

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Abordaje Diagnóstico y Referencia del **TUMOR PÉLVICO GINECOLÓGICO** con Sospecha de Malignidad

Evidencias y Recomendaciones

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

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica. Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Abordaje diagnóstico y referencia del Tumor Pélvico con Sospecha de Malignidad**. México: Secretaría de Salud, 2011.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: 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

AUTORES Y COLABORADORES

Coordinadores:

Dra. María Antonia Basavilvazo R.	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de Programas Médicos Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. División de Excelencia Clínica México, D.F.
-----------------------------------	---------------------------	--------------------------------------	---

Autores :

Dr. Víctor Manuel Montalvo Zapata	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Medico no Familiar Hospital General de Zona No. 8 Tlaxcala Delegación, Tlaxcala
Dra. María del Rayo Reyes Gil	Ginecología y Obstetricia		Médico no Familiar Hospital Regional de Zona No. 1 Vicente Guerrero Acapulco Delegación Guerrero
Dr. Fabián Tobón Osornio	Ginecología Oncológica		Médico No Familiar UMAE Hospital de Ginecobstetricia No. 3 Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez Delegación Norte Distrito Federal
Dr. Gregorio Urbano Valencia Pérez	Ginecología y Obstetricia		Médico No Familiar Adscrito a Hospital General de Zona 2 A Francisco del Paso y Troncoso Delegación Distrito Federal Sur México, D.F.

Validación interna:

Dr.- Germán Castelazo Rico	Oncología Quirúrgica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Servicio de Oncología UMAE Hospital de Ginecobstetricia No. 3 Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez Delegación Norte Distrito Federal
Dr. Oscar Enrique Jimenez Hernández	Ginecología y Obstetricia		Jefe de Servicio de Ginecología Hospital General de Zona No.1 Tepic, Nayarit Delegación Nayarit
Dra. Isabel Flores García	Ginecología y Obstetricia		Médico No familiar UMF No. 2 Delegación Norte México D.F.

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN.....	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 ANTECEDENTES.....	7
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	8
3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	9
3.4 DEFINICIÓN	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	10
4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	11
4.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR ABDOMINAL MALIGNO(ANEXO 5.3 CUADRO II).....	14
4.3 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (ANEXO 5.3 CUADRO III).....	14
4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA.....	19
4.4.1 DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL (ALGORITMO 3)	19
4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA.....	20
4.5.1 DE SEGUNDO A TERCER NIVEL (ALGORITMO 2 Y 3)	20
4.6 CRITERIOS DE CONTRA- REFERENCIA.....	20
4.6.1 DE TERCER A SEGUNDO NIVEL (ALGORITMO 2 Y 3)	20
5. ANEXOS.....	21
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	21
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	23
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	27
Espujo: Entrega inmediata o alcohol 50° o refrigerar.....	29
5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO.....	30
6. GLOSARIO.....	33
7. BIBLIOGRAFÍA.....	34
8. AGRADECIMIENTOS.....	36
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	37
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	38
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	39

