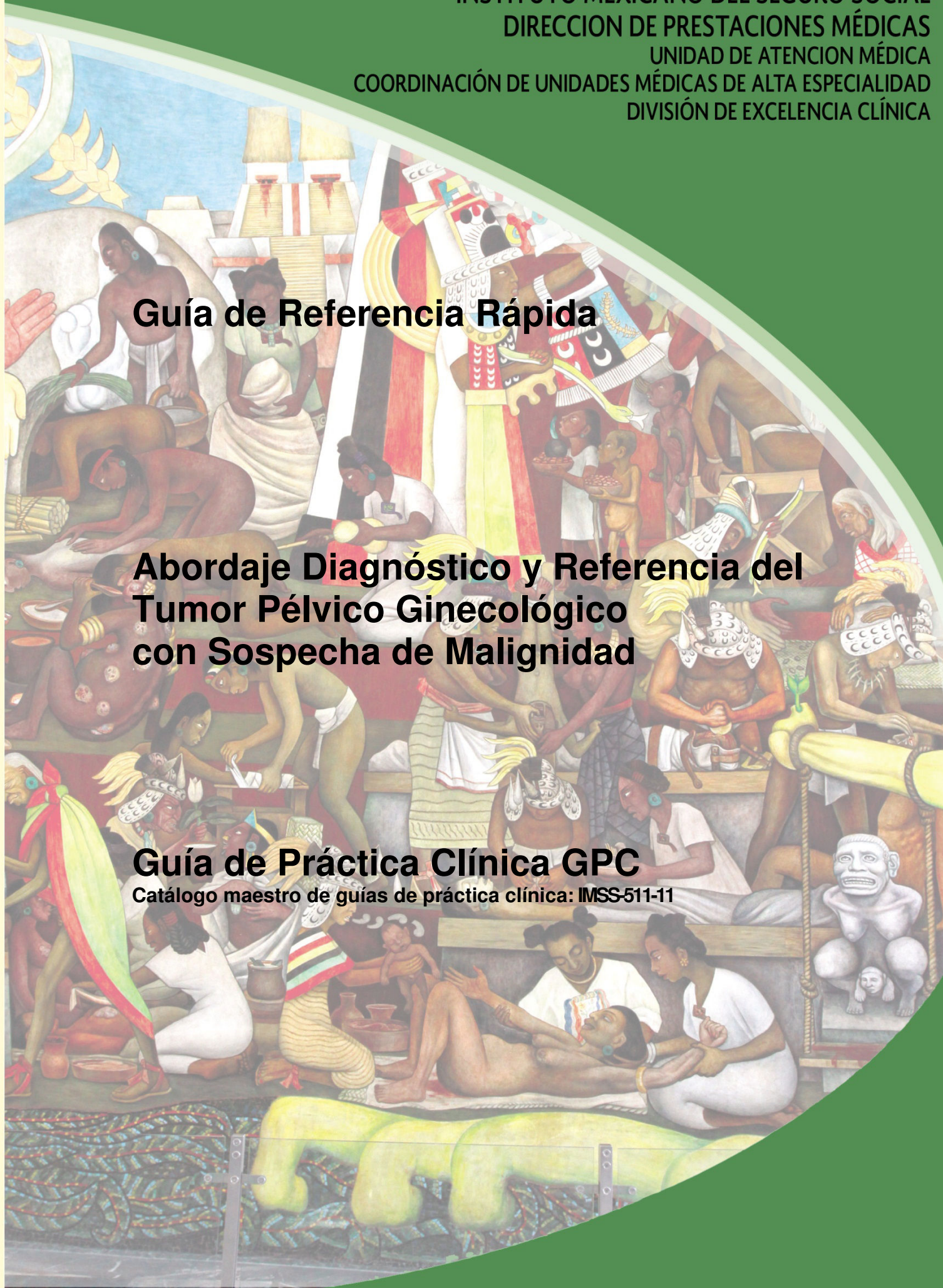


## Guía de Referencia Rápida

# Abordaje Diagnóstico y Referencia del Tumor Pélvico Ginecológico con Sospecha de Malignidad

## Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-511-11



## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**C 57 Tumor Maligno de otros órganos genitales femeninos y de los no especificados,  
C55 Tumor maligno del útero, parte no especificada  
C56 Tumor maligno del ovario**

