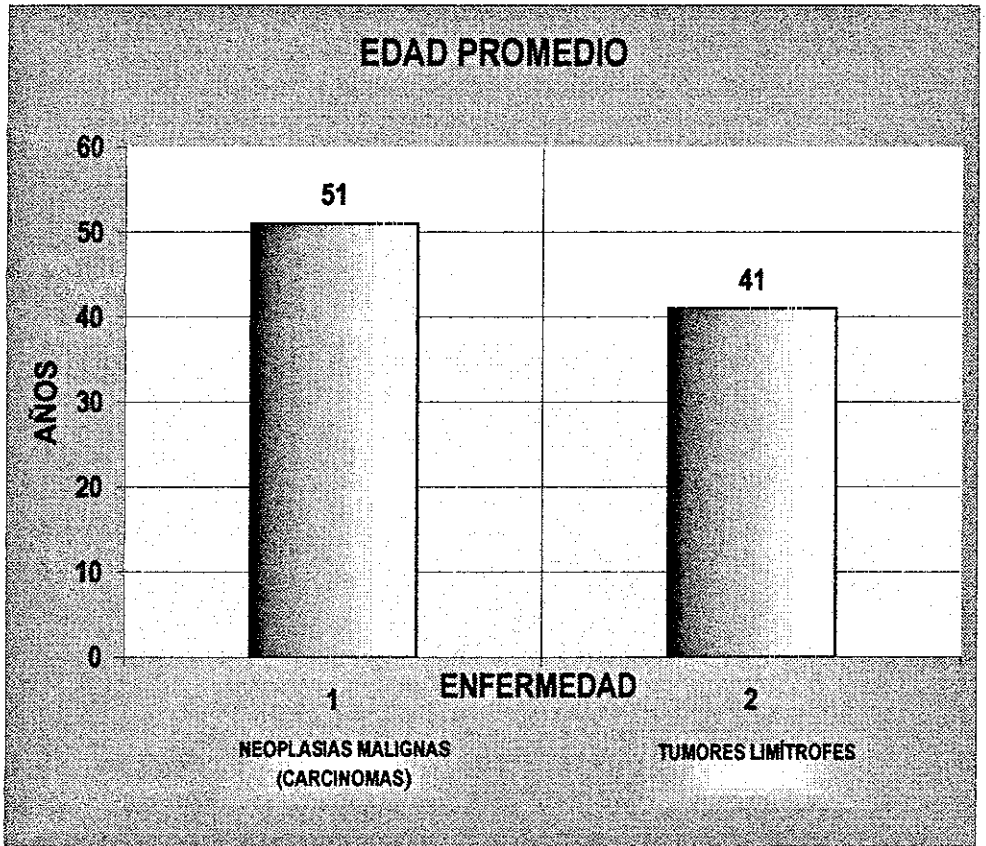
# RESULTADOS



# RESULTADOS:



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La edad promedio de las neoplasias malignas fue de 51 años y de los tumores limítrofes de 41 años.

Las edad y clasificación de los tumores se describe a continuación:

#### CISTADENOCARCINOMAS SEROSOS

Correspondieron a la mayoría de los casos con 60 (61%), la edad promedio fue de 52 años; 43 de ellos fueron grado III o poco diferenciados, con una edad promedio de 54 años, el grado II o moderadamente diferenciado con 12 casos (54 años de edad promedio) y el grado I o bien diferenciado con 5 casos (49 años promedio)

#### CARCINOMA ENDOMETROIDE

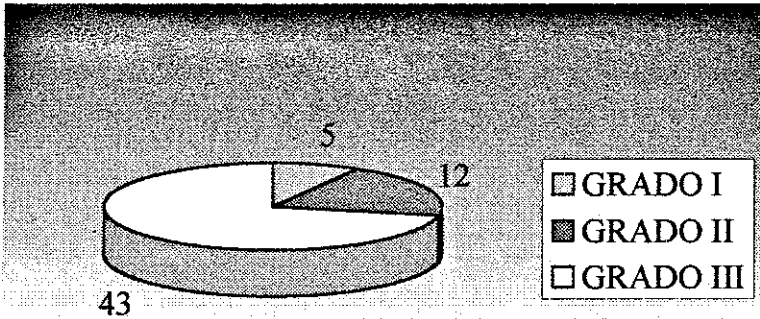
Se identificaron 14 casos,(59 años de edad en promedio) 6 de ellos grado III (64 años), grado II 7 casos (51 años) y grado I con un caso (64 años)

#### CISTADENOCARCINOMA MUCINOSO

(44 años de edad promedio), tres de ellos grado III (53 años), dos grado II (38 años) y uno grado I (29).

