

11217
124

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

SECRETARIA DE SALUD

DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES

HOSPITAL DE LA MUJER

PATOLOGÍA OVÁRICA

CORRELACIÓN DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO
TRANSOPERATORIO Y DEFINITIVO DE TUMOR DE OVARIO
DE ENERO DE 1998 A DICIEMBRE DEL 2000

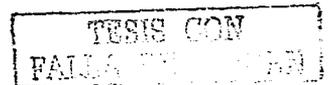
PRESENTA

DR. RAFAEL PERALTA CLARA

ASESOR DE TESIS:

DRA. VILMA REYES VALLEJOS

MÉXICO, D.F. .2003.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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. MARIA DE LOURDES MARTINEZ ZÚNIGA

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA MEDICA
HOSPITAL DE LA MUJER SSA.



HOSPITAL DE LA MUJER
SECRETARIA DE ENSEÑANZA


DRA. VILMA REYES VALLEJOS.

MEDICO ADSCRITO
JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA
HOSPITAL DE LA MUJER SSA.

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACIÓN

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por darme la oportunidad de continuar con vida y permitir concluir mis objetivos como ser humano.

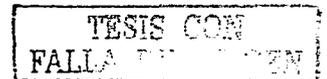
Agradezco a mis padres por la oportunidad y por confiar en mí.

A mis dos hermosas mujeres que han sacrificado parte de su vida al permanecer a mi lado, por su apoyo y comprensión Elizabeth (mi esposa) y Brenda (mi hija).

Gracias abuelo (Aarón) por heredarme tu ejemplo y por esas palabras de aliento, esperando te encuentres en la gloria de Dios.

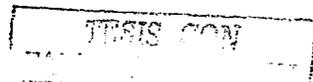
Al hospital de la Mujer, al personal Médico, a las enfermeras y a todo el personal no médico que labora en él.

A las **pacientes** por darme la oportunidad de crecer y aplicar el conocimiento científico.



INDICE

1. Introducción.....	1
2. Marcoteórico.....	3
3. Justificación.....	18
4. Hipótesis.....	19
5. Objetivos.....	20
6. Materiales y métodos.....	22
7. Resultados.....	23
8. Discusión deresultados.....	41
9. Conclusiones.....	44
10. Bibliografía.....	45

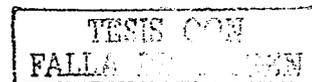


INTRODUCCIÓN.

La patología de los ovarios constituye el área más compleja de la patología ginecológica.¹ El cáncer de ovario o "asesino silencioso", es uno de los problemas de salud a nivel mundial al cuál se debe de enfrenar el ginecólogo, tomando en cuenta que se debe de efectuar el diagnóstico en etapas tempranas pues de esta depende en gran parte la sobrevida de la paciente.²

Debemos tomar en cuenta que esta patología, ocupa el tercer lugar de frecuencia en cáncer ginecológico en nuestro país, después del cáncer cervicouterino y de glándula mamaria, siendo la séptima causa de muerte en la mujer.³

El diagnóstico y el tratamiento del cáncer de ovario es uno de los desafíos más grandes y más importantes de la oncología-ginecológica. En Estados Unidos sé diagnóstica cáncer de ovario a cerca de 25,000 mujeres cada año y mueren por la enfermedad más de 14,000, son más que las que fallecen por todos los otros trastornos ginecológicos malignos combinados.⁴ Esta estadística sombría es un reflejo de que no existen medios eficaces para investigar la existencia de cáncer ovárico. La mayoría de las mujeres que lo padecen se diagnostican, como consecuencia cuando su enfermedad es muy avanzada y la mayoría muere a causa de ella. Por tanto, la morbilidad y la mortalidad por cáncer ovárico es equivalente a las enfermedades mucho más prevalentes como cáncer mamario.⁵

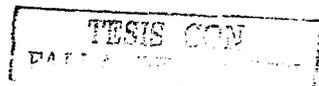


En la actualidad, el tratamiento de las neoplasias malignas ginecológicas requiere un método multidisciplinario.

La tasa de supervivencia a cinco años entre las pacientes con cáncer de ovárico ha mejorado desde 27% en 1960 hasta más de 40% en 1990.

Actualmente, dicha tasa pasa de 80% en los cánceres de etapa I, 55% en etapa II, 25% en etapa III y 10% en etapa IV.

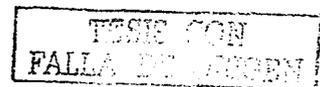
Durante los últimos años se ha prestado mucha atención al cáncer ovárico hereditario y las mutaciones BERCA 1 y BERCA 2. Es de esperarse que, con el paso del tiempo, haya un mejor crecimiento de las implicaciones generales en el desarrollo del cáncer ovárico y que se aplique tratamiento génico eficaz.



MARCO TEORICO.

Uno de los órganos de mayor potencial neoplásico es el ovario. Muy probablemente influyen su compleja histogénesis, los diferentes componentes embrionarios, la multipotencialidad de las células germinales, su similitud con el testículo y la misma época de gónada diferenciada, así como la vecindad embriológica con el riñón, suprarrenales, intestino y otras estructuras de origen célomico. La diversa actividad esteroidogénica, la ovulación incesante, la función reproductiva y aún la declinación gonadal expresan una intensa proliferación ovárica, con procesos metabólicos constantes y bajo estímulo gonadotrópico permanente.

Numerosas teorías se han se han propuesto para explicar la epidemiología del cáncer de ovario. En 1972 Fathala propuso que la ovulación constante e ininterrumpida, puede ayudar a incrementar el cáncer de ovario. Concluye que el repetido involucramiento de la superficie (germinal) epitelial del ovario durante el proceso de ovulación, sin un adecuado descanso fisiológico, se asocia con el desarrollo de neoplasia ovárica. Este proceso involucra el trauma repetitivo de la superficie del ovario, asociado a ovulación, que puede dar por resultado la proliferación celular, atrapamiento del epitelio y por último la transformación del epitelio en quistes de inclusión dentro del estroma ovárico, destacándose en la génesis del cáncer de ovario. Este concepto puede explicar porqué eventos como el embarazo, el amamantar y el uso de anticonceptivos orales asociados con el decremento de riesgo de cáncer de ovario.^{7,9,11,12}



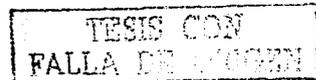
Sin embargo es bien sabido que la sintomatología de cáncer de ovario en etapas iniciales es muy vaga, como lo pueden ser la sensación de pesantez abdominal, presión pélvica, dolor abdominal difuso, etc. Haciendo esto que se dificulte el diagnóstico en caso de no pensar en esta patología.^{7,8,9,10,11,12}

EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER DE OVARIO.

El carcinoma epitelial del ovario es la primera causa de muerte por cáncer ginecológico en países industrializados, y la quinta causa de muerte por cáncer en general, por detrás del cáncer de mama, pulmón, colorectal y los linfomas/leucemias.¹⁵

En Estados Unidos la incidencia se calcula en unos 22,000 casos nuevos por año. El número de muertes debida a esta neoplasia, en Estados Unidos aumento de 1983 a 1993 en un 15.6% pasando de 11,500 a 13,00 por año, con una tasa de mortalidad que oscila entre 8.4 y 7.7 decesos por 100,000 mujeres por año. Se puede explicar esta elevada mortalidad el que la mayoría se diagnostiquen en estados avanzados de la enfermedad con un 63.7 o 67% de estadios III-IV de un total de 2,854 casos.^{13,16,17,18}

La incidencia y los índices de mortalidad se incrementan rápido con la edad hasta la sexta década de la vida, después de la cual comienza a establecerse una meseta. Esta neoplasia ocupa el tercer lugar de las malignidades de la cavidad pélvica después de cervix y endometrio. En México ocupó el octavo lugar, después del carcinoma de cervix, mama, próstata, endometrio, linfáticos,



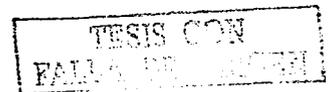
estómago, tráquea, bronquios y pulmón con 2000 casos (2.4%) en 1996 en el registro histopatológico de neoplasias malignas, con tasas de mortalidad de 2x100,000 mujeres.^{14,17,19}

EDAD

La incidencia de cáncer de ovario aumenta con la edad, llegando a un pico máximo en el intervalo de los 80 y 84 años. La mayoría de los casos de este tipo de neoplasias se diagnostican entre los 40 y 70 años con una edad media al diagnóstico cercana a los 60 años.¹³ En el Hospital de la Mujer de la S S el 80% de los tumores ováricos son benignos y 20% malignos. El 57% de los malignos, se observan en pacientes entre los 31 y 50 años de edad y el 42% entre 11 y 30 años. El 19% coinciden con el embarazo y el 7.7% se presentan en niñas y adolescentes y de estas el 1.9% son malignos. Ante esta complejidad se concluye que las neoplasias ováricas requieren un programa terapéutico integral.^{5,14,19}

SOBREVIVENCIA DEL CARCINOMA DE OVARIO

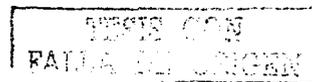
En Inglaterra y Gales, solo 25% de las mujeres con esta enfermedad sobreviven hasta cinco años después del diagnóstico, aunque las mujeres jóvenes sobreviven más 40% de aquellas que se encuentran entre 35 y 44 años de edad en el momento del diagnóstico sobreviven por cinco años en comparación con 17% de aquellas cuyas edades se ubican entre 65 y 74 años.¹⁹



En la actualidad no se cuenta con un estudio que ofrezca especificidad, sensibilidad y valor predictivo positivo, por esto se sigue recomendando el efectuar una historia clínica completa, así como una revisión de la paciente que incluya la exploración rectovaginal bimanual, siendo esta última fundamental, para poder sospechar cuando exista patología a nivel ovárico.^{20,21}

Se han efectuado investigaciones con estudios paraclínicos como lo es ultrasonido abdominal y el ultrasonido transvaginal, debiendo mencionar que por sí solo éste no tiene la especificidad adecuada.²¹

Otro de los estudios que se ha investigado es el antígeno CA125, el cuál se detecta por radioinmunoanálisis, encontrándose elevado hasta en el 80% de los cánceres epiteliales de ovario. Sin embargo solo la mitad de las pacientes con cáncer de ovario Estadio I tienen elevado el CA125. Sin embargo es conveniente enfatizar que este antígeno puede estar elevado en diferentes padecimientos fisiológicos como el embarazo del primer trimestre, menstruación, fase luteínica, ovulación, neoplasias ováricas benignas, miomatosis uterina, endometriosis, pancreatitis, cirrosis, así como otras neoplasia malignas como cáncer de páncreas, estómago, colon, bronquios por lo que se considera de baja especificidad.^{20,22}



Se considera que el riesgo que tiene una paciente de presentar cáncer de ovario sin tener antecedentes familiares es de 1 en 70, si tiene un familiar de primer grado con antecedente de cáncer el riesgo se eleva al 5%, en caso de tener dos o más familiares de primer grado con antecedente de cáncer el riesgo se eleva al 70%.

También existen estudios que se han efectuado con Doppler a color encontrando que no tienen la especificidad adecuada y que se puede manejar como complemento de los estudios antes mencionados.^{23,24,25}

Existen factores de protección para el cáncer de ovario, como son el tener embarazo a término, amamantar, el uso de anticonceptivos por un lapso de cinco años proporciona protección de un 37%.

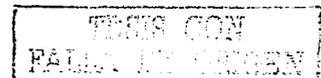
Otros de los factores que se mencionan es la ooforectomía bilateral, en pacientes mayores de 35 años, las cuales presentar factores de riesgo de desarrollar un cáncer de ovario, debiendo tomar en cuenta que es una paciente que se debe de manejar con terapia sustitutiva, para evitar otro tipo de complicaciones.



Como de ha mencionado con anterioridad, desgraciadamente el 80% de las pacientes acuden al médico con un cáncer de ovario en etapas avanzadas, es por esto, que se debe de recordar la diseminación local dentro de la cavidad abdominal, la cuál es seguida por implantación en el peritoneo e invasión a vejiga e intestino. Se han reportado ganglios positivos en la linfadenectomía de la primer cirugía hasta del 24% en el estadio I; 50% en el estadio II; 74% en el estadio III y 73% en el estadio IV.^{24,25}

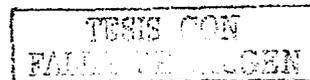
El pronóstico del cáncer es influenciado por diferentes factores, entre estos se encuentran como favorables: la edad joven, el tipo celular, estadios tempranos, grado de diferenciación, el tamaño del tumor antes y después de la cirugía de reducción debiendo hacer mención que cuando el tamaño del tumor es igual o menor de un centímetro, la sobrevida es mayor, puesto que existe una mejor respuesta a la terapia complementaria, así como la ausencia de ascitis.²⁷

Los tumores de ovario se han intentado clasificar de acuerdo a sus diversas características histológicas, clínicas como el comportamiento maligno o las manifestaciones hormonales, el aspecto macroscópico, quístico o sólido, siendo esto explicado por la compleja estructura histológica del órgano y su diversidad funcional. El sistema actual de graduación histológica divide a los cánceres ováricos en grandes categorías, con base en los tipos celulares que lo integran. Debido a los esquemas de clasificación confusos usados en el siglo pasado la Organización Mundial de la Salud reunió a un equipo de expertos en



Leningrado (1967), con objeto de obtener un consenso e intentar una solución definitiva sobre su clasificación, el cuál se presentó su comunicación en 1973.

Los tumores de ovario se clasificaron en siete amplias categorías con base en su célula de origen. Este esquema de clasificación es aplicable a tumores tanto benignos como malignos, tumores intrínsecos de los ovarios o padecimientos metastásicos de lugares distantes.



