UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA

“TITULO DE LA TESIS”

CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS CLÍNICOS, DE IMAGEN Y ANATOMOPATOLÓGICOS DE TUMORACIONES ANEXIALES EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”.

Por

DRA. MELISSA ASTRID LÓPEZ GARCÍA

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

FEBRERO 2022

"Correlación entre hallazgos clínicos, de imagen y anatomopatológicos de tumoraciones anexiales en pacientes del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"

Aprobación de la tesis:

Dr. Med. Ricardo Ibarra Patiño

Director de la tesis

Profesor del departamento de Ginecología y Obstetricia

Dr. Med. Abel Guzmán López

Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia

Dr. René Guajardo Rodríguez

Profesor del Departamento de Ginecología y Obstetricia

Dra. Sci. Geraldina Guerrero González

Coordinadora de Investigación

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Dr. Med. Felipe Arturo Morales

Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Mi total agradecimiento a quienes formaron parte en la realización de este documento y por ende, de mi crecimiento profesional y personal:

Con afecto y profundo agredecimento a mi coordinador de tesis Dr. Ricardo Ibarra Patiño, porque siempre tuvo el tiempo y el espacio para acompañarme y asesorarme en las dudas que surgieron.

A mis maestros, por todas sus enseñanzas a lo largo de la residencia, todo mi respeto y cariño.

A mis amigos y compañeros de residencia, que con su solidaridad, ánimo y motivación hicieron el camino más agradable y sencillo.

A mi familia por brindarme siempre su apoyo incondicional, fortaleciendo el día a día el amor fraterno, en especial a mis padres Martha García Castro y Oziel López López por si inmenso apoyo a lo largo de mi vida, por darme la fortaleza y seguridad para lograr mis metas, por formarme para ser la persona que soy, por todo su amor.

A Dios por mostrarme el camino.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I Página

1. RESÚMEN 8

Capítulo II

2. INTRODUCCIÓN 9

Capítulo III

3. HIPÓTESIS 19

Capítulo IV

4. OBJETIVOS 20

Capítulo V

5. MATERIAL Y MÉTODOS 21

Capítulo VI

6. RESULTADOS. 24

Capítulo VII

7. DISCUSIÓN 31

Capítulo VIII

8. CONCLUSIÓN 34

Capítulo IX

9. ANEXOS (ejemplo) 35

Capítulo X

10.BIBLIOGRAFÍA 37

Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO 39

Capítulo XII

12. ABSTRACT 40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla PÁGINA

Tabla 1. Valoración del coeficiente Kappa…… 24

Tabla 2. Comparación de Ginecologia vs Patología……. 25

Tabla 3. Comparación de Imagenologia vs Patología……. 25

Tabla 4. Comparacion de Ginecologia vs Imagenología …… 26

INDICE DE ABREVIATURAS

QS: Quiste simple

CA: Cistadenoma

EN: Endometrioma

EE: Embarazo ectópico

QH: Quiste hemorrágico

TA: Teratoma

TT: Torsión ovárica

HS: Hidrosalpinx

QS: Quiste complejo

SA: Sin alteraciones

PN: Proceso neoformativo

CG: tumor de células germinales

CL: Cuerpo lúteo

IOTA: International Tumor Analysis Group

CA 125: Antígeno de cáncer **125**

CAPITULO I

RESUMEN

Las tumoraciones anexiales constituyen una de las patologías más frecuentes en la práctica ginecológica, y corresponde a la tercera intervención quirúrgica en frecuencia en un servicio de ginecología. Aproximadamente 80% de las tumoraciones anexiales tiene un comportamiento benigno

El diagnóstico y manejo de una tumoración anexial representa un gran problema, ya que en el ovario se observan alteraciones que van desde variaciones de fenómenos fisiológicos, afecciones de menor trascendencia, pasando por enfermedades benignas y enfermedades malignas.

Objetivo: Determinar la correlación ultrasonográfica, clínica e histopatológica para definir la etiología de una masa anexial

Material y métodos: De marzo 2018 a marzo 2021 se incluyeron 124 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La mediana de edad fue de 27 años con un rango intercuartil de 20.25 a 35.75, el rango de edad fue de 12 a 64 años.

En el diagnóstico asignado por ginecología con la exploración física y la anamnesis y el diagnóstico por histopatología, se determinó una concordancia significativa con un valor kappa de 0.665 con un valor substancial a la correlación diagnostica, en cuanto al diagnóstico que se asignó por imagenología comparado con el diagnóstico por patología se encontró un valor kappa de 0.404 representando una concordancia justa o aceptable. Así mismo, al comparar el diagnóstico por clínica y el estudio de imagen se obtuvo un valor kappa de 0.494 con una concordancia justa o aceptable.

Conclusiones: La concordancia entre el diagnóstico de tumoración anexial por medio de la clínica, el estudio de imagen y la patología es aceptable en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Palabras clave: Tumoración anexial, métodos diagnósticos, concordancia.

CAPITULO II

INTRODUCCION

La tumoración anexial constituye una de las patologías más frecuentes en la práctica ginecológica, y corresponde a la tercera intervención quirúrgica en frecuencia en un servicio de ginecología. Aproximadamente 80% de las tumoraciones anexiales tiene un comportamiento benigno [1.]

La literatura internacional describe que los tumores benignos de ovario representan el 75% del total de tumoraciones ováricas, apareciendo en una de cada 200 mujeres en edad fértil. Aunque la edad de aparición varía según el tipo histológico, en general, se admite que la máxima prevalencia de los tumores benignos de ovario ocurre entre los 20 y 44 años de edad [1.]

En México, las neoplasias malignas del ovario corresponden al tercer lugar por frecuencia (3.5%), de acuerdo al Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) Se desarrolla sobre todo en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas con máxima frecuencia entre los 45 y 69 años.
La alta frecuencia en países desarrollados sugiere factores físicos, químicos o dietéticos en su etiología[.1]. Se estima que cerca de 1 de cada 10 mujeres tendrá un tumor anexial a lo largo de su vida, y la mayoría requerirá de cirugía [5]

El diagnóstico y manejo de una tumoración anexial representa un gran problema, no solo porque en la pelvis femenina coexisten los órganos de la esfera ginecológica, sino porque en la región anexial, en general, y en el ovario, en particular, se observan alteraciones que van desde variaciones de fenómenos fisiológicos, afecciones de menor trascendencia, pasando por enfermedades benignas, hasta lesiones de mal pronóstico [2].