1. CLASIFICACIÓN.

Catálogo Maestro: IMSS-511-11	
Profesionales de la salud.	Médicos Ginecobstetras, Médicos Gineco-oncólogos.
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10 C 57 Tumor Maligno de otros órganos genitales femeninos y de los no especificados, C52 Tumor maligno de la vagina C53 Tumor maligno del cuello del útero, C54 Tumor maligno del cuerpo del útero, C55 Tumor maligno del útero, parte no especificada C56 Tumor maligno del ovario
Categoría de GPC.	Primero, Segundo y Tercer Niveles de atención - Diagnóstico - Referencia Esta Guía no abordará tratamiento debido a que el origen del tumor pélvico es variada, y por lo tanto existen Guías específicas de cada patología.
Usuarios potenciales.	Médicos Generales, Médicos Familiares Médicos Ginecobstetras, Médicos Gineco-oncólogos, Médicos Cirujanos Generales, Médicos Cirujanos Oncólogos, Médicos Radiólogos, Médicos en formación, Pediatras y Cirujanos pediatras
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del seguro social
Población blanco.	Mujeres de cualquier edad
Fuente de financiamiento / patrocinador.	IMSS
Intervenciones y actividades consideradas.	Historia Clínica (Interrogatorio y exploración Física) Exámenes de laboratorio Preoperatorios (Biometría Hemática, Química sanguínea, Pruebas funcionales Hepáticas, Coagulograma, Grupo y RH) CA125 sérico Ultrasonido Trans abdominal y/o endovaginal, ultrasonido Doppler color TAC, Resonancia Magnética Los marcadores tumorales Ca 125 Fracción beta de gonadotropina coriónica humana (hGC) deshidrogenasa láctica (LDH) de alfa-fetoproteína (AFP) o Laparotomía o Laparoscopia Diagnóstica Referencia a Ginecobstetra de Segundo Nivel Referencia a Gineco-oncólogo (Tercer nivel)
Impacto esperado en salud.	Detección Oportuna de la Enfermedad Disminución de eventos quirúrgicos no necesarios Disminución de la morbimortalidad en población susceptible disminuyendo el daño. Aumentar la calidad en la atención de las pacientes. Optimización de los recursos para una mejor atención de las pacientes. Referencia Oportuna y adecuada Actualización en los conocimientos de ésta serie de padecimientos que va en aumento.
Metodología¹.	<Adopción de guías de práctica clínica o elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías Nacionales e internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.>
Método de validación y adecuación.	Enfoque de la GPC: <enfoque a responder preguntas clínicas mediante la adopción de guías y/o enfoque a preguntas clínicas mediante la revisión sistemática de evidencias en una guía de nueva creación> Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. <especificar cuáles se utilizaron, de las siguientes: Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas mediante bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o ó compiladores. Búsqueda en páginas Web especializadas Búsqueda manual de la literatura.> Número de fuentes documentales revisadas: 15 Guías seleccionadas: 4 Consensos: 2 Revisión clínica: 7 Encuestas: 2
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda: <institución que validó el protocolo de búsqueda>. Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: <institución que validó por pares> Revisión institucional: <Institución que realizó la revisión> Validación externa: <institución que realizó la validación externa> Verificación final: <institución que realizó la verificación>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro IMSS-511-11 Fecha de actualización: de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Qué síntomas y signos son más frecuentes en el tumor pélvico ginecológico con sospecha de malignidad?
2. ¿Cuáles son las principales patologías en tumor pélvico ginecológico con sospecha malignidad?
3. ¿Cuál es la edad de mayor frecuencia en que se presenta el tumor pélvico ginecológico con sospecha de malignidad?
4. ¿Cuáles son los estudios de laboratorio indicados?
5. ¿Qué estudios de Gabinete son más recomendables?
6. ¿Con que entidades se debe realizar diagnóstico diferencial?
7. ¿En qué situaciones clínicas es recomendable la Laparoscopia /o Laparotomía diagnóstica en el estudio del tumor pélvico ginecológico?
8. ¿Qué estudios citohistopatológicos son recomendables antes de la Laparotomía diagnóstica en la paciente con tumor pélvico ginecológico?
9. ¿Cuáles son los criterios de referencia y contra referencia a los diferentes niveles de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

El diagnóstico de tumor pélvico es complejo debido a los múltiples causas que lo originan y a los numerosos tratamientos que pueden ser empleados, lo que obliga a un diagnóstico oportuno, aunque la edad es un factor que orienta a la probable etiología, se ha observado que los procesos malignos se van diagnosticando en edades más tempranas día con día por lo que un diagnóstico retardado, empobrece el pronósticos. El sitio mayormente afectado en los tumores pélvicos es el ovario.

El 90% de tumores pélvicos ginecológicos son de origen ovárico en los Estados Unidos GPC RCOG, 2011, el cáncer de ovario representa la primera causa de muerte por cáncer ginecológico y es la cuarta por cáncer en las mujeres.