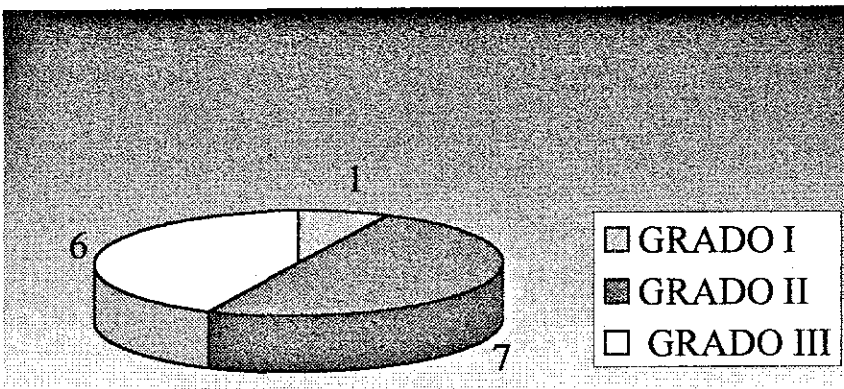
#### CARCINOMA DE CELULAS CLARAS

(51 años de edad promedio). De estos, todos se diagnosticaron con grado II, dos de ellos con patrón papilar, y los restantes como: con áreas que remedan carcinoma seroso, mixto y mixto asociado a carcinoma anaplásico seroso.



**CISTADENOCARCINOMA SEROSO**

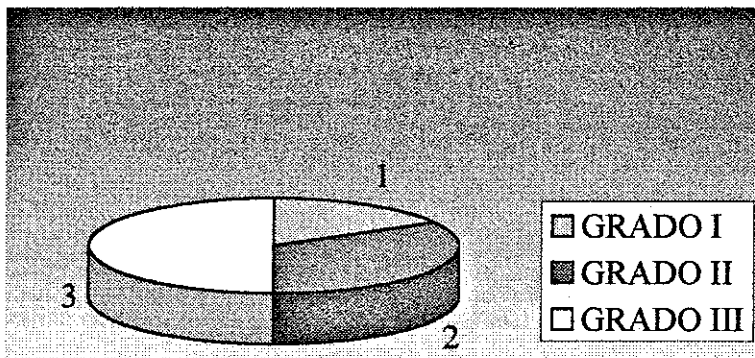
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**CISTADENOCARCINOMA ENDOMETROIDE**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