El problema fundamental ante una tumoración anexial será discernir si se trata de un proceso maligno o benigno, siendo primordial un adecuado estudio y orientación de la lesión, a fin de obtener un correcto diagnóstico que permita ofrecer a la paciente la mejor opción terapéutica con la menor morbilidad.

La edad de la mujer es el factor de riesgo que orienta a la valoración de una tumoración anexial.[7.] En niñas prepúberes, la mayoría consiste en quistes funcionales; las lesiones neoplásicas por lo común son tumores benignos de células germinativas, como los teratomas quísticos maduros. Los tumores ováricos malignos en niñas y adolescentes son raros y comprenden solo 1.2% de todos los cánceres en este grupo etario.

En las mujeres en edad reproductiva, las tumoraciones pélvicas están asociadas a la condición hormonal, actividad sexual y posibilidad de embarazo, siendo frecuentes los quistes funcionales, tumoraciones tuboováricas, neoplásicas benignas como endometriomas, teratomas maduros, cistoadenomas serosos y mucinosos, abscesos tuboováricos agudos o crónicos y embarazo ectópico. Muchas de las tumoraciones pélvicas son benignas, pero las tasas de neoplasias benignas aumentan con la edad. En las mujeres posmenopáusicas al cesar la función reproductiva también cambian las masas pélvicas la patología funcional se hace más rara y se debe sospechar patología maligna en toda tumoración compleja de ovario [11].

Las pacientes con tumores pélvicos generalmente son asintomáticas en etapas precoces siendo la exploración pélvica el método más utilizando en su detección.

Los síntomas comunes asociados con tumoraciones anexiales incluyen sangrado vaginal irregular, edema, aumento de circunferencia abdominal, dispareunia, síntomas urinarios, dolor pélvico y dolor abdominal. El cáncer de ovario puede ocurrir dolor, aumento de tamaño abdominal, distensión abdominal. Los síntomas de malignidad pueden ser más graves y frecuentes. Las pacientes reportan dolor abdominal o pélvico, síntomas gastrointestinales como aumento del perímetro

abdominal, disfagia o saciedad temprana, pérdida de apetito o de peso, y sintomatología urinaria como urgencia urinaria [8, 12.]

La exploración física debe realizarse en toda paciente con sospecha diagnóstica de tumoración anexial, consiste en exploración abdominal y vaginal con tacto bimanual, con la finalidad de palpar los anexos, evaluar dolor, sangrado, y descartar o confirmar diagnóstico y en el caso de pacientes sin inicio de vida sexual se recomienda realizar tacto rectal.[12].

El abordaje de una masa anexial debe incluir el examen físico, sospechado en base a la historia clínica, o identificado en la ecografía pélvica de rutina. El contexto clínico es muy importante, para la gran mayoría de las masas anexiales identificadas ecográficamente, el manejo posterior será dependiente de la interpretación del sonógrafica de los hallazgos de imagen y del cuadro clínico [9].
La evaluación de una masa anexial es una tarea frecuente, el tratamiento posterior depende en gran medida de la interpretación de los datos de imagen. La evaluación por imagen de las masas ováricas incluyen: Ultrasonido, tomografía, resonancia magnética y PET-CT. El ultrasonido es la modalidad de imagen inicial para evaluar las condiciones patológicas del ovario, primordialmente por su bajo costo, su disponibilidad y la ausencia de radiaciones, permitiendo confirmar la presencia de una masa anexial. La caracterización de la masa ayuda a limitar las posibilidades diagnósticas, aunque algunos tumores tienen apariencia sonográfica inespecífica [1].

El ultrasonido pélvico es la modalidad más usada para la evaluación inicial de una posible anormalidad ginecológica en los pacientes de cualquier edad, es el estudio ideal primordialmente por su bajo costo, su disponibilidad y la ausencia de radiaciones, sin embargo, en pacientes con obesidad se dificulta la evaluación por la cantidad de panículo adiposo. El ultrasonido endovaginal ideal en pacientes con inicio de vida sexual usualmente ofrece imágenes de mayor resolución. El rol primario de la imagen es la diferenciación de los tumores de ovario en benigno y maligno. El ultrasonido transvaginal puede demostrar lesiones menores de 3 cm, tiene la desventaja de poseer un campo de visión limitado solo hasta 10 cm de la

cúpula vaginal. La vía abdominal ve mejor la lesión que se ubica por encima del lecho vesical más allá de 10 cm, por tanto, es de utilidad realizar el estudio por la vía abdominal y transvaginal. El diagnóstico definitivo de benignidad o malignidad es a través del diagnóstico histopatológico.

Para poder ofrecer a las mujeres un tratamiento óptimo de la masa anexial, se necesita saber si la masa es benigna o maligna. La decisión sobre el tratamiento quirúrgico dependerá de la naturaleza de la masa. [10]

El ovario normal en la mujer en edad reproductiva tiene apariencias variables en el curso del ciclo menstrual. Folículos inmaduros y desarrollados pueden ser vistos a través del ciclo entero, con diámetros de 2 a 9 mm. En la primera mitad de cada ciclo uno o más folículos dominantes crecen a diámetros aproximados de 20 a 25 mm, tendiendo a la ruptura en la ovulación y liberando el ovocito. El folículo dominante en etapa preovulatoria puede tener un ligero aspecto complicado. Después de la ovulación, el cuerpo lúteo, un remanente del folículo maduro muestra un proceso de hipertrofia celular e incremento de la vascularización, siendo visible en la fase secretora del ciclo menstrual y persistiendo dentro del primer trimestre del embarazo. En las imágenes de ultrasonido tiene una pared hiperecóica que puede ser ligeramente irregular en su contorno, con flujo sanguíneo de baja resistencia al aplicar Doppler color. Centralmente puede contener ecos que representan hemorragia interna es menor a los 3 cm

Quiste no neoplásico

La mayoría ya se han identificado mediante el análisis de la unilocularidad, regularidad de la pared y ausencia de crecimiento durante un intervalo, no obstante, algunos no cumplirán estos criterios.

