



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS DE
LAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE OVARIO**
ESTUDIO REALIZADO EN UNA POBLACIÓN DE INGRESOS BAJOS EN LIMA

PRESENTADA POR
AUGUSTO ALBERTO INOCENTE LICETTI

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ANATOMÍA PATOLÓGICA

LIMA – PERÚ

2013



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



U N I V E R S I D A D D E
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST GRADO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS
DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE OVARIO
ESTUDIO REALIZADO EN UNA POBLACIÓN DE INGRESOS
BAJOS EN LIMA**

TESIS

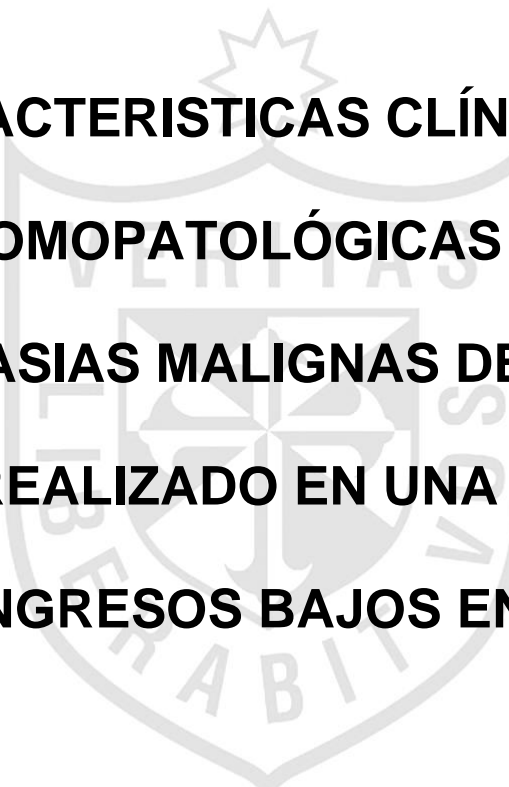
**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ANATOMÍA PATOLÓGICA**

PRESENTADO POR

AUGUSTO ALBERTO INOCENTE LICETTI

LIMA – PERÚ

2013



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y
ANATOMOPATOLÓGICAS DE LAS
NEOPLASIAS MALIGNAS DE OVARIO
ESTUDIO REALIZADO EN UNA POBLACIÓN
DE INGRESOS BAJOS EN LIMA**

Asesor:

Dra. ROSANA TORRES ALVARADO



Jurado:

Dr. ROGER VERONA RUBIO

PRESIDENTE DEL JURADO

Dr. JOSÉ LUIS ARENAS GAMIO

MIEMBRO DE JURADO

Dr. CESAR VELA VELÁSQUEZ

MIEMBRO DE JURADO

Agradecimiento

*Al Personal Médico del Departamento de Anatomía
Patológica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen –
EsSalud*





Dedicatoria

A Dios Todopoderoso.

A Sonia, mi madre.

A Clorinda, mi segunda madre.

A Celia, mi esposa.

A Sebastián y Camila mis hijos.

*Son Uds., razón suficiente para seguir
escalando profesionalmente.*

Benditos sean por siempre.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
I. INTRODUCCIÓN	3
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
III. RESULTADOS	9
IV. DISCUSIÓN.....	20
V. CONCLUSIONES	28
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

ANEXOS

- Anexo 1 : Ficha de Datos.
- Anexo 2 : Definiciones Conceptuales.
- Anexo 3 : Iconografías de Neoplasias Malignas

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 01. Frecuencia del Cáncer de Ovario.....	9
Cuadro 02. Grupos etáreos de las pacientes con neoplasia maligna de ovario.....	10
Cuadro 03. Sintomatología y Antecedentes ginecoobstétricos.....	11
Cuadro 04. Procedimientos Quirúrgicos.....	12
Cuadro 05. Origen histológico de las Neoplasias Malignas de Ovario	13
Cuadro 06. Neoplasias Malignas de Origen Epitelial.....	13
Cuadro 07. Neoplasias Malignas derivadas de células Germinales...	14
Cuadro 08. Neoplasias Malignas de estroma y cordones sexuales....	14
Cuadro 09. Grado Histológico de las Neoplasias Malignas de Ovario.	15
Cuadro 10. Tamaño y Localización Tumoral.....	16
Cuadro 11. Estadío Clínico FIGO	17
Cuadro 12. Relación de la edad y diagnósticos histopatológicos de Cáncer de Ovario.....	18
Cuadro 13. Extensión de las Neoplasias Malignas de Ovario.....	19

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar las características clínicas e histopatológicas de pacientes con neoplasia maligna de ovario.

MATERIAL Y MÉTODO: El estudio fue retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo de 28 historias clínicas que tenían reportes histopatológicos de neoplasia maligna de ovario, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD entre los años 2004 – 2008).

RESULTADOS: La edad promedio fue de 54.45 ± 8.65 años, los síntomas se caracterizaron por el dolor, masa abdominal y síntomas generales. Fue predominante en las no multíparas y con poco uso de anticonceptivos. Los procedimientos quirúrgicos fueron variados y asociados al tipo de tumor, tamaño, localización y extensión. El tumor epitelial fue el más frecuente (78.60%) con sus variantes epiteliales cistoadenocarcinoma mucinoso y seroso. Los grados histológicos más frecuentes fueron el bien diferenciado (25%) y moderadamente diferenciado (35.70%). El tamaño del tumor varió entre 10 a 19 cms, y su localización derecha prevaleció. Estadío clínico I fue el más frecuente (64.25%) siendo el estadío IA el más característico (50%).

CONCLUSIONES: En esta serie de 28 mujeres con cáncer de ovario, la mayoría pasaban los 46 años. Clínicamente, la sintomatología predominante fue el dolor y masa abdominal; en los antecedentes gineco-obstétricos, la nuliparidad y poco uso de anticonceptivo hormonal fueron los más frecuentes. Las cirugías ginecológicas más utilizadas fueron salpingo-ooforectomía unilateral e histerectomía abdominal total con múltiples biopsias, incluida la de epiplón. El grupo de tumores más frecuentes histológicamente fueron los tumores del epitelio de superficie, en el que predominaron los cistoadenocarcinomas mucinosos y serosos. Los tumores germinales fueron de baja frecuencia y los de estroma y de los cordones sexuales, fueron infrecuentes. En su mayoría estos tumores fueron bien diferenciados y moderadamente diferenciados. La mayoría de los tumores tenían localización derecha y su tamaño más frecuente fue entre 10 a 19 cms. El estadío clínico I fue el más frecuente, destacando el estadío I – A. Los factores pronósticos en esta serie, sugiere una pobre supervivencia en las pacientes que presentaban metástasis a otros órganos.

CLAVE: Neoplasia maligna de ovario, características.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the clinical and histopathological characteristics of patients with malignant ovarian neoplasm.

MATERIAL AND METHODS: The study was a retrospective, observational, cross – sectional, descriptive records of 28 patients, whit histopathological reports of ovarian malignancy in the National Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - ESSALUD between the years 2004 to 2008.

RESULTS: The mean age was 54.45 ± 8.65 years, more frequently in women over 46 years. The most important symptom and sign were abdominal pain and abdominal mass. Most of the patients were on multiparous with a low use of oral contraceptives. Epithelial tumors was the most frequent finding in its variants cystadenocarcinoma mucinous and serous and its derivatives mucinous cystadenocarcinoma serous epithelial predominant. The well-differentiated grade (25%) and moderately differentiated (35.70%) were the histologic grade of evolution more frequent. Tumor size of 10 to 19 cms, and its location right prevailed. Clinical stage I was the most frequent (64.25%) being stage IA is more typical (50%).

CONCLUSIONS: In this series of 28 women with ovarian cancer, most spent the 46 years. Clinically, the predominant symptoms were pain and abdominal mass; in gynecological and obstetric history, nulliparity, and low use of hormonal contraceptive. The most commonly used gynecological surgical procedures were unilateral salpingo-oophorectomy and total abdominal hysterectomy with multiple biopsies including epiplon. Most of the tumors were epithelial and among them the mucinous and serous cystadenocarcinomas. Germ cell tumors were of low frequency and the stroma and sex cords were rare. Most of these tumors were well and moderately differentiated. Most of them located at the right side, with a size that fluctuated between 10 to 19 cms. Clinical stage I was the most common, highlighting the stage I - A. In relation to prognostic factors such as psammoma bodies, rupture of the capsule, DNA ploidy and immunohistochemistry, were not valued. The predictors in this series, suggests a poor survival in patients with metastases to other organs.

KEY: ovarian malignancy, features.

I. INTRODUCCIÓN

La neoplasia maligna del ovario plantea al médico un reto cada vez mayor. Es el tumor ginecológico que causa más muertes entre las enfermedades localizadas en la pelvis femenina. Es el tumor maligno más frecuente de las mujeres jóvenes, y aunque hasta hace pocos años se consideraba letal aun cuando estuviera confinado al ovario, en la actualidad se considera potencialmente curable. Su incidencia varía, según reportes de diferentes países o procedencias, con altas tasas entre las mujeres de América del Norte y Europa, y bajas en Japón. Es más frecuente en países desarrollados que en desarrollo, su prevalencia es de 30 – 50/ 100000 y su incidencia en el curso de la vida es de 1 en 70 mujeres^{1, 2}.

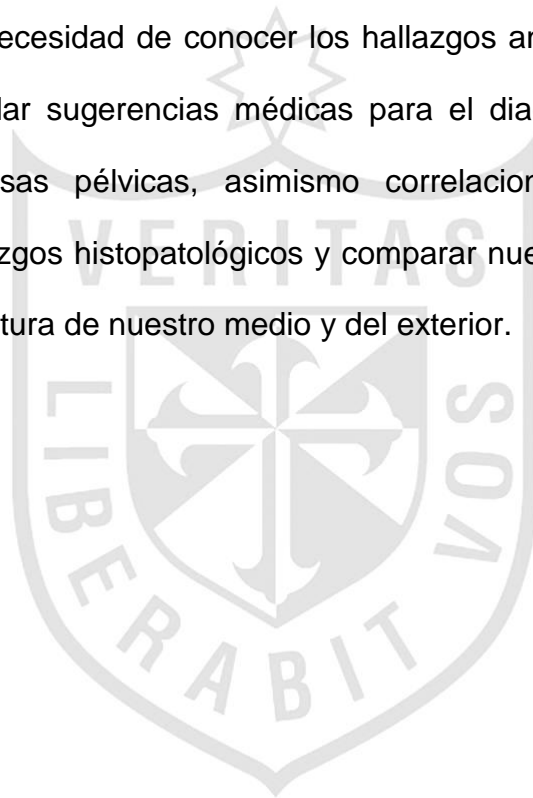
Los carcinomas de ovario se caracterizan por su gran tamaño y su fuerte asociación con síntomas relativamente leves, el diagnóstico oportuno es difícil, requiere de agudeza clínica y metodología adecuada para la realización de un buen estudio de la paciente, y lamentablemente en dos tercios de los casos, al momento del diagnóstico, la lesión se ha extendido más allá del ovario, desafortunadamente el examen ginecológico, citológico y cervical son de valor limitado para el diagnóstico.

Mijares y cols., analizaron 199 casos de tumores malignos de ovario y encontraron que la edad media de estas pacientes fue de 28.4 años, los tumores más frecuentes eran los derivados del epitelio de superficie ovárico (70%), tumores germinales (12%), y los menos frecuentes los tumores del estroma y cordones sexuales (3%)³.

En otro estudio en mujeres menores de 18 años, se obtuvo que el promedio de edad fue de 14.7 años, y el tumor maligno más frecuente fue el de células germinales².

En el Perú, según estadísticas del Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN) las neoplasias malignas de ovario ocupan el séptimo lugar dentro de los cánceres más frecuentes que afectan al sexo femenino, con una incidencia al año 2009 de 207 casos por 100000 mujeres⁴.

Nos planteamos la necesidad de conocer los hallazgos anatomopatológicos, con la intención de brindar sugerencias médicas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de masas pélvicas, asimismo correlacionar las características clínicas con los hallazgos histopatológicos y comparar nuestros resultados con lo reportado por la literatura de nuestro medio y del exterior.



II. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y diseño metodológico

El diseño del estudio fue de tipo retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo, realizado en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen entre los años 2004 al 2008 mediante una revisión de historias clínicas de todos los pacientes entre 18 y 70 años con diagnóstico de neoplasia maligna de ovario en el mencionado centro y que tuvieran además confirmación por estudio anatómo patológico y terapéutica completa y legible.

El número final de pacientes incluidos en el presente estudio fueron 28. Para tal fin, se elaboró una hoja de recolección de datos, la cual fue validada por profesionales del departamento, en la cual se recogió la información obtenida de la revisión de historias clínicas (Anexo 1), la misma fue codificada agrupando las variables en categóricas y gráficas para así aplicar medidas descriptivas de cálculo y de dispersión.

En el procesamiento de datos se usaron los programas Microsoft EXCEL V. 2010 y el SPSS V.15 para realizar el análisis estadístico descriptivo correspondiente (frecuencias, promedios, medias, desviación estándar, etc.). Como un “ajuste de bondad” nos apoyamos en el Chi cuadrado y en la t Student para una significación p menor de 0,05 de acuerdo a la metodología del estudio.

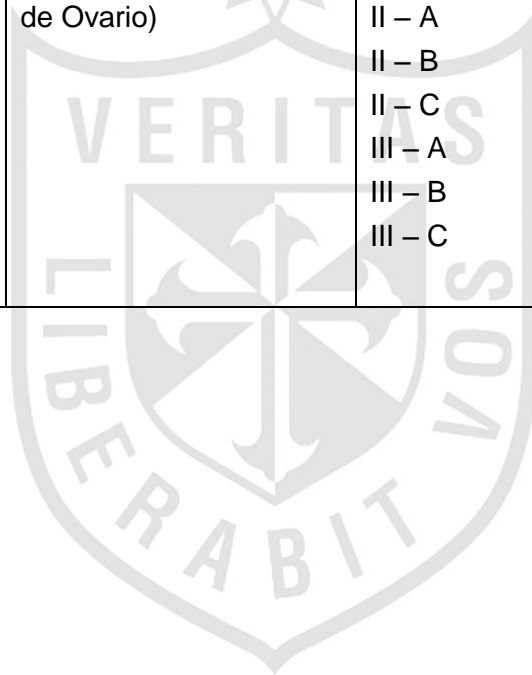
Desde el punto de vista ético, al ser un estudio retrospectivo sin participación de pacientes, el anonimato de la población fue respetado.

Operacionalización de las Variables

Variables	Tipo	Indicador	Criterios de Medición	Escala de Medición	Instrumento / Fuentes
Edad	Cuantitativa.	Años vividos al momento de la hospitalización.	Grupos etáreos.	De razón	Historia clínica
Síntomas y signos	Cualitativa.	Percepción interna del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor abdominal. - Sangrado transvaginal anormal. - Sensación de peso. - Masa palpable. - Ascitis. 	Nominal.	Examen clínico
Antecedentes gineco-obstétricos	Cualitativa.	Condiciones patológicas y no patológicas relativas al aparato reproductor femenino que puedan guardar alguna relación con las neoplasias malignas en estudio.	<ul style="list-style-type: none"> - G; P; A; C. - Uso de anticonceptivos (hormonal) 	Nominal.	Examen clínico
Procedimiento Quirúrgico	Cualitativa.	Cirugía (técnica) mediante el cual se extirpó el espécimen, consignada en la hoja de solicitud de estudio histopatológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Panhisterectomía - Histerectomía + Salpingo-ooforectomía unilateral. - Salpingo-ooforectomía Unilateral. - Salpingo-ooforectomía Bilateral. - Salpingo-ooforectomía Unilateral con eplipón 	Nominal.	Reporte operatorio + hoja de solicitud de estudio histopatológico.

Variable	Tipo	Indicador	Criterios de Medición	Escala de Medición	Instrumento / Fuentes
Diagnóstico histopatológico.	Cualitativa.	Reporte histopatológico archivados en los registros de patología, luego de la <input type="checkbox"/> examinación microscópica del tumor.	<ul style="list-style-type: none"> - Panhisterectomía y muestra de eplipón. - Muestra peritoneal. - Correderas parietocólicas. - Tumores del epitelio de superficie. - Tumores de células germinativas. - Tumores de los cordones sexuales-estromal. - Tumores de estroma ovárico especializado. - Metastático. 	Nominal.	Reporte histopatológico.
Diagnóstico histopatológico	Cualitativa.	Grado de diferenciación.	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo grado de malignidad. - Bien diferenciado. - Moderadamente diferenciado. - Pobremente diferenciado. - Anaplásico o indiferenciado - Se desconoce. 	Nominal.	Reporte histopatológico.
Diagnóstico histopatológico	Cualitativa.	Tamaño: descripción macroscópica.	<ul style="list-style-type: none"> - 0 – 9 cms. - 10 – 19 cms. - 20 – 29 cms. - = > 30 cms. 	Nominal.	Reporte histopatológico.
		Localización de la neoplasia maligna en el ovario.	<ul style="list-style-type: none"> - Derecha. - Izquierda. - Bilateral. 	Nominal.	Reporte histopatológico.

Variable	Tipo	Indicador	Criterios de Medición	Escala de Medición	Instrumento / Fuentes
Diagnóstico histopatológico	Cualitativa.	Estadio clínico según LA FIGO (Clasificación de la Neoplasia Maligna de Ovario)	I – A I – B I – C II – A II – B II – C III – A III – B III – C	Nominal.	Reporte histopatológico.



III. RESULTADOS

Gráfico N° 01
Frecuencia de Cáncer de Ovario

n=28

HN-GAI-EsSalud

Año	N	%
2004	05	17.85
2005	07	25.00
2006	05	17.85
2007	05	17.85
2008	06	21.45
Total	28	100

La distribución de casos fue casi pareja anualmente, a excepción del año 2005 en que se presentó una proporción mayor (25%) no siendo significativa estadísticamente ($p > 0.05$)

Gráfico N° 02
Grupos Etáreos

n=28

HN-GAI-EsSalud

Edad de las pacientes	n	%	X ± ds (rango)
Edad promedio (años)			54.45 ± 9.6 (16-74)
Grupos etáreos			
16 – 30	02	7.15	
31 – 45	05	17.85	
46 – 60	12	42.85	
> 60	09	32.15	
Total	28	100	

La edad promedio de esta serie fue de 54.45 ± 8.65 con rangos entre 22 a 74 años; el grupo etáreo más afectado fue el de 46 años (42.85%) seguida de las mayores de 60 años con el 32.15% de los casos

Cuadro N° 03

Sintomatología y Antecedentes Ginecoobstétricos

n=28	HN-GAI-EsSalud		
	Variables	n	%
Sintomatología:			
Asintomáticos.	04	14.30	
Dolor ginecológico-Urológico	02	7.15	
Dolor abdominal-Lumbar	10	71.40	
Palpación masa abdominal	09	67.85	
Síntomas generales	03	10.70	
Antecedentes gineco-obstétricos:			
Número de partos:			
0 – 3	16	57.15	
= > 4	09	32.15	
Sin información	03	10.70	
Uso de anticonceptivos hormonales:			
Sí	05	17.85	
No	23	82.15	

La sintomatología inespecífica (dolor, masa abdominal) así como el número de partos y el uso de anticonceptivos hormonales fueron signos, síntomas y antecedentes más comunes de en las pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario.

Cuadro N° 04
Procedimientos Quirúrgicos

n=28	HN-GAI-EsSalud	
Procedimientos	n	%
- Panhisterectomía.	03	10.70
- Salpingo-ooforectomía unilateral.	09	32.15
- Histerectomía y Salpingo-ooforectomía unilateral.	02	7.15
- Salpingo-ooforectomía y cuña de ovario contralateral.	04	14.30
- Salpingo-ooforectomía y cuña de ovario contralateral más eplipón.	01	3.55
- Salpingo-ooforectomía unilateral más eplipón.	01	3.55
- Panhisterectomía más eplipón más correderas parietocólicas más muestra peritoneal.	06	21.45
- Panhisterectomía más eplipón.	02	7.15
Total	28	100

La salpingo-ooforectomía unilateral y la panhisterectomía con biopsia de correderas parietocólicas más eplipón y muestra peritoneal fueron los procedimientos más usados en el tratamiento quirúrgico de las pacientes

Cuadro N° 05
Origen Histológico

n=28	HN-GAI-EsSalud		
	Origen	n	%
	Derivado epitelial	22	78.60
	Derivado células germinales	05	17.85
	Derivado estroma-cordón sexual	01	3.55
	Total	28	100

Las neoplasias de origen epitelial fueron las más frecuentes en la población estudiada

Cuadro N° 06
Neoplasias Malignas de Origen Epitelial

n=22	HN-GAI-EsSalud		
	Tipo Histológico Epitelial	n	%
	Cistoadenocarcinoma Seroso	7	25.00
	Cistoadenocarcinoma Mucinoso	8	28.60
	Cistoadenocarcinoma endometroide	4	14.30
	Carcinoma a células claras	2	7.15
	Carcinoma anaplásico	1	3.55
	Total	22	78.60

Del total de 28 casos con diagnóstico de neoplasia maligna 22 fueron de origen epitelial y de estas las más frecuentes del tipo seroso y mucinoso

Cuadro N° 07
Neoplasias malignas derivadas de Células Germinales

n=05	HN-GAI-EsSalud	
Tipo histológico germinal	n	%
Disgerminoma	2	7.15
Seno endodermal	0	--
Teratomas inmaduros 1° y 2°	1	3.55
Teratoma maduro con transformación maligna	1	3.55
Carcinoma embrionario	1	3.55

En las neoplasias de origen germinal encontradas en la población de estudio el disgerminoma fue el más frecuente

Cuadro N° 08
Neoplasias Malignas de Estroma y Cordones Sexuales

n=01	HN-GAI-EsSalud	
Tipo histológico de Estroma y Cordones Sexuales	n	%
Granulosa	0	--
Leydig y Sertoli	1	3.55
Ginandroblastoma	0	--

Solo se encontró un caso de neoplasia maligna de Leydig y Sertoli en el tipo derivado del estroma y cordones sexuales

Cuadro N° 09
Grado Histológico

n=	HN-GAI-EsSalud	
	Grado de diferenciación	n %
	Bajo grado de malignidad	04 14.30
	Bien diferenciado	07 25.00
	Moderadamente diferenciado	10 35.70
	Pobremente diferenciado	01 3.55
	Anaplásico o indiferenciado	02 7.15
	Se desconoce	04 14.30
	Total	28 100

Los tumores malignos de ovario fueron en su mayoría de grado histológico moderado a bien diferenciado

Cuadro N° 10

Tamaño y localización Tumoral

n=	HN-GAI-EsSalud		
	Tamaño y Localización	n	%
Tamaño (cms):			
0 – 9	04	14.30	
10 – 19	18	64.25	
20 – 29	04	14.30	
= > 30	02	7.15	
Total	28	100	
Localización ovárica:			
A la derecha	14	50.00	
A la izquierda	12	42.85	
Bilateral	2	7.15	
Total	28	100	

El tamaño tumoral promedio encontrado fue de 10 a 19 cms y su localización más frecuente fue al lado derecho

Cuadro N° 11
Estadio Clínico FIGO

n=	HN-GAI-EsSalud		
	Estadio clínico	n	%
	I – A	(14)	(50.00)
	I – B	(03)	(10.70)
	I – C	(01)	(3.55)
	Subtotal Estadio I	18	64.25
	II – A	(02)	(7.15)
	II – B	(01)	(3.55)
	II – C	(0)	(-)
	Subtotal Estadio II	03	10.70
	III – A	(04)	(14.30)
	III – B	(01)	(3.55)
	III – C	(02)	(7.15)
	Subtotal Estadio III	07	(25.00)
	Total	28	100

La mayoría de pacientes se engloba en el estadio I de la clasificación FIGO para cáncer de ovario

Cuadro N° 12

Relación de la edad y diagnósticos histopatológicos de Cáncer de Ovario

n=28

HN-GAI-EsSalud

Diagnóstico	n	%	Grupo Etáreo (años)				Edad Promedio
			16 – 30	31 – 45	46 – 60	> 60	
Epiteliales:							57.15 ± 5.6
- Cistoadenocarcinoma Seroso.	7	25.00		1	3	3	48.6 ± 5.1
- Cistoadenocarcinoma Mucinoso.	8	28.60		2	4	2	52.5 ± 2.5
- Cistoadenocarcinoma Endometroide.	4	14.30			3	1	53 ± 2
- Carcinoma a células claras.	2	7.15			2		32 ± 0
- Carcinoma anaplásico.	1	3.55		1			
Germinales:							
- Disgerminoma.	2	7.15	2				20 ± 1.3
- Teratoma inmaduro.	1	3.55	1				16 ± 0
- Teratoma maduro c/transf. Maligna.	1	3.55	1				18 ± 0
- Carcinoma embrionario	1	3.55	1				22 ± 0
							19 ± 0
Estroma y cordón sexual:							
- Leydig y Sertoli	1	3.55	1				
Total	28	100	6	3	11	8	54.45 ± 9.6

La edad promedio para los tumores de tipo epitelial fue de 57 años mientras que para los de tipo germinal 19 años

Cuadro N° 13

Extensión de las neoplasias malignas de ovario

n=	HN-GAI-EsSalud		
	Extensión	n	%
Al aparato genital:			
	- Cápsula tumoral	01	3.55
	- Trompas de Falopio	01	3.55
Extragenital:			
	- Epiplón	03	10.70
	- Correderas parietocólicas	02	7.15
	- Ganglios linfáticos mesentéricos	01	3.55
	No metástasis	20	71.50
	Total	28	100

El mayor número de casos no presentaba metástasis al momento del diagnóstico

IV. DISCUSIÓN

El cáncer de ovario actualmente es objeto de controversia en cuanto a su tratamiento, pues en los últimos años la supervivencia de esta enfermedad no ha mejorado en más de un 4% con respecto a 25 años atrás; peor aún, existe un número importante de pacientes en quienes el diagnóstico de su enfermedad se hace en etapas avanzadas. No existe un método de tamizaje poblacional adecuado para establecer un diagnóstico en etapas iniciales, los métodos disponibles en la actualidad son de muy baja especificidad y valor predictivo muy bajo, descansando aún el diagnóstico sobre hallazgos clínicos.^{2, 3, 5,6}

En nuestra revisión, la edad promedio fue de 54.45 ± 6.65 años, donde los grupos etáreos más afectados se encontraron entre los 46 y los 60 años (75%), concordando con la literatura, que menciona que la incidencia máxima de carcinoma de ovario ocurre en mujeres en la década de los 50 años siendo la edad media de aparición de 60,5 años^{7, 8,9}, aunque la edad de las pacientes con neoplasia germinal de ovario del estudio realizado en el Instituto Mexicano de seguridad social, fue de 23 años promedio para sus casos diagnosticados entre 1965 a 1989 y de 21 años promedio para aquellas del 2000 al 2005¹⁰, lo que va también referido en la bibliografía consultada^{11,12,13}.

El tiempo de evolución de la enfermedad al igual que la sintomatología predominante son características de este tipo de lesiones malignas, que por su rápido crecimiento se manifiestan predominantemente con aumento de volumen y dolor, el cual incluso llega a ocasionar cuadros de abdomen agudo. En nuestro

trabajo, los síntomas y signos predominantes están representados por dolor abdominal (71.40%) y por presencia de masa abdominal (67.85%); estos resultados también son informados por **Torres y cols**, al reportar significativamente un 87.7% de aumento de masa, un 78.9% con dolor abdominal y un 22.2% con síntomas urinarios¹⁰. A su vez, **Camas** en Nicaragua informó un 69.5% de dolor abdominal y un 65.2% de masa abdominal y que los tumores de ovarios se caracterizan por su frecuente asociación con síntomas relativamente leves y en la mayoría de los casos la lesión se ha extendido más allá de ovario al momento del diagnóstico⁹. En nuestro medio, **Carayhua** informó un 37.35% de dolor abdominal y un 32.85% con detección de masa⁷. Estas variables clínicas también son informadas por otros autores ^{14, 15, 16}.

Los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes de nuestro estudio reflejan que el 57.15% tienen menos de 04 partos y sólo el 17.85% informó haber usado anticonceptivos. Estas frecuencias están en desacuerdo a lo informado por otros autores que reportan mayor porcentaje de multiparidad^{1, 2}. La literatura señala que la multiparidad y el uso de gestágenos podrían incidir en una menor frecuencia de cáncer de ovario, ya que causa períodos de ovulación (tiempo de protección), ya que la ruptura de folículos es un trauma que facilita las inclusiones de epitelio y de carcinógenos potenciales^{17, 18, 19}.

Respecto al procedimiento quirúrgico más utilizado como parte del tratamiento, la salpingo-ooforectomía unilateral (32.15%) y la histerectomía abdominal total con biopsia de correderas parietocólicas, epiplón y muestra peritoneal (21.45%); fueron las más utilizadas, esto se podría explicar, por la realización previa de

métodos diagnósticos que ayudan para comprobar la localización precisa, además por el gran tamaño alcanzado por el tumor y la necesidad de determinar histológicamente el compromiso de las estructuras vecinas. Asimismo, debido a algunas enfermedades quísticas benignas y sus complicaciones (torción, ruptura, hemorragia) y cáncer de ovario, está indicado efectuar una salpingo-ooforectomía^{9, 20}. Pero, por lo general, el tipo de cirugía necesaria, varía según el estadio del tumor, el tipo celular y grado de malignidad y la cirugía convencional es conveniente para las lesiones o tumores en los primeros estadios, se realizan a través histerectomía abdominal total, salpingo-ooforectomía bilateral, omentectomía y biopsias para establecer una clasificación precisa.^{9, 20, 21}

De acuerdo a la clasificación histopatológica, en nuestro estudio se presentaron tumores derivados del epitelio de superficie (78.60%), tumores de células germinales (17.85%) y tumores de estroma y cordones sexuales (3.55%). La literatura menciona que los tumores derivados del epitelio de superficie, representan el 85 a 90% de los cánceres de ovario; los de células germinales el 20% y los tumores de estroma y cordones sexuales el 6% y de este último grupo, la mayoría de los tumores son encontrados en mujeres mayores de 30 años de edad y menos del 5% son prepúberes.^{7, 9, 22, 23}

Camas, informó tumores del epitelio superficial en el 47.9%, tumores germinales en el 21.7%, tumores del estroma y cordones sexuales también en el 21.7% y metastáticos en el 8.7% de sus pacientes⁹. **Cuello y cols**, en Chile reportan que casi un 80% de los tumores de ovario son de origen epitelial, y que en la mayoría de las patologías causales de tumor de ovario, se confirma una distribución similar a la reportada por otras series internacionales; sin embargo, existen algunas

diferencias cuando se compara por sus grupos histológicos, particularmente si son estratificados por edad de las mujeres²⁴.

Nosotros, comprobamos que el cáncer epitelial más frecuente, fue el cistoadenocarcinoma mucinoso (28.60%) seguido del cistoadenocarcinoma seroso (25%) y de células claras (14.30%). **Carayhua** también reporta sub tipos histológicos de neoplasias epiteliales serosas en un 53%, mucinosas (20%), endometriales (13%) y a células claras en un 4.5%¹², variables que también son comunicados por otros autores.^{24, 25}

Los tumores de células germinales de ovario son poco comunes pero agresivos que se observan en mujeres jóvenes o en adolescentes; son frecuentemente unilaterales y generalmente curables que se detectan y se tratan tempranamente. Entre los subtipos más frecuentes se encuentran el disgerminoma, con menos de 10 centímetros de tamaño, que en nuestra población se presentó en dos casos (7.15%), resultado muy por debajo a lo reportado por **Carayhua** (39%), entre los años 1980 al 2000 y **Torres** (61%) entre los años 2000 al 2005; quien señala que el predominio observado por los disgerminomas puros es congruente con lo reportado en la bibliografía^{10, 26, 27}.

No existe un acuerdo generalizado en los subtipos germinales ubicados en segundo lugar de frecuencia; para **Di Saia** y **Piver** son los tumores de senos endodérmicos^{16, 27} y para otros como **Karlan** son los teratomas inmaduros los que ocupan el segundo lugar¹⁵. Nosotros, histológicamente comprobamos un caso con teratoma maduro con transformación maligna (3.55%) y un caso con carcinoma embrionario (3.55%).

Kawai y cols de la Universidad de Nagoya en Japón, refieren que los tumores de senos endodérmicos son los de mayor predominio después de los disgerminomas²⁸.

El tipo histológico del estroma y cordón sexual representan sólo el 5%, de todos los tumores ováricos donde los androblastomas son tumores de estroma gonadal que incluyen las variedades a células Sertoli y de Leydig-Sertoli. En nuestro estudio se diagnosticó un caso (3.55%) con Leydig-Sertoli. **Carayhua** informó de tres casos con Ca. Granulosa, Leydig y Sertoli y un caso con Ginandroblastoma¹².

Según el grado histológico la edad media de presentación fue 43 años con estadio clínico I-A, correspondiendo al 14.30% de nuestra serie de estudio. Los diferentes reportes mencionan valores que van entre 10% y 70% y una supervivencia de 100% a los 5 años con una media de presentación de 47 años.²⁹

En los tumores de células de la granulosa, los hallazgos histológicos no predicen la conducta biológica, lo más importante es el estadio de la enfermedad. Este concepto, debe ser manejado tanto para el tipo histológico de la paciente adulta como la juvenil, donde lo más importante es el seguimiento de la paciente ya que en estos tumores la recurrencia es muy común.

En los tumores de Leydig-Sertoli, la edad de presentación coincide con la literatura (menores de 30 años y mayores de 50 años).^{30, 31}

Con relación al tamaño tumoral, los de mayor tamaño fueron el carcinoma mucinoso y adenocarcinoma endometroide que en su conjunto se presentaron en 06 casos (21.45%). De acuerdo a otros estudios, estos tumores han alcanzado

gran tamaño al momento del diagnóstico^{7, 32}. Comprobamos que con mayor frecuencia el ovario afectado fue el lado derecho (50%) y sólo en dos casos (7.15%), éste fue bilateral. **Camás** informó que el ovario más afectado fue el lado izquierdo (60.9%) con dos casos bilaterales (8.7%)⁹.

La literatura indica que las neoplasias de ovario usualmente son unilaterales y la bilateralidad ocurre en promedio de 15 a 20%, siendo más frecuente en el carcinoma seroso en un 30 a 50% y los tumores que metastatizan más frecuentemente al ovario provienen del útero, intestino grueso y estómago y representan el 5% de los tumores malignos de este órgano^{33, 34, 35}. También se refiere que la diseminación y metástasis de los tumores malignos de ovario es similar para todas las variantes microscópicas, donde los sitios más comunes son el ovario contralateral, serosa de órganos pelvianos, cavidad peritoneal, ganglios para-aórticos y pélvicos, así como el hígado; puede haber ascitis, afectación del momento, invasión al intestino y uréteres.¹⁵

Al valorar los estadios clínicos según la FIGO en nuestra población, se identificaron en estadio I el 64.25%, en estadio II el 10.70% y en estadio III el 25%. **Carayhua** reportó estadios clínicos muy similares con nuestros resultados¹³.

Camás informa que en un 66.65% de las mujeres son diagnosticadas en estados avanzados (estadios III – IV)⁹, lo cual podría implicar que las pacientes que acuden oportunamente a controles, tendrían un mejor pronóstico.

En cuanto a la relación de la edad de las pacientes con el diagnóstico histopatológico, observamos que en los primeros lugares se encuentran los carcinomas serosos y los mucinosos. Algunos estudios indica que los carcinomas

serosos representaron el 30.4% de su población cancerosa con una edad promedio de 56 años entre 34 a 78 años respectivamente⁹.

Nosotros, comprobamos 25% de neoplasias serosas con una edad promedio de 57 ± 15 años y cistoadenocarcinomas mucinosos en el 28.60% con una edad promedio de 48.6 ± 5.1 años. Los tumores mucinosos representaron una frecuencia muy superior a lo esperado, ya que la literatura sólo refiere la presencia de un 15% y la mayoría de pacientes son adultos. La literatura de carcinomas serosos, señala que éstos son los tumores malignos más comunes, con un 40%; de allí, consideramos que la mayoría de tumores estudiados corresponden al grupo etáreo adulto que habitualmente afecta a las mujeres mayores de 30 años^{2,7} asimismo, los carcinomas mucinosos representan el 12 – 15% de todos los cánceres de ovario, demostrando que afectan a pacientes entre la 4ta y 7ma década de la vida.

Adicionalmente, podemos señalar que toda masa pélvica debe ser evaluada adecuadamente desde el punto de vista clínico, complementando con la ecografía y marcadores tumorales; de esta manera, al realizar el procedimiento quirúrgico se puede tomar las normas para un correcto estadiaje que incluye la recogida del líquido ascítico o el lavado peritoneal en la necesidad de obtener material para el diagnóstico citológico y así, se sigue con la evaluación de toda la superficie peritoneal, que incluye el peritoneo parietal de la pelvis y abdomen, peritoneo visceral, hígado, y superficie diafragmática así como la toma de biopsia de las localizaciones sospechosas. Los ganglios linfáticos pelvianos y paraaórticos deben ser biopsiados para afirmar o descartar la presencia de neoplasia.

El estudio histológico de las muestras extirpadas en la cirugía junto con la citología de la ascitis o el lavado peritoneal, son requisitos imprescindibles en el estadiaje de la enfermedad. ^{2, 36}



V. CONCLUSIONES

- La edad promedio de las pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario fue de 46 años con antecedentes de nuliparidad y el no uso de anticonceptivos hormonales
- Clínicamente, la sintomatología predominante fue el dolor y masa abdominal.
- El grupo de tumores más frecuentes histológicamente fueron los tumores del epitelio de superficie, en el que frecuentaron los adenocarcinomas mucinosos y los cistoadenocarcinoma serosos.
- Los tumores germinales fueron de baja frecuencia y los de estroma y de los cordones sexuales, fueron infrecuentes.
- En su mayoría estos tumores fueron bien diferenciados y moderadamente diferenciados.
- La mayoría de los tumores tenían localización derecha y su tamaño más frecuente fue entre 10 a 19 cms.
- Las cirugías ginecológicas más utilizadas fueron salpingo-ooforectomía unilateral y panhisterectomía con biopsia de correderas parietocólicas, eplipón y muestra peritoneal.
- El estadio clínico I fue el más frecuente, destacando el estadio I – A.
- Al valorar los factores pronósticos en esta serie, sugiere una pobre supervivencia en las pacientes que presentaban metástasis a otros órganos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Botero J.** Obstetricia y Ginecología. 6ta. Edición. Bogotá. Colombia, Quebecor World S.A. 2000; 612-619.
2. **Martínez G. y Cols.** Tumores Malignos de Ovario en Adolescentes Fronteras en Obstetricia y Ginecología. Chile. 2002; 2: 72 – 5.
3. **Mijares A. y cols.** Teratoma maligno de ovario en el Hospital Oncológico “Padre Machado”: estudio retrospectivo 1989 – 1999. Revista Venezolana de Oncología. 2000; Vol. 13, N° 1, pag 9 – 21.
4. **Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas**
<http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
5. **Kaku T. and cols.** Histological classification of ovarion cancer Med Electrón Microsc. 2003; 9-17.
6. **Tamayo J.** Estrategias para diseñar y desarrollar proyectos de investigación en Ciencias de la Salud, 2da. Parte, UNFV 2002: 18-24.
7. **Gorischnik C.** Ecografía transvaginal del Ovario. Validez del método en el diagnóstico de los tumores ováricos. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Buenos Aires. Argentina. 1999.
8. **Risch HA, McLaughlin JR, Cole DE, et al.** Prevalence and penetrante of germline BRCA1 and BRCA2 mutations in a population series of 649 women with ovarian cancer. Am J Hum Genet. 2001; 68: 700-10.

9. **Camás Grethel S.** Neoplasias malignas del ovario diagnosticados en el Departamento de Patología Dr. Uriel Guevara G. período 2000 – 2004. Tesis UNA de Nicaragua UNAN LEON, 76 pp, cuad, figuras, protoc. Recog. de datos. 2005.
10. **Torres A, Pol G, Román E, Oliva JC, Morales MA** Neoplasias germinales malignas de ovario. Incidencia en el servicio de Oncología del Hospital General de México. 2007
11. **Ann King E.** Características clínico-epidemiológicas del Cáncer de ovario epitelial. Med Coli. 2006; 12(1): 82, 85.
12. **Carayhua D.** Hallazgos anatomopatológicos y epidemiológicos de patología maligna de ovario en el Hospital Nacional “Daniel A. Carrión” Callao (1980-2000); Tesis UNMSM 2002; 46pp., cuadros, figuras estadísticas.
13. **Boyd J, Sonoda Y, Federici MG, Bogomolny F, Rhei E, Maresco DL et al.** Clinicopathologic features of BRCA-linked and sporadic ovarian cancer. JAMA 2000; 283: 2260-5.
14. **Brinton LA, Sakoda LC, Sherman ME, Frederiksen K, Kjaer SK, Graubard BI et al.** Relationship of benign gynecologic diseases to subsequent risk of ovarian and uterine tumors. Cancer Epidemiology Biomarkers 2005; Prev; 14: 2929-35.
15. **Karlan YB, Markman AM, Eifel JP** Ovarian Cancer. Germ Cell Tumors of the Ovary. In: De Vita TV, Hellman S, Rosenberg AS (eds.) Cancer Principles and Practice of Oncology. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins (Philadelphia) 2005; pp. 1390-3.

16. **DiSaia JPh, Creasman TW** Tumores de células germinales, estromales y otros tumores ováricos. En: *Oncología Ginecológica Clínica*. 6ta. Ed. Harcourt, Elsevier Science. Barcelona 2002; pp. 351-69.
17. **Scott D.** Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. 6ta. Edición. México D.F. McGraw-Hill Interamericana. 1997; 1143-1168.
18. **Berck J.** Ginecología de Novak. 12va. Edición. México D.F. Mc Graw-Hill-Interamericana. 1997; 582-589.
19. **De Vita D.** Principles and practice of Oncology. 4ta. Edition. Lippincott Company. 1993; 38-52.
20. **D, Beral V, et al,** MillionWomen Study Collaborators. Ovarian cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2007; 369:1703– 10.
21. **Talerman A.** Nonspecific tumors of the ovary, including mesenchymal tumors and malignant lymphoma 2002.
22. **Moore K.** Embriología Clínica. 7ma Edición. España. Elsevier. 2004. 288 – 294.
23. **Rossing MA, Tang MT, Flagg EW, Weiss LK, Wicklund KG.** A case-control study of ovarian cancer in relation to infertility and the use of ovulation-inducing drugs. *Am J Epidemiol* 2004; 160: 1070-8.
24. **Cuello M, Merino P, Etchegaray A, Ortega JP, Pomes C et al.** Distribución de la patología anexial en mujer chilena: experiencia de la Universidad Católica de Chile. *Rev. Chil Obstetr Ginecol* 2004; 69(6): 429-440

25. **Look M, Chang D, Sugarbaker PH** Long-term results of 11and papillary serous carcinoma of the peritoneum. *Int J Gynecol Cancer* 2003; 13: 764-70.
26. **Mesa Rincón MN Cárdenas CR, Rivera LR, Correa GC, Martínez AA, Ruano AJ, Reyes R, Meza CC.** Tumor maligno germinal de ovario en la infancia. *Cancerología*. 1992; 38(4): 1969-75.
27. **Piver SM, Fanning J, Craig AK** Ovarian Cancer. Germ Cell Tumors. En: Kanpp CR, Berkowitz SR. *Gynecologic Oncology*. Ed. Mc Graw-Hill, Inc, Nueva York. 2a. ed. 1993. 259-60.
28. **Kawai M, Kano T, Furuhashi Y, Mizuno K, Nakashima N, Haltori S, Kaseto S, Lida S et al** Prognostic Factors in Yolk Sac tumors of the ovary. *Cancer* 1991; 67: 184-92.
29. **Nelson MDA, Ekbohm Ph D and E. Gardín.** Ovarian cancer in Young women in Sweden, 1980-1991. *Ginecologic Oncology* 1999; 74: 472-476.
30. **Mitchell, Kumar, Abbas, Fausto, Aster.** Tracto genital femenino en Patología estructural y funcional de Robbins & Cotran. Editorial: Elsevier Saunders. 8va ed. 2012. Pag 1039-1052.
31. **Fujita M, Enomoto T, Murata Y.** Genetic alterations in ovarian carcinoma: with specific reference to histological subtypes. *Mol Cell Endocrinol* 2003; 202: 97-9.
32. **Pieretti M, Hopenhayn-Rich C, Khattar NH, Cao Y, Huang B, Tucker TC.** Heterogeneity of ovarian cancer: relationships among histological group, stage of disease, tumor markers, patient characteristics, and survival. *Cancer Invest* 2002; 20: 11.

33. **Sowter HM, Ashworth A.** BRCA1 and BRCA2 as ovarian cancer susceptibility genes. *Carcinogenesis* 2005; 26:1651-6.
34. **Seidman JD, Kurman RJ.** Pathology of ovarian carcinoma. *Hematol Oncol Clin North Am* 2003; 17: 909-25.
35. **Lee KR, Young RH.** The distinction between primary and metastatic mucinous carcinomas of the ovary: gross and histologic findings in 50 cases. *Am J Surg Pathol* 2003; 27: 281-92.
36. **Clement PB.** Nonneoplastic lesion of the ovary. Kurman RJ: *Blaustein's pathology of the female genital tract*. Baltimore: Springer-Verlag 2002; 675-728.



ANEXOS

Anexo 01

FICHA DE DATOS

Historia Clínica N°

Fecha:

Rep. Anat. Patolog.

Nombres y Apellidos:

- **Edad al momento de la admisión:** Años.

- **Sintomatología**

Asintomática	()	;	Dolor Gineco-Urológico	()
Dolor abdominal y lumbar	()	;	Síntomas generales	()
Dolores pélvicos	()	;	Masa abdominal	()
Ascitis	()	;	Sangrado Transvaginal	()

- **Antecedentes Gineco-obstétricos:**

Número de partos:

0 – 3 partos () ; => 4 partos ()

Anticonceptivos (hormonales):

Si () ; No ()

- **Diagnóstico:**

- **Origen histológico de la neoplasia maligna:**

Derivado epitelial () ; Derivado células germinales ()

Derivado estroma-cordón sexual ()

- **Tipo histológico epitelial:**

- Cistoadenocarcinoma seroso ()
Cistoadenocarcinoma mucinoso ()
Cistoadenocarcinoma endometroide ()
Carcinoma a células claras ()
Carcinoma anaplásico ()

- **Tipo histológico germinal:**

- Disgerminoma () ; Seno endometrial ()
Teratomas inmaduras 1° y 2° ()
Teratoma maduro con transformación maligna ()
Carcinoma embrionario ()

- **Tipo histológico de estroma y cordones sexuales:**

- Granulosa () ; Leydig y Sertoli ()
Ginandroblastoma ()

- **Grado histológico:**

- Bajo grado de malignidad () ; Bien diferenciado ()
Moderadamente diferenciado () ; Pobremente diferenciado ()
Anaplásico o indiferenciado () ; Se desconoce ()

- **Tamaño del tumor maligno (cms):**

- 0 – 9 () ; 10 – 19 () ; 20 – 29 () ; => 30

- **Localización del tumor:**

A la derecha () ; A la izquierda () ; Bilateral ()

- **Estadio clínico (FIGO):**

I – A () ; I – B () ; I – C ()

II – A () ; II – B () ; II – C ()

III – A () ; III – B () ; III – C ()

Observaciones:.....
.....

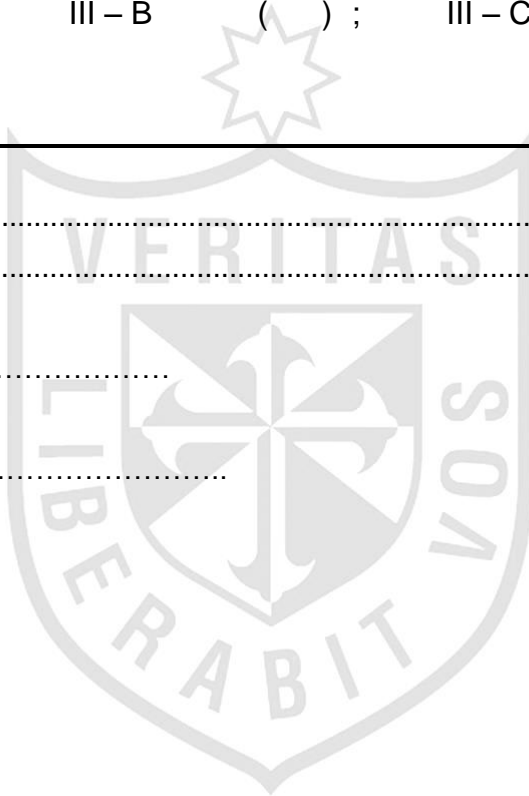
Fecha:

Nombre y Apellido:

CMP:

Responsable

Firma



Anexo 02

DEFINICIONES CONCEPTUALES

1. Adenocarcinoma (ADC)

Es un carcinoma que tiene su origen en células que constituyen el revestimiento interno de las glándulas de secreción externa. Estas células son las encargadas de sintetizar y de verter los productos que generan en la luz glandular. Los adenocarcinomas son un conjunto de cánceres muy frecuentes puesto que se originan en un tipo de células que se encuentran en continua división celular y que presentan mayor riesgo de mutaciones.

2. Biopsia por escisión

Es la extirpación completa de una lesión o tumor, generalmente sin márgenes, que se realiza normalmente en quirófano bajo anestesia general o local y con cirugía mayor o menor respectivamente.

3. Cistoadenoma

Es un tumor benigno presuntamente originado en restos embrionarios con potencialidad epitelial biliar, intrahepáticos, y más raramente extrahepáticos. Se presentan como una lesión quística uni o multinodular, alcanzando grandes dimensiones, que obligan a su tratamiento quirúrgico.

4. Neoplasia

Es una alteración de la proliferación y, muchas veces, de la diferenciación celular, que se manifiesta por la formación de una masa o tumor. Una neoplasia (llamada también tumor o blastoma) es una masa anormal de tejido, producida por multiplicación de algún tipo de células; esta multiplicación es descoordinada con los mecanismos que controlan la multiplicación celular en el organismo, y los supera.



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST GRADO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS DE
LAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE OVARIO
ESTUDIO REALIZADO EN UNA POBLACION DE INGRESOS
BAJOS EN LIMA**

TESIS

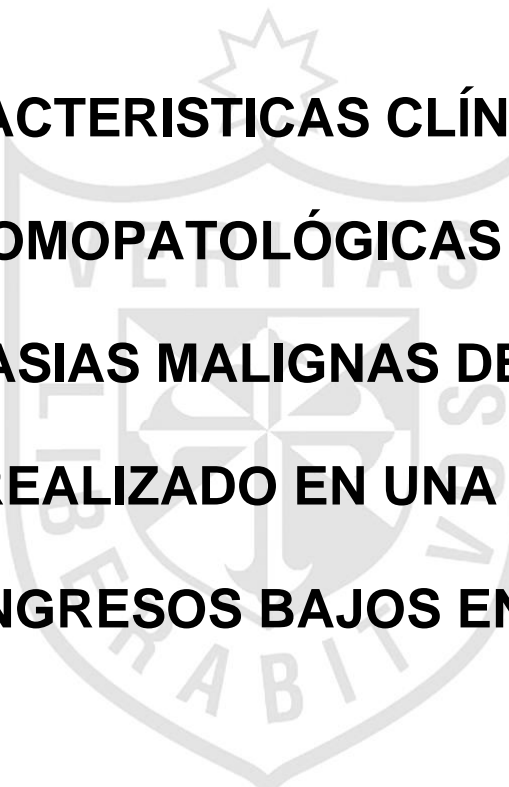
**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ANATOMÍA PATOLÓGICA**

PRESENTADO POR

AUGUSTO ALBERTO INOCENTE LICETTI

LIMA – PERÚ

2013



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y
ANATOMOPATOLÓGICAS DE LAS
NEOPLASIAS MALIGNAS DE OVARIO
ESTUDIO REALIZADO EN UNA POBLACION
DE INGRESOS BAJOS EN LIMA**

Asesor:

Dra. ROSANA TORRES ALVARADO



Dr. ROGER VERONA RUBIO

PRESIDENTE DEL JURADO

Dr. JOSÉ LUIS ARENAS GAMIO

MIEMBRO DE JURADO

Dr. CESAR VELA VELÁSQUEZ

MIEMBRO DE JURADO

Agradecimiento

*Al Personal Médico del Departamento de Anatomía
Patológica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen –
EsSalud*





Dedicatoria

A Dios Todopoderoso.

A Sonia, mi madre.

A Clorinda, mi segunda madre.

A Celia, mi esposa.

A Sebastián y Camila mis hijos.

*Son Uds., razón suficiente para seguir
escalando profesionalmente.*

Benditos sean por siempre.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
I. INTRODUCCIÓN	3
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
III. RESULTADOS	9
IV. DISCUSIÓN.....	20
V. CONCLUSIONES	28
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

ANEXOS

- Anexo 1 : Ficha de Datos.
- Anexo 2 : Definiciones Conceptuales.
- Anexo 3 : Iconografías de Neoplasias Malignas

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 01. Frecuencia del Cáncer de Ovario.....	9
Cuadro 02. Grupos etáreos de las pacientes con neoplasia maligna de ovario.....	10
Cuadro 03. Sintomatología y Antecedentes ginecoobstétricos.....	11
Cuadro 04. Procedimientos Quirúrgicos.....	12
Cuadro 05. Origen histológico de las Neoplasias Malignas de Ovario	13
Cuadro 06. Neoplasias Malignas de Origen Epitelial.....	13
Cuadro 07. Neoplasias Malignas derivadas de células Germinales...	14
Cuadro 08. Neoplasias Malignas de estroma y cordones sexuales....	14
Cuadro 09. Grado Histológico de las Neoplasias Malignas de Ovario.	15
Cuadro 10. Tamaño y Localización Tumoral.....	16
Cuadro 11. Estadío Clínico FIGO	17
Cuadro 12. Relación de la edad y diagnósticos histopatológicos de Cáncer de Ovario.....	18
Cuadro 13. Extensión de las Neoplasias Malignas de Ovario.....	19