México ocupa el quinto lugar de estas neoplasias en la Población Femenina según reportes del Registro Histopatológico de Neoplasias malignas en el año 2002. Consenso Nacional de Cáncer de Ovario, 2006.

Estadísticas del Globocan 2008 reporta en México dentro de los tumores malignos pélvicos ginecológicos, el cáncer Cérvicouterino ocupa el primer lugar con un reporte de 10186 casos, le sigue el Cáncer de colon y recto con 3158 casos y en tercer lugar el cáncer de ovario con 2910 casos, pudiendo estos manifestarse como una tumor pélvico Globocan, 2008. El cáncer de ovario ocupa el tercer lugar de mortalidad por cáncer en la mujer en México, representando el 4% de todas las neoplasias y el 5% de todas las muertes Registro Histopatológico de Neoplasias en México, 2002 el riesgo de desarrollar un cáncer de ovario es aproximadamente de 1.7% y 1 de 60 muere por esta enfermedad De Vita, 2011, NCCN, 2011

El diagnóstico diferencial varía de acuerdo a la edad de la paciente, en mujeres premenáuricas y posmenopáusicas, una tumor anexial debe considerarse anormal y debe ser investigada inmediatamente (Anexo 5.3 Cuadro I-III)

En pacientes premenáuricas, la mayor parte de las neoplasias tienen su origen en células germinales y precisan una inmediata exploración quirúrgica. En posmenopáusicas se presentan con mayor frecuencia, tumores de origen epitelial, en estos grupos, cualquier aumento en el tamaño ovárico debe considerarse maligno hasta no demostrar lo contrario Curtin, 1994.

En paciente en edad fértil, el diagnóstico es variado; pueden presentar tumores benignos y malignos de múltiples órganos. El descubrimiento de anomalías pélvicas es más frecuente en este grupo de edad, por realizarse con mayor frecuencia exploraciones periódicas para la detección de cáncer y asesoramiento en la anticoncepción. Disaia, 2002

Aunque la mayoría de los tumores pélvicos se encuentran en este grupo de edad, generalmente son histológicamente benignas, se pueden encontrar lesiones extrapélvicas como, quistes peritoneales, quistes epiploicos, lesiones retroperitoneales y afecciones del tubo digestivo, ciego, apéndice, sigmoides e incluso intestino delgado, que pueden localizarse en la pelvis y adherirse. Se ha reportado que en pacientes premenopáusicas con tumor quístico sintomático la incidencia de malignidad es de 3:1000 a los 50 años. GPC RCOG, 2011

La exploración rectovaginal permite el acceso más adecuado del fondo de saco posterior, así como a las áreas más superficiales de la pelvis.

Aunque los síntomas no son patognomónicos el dolor pélvico o abdominal persistente (más de dos semanas), distensión abdominal, cambios en el hábito intestinal (estreñimiento, heces acintadas), molestias urinarias (poliuria, urgencia urinaria) son manifestaciones frecuentes cuando se encuentra involucrado el peritoneo Harrison, 2009.G

Para identificar el origen del tumor Pélvico es necesario realizar estudios de laboratorio y Gabinete , siendo el Ultrasonido el estudio inicial ya sea abdominal o transvaginal.

Dentro de los estudios de laboratorio los marcadores tumorales séricos son de utilidad ante la sospecha de malignidad los principales estudios de imagenología son la ultrasonografía, Resonancia Magnética, tomografía computarizada. Los marcadores tumorales principalmente el Ca 125, no está indicado en todos los casos de mujeres premenopáusicas, ante datos clínicos o ultrasonográficos que indican benignidad SOGC, 2009, ACOG, 2007, RCOG, 2011, realizando el diagnóstico definitivo a través del estudio histopatológico del tumor; y así ofrecer un tratamiento específico (Anexo 5.3 Cuadro III-V).