**GPC**

**Abordaje Diagnóstico y Referencia del Tumor Pélvico Ginecológico con sospecha de  
Malignidad  
ISBN en trámite**

### DEFINICIÓN

**Tumor Maligno o Cáncer:** Pérdida en el control del crecimiento, desarrollo y multiplicación celular, con capacidad de producir metástasis. NOM-014-ssa2-1994

**Neoplasia o tumor:** Formación de tejido nuevo de carácter tumoral.

### DIAGNÓSTICO CLINICO

Los tumores pélvicos generalmente son asintomáticos en etapas precoces siendo la exploración pélvica el método más utilizado en la detección de estas.

Los médicos de primer contacto y los Ginecólogos siempre deben de considerar la posibilidad de un cáncer de ovario en pacientes de cualquier grupo de edad con un tumor anexial.

Aunque la sintomatología de tumores pélvicos malignos es inespecíficos, se han reportados algunos que pueden sugerir malignidad como son:

- Dolor pélvico o abdominal persistente en etapas avanzadas
- Urgencia urinaria y poliuria
- Aumento de diámetro abdominal
- Distensión abdominal
- Dispepsia o dificultad para comer

Anorexia o pérdida de peso.

Una historia clínica dirigida a los factores de riesgo o de protección de malignidad deben de ser interrogados (Familiares con Cáncer de ovario o de mama, uso de anticonceptivos como protector), e interrogatorio de Trastornos Gastrointestinales (Plenitud persistente, distensión abdominal, pérdida del apetito o de peso, dolor abdominal crónico o de larga evolución) Sintomatología urinaria como urgencia urinaria son datos sugestivos de malignidad.

La evaluación apropiada en mujeres peri o posmenopáusicas con tumor pélvica debe incluir el interrogatorio de síntomas de malignidad como son:

- Dolor pélvico o abdominal persistente
- Urgencia urinaria y poliuria
- Aumento de diámetro abdominal
- Distensión abdominal

Dispepsia o dificultad para comer

La Exploración Física debe de incluir:

- Exploración abdominal y vaginal o bimanual enfocándose al fondo de saco posterior, y en pacientes sin inicio de vida sexual realizar tacto rectal
- Exploración de ganglios abdomino-inguinales, supraclaviculares, cervicales, axilares.
- Datos de complicación de quiste de ovario son hemoperitoneo, abdomen agudo o datos de shock hipovolémico

Pacientes con menstruación irregular (habiéndose descartado embarazo) o hemorragia posmenopáusica, deben ser sometidas a biopsia endometrial y legrado endocervical para excluir la presencia de cáncer endocervical o endometrial con metástasis al ovario.

Los quistes simples de hasta 10 centímetros de diámetro son generalmente benignos pudiendo pensar en vigilancia a corto plazo para valorar la resolución incluso en la posmenopausia.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de tumores pélvicos debe hacerse con:

- Embarazo
- Quiste funcional, Quiste endometrioso
- Retención aguda de orina o globo vesical
- Ciego distendido
- Riñón Pélvico
- Absceso pélvico
- Miomatosis
- Hematoma o absceso de Pared abdominal

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Ante la paciente con tumor pélvico con sospecha de malignidad los estudios recomendados son:

- Ultrasonido abdominal y/o vaginal
- Radiografía de tórax (Tele de tórax PA) y/o Simple abdomen
- Marcadores Tumorales CA 125, AFP, HCG, LDH) de acuerdo al caso)
- Biometría Hemática con cuenta plaquetaria
- Pruebas de Funcionamiento Hepático
- Estudio citológico (Papanicolaou, estudio de ascitis)
- Estudio Histopatológico (Biopsia de lesión sospechosa de endometrio o cérvix en lesiones sospechosas del cuello y/ o de ganglios.