Neoplasias quísticas benignas y malignas

Algunas características de las masas que pueden permitir la clasificación como neoplasia benigna son: quiste unilocular, pared fina y que aumenta de tamaño en

exploraciones de seguimiento. En estas masas, la demostración de crecimiento durante el intervalo es la característica clave.

La presencia de tabiques o nódulos murales o septales en una masa quística es una prueba convincente de que la masa es una neoplasia ovárica (benigna o maligna).
La naturaleza benigna está implícita cuando los tabiques son lisos y relativamente finos y cuando los nódulos murales o septales son poco importantes [4.]
Los tabiques gruesos, las zonas sólidas irregulares, los bordes mal definidos y la ascitis coexistente son características específicas, aunque no muy sensibles de una neoplasia maligna.[7]

Los datos ultrasonográficos sugestivos de malignidad son quistes mútiples, imágenes sólidas presencia de ascitis, lesiones bilaterales, presencia de metástasis en áreas adyacentes [12]

Características Ecográficas de Masas Anexiales No Sospechosas De Malignidad [13]

-Los quistes funcionales (folículos o cuerpo lúteo) son frecuentemente asintomáticos y se resuelven espontáneamente en 8 a 12 semanas. Se observan como imágenes redondeadas, anecóicas o hipoecogénicas, sin componentes adicionales como tabiques o papilas.

-Los folículos hemorrágicos son ecogénicos, avasculares, homogéneos o heterogéneos, con ecos producidos por los restos de fibrina. Puede verse una imagen de un coágulo dentro del folículo, que, a diferencia de una papila, se mueve con una leve presión hecha con el transductor. Además, la imagen de coágulo es avascular, lo que también permite diferenciarla de una papila.

-Los endometriomas comparten características ecográficas con los folículos hemorrágicos persistentes, por lo que se recomienda repetir la ecografía en 6 a 12 semanas para definir la estabilidad en características y tamaño.

--Los quistes dermoides (teratomas) tienen características más específicas, porque contienen tejido graso y otros componentes, como dentarios, que dan imágenes de distinta ecogenicidad en el interior de la formación.

-El hidrosalpinx se visualiza como una imagen tubular elongada, a veces plegada sobre sí misma, que da un aspecto de tabique incompleto.

-Los quistes de inclusión peritoneal se forman por acumulación de fluido dentro de adherencias intraperitoneales. Son más frecuentes en pacientes con endometriosis, EPI o cirugías previas. No tienen pared propia y el ovario suele estar dentro de la colección del fluido o en su periferia. Si las adherencias son gruesas y vascularizadas, estas lesiones pueden ser confundidas con tumores ováricos.
-Los quistes paraováricos son remanentes de los conductos de Wolff. Suelen tener la apariencia de un quiste simple, sin embargo, se trata de una estructura separada del ovario ipsilateral. Esta característica determina su diagnóstico diferencial.

La tomografía tiene un valor adicional en lesiones complejas o con altas posibilidades de malignidad.

Otros métodos para clasificar las masas anexiales como benignas o malignas son la medición del nivel de CA 125 en suero (10). Aunque la prueba de antígeno de cáncer 125 (CA 125) no se puede utilizar como herramienta de detección, un nivel de CA 125 puede ayudar en la evaluación de una masa anexial en pacientes seleccionados.
Es el único marcador útil en el protocolo de estudio del tumor de ovario con sospecha de malignidad. Los niveles de CA 125 pueden ser elevados en una serie de condiciones aparte del cáncer de ovario [8].

La evaluación serológica de las concentraciones de Ca-125 contribuye a involucrar a una neoplasia maligna con respecto a una benigna, es el más útil cuando el cáncer epitelial está presente, estando elevado en un 80% de los pacientes, y sólo en un 50% de los pacientes con enfermedad en estadio al momento del diagnóstico. No es de valor para distinguir otros patrones histológicos de cáncer de ovario, por lo que no es considerado como prueba de tamizaje. La sensibilidad global del Ca-125 en distinguir una masa anexial benigna de maligna, reporta rangos de 61% a 90%, especificidad de 71% a 93%, valor predictivo positivo de 35% a 91% y valor predictivo negativo de 67% a 90%. [1]

En pacientes jóvenes con tumoración pélvica y datos de malignidad deben realizarse medición de Deshidrogenasa Láctica, Alfa- fetoproteina y Hormona gonadotropina coriónica humana. [12]
El diagnóstico definitivo de benignidad o malignidad es a través del diagnóstico histopatológico.

Para poder ofrecer a las mujeres un tratamiento óptimo de la masa anexial, se necesita saber si la masa es probable que sea benigna o maligna. Si se requiere cirugía, el método de la cirugía dependerá de la naturaleza de la masa. [8]

En nuestro hospital de las tumoraciones anexiales son quirúrgicas, de acuerdo al porcentaje de malignidad que presente con los estudios paraclínicos, se realiza biopsia transoperatoria. Si el resultado es de una tumoración maligna, se continúa la cirugía como una citorreductora de ovario.

De ser benignos se toma como diagnóstico y se termina la cirugía.

La clasificación histopatológica de las tumoraciones de ovario según la OMS son:[11]

Tumores superficiales del epitelio-estroma
Tumores serosos
Tumores mucinosos

Tumores endometrioides
Tumores de células claras
Tumores de células transicionales: tumor de Brenner,
Carcinoma de células transicionales (no de Brenner)
Tumores de células epidermoides
Tumores epiteliales mixtos
Carcinoma indiferenciado

Tumores de los cordones sexuales-estroma

Tumores de células de la granulosa-estroma: tumores de células de la granulosa, grupos de tecomas-fibromas.
Tumores de células de Sertoli-estroma
Tumor de cordones sexuales con túbulos anulares
Ginandroblastoma
No clasificados
Tumores de células esteroides (lípidos): luteoma de estroma,
Tumores de células de Leydig, no clasificados

Tumores de células germinativas

Disgerminoma
Tumores del saco vitelino (tumores de senos endodérmicos)
Carcinoma embrionario
Poliembrioma
Coriocarcinoma
Teratomas: inmaduros, maduros, monodérmicos, de células germinativas mixtas

Otros

Gonadoblastoma
Tumor de células germinativas y de los cordones sexuales estroma, del tipo diferente del gonadoblastoma