Existe un Índice de Riesgo de malignidad (Anexo 5.3 Cuadro VI) el cual contempla aspectos clínicos como de Pruebas Diagnósticas siendo necesario familiarizarse con este Índice con fines de valorar las probabilidades de malignidad, lo que conllevaría a una valoración especializada y así obtener un diagnóstico preciso, oportuno y optimización de recursos en aquellos casos con fines incidir en la Historia natural de la Enfermedad que pueda aumentar la Morbilidad y la Mortalidad de la Población.

3.2 JUSTIFICACIÓN

El propósito de la guía es facilitar la detección temprana de neoplasias malignas, dado que actualmente en México, solo el 5% del cáncer de ovario se detecta en etapas tempranas (Guillermo Herbert Núñez). Promover que los médicos familiares y Ginecólogos valoren clínica y con estudios de laboratorio y/o gabinete en forma estandarizada a las pacientes que presenten un tumor pélvico y detecten riesgos significativos de malignidad, con fines de ser referidas en forma oportuna al profesional especializado en Gineco-oncología Le T,2009

La diferenciación preoperatoria entre los tumores pélvicos benignos o malignos generan mayor precisión y por ende conlleva una planeación quirúrgica óptima y efectiva, minimiza la morbilidad de las pacientes que requieren un tratamiento conservador (Quistes pequeños benignos) siempre y cuando sea posible, además de poder valorar si a través de técnicas laparoscópicas se puede evitar intervenciones mayores como la laparotomía que genera mayor morbilidad y finalmente remitir al profesional especializado en forma oportuna; siendo uno de los objetivos el contar con una herramienta protocolizada y estandarizados para atención y oportuna referencia a los diferentes niveles de asistencia de los tumores pélvicos ginecológicos con sospecha de malignidad como tal. RCOG, 2011

En nuestro medio con frecuencia se observa retraso en la referencia oportuna de las pacientes portadoras de tumores pélvicos, que al no tener identificado este algoritmo de abordaje genera el uso de recursos innecesarios conducimos a gastos no previstos y desperdicio de los mismos. Por ello adquiere importancia y justifica la inclusión de esta guía para el equipo de salud de las especialidades involucradas. Al procurar el diagnóstico y tratamiento oportuno, mejoraremos la sobrevida de las pacientes.

3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Abordaje Diagnóstico y Referencia del Tumor pélvico Ginecológico con sospecha de Malignidad** forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Detección Oportuna de la Enfermedad
2. Disminución de eventos quirúrgicos no necesarios
3. Disminución en la morbimortalidad de la población susceptible disminuyendo el daño.
4. Aumentar la calidad en la atención para las pacientes.
5. Optimización de los recursos para una mejor en la atención de las pacientes.
6. Referencia Oportuna y adecuada
7. Actualización en los conocimientos

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.4 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.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

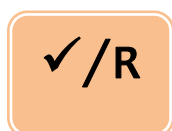
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Los tumores pélvicos generalmente son asintomáticos en etapas precoces siendo la exploración pélvica el método más utilizado en la detección de estas.</p>	<p>IV (E. Shekelle) <i>RCOG, 2011</i></p> <p>III (E. Shekelle) <i>Disaia, 2002</i></p>
<p>R 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.</p>	<p>B (GPC ACOG, 2007)</p> <p>II-2 B (SOGC, 2009)</p>
<p>R Los tumores pélvicos ginecológicos pueden ser de origen benigno o malignos, el diagnóstico diferencial entre ambos varía considerablemente con la edad (Etapa premenárquica, etapa reproductiva y postmenopáusia), de la sintomatología y de los resultados de las pruebas diagnósticas (Anexo 5.3 Cuadro I, Algoritmo 1)</p>	<p>C (E. Shekelle) <i>Disaia, 2002</i></p>

E

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.

2 A
NCCN.2011
II-2B
(SOGC, 2009)
IV
(E. Shekelle)
RCOG, 2011
III
(E. Shekelle)
Disaia,2002

R

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.

