



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“CISTOADENOCARCINOMA EPITELIAL MIXTO”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Guevara Lascano, Johana Estefania

Tutor: Dr. Rodas Álvarez, Fausto Patricio

Ambato-Ecuador

Mayo 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor en el trabajo de investigación sobre Análisis de Caso Clínico con el tema: “CISTOADENOCARCINOMA EPITELIAL MIXTO”, de Guevara Lascano, Johana Estefania, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo del 2016

EL TUTOR

.....
Dr. Rodas Álvarez, Fausto Patricio

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “CISTOADENOCARCINOMA EPITELIAL MIXTO”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del presente trabajo.

Ambato, Mayo del 2016

LA AUTORA

.....
Guevara Lascano, Johana Estefania

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico parte de un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de caso clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Mayo del 2016

LA AUTORA

.....
Guevara Lascano, Johana Estefania

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema: “CISTOADENOCARCINOMA EPITELIAL MIXTO” de: Guevara Lascano Johana Estefanía, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo del 2016

Para la constancia firman

.....

Presidente

.....

1er Vocal

.....

2do Vocal

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios y a mi Familia. A Dios porque ha sido pilar fundamental en mi vida y en mi familia, cuidándome cuando mas lo necesitaba, protegiéndome de todo mal incluso cuando yo lo he provocado, su amor ha hecho valorar más mi vida y de las personas que amo.

A mi madre Myriam por darme la vida, un hogar y una familia para poder llegar a culminar mi carrera, además por estar a mi lado y apoyarme de manera incondicional en cada decisión que he tomado, por brindarme su hombro cuando lo he necesitado y por su amor infinito.

Guevara Lascano, Johana Estefanía

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por ser mi guía, mi protector y permitirme vivir cada día con salud y junto con mis seres amados.

A madre Myriam por todo lo que ha hecho por mí, por su amor, paciencia, dedicación que tiene conmigo desde el primer día de mi vida, a mis hermanas Dayana y Naomi por estar a mi lado y saber aconsejarme, a mi madre Blanca que me ha cuidado desde niña, a mi tío Washington por estar siempre pendiente de mí, a Galo Daniel por permanecer a mi lado toda mi Carrera y apoyarme, y al fruto de nuestro amor, este bebe que llevo en mi vientre.

A mis profesores que me han permitido compartir sus conocimientos y sabiduría en cada una de las clases para poder ser un buen profesional, a mi Tutor el Dr. Fausto Rodas por guiarme correctamente para la realización de este trabajo.

A la Universidad Técnica de Ambato por ser el lugar donde me forme académicamente y brindarme la oportunidad de estudiar en sus prestigiosas aulas.

Guevara Lascano, Johana Estefania

ÍNDICE PRELIMINAR

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE PRELIMINAR.....	viii
RESUMEN.....	xi
SUMARY.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN	1
DEFINICIÓN	2
EPIDEMIOLOGÍA	2
ETIOLOGÍA	3
DIAGNÓSTICO	7
TRATAMIENTO.....	11
PRONÓSTICO.....	13
II. OBJETIVOS	14
OBJETIVO GENERAL.....	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	15
HISTORIA CLÍNICA.....	16
ANAMNESIS	16
Antecedentes Patológicos Personales	16
Antecedentes Patológicos Familiares.....	17
MOTIVO DE CONSULTA	17
ENFERMEDAD ACTUAL	17
EXAMEN FÍSICO	18
EXAMENES DE LABORATORIO	19
IV. DESARROLLO	23
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	23

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	24
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	24
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	25
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	28
PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO	29
V. CONCLUSIONES	30
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
BIBLIOGRAFÍA	31
LINKOGRAFÍA	31
CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA	34
ANEXOS:	35
ANEXO 1: MASA OVARICA DE PACEINTE	35
ANEXO 2: PACIENTE ON MASA OVÁRICA ANTES DE CIRUGÍA....	36
ANEXO 3: TAC DE ABDOMEN, SIN CONTRASTE 2016/10/28.....	36
ANEXO 4: INFORME DE TAC DE ABDOMEN, SIN CONTRASTE 2016/10/28	37
ANEXO 5: CITOLOGIA DE LÍQUIDO DE QUISTE OVARICO 2015/07/09	37
CITOLOGÍA	37
ANEXO 6: RADIOLOGIA DE TORAX 22/07/15	38
ANEXO 7: INFORME DE RADIOLOGIA DE TORAX 22/07/15.....	38
ANEXO 8: INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO 2015/07/17	38
ANEXO 9: EXTRACCION DE MASA OVARICA.....	38
ANEXO 10: MASA OVARICA.....	39
ANEXO 11: QUISTE GIGANTE OVÁRICO	40
ANEXO 12: RESECCION INTESTINAL: EPIPLÓN.....	40
CITOLOGÍA	40
ANEXO 13: INFORME DE HISTOPATOLOGICO 2015/09/13.....	40
ANEXO 14: CLASIFICACIÓN DE TUMORES EPITELIALES	43
ANEXO 15: CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS MACROSCÓPICAS DE MALIGNIDAD DE MASA OVÁRICA.....	44
ANEXO 16: ALGORITMO PROPUESTO DE LAS PRUEBAS A REALIZAR PARA POSIBLE CÁNCER DE OVARIO	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Biometría Hemática 2015/07/08.....	19
Tabla 2: Química Sanguínea 2015/07/08.....	19
Tabla 3: Otros 2015/07/08.....	19
Tabla 4 Tiempos 2015/07/08.....	20
Tabla 5: Biometría hemática 2014/07/10.....	20
Tabla 6: Perfil Lipídico 2014/07/10.....	21
Tabla 7: Tiempos 2015/09/14.....	21
Tabla 8 Biometría Hemática 2015/07/21.....	21
Tabla 9 Otros 2015/07/21.....	22
Tabla 10 Marcadores Tumorales 2015/07/21.....	22
Tabla 11 Otros 2015/07/21.....	22

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“CISTOADENOCARCINOMA EPITELIAL MIXTO”

Autora: Guevara Lascano, Johana Estefanía

Tutor: Dr. Rodas Álvarez, Fausto Patricio

Fecha: Mayo 2016

RESUMEN

El Cistoadenocarcinoma epitelial mixto es un tipo de tumor del tracto genital femenino, que en inicio no presenta mayor molestia al paciente, cuando se extiende presenta diversos síntomas gastrointestinales que nos pueden inclinar a múltiples posibilidades diagnósticas, por lo que se considera de difícil diagnóstico temprano y además por tener un su mínima incidencia en la población.

El objetivo del presente caso clínico es realizar una derivación oportuna para una adecuada terapéutica especializada en pacientes con cistoadenocarcinoma epitelial mixto.

Una paciente femenina de 68 años sin antecedentes patológicos personales y familiares, ingresa por presentar de masa abdominal de 1 año de evolución que se localiza a nivel de hemiabdomen izquierdo, que ha ido aumentando de tamaño paulatinamente, acompañada de dolor tipo pesantes con EVA de 9/10 y una ecografía que reporta quiste retroperitoneal, se decide interconsulta a cirugía general.

En este paciente el diagnóstico se realizó al ingresar a emergencia con la presencia de masa de gran tamaño a nivel abdominal + dolor abdominal de gran intensidad, por lo que es referido a consulta externa de cirugía general, realizan TAC abdominal donde se evidencia gran masa intra-abdominal que compromete el

hemiabdomen izquierdo que aparenta contenido líquido, marcadores tumorales elevados (Índice Roma 35.5%, HE4 114,5), citología de líquido de tumor negativo (obtenido por paracentesis), por lo que junto con ginecología se considera el diagnóstico de masa ovárica con sospecha de malignidad, y deciden intervención quirúrgica para resección de masa quística gigante obteniendo tumor quístico dependiente de ovario izquierdo de 22,8 de ancho por 33 cm de longitud con un peso de 7,8 kg, es enviado para histopatológico que reporta de cistoadenocarcinoma mucinoso tipo endocervical e intestinal, epitelial mixto de tipo mulleriano, por lo que se decide transferencia a unidad de oncología para su posterior tratamiento.

PALABRAS CLAVES: CISTOADENOCARCINOMA, OVARIO, TUMOR QUISTICO_GIGANTE.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

“THE MIXED EPITHELIAL CYSTOADENOCARCINOMA”

Author: Guevara Lascano Johana Estefanía

Tutor: Dr. Rodas Álvarez Fausto Patricio

Data: April 2016

SUMMARY

The mixed epithelial cystadenocarcinoma is a type of tumor of the female genital tract, which start no more discomfort to the patient, when extended by the abdominal-pelvic or perhaps cavity distance presents various symptoms such as abdominal bloating, pelvic pain, urinary urgency disorders gastrointestinal and even intestinal obstruction, which as we see we can tilt to multiple diagnostic possibilities such as gastrointestinal diseases or metastatic from other primary tumors such as breast or thyroid, so it is considered difficult to diagnose early the same, and in addition to have a minimal impact on its population.

The aim of this case report is to make a timely referral to appropriate specialized therapeutic in patients with mixed epithelial cystadenocarcinoma.

This case is a female patient of 68 years without family of important personal medical history and the reason for consultation by entering is the presence of abdominal mass of 1 year of evolution which is located at the level of the left abdomen, which has been gradually increasing in size with the passage of time, accompanied by pain type pesantes 9/10 eva so go and echo which reports retroperitoneal cyst. For these characteristics interconsultation you decide to general surgery, who extend a turn for outpatient assessment.

Cystoadenocarcinoma mixed epithelial is a type of disease that can remain in a silent start. In this patient the diagnosis was made when entering emergency with the presence of large mass at the abdomen + abdominal pain of great intensity, which is referred to outpatient general surgery, performed abdominal CT where large intra-abdominal mass is evidence which commits the left abdomen appears to liquid content, elevated tumor markers (index 35.5% Roma, HE4 114.5), liquid cytology negative tumor, so along with gynecology dg ovarian mass with suspected malignancy, and decide intervention surgical resection of giant cystic for obtaining cystic tumor mass dependent left ovary 22.8 wide by 33 cm long with a weight of 7.8 kg, smooth covered with small septa, does not invade other organs, but moves medial entire small and large intestine, and right ovary atrophic with multiple cysts of 1 cm in diameter apparently in number 3, is sent for histopathological reporting of cystoadenocarcinoma mucinous endocervical and intestinal type, mixed epithelial mullerian type, so transfer oncology unit for further treatment is decided.

KEYWORDS: CYSTOADENOCARCINOMA, MIXED, OVARIAN, GIANT CYSTIC TUMOR.

I. INTRODUCCIÓN

El cistoadenocarcinoma epitelial mixto es un tipo tumores Müllermanos, donde su combinación más frecuente es de tumor mucinoso con endometroide y de células claras, se lo cataloga así por su combinación significativamente proporcional, en si este tipo de cáncer es la principal causa de muerte en cuanto a neoplasias ginecológicas¹⁻¹⁷.

El cáncer de ovario durante etapas tempranas es asintomática principalmente, por ello es de mal pronóstico ya que su tasa de supervivencia global es pobre a los 5 años, la mayoría de estos cánceres se origina en el epitelio superficial de este órgano, y pueden experimentar una transición epitelial-mesenquimal en respuesta a varios mediadores.¹⁶⁻¹⁸

El cáncer de ovario de tipo epitelial, de un 5 a un 10% de los pacientes diagnosticados con esta patología se encuentran dentro de los síndromes hereditarios, su diagnóstico suele efectuarse posterior a la menopausia, la edad promedio de presentación es a los 63 años, en un 16% se ha diagnosticado entre los 40 y 44 años⁵.

El diagnóstico de sospecha de este tipo de cáncer ginecológico se establece, bien en el contexto de una paciente con sintomatología o de una totalmente asintomática como hallazgo casual en una exploración clínica o ecográfica, por ello se debe realizar una buena anamnesis para determinar factores de riesgo, al igual que un exhaustivo examen físico para determinación de características de la masa, posibles signos de infiltración y obviamente el estado general del paciente⁶.

El tratamiento es quirúrgico y coadyuvar con quimioterapia, en cuanto a la resolución quirúrgica, se puede realizar una cirugía conservadora, donde se mantiene uno de sus ovarios cuando la mujer es joven o el estadio de la enfermedad es muy precoz o una citoreductora, cuando la enfermedad está en estadios avanzados, y se

desea extirpar en su totalidad y suele complementarse con quimioterapia para reducir los restos de tumor que hayan podido quedar⁷.

DEFINICIÓN

El Cistoadenocarcinoma epitelial mixto se define como una neoplasia que está dentro de la clasificación más frecuente de cáncer de ovario, se denomina mixto ya que tiene una cantidad de células proporcionales de tumor mucinoso con endometroide y de células claras, existen más variantes pero esta es la más frecuente, son de diagnóstico tardío por su forma de presentación que en un inicio es asintomática, y va presentado sintomatología con la progresión en cuanto a su tamaño, en si los Cistoadenomas Mucinosos tienen la característica común de alcanzar grandes tamaños, de hecho los tumores más grandes reportados en la literatura pertenecen a este grupo⁸⁻¹⁶.

EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer epitelial de ovario es la quinta en frecuencia de las condiciones malignas entre las mujeres en EEUU con una incidencia anual de 22.000 nuevos casos, constituyen 2/3 de los tumores ováricos en general y 90% de los malignos, los más comunes son los papilíferos serosos (65 %), siguiendo los mucinosos en un 20 %, endometrioides en un 2 % y por último el de células claras, de Brenner malignos y los carcinomas indiferenciados.¹⁵

Las tumoraciones ováricas en si es un problema de salud pública ya que representa alrededor de 85 % a 90 % en la mayoría de los países y su tasa de incidencia se ve más elevada en países industrializados, y puede variar según la región y el tipo de población estudiada, En todo el mundo, el cáncer de ovario representa el 4% de los diagnósticos de cáncer, que representa 224 000 casos, y con 140 163 defunciones, que representan un 5% de las muertes ocasionadas por esta patología, su diagnóstico

se realiza en un 40% en mayores de 65 años, y su mayor incidencia es entre 75 y 79 años de edad. El carcinoma epitelial representa la séptima causa de incidencia con 221747 casos en el año, y también toma el mismo lugar en cuanto a mujeres con defunciones en 73854 casos, la Asociación Americana de Cáncer, en 2009, estimó que 21.550 mujeres en Estados Unidos fueron diagnosticados de cáncer de ovario, mientras que en el 2010 ocurriendo 14,600 muertes por esta enfermedad. Y en España en 2007 se diagnosticaron 3,300 pacientes y hubo 1,700 defunciones. En México en 1997 se calculó 2,991 casos de cáncer de ovario, los cuales representan un 5.3% en todos los grupos de edad y un 21% con malignidad.⁸⁻¹⁰⁻¹⁸⁻²³

En Venezuela, según cifras del Registro de Cáncer del Programa Nacional de Oncología (RCPNO), alcanza un 93,4 %, es decir 761 de 864 mujeres con esta patología son recopiladas entre el 2005 y el 2009, correspondieron a neoplasias epiteliales en un 90 %, de estas representa de un 15,6 % y 29,1 % de tipo maligno con un promedio de edad de 49,6 años y el 52,2 % se ubicó en el grupo de 50 o más años, en Cuba se notificaron en el 2008 se encontró 339 casos nuevos de esta enfermedad y 218 defunciones⁸⁻¹¹

En Ecuador el cáncer de ovario es la sexta neoplasia más frecuente, su tasa de incidencia ha ido en aumento con el pasar de los años; en el período 1986- 1990 la incidencia era de 5,0 se compara con el período 2001-2005 y se ve un incremento a 7,4, y su tasa de mortalidad es de 2,9¹³.

ETIOLOGÍA

Según la Organización Mundial de la Salud, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Sugieren que esta patología esta inducida por procesos que ocurren durante la transformación de las células del tumor. Existen múltiples factores asociados al desarrollo del cáncer de ovario, los cuales crean mayor predisposición a malignidad⁹.

Los factores de riesgo más incipientes:

- Nuliparidad
- Menarca temprana.
- Menopausia tardía.
- Edad avanzada.
- Historia familiar.
- Alteraciones genéticas
- Norteamericanos y noreuropeos¹⁵
- Infertilidad
- El tabaquismo
- La alimentación
- Factores socioculturales
- Uso de talco en la higiene genital⁸

Edad de la menarquia:

Tras varios estudios con resultados contradictorios se acepta que, en los países desarrollados, la edad de la menarquia representa un riesgo aunque en escaso porcentaje en el riesgo de cáncer de ovario, al igual que al presentar menopausia tardía.²⁰

Nuliparidad:

Personas que solo han tenido un hijo tienen una probabilidad de 2,45 veces mayor de tener cáncer de ovario, a comparación de las mujeres multíparas con tres o más embarazos a término.⁸

Infertilidad:

Las mujeres diagnosticadas de infertilidad con endometriosis tienen un riesgo relativo de 1,73 de presentar un cáncer de ovario.⁸

Alimentación

El consumo excesivo de grasas saturadas y exceso de proteínas aumentan la probabilidad de padecer esta enfermedad, además un alto consumo de alimentos con

lactosa y café, mientras que se ha encontrado que el consumo de alcohol disminuye esta posibilidad por presentar una menor secreción de gonadotropinas en mujeres alcohólicas.¹⁰

Obesidad:

Pacientes con excesivo peso en especial cuando el aumentan su índice de la masa corporal ocurre antes de los 18 años aumentan el riesgo de padecer carcinoma ovárico.

Tabaquismo:

El consumo excesivo de tabaco cuantificado en un número de más de 20 cigarrillos por día por varios años, ocasionan un riesgo a padecer esta patología,

Los estudios realizados a nivel epidemiológico han permitido enunciar 3 teorías con respecto a las diferentes causas de esta enfermedad en general teniendo las siguientes:

- Se puede producir por la división celular ininterrumpida y la continua regeneración a nivel del epitelio ovárico con cada ovulación proporcionan la oportunidad para una mutación y transformación de tipo maligna por la estimulación de los ovarios y por hormonas gonadotrópicas, al mantenerse esto pueden inducir a la malignización de dichas células.
- Otra teoría es la exposición del ovario a diferentes agentes de tipo carcinógeno.
- Otra opción por las que muchos se inclinan es que los eventos moleculares que dirigen el desarrollo del cáncer epitelial de ovario son desconocidos.¹¹

Historia familiar

El cáncer de ovario con historia familiar constituye apenas 2,5 % del total y se han identificado 3 tipos de cánceres de tipo hereditario; el primero es el cáncer en sitio específico con el que existe alto riesgo si hay cáncer en 2 familiares de primer grado, presentando un 50 % de probabilidades de ser afectado; en segundo es el síndrome mama-ovario de cáncer familiar, cuando haya 5 casos de cáncer de mama y ovario en la familia, incluyendo 2 de cada uno de estos, en si se da por un patrón de transmisión dominante que se asocia a los cromosomas 16q y 17q21; en tercer lugar

tenemos el cáncer colorrectal no polipósico (síndrome de Lynch de tipo II) que incluye múltiples adenocarcinomas como son cáncer de colon, de ovario, endometrio, mama, del sistemas gastrointestinal y urinario.¹¹