Tumores de la rete ovarii

Tumores mesoteliales

Tumores de origen indeterminado y de tipos diverso

Enfermedades trofoblásticas gestacionales

Tumores de partes blandas no específicos del ovario

Linfomas, leucemias y plasmacitomas malignos

Tumores no clasificados

Tumores secundarios (metástasis)

Lesiones tumoriformes

La clasificación histopatológica del carcinoma de ovario según la OMS es: [11]

Adenocarcinoma seroso

Tumores mucinosos

Adenocarcinoma

Seudomixoma peritoneal

Tumores endometrioides

Adenocarcinoma

La clasificación histopatológica del carcinoma de ovario según la OMS es: [11]

Adenocarcinoma seroso

Tumores mucinosos

Adenocarcinoma

Seudomixoma peritoneal

Tumores endometrioides

Adenocarcinoma

Tumor de Müller mixto maligno (carcinosarcoma)

Adenocarcinoma de células claras

Tumores de células transicionales

Tumor maligno de Brenner

Carcinoma de células transicionales

Carcinoma epidermoide

Carcinoma mixto

Carcinoma indiferenciado

Carcinoma de células pequeñas

CAPITULO III

3. HIPOTESIS

3.1Hipótesis

El diagnóstico por imagen coincide con el diagnóstico clínico e histopatológico

3.2Hipótesis nula

No existe correspondencia entre el diagnóstico por imagen, el diagnóstico por clínica e histopatología de las tumoraciones anexiales.

CAPITULO IV

4. OBJETIVOS

4.1Objetivo General

Establecer la correlación entre el diagnóstico presuntivo por clínica e imagen con el diagnóstico definitivo por patología.

4.2Objetivos específicos

- Realizar una base de datos comparando el diagnóstico probable por clínica, imagen e histopatología
- Recolectar información histopatológica en pacientes en las cuales se realizó cirugía y comparar diagnóstico
- Analizar información con el fin de encontrar la correlación en los diagnósticos otorgados

CAPITULO V

5. MATERIAL Y METODOS

Material y métodos

Estudio descriptivo, comparativo, retrospectivo de mujeres con diagnóstico de tumoración anexial en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” para determinar el valor del ultrasonido en este diagnóstico y correlacionar sus resultados con los hallazgos clínicos y anatomopatológicos, de marzo 2018 a marzo 2021

De analizaron los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico presuntivo de tumoración anexial, que fueron atendidas y operadas en el Hospital Universitario, entre 18 años a 65 años, sin diagnóstico previo de tumoración anexial. Se excluyeron expedientes de paciente con masas pélvicas con diagnóstico de lesiones uterinas o de otros órganos de la pelvis.

Tamaño de la muestra

Se utilizó una fórmula de estudio de concordancia. Esperando una concordancia de 95% y una varianza de 15% entre los diagnósticos de tumoraciones anexiales por parte de radiodiagnóstico, ginecología y obstetricia, e histopatología. Como (Valentin, 2011) refieren la certeza del diagnóstico entre el Risk Malignancy Index y el marcador tumoral CA 125 en masas no clasificables. Con una significancia de 0.05, una potencia de 97.5 y un intervalo de confianza (IC95% 75-85%), dada una Z de 1.96 se requieren al menos 61 sujetos de estudio.

TAMAÑO DE MUESTRA DE ESTUDIOS DE CONCORDANCIA

$$N = \frac{4pd(1-pd)(Z\alpha)^2}{IC^2 d}$$

valor Zα	1.96	3.84			
valor pd	0.9	0.1			
valor lcd	0.15	0.0225		n =	61.47
4					

El tamaño muestral se calculó de un total de 878 pacientes atendidas en el tiempo comprendido ya descrito, tomando en consideración una población finita de 71 pacientes, las cuales cumplieron en conformidad con los criterios de selección del presente estudio a un nivel de confianza del 95%, una probabilidad máxima estimada del 50% y un error máximo aceptado del 10%. Mediante la fórmula para tamaños muestrales de proporciones en poblaciones finitas, se determinó una muestra estadísticamente significativa de 61 pacientes. (10,14)

Variables

Nombre de la variable	**Tipo de variable**	**Definición conceptual**	**Escala de Medición**	**Fuente**
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años	Ficha de información.
Síntomas	Cualitativa	Evaluación subjetiva general de bienestar y la sintomatología referida por la paciente	Presencia / Ausencia	Paciente
Hallazgos clínicos	Cualitativa	Hallazgos reportados mediante exploración física	Presencia / Ausencia	Exploración física
Diagnóstico por ultrasonido	Cualitativa	Hallazgos reportados mediante imagenología	Criterios IOTA	Imagen diagnóstica
Diagnóstico por histopatología	Cualitativa	Hallazgos reportados mediante patología	Reporte anatomopatológico	Reporte histopatológico

MC Velasco Victor, MC Martinez Veronica, MC Roiz Jose, MC Huazano Francisco, MC Nieves Armando, (2002). MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA. Torreon, Coahuila, Mexico: ISBN

Plan de Análisis Estadístico

En la estadística descriptiva se reportan frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para las variables cuantitativas se reportaron medidas de tendencia central y dispersión (media/mediana; desviación estándar/rango intercuartílico).
En la estadística inferencial, se evaluó la distribución de la muestra por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-cuadrada de Pearson. Para analizar la concordancia se usó la prueba de Kappa de Cohen. Se tomaron como significativos los valores $p<0.05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21 (Armonk, USA)

CAPITULO VI

6. RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en las mujeres diagnosticadas con masas anexiales por ultrasonido pélvico que acudieron al área de urgencias y consulta externa del departamento de ginecología En el periodo de Marzo 2018 a Marzo 2021 se obtuvieron los datos de 186 pacientes, de estas se incluyeron 124 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se excluyeron 59 pacientes al no cumplir los criterios de inclusión de estas 37 pacientes se encontró tumoración anexial como hallazgo transcesárea y 23 pacientes se descartaron al no contar con información completa. 124 pacientes fueron incluidas en el análisis final. La mediana de edad fue de 27 años con un rango intercuartil de 20.25 a 35.75, el rango de edad fue de 12 a 64 años.