C
(E. Shekelle)
RCOG, 2011
D
(E. Shekelle)
Consenso Cáncer de Ovario, 2007
2ª
NCCN Ovarian Cancer, 2011

R

La evaluación apropiada en mujeres peri o posmenopáusicas con tumor pélvico 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

D
(E. Shekelle)
RCOG, 2011
II-2B
(GPC SOGC, 2009)

E

Aunque el examen clínico tiene poca sensibilidad en la detección de tumores ováricas (15-51%) su importancia radica en la oportunidad de interrogar síntomas asociados en la exploración, en la evaluación de la movilidad, la modularidad y la presencia de ascitis o fondos de saco vaginal abombado.

III
(E. Shekelle)
GPC RCOG, 2011
2ª
(NCCN Ovarian Cancer, 2011)

R

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.

D
(E. Shekelle)
RCOG, 2011

D
(E. Shekelle)
Consenso Cáncer de Ovario, 2007

2^a
(NCCN Ovarian Cancer, 2011)

R

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.

III
(E. Shekelle)
Disaia, 2002

R

La mayoría de los tumores pélvicos que aparecen durante el embarazo tienen un bajo riesgo de malignidad o de complicaciones agudas, por lo que pueden ser consideradas con manejo expectante.

C
(ACOG, 2007)

R

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

B
(ACOG, 2007)

4.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR ABDOMINAL MALIGNO (ANEXO 5.3 CUADRO II)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #90EE90;">R</div>	<p>El diagnóstico diferencial de tumores pélvicos debe hacerse con:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Embarazo - Quiste funcional, Quiste endometriósico - Retención aguda de orina o globo vesical - Ciego distendido - Riñón Pélvico - Absceso pélvico - Miomatosis - Hematoma o absceso de Pared abdominal 	<p style="text-align: center;">III (E. Shekelle) <i>Disaia,2002</i></p>

4.3 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (ANEXO 5.3 CUADRO III)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #90EE90;">R</div>	<p>Ante la paciente con tumor pélvico con sospecha de malignidad los estudios recomendados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ultrasonido abdominal y/o vaginal - Radiografía de tórax(Tele de tórax PA) y/o Simple abdomen - Marcadores Tumorales Ca 125,AFP,HGC, 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. 	<p style="text-align: center;">2A <i>(NCCN, 2011)</i></p> <p style="text-align: center;">II-2B <i>(SOGC, 2009)</i></p> <p style="text-align: center;">B <i>(ACOG, 2007)</i></p> <p style="text-align: center;">8 <i>(ACR, 2008)</i></p>

Ultrasonido

E

El Colegio Americano de Radiólogos, reporta que el US abdominal tiene un valor de 7 como pruebas adecuada para diagnóstico de tumores pélvico abdominales siendo el valor máximo o calificación máxima de 9.

7
(ACR, 2008)

R

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.

B
(ACOG, 2007)
II-2B
(SOGC, 2009)
B
(RCOG, 2011)

E

La combinación del ultrasonido vaginal y abdominal ha mostrado ser útil en tumor ovárico extenso y /o extraovárico.

2++
(RCOG, 2011)

R

El estudio ultrasonográfico pélvico abdominal debe reportar las características del tumor pélvico como: Tamaño, Multilobularidad, ubicación, extensión(unilateral o bilateral), el posible origen, espesor de tabiques , presencia o no de excrecencias, componentes internos del tumor, características quísticas o solidas, patrón vascular, presencia o ausencia de ascitis, presencia y características de los bordes (regulares o irregulares) presencia de metástasis intrabdominales lo que ayudara al cálculo del índice de riesgo de malignidad,

III-C
(SOGC, 2009)
III
(E. Shekelle)
Disaia,2002

E

Los datos ultrasonográficos sugestivos de malignidad son:

- Quistes múltiples
- Imágenes sólidas
- Presencia de ascitis
- Lesiones bilaterales
- Presencia de metástasis en áreas adyacentes

1++
(RCOG, 2011)

✓/R

El estudio ultrasonográfico puede ser solicitado para explorar otras regiones de acuerdo a la sospecha del sitio primario del tumor y a extensión del mismo (Ver anexo 5.3 Índice riesgo)

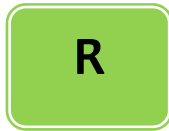
Punto de buena práctica.