Factores Genéticos

Dentro de los estudios realizados se han identificado alrededor de 15 oncogenes relacionados con el carcinoma de ovario y 11 implicados en cuanto a la amplificación genética. Se describen dos síndromes asociados con cáncer de ovario, el primero es el síndrome de cáncer hereditario de mama-ovario (SCHMO) y el síndrome de cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (síndrome de Lynch). El síndrome de cáncer hereditario de mama-ovario (SCHMO), el cual está asociado a mutaciones de los genes BRCA 1 y BRCA 2, que están ubicados en el cromosoma 17 (q21) y en el cromosoma 13 (q12), respectivamente, con lo que tiene un riesgo de desarrollar cáncer epitelial de ovario de Aproximadamente 10 % a 54 % durante toda su vida. El cáncer epitelial de ovario hereditario está relacionado con este síndrome en un 90 % de los casos. El síndrome de Lynch o cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis es un síndrome genético autosómico dominante que ocasiona aproximadamente un 5 % de carcinomas hereditarios de ovario, se han identificado cuatro genes implicados en la reparación del ADN: hMSH2 (brazo del cromosoma 2p), hMLH1 (brazo del cromosoma 3p), hPMS1 (brazo del cromosoma 2q) y hPMS2 (brazo del cromosoma 7p). La mutación y pérdida de la función del p53 es la anomalía genética más frecuente en el cáncer de ovario, el cual se presenta en un 60 % a un 80 % de los casos, pero este está asociado con mayor incidencia al cáncer seroso. En segundo lugar el defecto de la reparación del ADN, al igual que la mutación del BRCA 1 que ocupa un porcentaje de un 30 %-60 % y la del BRCA 2, entre 15 % a un 30%, las mutaciones de KRAS, BRAF y PIK3 se ubican alrededor del 20 %.⁸

Factores geográficos:

El cáncer de ovario es más frecuente en los países desarrollados, en zonas urbanas y en cuanto a la raza la más afectada es la raza blanca. Su incidencia es mayor en los

países nórdicos, el Reino Unido y Estados Unidos, donde se diagnostican unos 22.400 casos anuales.²⁰

Por lo contrario dentro de los factores que disminuyen el riesgo de adquirir esta patología están una edad menor de 40 años, la menarquia tardía, la multiparidad, uso por más de 5 años de anticonceptivos orales, ya que proporciona disminución del riesgo de un 20 % por cada año de tratamiento, esta se va a mantener por 30 años después de suspender el anticonceptivo oral, esta disminución del riesgo de cáncer de ovario se observó en todos los tipos histológicos salvo en el tipo mucinoso. Las diferentes concentraciones de estrógenos tienen el mismo efecto preventivo que la salpingectomía, la salpingo-forectomía, la histerectomía o la salpingoligadura.⁸⁻¹⁸

CLÍNICA:

Lamentablemente este tipo de patologías en un 70% de las pacientes son diagnosticadas cuando éste se ha extendido fuera de la pelvis, ya que como lo mencionamos anteriormente en un inicio es totalmente asintomática y difícil en cuanto a la percepción de que el paciente pronostique que ocurre algo en su organismo. Por otra parte, el crecimiento de una masa ovárica en la pelvis puede afectar a las estructuras vecinas, principalmente la vejiga y el recto causando síntomas como diuresis frecuentes, diarrea o estreñimiento, y dolor abdominal o pélvico, suelen indicar una fase avanzada del proceso, representan un mínimo porcentaje en cuanto a su supervivencia, ya que su posibilidad de curación es escasa por ello se lo denomina “el asesino silencioso”¹⁵⁻¹⁷.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de cistoadenocarcinoma epitelial mixto, es una buena anamnesis un examen físico de manera exhaustiva y ayudarnos de exámenes tanto de imagen como de laboratorio para poder confirmar nuestro posible diagnóstico.⁴

Exámenes de laboratorio

En cuanto al laboratorio es necesario solicitar: biometría hemática, química sanguínea completa, marcadores tumorales.⁵

MARCADORES TUMORALES PARA CÁNCER DE OVARIO		
CA 125 (antígeno carbohidratado 125)	Importante para el diagnóstico de esta enfermedad, pero no es específico ya que otras patologías alejadas de la de estudio pueden tender a elevar este marcador, como en patología benigna relacionada con la inflamación peritoneal (endometriosis, EPI, o fibromas) pero es de ayuda para Detectar su progresión y recurrencias ¹⁹	Valor de referencia: < 35 U/ml. En el cáncer de ovario >1500
Antígeno Carcinoembrionario (ACE)	Es útil en estudio de pacientes con una lesión anexial que se considera metastásica. ⁵	Valores de normales No fumadores 0-3 ng/ml y Fumadores 0-5 ng/ml
Proteína Epididimal Humana 4 (HE4)	Es considerado como biomarcador temprano para neoplasmas de ovario, Sensibilidad similar a Ca125 para c. ovario, pero superior en el diagnóstico de m. anexiales (pre-menopáusicas) Mayor especificidad diagnóstica (menos falsos positivos) Mayor eficacia en la detección de tumores (en estadio precoz)	Valores de referencia: pre menopáusicas He4 < 150 pmol/l postmenopáusicas He4 < 90 pmol/l

Algoritmo ROMA	El algoritmo del riesgo de malignidad ovárica ROMA permite clasificar a las pacientes en la categoría de alto o bajo riesgo de detectar cáncer de ovario durante la cirugía de la masa ovárica. Es un cálculo matemático que requiere resultados de valores séricos de CA-125 y HE4 (U/ml). sensibilidad de 92,3%, una especificidad de 76,0%	Premenopáusica el ROMA $\geq 7,4\%$ Alto riesgo de hallar cáncer ovárico epitelial ROMA $< 7,4\%$ Bajo riesgo.
		Postmenopáusicas ROMA $\geq 25,3\%$ tiene un alto riesgo de hallar cáncer ovárico epitelial, ROMA $< 25,3\%$ esta con bajo riesgo de hallar cáncer ovárico epitelial.
AFP(alfa-fetoproteína)	Es una glicoproteína que tiende a elevarse en Cáncer de células germinales de ovario, pero también se incrementa en carcinoma hepatocelular. ¹²⁻²⁰	AFP: Normal: < 20 ng/mL
LDH (ácido láctico deshidrogenasa)	Esta enzima se encuentra presente en prácticamente todos los tejidos, por lo que puede elevarse en cualquier tumor y en una diversidad de patologías benignas como infarto agudo de miocardio, hepatitis, En el cáncer de ovario, se eleva particularmente en los carcinomas indiferenciados y sus niveles se relacionan con el estadio tumoral. ¹⁹	Normal: 105 a 333 UI/L

<p>B-HCG (gonadotropina coriónica humana)</p>	<p>Es de elección para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), un espectro de patologías que incluye a la Mola Hidatiforme, el Tumor de Sitio de Inserción Placentaria y el Coriocarcinoma¹²⁻²⁰</p>	<p>HCG: En mujeres no embarazadas, normal < 5 mUI/mL</p>
---	---	---

Estudio Genético:

Se recomienda realizar análisis genético para descartar el SCHMO en con historia personal o familiar de cáncer sincrónico o consecutivo de mama y ovario. También en pacientes con cáncer de ovario con un familiar con diagnóstico de cáncer de mama diagnosticado a los 50 años o antes, o cáncer de ovario diagnosticado a cualquier edad, con ancestros judíos Asquenazí, en mujer con cáncer de mama diagnosticado a los 50 años o menos con un familiar cercano con cáncer de ovario o varón con cáncer de mama a cualquier edad.⁸

PRUEBAS DE IMAGEN

Ecografía

Inicialmente se pedirá exámenes menos invasivos como la ecografía, ya que este método puede detectar lesiones durante su fase asintomática, así como visualizar las características que sugieren benignidad o malignidad, con una fiabilidad de aproximadamente 70 a 90 %, para lo cual se requiere de complementación de las ecografías por vía abdominal y vaginal. Si es una ecografía abdominal se podrá evaluar grandes masas. Otra posibilidad es la ecografía por vía vaginal es la técnica de imagen ideal y de primera línea para la determinación de las masas anexiales, ya que puede demostrar lesiones menores de 3 cm, pero tiene la desventaja de poseer un campo de visión limitado, solo alcanza a visualizar hasta 10 cm de la cúpula vaginal, podríamos complementar también con un estudio Doppler para la detección del aumento de vascularización intra y peri-tumoral, el cual puede hacer por vía intra-vaginal una valoración del flujo vascular y proporciona información adicional sobre

el potencial de malignidad de las masas anexiales encontradas, dejando a la ecografía abdominal la mejor especificidad en cuanto a la extensión de la masa.⁶⁻¹¹.

Los tumores mucinosos, por su gran tamaño pueden llenar la pelvis y extenderse en todo el abdomen. Este tipo de masas cuando son benignas, en su mayoría son multiloculares con tabiques y paredes finas, sin vegetaciones; pero si sospechamos de malignidad estos aparecen con gruesos tabiques, paredes engrosadas y masas papilares múltiples en su interior. De manera ecográfica se puede presentar en 3 distintas formas: la quística unilocular, que presenta con un contenido líquido finamente ecogénico; la multilocular, la cual es la variedad más frecuente, con aspecto de panal de abejas, también tenemos la forma anárquica, este se presenta con un aspecto mixto, con numerosos tabiques, que están entremezclados con áreas entre gelatinosas y hemorrágicas, parecidos a una lesión de tipo sólida¹¹.

Tomografía Axial Computarizada

Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis nos proporciona abundante información en cuanto al tamaño y localización del tumor en la pelvis, si hay o no ganglios linfáticos regionales, si existe o no ascitis y pese a ser poco frecuente hay que descartar la presencia de metástasis viscerales en bazo o hígado, también nos ayuda a detectar implantes peritoneales que son muy frecuentes en el cáncer de ovario. No obstante, el TAC suele no detectar implantes de menos de 1-2 centímetros, por lo que con frecuencia en los estadios avanzados existe un mayor padecimiento de la que detecta el TAC. La realización del TAC, aunque para algunos autores no es imprescindible antes de la intervención, nos parece muy conveniente por la información que proporciona para el cirujano.¹⁷

TRATAMIENTO

Se recomienda abordaje quirúrgico, como en toda cirugía el paciente debe ser evaluado para tener un riesgo quirúrgico en forma completa, recibir profilaxis antibiótica y antitetánica, con una apropiada preparación intestinal por eventual resección y heparina en dosis antitrombóticas para evitar posibles complicaciones. Si se realiza una citorreducción como sabemos es para una máxima extirpación de

tumor la cual permite mejorar la efectividad de la quimioterapia en su postoperatorio, prolongando la sobrevida del paciente. Aproximadamente 70-80% de estos pacientes tienen una recurrencia después de recibir una quimioterapia de primera línea basada en platino y taxanos, por ello hay la opción de una citorreducción secundaria para elevar el tiempo de sobrevida del paciente, también tenemos la Cirugía del Intervalo, se puede considerar este procedimiento en tumores muy voluminosos.¹⁰

El hallazgo de una masa pélvica sospechosa de malignidad, hoy día sigue precisando de una laparotomía exploradora o laparoscopia, según la experiencia del cirujano, para un diagnóstico y estadificación definitiva, así como para proceder a citorreducción quirúrgica en caso de que se trate de una enfermedad avanzada. Esta parte del tratamiento la parte más importante del tratamiento, ya que la cirugía tiene la finalidad de conseguir la confirmación histológica de la enfermedad, determinar específicamente la verdadera extensión de la enfermedad, y con ello conocer qué tratamiento postquirúrgico se precisa y cuál es el pronóstico de la paciente, y el más importante para conseguir, en el caso de enfermedad avanzada, la máxima citorreducción posible, definida por la presencia o no de menos de 1 ó 2 centímetros de enfermedad residual, y con ello conseguir mejorar el pronóstico de la paciente. El procedimiento consiste en realizar una laparotomía media amplia, suprainfraumbilical, el cual va a permitir inspeccionar toda la cavidad abdominal incluyendo ambas cúpulas diafragmáticas y el retroperitoneo. Se procede a realizar un lavado de la cavidad peritoneal y se envía el líquido resultante para citología. La inspección intraabdominal y palpación de todas las superficies peritoneales y mesentéricas debe realizarse de manera cuidadosa, sobre todo para evaluar las características morfológicas para descartar malignidad. Después se debe proceder a la resección del ovario del que derive la masa anexial, con cuidado de que no se rompa el mismo, si es limitado y bien diferenciado, se podrá dejar el ovario contralateral y el útero y se procederá a terminar proceso exploratorio, si la paciente tiene una extensión totalmente irreseccable, se debe proceder a la toma de citologías y biopsias que permitan la confirmación histológica de la neoplasia. Posteriormente, tras someter a la paciente a tratamiento citostático, se puede proceder a una “cirugía de intervalo”, en un segundo tiempo, con la finalidad de intentar una intervención de citorreducción óptima que mejore el pronóstico del paciente, Una vez realizados los procedimientos diagnósticos pertinentes, se obtiene la estadificación patológico-

quirúrgica de la paciente como nos recomienda la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia²⁰

Al estadificar al paciente analizamos parámetros tales como la afectación de la superficie ovárica, la rotura o no de la cápsula del ovario, la presencia de ascitis maligna o si existen implantes peritoneales y hay afectación ganglionar, todos ellos nos ayudaran a establecer el pronóstico de la paciente y decidir si precisa o no un tratamiento complementario.

Quimioterapia

Este tratamiento está indicado en las mujeres no susceptibles de rescate con cirugía, con lo que se obtiene mejores respuestas de manera proporcional al mayor tiempo transcurrido después del tratamiento inicial. Se considera enfermedad susceptible de volver a ser tratada con este método con el mismo esquema de un inicio cuando han transcurrido al menos seis meses del último ciclo de quimioterapia, ya habiéndose identificando como portadoras de enfermedad sensible a platino, a los que se consideran pacientes con enfermedad recurrente refractaria y resistente a platino.⁷

En México se realiza un estudio donde identificaron 40 pacientes con cáncer de ovario, la edad media de la menarquia en los pacientes fue de 12.7 años, un 40% estaban en edad reproductiva, 25% eran nulíparas, 15% tuvieron un embarazo y 37.5% dos embarazos. Del total de pacientes, 17% tenía antecedente de carcinoma mamario; 40% usaba algún método anticonceptivo y de éstas 37% anticonceptivos orales. Se realizaron marcadores tumorales, el CA 125 se encontró en 40% de las pacientes; se realizaron además ecografías encontrando patrones de malignidad en un 63.1, Los marcadores ecográficos de malignidad encontrados con mayor frecuencia fueron: excrecencias, septos, papilas, ascitis y carcinomatosis. El tipo de tumor más frecuente fue el cistadenocarcinoma seroso papilar con 10 casos (25%), los siguientes en orden descendente de frecuencia fueron: adenocarcinoma endometroide y tumor mucinoso de bajo potencial maligno limítrofe con ocho casos (20%).

PRONÓSTICO

Como se sabe el diagnóstico a etapas avanzadas se realiza a la mayoría de paciente por lo que tiene un mal pronóstico con una sobrevida a los 5 años entre un 5 a un 39 %, cuando se trata de una masa unilateral y está bien localizado y diferenciado se considera generalmente curable. En cuanto a la quimioterapia que se realiza después de cirugía, se ve notable mejoría.¹⁸

El pronóstico del paciente también dependerá del tipo de cirugía a realizarse, el pronóstico de las pacientes sometidas a estas cirugías de intervalo es peor que el obtenido tras una cirugía de citorreducción primaria.²⁰

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Efectuar una derivación oportuna para una adecuada terapéutica especializada en pacientes con cistoadenocarcinoma epitelial mixto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el manejo adecuado de masas abdominales de posible origen ginecológico y su protocolo de diagnóstico.
- Determinar los factores de riesgo que influyeron en la aparición de “Cistoadenocarcinoma Epitelial Mixto” en este paciente.
- Especificar cuáles son los exámenes complementarios que podemos realizar dentro de una unidad de salud de primer nivel para la identificación temprana de pacientes con masas a nivel abdominopelvica.
- Considerar las opciones terapéuticas que pueden realizarse dentro de una unidad de salud tanto de segundo y tercer nivel en cuanto a pacientes con masas abdominales de origen obstétrico.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

El presente caso clínico, se realizó mediante el apoyo de múltiples fuentes de información y el análisis detallado de:

La historia clínica completa del paciente que se encuentra disponible en la base de datos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Ambato mediante el sistema AS400; de donde se obtuvo la información de la evolución diaria, medicamentos suministrados, los exámenes de laboratorio y controles posteriores.

Aquellos datos de relevancia en el análisis del presente caso y que no constaban en la historia del paciente fueron obtenidas mediante entrevistas directas y activas con el paciente, con el personal de salud con los que tuvo contacto dentro y fuera de la institución.

La información científica fue obtenida de artículos de revisión y Guías de Práctica Clínica de diversas fuentes bibliográficas, para ofrecer al lector una idea clara sobre el manejo adecuado de los pacientes que presenten este tipo de complicaciones basadas en la evidencia disponible y las recomendaciones actuales.

HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

Fecha de ingreso: 14 de septiembre del 2015

Paciente femenino de 68 años, nacido y residente en Ambato, casado, instrucción primaria incompleta, diestra, católica, grupo sanguíneo: desconoce, ocupación quehaceres domésticos

Antecedentes Patológicos Personales

Clínicos: no refiere

Quirúrgicos: cesáreas en número de tres.

Alergias: penicilina, naproxeno

Medicación ninguna

Transfusiones no refiere

Antecedentes Ginecobstetricias:

G:2 A:0 P:0 C:2 HV:2

C1: nace a las 39 semanas de gestación, cesárea por doble circular de cordón, sin complicaciones.

C2: nace a las 40 semanas de gestación, por cesárea anterior, sin complicaciones

Menarquia: 16 años

Menopausia: 58 años

Pap test: ultimo 8/7/2015 refiere reporte normal

Método de planificación: Ninguno

Mamografía: nunca

Densitometria osea: nunca

Antecedentes Patológicos Familiares

Línea paterna: Ninguna.

Línea materna: Ninguna.

Hábitos

Alimentario: 3 v/d

Miccional: 5 v/d

Defecatorio: 1 v/d

Alcohol: no refiere

Tabaco: no refiere

Drogas: no refiere

MOTIVO DE CONSULTA

- Masa abdominal

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere que hace aproximadamente 1 año presenta masa abdominal localizada en hemiabdomen izquierdo, misma que ha ido aumentando de tamaño paulatinamente con el pasar del tiempo, acompañándose desde hace aproximadamente 3 meses de dolor abdominal tipo pesantes de gran intensidad que se exacerba con consumo de comida copiosa, hace 2 meses en control de rutina, médico particular indica ecografía para identificar masa, el cual reporta quiste retroperitoneal en hipocondrio izquierdo, por lo que acude.

Fuente de información: paciente

EXAMEN FÍSICO

Signos vitales:

Frecuencia Cardiaca: 80 lpm; Frecuencia Respiratoria: 18 rpm;

Tensión Arterial: 146/84 mmHg (ingreso) 128/85 (después de 10 min de reposo)

Temperatura: 36 °C;

Saturación de Oxígeno: 90% con FiO2 21%

Peso: 54.5 kg Talla: 146 cm (Z -1) IMC: 25.57 (Sobrepeso)

Examen general; Paciente consciente, orientada en tiempo espacio y persona, vigil, afebril, hidratada, no álgica.

Examen físico regional:

Cabeza: normocefálica, cabello de implantación normal.

Ojos: pupilas isocóricas normo reactivas a la luz, conjuntivas rosadas, escleras no ictéricas.

Boca: mucosas orales húmedas, orofaringe no congestiva

Cuello: simétrico, móvil no se palpan adenopatías.

Tórax: simétrico, expansibilidad conservada.

Corazón: rítmico R1-R2, no se auscultan soplos.

Pulmones: murmullo vesicular conservado buena entrada de aire, no ruidos sobreañadidos

Abdomen con distensión asimétrica con evidencia de masa a nivel de hemiabdomen izquierdo de aproximadamente 35 cm de diametro, móvil, suave, regular, doloroso ala palpación profunda a nivel difuso. RHA presente.

RIG: Genitales femeninos, no se observa secreciones

Extremidades: simétricas, tono movilidad y fuerza conservado. Pulsos distales presentes.

ENE: paciente consciente orientado, Glasgow 15/15, no se evidencian signos de focalidad.

EXAMENES DE LABORATORIO

Tabla 1: Biometría Hemática 2015/07/08

Biometría Hemática			
Recuento Leucocitario	4.60	4.5 – 10	x 10 ³ /ul
Recuento de glóbulos rojos	5.85	4.2- 5.4	x 10 ⁴ /ul
Hemoglobina	16.9	12- 16	g/dl
Hematocrito	50.9	37- 47	%
Volumen corp. Medio	87	81- 99	Fl
Hemoglobina Cospus Media	28.9		Pg
Concen HB Corp. Media	33.2	32- 36	g/dl
Recuento Plaquetas	216	130 - 400	x 10 ³
Neutrófilos %	40.1	40- 65	%
Linfocitos %	48.0	40.5 - 45.5	%
Monocitos %	8.3	5.5 – 11.7	%
Eosinófilos %	3.4	0.9 – 2.9	%
Basófilos %	0.2	0.2 – 1	%

Tabla 2: Química Sanguínea 2015/07/08

Química Sanguínea			
Glucosa	82.90	70-110	mg/dl
Urea	24.1	10- 50	mg/dl
Creatinina	0.7	0.5 – 0.9	mg/dl

Tabla 3: Otros 2015/07/08

AST	82.90	0- 33	mg/dl
ALT	17	0-33	mg/dl
Amilasa	141	28- 100	mg/dl
Lipasa	53.4	13- 60	mg/dl
Triglicéridos	222	44- 135	mg/dl
Colesterol	227	135 – 200	mg/dl

Tabla 4 Tiempos 2015/07/08

Tiempo De Protrombina (TP)	13.2	10.8 – 14.5	mg/dl
Tiempo De Tromboplastina (TTP)	33.3	20 – 33.3	mg/dl
INR	1.09		

Tabla 5: biometría hemática 2015/07/10

Biometría Hemática			
Recuento Leucocitario	3.89	4.5 – 10	x 10 ³ /ul
Recuento de glóbulos rojos	6.27	4.2- 5.4	x 10 ⁴ /ul
Hemoglobina	18.4	12- 16	g/dl
Hematocrito	54.1	37- 47	%
Volumen corp. Medio	86.2	81- 99	Fl
Hemoglobina Cospus Media	29.4		Pg
Concen HB Corp. Media	34.1	32- 36	g/dl
Recuento Plaquetas	225	130 - 400	x 10 ³
Neutrófilos %	55.3	40- 65	%
Linfocitos %	31.7	40.5 - 45.5	%
Monocitos %	8.3	5.5 – 11.7	%

Eosinófilos %	4.4	0.9 – 2.9	%
Basófilos %	0.3	0.2 – 1	%

Tabla 6: Perfil Lipídico 2015/07/10

Triglicéridos	222	44- 135	mg/dl
Colesterol	227	135-200	mg/dl

Tabla 7: Tiempos 2015/09/14

Tiempo De Protrombina (TP)	12.3	10.8 – 14.5	mg/dl
Tiempo De Tromboplastina (TTP)	38.9	20 – 33.3	mg/dl
INR	1.12		

Tabla 8 Biometría Hemática 2015/07/21

Biometría Hemática			
Recuento Leucocitario	2.70	4.5 – 10	$\times 10^3/\text{ul}$
Recuento de glóbulos rojos	5.87	4.2- 5.4	$\times 10^4/\text{ul}$
Hemoglobina	17.4	12- 16	g/dl
Hematocrito	51.2	37- 47	%
Volumen corp. Medio	87	81- 99	Fl
Hemoglobina Cospus Media	29.6		Pg
Concen HB Corp. Media	33.9	32- 36	g/dl
Recuento Plaquetas	201	130 - 400	$\times 10^3$
Neutrófilos %	49.2	40- 65	%

Linfocitos %	38.8	40.5 - 45.5	%
Monocitos %	8.9	5.5 – 11.7	%
Eosinófilos %	3.0	0.9 – 2.9	%
Basófilos %	0.1	0.2 – 1	%

Tabla 9 Otros 2015/07/21

Glucosa	90.50	70 -110	mg/dl
Creatinina	0.7	0.5 – 0.9	mg/dl
Amilasa	178	28- 100	mg/dl

Tabla 10 Marcadores Tumorales 2015/07/21

CA 125.	36.8	1-35	mg/dl
HE4	114,5	< 90	mg/dl
AFP Alfafetoproteina	3.87	0-7	mg/dl
Índice Roma	35,5	< 7,4%	%

Tabla 11 Otros 2015/07/21

H.C.G CORIONICA	2.98	0-5
LDH	220	240 - 480

IV. DESARROLLO

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 68 años, nacido y residente en Ambato, casada, instrucción primaria incompleta, diestra, católica, grupo sanguíneo: desconoce, ocupación quehaceres domésticos, El motivo de consulta por el que ingresa es presencia de masa abdominal de 1 año de evolución que se localiza a nivel de hemiabdomen izquierdo, que ha ido aumentando de tamaño paulatinamente con el pasar del tiempo, acompañada de dolor tipo pesantes con EVA de 9/10, por lo que acude a médico quien indica ecografía que reporta quiste retroperitoneal. Por estas características se decide interconsulta a cirugía general, quienes en dos horas responden interconsulta y extienden un turno para valoración por consulta externa.

Al día siguiente en consulta externa de cirugía general, realizan TAC abdominal donde se evidencia gran masa intraabdominal que compromete el hemiabdomen izquierdo que aparenta contenido líquido, además realizan marcadores tumorales encontrándose elevados (Índice Roma 35.5%, HE4 114,5 pmol/l), HCG corionica de 2.98 mUI/mL, LDH de 220 UI/L dentro de parámetros normales, además se realiza paracentesis para obtener líquido de masa para citología el cual reporta negativo, por lo que junto con ginecología 4 días después se diagnostica masa ovárica con sospecha de malignidad, y deciden intervención quirúrgica para resección de masa quística gigante.

Se realizan 8 días después cirugía realizando una incisión supra e infraumbilical media de 35 cm de longitud, bajo anestesia general, obteniendo Tumor quístico dependiente de ovario izquierdo de 22,8 de ancho por 33 cm de longitud con un peso de 7,8 kg, de cubierta lisa, con pequeñas tabicaciones, no invade otros órganos, pero desplaza hacia medial todo el intestino delgado y grueso, y un ovario derecho atrófico con múltiples quistes de 1 cm de diámetro aparentemente en número de 3, peritoneo parietal y visceral sin nodulaciones, hígado normal, intestino delgado y grueso normal, sin complicaciones con un sangrado de aproximadamente 300 cc ,lo obtenido es enviado para histopatológico, 15 días después acude por consulta externa con el reporte que indica un cistoadenocarcinoma mucinoso tipo endocervical e

intestinal, epitelial mixto de tipo mulleriano, por lo que se decide transferencia a unidad de oncología para su posterior tratamiento bajo quimioterapia.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Antecedentes

Al realizar la historia clínica de la paciente vemos como factor de riesgo su edad, 68 años, nos comunica que su menopausia fue a los 58 años, estamos hablando de una menopausia tardía, la cual se toma en cuenta en la literatura como otro factor de riesgo que predispone al cáncer de ovario.

En este caso en especial podemos observar que la paciente no presenta antecedentes patológicos familiares, es decir que, podemos presumir que ya no presenta un patrón genético asociado al mismo.

Estilo de vida

En esta paciente podemos observar que por desconocimiento de su enfermedad no consumía una dieta adecuada, es una paciente sedentaria que no realiza ningún tipo de actividad física lo que conlleva a su obesidad, la cual es un factor de riesgo para cáncer de ovario.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Paciente acude a especialista, por voluntad propia, donde es atendido por médico particular en la ciudad de Ambato, en su último control lleva ecografía que reporta quiste retroperitoneal en hipocondrio izquierdo por lo que es remitido inmediatamente a una unidad de segundo nivel; acude a emergencia de hospital del

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Ambato ya que cuenta con dicho seguro, la atención fue inmediata y se decide interconsulta a cirugía, en donde se solicita estudios de imagen y generan interconsulta a ginecología para llegar a un consenso en cuanto al diagnóstico y manejo de paciente, dichos servicios dieron atención oportuna tanto con medicación y estudios especializados que se realizaron en el hospital y en convenio con un laboratorio particular.

Se realizó una oportuna intervención quirúrgica, un adecuado tratamiento postoperatorio sin ninguna complicación y además una oportuna derivación a una unidad oncológica para su posterior tratamiento.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

Siendo esta una enfermedad letal y considerándose que tiene como factores de riesgo su edad, 68 años, haber tenido una menopausia tardía, además presenta sobrepeso, por consumo de grasas saturadas, y así llegando a la obesidad, ya que el acumulo de grasa incrementa la producción de estrógenos, y este a su vez el desarrollo de cáncer de ovario.¹³

Ingresa por emergencia con ecografía que reportaba quiste retroperitoneal en hipocondrio izquierdo, al examen físico se palpa masa que protruye a nivel de hipocondrio izquierdo, móvil, que se acompaña de dolor abdominal de gran intensidad por lo que se administra butilescopolamina 20 mg IV dosis única, para controlar sintomatología de paciente mientras se tramita interconsulta a cirugía general junto con TAC de abdomen el cual es específico en etapas avanzadas para poder observar masa ovárica con mayor resolución, además se puede determinar de mejor manera si hay la presencia de sitios metástasis, a comparación de el ultrasonido pélvico endovaginal que es de elección en etapas tempranas de esta patología, la radiografía de tórax que aparte de requerirse para la evolución prequirúrgico es esencial para descartar derrame pleural, ya que este podemos observar en el 15% de todos los paciente, aunque esta es muy rara, y no esta demás realizar una mamografía que puede realizarse también preoperatoriamente para descartar cáncer de mama⁷.

Como se trataba de emergencia no se pueden realizar marcadores tumorales, y peor aún biopsia para histopatológico por lo que se remite a consulta externa, donde deciden complementar exámenes, ya con resultados de marcadores tumorales los cuales se observan elevados, tanto CA 125, e Índice Roma los cuales son necesarios para corroborar diagnóstico de paciente, siendo de estos el menos inespecífico el CA 125 ya que tienden a elevarse en otras patologías ya sean benignas o malignas.⁷

Además se puede realizar la detección de marcadores genéticos, pero estos son recomendables en mujeres con historia familiar de cáncer consecutivo de ovario y mama o en el cáncer sincrónico, o en mujeres que haya presentado cáncer de mama a los 50 años o antes de este, o con familiar en primer y segundo grado de consanguinidad con mutaciones BRCA1 o BRCA2, ya que la paciente no presenta ninguno de estos factores de riesgo no se realiza dichos exámenes.⁸

Si deseamos investigar más a fondo podemos también realizar el estudio genómico, en el DNA de los leucocitos de sangre periférica, amplificado por PCR, cada uno de los exones del gen a estudiar, utilizando cebadores específicos. A continuación se puede aplicar la técnica de polimorfismos de conformación de cadena sencilla (SSCP), en la cual los fragmentos portadores de alguna alteración migrarán de forma distinta. Las bandas anómalas son secuenciadas para confirmar la presencia de mutaciones y definir de qué mutación o polimorfismo se trata. Una vez encontrada una mutación en el probando, los familiares pueden ser estudiados por secuenciación directa del fragmento afectado⁶.

Ya que es una paciente sin antecedentes familiares de importancia y teniendo ya los exámenes tanto de imagen como de laboratorio que nos inclinan hacia un cáncer de ovario y sabiendo que es indispensable su tratamiento quirúrgico lo más rápido posible, no es necesario indagar mayor cosa en cuanto a sus marcadores genéticos y genómicos, sin tomar en cuenta los recursos económicos que se utilizarían en los mismos.

Se sabe que el pronóstico de esta enfermedad es muy pobre ya que en un inicio, y que la mayoría de pacientes acuden a médico cuando este está en sus etapas avanzadas, ya con los exámenes tanto de imagen como de laboratorio se toma la

decisión junto con ginecología por ser patología ovárica³, para su resolución quirúrgica pronta, por lo que se decide hospitalización, tanto para chequeo prequirúrgico como para resección de masa, en evaluación con medicina interna no encuentran objeción alguna para intervención de paciente, se toman las medidas necesarias antes de cirugía para preparar a paciente, se explica sobre riesgos que hay en cirugía, se hace firmar la hoja de consentimiento informado, tanto a paciente como a familiar, por edad de paciente se planifica una citorreducción como sabemos es para una máxima extirpación de tumor la cual permite mejorar la efectividad de la extracción del mismo, y ya que tiene ya su descendencia, el paciente recibe profilaxis antibiótica y medidas antiembólicas¹⁰

Desde el primer momento en que es diagnosticado de cáncer de ovario se debe informar a la familia de la enfermedad, indicando que el tratamiento es quirúrgico y se debe valorar posteriormente su tratamiento quimioterapéutico, y que su pronóstico de vida dependerá de si existe o no metástasis y cuan afectado este el organismo por la presencia de este quiste, y se debe identificar los diferentes patrones histopatológicos, ya que las mismas células afectadas favorecen al desarrollo de carcinomas que pueden ser unilaterales o bilaterales, tumores que solo se van a observar en los diferentes estadios de la enfermedad que pueden concluir con una metástasis hacia zonas cercanas como el cérvix o el endometrio que deben ser tratados de forma específica.¹³ Se ha de explicar los diferentes factores desencadenante de esta patología. Es importante por todos los factores indicados una valoración por parte del servicio de psicología para dar seguimiento sobre estabilidad emocional mediante técnicas cognitivas y conductuales, para un mejor manejo de su patología de base⁷.

Las pacientes tratadas por un cáncer de ovario avanzado deben ser controladas cada 3 meses durante los dos primeros años después de haber realizado su terapéutica inicial. Luego, el período se puede extender a 6 meses hasta los 5 años, para finalmente pasar a ser cada año y evitar posibles recidivas, y si esto se da tener un manejo oportuno del mismo. En cada control se efectuará un íntegro examen físico, examen ginecológico de manera completa, análisis de rutina en cuanto a laboratorio, en cuanto a los estudios por imágenes de mayor complejidad como la Resonancia Magnética y la Tomografía Computarizada, se solicitarán anualmente o ante la

sospecha de recurrencia de patología. Se realizará examen mamario cada 6 meses junto con una mamografía de manera anual.¹⁰

El pronóstico del cáncer de ovario dependerá del tipo histológico, del grado de diferenciación tumoral, de la etapa clínica y de la amplitud de la excéresis.¹¹

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Determinar de manera oportuna factores de riesgo para prevención de patologías de origen ginecológico.	Realizar una buena historia clínica, indagar antecedentes familiares o personales de cáncer de ovario o de mama además de un buen examen físico.
Controlar de manera frecuente sintomatología gastrointestinal persistente y/o factores de riesgo de esta enfermedad	Vigilar oportunamente a los pacientes por consulta externa, educándolos sobre su importancia.
Establecer un diagnóstico preciso y oportuno para diagnosticar masas ováricas.	Priorizar exámenes que estén al alcance en una unidad de primer nivel para una pronta derivación ha instituciones de mayor nivel.
Revisar últimas guías médicas actualizadas acerca del diagnóstico y tratamiento para un mejor manejo de los pacientes.	Realizar un protocolo de manejo acerca de la detección y referencia oportuna de cáncer de ovario para un adecuado tratamiento.
Facilitar el procedimiento oportuno por parte de una especialidad específica como lo es ginecología y oncología.	Buscar nuevos convenios con el servicio de ginecología y oncología para obtener un manejo más rápido y evitar progresión de la enfermedad.

PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

HIPERTERMIA

Es una opción de tratamiento mediante la administración de quimioterapia por vía intraperitoneal y simultáneamente con incremento de la temperatura en el paciente.

Esta opción permite obtener efectos biofísicos de desnaturalización de las proteínas de membrana, lo que produce un incremento en la permeabilidad de la membrana tanto celular como vascular, cambios en la capacidad de reparación del DNA, mayor difusión de los fármacos dentro de la célula, son todos ellos efectos simultáneos con el paciente lo que definitivamente explican los mejores resultados en las respuestas de la neoplasia mesotelial al manejo intraperitoneal con hipertermia. La hipertermia con cisplatino 50-70mg/m² a una temperatura de 40°C que se debe administrar durante 90 min.⁷

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

Este tipo de tratamiento estaría indicada ante la imposibilidad de resección quirúrgica adecuada, siendo un tema de controversia. Debe reservarse para las pacientes que no pueden tolerar la cirugía citorreductora primaria y/o para quienes no son factible una adecuada citorreducción después de una adecuada evaluación realizada por los médicos cirujanos¹⁰.

V. CONCLUSIONES

El Cistoadenocarcinoma epitelial mixto es un tipo Tumores Müllermanos, de difícil diagnóstico por su evolución silente, que presentan sintomatología en etapas avanzadas, que puede darse con síntomas como distensión abdominal, aumento de diámetro abdominal, entre otros.

Los factores de riesgo del cáncer de ovario son: antecedentes familiares con cáncer de ovario o de mama, obesidad, alimentación elevada de grasas saturadas, en nulíparas, edad avanzada, menopausia tardía, Mutaciones del BRCA1 y BRAC2, Norteamericanos y noreuropeos.

Los exámenes para realizarse son un ecografía abdominal o intravaginal en etapas tempranas de esta patología, y una tomografía computarizada en etapas tardías, una radiografía de tórax para descartar derrame pleural, marcadores tumorales CA-125, HE4, ACE, algoritmo ROMA, además si presenta factores de riesgo realizar detección genética del mismo.

Debemos tomar en cuenta los exámenes que tenemos a nuestro alcance a realizar para lograr llegar al diagnóstico, según el establecimiento de salud en el que nos encontremos, su nivel de atención y la capacidad resolutoria del mismo.

El pronóstico y las opciones de tratamiento del paciente dependerá del estadio de la enfermedad (si afecta parte del ovario, todo el ovario o se diseminó hasta otras partes en el cuerpo), del tipo de células que componen el tumor, el tamaño del mismo y del estado funcional de la paciente, por ejemplo si son pacientes con características histológicas de células claras parecen tener un pronóstico precario, pero si hablamos de carcinoma de células de transición parecen tener un pronóstico mejor. Los tumores en estadio I tienen una proporción alta de cáncer de tipo seroso de grado bajo y tienen una derivación distintiva diferente que los cánceres serosos de grado alto, que por lo general, se presentan en los estadios III y IV.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Chuaqui R. Anatomía Patológica del Aparato Genital Femenino. capítulo 6.
2. Chuaqui R., Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. Vol 2. 17a ed. España: Elsevier; 2012.
3. Longo D, Fauci A, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison Principios de Medicina Interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

LINKOGRAFÍA

4. Campuzano G, Utilidad clínica de los marcadores tumorales, Medicina & Laboratorio, Vol 16, Números 9-10, 2010. Disponible En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2010/myl109-10b.pdf> (14)
5. Del Campo J, Cáncer de ovario, 20 de Abril de 2015, Disponible En: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/ginecologico/ovario?format=pdf> (16)
6. Gaona E, Artículos de revisión, a Facultad de Medicina UNAM. México, DF. 2013. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un141d.pdf> (15)
7. García Marrero D, López J, De La Torre F, Oramas R. Alonso Socas 2009, Disponible En: <ftp://tesis.bbtck.ull.es/ccppytec/cp311.pdf> (19)

8. Ministerio de salud guía clínica auge, 2013, Disponible En: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-8330_recurso_1.pdf (17)
9. Rincón G, Esquivel G, Aarón G, Cantú F, Isla Ortíz D., Muñoz González D, Robles Flores R, Solorza Luna S, Flores Alatraste D, Ortega Rojo A, Mota García A, Morales Vázquez M, Cetina Pérez L, Coronel Martínez J Oncogüia, Instituto Nacional de Cancerología. San Fernando #22. Col. Sección XVI, Tlalpan. C.P. 14080. México D.F. Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1327324457.pdf>
10. Rivero. M, Avanza M, Alegre T, Feü, M. Universidad Nacional Del Nordeste, E, Presentación De Un Caso, 2005 Disponible En: http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-103_Falta%20Corregir.pdf (18)
11. Sainz de la Cuesta A, Pérez Benavente A, Cusidó Gimferrer M, Ponce Sebastián J. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario, Depósito Legal: M-29273-2014, Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/oncoguias/Ovario_2014.pdf
12. Seir C, Botello D, Brom R, Capdeville D, Recinos E y Armen S, Cancerología 2; Suplemento 1 (2007): s25-s30, Disponible en: <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1206467185.pdf>
13. Si Leone Elsa, Giampietro L, Medina E, Rodríguez J, Rezić M, Nass I, Calderaro F, Capote N, Fernández C, Cortiñas P, Blanch R, Lalsie R, Vento G, Chaparro M, Gutiérrez M, Salazar M, Isern A, Manzo P, Dordelly J, Rennola A, López C, Silva C, García V, Naranjo V, Hernández K, Dabed P, Briceño W, Abraham N, Padrón Y, Castillo R, Borges A, Reyes A, Smilling N, Quintero N, Garofalo A, Palacios A, Umbria A, Romero J, Anzola F, Masi R, Barboza D, Bonilla P. Sociedad Venezolana De Oncología, Caracas, Venezuela, Rev Venez Oncol 2014 Disponible en:

<https://intervalolibre.files.wordpress.com/2014/10/consenso-venezolano-enc3a1ncer-epitelial-de-ovario-2013.pdf>

14. Soria Proaño C, Sociedad Ecuatoriana de Alergología, Inmunología y Ciencias Afines Revista Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas. noviembre 2014, Disponible en: <http://www.puce.edu.ec/documentos/REMCB/pub/2013-REMCB-V35.pdf>
15. Terapia Radiante Oncológica Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, Asociación Médica Argentina Academia Argentina de Cirugía Sociedad Argentina de Patología Sociedad Argentina de Radiología Asociación Argentina de Cirugía Sociedad Argentina de Cancerología Instituto de Oncología Ángel H. Roffo Asociación Argentina de Oncología Clínica Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades, 2014 Disponible en: <http://www.sar.org.ar/web/docs/publica/ovario.pdf>
16. Tivas-Corchado B, González R, Hernández H, Ginecol Obstet Mex 2011, Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom119g.pdf>
17. Torrata I, García O, Salmon A, Cruzata T, Macías N, Guerrero F, Artículo De Revisión, MEDISAN 2012, Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vo_16_6_12/san13612.pdf
18. Tpchevés O, Distribuidor exclusivo de la empresa FUJIREBIO DIAGNOSTICS INC. en Argentina Disponible en: file:///C:/Users/ADMINI/Downloads/tideca_he4_biomarcador_tumoral_precoz_de_cancer_de_ovario_-_fujirebio_diagnostics_inc._-2013-04-18.pdf
19. Venítez C , Benítez R, Echeverría C, Oña F, Paz C, López C, Universidad de las Américas. Quito, Disponible en: <http://www.udla.edu.ec/wp->

content/uploads/2015/01/ART%C3%8DCULO-C%C3%81NCER-DE-OVARIO-2014-IIB.pdf

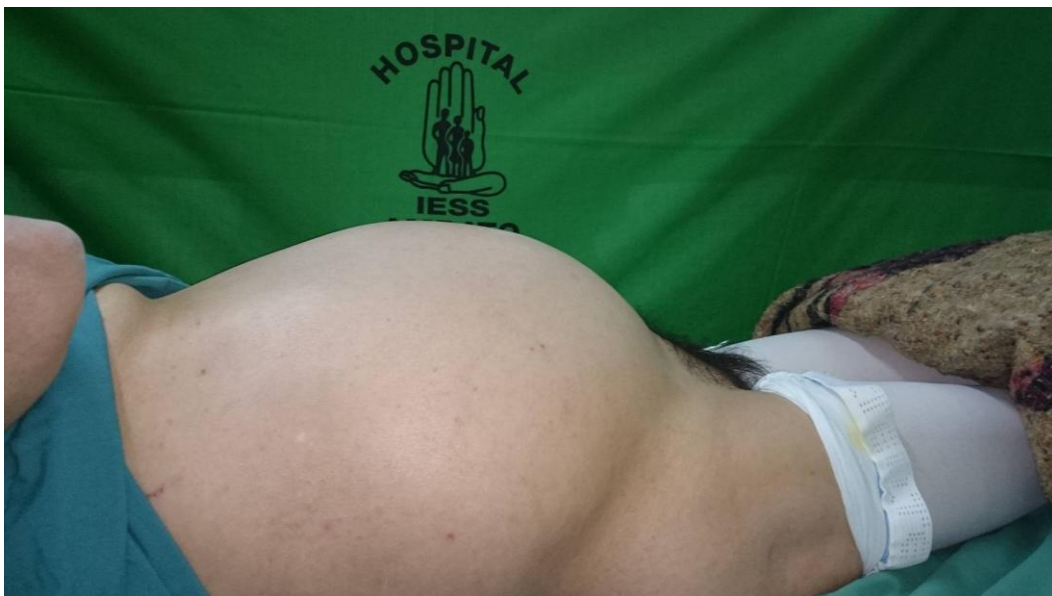
CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA

- EBSCOhost 20. González J, Figueira L, Haifah K, Mendoza C, Navelys C, De la Torre C Laboratorio de Investigación del Postgrado de la Escuela de Bioanálisis (LIPEB). Departamento de Estudios Clínicos. Escuela de Bioanálisis, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e3877341-be7d-4eb5-92b8-51d9a88d12ed%40sessionmgr105&vid=1&hid=123>
- EBSCOhost 21. González Mariño M, Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=963321df-4bf8-4fd2-ac36-68740a548afa%40sessionmgr120&vid=1&hid=123>
- EBSCOhost 22. Steinrud M, Lokkegaard E, Helms A, Krüger J, Ojvind Lidegaard Revista del Climaterio2012;15(90):227-237 Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=14c7c9d6-a6b8-4516-8bb3-4320b18cca15%40sessionmgr105&vid=0&hid=123>
- EBSCOhost 23. Villegas C, Arango C. revista cubana de ginecología y obstetricia, 213;39 (1) 23-32 Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cbfb5d22-851f-4917-8495-fef4b19bbdbe%40sessionmgr104&vid=1&hid=123>
- EBSCOhost 24. Villegas c, prado m. Instiruto Nacional De Oncologi Y Radiología Disponible en:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=401887b0-084f-4cac-a1b9-1ddd31a9b560%40sessionmgr107&vid=1&hid=123>

ANEXOS:

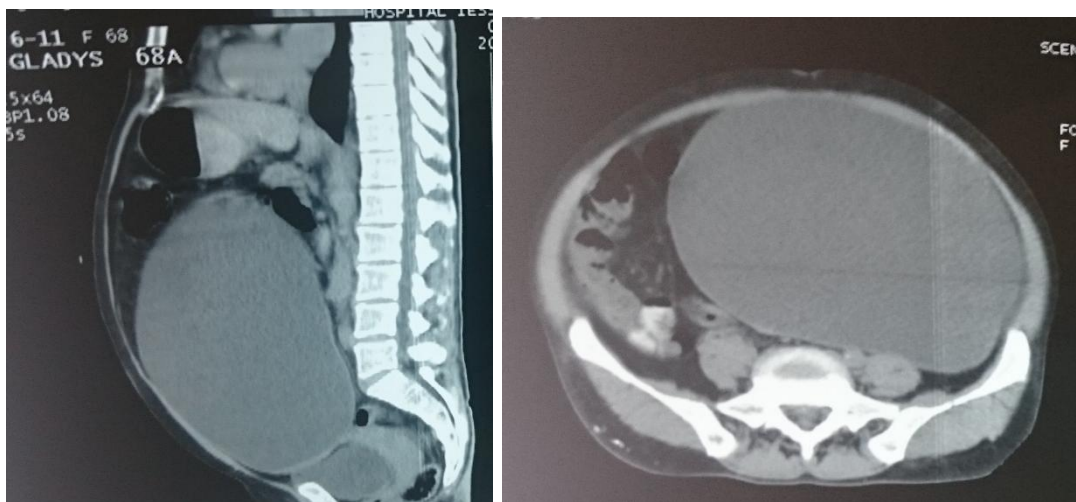
ANEXO 1: MASA OVARICA DE PACEINTE



ANEXO 2: PACIENTE ON MASA OVÁRICA ANTES DE CIRUGÍA



ANEXO 3: TAC DE ABDOMEN, SIN CONTRASTE 2016/10/28



ANEXO 4: INFORME DE TAC DE ABDOMEN, SIN CONTRASTE

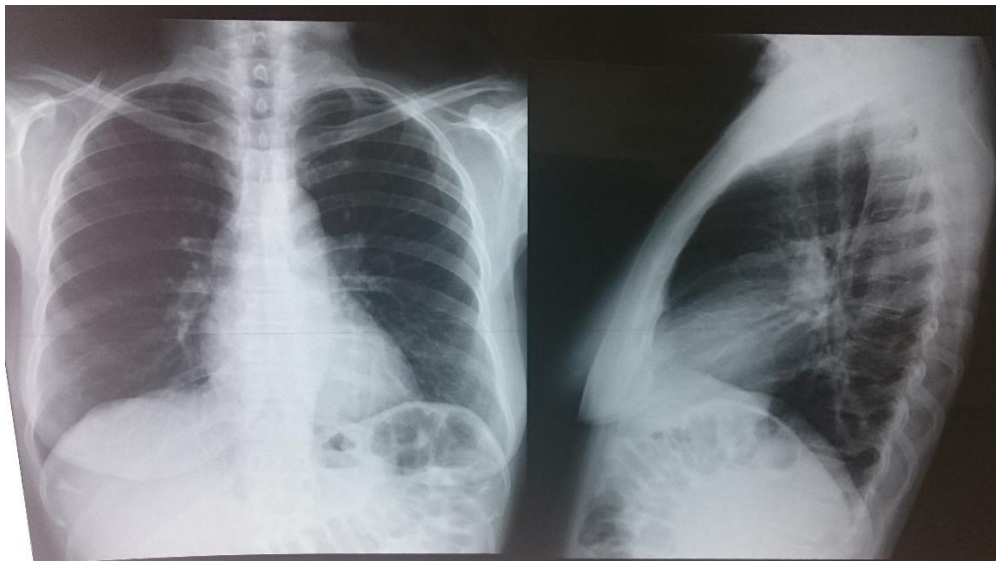
2016/10/28

Informe	
Hígado	Aspecto y tamaño normal, sin lesiones ocupantes de espacio.
Vesícula	Presencia de dos imágenes cálcicas en su interior.
Páncreas	Aspecto y tamaño normal.
Riñones	Forma, tamaño y situación normal, relación cortico medular conservada. No se observan signos de ectasia ni litiasis.
Intraperitoneal	A este nivel se observa imagen de densidad quística de paredes regulares delgadas con un volumen aproximado de 2000cc la cual se localiza hacia la región del flanco izquierdo por delante del área renal por encima de la vejiga. La imagen descrita no afecta estructuras adyacentes.
Vejiga	Paredes regulares delgadas contenido homogéneo.
Estructuras intestinales	Visibles sin datos patológicos.
Conclusión:	Quiste intraperitoneal de aspecto complejo descrito hacia el flanco izquierdo.

ANEXO 5: CITOLOGIA DE LÍQUIDO DE QUISTE OVARICO 2015/07/09

CITOLOGÍA	
Macroscopia:	Se recibe líquido de color amarillo aspecto transparente de 8ml, 6 placas, coloración: giemsa
Microscopia:	Los extendidos muestran poca celularidad epitelial, células redondeadas de núcleos homogéneos, bordes lisos, cromatina densa.
Conclusión:	Citología de líquido de quiste ovárico negativo para malignidad.

ANEXO 6: RADIOLOGIA DE TORAX 22/07/15



ANEXO 7: INFORME DE RADIOLOGIA DE TORAX 22/07/15

INFORME	
Área cardíaca	En límites normales.
Pulmones	No se observan signos de lesión Pleuropulmonar activa.
Ángulos cardio y costofrénicos	Libres.
Conclusión	Placa normal

ANEXO 8: INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO

2015/07/17

Ritmo sinusal
Microvoltaje plano frontal, ST rectificado R lateral

ANEXO 9: EXTRACCION DE MASA OVARICA



ANEXO 10: MASA OVARICA



ANEXO 11: QUISTE GIGANTE OVÁRICO



ANEXO 12: RESECCION INTESTINAL: EPIPLÓN

CITOLOGÍA	
Macroscopia:	Se recibe fijado segmento de epiplón que mide 59x22cm, vascularizado, con áreas de hemorragia, a los cortes y revisión del mismo no se observan formaciones ganglionares, ni otras alteraciones.
Microscopia:	A los cortes examinados de epiplón se observa tejido adiposo, con congestión vascular y escasas células inflamatorias crónicas.

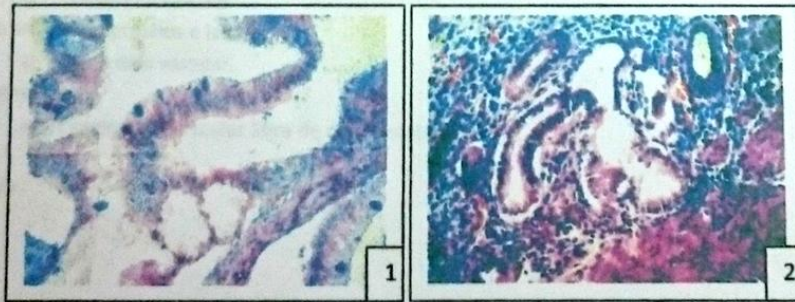
ANEXO 13: INFORME DE HISTOPATOLOGICO 2015/09/13

Paciente: GLADYS REIRE CHAVEZ
Médico: Dr.
Datos clínicos: 68 años
Fecha de toma de muestra: 13-09-2015

Macroscópico:

a) Se recibe quiste de ovario izquierdo, mide 45x20x20cm, superficie externa presenta zonas de cicatriz; la trompa se encuentra en una de sus caras, estirada mide 15cm de longitud, su luz está colapsada; a la apertura del quiste hay salida de líquido amarillento aceitoso, superficie interna multiloculada, presenta zonas rugosas, la pared presenta grosor variable entre 0.1 y 1,5cm, en algunos quistes el líquido es de aspecto mucoide. b) Se recibe útero más anexo derecho; el útero que pesa 150g, el cérvix mide 3x2x1cm, el cuerpo mide 7x6x3cm, a nivel meso ovario derecho se observa lesión multiquística adyacente al ovario con quistes que miden hasta 2cm de eje mayor; la trompa de trayecto tortuoso mide 7x0.5cm; el ovario mide 4x2.5x1cm, uno de sus polos se encuentra en contacto con formación quística descrita en meso ovario, al corte se observa cuerpos albicans. Al corte de útero, el canal endocervical presenta múltiples quistes de contenido mucoide, cavidad endometrial triangular, mide 3.5x4cm, en cara lateral derecha de cavidad endometrial se observa un pólipo de 3cm, al corte el pólipo presenta superficie micro quística; el endometrio presenta un espesor de 0.2cm y el miometrio mide 1cm, se observa formaciones nodulares blanquecinas de hasta 1cm en miometrio. c) Se recibe apéndice que mide 6x0.5cm, congestiva, esta parcialmente cubierta por tejido adiposo, al corte luz virtual. SPPR los cortes se rotulan 1) hilio de quiste; 2) trompa; 3 al 14) quiste; 15) cérvix anterior; 16) cérvix posterior; 17) istmo; 18) pólipo de fondo de endometrio; 19 y 20) endometriometrio; 21) parametrio derecho; 22) parametrio izquierdo; 23) quiste de meso ovario; 24) ovario; 25) trompa; 26) apéndice.

Microscópico:



Diagnóstico:

a) **Ovario izquierdo:**

a. **CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO TIPO ENDOCERVICAL E INTESTINAL LIKE, EPITELIAL MIXTO DE TIPO MÜLLERIANO (foto 1).**

DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO

- i. Grado histológico 1, bien diferenciado.
 - ii. Tamaño mide 45cm de eje mayor
 - iii. Componente epitelial maligno de tipo intestinal
 - iv. Capsula infiltrada por tumor sin sobrepasarla
 - v. Invasión vascular y neural no se observa en material estudiado
 - vi. Trompa: libre de tumor
 - vii. Hilio de quiste ovario: vasos congestivos no se observa trombos vasculares en material estudiado.
- b) Útero:
- a. Cérvix:
 - i. Cervicitis crónica
 - ii. Hiperplasia glandular endocervical glándulo quística con atipia moderada que compromete menos del espesor de musculo de cérvix.
 - b. Istmio:
 - i. Hiperplasia endometrial con atipia
 - c. Endometrio.
 - i. **ADENOCARCIONOMA ENDOMETRIAL TIPO ENDOMETROIDE**
 1. Grado histológico 1
 2. Compromete toda la superficie del endometrio y constituye estructura polipoide.
 3. Presenta focos de metaplasia muco productora tipo intestinal (foto 2), de características de tumor Mülleriano.
 4. Invasión a miometrio menos del 5% del espesor del miometrio.
 - d. Miometrio:
 - i. Adenomiosis atípica
 - ii. Leiomiomatosis uterina intramural.
- c) Ovario derecho:
- a. Cistoadenoma epitelial mixto de tipo Mülleriano límite (borderline)
 - i. Lesión multiquística con quistes de hasta 2cm, localizada en meso ovario
 - b. Cuerpos albicans
 - c. Restos Müllerianos
 - d. Endometriosis.
- d) Trompa derecha
- a. Congestión vascular
- e) Parametrios derechos e izquierdos:
- a. Congestión vascular.
- f) Apéndice:
- a. Congestión vascular libre de compromiso tumoral.

ANEXO 14: CLASIFICACIÓN DE TUMORES EPITELIALES

Clasificación De Tumores Epiteliales					
Tumores serosos	Tumores mucinosos	Tumores endometrioides	Tumores de células transicionales	Tumores malignos de células claras	Tumores inclasificables
- De bajo potencial maligno -Adenocarcinoma, adenocarcinoma papilar, cistadenocarcinoma -Adenocarcinoma papilar superficial. - Adenocarcinofibroma, cistadenocarcinofibroma.	-De bajo potencial maligno. - Adenocarcinoma, cistadenocarcinoma -Adenofibroma maligno, cistadenofibroma maligno.	-De bajo potencial maligno -Carcinoma - Adenocarcinoma. - Adenofibroma maligno, cistadenofibroma maligno. -Sarcoma del estroma endometrial. -Tumor mulleriano mixto maligno (homólogo, heterólogo).	-Tumor maligno de Brenner -Tumor maligno mixto epitelial. -Tumor de células transicionales.	-De bajo potencial maligno -Carcinoma - Adenocarcinoma	-Tumor maligno indiferenciado -Tumor maligno inclasificable

Imagen tomada de linkografía número 20.

ANEXO 15: CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS MACROSCÓPICAS DE MALIGNIDAD DE MASA OVÁRICA

Características morfológicas macroscópicas de malignidad de masa ovárica
Multiloculación y/o patrón externo abigarrado
Excrecencias papilares intra o extraquísticas
Neovascularización anárquica vascular
Pared quística gruesa
Líquido endoquístico oscuro, sanguinolento o mucinoso
Bilateralidad
Signos de afectación de estructuras vecinas
Adherencias gruesas
Ascitis

Imagen tomada de linkografía número 20.

ANEXO 16: ALGORITMO PROPUESTO DE LAS PRUEBAS A REALIZAR PARA POSIBLE CÁNCER DE OVARIO