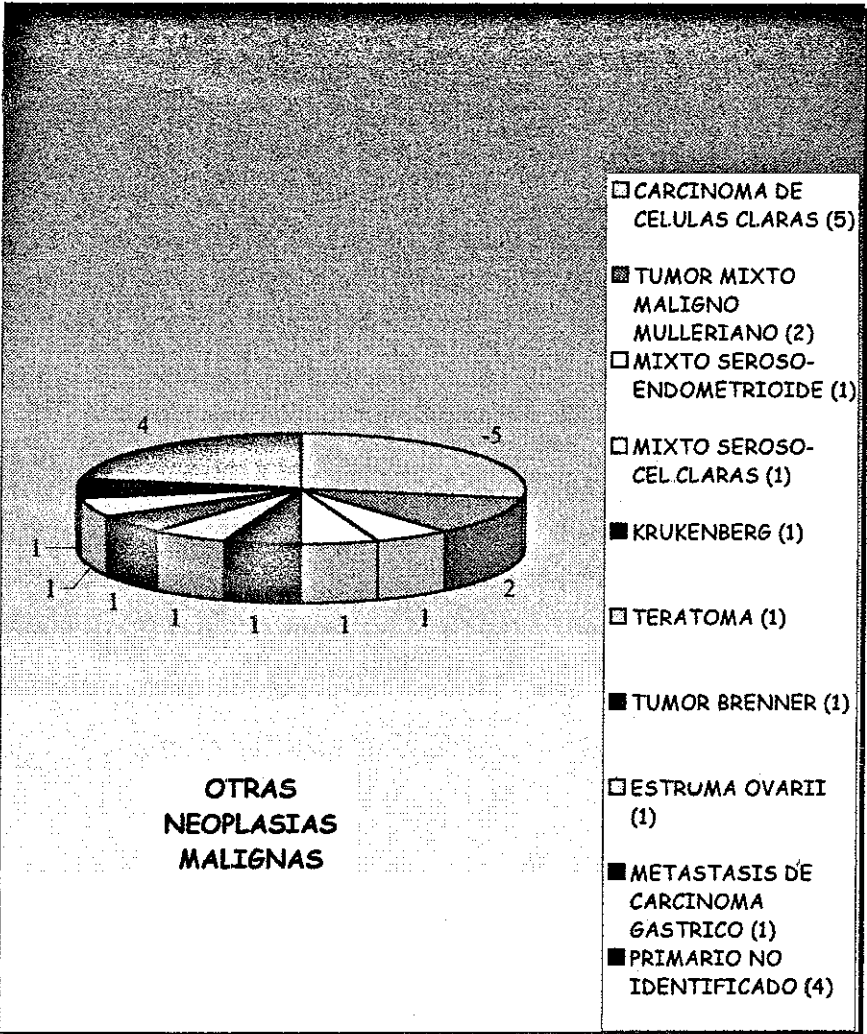




## CISTADENOCARCINOMA MUCINOSO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

20-C



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## OTROS

El tumor mixto maligno Mulleriano fue diagnosticado en dos ocasiones (54 años) y en una ocasión los siguientes: tumor mixto seroso y endometroide (29), mixto seroso y de células claras (67), Krukenberg (53), Teratoma (23), teratoma más Brenner y estroma ovarii (95), metástasis de carcinoma gástrico a ovario (56) y en 4 pacientes, no fue posible identificar el primario (5)

### **TUMORES LIMITROFES:**

Ocho casos diagnosticados inicialmente como carcinoma se reclasificaron como tumores limitrofes, 6 de estos casos contaban con el diagnostico inicial de carcinoma seroso, uno con el de carcinoma mucinoso y uno con el de carcinoma endometroide.

### **DIAGNOSTICO INICIAL DE ENVIO:**

Cistadenocarcinoma seroso de alto grado

Cistadenocarcinoma seroso de bajo grado (4)

Tumor seroso maligno

Cistadenocarcinoma mucinoso

carcinoma endometroide

Los demás casos se reportaron de la siguiente manera:

Tumor seroso limitrofe (14 casos)

Adenoma seroso

Tumor seroso papilar

Cistadenoma seroso papilar

Tumor mucinoso quístico maligno

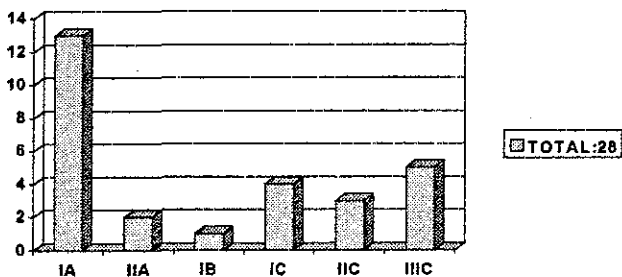
Cistadenofibroma con focos de atipia seroso

Tumor mucinoso limitrofe.

En las pacientes con tumor limitrofe los síntomas iniciales fueron en 19 de ellas dolor abdominal ; en tres distensión abdominal y las restantes presentaron por separado: amenorrea de 6 meses de evolución, sensación de cuerpo extraño vaginal, dismenorrea, crecimiento acelerado abdominal, sensación de tumoración abdominal y una paciente cursó asintomática, siendo hallazgo quirúrgico por hernioplastia inguinal

Por lo general los casos con mayor grado de proliferación epitelial o con patrón de crecimiento micropapilar fueron los que se confundieron como carcinomas, así como aquellos que presentaban focos de microinvasión Por otro lado en dos casos, la neoplasia ovárica se catalogó como maligna debido a la presencia de implantes peritoneales invasores Trece pacientes se catalogaron como estadio clínico IA, 2 como IIA, 1 como IB, 4 como IC, , 3 como IIC y 5 como IIIC

## ESTADIO CLINICO



ESTADIO CLINICO DE LAS PACIENTES CON TUMOR LIMITROFE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## TUMORES LIMITROFES

SINTOMA INICIAL	EDAD	E.C.	DIAGNOSTICO	CIRUGIA	TX.QT	SEGUIMIENTO
Amenorrea 6 meses	39	IB	Tumor mucinoso limitrofe	HTA-SOU	NO	CONTROL 1 AÑO SIN AI
Dolor abdominal	40	IA	Tumor seroso limitrofe	HTA-SOB	NO	CONTROL 1 AÑO SIN AI
Dolor abdominal	24	IC	Tumor mucinoso limitrofe	HTA-SOB	NO	Control 2 años Sin AT
Asintomática (Hernioplastia)	25	IIIC	Tumor seroso limitrofe no invasor Rico en cuerpos de Psammoma	HTA-SOB	NO	Control 2 años Sin AT
Dolor abdominal	27	IC	Tumor limitrofe. Omento sin implantes	HTA-SOB	NO	Control 2 años Sin AT
Dolor abdominal	30	IC	Tumor seroso limitrofe Con áreas micropapilares 25% sin etapificar.	HTA-SOB	NO	Control 1 año Sin AT
Dolor abdominal	38	IIIC	Cistadenocarcinoma seroso originado en tumor limitrofe	HTA-SOB	Sust Hormonal	FÍSTULA UV. NO METASTASIS EN UN AÑO.
Dolor abdominal	63	IA	Tumor seroso limitrofe	HTA-SOB	CFA-6 Ciclos	No metastasis Control 1 año. Sin AI
Dolor abdominal	65	IIIC	Tumor seroso limitrofe con abundante edema y áreas donde el epitelio adquiere moco	HTA-SOB	NO	Control de 1 año Sin AT
Dolor abdominal	41	IIIC	Cistadenocarcinoma papilar y seroso limitrofe	HTA-SOB	TAXOL	Control 2 años Sin AT
Sensación cuerpo extraño	72	IA	Tumor seroso limitrofe de bajo potencial	HTA-SOB	NO	Control 1 año Sin AT

Dolor abdominal	39	IA	Tumor seroso limitrofe más quiste en endometrio con hiperplasia	HTA-SOB	NO	Control 1 año sin AT
Dolor abdominal	18	IC	Tumor seroso limitrofe de bajo potencial	HTA-SOB	NO	Control 2 años Sin AT
Dolor abdominal	30	IA	Tumor seroso limitrofe. Proliferación moderada Sin microinvasión, extensas células rosadas.	HTA-SOB	NO	Control 2 años Sin AT
Dolor abdominal	54	IIIC	Tumor seroso limitrofe vs Carcinoma seroso de bajo grado con actividad leve-moderada	HTA-SOB	6 ciclos	HIDRONEFROSIS FALLECIO
Dolor abdominal	26	IA	Tumor seroso limitrofe con abundantes células rosadas Sin microinvasión	HTA-SOB	NO	Control 2 años sin AT
Distensión abdominal	42	IA	Tumor seroso limitrofe de bajo potencial	Citoreducción	NO	Control 2 años Sin AT
Tumoración abdominal	34	IA	Tumor serosolimitrofe de bajo potencial Sin implantes, solo calcificación	HTA-SOB	NO	Control 2 años Sin AT
Dolor abdominal	63	IA	Tumor mucinoso limitrofe de bajo potencial.	HTA-SOB	NO	Control 2 años Sin AT
Distensión abdominal	23	IA	Tumor seroso limitrofe en fase incipiente	HTA-SOU	NO	Control 2 años Sin AT
Dolor abdominal	42	IA	Tumor seroso limitrofe de bajo potencial	HTA-SOB	NO	Control 1 año Sin AT
Dolor abdominal	62	IIA	Tumor mucinoso limitrofe de bajo potencial	HTA-SOB	NO	Control 1 año Sin AT

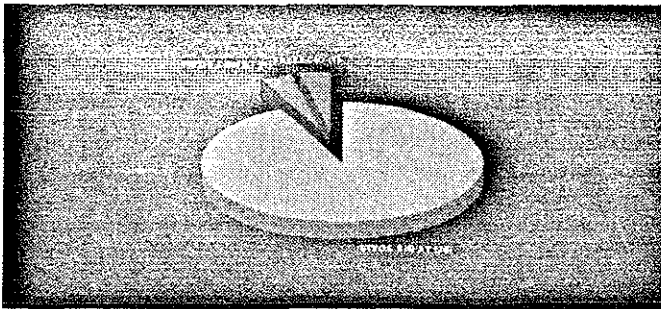


Dolor abdominal	35	IIC	Tumor seroso límitrofe de bajo potencial	HTA-SOB	NO	Control 2 años Sin AT
Dolor abdominal	47	IIC	Tumor seroso límitrofe de bajo potencial	HTA-SOB	NO	Control 1 año Sin AT
Dolor abdominal	38	IIC	Tumor seroso límitrofe de bajo potencial	HTA-SOB	NO	Control 1 año Sin AT
Dolor abdominal	44	IA	Tumor seroso límitrofe de bajo potencial	HTA-SOB	NO	Control 1 año Sin AT
Dolor abdominal	41	IIA	Tumor seroso límitrofe de bajo potencial	HTA-SOB	NO	Control 1 año Sin AT

### **TRATAMIENTO Y SOBREVIDA:**

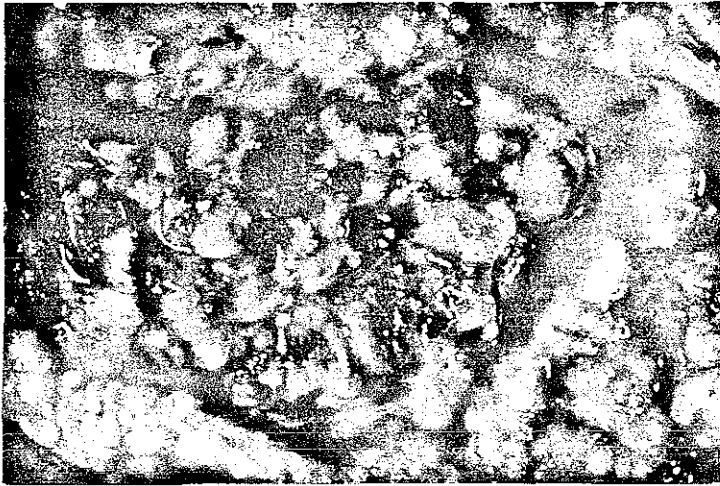
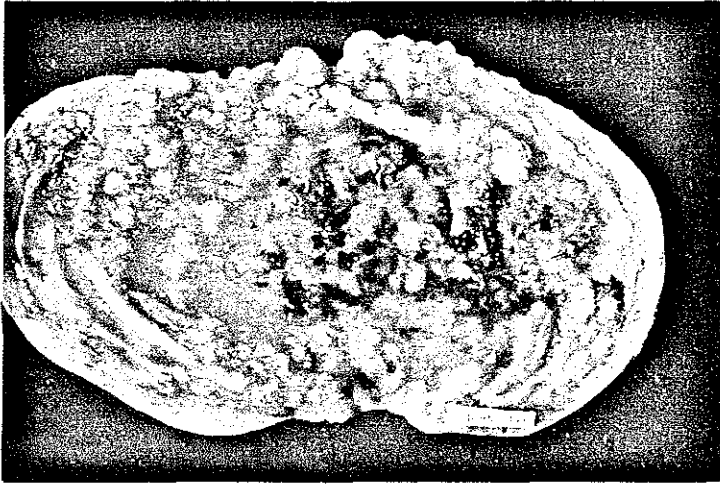
El tratamiento inicial fue quirúrgico en todas ellas y solo se administró quimioterapia adyuvante a 5 de las pacientes. El periodo de seguimiento fue de 1 a 5 años; 26 pacientes están vivas sin AT, una esta viva con AT y solo una murió por complicaciones obstructivas secundarias al volumen tumoral abdominal.