Tomografía



Esta modalidad radiológica tiene un valor adicional que el ultrasonido en lesiones complejas , o con altas posibilidades de malignidad

2+
(RCOG, 2011)



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 obstruictivos intestinales. (Ver Guía IMSS Val. Preoperatoria)

2^a
NCCN, 2011
5
(ACR, 2008)

Marcadores Tumorales (Anexo 5.3 Cuadro III)



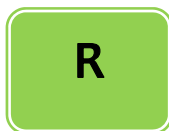
La especificidad y el valor predictivo positivo del marcador Ca125 son consistentemente más altos en las mujeres postmenopáusicas en comparación con las premenopáusicas.

7
(ACR, 2008)



El Ca 125 es muy específico del cáncer epitelial de ovario, sin embargo su valor como prueba única no es tan acertada, pues puede tener falsos positivos en enfermedades benignas como lo son: fibromas, adenomiosis, menstruación, endometriosis, infección pélvica, patología de intestino por lo que se debe de tomar con cautela y de preferencia correlacionar con datos clínicos y ultrasonografía, ya que su combinación aumenta su capacidad de detección de procesos malignos.

2++
(RCOG, 2011)



El Ca125 es el único marcador útil en el protocolo de estudio del tumor de ovario con sospecha de malignidad.

C
(E. Shekelle)
*Cleveland Clinic Journal
Of Medicine, 2007*



En mujeres premenopausicas con diagnóstico de un quiste simple sin datos de malignidad por clínica y por ultrasonido el Ca 125, no está indicado.

B
(RCOG, 2011)



La especificidad y el valor predictivo positivo del marcador Ca125 son consistentemente más altos en las mujeres postmenopáusicas en comparación con las premenopáusicas.

7
(ACR, 2008)

R

El valor predictivo positivo de las mediciones de CA 125 son sistemáticamente más altos en las mujeres postmenopáusicas en comparación con las mujeres premenopáusicas. Cualquier elevación de CA 125 en una mujer posmenopáusica con un tumor pélvico es altamente sospechosa de malignidad. (Ver cuadro condiciones no malignas que pueden elevar CA125)

B

R

En pacientes jóvenes con tumor pélvico, y datos de malignidad debe de realizarse estudio genético (Ver Algoritmo 2)

C
(E. Shekelle)

Berek J, 2010

R

La Deshidrogenasa Láctica (DHL), la α -FP y la HGC se deben medir en todas las mujeres menores de 40 años con la presencia de un tumor pélvico complejo o mixto debido a las posibilidades de tumores de células germinales.

C
(RCOG, 2011)

Estudio histopatológico

R

El diagnóstico definitivo de benignidad o malignidad es a través del estudio transoperatorio del tumor.

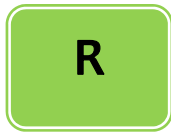
La biopsia puede ser realizada con métodos invasivos como Laparoscopia (en caso de sospechar benignidad) o Laparotomía Diagnóstica (Al no contar con el recurso de laparoscopia o en alta sospecha de malignidad) lo cual debe de incluir estudio citológico de ascitis o lavado peritoneal. En los casos que se observen lesiones en la vagina o cérvix la toma de biopsia deben de ser realizados.

2A
(NCCN, 2011)

E

El estudio citológico del líquido de un quiste simple presenta una capacidad de detección de malignidad variable estando entre un 25 % a un 82%, además puede inducir a derrames o siembra de células tumorales en la cavidad peritoneal, aunque esto es controvertido. La excepción puede ser en pacientes con diagnóstico establecido de Cáncer de ovario avanzado aptos para ser tratados con tratamiento médico oncológico.

III
(E. Shekelle)
ACOG, 2007



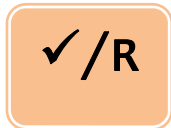
El estudio citológico por aspiración o punción de líquido de quiste unilocular en mujeres principalmente postmenopáusicas está contraindicado

C
(E. Shekelle)
ACOG, 2007



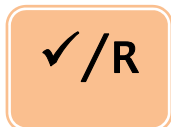
La toma de muestras deben ser realizadas bajo las recomendaciones internacionales con fines de un buen diagnóstico patológico (Anexo 5.3 Cuadro V)

C
(E. Shekelle)
Gómez de A, 2002



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

Punto de buena práctica.



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.

Punto de buena práctica

Laparoscopia



Existen evidencias sobre los beneficios de la cirugía laparoscópica en quistes benignos siendo los más reportados:

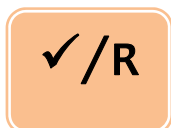
- Menor morbilidad, Fiebre, dolor, menores complicaciones, menor estancia hospitalaria y menores costos hospitalarios

I++
(RCOG, 2011)



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, pudiendo ofrecer mejor Laparotomía exploradora, aunque existen reportes sobre su utilidad en estadificación y tratamiento laparoscópico.

C
(E. Shekelle)
ACOG, 2007
C
(RCOG, 2011)



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

Punto de buena práctica

R

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.

A
(RCOG, 2011)

R

El Índice de Riesgo de Malignidad (IRM) 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.

III-C
(SOGC, 2009)
I++ / B
(RCOG, 2011)

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.

4.4 CRITERIOS DE REFERENCIA

4.4.1 DE PRIMER A SEGUNDO NIVEL (ALGORITMO 3)

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	La paciente con Tumor pélvico deberá enviarse a segundo nivel (Ginecología oncológica u Oncología) para valoración, diagnóstico y tratamiento especializado.	II-2B (SOGC, 2009) C (ACOG, 2007)
✓/R	La paciente con tumor pélvico debe de ser enviada con : -Estudio ultrasonográfico abdominal y/o endovaginal - BH con cuenta plaquetaria.	Punto de Buena Práctica

4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA

4.5.1 DE SEGUNDO A TERCER NIVEL (ALGORITMO 2 Y 3)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R En la paciente con alto riesgo de enfermedad maligna debe ser enviada a Centro Oncológico.</p>	<p>II-2B (SOGC, 2009)</p>
<p>La paciente con tumor pélvico con alta sospecha o con diagnóstico de malignidad debe de ser enviada con</p> <ul style="list-style-type: none"> -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- <p>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.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

4.6 CRITERIOS DE CONTRA- REFERENCIA

4.6.1 DE TERCER A SEGUNDO NIVEL (ALGORITMO 2 Y 3)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>✓/R 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.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Ejemplo de un protocolo de Búsqueda

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Abordaje Diagnóstico y Referencia del Tumor Pélvico Ginecológico con sospecha de Malignidad

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.

Publicados durante los últimos 5 años.

Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema:

Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en el Adulto mayor en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término MeSh: pelvic masses. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, diagnosis, epidemiology, y se limitó a la población de mujeres adultos mayores de 16 años de edad. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 632 documentos, de los cuales se utilizaron 4 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

Protocolo de búsqueda de GPC.

Resultado Obtenido

```
("pelvic masses /classification"[Mesh] OR " pelvic masses /diagnosis"[Mesh] OR [Mesh] OR " pelvic masses /epidemiology"[Mesh] OR " pelvic masses /prevention and control"[Mesh] OR " pelvic masses OR "masses ovary"[Mesh] AND ("humans"[MeSH Terms] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND ("aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms]) AND ("2001/01/01"[PDAT] : "2011/01/30"[PDAT]))
```

Algoritmo de búsqueda

1. Pelvic masses [Mesh]
- 2.-Diagnosis [Subheading]
3. Epidemiology [Subheading]
- 5.Prevention andControl[Subheading]
6. 7. #2 OR #3 OR #4
8. #1 And #7
9. 2005[PDAT]: 2010[PDAT]
10. Humans [MeSH]
11. #8 and # 10
12. English [lang]
13. