

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**MASAS ANEXIALES EN PACIENTES  
POST-MENOPAUSICAS**

Estudio Retrospectivo realizado en pacientes post-menopausicas  
tratadas por el departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt  
por masas anexiales en el periodo comprendido  
entre 1985 a 1994. Guatemala

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

POR

**CARLOS ALBERTO CHAJON RODRIGUEZ**

*En el acto de investidura de:*

**MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, junio de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

R  
05  
T (7320)  
- 0 2

24 de mayo de 1,995

Doctor  
Edgar Rodolfo De León Barillas  
Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos  
Guatemala, Guatemala.

Estimado Doctor De León:

Por medio de la presente certificamos que el INFORME FINAL del Tema de Investigación "MASAS ANEXIALES EN PACIENTES POST-MENOPAUSICAS", por Br. CARLOS ALBERTO CHAJON RODRIGUEZ, con número de Carnet 89-12839, fue aprobado por los Departamentos de GINECOLOGIA y DOCENCIA E INVESTIGACION del Hospital, el cual reúne todos los requisitos exigidos para su divulgación.

En base al Artículo 110. del Reglamento de Investigaciones del Hospital, se extiende la presente constancia.

Atentamente,

DR. OCTAVIO FIGUEROA AGUILAR  
PRESIDENTE  
COMITE DE DOCENCIA E INVESTIGACION



OFA/srj.-  
c.c. archivo



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 29 de mayo de 1995  
DIF-093-95

Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las  
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: MAESTRO DE EDUCACION PRIMARIA URBANA CARLOS  
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-

ALBERTO ORLACION RODRIGUEZ Carnet No. 8912839  
lidos completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

MASAS ANEMIALES EN PACIENTES PORTADORAS DE

\_\_\_\_\_

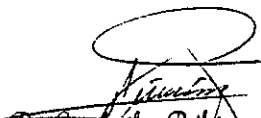
\_\_\_\_\_

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

  
Firma del estudiante

  
Asesor  
Firma y sello personal

DR. MANUEL LEPEZ VELAZQUEZ  
MEDICO - CIRUJANO  
COLEGIADO NO. 5837

  
Dr. S. Amilcar Puyiguetz A.  
MEDICO Y CIRUJANO  
COLEGIADO NO. 3151  
Revisor  
Firma y sello 8,982  
Registro Personal 8,982

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: CARLOS ALBERTO CHAJON RODRIGUEZ

Carnet Universitario No. 89-12839

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al  
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:  
MASAS ANEXIALES EN PACIENTES POST-MENOPAUSICAS

Trabajo asesorado por: DR. VICTOR MANUEL LOPEZ VELASQUEZ

y revisado por: DR. AMILCAR RODRIGUEZ A.

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,  
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 29 de mayo de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS  
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO-RODAS  
DIRECTOR  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez  
DECANO

## INDICE

|                                      | <b>Página</b> |
|--------------------------------------|---------------|
| I. INTRODUCCION.....                 | 1             |
| II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....     | 2             |
| III. JUSTIFICACION.....              | 3             |
| IV. OBJETIVOS.....                   | 4             |
| V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....       | 5             |
| VI. METODOLOGIA.....                 | 14            |
| VII. PRESENTACION DE RESULTADOS..... | 18            |
| VIII. ANALISIS Y DISCUSION.....      | 31            |
| IX. CONCLUSIONES.....                | 32            |
| X. RECOMENDACIONES.....              | 33            |
| XI. RESUMEN.....                     | 34            |
| XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 35            |
| XIII. ANEXOS.....                    | 36            |

## I. INTRODUCCION

Las masas anexiales se presentan en la mujer en cualquier época de la vida, encontrando diversas manifestaciones clinicas. Pero el diagnóstico se lleva a cabo al presentarse alguna complicación o por hallazgo incidental.

A nivel nacional no contábamos con referencias que nos dieran una idea de que tan frecuentes podrían ser los tumores del ovario en el periodo postmenopausico.

Se procedió a identificar a las pacientes que llenaban los criterios de inclusión y luego a determinar el tipo de tumor que se encontró durante el acto operatorio, el tratamiento recibido, las manifestaciones clinicas más frecuentes y la edad más frecuente en la que se presentaron las masas anexiales en las pacientes postmenopausicas.

Encontrando que el cistoadenoma se presentaba en 76.19%, siendo el tumor benigno más frecuente y el adenocarcinoma en 14.28% el tumor maligno más frecuente. El dolor abdominal es la manifestación clinica más frecuente encontrandose en 40.48% de los casos.

La edad más afectada en las postmenopausicas es entre 45-49 años y multiparas. Se utilizó como metodo diagnóstico los rayos "x" en 40.48%.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Los tumores de ovario se presentan como una entidad que puede afectar a cualquier edad, incluso después de la menopausia.

La frecuencia general en la que se encuentran varía entre 1.4 - 9.9%, media 3%. (3.6)

El carcinoma del ovario representa el 15% de todas las neoplasias malignas del tracto genital, y el 3% de todos los cánceres de la mujer. Se encuentra después del cáncer de mama, colon y pulmón. (6)

Los tumores del ovario pueden ser de tamaño variable, pero su malignidad dependerá del tipo histológico a que pertenezca. Por lo regular su diagnóstico se realiza en fases avanzadas, lo que dificulta y en ocasiones imposibilita su tratamiento, agravando el pronóstico de la paciente.

Los tumores benignos tienen su máxima incidencia entre los 20 - 44 años, los tumores malignos entre los 45 - 60 años.

De forma general, la edad de máxima incidencia de las neoplasias ováricas es la cuarta década de la vida. (3.5)

A nivel nacional no contamos con estudios similares, que se puedan tomar como referencia, a pesar de que el problema se encuentra continuamente, ignorando el comportamiento de las masas anexiales en pacientes post-menopausicas de nuestro medio.

### III. JUSTIFICACION

En la actualidad no contamos con datos suficientes para determinar que tan maligno o benigno, puede ser el tumor del ovario en el periodo post-menopausico, con lo que el tratamiento varia en los diferentes casos que se presentan.

Además se pretende determinar la frecuencia no solo de la malignidad de la masas anexiales en este periodo de la vida de la mujer, si no el tipo de tumor que mas frecuentemente se presenta, y el tratamiento que han recibido.



en especial los tumores malignos, puede aparecer ascitis, con lo que el aumento del volumen del vientre se exagera aun mas.(1)

Pueden aparecer síntomas, tales como: sensación de pesadez o presión, rara vez dolor. Se encuentran trastornos urinarios como poliaquiuria, micción imperiosa o incluso retención urinaria si se comprime suficientemente la vejiga.

Trastornos venosos de los miembros inferiores: edema, várices, hemorroides, cuando se comprime la vena cava inferior.(3)

Si el tumor es muy voluminoso, puede incluso producir disnea. Pero a menudo, los tumores del ovario son totalmente asintomáticos y el diagnostico se hace en una exploración habitual.

Con frecuencia, los tumores del ovario pueden experimentar una serie de accidente o complicaciones con una sintomatología

mas expresiva.(6)

Torsión: La torsión del pediculo es una de las complicaciones mas frecuentes. Aparece en los tumores de mediano tamaño y es mas frecuente en las primeras semanas de la gestación, en el puerperio y en los tumores benignos, particularmente en el quiste dermoide.

El síntoma cardinal es el dolor, que puede tener carácter agudo o subagudo. El dolor producido por la torsión del tumor puede ser el primer síntoma en la mujer portadora de una neoplasia ovárica.(3,4)

Rotura: Es una complicación poco frecuente. El cuadro clínico que se produce depende del tipo del tumor y, sobre todo, de su contenido. En tumores unilobulares, todo el contenido del tumor se derrama en la cavidad peritoneal, pero si el tumor es multilocular, solo se vierte el contenido de una de las cavidades.

El cuadro clínico se caracteriza, por dolor mas o menos agudo acompañado frecuentemente de náusea, vómitos y un cuadro mas o menos acentuado de shock. Otras veces el cuadro es totalmente asintomático, como sucede cuando tiene lugar las roturas de pequeñas cavidades de quistes multiloculares.

Hemorragia: Cuando se rompen quiste puede originarse una hemorragia intraperitoneal, mas o menos intensa, según el calibre del vaso desgarrado.

Este accidente va acompañado de dolores mas o menos intensos asociados a síntomas de shock. Habitualmente el cuadro cede espontáneamente y solo persiste una fiebre moderada durante algún tiempo.

Infección: Es una complicación poco frecuente que puede asociarse a otras complicaciones, especialmente a la torsión. El cuadro clínico es semejante al que aparece en la infección pelviana; dolor, náuseas, vómitos, defensa abdominal, fiebre, leucocitosis. (3)

Ascitis: Puede aparecer como complicación en cualquier tipo de

tumor ovárico, aunque es mas frecuente en los tumores malignos. La ascitis puede asociarse a hidrotorax, constituyendo el llamado síndrome de Meig.

Aunque esta asociación puede aparecer en cualquier tumor de ovario, acompaña con mayor frecuencia los tumores solidos tales como fibromas, tumores de Brenner, tecomas y tumores de células de la granulosa. (1)

Anemia hemolítica: Se han descrito una serie de casos de anemia hemolítica autoinmune, asociados a tumores de ovario.

Aunque no se conoce bien la génesis de estas anemias, se supone actualmente que productos necroticos del tumor producen una aceleración de la destrucción de los hematíes, a la vez que deprimen la eritropoyesis en la médula ósea. (3)

Diagnostico: El diagnostico de tumores del ovario es habitualmente fácil; pero existen ocasiones en que el diagnostico puede ser muy difícil. (6) El error puede producirse con los siguientes procesos: embarazo, ascitis, vejiga distendida, mioma del útero, obesidad, distensión abdominal, peritonitis tuberculosa, tumores mesentéricos, tumores retroperitoneales, hidronefrosis, quistes hidatídicos, quistes pancreáticos, tumores del recto, tumores del colon, riñón pelviano, endometriosis, grandes hidrosalpinx y embarazo ectópico.

En casos de duda, el diagnostico puede establecerse recurriendo a uno o mas de los siguientes métodos: Cateterismo vesical, ecografía, laparoscopia, estudios radiológicos (radiografía simple de abdomen, pielografías y estudio del aparato digestivo), determinaciones hormonales cuando se sospecha de tumor funcionante, hepatograma o ecografía hepática, biopsia de ganglios palpables, especialmente inguinales y el supraclavicular izquierdo de Virchow, TAC, resonancia nuclear magnética. (3)

Pronostico: El pronostico del cáncer del ovario es poco favorable, con supervivencia global a los 5 años es de 30.5%. El factor que mas influye sobre la mortalidad es la extensión del tumor.

Los tumores epiteliales y los indiferenciables son los que tienen peor pronostico.

#### EXTENSION Y METASTASIS DEL CARCINOMA DEL OVARIO

Aproximadamente 70% de casos de carcinoma de ovario, cuando son diagnosticados, ya tienen metástasis.

La presión de las masas neoplásicas en crecimiento y la invasión terebrante origina la rotura de la cápsula, con crecimiento extra capsular y paso de las células neoplásicas a la cavidad peritoneal, que son transportadas por los líquidos peritoneales. Las células se implantan con preferencia en el peritoneo pelviano, útero, epiplón, colon sigmoide, ciego, ileo terminal, canales paracólicos, espacio retroperitoneal y saco de Douglas, donde originan nódulos metastásicos.

La extensión del carcinoma del ovario puede realizarse

por: extensión directa o continuidad, vía vascular linfática, venosa o arterial, implantación directa de células, emigración o transporte de células a través del tacto genital.

La implantación directa o espontánea de células desprendidas del tumor es el mecanismo mas frecuente de extensión del cáncer del ovario, y representa el 67% de todas las metástasis. (3,6)

#### TRATAMIENTO

Como profilaxis del cáncer de ovario, algunos autores aconsejan practicar ovariectomía bilateral siempre que por cualquier motivo haya que extirpar el útero, independientemente de la edad de la paciente. Considerando que la incidencia del cáncer de ovario en mujeres posthisterectomizadas es de 0.3%, es evidente que practicando ovariectomía podrían salvarse 3 mujeres por cada mil hysterectomías. (3,4)

Se admite que por encima de los 45 años, siempre que se extirpe el útero, es preferible efectuar a la vez la exéresis de ambos ovarios. El tratamiento de lesión de los tumores del ovario es fundamentalmente quirúrgico.

Un tumor de ovario, en cualquier circunstancia, aun cuando la paciente no tenga sintoma alguno, debe ser extirpado para evitar posibles complicaciones. Aun cuando no se consiga una extirpación total de la neoplasia, la exéresis de gran parte de ella facilita el efecto beneficioso ulterior de la radioterapia y quimioterapia.

Cuando se sospecha que el tumor es maligno, en casos de duda o cuando microscópicamente el tumor es benigno, pero la edad es superior a 45 años, la intervención de elección es la hysterectomía total con doble salpingoovariectomía. (3,4)

Radioterapia: Puede emplearse como complemento de la cirugía, asociada a la quimioterapia y como terapia única. En la practica, su eficacia viene representada por la extensión y el volumen de la masa neoplásica.

Se calcula que para destruir una masa de 2 cm de diámetro se precisa del 6,000 rads y para destruir una masa de 2 a 4 cm se necesitan 7,000 rads. y el limite de tolerancia del riñón se situa alrededor de 2,500 rads, y el del hígado, entre 3,000 rads. Por todo ello se acepta que la radioterapia solo es apropiada para el tratamiento de masas cuyo tamaño oscila entre 1 y 2 cm, ya que el tratamiento debe hacerse extensivo a toda la cavidad abdominal. (3,8,9)

Quimioterapia: El cáncer del ovario es sensible a la quimioterapia (poliquimioterapia), utilizando cisplatino y ciclofosfamida, de no tener resultados favorables se utiliza exametil-melamina, ciclofosfamida, metrotexato y fluoracido. (8)

## PARTICULARIDADES CLINICAS MAS IMPORTANTES DE CADA VARIEDAD DE TUMOR OVÁRICO

Tumores "epiteliales" comunes: Esta variedad de tumor es la mas frecuente, representa entre el 60 al 70% de todos los tumores del ovario.

El epitelio superficial del ovario, por transformación metaplasica o neoplasica puede originar tumores cuyo epitelio recuerda el que reviste el endocervix, llamados cistoadenomas o cistoadenocarcinomas mucinosos, o tumores como los llamados endometrioides, cistoadenomas o cistoadenocarcinomas serosos. (3,7)

### TUMORES BENIGNOS

Cistoadenomas serosos: El termino seroso ha sido aplicado a estos tumores por la semejanza de su contenido con el suero sanguíneo, aparecen en la época de madurez sexual de la mujer entre los 20 y 50 años.

Presentan una frecuencia bilateral del 30 al 50%. Su tamaño puede ser desde poco centímetros ha tumores muy voluminosos, existen dos variedades de cistoadenomas serosos: el cistoadenoma simple y el cistoadenoma papilar.

El cistoadenoma seroso simple rara vez supera los 8-10 cm de diámetro y suele ser unilateral, de superficie externa lisa, de color blanco grisáceos y a veces transparente, el contenido del tumor es acuoso o seroso.

El cistoadenoma seroso papilar es habitualmente bilateral y de dimensiones variables, es característica de este tumor la existencia de excresencias papilares, son esféricos y lobulados, con contenido seroso, pero que a veces puede ser pardusco o achocolatado cuando contiene mezcla de sangre.

Desde el punto de vista microscópico, el epitelio que reviste las cualidades tanto en el cistoadenoma seroso simple como en el papilar, esta constituido por una sola hilera de células que pueden ser cubicas o cilindricas bajas.

Cistoadenoma mucinoso: Puede aparecer a cualquier edad, pero la edad de máxima incidencia oscila entre los 30 y los 50 años, son tumores habitualmente unilaterales (entre 95 y 98%), de dimensiones variables.

Tienen aspecto lobulado, superficie lisa y color blanco grisáceo, el interior del tumor puede contener una serie de tabiques, que lo compartimentan y forman múltiples cavidades.

La clínica de los cistoadenomas mucinosos cuando existe estroma funcionante, si es de tipo estrogénico, pueden producirse hemorragias o feminización cuando aparece en niñas o en post-menopausicas.

La posibilidad de transformación maligna oscila entre 5-15%, el accidente de torsión es relativamente frecuente, ya que se observa en el 20% de los casos. (2,3,10)

**Papiloma superficial:** Son tumores poco frecuentes que representan una variedad especial de los histoadenomas. Se caracterizan por su gran tendencia a formar papilas sobre la superficie del ovario y por su escasa o nula capacidad para formar cavidades, desde el punto de vista macroscópico, aparecen como coliflores de tamaño variable.

**Cistoadenofibroma y fibroadenoma:** Son tumores poco frecuentes que aparecen como nódulos, situados sobre la superficie del ovario, unilaterales y habitualmente muy poco voluminosos.

Al igual que variedades de cistoadenomas anteriormente señalados, el cistoadenofibroma y fibroadenoma pueden sufrir transformaciones malignas.

**Tumor de Brenner:** Es de dimensiones variables, desde formas microscópicas a grandes masas que ocupan gran parte de la cavidad abdominal. Generalmente son unilaterales.

Son tumores sólidos, de aspecto semejante a los fibromas de tono nacarado con zonas amarillentas. Se caracterizan por la existencia de elementos epiteliales agranulados, formando nódulos que están rodeados por tejido conjuntivo denso. (3.10)

#### TUMORES MALIGNOS

**Cistoadenocarcinoma seroso:** Constituye la variedad más frecuente de tumor ovárico maligno, con una frecuencia que oscila entre 40-60% de todos los carcinomas de la gónada femenina. Estos tumores no dan síntomas específicos en las fases precoces de crecimiento, y el diagnóstico se hace ya demasiado tarde.

El pronóstico de estos tumores es muy desfavorable, la supervivencia a los 5 años es inferior al 35%.

Con frecuencia casi en el 50% de los casos, el tumor es bilateral. No suele alcanzar grandes tamaños y su forma es variable.

**Cistoadenocarcinoma mucinoso:** Es menos frecuente que la variedad serosa y representa el 10% de todos los cánceres ováricos. La posibilidad de transformación maligna de un cistoadenoma mucinoso benigno es del 5%.

El pronóstico de este tumor es más favorable que la variedad serosa, el 50% de las mujeres se mantiene con vida a los 5 años.

**Carcinoma endometriode o adenocarcinoma endometriode:** Para encuadrar un tumor en esta variedad se precisaba que reuniera 3 condiciones a) presencia de una endometriosis ovárica; b) que el adenocarcinoma fuera semejante morfológicamente al del endometrio; y c) existencia de zonas de transformación entre la endometriosis y el adenocarcinoma.

La frecuencia del carcinoma endometriode del ovario

oscila entre el 12 y 21% de todos los tumores del ovario.

Presenta una tasa de supervivencia a los 5 años superior al 55%. Con frecuencia el tumor afecta ambos ovarios. (7)  
Tumores de células claras: Esta variedad de tumor se comportan como tumores malignos. La tasa de supervivencia de pacientes controlados durante 5 años es del 50%.

el tratamiento de elección es el quirúrgico, pero puede complementarse con quimioterapia y radioterapia. (3,7)

CARCINOMAS NO CLASIFICADOS: Existen ciertos tumores malignos que aunque se supone que derivan del epitelio celómico, no tienen caracteres estructurales que permitan incluirlos en alguna de las variedades.

Tumores de los cordones sexuales-estroma: Son tumores que reproducen tanto estructuras de las gónadas femeninas, células de la granulosa y del alteca, como estructuras testiculares, células de Sertoli y de Leyding. (7)

Tumores de la granulosa y de la teca: Representan el 3 y el 9% de todos los tumores del ovario, según las distintas estadísticas pueden aparecer desde la niñez a la menopausia, si bien en la mitad aproximadamente de los casos aparecen después de la menopausia.

Son habitualmente unilaterales y de volumen variable, la superficie generalmente es lisa y están bien encapsulados.

Tumores de células de Sertoli y de Leyding(Androblastomas):

Suelen aparecer en la edad genésica, entre los 20 y 40 años, y es excepcional en desarrollo de esta neoplasia en la postmenopausia, en la adolescencia y antes de la pubertad.

Representa aproximadamente el 1% de todos los tumores del ovario y su frecuencia, equivale al quinta o décima parte de todos los tumores de las células de la granulosa y de la teca. (4,7)

Estroma del ovario: La edad de aparición es semejante a la del quiste dermoide. La edad media de aparición de esta neoplasia es de 42 años.

Generalmente es unilateral, es un teratoma en el que existe tejido tiroideo y en ocasiones puede ser un tumor funcional que originen tirotoxicosis. (2)

## Clasificación en etapas clínicas de la FIGO

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etapa I    | Tumor limitado a los ovarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Etapa Ia   | Tumor limitado a un ovario, sin ascitis ni afección de la superficie externa; cápsulas intactas.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Etapa Ib   | Tumor limitado a ambos ovarios, sin ascitis, sin afección de la superficie externa; cápsulas intactas.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Etapa Ica  | Tumor en la etapa Ia o Ib que afecta la superficie de uno o ambos ovarios o rompe la cápsula; o con ascitis que contiene células malignas, o con lavados peritoneales positivos.                                                                                                                                                                                            |
| Etapa II   | Tumor que afecta a uno o ambos ovarios y se extiende la pelvis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Etapa IIa  | Extensión, metástasis o ambas cosas, que afectan al útero, las trompas de Falopio o las dos estructuras.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Etapa IIb  | Extensión a otros tejidos pélvicos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Etapa IIca | Tumor en etapa IIa o IIb que afecta la superficie de uno o ambos ovarios; con cápsula rota o con ascitis que contiene células malignas o con lavados peritoneales positivos.                                                                                                                                                                                                |
| Etapa III  | Tumor que afecta a uno o ambos ovarios, con implantes peritoneales extrapelvicos, anglicos inguinales retroperitoneales, o inguinales positivos, o ambas cosas. Las metástasis epáticas superficiales equivalen a las de la etapa III.<br>El tumor esta limitado a las pelvis verdadera, pero con extensión a intestino delgado o epiplón, comprobada en corte histológico. |
| Etapa IIIa | Tumor macroscópicamente limitado a la pelvis verdadera, con ganglios negativos pero con extensión microscópica a superficies peritoneales abdominales confirmada en cortes histológicos.                                                                                                                                                                                    |
| Etapa IIIb | tumor de uno o ambos ovarios con implantes en la superficies peritoneal abdominal confirmados en los cortes histológicos, ninguno de ellos mayor de 2 cm. Ganglios negativos.                                                                                                                                                                                               |

Etapa IIIc      Implantes abdominales mayores de 2 cm de  
diámetro, ganglios retroperitoneales o  
inguinales positivos, o ambas cosas.  
Etapa IV      Tumor que afecta a uno o ambos ovarios con  
metástasis distante. Si hay derrame pleural  
su positividad citológica indica que el  
padecimiento se encuentra en etapa IV.  
La presencia de metástasis en el parenquima  
hepático indica enfermedad en etapa IV.



## VI.METODOLOGIA

### A.-TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de estudio realizado es, retrolectivo.

### B.-SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Todos los pacientes que llenaron los criterios de inclusión.

### C.-TAMANO DE LA MUESTRA:

La totalidad de pacientes con diagnostico de masa anexiales atendidos por el departamento de Ginecologia del Hospital Roosevelt en el periodo de 1985 a 1994.

### D.-CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes post-menopausicas.
- Pacientes con diagnostico de masa anexial.

### E.-RECURSOS:

Fisicos: -Libros de registros de pacientes del Departamento de Ginecologia del hospital Roosevelt de 1985 a 1994.

- Informes médicos de los pacientes en periodo post-menopausico con diagnostico de masas anexiales del Departamento de Ginecologia del hospital Roosevelt de 1985 a 1994.

DEFINICION DE VARIABLES

DE RAZON

|      | <u>Definicion</u>                                | <u>Def. Operacional</u> |
|------|--------------------------------------------------|-------------------------|
| Edad | Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento. | Edad en años.           |

CATEGORICAS NOMINALES

|                          | <u>Definicion</u>                                                             | <u>Def. Operacional</u>                                    |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Motivo de consulta       | Razon por la cual el paciente consulto al hospital.                           | Pregunta abierta.                                          |
| Menopausia               | Cese de la menstruacion por mas de 12 meses.                                  | Cese de la menstruacion por mas de 12 meses.               |
| Manifestaciones clinicas | Conjugado de datos objetivos y subjetivos caracteristicos de cada enfermedad. | Pregunta abierta.                                          |
| Hallazgos quirurgicos    | Presencia de masas en anexos detectado durante el acto operatorio.            | Pregunta abierta.                                          |
| Informe patologico       | Resultados obtenidos a nivel microscopico de las masas anexiales.             | Pregunta abierta.                                          |
| Estadio                  | Clasificacion internacional para establecer el avancee de la enfermedad.      | Estadios Ia, Ib, Ic, IIa, IIb, IIc, IIIa, IIIb, IIIc y IV. |
| Nota: El                 | instrumento utilizado fue boleta de recoleccion de datos.                     |                                                            |

**PROCEDIMIENTO:**

Se procedio a revisar los libros de registros de pacientes con diagnostico de masas anexiales para determinar cual es el numero de registro del año de 1985 a 1994.

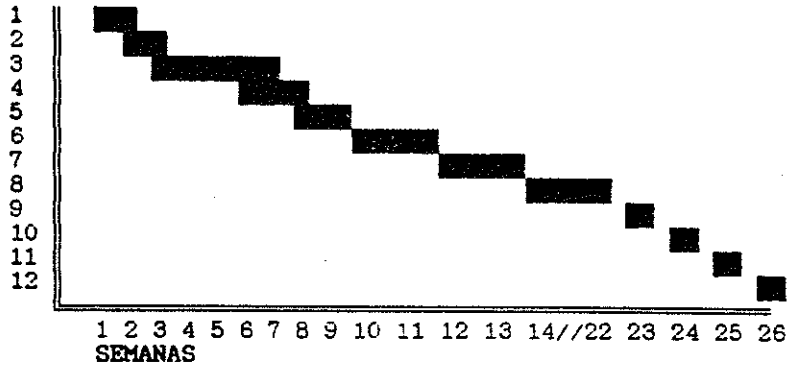
Al obtener los numeros de registro se solicitaron los informes medicos correspondientes, por medio de los cuales se llenaron las boletas de recoleccion de datos. Se aplicaron metodos de estadistica descriptiva para el analisis de los datos.

**APORTE CIENTIFICO:**

La presente investigacion cobra interes e importancia ya que se trata de la primera que se realiza sobre el tema. Ademas de obtener informacion sobre el problema de masas anexiales en pacientes post-menopausicas en nuestro medio con lo que se podra aportar con nuevos conocimientos y reafianzar los que ya se tengan, mejorando de alguna forma el tratamiento y asi el pronostico de dichos pacientes.

# GRAFICA DE GANT

## ACTIVIDADES



## ACTIVIDADES

1. Selección de revisor y asesor.
2. Selección del tema del proyecto de investigación.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del Protocolo.
5. Revisión del Protocolo por revisor y asesor.
6. Aprobación del Protocolo por Coordinación de Tesis.
7. Aprobación del Protocolo por el Comité de Investigación de Hospital Roosevelt.
8. Ejecución del trabajo de campo.
9. Procesamiento de datos y elaboración de tablas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación de informe final para corrección.



VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

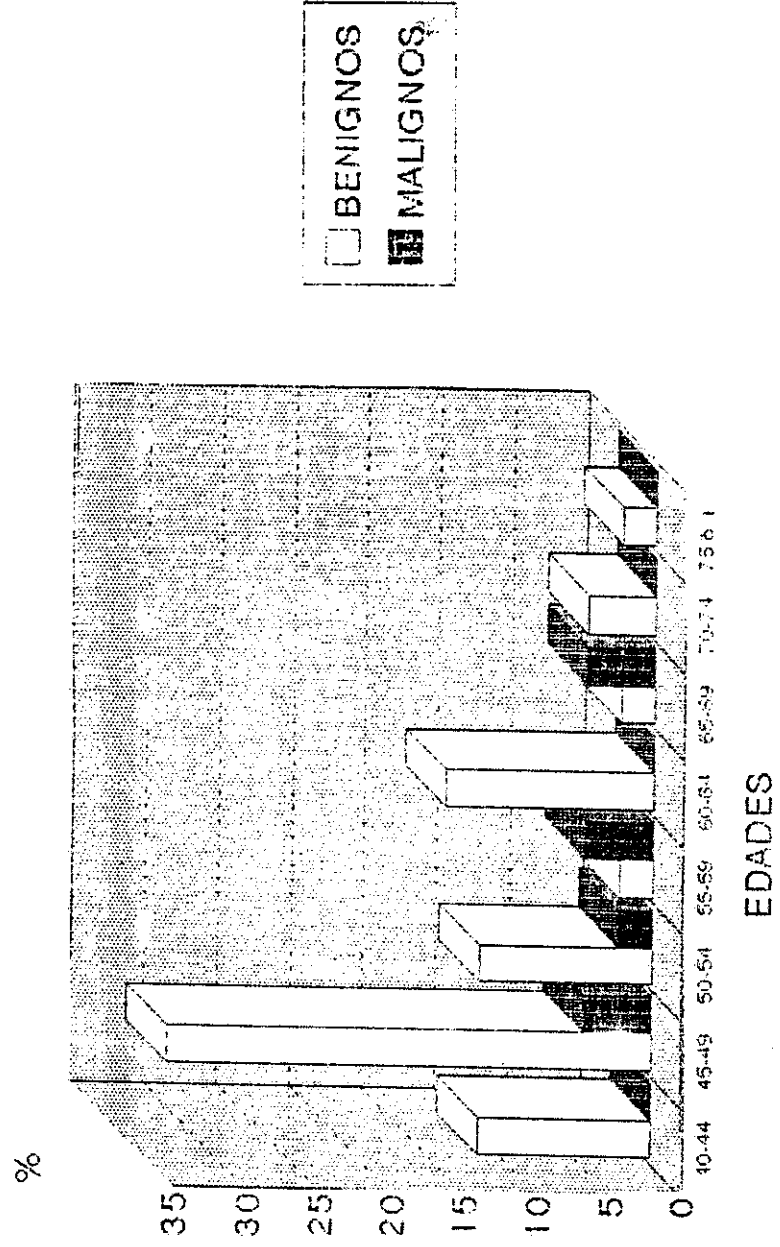
CUADRO # 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES POST-MENOPAUSICAS  
CON TUMOR DE OVARIO SEGUN EDAD.

| EDAD    | BENIGNOS |       | MALIGNOS |       |
|---------|----------|-------|----------|-------|
|         | No.      | %     | No.      | %     |
| 40 - 44 | 8        | 22.86 | 0        | 0     |
| 45 - 49 | 14       | 38.96 | 2        | 4.76  |
| 50 - 54 | 5        | 11.56 | 1        | 2.38  |
| 55 - 59 | 1        | 2.38  | 2        | 4.76  |
| 60 - 64 | 8        | 19.38 | 0        | 0     |
| 65 - 69 | 1        | 2.38  | 2        | 4.76  |
| 70 - 74 | 2        | 4.76  | 0        | 0     |
| 75. y + | 1        | 2.38  | 0        | 0     |
| Total   | 35       | 86.33 | 7        | 16.67 |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA # 1  
DISTRIBUCION DE PACIENTES POST-MENOPAUSICAS CON TUMOR DE OVARIO SEGUN EDAD





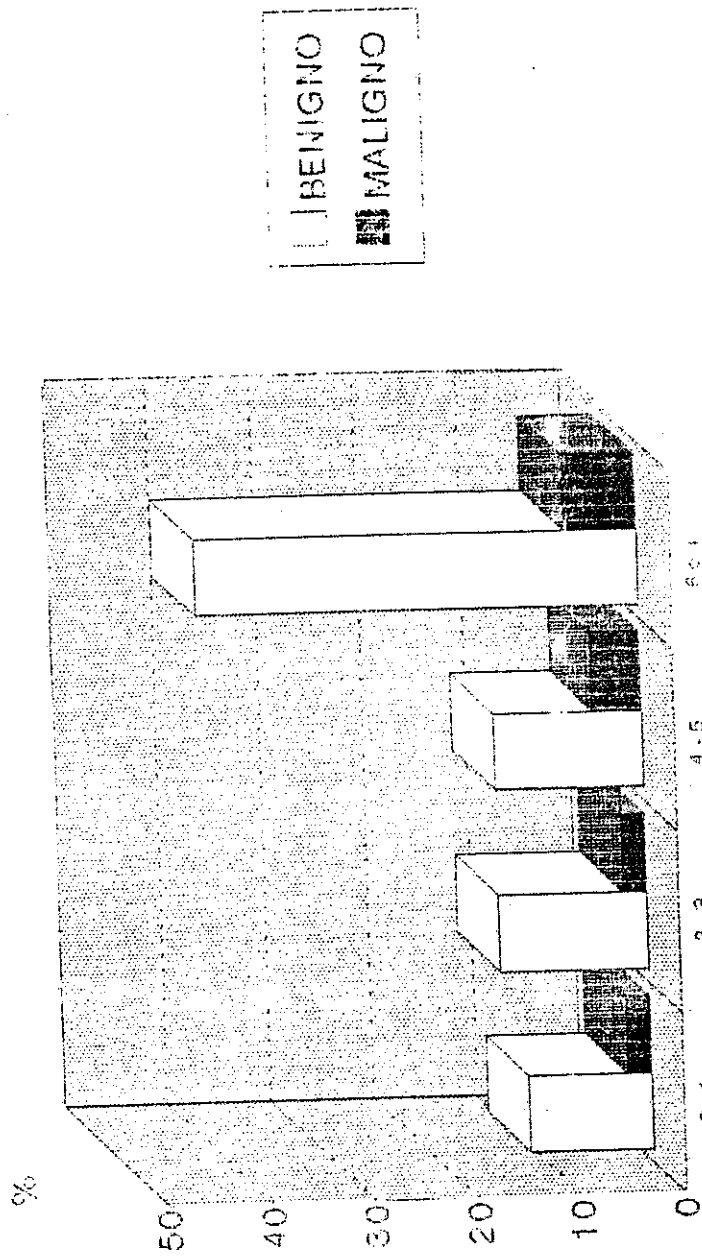
CUADRO # 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES POST-MENOPAUSICAS  
CON TUMOR DE OVARIO SEGUN PARIDAD

| TUMOR              | PARIDAD |        |        |        |
|--------------------|---------|--------|--------|--------|
|                    | 0 - 1   | 2 - 3  | 4 - 5  | 6 ó +  |
| CISTADENOMA        | 9.52%   | 14.23% | 14.29% | 35.10% |
| CISTADENOCARCINOMA | 2.38%   | 0      | 4.76%  | 7.14%  |
| QUISTE DERMOIDE    | 2.38%   | 0      | 0      | 4.76%  |
| TERATOMA INMADURO  | 0       | 2.38%  | 0      | 0      |
| TOTAL              | 14.28%  | 16.67% | 19.05% | 50.00% |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA # 2  
DISTRIBUCION DE PACIENTES POST-MENOPAUSICAS CON TUMOR DE OVARIO SEGUN FARIDAD



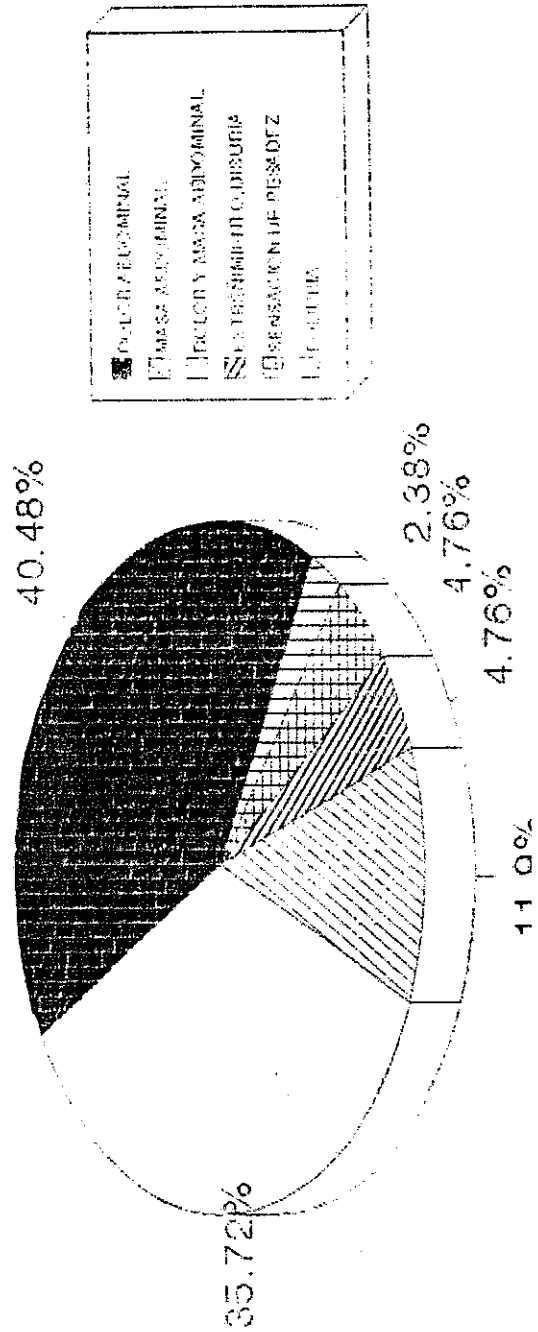
CUADRO # 3

MANIFESTACIONES CLINICAS MAS FRECUENTES EN PACIENTES  
POST-MENOPAUSICAS CON TUMORES DE OVARIO.

| MANIFESTACIONES CLINICAS             | No. | %      |
|--------------------------------------|-----|--------|
| DOLORES ABDOMINALES                  | 17  | 40.45  |
| MASA ABDOMINAL                       | 8   | 18.18  |
| DOLORES ABDOMINALES Y MASA ABDOMINAL | 15  | 33.72  |
| ESTREÑIMIENTO Y DISURIA              | 2   | 4.55   |
| SENSACION DE PLETADEZ                | 1   | 2.27   |
| POLIURIA                             | 1   | 2.27   |
| TOTAL                                | 42  | 100.00 |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA # 3  
 MANIFESTACIONES CLINICAS MAS FRECUENTES EN PACIENTES  
 POSTMENOPAUSICAS CON TUMORES DE OVARIO



CUADRO # 4

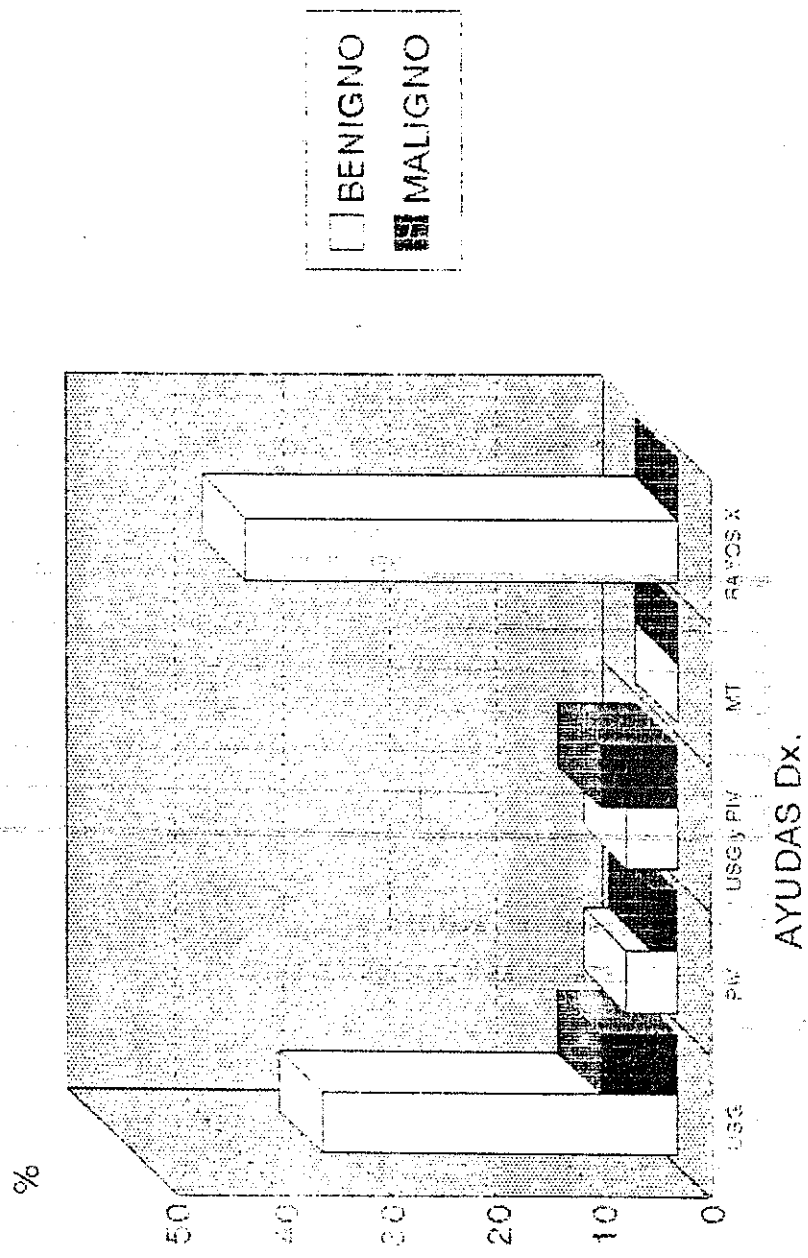
AYUDAS DIAGNOSTICAS UTILIZADAS PARA LA DETECCION  
DE TUMORES DE OVARIO EN PACIENTES POST-MENOPAUSICAS

| AYUDAS DIGNOSTICAS   | BENIGNOS |       | MALIGNOS |      |
|----------------------|----------|-------|----------|------|
|                      | No.      | %     | No.      | %    |
| USG                  | 14       | 38.35 | 5        | 7.14 |
| PIV                  | 2        | 4.76  | 1        | 2.38 |
| USG y PIV            | 2        | 4.76  | 3        | 7.14 |
| MARCADORES TUMORALES | 0        | 0     | 0        | 0    |
| RAYOS X              | 17       | 40.48 | 0        | 0    |

USG: Ultrasonograma  
PIV: Pielograma intravenoso

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA # 4  
 AYUDAS DIAGNOSTICAS UTILIZADAS PARA LA DETECCION DE TUMORES DE OVARIO EN PACIENTES POST MEMO PAUSICAS



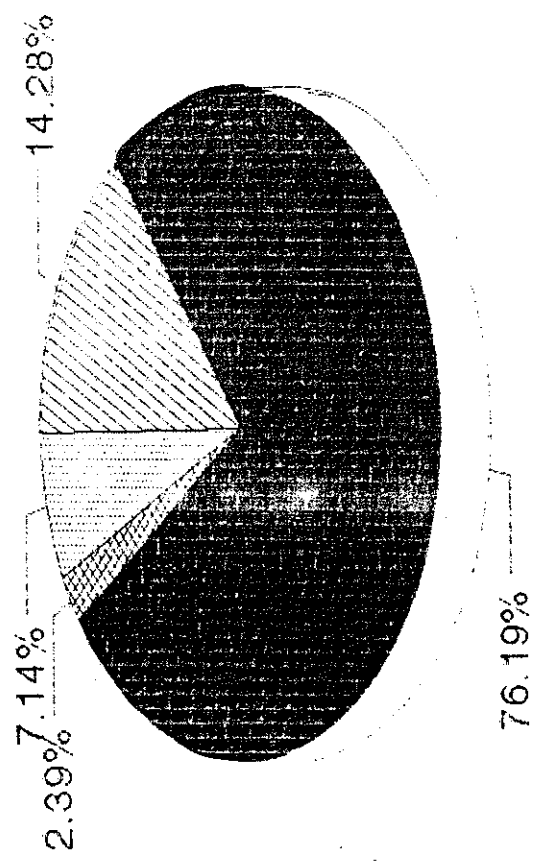
CUADRO # 5

TUMORES DE OVARIO MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS  
EN PACIENTES POST-MENOPAUSICAS

| TUMOR              | No. | %      |
|--------------------|-----|--------|
| CISTADENOMA        | 32  | 76.19  |
| CISTADENOCARCINOMA | 6   | 14.29  |
| QUISTE DERMOIDE    | 3   | 7.14   |
| TERATOMA INMADURO  | 1   | 2.38   |
| TOTAL              | 42  | 100.00 |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

**GRAFICA # 5**  
**TUMORES DE OVARIO MAS FRECUENTES ENCONTRADOS EN PACIENTES**  
**FOSTIMENOFASUSICAS**



- STRADENOMA
- ▨ CISTADENCICARSINOMA
- ▩ QUISTE DERMOCIDE
- TERATOMA INMADURO



CUADRO # 6

TRATAMIENTO RECIBIDO SEGUN TIPO DE TUMOR  
EN PACIENTES POST-MENOPAUSICAS

| TRATAMIENTO            | CISTADRNOMA | CISTADENOCARCINOMA | QUISTE<br>DERMOIDE | TERATOMA<br>INMADURO |
|------------------------|-------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| QUIRURGICO             | 30          | 1                  | 3                  | 0                    |
| QUIMIOTERAPIA          | 0           | 1                  | 0                  | 0                    |
| Gx. MAS QUIMIO         | 0           | 2                  | 0                  | 1                    |
| Gx. MAS RADIO          | 3           | 1                  | 0                  | 0                    |
| Gx. MAS QUIMIO Y RADIO | 0           | 1                  | 0                  | 0                    |
| TOTAL                  | 32          | 6                  | 3                  | 1                    |

Gx.: Quirurgico

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 7

TRATAMIENTO SEGUN ESTADIO DE TUMORES MALIGNOS  
EN PACIENTES POST-MENOPAUSICAS

| TRATAMIENTO               | I | Ia | Ib | Ic | II | IIa | IIb | IIc | III | IIIa | IIIb | IIIc | IV |
|---------------------------|---|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|----|
| QUIRURGICO                | 1 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   | 0   | 0   | 0    | 0    | 0    | 0  |
| QUIMIOTERAPIA             | 0 | 0  | 1  | 0  | 0  | 0   | 0   | 0   | 0   | 0    | 0    | 0    | 0  |
| Qx. MAS QUINIO            | 0 | 1  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   | 0   | 1   | 0    | 0    | 0    | 0  |
| Qx. MAS RADIO             | 0 | 0  | 0  | 0  | 0  | 1   | 0   | 0   | 0   | 0    | 0    | 0    | 0  |
| Qx. MAS QUINIO<br>Y RADIO | 0 | 0  | 0  | 0  | 0  | 0   | 0   | 0   | 0   | 0    | 0    | 0    | 0  |

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

## VIII. ANALISIS Y DISCUSION

De todas las pacientes de las que se revisaron sólo un total de 42 pacientes llenaron los criterios de inclusión.

La alta frecuencia de tumores como el cistoadenoma nos indica que en pacientes postmenopausicas los tumores que se presentan son de características benignas, por lo que el tratamiento es predominantemente quirúrgico, mientras que en los tumores como el cistoadenocarcinoma los pacientes reciben diversos tratamientos, dependiendo del estadio en el que es detectado el tumor, que va desde solo escisión quirúrgica a combinaciones con radioterapia y quimioterapia.

Aunque no esta claro cual es la causa de los tumores ovaricos, se ha descrito que la nuliparidad y antecedentes familiares se relacionan con cáncer de ovario. Y la multiparidad proporciona un factor de protección, por lo que se puede deducir cual es la causa, de una frecuencia baja de tumores malignos en mujeres de nuestro medio, ya que por lo regular son multiparas.

Las pacientes objeto de estudio presentaron diversa sintomatología, en la que encontramos principalmente; dolor abdominal, presencia de masa abdominal, estreñimiento, disuria y poliuria.

Se encontró que entre los 45-49 años es la edad donde mas se presentan masas anexiales, lo que coincide con la literatura revisada.

Además el método diagnóstico mas utilizado fue rayos "x" y la ultrasonografía abdomino pelvica, observando que en ninguno de los tumores se utilizaron marcadores tumorales para su diagnóstico.

## IX. CONCLUSIONES

- De las pacientes con diagnostico de masa anexial, en periodo post-menopausico, en este estudio se encontró que 76.19% fueron tumores benignos perteneciendo a la variedad histologica del cistadenoma y 14.28% fueron malignos perteneciendo a la variedad histologica del cistadenocarcinoma, seguidos del quiste dermoide en 7.14% y el teratoma inmaduro en 2.38%.

- El tratamiento que recibieron las pacientes, dependió del tipo de tumor encontrado. En las pacientes con cistoadenoma y quiste dermoide, el tratamiento fue quirúrgico; a las pacientes en quienes el hallazgo fue teratoma inmaduro el tratamiento fue quirúrgico mas quimioterapia; el tratamiento de las pacientes con cistoadenocarcinoma varió de solamente quirúrgico a quirúrgico mas quimioterapia y radioterapia, dependiendo del estadio en que se encontrara el tumor.

- Las manifestaciones clinicas mas encontradas fueron: dolor abdominal en 40.48%, presencia de masa abdominal 11.90%; dolor abdominal asociado a masa abdominal 35.72%, estreñimiento y disuria 4.76%; sensacion de pesadez en abdomen 4.76% y poliuria 2.38%.

-La edad en la cual las pacientes postmenopausicas presentaron mas frecuentemente masas anexiales fue entre 45-49 años.

-Los tumores benignos se presentaron en mayor frecuencia en multiparas al igual que los tumores malignos, aunque estos ultimos en mucho menor proporcion que los tumores benignos.

-El método diagnóstico mas utilizado para detectar tumores en pacientes posmenopausicas fue: Rayos "x" en 40.48% y ultrasonografia en 33.33%. Observadose que no se utilizaron marcadores tumorales para el diagnóstico.

## X. RECOMENDACIONES

- Implementar el seguimiento de las pacientes postmenopausicas, para un control ginecclógico mas estricto.
- Llevar seguimiento de la sobrevida de las pacientes que han recibido tratamiento por cáncer de ovario.
- Realizar estudios similares en pacientes jóvenes y en etapas fértiles de la vida, para determinar diferencias en el comportamiento de los tumores de ovario.
- Implementar la utilizacion de marcadores tumorales para el diagnóstico de tumores en pacientes post-menopausicas.

XIII. ANEXO

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_ No. DE REGISTRO \_\_\_\_\_

EDAD ACTUAL: \_\_\_\_\_ EDAD DE MENOPAUSIA: \_\_\_\_\_

PARIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

MANIFESTACIONES CLINICAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AYUDAS DIAGNOSTICA: \_\_\_\_\_

HALLAZGOS QUIRURGICOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INFORME PATOLOGICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTADIO: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