## SEGUIMIENTO



SEGUIMIENTO DE LAS 28 PACIENTES CON TUMOR LIMIROFE

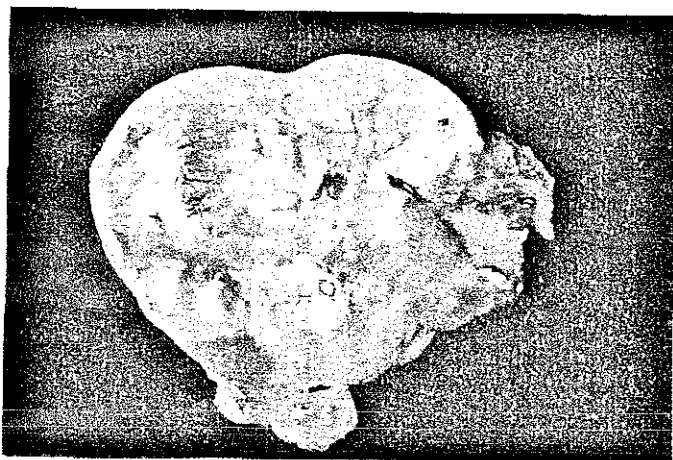
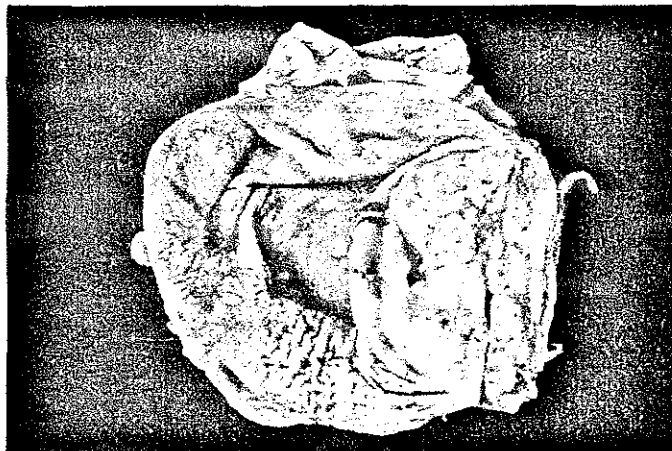
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



- A) Tumor quístico y papilar del ovario.
- B) Tumor mucinoso limítrofe.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

28-A



Tumor quístico y sólido del ovario. Carcinoma.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

28-B



Cistadenofibroma del ovario Papilas sin proliferación  
epitelial

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

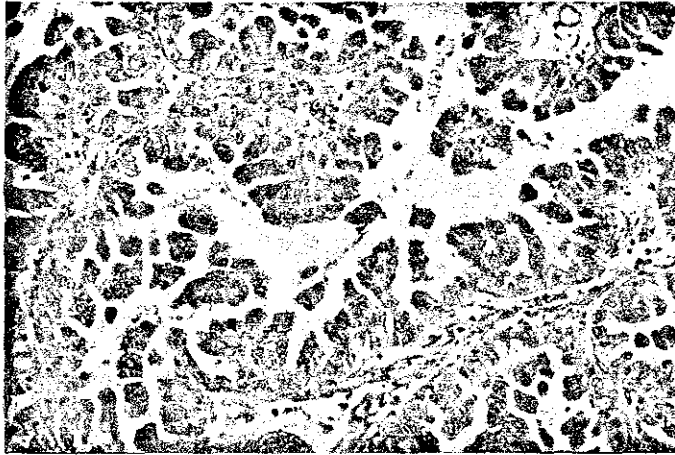
28-C



Cistadenoma seroso con atipia focal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

28-D



Tumor limitrofe de ovario con abundantes "células rosadas".

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

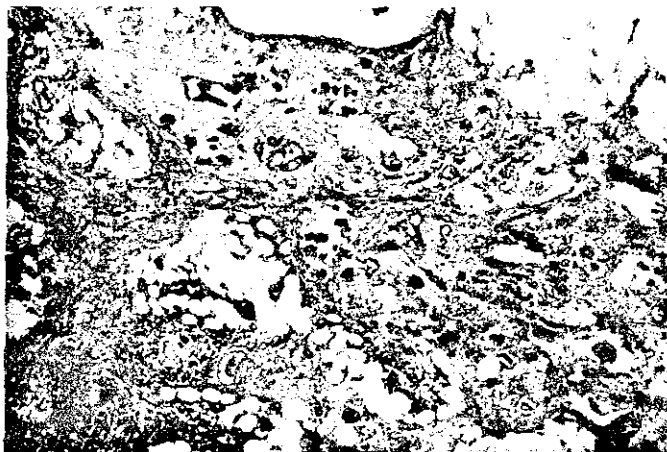


Tumor mucinoso. Glándulas con revestimiento de epitelio tipo intestinal (Tumor limítrofe mucinoso de tipo intestinal).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

28-F





Implantes no invasores.

- A) Peritoneo con grupos de células epiteliales con cuerpos de psammoma, características no invasoras.
- B) Implantes no invasores.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

28-G

## CONCLUSIONES:

El diagnóstico diferencial entre el tumor limitrofe y el carcinoma es difícil, debido a la semejanza en los patrones morfológicos, algunos con variantes raras, las cuales en algunas ocasiones no son del dominio del patólogo

Los tumores limitrofes son neoplasias malignas, que por su curso indolente, tienen un muy buen pronóstico a semejanza de los tumores benignos

Debido a la nomenclatura, las pacientes han recibido radioterapia y quimioterapia, provocando estos más morbilidad que la entidad en sí.

La diferencia de implantes no invasores de los invasores puede ser difícil debido a la falta de experiencia de algunos patólogos

Al estar confinado a los ovarios, estos tumores pueden ser tratados conservadoramente, tratando lo más posible de conservar la capacidad reproductiva los implantes peritoneales no invasores deben ser interpretados como benignos, mientras que los invasores deben ser considerados como carcinoma seroso invasor, siendo estos muy raros

En lo referente a nuestro estudio:

- 1) Los Tumores limítrofes representan el 22% de todas las neoplasias epiteliales ováricas malignas en nuestro medio
- 2) La tercer parte de los Tumores limítrofes se diagnosticaron inicialmente como carcinomas
- 3) La enfermedad tiene un curso **benigno** en la mayoría de los casos (92)%

## BIBLIOGRAFIA

- 1 -Kottmeier H. I. The classification and treatment of ovarian tumors  
Acta Obstet Gynecol. Scand. 1952; 31, 313-63.
- 2 -International Federation of Gynecology and Obstetrics  
Classification and staging of malignant tumors in the female pelvis  
Acta Obstet Gynecol. Scand. 1971;50 1-7.
- 3 - Serov SF Scully RE Sobin LH. International histological classification and staging of tumors  
Histologic typing of ovarian tumors Geneva. World Health Organization 1973.
- 4 -Katzenstein A-IA. Manzur MI, Morgan TE, Kao M-S.  
Proliferative serous tumors of the ovary. Histologic features and prognosis  
Am J Surg Path. 2: 339-355 1978
- 5 -Silva EG Kurman RJ Russell P, Scully RE.  
Symposium ovarian tumors of borderline malignancy.  
Int. J. Gynecol Pathology 1996 15; 281-302
- 6 -Seidman JD, Kurman RJ.  
Subclassification of serous borderline tumors of the ovary: a distinctive low-grade carcinoma related to serous borderline tumors.  
Am J Surg Pathology 1996, 20 319-330.
- 7 -E Chorn JE, Bell DA, Young RH, Scully RE. Ovarian serous borderline tumors with micropapillary and cribriform patterns. A study of 40 cases and comparison with 44 cases without these patterns  
Am. J. Surg Path 1999 23: 397-409
- 8 -Bell DA, Scully RE.  
Ovarian serous borderline tumors with stromal microinvasion. A report of 21 cases  
Hum. Path 1990; 21 397-403.

- 9 -Michael H, Roth LM,  
Invasive and non invasive implants in ovarian serous tumors of low  
malignant potential.  
Cancer 1986; 57: 1240-1247
- 10.-Bell DA, Weinstock MA, Scully RE.  
Peritoneal implants of ovarian serous borderline tumors: Histologic  
features and prognosis.  
Cancer 1988; 62: 2212-2222
- 11.-Karp LA, Czernobilsky B  
Glandular inclusions in pelvic and abdominal para-aortic lymph nodes  
Am J Clin Path 1969; 52: 212-218
- 12.-Clement PB, Young RH, Oliva E, Summer HW, Scully RE  
Hyperplastic mesothelial cells within abdominal lymph nodes: mimic of  
metastatic ovarian carcinoma and serous borderline tumors A report  
of two cases associated with ovarian neoplasms  
Mod Path. 1996; 9: 879-886
- 13.-Aslani M, Anh GH, Scully RE.  
Serous papillary cystadenoma of borderline malignancy of broad ligament  
Int. J gynecol Path 7: 1988:131-138
- 14 -Chaitin BA, Gershenson DM, Evans HL.  
Mucinous tumors of the ovary A clinicopathology study of 70 cases  
Cancer 55: 1985; 1962-1985.
- 15 -Clement PB, Young RH  
Florid mesothelial hyperplasia associated with ovarian tumors A  
potential source of error in tumor diagnosis and staging.  
Int J Gynecol Path 12: 1993 ;51-58

- 16 -Hart WR, Norris HJ  
Borderline and malignant mucinous tumors of the ovary. Histologic criteria and clinical behavior.  
Cancer 31; 1973: 1031-1045.
- 17 -Hoerl HD, Hart WR.  
Primary ovarian mucinous cystadenocarcinomas A clinicopathologic study of 49 cases with long term follow-up  
Am J Surg Path 1998; 22: 1449-1462.
- 18 -Siriaunkgul S, Robbins KM, McGowan L, Silverberg SG  
Ovarian mucinous tumors of low malignant potential. A clinicopathologic study of 54 tumors of intestinal and Müllerian type  
Int. J. Gynec Path. 14; 1995: 198-208
- 19 -Robert J Kurman, Cornelia I Trimble  
The behavior of serous tumors of low malignant potential Are they ever malignant?  
Int. J. Gynecol Path. 12; 120-127 1993.
- 20 -Bell DA  
Ovarian surface epithelial-stromal tumors  
Hum Pathology 1991; 22: 750-767.
- 21 -Katzenstein AI, Mazor MI Morgan TE, Kao MS.  
Proliferative serous tumors of the ovary. Histologic features and prognosis.  
Am J Surg Path 1978; 2: 339-358.
- 22 -Gershenson DM, Silva EG  
Serous ovarian tumors of low malignant potential with peritoneal implants.  
Cancer 1990 65; 578-585

- 23 -Leibsohn S. Ablain G. Mishell DR, Schiaerth JB  
Leiomyosarcoma in a series of hysterectomies performed for uterine  
leiomyomas.  
Am J Obstet Gynec 1990; 162-166.
- 24-Chambers JJ Merino MJ Kohorn EL Schwartz PE.  
Borderline ovarian tumors  
Am J Obstet Gynecol 1988; 159 : 1088-1094.
- 25 -Hart WR  
Ovarian epithelial tumors of borderline malignancy (carcinomas of low  
malignant potential)  
Hum Path 1977;8;541-549.