**CLASIFICACION CITOGÉNÉTICA DE LOS TUMORES DE OVARIO
(Organización Mundial de la Salud)**

De acuerdo a la clasificación citogenética, el 70% de los tumores ováricos son de origen epitelial, el 18% de células germinales y el 10% del estroma gonadal. El resto corresponde a las demás categorías.^{1,3,7,27,28}

I. TUMORES EPITELIALES

A. Tumores serosos

1. Benignos

- a) Cistadenoma y cistoadenoma papilar
- b) Papiloma superficial
- c) Adenofibroma y cistadenofibroma

2. De malignidad marginal

- a) Cistadenoma y cistadenoma papilar
- b) Papiloma superficial
- c) Adenofibroma y cistadenofibroma

3. Malignos

- a) Adenocarcinoma, adenocarcinoma papilar y cistadenocarcinoma papilar
- b) Cacinoma paiplar superficial
- c) Adenofibroma maligno y cistadenofibroma

B. Tumores mucinosos

1. Benignos

- a) Cistadenoma y cistadenoma papilar
- b) Papiloma superficial
- c) Adenofibroma y cistadenofibroma

2. De malignidad marginal

- a) Cistadenoma y cistadenoma papilar
- b) Papiloma superficial
- c) Adenofibroma y cistadenofibroma

3. Malignos

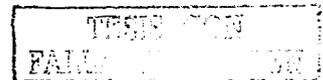
- a) Adenocarcinoma y cistoadenocarcinoma

C. Adenofibroma maligno y cistoadenofibroma malignos

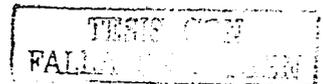
D. Tumores endometrioides

1. Benignos

- a) Adenoma y cistoadenoma



- b) Adenofibroma y cistadenofibroma
- 2. De malignidad marginal
 - a) adenoma y cistadenoma
 - b) Adenofibroma y cistadenofibroma
- 3. Malignos
 - a) Carcinomas
 - i) Adenocarcinoma
 - ii) Adenoacantoma
 - iii) Adenofibroma maligno y cistadenofibroma maligno
 - b) Sarcoma endometriode del estroma
 - c) Tumores mesodérmico mixtos
- E. Tumores de células claras
 - 1. Benignos
 - a) Adenofibroma
 - 2. De malignidad marginal
 - 3. Malignos
 - a) Carcinoma y adenocarcinoma
- F. Tumores de Brenner
 - 1. Benignos
 - 2. De malignidad marginal
 - 3. Malignos
- G. Tumores epiteliales mixtos



1. Benignos
2. De malignidad marginal
3. Marginal

H. Carcinoma indiferenciados

I. Tumores epiteliales no clasificados

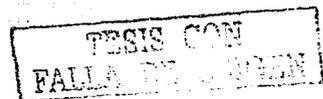
II. TUMORES ESTROMATICOS DE LOS CORDONES SEXUALES

A. Tumores de las células de la granulosa y estromáticas

1. tumores de las células de la granulosa
2. Tumores del grupo tecoma-fibroma
 - a) tecoma
 - b) Fibroma
 - c) No clasificados

B. Androblastoma (tumores de las células de Sertoli-Leydig)

1. Bien diferenciados
 - a) Androblastoma tubular y tumores de células de Sertoli (adenoma tubular de Pick)
 - b) Androblastoma tubular con depósito de lípidos (foliculoma lipóidico de Lecene)
 - c) Tumor de células de Leydig y tumor de células hiliares



2. De diferenciación intermedia
 3. Mal diferenciados
 4. Con elemento heterologico
- C. ginandroblastoma
- D. No clasificados
- III. TUMORES DE CELULAS DE LÍPIDOS
- IV. TUMORES DE CELULAS GERMINALES
- A. Disgerminoma
 - B. Tumor del senoendodermico
 - C. Carcinoma embrionario
 - D. Poliembrioma
 - E. Coriocarcinoma
 - F. Teratoma
 1. Inmaduro
 2. Maduro
 - i) Quiste dermoide (teratoma quistico maduro)
 - ii) Quiste dermoide con transformación maligna
 3. Monodermicos y muy especializados
 - a) Struma ovarii
 - b) Carcinoides
 - c) Struma ovarii y carcinoide
 - d) Otros

G. formas mixtas

V. GONADOBLASTOMA

A. Puros

B. Mixtos con disgerminoma u otros tumores de células germinales

VI. TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS NO ESPECIFICOS DEL
OVARIO

VII. TUMORES NO CLASIFICADOS

VIII. TUMORES SECUNDARIOS (METASTASICOS)

IX. LESIONES SEMEJANTES A TUMORES

A. Luteoma del embarazo

B. Hiperplasia del estroma ovárico e hipertecosis

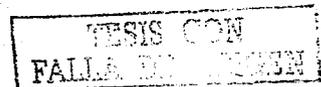
C. Edema masivo

D. Quiste folicular solitario y quiste del cuerpo lúteo

E. Quistes foliculares luteinizados múltiples del cuerpo amarillo o
ambos

F. Quistes foliculares múltiples (ovarios políquisticos)

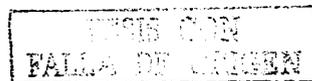
G. Quistes foliculares luteinizados múltiples, del cuerpo amarillo o
ambos



- H. Endometriosis
- I. Quistes por inclusión del epitelio de la superficie (quistes por inclusión del epitelio germinal)
- J. Quistes simples
- K. Lesiones inflamatorias
- L. Quistes paraovaricos

CLASIFICACION POR ETAPAS DE LA FIGO PARA EL CANCER OVARICO.¹⁷**ESTADIO****DESCRIPCIÓN**

- I** Crecimiento limitado a los ovarios
- Ia** Crecimiento limitado a un ovario, no hay ascitis que contenga células malignas, hay tumor en las superficies externas, cápsula intacta
- Ib** Crecimiento limitado a ambos ovarios, no hay tumor en las superficies externas, cápsula intacta.
- Ic** Tumor en estadio Ia o Ib, pero con tumor en la superficie de uno o ambos ovarios o con la cápsula rota; o con ascitis que contenga células malignas; o con lavados peritoneales positivo.
- II** El crecimiento afecta uno a ambos ovarios con extensión pélvica
- Ila** Extensión y/o metástasis a útero y/o salpinges
- Ilb** Extensión a otros tejidos pélvicos
- Ilc** Tumor en etapa IIa o IIb con tumor en la superficie de uno o ambos ovarios, cápsula rota, ascitis o con lavados peritoneales positivos
- III** El crecimiento afecta uno a ambos ovarios con implantes peritoneales fuera de la pelvis y/o nódulos positivos inguinales o retroperitoneales.
Tumor limitado a la pelvis verdadera con extensión maligna comprobada histológicamente a intestino delgado o epiplón.
- IIla** Metástasis peritoneales microscópicas



- IIIb Tumor en uno o ambos ovarios, implantes en la superficie peritoneal abdominal histológicamente comprobados, ninguno de los cuales supera a los 2 cm de diámetro, ganglios negativos
- IIIc Implantes abdominales de 2 cm de diámetro y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos.
- IV Crecimiento que afecta a uno o ambos ovarios con metástasis a distancia; si hay derrame pleural, los resultados de las pruebas citológicas tienen que ser positivos para incluir un caso en el estadio IV.; las metástasis en un parénquima hepático equivalente al estadio IV

CLASIFICACION DE LOS CARCINOMAS EPITELIALES DE ACUERDO A SU GRADO DE DIFERENCIACIÓN HISTOLÓGICA

- G-x.- El grado de diferenciación no puede ser evaluado
- G-B.- Malignidad marginal, limítrofe o "borderline"
- G-1.- Bien diferenciado
- G-2.- Moderadamente diferenciado
- G-3.- Pobremente diferenciado
- G-4.- Indiferenciado

En pacientes con cáncer de ovario estadio I (Ia y Ib) se efectuará histerectomía total abdominal, salpingooforectomía bilateral, apendicectomía, omentectomía, linfadenectomía si el tumor es bien o moderadamente diferenciado, además de

revisión sibi diafragmática y lavados peritoneales. Se puede optar por la cirugía conservadora cuando la paridad de la paciente no se ha completado y cuando el grado del tumor sea I o II, con vigilancia estrecha y efectuar la cirugía completa cuando se cuente con paridad satisfecha.^{24,26}

Se considera que la paciente con cáncer de ovario estadio Ia grado 1 y Ib grado 1 no requiere terapia adyuvante.

Las pacientes con carcinomas de células claras requieren terapia complementaria. La mayoría de las pacientes con cáncer de ovario en etapa Ic requieren terapia de combinación.

La sobrevida reportada en pacientes con cáncer de ovario en estadio I va del 89% a los 5 años del 79% a los 10 años. En pacientes que presentan cáncer estadio II el tratamiento consiste además de lo antes mencionado manejo con quimioterapia principalmente con cisplatino solo o combinado con ciclofosfamida.

La sobrevida reportada en el estadio II es de 59% a los 5 años y del 56% a los diez años.

Para las pacientes que tienen cáncer de ovario en estadio III ó IV el tratamiento es el mismo, solo que la sobrevida es del 27% a cinco años para el estadio III y

del 22% a los diez años. Para el estadio IV esta llega al 9% a los cinco años y diez años.

La paciente que presenta cáncer de ovario estadio II el tratamiento consiste en histerectomía, salpingooforectomía bilateral, cirugía de reducción de masa tumoral, omentectomía, linfadenectomía, apendicectomía, además de manejo de quimioterapia. Dentro de los regímenes que se han utilizado el cisplatino es uno de los agentes que se ha comprobado con mayor eficacia en combinación con otros como son la ciclofosfamida, así como el paclitaxel en combinación con el cisplatino o solo.²⁸

La sobrevida reportada en este estadio es del 59% a los cinco años y de 56% a los 10 años.^{23,26}

Para las pacientes que tienen cáncer de ovario estadio III o IV el tratamiento es el mismo, solo que la sobrevida es del 27% a cinco años

JUSTIFICACIÓN

Es importante destacar la importancia del estudio transoperatorio del definitivo de tumor de ovario para decidir la conducta quirúrgica adecuada así como el tratamiento complementario para un mejor pronóstico de la paciente. Por ello es importante contar con equipo de patología adecuadamente entrenado, capaz de hacer diagnósticos acertados para disminuir la mortalidad generada por esta entidad.

Queda claro que el anatomopatólogo es una pieza fundamental en una unidad de Patología que debe de ser capaz de establecer no solo el diagnóstico de

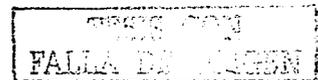
malignidad, sino también, las características macroscópicas, tipo y grado de diferenciación, entre otros. Todos estos datos son importantes para el equipo clínico que debe seguir el caso.

HIPÓTESIS

El estudio histopatológico transoperatorio de tumor de ovario es importante para determinar el tratamiento adecuado y pronóstico.

TIPO DE ESTUDIO.

La investigación es: observacional, transversal y retrospectiva.



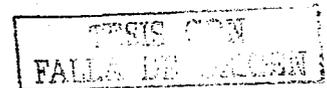
OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Valorar la correlación del estudio transoperatorio (E.T.O.) respecto del estudio histopatológico definitivo en patología ovárica, realizados en el Hospital de la Mujer en el período comprendido entre Enero de 1998 y Diciembre del 2000.

OBJETIVOS PARTICULARES.

- 1.- Determinar rango de edad en que predominan los tumores de ovario con base en el esquema de la clasificación citogenética de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- 2.- Determinar la incidencia de los diferentes tumores benignos de ovario con base en el esquema de clasificación de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD.
3. Determinar la incidencia de los diferentes tumores malignos de ovario con base en el esquema de clasificación citogenética de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- 4.- Determinar sintomatología predominante y el tiempo de evolución al momento del diagnóstico.
- 5.- Determinar la localización más frecuente de los tumores de ovario.
6. Correlacionar el estudio ultrasonográfico con el diagnóstico de tumor de ovario.



CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Pacientes con diagnóstico de tumor de ovario.
- 2.- Mujeres de cualquier edad.
- 3.- Solicitud de estudio histopatológico transquirúrgico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1.- Pacientes con tumor de ovario a las que no se realizó estudio transoperatorio.
- 2.- Pacientes con tumor de ovario que no tienen estudio completo.

PROCEDIMIENTO.

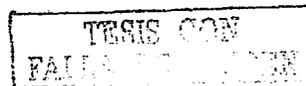
Análisis de expedientes clínicos y registros del servicio de patología del Hospital de la Mujer de Enero de 1998 a Diciembre del 2000.

FUENTE DE DATOS.

Archivo clínico del Hospital de la Mujer. Secretaría de Salud.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

En el estudio se utilizaron procedimientos de estadística descriptiva...

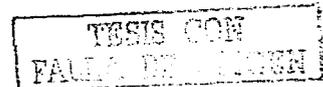


MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio longitudinal, observacional, retrospectivo, revisándose los expedientes clínicos de cirugía de ovario en el archivo clínico del Hospital de la Mujer, durante el periodo comprendido entre enero de 1998 a Diciembre del 2000.

Se recopilaron los datos hallazgos en el expediente clínico como edad, antecedentes gineco-obstétricos, método de planificación familiar, antecedentes heredo-familiares y personales patológicos, tiempo de evolución, sintomatología, diagnóstico clínico y ultrasonográfico, transoperatorio y definitivo, citología de lavado peritoneal, ovario afectado. En base a esto se integra el estudio para los objetivos planteados con respecto a clasificación de la Organización Mundial de la Salud, creándose tablas y gráficas que permitan valorar la confiabilidad (correlación) del estudio transoperatorio frente al histopatológico definitivo.

Se excluyen de este estudio los casos en los cuales no se encontró reporte transoperatorio ya sea secundario a hallazgos durante cirugía obstétrica (cesárea) efectuada durante días no laborales del departamento de Patología.



RESULTADOS

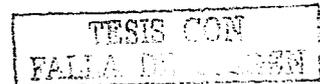
En el periodo comprendido entre Enero de 1998 a Diciembre del 2000, se realizaron un total de 251 estudios transoperatorios (ETO) con sus respectivos histopatológicos definitivos en cirugía de ovario a solicitud del departamento de la clínica de Tumores de Ovario del Hospital de la Mujer.

El estudio histopatológico reveló que 221 neoformaciones fueron benignas lo que corresponde a 88.4%, 22 fueron malignas lo que equivale al 8.4% y solo se registraron 8 pacientes con tumores limítrofes lo que equivale al 3.2% como lo podemos observar en la tabla 1.

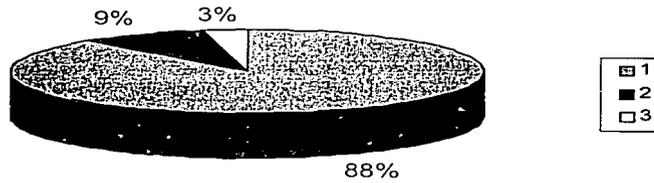
TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE CASOS

	No. De casos	Porcentaje
Benignos	221	88.40%
Malignos	22	8.40%
Limítrofes	8	3.20%
Total	251	100%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL DE LA MUJER



GRAFICA 1. DISTRIBUCION DE CASOS



TESIS CON
FALSO DE ORIGEN

De los tumores benignos, la extirpe epitelial resultó predominante siendo del tipo seroso 82 casos que equivalen al 37.1%, seguido por los teratomas maduros que suman 44 correspondiendo al 19.9%, en tercer lugar quedarían los endometrioides con un total de 32 casos que corresponden al 14.4%, quedando expresada en la tabla numero

**DIAGNOSTICOS HISTOPATOLÓGICOS ENCONTRADOS EN
ESTUDIO TRANSOPERATORIO DE TUMOR DE OVARIO.
HOSPITAL DE LA MUJER**

TABLA 2. NEOPLASIAS BENIGNAS

	No. de casos	Porcentaje
Cistadenoma seroso	82	37.1%
Cistadenoma mucinoso	23	10.4%
Teratoma maduro	44	19.9%
Endometrioide	32	14.4%
Paratubario	21	9.5%
Cistadenoma papilar	13	5.8%
Cistadenofibroma	2	0.9%
Cel. granulosas	2	0.9%
Tumor de sertoli	1	0.4%
Struma ovarii	1	0.4%
Total	221	100%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como se observa en la tabla numero 3 los carcinomas epiteliales ocupan el primer término de las malignidades con 27 casos que corresponden al 77.3%. Los de tipo de células germinales, del estroma gonadal y los metastásicos se encuentran referidos en esta tabla con sus respectivos porcentajes.

DIAGNOSTICOS HISTOPATOLÓGICOS ENCONTRADOS EN ESTUDIO TRANSOPERATORIO DE TUMOR DE OVARIO. HOSPITAL DE LA MUJER

TABLA 3. CARCINOMA DE OVARIO

	No. de casos	Porcentaje
Epitelial	17	77.3%
Cel. Germinales	4	18.2%
Estroma gonadal	0	0%
Metastasicos	1	4.5%
Total	22	100%

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

Del total de tumores malignos el 41.4% correspondieron de acuerdo al grado de diferenciación a los bien diferenciados y el 29.4% a los moderadamente diferenciados.

DIAGNOSTICOS HISTOPATOLÓGICOS ENCONTRADOS EN ESTUDIO TRANSOPERATORIO DE TUMOR DE OVARIO. HOSPITAL DE LA MUJER

TABLA No 4. GRADO HISTOLOGICO

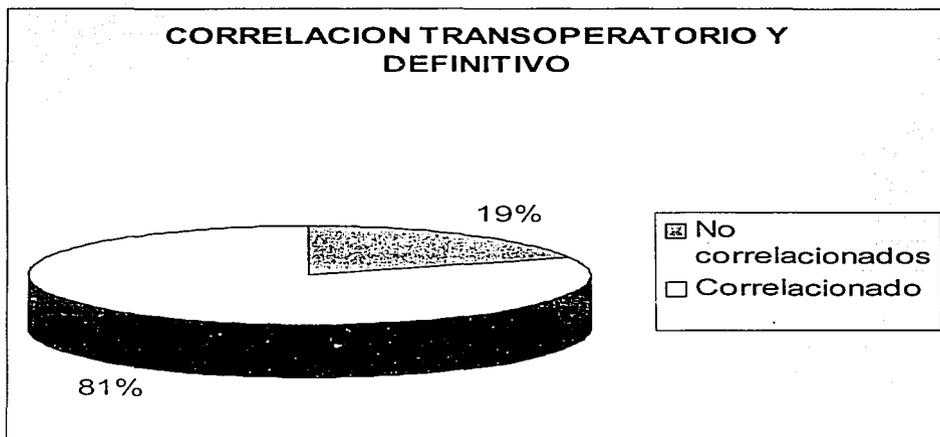
	No. de casos	Porcentaje
Bien diferenciados	7	41.4%
Mod. diferenciados	5	29.4%
Poco diferenciado	2	11.7%
Indiferenciado	3	17.6%
Total	17	100%

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

Del total de casos se tiene una correlación entre ETO y el histopatológico definitivo del 81.2%. La incidencia de carcinoma de ovario fue del 8.4%.

PONCENTAJE DE CORRELACION ENTRE EL ESTUDIO TRANSOPERATORIO Y EL HISTOPATOLOGICO DEFINITIVO EN TUMOR DE OVARIO HOSPITAL DE LA MUJER
 TABLA No.5

Estudios realizados	251	100%
Correlacionados	204	81.2%
No correlacionados	47	18.8%

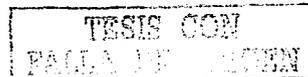


TESIS CON
 FALSA REPRESENTACION

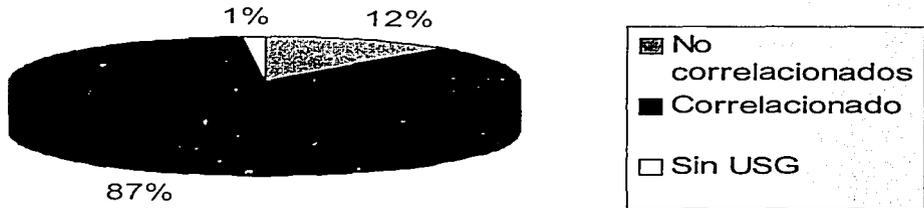
La correlación del estudio ultrasonográfico con el diagnóstico del tumor de ovario (considerándose la posibilidad del diagnóstico histopatológico) se presentó en el 86.8% de los casos con 11.9% sin relación y 1.3% a los que no se les realizó USG.

**PONCENTAJE DE CORRELACION ENTRE EL ESTUDIO
HISTOPATOLOGICO DEFINITIVO Y ULTRASONOGRAFÍA EN
TUMOR DE OVARIO
HOSPITAL DE LA MUJER
TABLA No.6**

Estudios realizados	251	100%
Correlacionados	218	86.8%
No correlacionados	30	11.9%
Sin ultrasonido	2	1.3%



CORRELACION HISTOPATOLOGICO DEFINITIVO Y USG

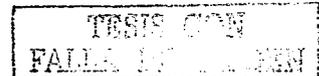


TRISIA GON
FALLA

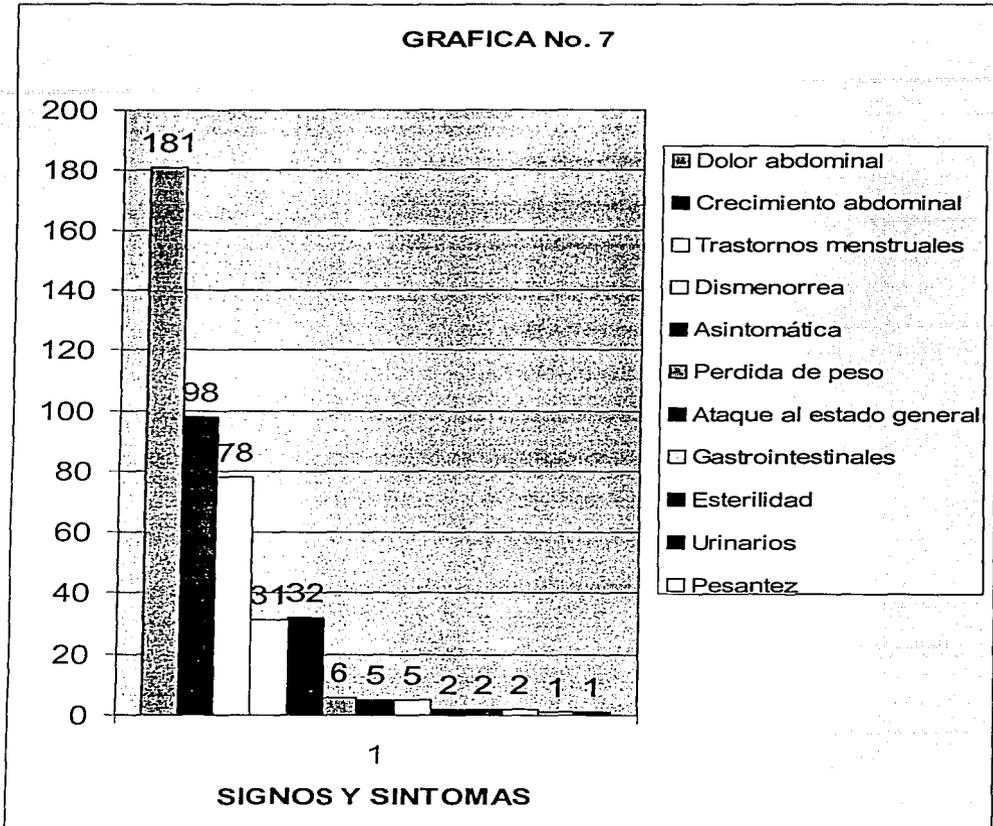
Se aprecia que dentro de los signos y síntomas de los tumores benignos el dolor se presentó en 81.9% de los casos, crecimiento abdominal en el 44.3%, trastornos menstruales en 35.2%, dismenorrea 14% y asintomáticas se presentaron en un 10.4%. Quedando expresada en la tabla como sigue:

Tabla No.7

Signos y síntomas	No. de casos	Porcentaje
Dolor abdominal	181	81.9
Crecimiento abdominal	98	44.3
Trastornos menstruales	78	35.2
Dismenorrea	31	14
Asintomática	32	10.4
Perdida de peso	6	2.7
Ataque al estado general	5	2.2
Gastrointestinales	5	2.2
Esterilidad	2	0.9
Urinarios	2	0.9
Pesantez	2	0.9
Dispareunia	1	0.4
Respiratorio	1	0.4



GRAFICA No. 7



TESIS CON
FALLA EN LA CALIFICACION

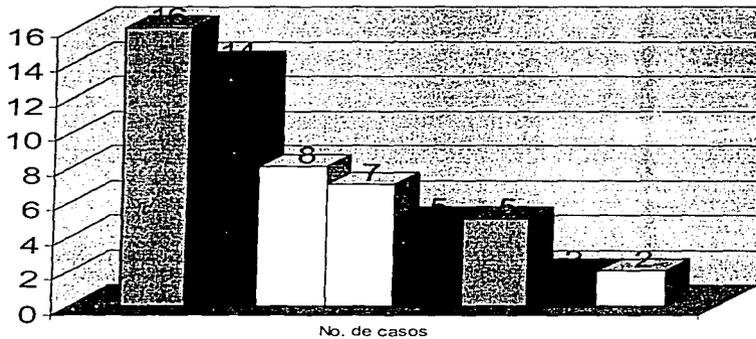
En los tumores malignos también predomina el dolor abdominal pero en menor porcentaje con 72.7% seguido de crecimiento abdominal con 63.3%, trastornos menstruales en 36.7%, gastrointestinales en un 31.8%, pérdida de peso 22.7%. No se presentaron pacientes asintomáticas.

Tabla No.8

Signos y síntomas	No. de casos	Porcentaje
Dolor abdominal	16	72.7
Crecimiento abdominal	14	63.3
Trastornos menstruales	8	36.3
Gastrointestinales	7	31.8
Perdida de peso	5	22.7
Ataque al estado general	5	22.7
Urinarios	2	9
Respiratorio	2	9

TESIS CON
FALLA EN EL PROCESO

GRAFICA No. 8



SIGNOS Y SINTOMAS

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| ■ Dolor abdominal | ■ Crecimiento abdominal |
| □ Trastornos menstruales | □ Gastrointestinales |
| ■ Perdida de peso | ■ Ataque al estado general |
| ■ Urinarios | □ Respiratorio |

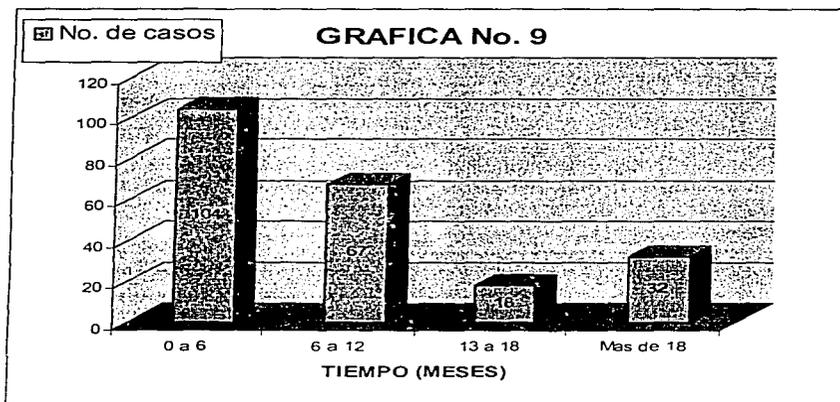
TESIS COE
FACULTAD DE MEDICINA

Del total de casos de tumores benignos de ovario que acudieron con un tiempo de evolución posterior a un año se presentó en un 22.6%. tal como se demuestra en las gráficas.

Con respecto a los tumores malignos el 72.7% se presentó después de un año de evolución tal como se observa en la gráfica 9.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN (TUMORES BENIGNOS)

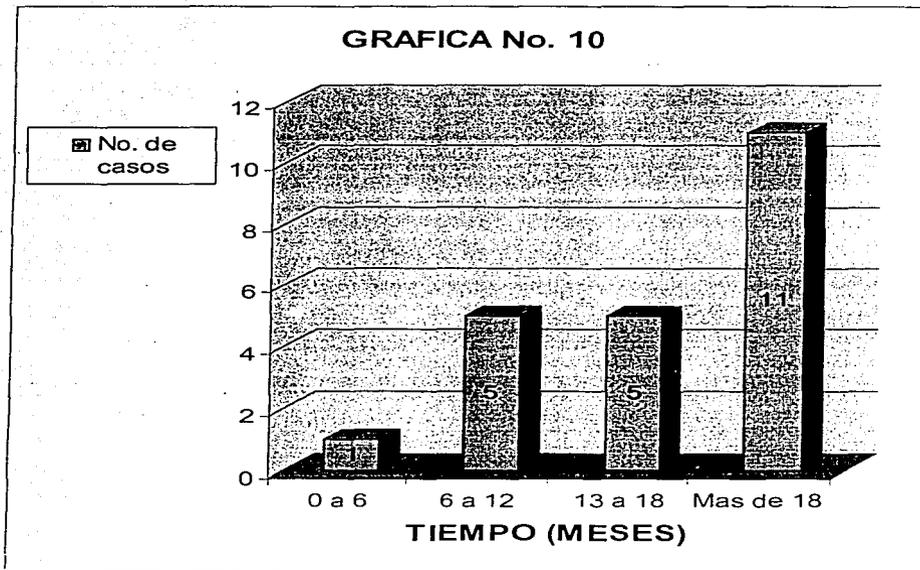
Tiempo (meses)	No. de casos
0 a 6	104
6 a 12	67
13 a 18	18
Mas de 18	32



TESIS CON
PALLA DE TUBO

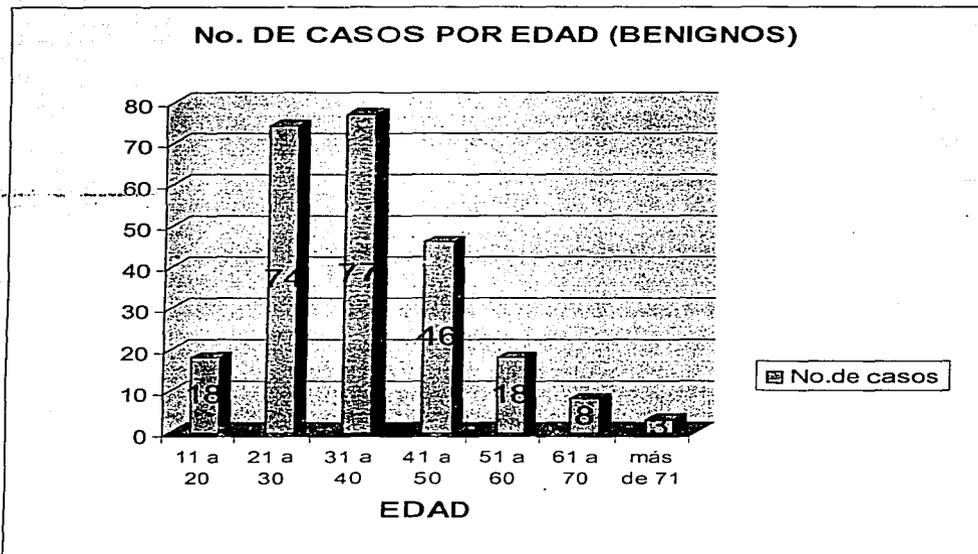
TIEMPO DE EVOLUCIÓN (TUMORES MALIGNOS)

Tiempo (meses)	No. de casos
0 a 6	1
6 a 12	5
13 a 18	5
Mas de 18	11



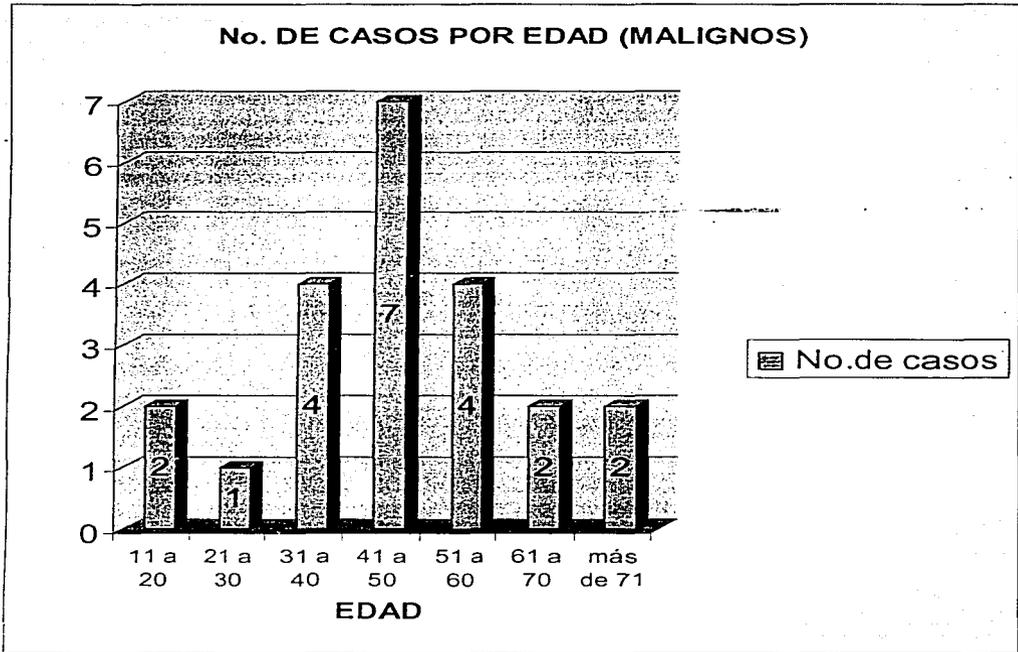
TESIS CON
MAYOR CALIDAD

Con respecto a la edad de presentación de los tumores de ovario benigno se hace evidente que es más frecuente entre los 21 y los 50 años de la vida de la mujer. Datos observados en la siguiente gráfica.



TESIS CON
FALLA EN EL
BOLEN

Sin embargo en el caso de los tumores malignos de ovario la edad de alta incidencia se presentó entre los 31 y 60 años de la vida de la mujer. Datos observados en la siguiente gráfica.



TESIS CON
FALLA EN EL JUEGO

Los tumores epiteliales benignos se presentaron en el 56% de los casos en el ovario derecho y el 52.9% de los malignos en el mismo lado.

Los tumores de células germinales benignos afectaron con mayor frecuencia el ovario derecho en un 48.8% y los malignos con un 75% del mismo lado.

Los tumores del estroma gonadal afectaron con frecuencia el ovario derecho en el 100%. No se reportaron malignos..

Se muestran los datos en las siguientes tablas.

TUMORES EPITELIALES

	Benignos No. casos	Porcentaje	Malignos No. casos	Porcentaje
Derecho	86	56.1 %	9	52.9 %
Izquierdo	61	40.1 %	7	41.2 %
Bilateral	5	3.8 %	1	5.9 %

TUMORES GERMINALES

	Benignos No. casos	Porcentaje	Malignos No. casos	Porcentaje
Derecho	22	48.8 %	3	75 %
Izquierdo	19	42.4 %	0	0 %
Bilateral	4	8.8 %	1	25 %

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

CORRELACION DEL ESTUDIO TRANSOPERATORIO Y DEFINITIVO

TUMORES DEL ESTROMA GONADAL

	Benignos No. casos	Porcentaje	Malignos No. casos	Porcentaje
Derecho	3	100 %	0	0 %
Izquierdo	0	0 %	0	0 %
Bilateral	0	0 %	0	0 %

TESIS CON
FALTA DE CALIFICACION

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

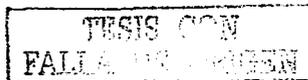
La correlación del estudio histopatológico transoperatorio con el definitivo de los tumores de ovario realizados en el servicio de Patología del Hospital de la Mujer fue del 81.2% en los casos analizados. Sin relación en el 18.8% de los casos. De estos se encontró que el 9.5% correspondieron a quiste paratubario.

Los tumores epiteliales, de células germinales y del estroma gonadal predominan en edades de 21 a 50 años. Principalmente se presenta en edad de reproducción por lo que es importante hacer hincapié y educar a las pacientes para el diagnóstico temprano de este padecimiento, así como de otros padecimientos malignos y de la búsqueda intencionada para un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuados.

Los tumores epiteliales son los más comunes del total con un 67.3% y de estos los benignos corresponden en 68.7% y en 31.3% para los malignos.

De los tumores de células germinales predomina el teratoma maduro mismo que presentan la mayoría de las pacientes asintomáticas. Así también el disgerminoma fue el más común con respecto a la extirpe maligno.

Del grupo de tumores del estroma gonadal el de células de la granulosa se presentó con mayor frecuencia constituyendo un 0.9% del total de tumores malignos.

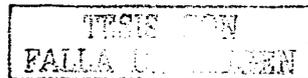


Con respecto a la sintomatología el dato más importante presentada por la mayoría de las pacientes tanto en tumores benignos como malignos fue el dolor abdominal, seguido de crecimiento abdominal y trastornos menstruales. Cabe mencionar que en un 0.4% del total de las pacientes se encontraron asintomáticas. Se acompañó además de pérdida de peso, ataque al estado general, manifestaciones gastrointestinales y urinarios en pacientes con tumor maligno.

Además más de la mitad de los casos con tumor benigno acudieron para su atención antes de 12 meses de evolución en comparación del 22.6% que acude después del año. Para las pacientes con diagnóstico de carcinoma ovárico el 72.7% acude después de iniciado la sintomatología.

Los tumores benignos afectaron con mayor frecuencia el ovario derecho y los malignos lo hicieron

Los tumores benignos afectaron con mayor frecuencia el ovario derecho y los malignos lo hicieron por igual del lado derecho e izquierdo. En 4.3% del total de casos se encontró en forma bilateral por lo que es conveniente buscar en forma intencionada en ambos ovarios



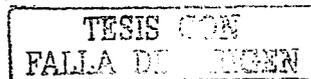
La correlación con el estudio ultrasonográfico con respecto al estudio histopatológico definitivo se encontró en el 86.8% lo que señala la importancia como estudio complementario en el diagnóstico de un tumor ovárico ya sea benigno o maligno.

Es importante mencionar que se presentó 1 caso (adenocarcinoma) que no correspondió a tumor de ovario maligno siendo el primario de estómago (Krukenberg).

TESIS CON
FALLA DE LICEN

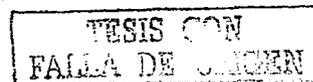
CONCLUSIONES.

- 1.- La correlación del estudio transoperatorio respecto al estudio histopatológico definitivo se considera confiable puesto que se presentó en un 81,2.
- 2.- Los tumores de ovario predominan principalmente entre los 30 y 50 años de vida de la mujer.
- 3.- La principal extirpe de tumor de ovario benigno de acuerdo a la frecuencia es el epitelial y de estos el cistadenoma y el teratoma.
- 4.- La principal extirpe de carcinoma de ovario predominan los epiteliales (Cistadenocarcinoma) del tipo bien diferenciado.
- 5.- El dolor y el crecimiento abdominal son las manifestaciones más frecuentes para ambos tipos de tumor de ovario. El tiempo de evolución desde el inicio de las manifestaciones es menor a un año con respecto a tumores benignos y de más de un año en los malignos.
- 6.- La correlación del estudio ultrasonográfico con respecto al estudio histopatológico definitivo es similar y confiable al del estudio transoperatorio contra el definitivo.



BIBLIOGRAFÍA

1. Jolles C: J.: Cáncer de ovario. Clasificación citogenética , graduación histológica, diagnóstico, clasificación por etapas y epidemiología. Ginecología y obstetricia. Temas actuales 1985; 987-1047.
2. Internet. (FYCLAR K. HOME. TEXAS.NET/OUCANFACTS.HTM). Ovarian Cancer Facts. American Center society. 1998.
3. Zárate Santamaría A, Medina, H. E., Gómez V. E, Escobedo, G: A. Protocolo de la clínica de Tumores de Ovario del Hospital de la Mujer S: S:, análisis de 1786 casos. Revista Medica del Hospital de la Mujer
4. Lundis SH, Murria T, et al. Cancer Statistics. Cancer J: clin. 49:8-331. 1999.
5. Hoskings WJ. Epithelial Ovarian Carcinoma: principles of primary surgery. Gineol Oncol 55(suppl):91-96,1994.
6. Averette HE, Oncología Ginecológica. Historia de la Oncología Ginecológica como subespecialidad. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica (4):767-772, 2001.
7. Ahmend F:Y, Whisae,E,et al. natural history and prognosis of untreated stage I epithelial ovarian carcinoma. J Clin Incol14(11):2968-75:1996.
8. Allen,D:G:, Heint< A:P:, et al. A meta analysis of residual discuse and survival in stage III and IV carcinoma of the ovary. Eur J Ginaecol Oncol 16(5):349-56, 1995.
9. Baker, T R, Piver, M S. Etiology, biology and epidemiology of ovarian cancer. Semin Sur Oncol 10(4):242-48,1994.



10. Bernal, A, Mendez, M., Fajardo, A. Univariate and multivariate analysis of risk factors for ovarian cancer: case-control study. Mexico city. Arch Med Res 26(3):245-9. 1995.
11. Brin Khuis, M., Major, M.A. An evaluation of prognostic factors in advanced ovarian cancer. Eur J Obst Gynecol Reprod Biol. 63(2):115-24. 1995.
12. Internet (CONCERWEB a WWW.GRAYLAB.AC.UK). Ovarian epithelial cancer- National Center Institute. Agosto. 1998.
13. Spencer, J. Indeterminate lesions in cancer (I): Pelvic adnexal masses. Cancer Imaging. 7(2):104-105. 2002.
14. Nicolis M, Tommasoni, S, et al. Serous borderline tumors of the ovary. Cancer. 70(1):152-160. 1992.
15. Vineis, P. Cancer as an evolutionary process at the cell level: an epidemiological perspective. Carcinogenesis. 24(1):1-6. Jan. 2003.
16. Morice, P, Wicart-Poque, F. Clinical outcome and fertility results after conservative treatment for epithelial ovarian cancer. Review of 42 cases. Gynecology Obstetrique and Fertilité. 30(9):684-91. 2002.
17. Kosary, C L. FIGO stage, histology, histologic grade, age and race as prognostic factors in determining survival for cancers of female gynecological system: an analysis of 1973-87 SEER cases of cancers of the endometrium, cervix, ovary, vulva and vagina. SeminSur Oncol. 10(1):31-46-1994.
18. Kurjak, A, Predanic, M. Ovarian cancer screening. Curr Opin Obstet Gynecol. 6(1):67-74. 1994.



19. Vanesmaa, P. Epithelial ovarian cancer :impact of surgery and chemotherapy on survival during. 1977-1990. Obstet Gynecol. 84(1):8-11. 1994.
20. Muir, C, Whaterhouse S, et al. Cancer incidence on five continent IARC Lyon France. IARC SCI Publication No. 88: 892-93. 1987.
21. Parkin, D:M.; Muir C.S:Estimates of the worldwide frequency of sixteen majors cancer in 1980. Int J Cancer. 41.184-197,1988.
22. Saigo,P E. The histology of malignant ovarian tumors. Cancer of the Ovary. 21-46. 1993.
23. Weis, N S. Homonchuk T,. Incidence of the histologic types of ovarian cancer. The US Third National cancer Survey 1969-1971. Gynecol Oncol 5:161-67. 1977.
24. Parazzini, F, Franceschi S, et al. the epidemiology of ovarian cancer. Ginecol Oncol . 43:9-13. 1991.
25. adams H O, Persson I, et al. The incidence of ovarian cancer in sudea 1960-1984. Am J Epidemiol. 132:446-52. 1990.
26. Miller B A, ries L A G, et al. Cancer statistics Review:1973-1989. National Cancer Institute, Bethesda. NIH: pub. 92-2789. 1992.
27. Rodriguez I:M., Prat, J. Mucinous, tumor of the ovary. A Clinicopatologic analysis of 75 Borderline tumors (of instestind type) and carcinomas. Amer j Surg. Path. 26:139-152. 2002.
28. Janovsky, N:A :et al. ovarian tumors major problem in obstetrics and gynecology. E:B: Saunders. 1973.

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA