

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas



Tesis: *Para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia.*

Título: *Correlación clínica e histopatológica en pacientes con diagnóstico de masa pélvica. HEODRA, Enero 2004 a Diciembre 2005.*

Autor: *Dr. Jorge Alejandro Quintero Ortega.*
Residente de IV año
Ginecología y Obstetricia

Tutor: *Dra. Nora Cárdenas de Centeno*
Médico de Base del servicio de Ginecología

Asesor: *Dr. Juan Almendárez*
Master en Salud Pública

León, Nicaragua.

Agradecimiento

Le agradezco de manera especial a mi tutora ***doctora Nora Cárdenas de Centeno***, cuya experiencia, grandes conocimientos y serenidad hace que la Ginecología parezca accesible y bonita.

A mi asesor ***doctor Juan Almendárez*** quien siempre estuvo disponible cuando necesitamos de su opinión profesional y un consejo de amigo.

Sobre todo agradezco ***a mi Señor Jesucristo*** por la vida, por el bienestar de mis seres queridos, por los ángeles que a diario pone en mi camino, por los pacientes que son ejemplo de valentía.

Dedicatoria

Les dedico este trabajo a mis hijos ***Alejandro Josué*** y ***Alejandra Nazaret***, a mi esposa ***Urania Betanco Juárez***. Y de forma muy especial a mis padres ***Manuel*** y ***Chepita***, a mis hermanos: ***Teresa de Jesús***, ***Carlos Manuel***, ***Francisco José***, ***María José*** que ha estado conmigo en las buenas y en las malas.

Gracias Señor.

Opinión del tutor

Las masas pélvicas son un reto diagnóstico aún para el ginecólogo más experimentado, ya que las causas varían según el grupo de edad en que se encuentra esta patología.

Antiguamente las masas pélvicas se manejaban de manera empírica, pero con los avances de la medicina moderna entre ellos, la realización de métodos diagnósticos de apoyo, laparotomía exploradora, y el estudio histopatológico de la pieza operatoria, nos conlleva al diagnóstico de certeza, que nos permite ofrecerle manejo post quirúrgico y seguimiento del problema encontrado.

Este estudio nos dará información sobre la correlación clínica e histopatológica de la masa pélvica en nuestro medio, nos permitirá manejar nuestras estadísticas y al compararlo con otros estudios se harán recomendaciones que vayan en beneficio de nuestra población.

c

Dra. Nora Cárdenas de Centeno
Ginecóloga y Obstetra

INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
MARCO TEÓRICO	4
DISEÑO METODOLÓGICO	22
RESULTADOS	26
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXOS	38

Introducción

El término masa pélvica incluido en la clasificación internacional de las enfermedades abarca una amplia variedad de patologías que involucran las estructuras contenidas en la pelvis, la cual puede ser originada en el sistema gastrointestinal, urológico y/o genital. (21)

El diagnóstico y tratamiento de una masa pélvica supone un reto para cualquier clínico y concretamente para el ginecólogo. Las causas pueden ser desde las más comunes como un embarazo hasta las complicadas como un cáncer de ovario. Esto es de especial importancia para los médicos encargados de cuidar de la salud de la mujer, pues la piedra angular del diagnóstico de la masa pélvica descansa en las habilidades clínicas del médico, pues dependiendo de las características de la masa, y la edad de la paciente, se abre un abánico de posibilidades diagnósticas, en este punto es importante diferenciar lo benigno de lo posiblemente maligno. La sospecha de malignidad se ve aumentada en la mujer premenárquica y post menopausica, y las benignas en la edad reproductiva; Con esta idea el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia ha elaborado guías de manejo para mujeres con masas pélvicas sospechosas de cáncer de ovario. (2, 7,8)

La paciente con diagnóstico de masa pélvica se ingresa exclusivamente en el servicio de Ginecología y sólo cuando su estudio histopatológico reporta malignidad es trasladada al servicio de Oncología; al establecer el diagnóstico de masa pélvica a estudio en el servicio de Ginecología, se quiere manifestar que el origen de la masa contenida en la pelvis y/o abdomen esta por determinarse, se le envían los estudios referidos por la literatura para estos casos, de los cuales; la ecografía no siempre está disponible en el medio hospitalario, y el CA – 125 no se realiza; Con cierta regularidad el paciente tienen que recurrir a laboratorios privados de la ciudad. Ocasionalmente podemos realizarle una parte de estudios complementarios como cistoscopias,

rectosigmoidoscopia, pielograma intravenoso, pero esto no es lo cotidiano, por los limitados recursos económicos. Con lo que sí contamos con seguridad es nuestra habilidad clínica para establecer un diagnóstico presuntivo que al final será confirmado o no por el diagnóstico histopatológico.

Se hace evidente la necesidad de valorar hasta que punto la Clínica nos ayuda a sospechar los diagnósticos en estos casos, y así sugerir posible conductas terapéuticas; Motivo por el cual me pareció importante realizar un estudio que **correlacionará las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de masa pélvica con el diagnóstico histopatológico definitivo.**

Objetivo General

Correlacionar los hallazgos clínicos de pacientes con diagnósticos de Masa Pélvica con el diagnóstico histopatológico, H.E.O.D.R.A. Enero 2004 a Diciembre de 2005.

Objetivos específicos

1. Determinar las características demográficas de las pacientes ingresadas con el diagnóstico de masa pélvica en el servicio de Ginecología en el período del 1ro de Enero 2004 al 31 de diciembre del 2005.
2. Mencionar los principales hallazgos clínicos de las pacientes ingresadas con el diagnóstico de masa pélvica en el servicio de Ginecología en el período del 1ro de Enero del 2004 al 31 de diciembre del 2005.
3. Correlacionar los hallazgos clínicos de pacientes con diagnósticos de Masa Pélvica con el diagnóstico histopatológico, en el servicio de Ginecología en el período del 1ro de Enero del 2004 al 31 de diciembre del 2005.

Marco Teórico

Las causas probables de tumoraciones pélvicas son muy diferentes en la niña prepuberal que durante la adolescencia, edad reproductiva o los años posmenopáusicos. (4, 6, 10,11)

GRUPO DE EDAD PREPUBERAL

Diagnóstico diferencial

Menos del 5% de las lesiones ováricas malignas se producen en niñas y adolescentes. Los tumores ováricos constituyen cerca de 1% de todos los tumores en este grupo de edad, los de células germinales constituyen entre la mitad, y las dos terceras partes de las neoplasias ováricas en mujeres menores de 20 años. Las neoplasias epiteliales son raras en el grupo de edad prepuberal.

(8, 10,11)

De todas las tumoraciones ováricas confirmadas por medios quirúrgicos durante la infancia y adolescencia, solo el 6% eran neoplasias malignas, En una serie las tumoraciones no neoplásicas en mujeres jóvenes y niñas menores de 20 años de edad constituyeron las dos terceras partes del total de tumores. Incluso en niñas menores de 10 años de edad, 60% eran tumoraciones no neoplásicas, y dos terceras partes de las tumoraciones neoplásicas eran benignas. Pueden ocurrir quiste foliculares funcionales en los fetos del sexo femenino, las recién nacidas y las niñas prepuberales. Se pueden acompañar de precocidad sexual. (13,23)

El dolor abdominal o pélvico es uno de los síntomas de presentación más frecuente. En las niñas prepuberal la tumoración pélvica se vuelve pronto de localización abdominal al ir creciendo a causa del tamaño pequeño de la cavidad pélvica. El diagnóstico de las tumoraciones ováricas en el grupo de edad prepuberal es difícil a causa de la rareza del diagnóstico y por lo tanto del bajo índice de sospecha, lo mismo que porque muchos de los síntomas son inespecíficos y es más probable que los síntomas agudos se atribuyan

a entidades más frecuente como la apendicitis. Son de importancia la palpación abdominal y la exploración rectoabdominal bimanual en cualquier niña que tenga molestias abdominales o pélvicas inespecíficas. La tumoración ovárica de localización abdominal puede confundirse con otras tumoraciones abdominales que ocurren en la infancia como tumor de Wilms o neuroblastoma. El dolor agudo suele relacionarse con torsión. El ligamento ovárico se alarga por la localización abdominal de estos tumores lo que predisponente a la torsión. (13, 19,23)

Diagnóstico y tratamiento

La ultrasonografía se ha convertido es un instrumento excelente para predecir la presencia de un quiste ovárico simple. Los quistes uniloculares son casi siempre benigno y experimentaran regresión en tres a seis meses; Por tanto no requieren tratamiento quirúrgico como ooforectomia u ooforocistectomia. Se recomienda observación estrecha aunque existe el riesgo de torsión ovárica que debe comentarse con los padres de la niña. La tasa de recurrencia después de la aspiración del quiste (ya sea guiada por ultrasonografía o a través de laparoscopia) puede ser hasta de 50%. Deberá prestarse atención a los efectos del funcionamiento endocrino a largo plazo, lo mismo que sobre la fecundidad futura; la preservación del tejido ovárico es una prioridad en los pacientes con tumores benignos (4, 6,810)

Los estudios adicionales como tomografía axial computarizada (TC), resonancia magnética (RM) o estudios de flujo dóppler puede sugerir el diagnóstico. Como el riesgo de tumor de células germinales es elevado el descubrimiento de un componente sólido exige valoración quirúrgica. (22)

GRUPO DE LA ADOLESCENCIA

Tumoraciones ováricas

La probabilidad de tumoraciones funcionales es mayor después de la menarquia. El riesgo de neoplasias malignas es más bajo entre las adolescentes que entre las niñas más pequeñas. Ocurren neoplasias epiteliales de frecuencia creciente con el paso de la edad. Los tumores de células germínales son los más frecuente en el primer decenio

de la vida, pero ocurren menos a menudo durante la adolescencia. **El teratoma quístico maduro es el tumor neoplásicos más frecuente en niñas adolescentes**, y constituyen más de la mitad de las neoplasias ováricas en mujeres menores de 20 años de edad.

Esta claramente establecido que pueden aparecer neoplasias en las gónadas disgenéticas. (4, 6, 13,23)

A menudo ocurren quistes ováricos funcionales durante la adolescencia. Puede ser un descubrimiento incidental durante la exploración, o manifestarse como dolor causado por la torsión, fuga o rotura. La endometriosis es menos frecuente durante la adolescencia que durante la edad adulta.

Tumoraciones uterinas

Las tumoraciones pélvicas como anomalías uterinas son raras en la adolescencia. Casi nunca se observa en este grupo los leiomiomas uterinos. Durante la adolescencia ocurre anomalía uterovaginales obstructivas en el momento de la menarquia o después. Se puede observar una variedad de anomalías desde himen imperforado hasta de tabique vaginales transversos, agenesia vaginal con útero normal y endometrio funcional, duplicaciones vaginales con tabique longitudinales obstructivos y cuernos uterinos obstruidos. Las pacientes pueden experimentar dolor cíclico, amenorrea, descarga vaginal o una tumoración vaginal. A menudo habrá hematocolpos, hematometra o ambas cosas y la tumoración resultante puede ser grande. (4, 6, 8, 10,13)

Tumoraciones inflamatorias

Las adolescentes tienen tasas más elevadas de EIP que las pacientes de cualquier otro grupo de edad, si se considera sólo a las personas en riesgo de enfermedades de transmisión sexual es decir la que han efectuado coito. Las adolescentes que manifiesta dolor pélvico pueden tener una tumoración infamatoria. El diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica es primordialmente un diagnóstico clínico basado en la presencia de hipersensibilidad en la parte baja del abdomen, la pelvis y los anexos,

hipersensibilidad al moverse el cuello uterino, descarga muco purulenta y signos de elevación de la temperatura, cuenta elevada de leucocitos. Las tumoraciones inflamatorias pueden consistir en un complejo tuboovárico (tumoración consistente en intestino, trompa y ovario apiñados), un absceso tuboovárico consiste sobre todo en una cavidad de absceso dentro de una estructura definida desde el punto de vista anatómico.

Embarazo

En las adolescentes siempre se pensará en embarazo como causa de tumoración pélvica. Los embarazos ectópicos pueden manifestarse con dolor pélvico y una tumoración en un anexo. Con la disponibilidad y las mediciones cuantitativas de la Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) sé esta descubriendo más embarazo ectópico antes de su rotura lo que permite el tratamiento conservador mediante cirugía laparoscópica o tratamiento médico. (4, 6, 8, 10, 13,23)

Diagnóstico

Los antecedentes y la exploración pélvica son de importancia crítica para el diagnóstico de tumoración en pelvis.

Los estudios de laboratorio deben incluir siempre una prueba de embarazo (independientemente de la actividad sexual señalada) y la biometría hemática completa puede ser utilidad para diagnosticar tumoraciones inflamatorias. Los tumores de células germinales pueden elaborar marcadores tumorales entre ellos (alfa feto proteína y HCG que pueden ser útil para el diagnóstico preoperatorio lo mismo que para vigilancia.

Como sucede en todos los grupos de edad, la técnica diagnóstica primaria para valorar tumoraciones pélvicas en las adolescentes es la ecografía. Aunque los exámenes ecográficos transvaginales pueden ofrecer más detalles que los estudios transabdominales, la exploración transvaginal puede no ser bien tolerada por la adolescente. Para los casos en los que la exploración ecográfica no es concluyente, puede ser de útil la tomografía o la resonancia magnética. Es importante la valoración

preoperatoria precisa de la anatomía sobre todo en los casos con malformaciones uterovaginales. La IRM puede ser de utilidad para valorar este grupo de anomalías raras. (6, 11, 19, 23)

Tratamiento

El tratamiento de las masas tumorales en las adolescentes depende del diagnóstico que se sospecha. Las tumoraciones uniloculares asintomáticas se tratan mejor por medios conservadores porque la probabilidad de malignidad en estos casos es baja. (11) Si se requiere tratamiento quirúrgico con base a los síntomas o por la incertidumbre del diagnóstico deberá prestarse atención a volver mínimos los riesgos de esterilidad subsecuente debido a las adherencias pélvicas. Por añadidura se hará todo lo posible por conservar el tejido ovárico. En presencia de una tumoración ovárica bilateral maligna el tratamiento puede incluir ooforectomía unilateral en vez de una intervención quirúrgica más radical incluso si el tumor ovárico ha producido metástasis (6, 11) En general es apropiado efectuar una operación conservadora; puede efectuarse otras operaciones si es necesario después de valorar de manera adecuada la histología del tumor ovárico.

En la adolescente rara vez se requiere tratamiento quirúrgico de las tumoraciones inflamatorias salvo para tratar un absceso tuboovárico roto o cuando se fracasa el tratamiento médico con antibiótico de amplio espectro. En estas situaciones suele poderse efectuar anexectomía unilateral conservadora en vez de vaciamiento pélvico con lo que se conservara el potencial reproductivo. Cada vez esta más en boga el drenaje percutáneo y el tratamiento laparoscópico de los abscesos tuboováricos aunque como sucede en el tratamiento laparoscópico de las tumoraciones ováricas son de importancia crítica la capacidad y experiencia del cirujano. (9, 10, 11, 16, 19, 23)

GRUPO DE EDAD REPRODUCTIVA

Es difícil determinar la frecuencia de los diagnósticos de tumoraciones pélvicas para mujeres en edad reproductiva, porque muchas de estas tumoraciones no se tratan por medios quirúrgicos. Los trastornos no ginecológicos se pueden confundir con una

tumoración ovárica o uterina. Las tumoraciones benignas como quiste de ovario funcional casi nunca requieren operarse. (4, 6, 8, 10)

La edad es un factor determinante de importancia en la probabilidad de lesión maligna. Los tumores que se encuentran con mayor frecuencia durante la laparotomía por tumoración pélvica son dermoides (que se observa en la tercera parte de las mujeres menores de 30 años de edad) y endometriomas en cerca la cuarta parte de las mujeres de 31 a 49 años de edad. (6, 11, 15, 17,19).

Tumoraciones uterinas

Leiomiomas uterino

Los leiomiomas uterinos son los tumores uterinos benignos más frecuente. Hay otras neoplasias uterinas benignas como los tumores vasculares del útero que son raras. Los leiomiomas uterinos suelen diagnosticarse a la exploración física. Pueden ser: subseroso, intramurales o submucosos, o localizados en el cuello uterino, ligamento ancho o un pedículo. Se estima que se encuentra en por lo menos 20% de todas las mujeres en edades de reproducirse. A veces ocurren de manera aislada pero a menudo son múltiples. Pueden originar diversos síntomas, desde hemorragia anormal hasta presión pélvica, que suele originar el diagnóstico. Sin embargo, se estima que menos de la mitad de los leiomiomas uterinos producen síntomas.

Los leiomiomas entrañan el potencial de aumentar de tamaño durante el embarazo, lo mismo que puede experimentar regresión al llegar a la menopausia. (4, 6, 8 10 13)

La consistencia de un leiomioma individual varia entre dura y pétrea como sucede en el leiomioma calcificado y blanda (como sucede en la degeneración quística), aunque por lo general se dice que la consistencia es firme o de caucho. Si bien estos tumores no tienen una cápsula verdadera, sus bordes son definidos por una pseudo cápsula de tejido conjuntivo que permite su enucleación con facilidad en el momento de la intervención quirúrgica. Cada tumor suele tener un vaso sanguíneo importante. Los estudios efectuados sugieren que es extremadamente rara la degeneración maligna de un leiomioma preexistente y que este fenómeno se produce en menos de 0.5% de los

casos. (11)

Se llama leiomioma a una neoplasia maligna rara compuesta por células que tienen diferenciación muscular lisa. La paciente típica del leiomioma se encuentra en la mitad del sexto decenio de la vida y se experimenta hemorragia anormal. En la mayor parte de los casos los diagnósticos se establecen una vez que se ha examinado al microscopio el útero resecado a causa de sospecha de leiomioma. (6, 11, 19, 23)

Los leiomiomas uterinos se diagnostican a menudo con base a los datos clínicos de un útero irregular aumentado de tamaño durante la exploración pélvica. Sin embargo se puede confundir potencialmente a cualquier tumor pélvico con un útero aumentado de tamaño.

El síndrome de presentación más frecuente que acompaña a los leiomiomas, y el que produce con mayor frecuencia la intervención quirúrgica es la menorragia, También puede haber dolor pélvico crónico. Este se puede caracterizar como dismenorrea, dispareunia o presión pélvica. El dolor agudo en estos casos se debe a torsión de un leiomioma pediculado o de infarto y degeneración. Puede haber los siguientes síntomas urinarios: Micción frecuente que puede deberse a presión extrínseca sobre la vejiga, Obstrucción ureteral parcial causada por presión de grandes tumores a nivel del estrecho pélvico. La compresión ureteral es tres a cuatro veces más frecuente en el lado derecho, porque el uréter izquierdo esta protegido por el colon sigmoideo. (1, 11, 19). Rara vez encontramos obstrucción ureteral completa a causa de una elevación en la base de la vejiga por el leiomioma cervical o uterino bajo, con enclavamiento sobre la región del esfínter interno. (4, 6)

Tumoraciones ováricas

Durante los años de la vida reproductiva, las tumoraciones ováricas más frecuente son benignas. Cerca de dos terceras partes de los tumores ováricos (80 a 85%) son benignos. La mayor parte de los tumores producen pocos síntomas inespecíficos y en todo caso son leves. Los síntomas más frecuente consisten en distensión abdominal,

dolor o malestares abdominales, sensación de presión en la parte baja del abdomen y síntomas urinarios o gastrointestinales. Si el tumor es activo desde el punto de vista hormonal, pueden manifestarse síntomas de desequilibrio hormonal, como hemorragia vaginal relacionada con la producción de hormonas de estrógenos. Puede ocurrir dolor agudo en caso de torsión de un anexo, rotura de un quiste o hemorragia hacia el interior de un quiste. Los datos pélvicos en pacientes con tumores benignos y malignos difieren. (11, 22,23)

Hallazgos Clínicos que sugieren una masa pélvica maligna o benigna

Benigna	Maligna
Unilateral	Bilateral
Quística	Sólida
Móvil	Fija
Lisa	Irregular
Sin ascitis	Con ascitis
De crecimiento lento	De crecimiento rápido
Paciente joven	Paciente de edad avanzada

En cuanto a la valoración de las tumoraciones puede ser de utilidad la distribución de las neoplasias ováricas primarias por decenio de la vida. Las tumoraciones ováricas para las mujeres en edad reproductivas son probablemente benignas, pero debe considerarse también la posibilidad de malignidad.(10,11,23)

Tumoraciones ováricas no neoplásicas.

Quiste folicular, del cuerpo lúteo y de la teca luteínica constituyen la categoría de quiste ovárico funcional. Todos son benignos y no suelen producir síntomas o requerir tratamiento quirúrgico. El quiste funcional más frecuente es el folicular, rara vez mayor de 8 cm de diámetro. Estos quistes suelen encontrarse de manera incidental durante la

exploración pélvica, aunque pueden romperse y producir dolor y signos peritoneales. Suele resolverse en plazo de cuatro a ocho semanas. (6,11)

Los quistes del cuerpo lúteo son menos frecuentes que los foliculares. El cuerpo lúteo se designa como quiste si su diámetro es mayor de 3 cm. El síndrome de Halban cuando hay la impresión de un embarazo ectópico, pero que consiste en un quiste cuerpo lúteo persistente, menstruación retrasada, presencia de una tumoración en un anexo y dolor. Los quistes del cuerpo lúteo pueden romperse y producir hemoperitoneo, y requerir tratamiento quirúrgico. Las pacientes que toman tratamiento anticoagulante están en riesgo particular de rotura de dichos quiste. Este incidente se produce a menudo en el lado derecho y puede sobrevenir durante el coito. La mayor parte de las roturas se producen durante los días 20 a 26 del ciclo. Los quistes de teca luteinica son los menos frecuentes de entre los ováricos funcionales. Suelen ser bilaterales, y ocurren con el embarazo, incluso con los embarazos molares. Hasta la cuarta parte de los embarazos molares y 10% de los coriocarcinoma se pueden acompañar de estos quistes. También son acompañantes de gestación múltiple, diabetes, sensibilización Rh, administración de citrato de clomifeno, o de Gonadotropina Coriónica Humana para inducir la ovulación, y el empleo de análogos de hormona liberadora de gonadotropina. El quiste de teca luteinica pueden ser muy grande (miden hasta 30 cm de diámetro) son múltiples y experimentan regresión espontánea. (6, 8, 10, 11, 13, 14).

Otras tumoraciones benignas. Las mujeres con endometriosis pueden desarrollar endometriomas ováricos (quiste de chocolate) que pueden alcanzar un diámetro de 6 a 8 cm. La tumoración que no se resuelve bajo observación puede ser un endometrioma. Aunque originalmente los ovarios poliquísticos aumentado de tamaño se consideraron la prueba irrefutable de síndrome de ovarios poliquísticos (SOPQ), los ovarios poliquísticos representan probablemente un fenotipo final común de gran variedad de causa; se han descrito como signo no como diagnóstico. La presencia de SOPQ entre la población general depende de los criterios diagnósticos empleados: hiperandrogenismo y anovulación crónica, ovarios poliquístico. Sin embargo no debe recomendarse intervención quirúrgica con base sola a este dato.

Tumores neoplásicos.

Más del 80% de los teratomas quísticos benignos (quiste dermoide) se producen durante los años de la reproducción. La edad mediana de ocurrencia es los 30 años. Desde el punto de vista histológico los teratomas quísticos benignos tienen una mezcla de elementos. En un estudio de tumoraciones ováricas que se resecaron por medios quirúrgicos, los quistes dermoides representaron 62% de todas las neoplasias ováricas en mujeres menores de 40 años de edad. Ocurre transformación maligna en menos del 2% de los quistes dermoide en las mujeres de todas las edades; Más de tres cuartas partes de los casos de transformación maligna se producen en mayores de 40 años. El riesgo de torsión en caso de quiste dermoide es de cerca de 15%, y este fenómeno ocurre más a menudo que en el caso de los tumores ováricos en general, quizás por el gran contenido de grasa en la mayor parte de los quistes dermoide que les permite flotar dentro de las cavidades pélvica y abdominal. Como resultado del contenido de la grasa, a la exploración pélvica el quiste dermoide suele describirse como de localización anterior. El tumor es bilateral en el 10% de los casos. Casi siempre es posible la cistectomía ovárica, incluso si parece que queda sólo una pequeña cantidad de tejido ovárico. Es preferible preservar una pequeña cantidad de corteza ovárica en una paciente joven con una lesión benigna que hacerla perder todo el ovario.

(6, 11, 19, 22,23)

El riesgo de experimentar tumores epiteliales se incrementa con el paso de la edad. Aunque en algunas obras de texto se informa que los cistaadenomas seroso son las neoplasias benignas más frecuente, en un estudio reciente se observa que ocurrieron con mayor frecuencia teratomas quísticos benignos que representan a 66% de los tumores benignos en mujeres menores de 50 años de edad; los serosos constituyeron solo 20% de los casos. Estos últimos suelen ser benignos; 5 a 10% tiene potencial maligno o limítrofe, y 20 a 25 % son malignos. Los cistaadenomas serosos son a menudo multiloculares a veces con componente papilares. Las células epiteliales superficiales secretan líquido seroso, lo que genera un contenido acuoso del quiste. Los cuerpos de psamoma, que son zona de granulación calcificada fina pueden encontrarse

diseminado en el interior del tumor y son visibles a los rayos X. Se requiere un corte por congelación para distinguir entre los tumores serosos benignos, los limítrofes y los malignos porque por si solo el aspecto macroscópico no permite esta distinción. Los tumores de ovarios mucinoso pueden crecer hasta alcanzar enormes dimensiones. En su calidad de benignos suele tener una superficie lobulada lisa, son multiloculados y pueden ser bilaterales en el 10% de los casos. Dentro de las loculaciones quísticas se encuentra material mucoide. Entre 5 y 10% de los tumores ováricos mucinosos son malignos. Pueden ser difíciles distinguirlo, desde el punto de vista histológico, de las lesiones malignas gastrointestinales metastásicas. **Otros tumores ováricos benignos son los fibromas** (un núcleo de célula de estroma), **tumores de Brenner** (que a simple vista parecen fibromas y que a menudo se encuentran de manera incidental), y formas mixtas de tumores como el cistadenofibroma. (6, 8, 10, 22,23).

Otras tumoraciones de los anexos

Las tumoraciones que abarcan la trompa de Falopio se relacionan principalmente como causa inflamatorias en este grupo de edad. Puede haber un absceso tuboovárico acompañado de enfermedad inflamatoria pélvica. Por añadidura, puede encontrarse una tumoración inflamatoria compleja constituida por intestino, trompa y ovario, sin una gran cavidad de absceso.

Es posible la ocurrencia de embarazos ectópicos en el grupo de mujeres en edad de reproducirse, y deben excluirse cuando la paciente manifiesta dolor, prueba positiva del embarazo y una tumoración en un anexo.

Los quistes paraováricos se identifican durante la exploración o en las ecografías. En muchos casos se observa un ovario ipsolateral normal mediante ecografía. La frecuencia de malignidad de los tumores paraováricos es muy baja, aunque en una revisión se informó malignidad en 2% de las pacientes. (11, 19, 23)

Diagnóstico

Debe efectuarse exploración pélvica completa que incluya exploración rectovaginal y prueba de papanicolau, después de haber excluido la presencia de embarazo, es indispensable la obtención de muestras de endometrio de manera directa o mediante

dilatación y legrado, cuando la paciente experimenta tanto una tumoración pélvica como hemorragia anormal. Con una tumoración benigna como leiomioma puede coexistir una lesión endometrial, como carcinoma o hiperplasia. En la mujer que tiene leiomioma no se puede asumir que la hemorragia anormal sea causada solo por los leiomiomas.

Estudios de laboratorio

Los estudios de laboratorio indicados para las mujeres en edad de reproducirse que tienen una tumoración pélvica son prueba del embarazo, prueba de Papanicolau, biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular, prueba de guayaco del excremento en busca de sangre oculta. Se ha discutido con amplitud el valor de los marcadores tumorales, como CA-125 que es un marcador de tumor que está notablemente elevado en la mayor parte de las afecciones malignas ováricas epiteliales, no mucinosas, Diversos trastornos benignos, entre ellos leiomiomas uterino, EIP, embarazo y endometriosis, y hepatitis puede generar elevación del CA - 125. Además, pueden generarse pruebas falso negativas de CA 125 hasta en 50% de pacientes con afecciones malignas de ovario en etapa temprana. **El valor CA – 125 superior 35 U/ml se considera elevado en la mayoría de la literatura**(4,6,8,10,13,23), otros autores toman en cuenta en el estado premenopáusico o post menopausico para definir si el CA 125 está elevado. (2, 3, 17)

Estudios imagenológicos

La ecografía pélvica ayuda a comprobar el origen de la tumoración: uterina, anexial, intestinal o gastrointestinal. El tamaño de la tumoración y su consistencia, lo que ayudara a determinar el tratamiento necesario. (11, 22)

CARACTERISTICAS ECOGRAFICAS DEL OVARIO

PATRON BENIGNO

Quiste simple sin ecos internos
Quistes simple con ecos dispersos
Ecos poliquísticos
Ecos poliquísticos con tabique engrosados
Ecos murales lisos sesiles o polipoides
Ecos redondos densos centrales
Ecos lineales multiples delgados o gruesos
Ecos lineales multiples delgados o gruesos con una parte densa

PATRON MALIGNO

Ecos quisticos con una parte mural papilar o indentada
Ecos poliquísticos con tabique irregularmente engrosado y una parte sólida
Componente heterogéneo con patrón sólido ($\geq 50\%$) con parte Quística irregular.
Completamente sólido con componente homogéneo
Baja impedancia al flujo (Doler color)

Se han comparado los resultados de ecografía transvaginal y transabdominal para el diagnóstico de las tumoraciones pélvicas. El estudio transvaginal tiene la ventaja de brindar información adicional sobre la estructura interna o la anatomía de la tumoración. Es posible separar las tumoraciones pélvicas heterogéneas descritas como abscesos tuboováricos en el estudio ecográficos transabdominal, durante los transvaginales en piosalpinx, hidrosalpinx, complejo tuboovárico y absceso toboovárico. La precisión diagnóstica de la ecografía transvaginal para el diagnóstico de endometrioma puede ser muy elevada. Los endometriomas tienen aspectos ecográficos diversos desde puramente quístico hasta grado variables de complejidad con separación o desechos y aspecto sólido.

Rara vez esta indicada la TC como procedimiento diagnóstico primario, aunque puede tener utilidad para planear el tratamiento cuando se sospecha con firmeza una lesión

maligna o cuando puede haber un trastorno no ginecológico. La radiografía simple de abdomen no es un procedimiento diagnóstico primario, aunque tomada por otras indicaciones puede revelar calcificaciones que ayudaran al descubrimiento calcificaciones pélvicas (piezas dentarias) compatible con teratoma quístico benigno, mioma uterino calcificado o calcificaciones diseminadas compatibles con cuerpos de psamoma o de un cistadenoma seroso papilar. (6, 8,10, 11, 23)

Tratamiento

El tratamiento de tumoraciones pélvicas se basa en el diagnóstico preciso. El tratamiento deberá basarse en los síntomas primarios y pueden incluir observaciones con vigilancia estrecha medidas quirúrgica temporales, tratamiento médico quirúrgico definitivo.

Tratamiento no quirúrgico.

Están indicadas observación y vigilancia sensata de la paciente primordialmente en el caso de los leiomiomas uterinos; la intervención se reserva para las indicaciones y los síntomas específico. Las exploraciones periódicas repetidas están indicada para garantizar que los tumores no están creciendo con rapidez. Deberá registrarse el tamaño uterino en el expediente de la paciente, y se describirá y esquematizará la localización de los leiomiomas palpables.

Indicaciones para el empleo de agonista de la GnRH en las mujeres con leiomiomas son las siguientes:

1. Preservación de la fecundidad en las mujeres con grandes leiomiomas antes de intentar la concepción o tratamiento preoperatorio antes de la miomectomia.
2. Tratamiento de la anemia para permitir que se recuperen las concentraciones normales de hemoglobina antes del tratamiento quirúrgico para volver mínima la necesidad de transfusión o permitir la donación de sangre antóloga.
3. Tratamiento de las mujeres que se acercan a la menopausia con objeto de evitar operarlas.
4. Tratamiento preoperatorio de los grandes leiomiomas para facilitar la histerectomía vaginal, la reseccion histeroscopica o la destrucción laparoscopica.

5. Tratamiento de las mujeres con contraindicaciones medicas para operarse.
6. Tratamiento de las mujeres con indicaciones personales o médicas para retrasar la intervención quirúrgica.(6,8,10,13,23)

Tratamiento quirúrgico.

Las indicaciones potenciales para el tratamiento quirúrgico requiere juicio cuidadoso y valoración del grado de los síntomas acompañantes. Los leiomiomas asintomático no suelen requerir operarse. Algunas indicaciones para operarse son las siguientes:

1. Hemorragia uterina anormal con anemia resultante que no reacciona al tratamiento hormonal.
2. Dolor crónico con dismenorrea grave, dispareunia o sensación de presión o dolor en la parte baja del abdomen.
3. Dolor agudo como sucede cuando se tuerce un leiomioma pediculado o fibroide submucoso que hace prolapso.
4. Síntomas o signos urinarios con hidronefrosis después valoración completa.
5. Aumento rápido de tamaño del útero durante los años premenopáusico o cualquier incremento del tamaño uterino en las mujeres posmenopáusicas a causa de incapacidad para excluir un sarcoma uterino.
6. Esterilidad con leiomiomas uterino como datos únicos de datos anormales.
7. Aumento del tamaño uterino con síntomas de compresión o malestar.(4,6,10, 22)

La histerectomía es el tratamiento quirúrgico definitivo de los leiomiomas uterinos asintomático. La miomectomia abdominal es una alternativa a la histerectomía en las pacientes que desean tener hijos que son jóvenes o que prefieren conservar el útero esta indicada la miomectomia vaginal en el caso de fibroides submucosos pediculados que hacen prolapso. La resección histeroscópica de los leiomiomas submucosos es una técnica que puede ser benéfica en grupo seleccionado de paciente.

Tumoraciones ováricas

El rápido desarrollo de la tecnología ecográfica y su aplicación frecuente que si no es sistemática, durante las exploraciones ginecológicas ha permitido identificar más a menudo la presencia de quistes ováricos. El tratamiento de las tumoraciones ováricas

que se sospecha son tumores funcionales es la observación.

El quiste sintomático deben valorarse con prontitud, aunque las tumoraciones ligeramente sintomáticas que se sospecha son funcionales se puede tratar con analgésicos más que con intervención quirúrgica. La intervención quirúrgica se justifica en caso de dolor intenso o sospecha de malignidad. En la ecografía los grandes quistes y los que tiene múltiples loculaciones, tabique, papilas y aumento de flujo sanguíneo se consideran sospechoso de neoplasia. Si se sospecha un quiste maligno a cualquier edad, deberá efectuarse con prontitud una laparotomía exploradora. (5, 7, 9,11, 12,22, 23)

Masa anexial: Indicadores de intervención quirúrgica

1. Estructura de quiste de ovario mayor de 5 cm, seguida durante 6-8 semanas sin regresión.
 2. Toda lesión ovárica sólida
 3. Toda lesión ovárica con vegetación papilar en la pared del quiste
 4. Toda masa anexial de diámetro mayor de 10 cms
 5. Ascitis
 6. Masa anexial palpable en pacientes premenarquica o post menopausica
 7. Sospecha de torsión o ruptura.
-

No deben emplearse procedimientos ecográficos o de TC para aspiración de las mujeres en las que hay sospecha de malignidad. Se reservará la cirugía laparoscópica para las finalidades diagnósticas o terapéuticas en las pacientes que tienen un riesgo muy bajo de malignidad. Una encuesta sobre la experiencia de los oncólogos ginecológicos con pacientes que se habían sometido originalmente a un tratamiento laparoscópico de tumores malignos o limítrofes, sugirió que las llamadas características benignas no descartan la presencia de malignidad y que el tratamiento laparoscópico puede acompañarse de resección parcial o incompleta y de retraso en la operación definitiva. El tratamiento de los quiste dermoides ováricos y de otras tumoraciones benignas de esta glándula se ha descrito mediante laparoscopia operatoria, aunque son de gran importancia la experiencia y la capacidad del cirujano para prevenir que se

derrame el contenido del quiste en el campo operatorio. Las ventajas claras de esta técnica consisten en estancia más breve en el hospital, tiempo de recuperación también más breve y menos dolor postoperatorio. Se han efectuado pocas pruebas controladas para comparar el acceso laparoscópico con la laparotomía abierta. . (12, 18)

Grupo de mujeres posmenopáusicas

Tumoraciones ováricas

Durante los años de la posmenopáusicas los ovarios se vuelven más pequeños.

Barber ha descrito el síndrome posmenopáusicas de ovario palpable que sugiere que cualquier ovario que sea palpable en la exploración después de la menopausia es anormal y requerirá valoración; sin embargo, no se ha demostrado que este dato sea un dato digno de confianza de malignidad. Desde luego el hábito corporal establece la diferencia en caso de exploración, pero el ovario posmenopáusicas, que a la palpación tiene un tamaño equivalente al del ovario premenopáusicas es anormalmente grande. La incidencia de cáncer de ovario se incrementa con la edad y es predominantemente una enfermedad de mujeres posmenopáusicas; la edad promedio de las pacientes es de 61 años.(11,13,23)

Cuando el quiste es sintomático, pequeño (menos de 5 cm de diámetro) unilocular y de paredes delgadas, el riesgo de malignidad será extremadamente bajo y estas tumoraciones podrán dejarse bajo observación simple, sin intervención quirúrgica. Puede estar indicado operar en algunas mujeres con antecedentes familiares importante de cánceres de ovario, mama, endometrio o colon, o si la tumoración parece estar aumentando de tamaño. La añadidura del examen Doppler de flujo de color puede ser de utilidad para distinguir entre las tumoraciones benignas y malignas. El riesgo de malignidad en las mujeres mayores de 50 años de edad o en las posmenopáusicas (aproximadamente los mismos grupos) en el momento de laparotomía por una tumoración pélvica se aproxima a 50 años. (6, 11, 13,23)

Tumoraciones uterinas y de otros sitios

Muchas mujeres posmenopáusicas no se someten a exploración ginecológica con

regularidad y el descubrimiento de una tumoración puede reflejar la persistencia de fibroides uterinos que no se habían descubierto con anterioridad. Algunas mujeres quizás no recuerden que se les dijo que tenían una tumoración pélvica. Por tanto puede ser de utilidad la revisión de los expedientes médicos anteriores para identificar la preexistencia de una tumoración pélvica benigna.

En este grupo de edad pueden ocurrir otras tumoraciones benignas, entre ellas quiste paraováricos y tumores inusuales como quiste retroperitoneales benignos del tipo de Müller. (13, 23)

Diagnóstico

Es de utilidad efectuar la historia clínica personal y familiar para identificar a las mujeres que están en mayor peligro de desarrollar cáncer de ovario. Son diversos los síndromes de cáncer hereditario familiar que abarcan las neoplasias ováricas. Sin embargo, las pacientes con formas hereditarias de cáncer ovárico epitelial constituyen solo un porcentaje pequeño de los casos; 95% del cáncer de ovario son esporádicos y sin un riesgo hereditario identificable.

Tratamiento

El empleo de técnica imagenológicas mejoradas puede permitir el tratamiento no operatorio de las tumoraciones ováricas que son probablemente benigna. Cuando se considera indicado operar, según las características de la tumoración, los antecedentes familiares o personales o el deseo de la paciente de recibir el diagnóstico definitivo, será de importancia crítica seleccionar el tratamiento quirúrgico apropiado para que el mismo tenga eficacia. Quizás estén indicadas en algunos casos especiales las cistectomias ovárica u ooforectomía. El estándar de la asistencia sigue siendo la laparotomía, con procedimientos apropiados para clasificar la etapa según se requiera. Muchos de los cirujanos están recurriendo a técnicas laparoscópicas menos penetrantes aunque la valoración de este procedimiento y de su eficacia espera estudio y confirmación ulteriores.

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Descriptivo Serie de Casos

Periodo de estudio:

1ro de Enero del 2004 al 31 de Diciembre 2005

Área de estudio:

Esta investigación se realizó en el departamento León, ubicado en la región occidental de Nicaragua.. El Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello es un hospital de referencia, el servicio de Ginecología atiende a la mujer en las diferentes etapas de su vida, este servicio esta ubicado en el segundo piso, cuenta con 18 camas para casos limpios, y 3 camas para casos contaminados. El servicio de Ginecología no cuenta con un ultrasonido propio, el equipo de ultrasonido del hospital esta disponible algunos días a la semana para el área obstétrica casi exclusivamente, además el hospital no cuenta con la prueba de laboratorio CA – 125.

Población de estudio:

Todas las ingresadas en el servicio de Ginecología con el diagnóstico de masas pélvicas exclusivamente.

Fuentes de Información:

El expediente clínico y la paciente

Instrumento:

Ficha de recolección de datos, la cual fue validada.

Procedimiento de recolección de la información:

Al ingresar la paciente, se llenaba una ficha con sus datos generales y los datos clínicos obtenidos de la exploración física, se anotaba del expediente los resultados de los estudios ecográficos y CA – 125 los cuales fueron enviados a un mismo laboratorio privado una vez completado esto, se programaba la cirugía, y se enviaba a patología los especímenes extraídos, posteriormente se anotaban los resultados del estudio histopatológico.

Plan de análisis:

Los datos fueron procesados y analizados en el paquete estadístico Epi – Info 6.04 D. Se estimó frecuencia simple, de todas las variables y se cruzó el diagnóstico clínico con el diagnóstico histopatológico se prestó especial atención a la concordancia, los resultados se expresaron en tablas y gráficos.

Operacionalización de las variables			
variable	Conceptos	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido años desde el nacimiento hasta el momento actual	Lo que indique el expediente clínico	Menor de 15 años 15 a 45 años Mayor de 45 años
Procedencia	Municipio donde habita la paciente	Lo que indique la paciente	
Estado Civil	Condición civil	Lo que indique la paciente	Soltera Acompañada Casada Viuda
Escolaridad	Ultimo grado aprobado	Lo que indique la paciente	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad
Sintomatología	Síntomas generales que afecten a la paciente relacionados con la masa pélvica	Anamnesis	
Consistencia	Grado de suavidad o dureza de la masa pélvica	Examen Físico	Quística Sólida
Movilidad	Capacidad de la masa movilizarse	Examen Físico	Móvil Fija

Masa Pélvica

Morfología	Forma externa de la masa	Examen Físico	Liso irregular
Localización	Ubicación en uno o ambos lados del abdomen y/o la pelvis	Examen físico	Unilateral Bilateral
Ascitis	Líquido libre en la cavidad abdominal	Examen Físico	Presencia ausencia
Características ecografica de la masa	Característica obtenido por la exploración ecografica.	Lo que consigne el reporte ecográfico	
C A 125	Marcador tumoral	Lo que señale el reporte del laboratorio	Mayor o igual 35U/ml Menor 35U/ml
Diagnóstico histopatológico	Diagnóstico obtenido al examinar la pieza quirúrgica	Lo que consigne el reporte patológico	

Resultados

En nuestro trabajo sobre masa pélvica encontramos un total de 90 casos durante un período de dos años los resultados obtenidos son los siguientes: Según el grupo etéreo, Las que se encuentran en edad reproductiva de 15 a 45 años fue el más frecuente con un 58% (52 casos), mayores de 45 años el 40%(36), y el grupo minoritario fueron el grupo de menores de 15 años con 2% (2).(Gráfico 1)

Según la procedencia de las pacientes en estudio encontramos que el 97% eran de León, distribuidos de la siguiente forma: la cabecera departamental de León 37% (33), Malpaisillo 10% (9),. El Sauce 9% (8), El Jicaral, La mina El Limón, Nagarote, y Telica cada uno con un 7%(6 casos cada uno), La Paz Centro y Santa Rosa del Peñón un 4% cada uno (4 casos), Quezalguaque 3%, Achuapa 2%.

Del departamento de Chinandega el 3 %, distribuido de la siguiente forma 2% de la cabecera departamental, y 1% de Chichigalpa.(Cuadro 1)

Según el estado civil encontramos: acompañadas el 58% (52), casadas 18% (16), viudas 16% (14), solteras 8% (8).(Cuadro 2)

La escolaridad encontrada fue primaria 60% (54), secundaria el 33% (30), universitaria el 5% (4), analfabetas el 2% (2). (Cuadro 3)

La sintomatología general encontrada relacionada a la masa pélvica fue dolor abdominal 98% (88), sensación de peso 98% (88), dificultad para orinar 53% (48), dificultad para defecar y náuseas en un 28% cada una (25), y el vómito solo se presentó en un 7% (6).(Cuadro 4)

Con relación a las características propias de la masa encontramos: consistencia quística en el 79% (71), y 19% (21) eran sólidas. Su morfología: 79% (71) era lisa y el 21% (19) eran un poco irregular. El 82% (74) eran móviles, y el 18% (16) eran fijos.

Masa Pélvica

Encontramos una masa unilateral en el 98% (88), y una masa bilateral en el 2% (2). (Cuadro 5)

En un caso había ascitis cuyo diagnóstico final resulto un Carcinoma epidermoide. Invasor de células gigante.

Las características ecográfica de las masas reportadas fueron: Masa quística simple en un 62% (56), masas sólidas en un 22% (20), masa con un componente sólido quístico en un 16% (14). (Cuadro 6)

El marcador tumoral CA 125 resulto menor de 35 u/ ml en 78%(70) de los casos, y mayor o igual a 35u/ml 22% (20). De los casos en que estuvo elevado un caso resulto ser una patología maligna y en el resto fueron benigno entre ellos el más frecuente fué el cistoadenoma quistico benigno y teratoma quistico maduro. (Cuadro 7 y 9)

El diagnóstico histopatológico de cistoadenoma seroso fue él más frecuente con un 43% (39), en segundo lugar encontramos el teratoma Quistico maduro con un 12% (11), la miomatosis uterina en un 11% (10), Endometrioma e Hidrosalpinx con un 6% cada una(5), Cistoadenoma mucinoso con un 4% (4), Adenomiosis, Quiste paratubárico, Fibroma, y embarazo ectópico en 2% cada uno (2), Absceso tuboovarico, Carcinoma epidermoide no queratinizante de células grandes, Hipertrofia vesical, Tumor de Brenner, todos estos casos con un 1% cada uno. Y un caso que reporto una muestra insastifactoria para diagnóstico de una niña con una malformación congénita. (Cuadro 8 y 10)

El caso de hipertrofia vesical se trató de una paciente de 52 de años la cual fue ingresado como una masa pélvica, dolorosa, central, única, sólida, fija, irregular, y sin ascitis, se le realizó CA- 125, pielograma, ultrasonido abdominal el cual no era específico, no se le pudo realizar una cistoscopia, y se decidió realizar una laparotomía exploradora en el transquirúrgico encontraron una vejiga hipertrófica con útero y anexos normales se notifico al servicio de urología quienes realizaron una cistotomía con toma

Masa Pélvica

de biopsia la cual reporto una hipertrofia de células musculares sin componente maligno.

Encontramos un cáncer epidermoide no queratinizante de células grandes invasor el cual fue trasladado al servicio de oncología ahí sé estadificó, se trato la anemia y la septicemia, resueltos estos problemas fue trasladada al centro nacional de radioterapia. Este caso era de una mujer de 41 años de Malpaisillo, maestra con antecedentes de 6 gestas, 4 partos y dos aborto. En la cual se encontró una masa de 10 cms sólida, fija irregular, con los parametrios acortado.

Las características clínica de las masas pélvicas que predominaron fueron las características de benignidad, así la consistencia la quística, la forma lisa, móvil, unilateral y sin ascitis para los principales diagnósticos histopatológico de patología benignas como fueron: Cistoadenoma Seroso, Teratoma Quístico, Miomatosis Uterina, Endometrioma, Hidrosalpinx y Cistoadenoma Mucinoso; Coincidiendo plenamente las características clínicas con el diagnóstico histopatológico final. (Gráfico 2,3,4,5)

DISCUSIÓN

La edad es un factor determinante en el estudio de pacientes con masa pélvica, ya que las causas probables son diferentes de acuerdo al grupo etáreo, en nuestro estudio encontramos que el 58% de los casos estaban en edad reproductiva, lo cual coincide con la mayoría de la literatura consultada que menciona que cuando se diagnostica masa pélvica generalmente se trata de trastornos funcionales, y/o casos benignos por ejemplo los miomas que se encuentran en menos del 20%, y su degeneración maligna se produce en menos 0.5%, Aunque en este grupo etáreo se nos presentó una patología maligna: Carcinoma epidermoide no queratinizante de cervix, esto coincide con la literatura que reporta una distribución bimodal en la frecuencia de cáncer de cervix con un primer pico a los 35 a 39 años; En 1996 se realizó un estudio en este hospital sobre concordancia clínica y ecográfica sobre masas pélvicas, donde las pacientes en edad reproductiva representaban el 73%. (7)

La probabilidad de lesiones malignas aumenta fuera del grupo en edad reproductiva, en las pacientes post menopausica aumenta riesgo, por que la incidencia de cáncer de ovario se incrementa con la edad, siendo predominantemente una enfermedad de mujeres posmenopáusicas; La edad promedio de las pacientes es de 61 años. En este estudio todas las pacientes de este grupo etáreo no se encontró ninguna malignidad.

En una adolescente se encontró una malformación congénita, esta es una de las posibilidades diagnósticas al estudiar tumoraciones pélvicas en adolescentes cabe destacar que es un caso raro, y que se descubre con el inicio de las menstruación, provoca dolor cíclico, hematocolpometra, la ecografía no fue gran ayuda, reportaba una masa quística anexial, la valoración clínica prequirúrgica y transquirúrgica fue valiosa, se encontró un útero doble, cuello doble, una vagina ciega, se drenó el contenido de la cavidad. Se tomó muestra para biopsia en el reporte refiere insatisfactorio para diagnóstico

La mayoría de pacientes (97%) eran del Departamento de León, de esto un 37% era de la cabecera departamental, coincidiendo con el área geográfica de cobertura de atención prestada por el HEODRA, además coincide con un estudio previo, que reportaba un 82% era de León. (7)

El estado civil de la mayoría de las mujeres en edad reproductiva eran acompañadas, un 60% había cursado la primaria, y un 33% la secundaria. En un estudio previo el estado civil de la mayoría fue casada 41.8%, igual con bajo nivel de escolaridad. (7)

El cuadro clínico encontrado fue: la mayoría (98%) nota el problema cuando la masa es lo suficientemente grande, o cuando empieza a causar dolor (98%) la masa en sí misma, o por la compresión a estructura vecinas. Es decir que estas pacientes inicialmente no presentaban sintomatología alguna. Esto concuerda con la literatura que reporta que muchas de estas masas son asintomáticas, siendo esto más dramático en el caso del cáncer de ovario quien ha sido llamado el Asesino silencioso (6,11,12).

La característica clínica de la masa que predominaron fueron las características de benignidad, eran móviles, de consistencias quísticas, lisas, unilaterales, sin signos de ascitis. De los casos que clínicamente tenían características que sugerían malignidad sólo en un caso resulto efectivamente un caso neoplasia maligna.

Muchos autores han identificado aspectos ecográficos característicos de las neoplasias benignas en contraposición con neoplasias malignas(6,12,24), nosotros encontramos un 62% con características quísticas simple representativo de benignidad, el 22% mostraba características sólido - quística no reportando el porcentaje sólido versus el quístico que conformaba la masa, la literatura reporta que una masa tiene un patrón probablemente maligno cuando existe un componente heterogéneo con patrón sólido mayor o igual al 50% con parte quística, El 16% mostraba un componente sólido homogéneo sugerente de malignidad, la exactitud ecográfica en la predicción de un proceso maligno tiene un valor predictivo positivo promedio de un 74% y una sensibilidad promedio del 88%.(24)

EL CA –125 se utiliza como un marcador tumoral pero no como una prueba de screening, debido a los numerosos diagnósticos médicos que dan falsos positivos, sin embargo resulta muy útil para diferenciar entre masas pélvicas benignas y malignas, y en las valoraciones de seguimiento de casos diagnosticados como cáncer de ovario, en la paciente premenopáusica, el CA – 125 tiene un valor predictivo positivo del 69.8% y un valor predictivo negativo del 84.8%. En nuestro estudio el 78% era menor del parámetro de referencia 35u/ml es decir probablemente benigno, y el 22% fue mayor del parámetro establecido, en un sólo caso se trató de un proceso maligno, es decir que 19 casos resulto ser falsamente positivo, el CA 125 esta elevado en 80% de las afecciones malignas ováricas epiteliales, no mucinosas, genera prueba falsas negativas hasta en un 50% de las afecciones malignas. Se evidencia que el CA 125 sirvió para establecer posible benignidad en los casos que resulto menor de 35 u/ml. Es necesario aclarar que **la determinación de CA – 125 forma parte de las guías de manejo de masa pélvica reportada por la literatura, y ha resultado útil para diferenciar una masa benigna de una maligna, y en la valoración de seguimiento en los casos diagnosticado como malignos.** (2, 6)

El diagnóstico histopatológico resulto benignos en 98% de los casos, encontramos que el más frecuente era el cistoadenoma seroso, esto coincide con la literatura que refiere que los cistoadenomas representan el 60% de los tumores benignos en mujeres menores de cincuenta años, (6, 12) el 5% resulto ser un carcinoma epidermoide no queratinizante de células grandes invasor en una paciente de 41 años la cual se encontraba en estadio IIIb, es decir ocupaba en el espacio entre el útero y la pared de la pelvis, el pielograma intravenoso mostraba hidronefrosis bilateral la paciente fue trasladada al Centro Nacional de Radioterapia. La extensión pélvica del cáncer de cervix pueden dar masa pélvica, la tasa media para el cáncer cervico-uterino es de 52.2 años y la distribución bimodal, con niveles máximos entre los 35 y 39 años y los 60 y 64 años. , Su diagnóstico se realiza mediante biopsia y su tratamiento es la radioterapia.(6,7)

Masa Pélvica

El diagnóstico se basa principalmente en la anamnesis y exploración física, los medios diagnósticos nos complementan y el diagnóstico histopatológico nos confirma nuestra sospecha clínica,

En este estudio encontramos que las características clínicas de las masas pélvicas eran benignas y los diagnósticos histopatológicos finales también fueron benigno, es decir que casi toda la población en estudio portaba patología benigna, por lo tanto al hablar de relación entre características clínicas y diagnóstico histopatológico podríamos solamente hablar de la patología benignas, pues la patologías malignas se dieron en poca cantidad, pienso que este estudio se podría continuar por un período de tiempo mayor tratando de aumentar las posibilidades de incluir patologías tanto benignas como malignas.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de masas pélvicas fueron encontradas en mujeres en edad reproductiva y en posmenopáusicas, de la ciudad de León, con baja escolaridad y acompañadas.
2. Los síntomas más frecuentemente encontrados era una masa que aumenta progresivamente, asociada a dolor, y a dificultad para miccionar y defecar.
3. De las características propias de la masa la mayoría eran benignas, pocas de características malignas.
4. Los hallazgos clínicos coincidieron plenamente con los hallazgos histopatológicos, la mayoría eran benignos.

RECOMENDACIONES

1. Asegurar institucionalmente la realización del CA – 125 y estudios ecográficos a las pacientes con masa pélvica.
2. Darle continuidad a este estudio sobre masa pélvica.
3. Establecer normas de manejo de la masa pélvica en la institución.
4. Valoración multidisciplinaria de las pacientes con masa pélvica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abad A, Carzola E, Ruiz F. et al Síndrome de Meig com Ca- 125 elevado case report and review of the literature. Eur J obstet Gynecol Reprod Biol 1999; 82(1): 97-99.
2. ACOG, Im. Samuel, Gordon A.N. et al. Validation of Referral Guidelines for Women with Pelvic Masses, Published by Lippincott Williams y Wilkins Vol 105. No 1 January 2005.
3. ACOG committee Opinion: The role of the generalist obstetrician gynecologist in the early detection of ovarian cancer. Obstet Gynecol number 280, December 2002; 100: 1413-6.
4. Ahued J, et al. Ginecología y Obstetricia aplicada 2da. Edición, México D. F. Manual Moderno 2003.
5. Barber HRK. Diagnosing and managing the adnexal mass. In: Barber HRK, ed Ovarian carcinoma 2da, ed, Nueva York: Masson, 1999: 114.
6. Berek J. S. , Yao SF, Hacker NF Ovarian cancer. In: Berek JS, Adashi EY Hillard PA eds Ginecología de Novak. 13ra Baltimore: William y Wilkins, año 2004 pag. 305 – 328.
7. Bermúdez Adolfo. Tesis: Concordancia Clínica y Ultrasonografica de las masas pélvicas por patología Ginecológica, 1996.
8. Bristow RE, Tomacruz RS, Armstrong DK, Trimble EL, Montz FJ, Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta- analysis. J Clin Oncol 2002; 20:1248-59.
9. Copeland, L. Ginecología y Obstetricia 2da. edición, Buenos Aires Argentina.
10. Darai E, Teboul J. Fauconnier A, et al. Management and outcome of borderline ovarian tumors incidentally discovered at or after laparoscopy. Acta Obstet Gynecol Scand 1998, 77(4): 451-457.
11. Decherney, A y Nathan L. Diagnóstico y tratamiento en Ginecología y Obstetricia 8va Edición México D.F. Manual moderno 2003.

12. Disaia P, Creasman W, Oncología Ginecológica Clínica, 6ta. Edición Madrid, España. Harcourt 2002. Pag. 259-288.
13. Gangei P, Dickison B, and Harrison T. et al Aspiration Cytology of neoplastic and non-neoplastic ovarian cists: is it accurate? Int. J Gynecol Pathol 1996, 15(2): 94-101.
14. González Merlo, J Ginecología 7ma Edición Barcelona, España. Masson 2000.
15. Guinet C, Ghossian M.A. .Buy JN et al. Mature cystic teratomas of the ovary: CT and MR findings. Eur J Radiol 1995, 20(2): 137-143.
16. Junor JE, Hole DJ, McNulty L, Mason M, Young J, Specialist gynaecologists and survival outcome in ovarian cancer: a Scottish national study of 1866 patients. Br. J Obstet Gynaecol 1999; 106:1130-6.
17. Kaser, O et al Atlas de Cirugía Ginecológica. 5ta. Edición Madrid España. Marban 2003.
18. Markman M, The role of CA- 125 in the management of ovarian cancer, Oncologist 1997. 2(1): 6-9.
19. Nezhat CR, Kalyoncu S, Nezhat CH, et al. Laparoscopic ovarian cyst surgery subsequently found to be malignant. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1995, 2(4 Suppl):S25-S26.
20. Ndubisi BU, et al. Masas Pélvicas En: Benrubi Guy I. Marban eds, Urgencias Obstétricas y Ginecológicas 2da Edición Filadelfia: William y Wilkins, 2003, Pág. 281-291.
21. O.P.S., OMS. Clasificación internacional de las enfermedades y problemas asociados ICD – 9: 789.3x, 9na edición, 1999.
22. Pérez Sánchez, A et al Ginecología. 2ed. Santiago de Chile. Mediterráneo. 1997.
23. Piura López. Introducción a metodología de la Investigación Científica 3ra. Edición Managua, Nicaragua. 1998.
24. Rock J and Thompson J. Te Linde Ginecología Quirúrgica 8va. Edición Buenos Aires, Argentina panamericana.
25. Scott J et al Danforth Obstetricia y ginecología 8VA edición, Filadelfia Estados Unidos de América Williams y Wilkins. 1999.

26. Spellacy WN. Pelvis infections and sexually transmitted diseases, in: Danforth obstetrics & Gynecology, 8va. Ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 589-590.
27. Woodman C. Baghdady A Collins S. Clyma JA What changes in the organisation of cancer services will Improve the outcome for women with ovarian cancer? Br. J Obstet Gynaecol 1997; 104: 135-9.

ANEXOS

Ficha de recolección de datos
Pacientes con diagnóstico de masa pélvica

Número de Expediente:

Ficha Número

Código del paciente:

Edad:

Procedencia:

Estado civil:

Escolaridad:

Cuadro Clínico: (sintomatología)

Característica clínica de la masa

Consistencia:

Quístico:

Sólido:

Movilidad:

Móvil:

Fijo:

Forma:

Liso:

Irregular:

Localización:

unilateral:

bilateral:

Ascitis:

Característica ecográfica de la masa:

Marcador tumoral: CA 125:

Mayor o igual 35 U/ML:

Menor de 35 U/ml:

Diagnóstico histopatológico:

Cuadro 1 Distribución de las pacientes con diagnóstico de masa pélvica según Procedencia. HEODRA Enero 2004 - Diciembre 2005.

Procedencia	Porcentaje	Número
León	37%	33
Malpaisillo	10%	9
El Sauce	9%	8
Jicaral	7%	6
Mina el limón	7%	6
Nagarote	7%	6
Telica	7%	6
La Paz Centro	4 %	4
Santa Rosa del Peñón	4%	4
Quezalguaque	3%	3
Chinandega	2%	2
Achuapa	2%	2
Chichigalpa	1%	1
Total	100%	90

Fuentes: Entrevista.

Cuadro 2 *Distribución de las pacientes con diagnóstico de masa pélvica Según Estado Civil. HEODRA. Enero 2004 - Diciembre 2005.*

Estado Civil	Porcentaje	Número
Acompañada	58 %	52
Casadas	18 %	16
Viudas	16 %	14
Solteras	8 %	8
Total	100 %	90

Fuentes: Entrevista.

Cuadro 3 Distribución de las pacientes con diagnóstico de masa pélvica según Escolaridad. HEODRA. Enero 2004 - Diciembre 2005

Escolaridad	Porcentaje	Número
Primaria	60 %	54
Secundaria	33 %	30
Universitaria	5 %	4
Analfabeta	2 %	2
Total	100 %	90

Fuentes: Entrevista.

Cuadro 4 Sintomatología General presente en pacientes con diagnóstico de masa pélvica. HEODRA. Enero 2004 - Diciembre 2005.

Síntoma	Porcentaje	Número
Dolor abdominal	98 %	88
Sensación de peso	98 %	88
Dificultad para orinar	53 %	48
Dificultad para defecar	28%	25
Náuseas	28 %	25
Vómitos	7 %	6

Fuente: Expediente Clínico y entrevista.

Cuadro 5 Características clínica de la masa en pacientes con diagnóstico de masa pélvica. HEODRA. Enero 2004 -Diciembre 2005.

		Porcentaje	Número
Consistencia	Quística	79 %	71
	Sólida	21 %	19
	Total	100 %	90
Forma	Lisa	79 %	71
	Irregular	21 %	19
	Total	100 %	90
Movilidad	Móvil	82 %	74
	Fijo	18 %	16
	Total	100 %	90
Localización	Unilateral	98 %	88
	Bilateral	2 %	2
	Total	100 %	90
Ascitis	No	99 %	89
	Sí	1 %	1
	Total	100 %	90

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro 6 Distribución de las pacientes según características ecográfica de masa pélvica. HEODRA. Enero 2004 -Diciembre 2005.

Diagnóstico	Porcentaje	Número
Masa Quística	62 %	56
Masa sólida	22 %	20
Masa sólido Quística	16 %	14
Total	100 %	90

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro 7 Distribución de las pacientes con masa pélvica según el resultado del marcador tumoral CA - 125. HEODRA. Enero 2004 - Diciembre 2005.

CA - 125	Porcentaje	Número
Menor de 35 u/ml	78 %	70
Mayor o igual 35 u/ml	22 %	20
Total	100 %	90

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro 8 Distribución de las pacientes con masa pélvica según el diagnóstico histológico patológico. HEODRA.
Enero 2004 - Diciembre 2005.

Diagnóstico	Porcentaje	Número
Cistoadenoma Seroso	43 %	39
Teratoma quístico maduro	12 %	11
Miomatosis	11 %	10
Endometrioma	6 %	5
Hidrosalpinx	6 %	5
Cistoadenoma mucinoso	4 %	4
Adenomiosis	3 %	3
Quiste paratubario	3 %	3
Fibroma	3 %	3
Embarazo ectópico	2 %	2
Absceso tuboovárico	1 %	1
Carcinoma epidermoide no queratinizante de células grandes	1 %	1
Tumor de Brenner	1 %	1
Muestra insastifactoria	1 %	1
Total	100 %	90

Fuente: Expedientes Clínico

Cuadro 9 Comparación del diagnóstico histopatológico con el marcador tumoral CA – 125 en pacientes con masa pélvica. HEODRA. Enero 2004 – Diciembre 2005.

Diagnóstico	CA – 125		Total
	Menor de 35 u/ml	Mayor o igual 35 u/ml	
Cistoadenoma seroso	28	11	39
Teratoma quístico maduro	8	3	11
Miomatosis	9	1	10
Endometrioma	5	0	5
Hidrosalpinx	5	0	5
Cistoadenoma mucinoso	2	2	4
Quiste tubárico	3	0	3
Embarazo ectópico	2	0	2
Fibroma	2	1	3
Adenomiosis	3	0	3
Absceso tuboovárico	1	0	1
Carcinoma epidermoide no queratinizante	0	1	1
Hipertrofia vesical	1	0	1
Tumor de Brenner	0	1	1
Muestra insastifactoria	1	0	1
Total	70	20	90

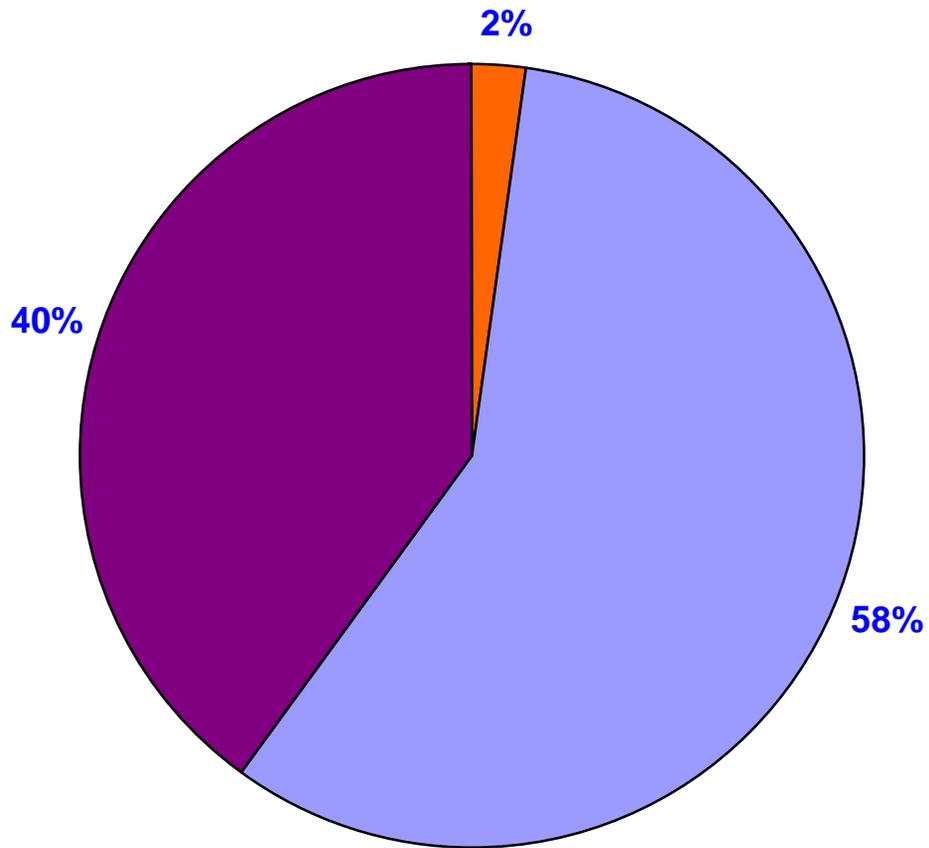
Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro 10 Relación entre la edad y el diagnóstico histopatológico en pacientes con masa pélvica. HEODRA. Enero 2004 – Diciembre 2005.

Diagnóstico	Edad mínima	Edad máxima	Edad promedio
Cistoadenoma Seroso	15	87	51
Teratoma quístico maduro	16	64	31
Miomatosis	34	74	45
Endometrioma	37	45	40
Hidrosalpinx	35	54	43
Cistoadenoma mucinoso	24	70	56
Adenomiosis	45	54	50
Quiste paratubario	39	62	48
Fibroma	35	72	55
Embarazo ectópico	28	34	31
Absceso tuboovarico	23	23	23
Carcinoma epidermoide no queratinizante de células grandes	41	41	41
Hipertrofia vesical	52	52	52
Tumor de Brenner	51	51	51
Muestra insatisfactoria	15	15	15

Fuente: Expediente Clínico.

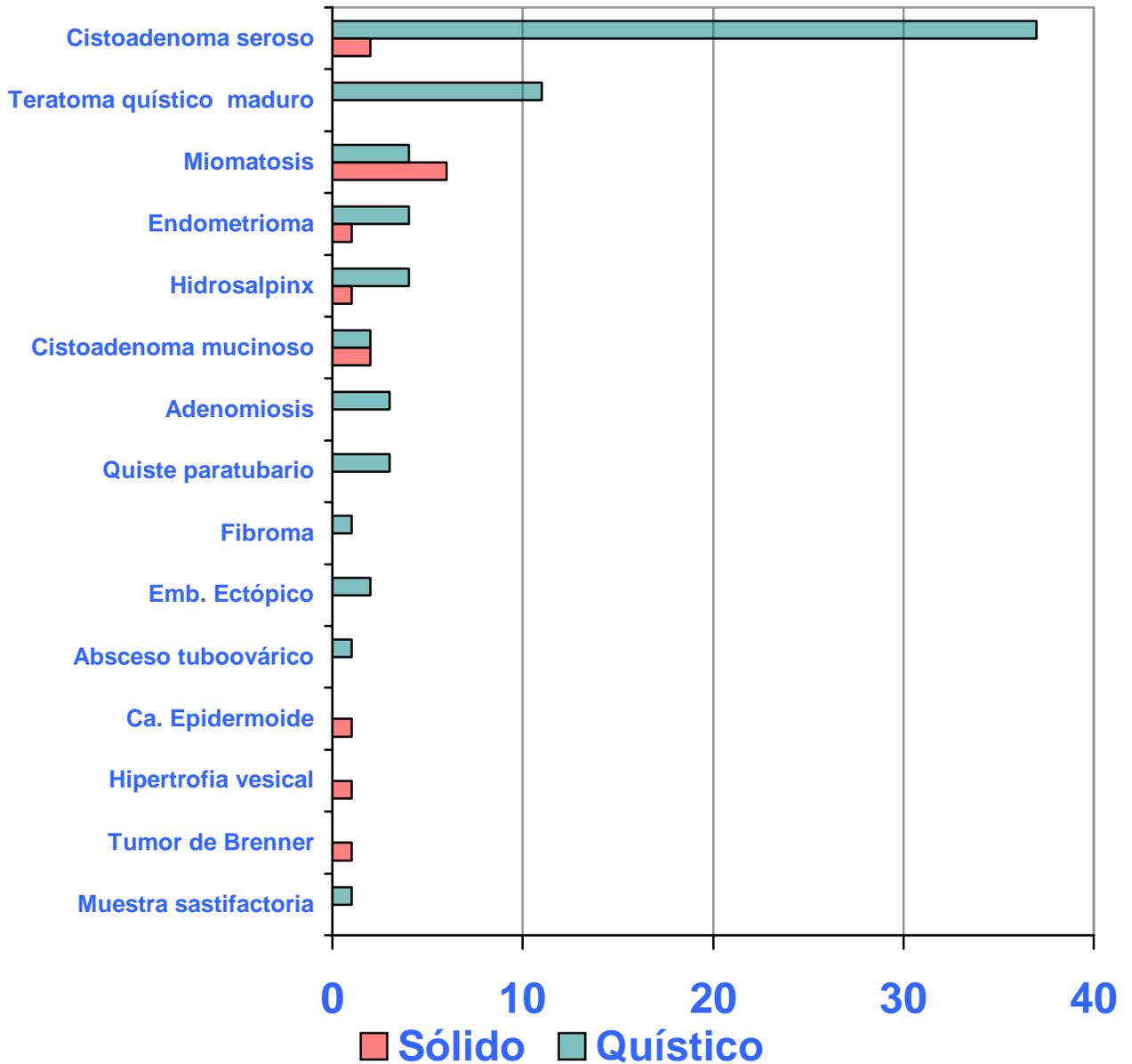
Gráfico 1
Distribución de las pacientes con diagnóstico de
masa pélvica según edad. HEODRA
Enero 2004 - Diciembre 2005



■ Menor 15 años ■ 15 a 45 años ■ Mayor de 45

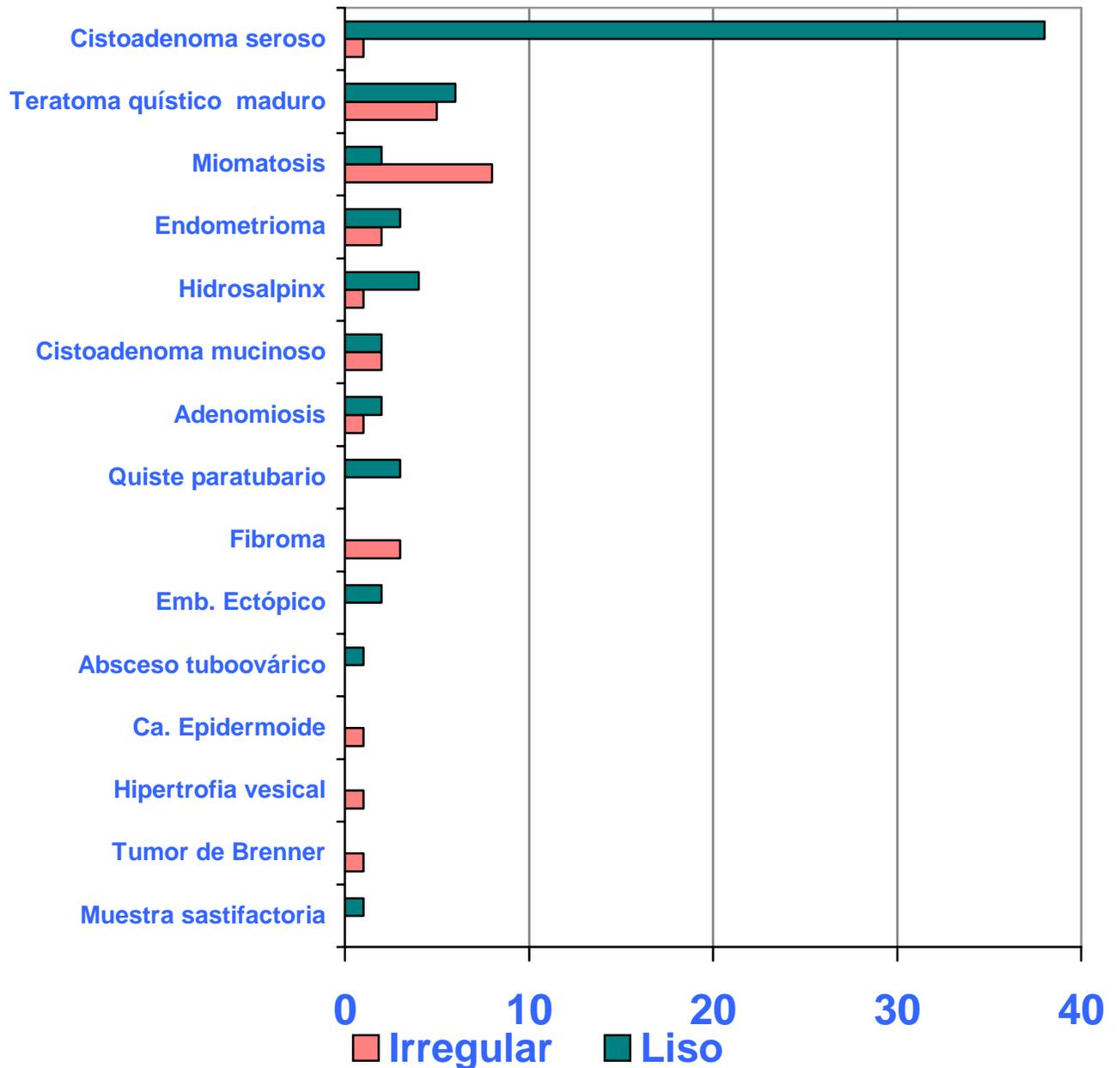
Fuente: Entrevista y expediente clínico.

**Gráfico 2 Relación entre el diagnóstico histopatológico y la consistencia de la masa pélvica.
HEODRA. Enero 2004 - Diciembre 2005.**



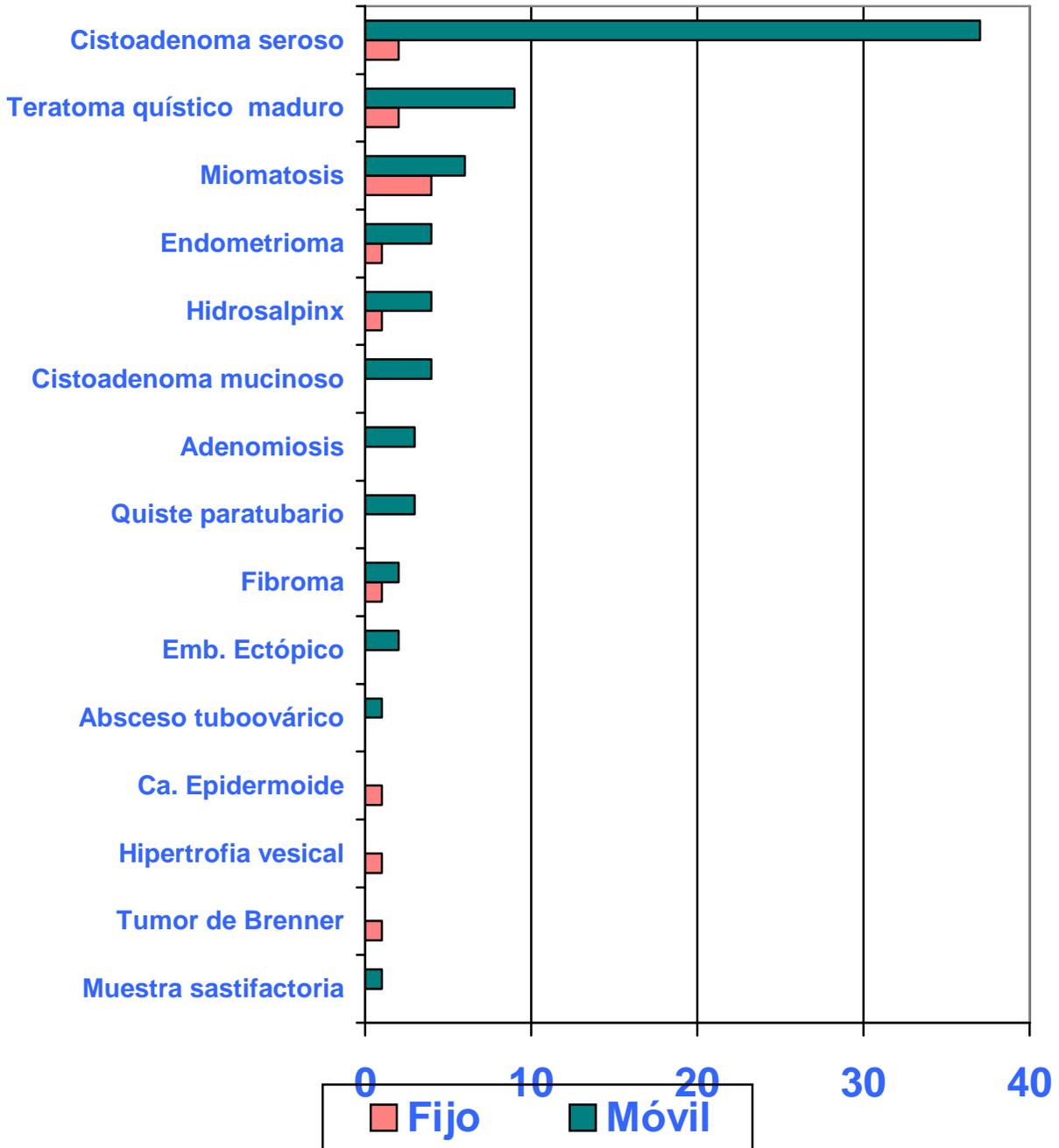
Fuente: Entrevista y expediente Clínico.

Gráfico 3 Relación entre el diagnóstico histopatológico y la forma de la masa pélvica. HEODRA. Enero 2004 - Diciembre 2005.



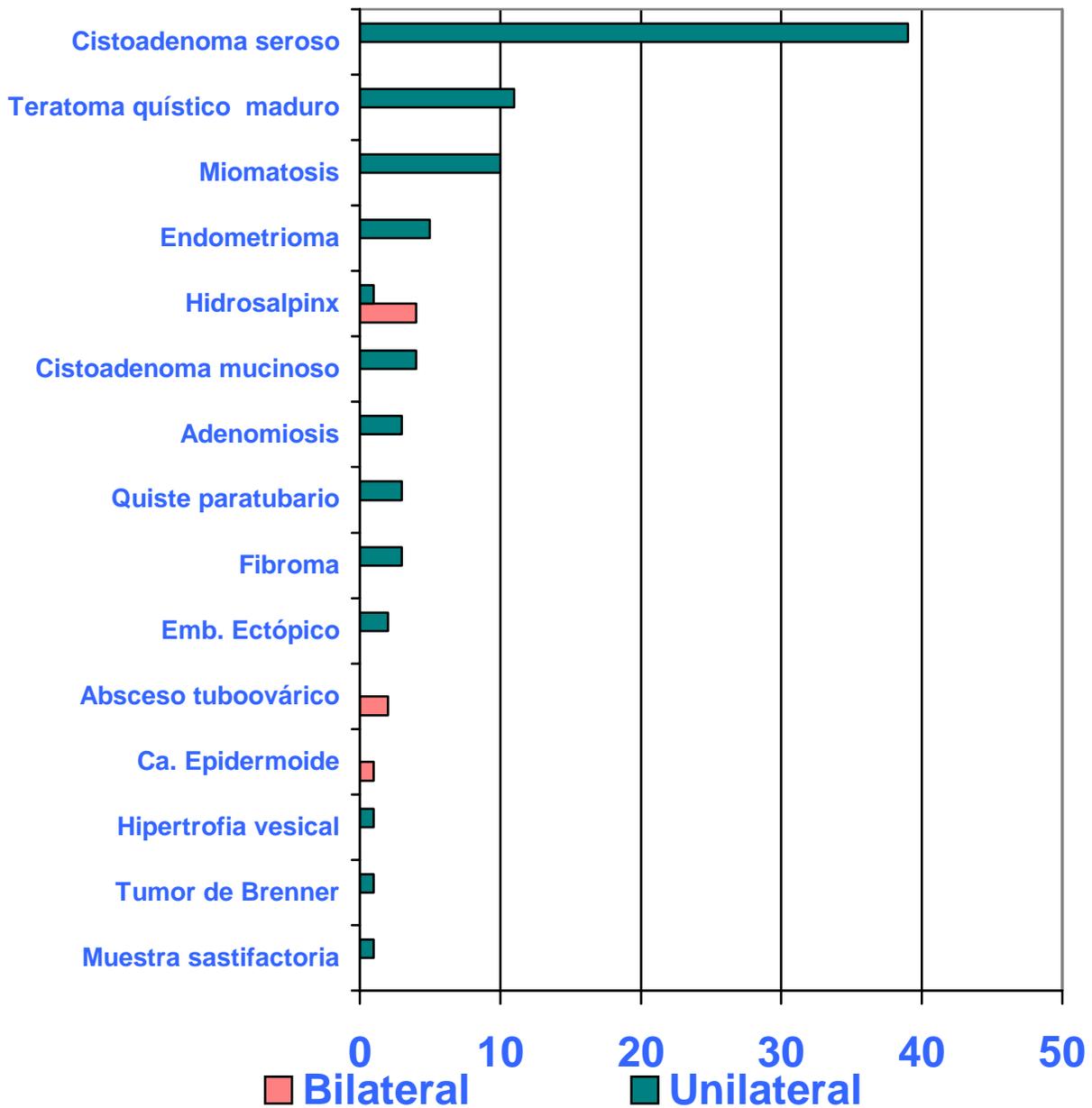
Fuente: Entrevista y expediente Clínico.

Gráfico 4 Relación entre el diagnóstico histopatológico y la movilidad de la masa pélvica. HEODRA. Enero 2004 - Diciembre 2005.



Fuente: Entrevista y expediente Clínico.

Gráfico 5 Relación entre el diagnóstico histopatológico y la localización de la masa pélvica. HEODRA
Enero 2004 - Diciembre 2005.



Fuente: Entrevista y expediente Clínico.

Teratoma Quístico



Cistoadenoma Seroso Papilar