Se demuestra la concordancia interobservador del diagnóstico tumoración anexial entre los observadores, con la concordancia con valor del coeficiente kappa que se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Valoración de coeficiente Kappa

Coeficiente kappa	Fuerza de la concordancia
0,00	Pobre *(Poor)*
0,01 - 0,20	Leve *(Slight)*
0,21 - 0,40	Aceptable *(Fair)*
0,41 - 0,60	Moderada *(Moderate)*
0,61 - 0,80	Considerable *(Substantial)*
0,81 - 1,00	Casi perfecta *(Almost perfect)*

En la tabla 2 se aprecia que existe una concordancia significativa, con un valor kappa de 0.665, entre el ginecólogo evaluando mediante exploración física y cuadro clínico y el patólogo evaluando histopatología, encontrando una concordancia moderada de acuerdo al valor kappa (0.665).

Las tablas 2 y 3 nos muestran la concordancia interobservador del diagnóstico tumoración anexial entre los observadores.

Tabla 2 Concordancia Ginecología*Patología												
Recuento												
		Patología										Total
		QS	CA	EN	EE	QH	TA	TT	CG	HS	CL	
Gine	QS	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	6
	CA	1	43	6	0	0	6	2	1	0	0	59
	EN	0	1	16	0	0	1	0	0	0	0	18
	EE	0	0	0	8	0	0	0	0	0	2	10
	QH	0	2	2	0	3	0	0	0	0	0	7
	TA	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	12
	TT	1	2	0	0	0	0	7	0	0	0	11
	HS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total		5	51	24	8	3	20	9	1	7	2	124
Kappa=0.665, p=<0.001												

La concordancia resultó significativa con un valor kappa de 0.404, entre el radiólogo evaluando por imagen y el patólogo evaluando por histopatología, encontrando una concordancia aceptable o justa con patología de acuerdo al valor kappa (Tabla 3)

Tabla 3 Concordancia Imagen *Patología												
Recuento												
		Patología										Total
		QS	CA	EN	EE	QH	TA	TT	CG	HS	CL	
Rayos	QS	3	15	2	2	0	0	1	0	1	2	26
	CC	0	0	2	1	0	0	2	0	0	0	5
	CA	0	30	4	0	0	4	2	1	0	0	41
	EN	1	1	9	0	0	1	0	0	0	0	12
	EE	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5
	QH	0	1	3	0	2	2	0	0	0	0	8
	TA	0	0	2	0	0	11	0	0	0	0	13
	SA	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
	TT	1	2	0	0	0	0	4	0	0	0	7
	PN	0	2	1	0	0	2	0	0	1	0	5
Total		5	51	24	8	3	20	9	1	7	2	124
Kappa=0.404, p=<0.001												

Se encontró una concordancia aceptable o justa en el diagnóstico que se otorgó por clínica y el de imagen con resultado de valor kappa de 0.494 (Tabla 4).

Tabla 4 Concordancia Ginecología*Imagenología

Recuento		Imagen										Total
		QS	QC	CA	EN	EE	QH	TA	SA	TT	PN	
Gin	QS	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
	CA	14	1	34	2	0	2	1	0	1	4	59
	EN	1	2	1	10	0	0	3	1	0	0	18
	EE	4	1	0	0	5	0	0	0	0	0	10
	QH	0	0	1	0	0	5	0	1	0	0	7
	TA	0	0	2	0	0	0	9	0	0	1	12
	TT	1	1	2	0	0	1	0	0	6	0	11
	HS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total		26	5	41	12	5	8	13	2	7	5	124
Kappa=0.494, p=<0.001												

Cabe recalcar que los ultrasonidos realizados en el área de ginecología tuvieron concordancia con el diagnóstico clínico y de imagen, sin embargo del total de la población solo se realizaron 22 ultrasonidos por ginecología que equivale al 18% de la población total, el resto de los ultrasonidos se realizaron en el área de radiodiagnóstico por médico radiólogo corresponde 102 ultrasonidos que es el 82 % en donde no se encontró concordancia en el diagnóstico por histopatología en un 34% que corresponde a 35 pacientes .

El rango de edad con mayor prevalencia se encontró entre los 20 a 40 años siendo un total de 75 pacientes que es el 60% de la población total.

Las pacientes menores de 20 años fueron un total de 30 pacientes que equivale al 24% de la población total. Pacientes de 40 a 60 años de obtuvieron 19 pacientes que equivale al 16% de la población total.

El diagnóstico más encontrado en general por clínica, imagen e histopatología fue compatible con cistoadenoma.

En cuanto a rangos de edad se encontró que en el rango de 10 a 20 años de edad, se obtuvieron 31 pacientes que corresponden al 25% de la población, el cuadro clínico más frecuente se presentó en 15 pacientes que corresponde al 49% fue dolor abdominal, 7 pacientes que corresponde al 25% presentaron masa abdominal , 6 pacientes que es un 20% presentaron alteración ciclo menstrual, 6 pacientes que corresponde al 6% fueron asintomáticas, de las pacientes con dolor abdominal el 40% de estas presentaron cuadro de abdomen agudo que corresponde a 6 pacientes.

La histopatología más encontrada en orden de prevalencia fueron cistoadenoma seroso, torsión ovárica, teratoma maduro, embarazo ectópico, endometrioma, quiste simple.

En este grupo de edad se reportó el diagnóstico por imagen de proceso neoformativo al presentar por imagen septos gruesos, flujo doppler y tamaño de tumoración, con un índice IOTA de 8% de riesgo de malgnidad, lo que se interpreta como bajo riesgo de malignidad, en una paciente de 19 años sin antecedentes que acudió por dolor y masa abdominal, se reportan marcadores tumorales normales y exploración física con datos de benignidad, se realiza cirugía con resultado histopatológico de cistoadenoma seroso.

En el rango de edad donde se presentó mayor prevalencia fue de 21 a 30 años con 42 pacientes que corresponde al 34% de la población total, el cuadro clínico más frecuente fue dolor abdominal en un 50% de las pacientes, de las cuales de este porcentaje 30% fueron cuadros de abdomen agudo, pacientes asintomáticas en un 46%, alteración del ciclo menstrual en 2%, masa abdominal en un 2%.

En cuanto a la histología, la más encontrada en orden de prevalencia fue cistadenoma (14), teratoma (10), endometrioma (5), embarazo ectópico (5), cuerpo

lúteo (2), quiste simple (2), quiste hemorrágico (1), torsión ovárica (1) e hidrosalpinx (1).

En el rango de edad de 31 a 40 años se obtuvo un total de 34 pacientes que corresponde al 27% de la muestra total. El cuadro clínico más frecuente fue dolor abdominal en 41% del cuadro de dolor abdominal el 30% presentó cuadro compatible con abdomen agudo, el resto de las pacientes resultaron asintomáticas 32%, sangrado uterino anormal 18%, masa abdominal 9%. El reporte de histopatología resultó en orden de prevalencia endometrioma (11), cistadenoma (10), teratoma (5), torsión ovárica (3), quiste simple (2), tumor de células de la granulosa (1), embarazo ectópico (1), quiste hemorrágico (1)

En este grupo de pacientes se encontraron tres casos en los que no se obtuvo una correlación clínica, de imagen e histopatológica.

El primer caso se trata de una paciente de 37 años que acudió a valoración al presentar masa abdominal, en el estudio de imagen no se visualizaron datos de malignidad, resultando el diagnóstico de probable cistadenoma, con un índice IOTA de 96% de benignidad, se tomaron marcadores tumorales dentro de rangos de normalidad, sin embargo, a la exploración física se detectó una masa móvil levemente dolorosa a la palpación, sin datos de ascitis se somete a cirugía sin reportar datos de malignidad. En el resultado de patología de reportó un tumor de células de la granulosa.

El segundo caso fue de una paciente de 35 años que acudió al presentar masa abdominal, fue estudiada por imagen y se reportó el diagnóstico por imagen de proceso neoformativo al presentar septos gruesos, papilas e imagen heterogénea. Se reportó un índice IOTA con un 69% de riego de malignidad. A la exploración se detectó una masa móvil, dolorosa a la palpación, sin datos de ascitis. Se reportaron marcadores tumorales normales y se sometió la paciente a cirugía, resultando después del análisis histopatológico un teratoma maduro.

El tercer caso fue de una paciente de 35 años que acudió por presentar sangrado uterino anormal, detectando a la exploración una masa no móvil, dolorosa. En el estudio de imagen se reportó una masa heterogénea, multiloculada, con septos gruesos con índice IOTA DE 74% para riesgo de malignidad, resultando los marcadores tumorales dentro de parámetros normales. El análisis patológico reportó un endometrioma.

En el rango de edad de 41 a 50 años de reportaron 16 pacientes siendo un 12% de la muestra total, el cuadro clínico compatible con dolor abdominal 40%, masa abdominal en 20%, sangrado uterino anormal en 20%, asintomáticas 10%. En cuanto a la histología de reportó cistoadenoma (10), edometrioma (4) y teratoma (2) En este rango de edad se encontró una paciente de 49 años que acudió por masa abdominal y dolor. A la exploración física se palpó una masa de 30cm, móvil, no dolorosa, en estudio de imagen se reportaron múltiples septos y papilas, con índice IOTA DE 35% para malignidad. Se sometió a cirugía, resultando el reporte de histopatología compartible con cistadenoma.

En el rango de edad de 51 a 65 años encontrando un total de 3 pacientes siendo este un 2% de la muestra total, se encontró cuadro clínico compatible con masa anexial en el 33.3%, sangrado postmenopáusico en el 33.3%, dolor abdominal en el 33.3%. En cuanto a la histopatología de se reportó en prevalencia cistoadenoma (2), quiste simple (1).

Sobre las pacientes embarazadas, la edad promedio fue de 25 a 35 años. Se encontraron dos pacientes con embarazo temprano que tenían cuadro clínico compatible con dolor abdominal y masa abdominal, el resto de las pacientes fueron asintomáticas. Las histopatologías más reportadas fueron cistoadenoma (21), quiste simple (5), teratoma maduro (5), adenofibroma (2), quiste lúteo (2), endometrioma (1), quiste dermoide (1).

No se tomó en cuenta en general la medición de los marcadores tumorales ya que no en todas las pacientes se cuenta con los títulos de estos.

CAPITULO VII

7. DISCUSION

El problema fundamental ante una tumoración anexial será discernir si se trata de un proceso maligno o benigno siendo primordial un adecuado estudio y orientación de la lesión, a fin de obtener un correcto diagnóstico que permita ofrecer a la paciente la mejor opción terapéutica con la menor morbilidad. Aunque la mayoría de las masas anexiales son benignas, el objetivo principal en la evaluación diagnostica es excluir la posibilidad de que se trate de un proceso maligno.

El abordaje de la tumoración anexial comprende, fundamentalmente, la anamnesis y exploración clínica, la ecografía transvaginal y abdominal, el doppler-color, los marcadores tumorales.

Es importante confirmar la capacidad de la ultrasonografía para definir la etiología de una masa anexial; analizando desde el punto de vista ultrasonográfico la caracterización subjetiva de las masas anexiales y su correlación con los hallazgos histopatológicos, así como describir el comportamiento en frecuencia de las distintas variedades por anatomía patológica evidenciadas. Para poder así, hacer diagnósticos más certeros y, brindar un mejor y oportuno manejo de las pacientes que padezcan de esta patología.

El ultrasonido es el estándar de oro para el diagnóstico de pacientes con sospecha de masa ovárica por su alta sensibilidad y especificidad como se menciona - R.A. Cruz-Morales 2014. Tomando en cuenta que una de las desventajas que tenemos frente al estudio de imagen por ultrasonido es que es operador-dependiente, así que varía la interpretación según quien lo realice, de igual manera interfiere el tipo de ultrasonido que se utilice y la forma en que se realice el mismo ya se vía abdominal o transvaginal.

Se tiene que considerar que el diagnóstico definitivo se da por histopatología, sin embargo, asignar un diagnóstico previo por clínica y corroborar con imagen es necesario para decidir el abordaje de cada paciente.

El problema fundamental ante una tumoración anexial será discernir si se trata de un proceso maligno o benigno siendo primordial un adecuado estudio y orientación de la lesión, a fin de obtener un correcto diagnóstico que permita ofrecer a la paciente la mejor opción terapéutica con la menor morbilidad. Aunque la mayoría de las masas anexiales son benignas, el objetivo principal en la evaluación diagnostica es excluir la posibilidad de que se trate de un proceso maligno.

El abordaje de la tumoración anexial comprende, fundamentalmente, la anamnesis y exploración clínica, la ecografía transvaginal y abdominal, el doppler-color, los marcadores tumorales.

Es importante confirmar la capacidad de la ultrasonografía para definir la etiología de una masa anexial; analizando desde el punto de vista ultrasonográfico la caracterización subjetiva de las masas anexiales y su correlación con los hallazgos histopatológicos, así como describir el comportamiento en frecuencia de las distintas variedades por anatomía patológica evidenciadas. Para poder así, hacer diagnósticos más certeros y, brindar un mejor y oportuno manejo de las pacientes que padezcan de esta patología.

El ultrasonido es el estándar de oro para el diagnóstico de pacientes con sospecha de masa ovárica por su alta sensibilidad y especificidad como se menciona - R.A. Cruz-Morales 2014. Tomando en cuenta que una de las desventajas que tenemos frente al estudio de imagen por ultrasonido es que es operador-dependiente, así que varía la interpretación según quien lo realice, de igual manera interfiere el tipo de ultrasonido que se utilice y la forma en que se realice el mismo ya se vía abdominal o transvaginal.

Se tiene que considerar que el diagnóstico definitivo se da por histopatología, sin embargo, asignar un diagnóstico previo por clínica y corroborar con imagen es Al realizarse el estudio en un hospital de tercer nivel, dentro del mismo se cuenta con la facilidad de poder realizar biopsias transoperatorias en caso de sospecha de malignidad previamente por clínica e imagen, o durante la cirugía al observar la masa anexial, y con esto realizar la cirugía correcta a la paciente.

CAPITULO VIII

8. CONCLUSION

La concordancia entre el diagnóstico de tumoración anexial por medio de la clínica, el estudio de imagen y la patología es aceptable. En un comparativo del diagnóstico probable por clínica, imagen e histopatología, se encontró que éstos se complementan de manera relevante, brindando una información más amplia, para integrar un diagnóstico preciso.

Como dato importante, hay que señalar que en un total de 124 estudios de ultrasonido, el 18% de los casos fueron realizados por ginecólogos siendo asertivos en el diagnóstico. El 82% restante fueron efectuados por radiólogos, presentándose un margen de error del 34% en el resultado del diagnóstico. Es un dato fundamental a considerar por la relevancia que conlleva la realización oportuna de un buen diagnóstico para la implementación del procedimiento correcto.

Todos los pacientes incluidos fueron candidatos a tratamiento quirúrgico con diagnóstico previo de tumoración anexial, probablemente benigna integrado por clínica, imagen y marcadores tumorales. De los casos reportados por imagen con datos de malignidad con riesgo IOTA elevando para malignidad se sometieron a cirugía complementada con BTO.

La histopatología más reportada fue cistoadenoma, seguido de endometrioma, terartoma, y torsión ovárica. Sin embargo, al obtener el riesgo IOTA se reportaba como compatible con benignidad.

Es importante mencionar que la adecuada correlación en los diagnósticos otorgados nos brinda los elementos para otorgar un tratamiento adecuado. Se recomienda la utilización de los marcadores tumorales para la correlación clínica y patológica de las masas anexiales.

CAPITULO IX

9. ANEXOS

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. RICARDO IBARRA PATIÑO
Investigador Principal
Departamento de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Presente.-

Estimado Dr. Ibarra:

En respuesta a su solicitud con número de ingreso **PI20-00312** con fecha del **28 de Septiembre del 2020**, recibida en las oficinas de la Secretaría de Investigación Clínica de la Subdirección de Investigación, se extiende la siguiente notificación con fundamento en el artículo 41 BIS de la Ley General de Salud; los artículos 14 inciso VII, 99 inciso I, 102, 109 y 112 del Decreto que modifica a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud publicado el día 2 de abril del 2014; además de lo establecido en los puntos 4.4, 6.2, 6.3.2.8, 8 y 9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos; así como por el Reglamento interno de Investigación de nuestra Institución.

Se le informa que el Comité a mi cargo ha determinado que su proyecto de investigación clínica abajo mencionado cumple con los aspectos éticos necesarios para garantizar el bienestar y los derechos de los sujetos de investigación que la sociedad mexicana demanda, por lo cual ha sido **APROBADO.**

Titulado **"Correlación entre hallazgos clínicos, de imagen y anatomopatológicos de tumoraciones anexiales en pacientes del Hospital Universitario " Dr. José Eleuterio González."**

De igual forma el(los) siguiente(s) documento(s):

- Protocolo escrito en extenso, versión 3.0 de fecha Diciembre 2020.

Por lo tanto usted ha sido **autorizado** para realizar dicho estudio en el **Departamento de Ginecología y Obstetricia** del Hospital Universitario como Investigador Responsable. Su proyecto aprobado ha sido registrado con la clave **GI21-00002** La vigencia de aprobación de este proyecto es al día **19 de Enero del 2022.**

Participando además la Dra. Melissa Astrid López García como **tesista**, el Dr. René Rodríguez Guajardo, Dr. med. Donato Saldivar Rodríguez, Dr. med. José G. Garza Leal, Dra. Sci. Geraldina Guerrero González y la Est. Mariana Dragustinovis Hinojosa como Co-Investigadores.

Toda vez que el protocolo original, así como la carta de consentimiento informado o cualquier documento involucrado en el proyecto sufran modificaciones, éstas deberán someterse para su re-aprobación.

Será nuestra obligación realizar visitas de seguimiento a su sitio de investigación para que todo lo anterior se encuentre debidamente consignado. En caso de no apegarse, este Comité tiene la autoridad de suspender temporal o definitivamente la investigación en curso, todo esto con la finalidad de resguardar el bienestar y seguridad de los sujetos en investigación.

El proyecto aprobado será revisado:

1. Al menos una vez al año, en base a su naturaleza de investigación.

Comité de Ética en Investigación
Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L. México
Teléfonos: 81 8329 4050, Ext. 2870 a 2874. Correo Electrónico: investigacionclinica@meduanl.com

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

2. Cuando cualquier enmienda pudiera o claramente afecte bienestar y los derechos de los sujetos de investigación o en la conducción del estudio.
3. Cualquier evento o nueva información que pueda afectar la proporción de beneficio/riesgo del estudio.
4. Así mismo llevaremos a cabo auditorias por parte de la Coordinación de Control de Calidad en Investigación aleatoriamente o cuando el Comité lo solicite.
5. Toda revisión será sujeta a los lineamientos de las Buenas Prácticas Clínicas en Investigación, la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, la NOM-012-SSA3-2012, el Reglamento Interno de Investigación de nuestra Institución, así como las demás regulaciones aplicables.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey Nuevo León 19 de Enero del 2021

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

DR. OSCAR DE LA GARZA CASTRO
Secretario del Comité de Ética en Investigación

Comité de Ética en Investigación
Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L. México
Teléfonos: 81 8329 4050, Ext. 2870 a 2874. Correo Electrónico: investigacionclinica@meduanl.com

Full Accreditation

Septiembre 15, 2017

CAPITULO X

10. BIBLIOGRAFIA

1-Paredes, J. Sandoval Paz, C.Sandoval Jara, Características histopatológicas de las tumoraciones anexiales. Rev. Peru.ginecol.obstet.vol.62 No. 4 Lima, Oct. 16. ISSN 2304-5132

2-. Clavijo Rodríguez, T. Lugones Botell, I M. Guevara Alfayate L. Berlán León I N, Valor del ultrasonido en el diagnóstico de las masas Anexiales, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(3)343-352

3- N.Gómez Molina Ultrasonografía en la identificación de mases anexiales, Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII (619) 2016; 403 – 408.

4- A. Cellerino, L. Feiguelman, Mariángeles Gómez, N. Dulitzky, A.Zimmerman, D. Sáez, Análisis ecográfico de las masas ováricas, Hospital Británico de Buenos Aires, Republica de Argentina2008:67-72.

5- C. Urbina, I. Sandoval,Tumoracion anexial en Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 51, núm. 1, enero-marzo, 2005;15-18.

6- Hermans, AJ, Kluivers, K. B, Wijnen, MH, Bulten, J, Massuger, LF, and Coppus, Sjors F. Diagnosis and Treatment of Adnexal Masses in Children and Adolescent, Obstet Gynecol 2015 Mar;125(3):611-615. doi: 10.1097/AOG.0000000000000665

7- Cruz-Morales*, RA, Pavón-Hernández CM, Pacheco-Bravo I. Utilidad de la evaluación ecográfica en la caracterización de las lesiones ováricas y su correlación histopatológica, Instituto Nacional de Cancerología, México,Gaceta Mexicana de Oncología. 2014;13(6):370-377

8-. BIGGS, WS, and MARKS, ST. Diagnosis and Management of Adnexal Masses, *American Family Physician***.** *2016 Apr, Volume 15,93 (8)***;** 676-681

9- Smorgick and Maymon Practical approach to the adnexal mass. Ultrasound Clinics, Department of Obstetrics and Gynecology, Assaf HaRofeh Medical International Journal of Women's Health 2014:6 857–86

10- L. Valentin, L. Ameye, L. Savelli, R. Fruscio, F. P. G. Leone,A. Czekierdowski, A. A. Lissoni, D. FischerovaI, S. Gerriero, C. Van Holsebeke, S. Van Huffel and D. Timmerman, Adnexal masses difficult to classify as benign or malignant using subjective assessment of gray-scale and Doppler. Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 38: 456–465 DOI: 10.1002/uog.9030

11-Barbara L. Hoffman B, L, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LU y col. 2016, Williams Ginecología. 3era edicion, Dallas, Texas: Editorial Mc Graw-Hill. Capítulo 9; 215-224, Capítulo 35,36;735-77.

12. Abordaje diagnóstico y referencia del Tumor Pélvico con Sospecha de Malignidad. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011 http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/511GER.pdf

13-A. Donati Castro, Guía de Práctica Clínica, Masas Anéxales, Revisión 1, 2014,1-16. https://xdoc.mx/documents/gin-31-masas-anexialesv1-14-5f63d24957ee0

14- Velasco V, Martinez V, Roiz J, Huazano F, Nieves A. (2002). MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA. Torreón, Coahuila, Mexico: ISBN 987-9499-36-0 https://www.academia.edu/36141136/MUESTREO_Y_TAMA%C3%91O_DE_MUESTRA_Una_gu%C3%ADa_pr%C3%A1ctica_para_personal_de_salud_que_realiza_investigaci%C3%B3n

CAPITULO XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Melissa Astrid López García

Tesis:

Correlación entre hallazgos clínicos, de imagen y anatomopatológicos de tumoraciones anexiales en pacientes del Hospital Universitario "[2]Dr. José Eleuterio González

Campo de Estudio: Especialidad médica en Ginecología y Obstetricia

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 05 de agosto de 1992, hija de Oziel López López y Martha García Castro.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Médico Cirujano y Partero en 2017

Experiencia Profesional: Residente de Ginecología y Obstetricia, año 4/4.

ABSTRACT

Adnexal tumors constitute one of the most frequent pathologies in gynecological practice, and corresponds to the third most frequent surgical intervention in a gynecology service. Approximately 80% of adnexal tumors have a benign behavior.

The diagnosis and management of an adnexal tumor represents a great problem, since alterations are observed in the ovary that range from variations in physiological phenomena, minor conditions, through benign diseases and malignant diseases.

Objective: To determine the ultrasonographic, clinical and histopathological correlation to define the etiology of an adnexal mass.

Material and methods: From March 2018 to March 2021, 124 patients who met the inclusion criteria were included. The median age was 27 years with an interquartile range of 20.25 to 35.75, the age range was 12 to 64 years.

In the diagnosis assigned by gynecology with the physical examination and the anamnesis and the diagnosis by histopathology, a significant concordance was determined with a kappa value of 0.665 with a substantial value to the diagnostic correlation, regarding the diagnosis that was assigned by imaging compared with diagnosis by pathology found a kappa value of 0.404 representing a fair or acceptable agreement. Likewise, when comparing the diagnosis by clinic and the imaging study, a kappa value of 0.494 was obtained with a fair or acceptable concordance.

Conclusions: The concordance between the diagnosis of adnexal tumor through the clinic, the imaging study and the pathology is acceptable at the “Dr. José Eleuterio González”.

Key words: Adnexal tumor, diagnostic methods, concordance