En pacientes con tumor pélvico la técnica de imagen de elección es el ultrasonido; siendo el ideal el endovaginal en pacientes que ya iniciaron con vida sexual.

Los datos ultrasonográficos sugestivos de malignidad son:

- Quistes múltiples
- Imágenes sólidas

- Presencia de ascitis
- Lesiones bilaterales
- Presencia de metástasis en áreas adyacentes

La Tomografía tiene un valor adicional que el ultrasonido en lesiones complejas, o con altas posibilidades de malignidad.

La radiografía de Tórax es útil en el estudio de tumores con sospecha de malignidad, con fines de descartar metástasis pulmonares, derrame pleural, valoración preoperatoria o ante procesos obstructivos intestinales. (Ver Guía IMSS Val. Preoperatoria)

De los marcadores tumorales el Ca 125 es el único marcador útil en el protocolo de estudio del tumor de ovario con sospecha de malignidad, por lo que en mujeres premenopáusicas está indicado ante la sospecha de malignidad.

En pacientes jóvenes con tumor pélvico, y datos de malignidad debe de realizarse estudio genético (Ver Algoritmo 2), al igual que la determinación de La Deshidrogenasa Láctica (DHL), la  $\alpha$ -FP y la HGC en mujeres menores de 40 años pueden ser útiles en tumores pélvicos complejos o mixto debido a las posibilidades de tumores de células germinales.

El diagnóstico definitivo de benignidad o malignidad es a través del estudio trans-operatorio del tumor.

La biopsia puede ser realizada con métodos invasivos como Laparoscopia (en caso de sospechar benignidad) o Laparotomía Diagnóstica (Al no contar con el recurso de laparoscopia o en alta sospecha de malignidad) lo cual debe de incluir estudio citológico de ascitis o lavado peritoneal.

En los casos que se observen lesiones en la vagina o cérvix la toma de biopsia deben de ser realizados.

El estudio citológico por aspiración o punción de líquido de quiste unilocular en mujeres principalmente postmenopáusicas está contraindicado

La toma de muestras deben ser realizadas bajo las recomendaciones internacionales con fines de un buen diagnóstico patológico (Anexo 5.3 Cuadro V).

Toda pieza quirúrgica que se extirpe debe ser enviada a estudio histopatológico

Los estudios especiales (TAC, RM, colonoscopia) estarán indicados ante la duda diagnóstica, no siendo estudios de rutina en toda la paciente, quedando a criterio del médico especialista.

### Laparoscopia

Ante paciente con tumor pélvico sospechoso de malignidad en base a ultrasonido, niveles de Ca 125 y datos clínicos la evaluación laparoscópica no estaría indicada la laparoscopia, pensando en ofrecer mejor la Laparotomía; existen reportes sobre su utilidad en estadificación y tratamiento laparoscópico.

Los grupos de expertos a favor de la laparoscopia diagnóstica propone el abordaje laparoscópico en raras ocasiones esta específicamente contraindicado como parte de las actividades en masas pélvicas el cual debe ser individualizado, mostrando su mayor utilidad ante la sospecha de procesos benignos; ya que se asocia a una menor morbilidad y menor estancia hospitalaria.

Los oncólogos laparoscopistas recomiendan la laparoscopia diagnóstica en tumor pélvico con sospecha de malignidad en casos de tumores menores de 5 cm.

### Índice de Riesgo de Malignidad (IRM)

Este método identifica a pacientes con alto riesgo de cáncer de ovario (Anexo 5.3 Cuadro II).

Dos esquemas de calificación existen, IRM I e IRM II, cada uno de los cuales da una calificación usando las características ultrasonográficas, el estado menopáusico, y los valores preoperatorios de Ca 125 (usando como valor normal hasta 35 U/ml) de acuerdo a la siguiente ecuación:

IRM= Puntuación del Ultrasonido X Puntuación de la menopausia X Nivel de CA 125 medido en U/ml.

EL IRM I y su versión revisada, IRM II, se muestran en la tabla (Anexo). Un valor mayor de 200 indica alto riesgo de malignidad. El IRM II fue más sensible que el IRM I con una especificidad de 89% a 92%, y un valor predictivo positivo alrededor de 80%. Por ser más fácil de usar y reproducible, el IRM II es más recomendable.

## CRITERIOS DE REFERENCIA

### De primer a segundo nivel (Algoritmo 3)

La paciente con Tumor pélvico deberá enviarse a segundo nivel (Ginecología oncología u Oncología) para valoración, diagnóstico y tratamiento especializado.

La paciente con tumor pélvico debe de ser enviada con :

- Estudio ultrasonográfico abdominal y/o endovaginal
- BH con cuenta plaquetaria.

### De segundo a Tercer nivel. (Algoritmo 2 y 3)

En la paciente con alto riesgo de enfermedad maligna debe ser enviada a Centro Oncológico.

La paciente con tumor pélvico con alta sospecha o con diagnóstico de malignidad debe de ser enviada con

- Estudio ultrasonográfico pélvico y/o endovaginal
- BH con cuenta plaquetaria, PFH, Tiempos de coagulación (coagulograma) Marcadores tumorales de acuerdo a grupo de edad(Ver anexo 5.3 y algoritmo evaluación) resultado histopatológico
- Tele de Tórax-

En paciente con diagnóstico histopatológico deberá ser enviada con laminillas y bloques de parafina, resumen clínico (detallando extensión de la enfermedad) del centro hospitalario en donde fue intervenida.

Se contra-refieren las pacientes que se haya descartado malignidad y se documente patología benigna en caso de no resolución será enviada a segundo nivel y a la especialidad correspondiente.

## CRITERIOS DE CONTRA-REFERENCIA

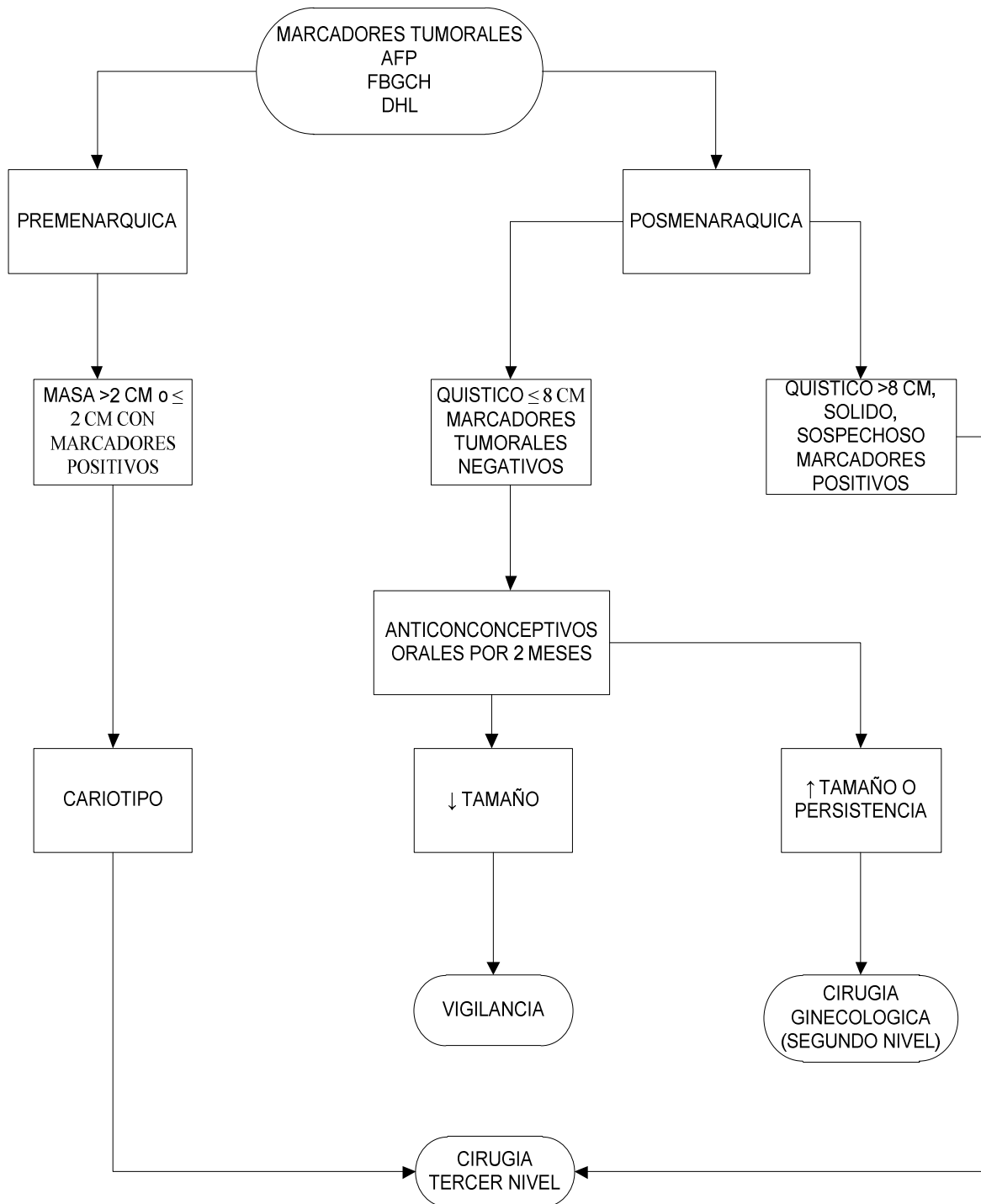
Se contra-refieren las pacientes que se haya descartado malignidad y se documente patología benigna en caso de no resolución será enviada a segundo nivel y a la especialidad correspondiente.

## ALGORITMOS

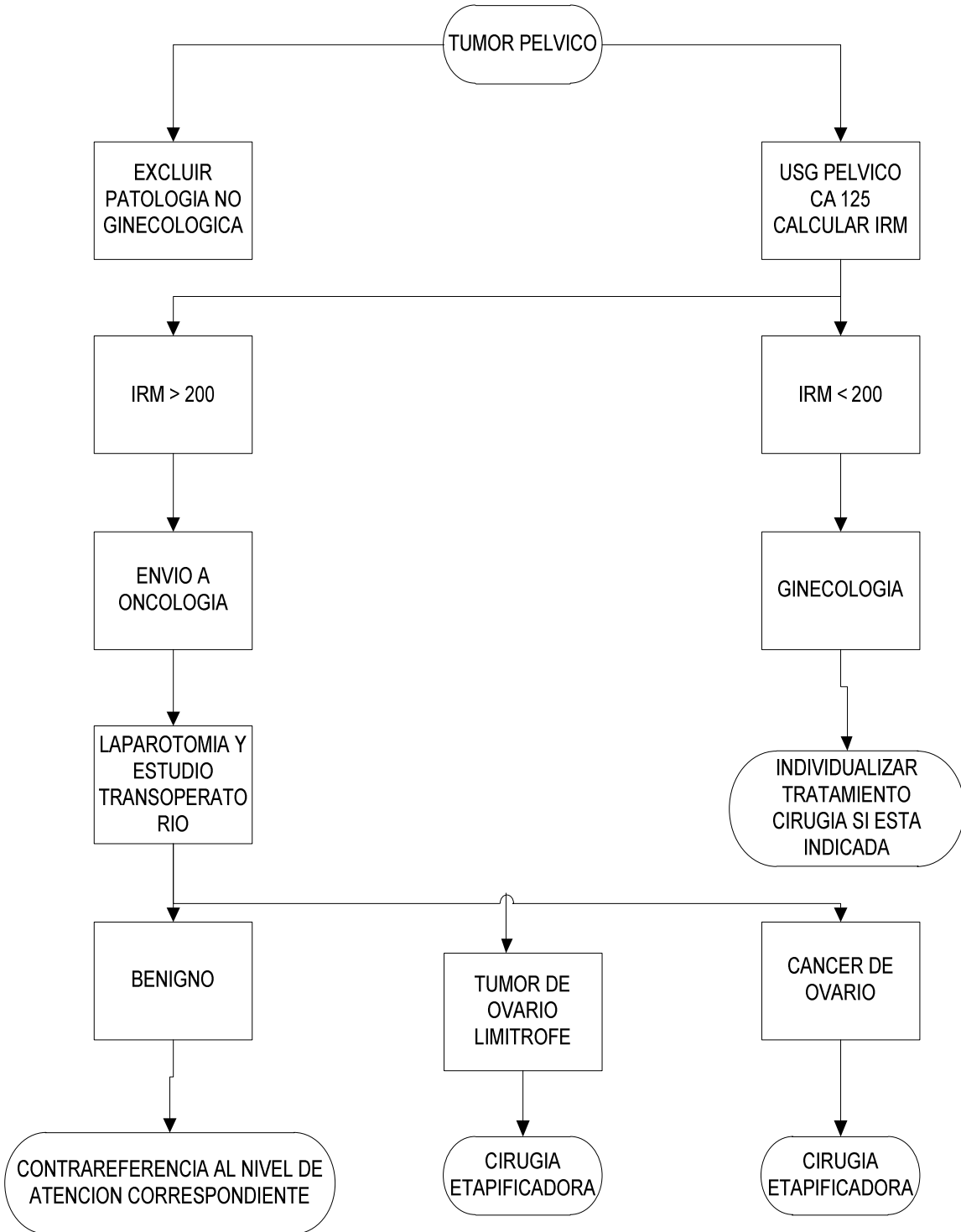
### ALGORITMO I DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON TUMOR PÉLVICO EN EDAD FÉRTIL



**ALGORITMO 2 EVALUACIÓN DE TUMOR PÉLVICO CON SOSPECHA DE MALIGNIDAD EN PACIENTES JÓVENES**



ALGORITMO 3 EVALUACIÓN PREOPERATORIA DE LA PACIENTE CON UN TUMOR PÉLVICO





**CUADRO I. MASAS ANEXIALES EN LA INFANCIA EN EDADES DE 0-20 AÑOS**

Tipo de masa pélvica	Porcentaje (%)
No neoplásico	64
Quiste simple	23
folicular	
Quiste de cuerpo Lúteo	28
Otros	13
Neoplásicos	36
Benigno	28
Maligno	8
Células Germinales	
Estromales	3
Epiteliales	2
Gonadoblastomas	3
	1

Fuente: DiSaia, Philip J; Creasman, William T; Oncología Ginecológica Clínica, 6a Edición, Elsevier Science, 2002

**CUADRO II DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS MASAS ANEXIALES**

Ovario	Quiste funcional Quiste neoplásico Benigno Endometriosis	Neoplasia Benigna
Trompa de Falopio	Absceso tuboóvarico Hidrosálpinx Quiste paraovárico	Absceso tuboóvarico Embarazó ectópico Neoplasia
Útero	Gestación intrauterina	Mioma pediculado o intraligamentario
Intestino	Sigmoide o ciego distendido por gases	Diverticulitis Ileítis Apendicitis Cáncer de colon
Diversos	Vejiga distendida Riñón pélvico Quiste uracal	Hematoma o absceso de pared abdominal. Neoplasia retroperitoneal

Tomado de : J. DiSaia. Oncología Ginecológica Clínica Sexta edición.

**CUADRO III. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE TUMORES PÉLVICOS.**

Modalidad	Sensibilidad %	Especificidad %
Ultrasonido en escalas de grises	0.82-0.91	0.68-0.81
Ultrasonido Doppler	0.86	0.91
Resonancia magnética	0.91	0.88
Tomografía computarizada	0.90	0.75
Ca 125	0.78	0.78
Tomografía con emisión de positrones	0.67	0.79

Tomado de: Management of adnexal masses. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2007 Jul. 14 p. (ACOG Practice Bulletin no. 83).

**CUADRO IV. MARCADORES SÉRICOS TUMORALES EN TUMORES MALIGNOS DE CÉLULAS GERMINALES DEL OVARIO.**

Histología	AFP	hCG	LDH	CA125
<b>Disgerminoma</b>	-	+ -	+ -	+ -
<b>Tumor de seno endodérmico (saco de Yolk)</b>	+	-		+ -
<b>Teratoma inmaduro</b>	+ -	-		+ -
<b>Tumor mixto de células germinales</b>	+ -	+ -	+ -	+ -
<b>Coriocarcinoma</b>	-	+		
<b>Carcinoma embrionario</b>	+ -	+		
<b>Poliembrioma</b>	+ -	+		

AFP=Alfafetoproteína; hCG=Gonadotrofina coriónica humana;LDH=Deshidrogenasa láctica;

Fuente: Oncología Ginecológica M. STEVEN PIVER.2000 Modificado por el grupo desarrollador

**CUADRO V. CONSERVACIÓN DE MUESTRAS PARA ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO**

Muestra	Material de Conservación
<b>Biopsias</b> (Tejidos) En Formol  Por Congelación en fresco  Por aspiración: Alcohol 96°	Formol al 10% ( Diluir en 9 partes de agua si no esta al 10%)  Muestras directas del quirófano y en fresco, sin ninguna fijación  Con alcohol del 96° las laminillas se deben meter al alcohol antes de fijar el frotis obtenido, al tomarlo aplicarlo, dejar 20 segundos antes de colocarlas en alcohol (en un frasco separadas) y llevarlas al laboratorio máximo a las 24 hrs de tomarlas, si no se llevan en alcohol se deberán fijar con alcohol o con cito espray por lo menos 15 minutos para que sequen y se pueden enviar posteriormente sin limite de tiempo
<b>Citologías Vaginales: Alcohol del 96°</b>	El frotis se realiza sin humedecer previamente la placa la cual debe de estar rotulada antes de tomar la muestra. Se hace el extendido y se coloca inmediatamente en el alcohol de 96° el cual tiene las condiciones ya anotadas. Las placas se separan unas de otras por clips porque si no se contaminan y las células de una paciente quedan en la placa de otra paciente. También se puede fijar inmediatamente con cito espray: a 20 cm se hace una fijación adecuada
<b>Líquidos</b> (Entrega inmediata o refrigerar o alcohol)	Se traen inmediatamente al laboratorio, si hay que esperar unos minutos o más, se guarda en nevera en la parte de abajo, no en el congelador, sólo hasta el otro día temprano o se le debe agregar inmediatamente alcohol al 50% en proporciones iguales, (1: 1) por lo tanto, antes del procedimiento debe tenerse a mano éste. Si se agrega alcohol no se necesita meterlo en nevera. Para la orina y el líquido cefalorraquídeo se debe agregar alcohol al 70% en iguales proporciones.
<b>Espuito: Entrega inmediata o alcohol 50° o refrigerar</b>	Se entrega inmediatamente la muestra al laboratorio o sino se agrega alcohol al 50% en proporciones iguales o se refrigera, si se agrega el alcohol más concentrado la muestra se convierte en un bloque del que no se pueda hacer extendidos.

Fuente: Gómez de A Consuelo. Métodos de Fijación. Universidad de Cauca. Facultad de Ciencias en Salud. Departamento de Patología. Consultado 30/06/2011

**CUADRO VI. ÍNDICE DE RIESGO DE MALIGNIDAD**

Características USG	IRM I	IRM II
Quiste Multilocular	0= Sin ninguna característica USG	1= 1 o ninguna característica USG
Presencia de Áreas Sólidas	1= Presencia de una característica USG	4= 2 o mas Características USG
Lesiones Bilaterales	3= 2 o más Características USG	
Presencia de Ascitis		
Presencia de Metástasis Intra-abdominales		
Premenopausia	1	1
Posmenopausia	3	4
Niveles de Ca 125	U/mL	U/mL

Ejemplo: Mujer posmenopáusica con un quiste multilocular con áreas sólidas con ascitis y Ca 125 de 100 U/mL, con el IRM II es  $4 \times 4 \times 100 = 1600$ , alto riesgo de malignidad. Valores arriba de 200 es alto riesgo de malignidad.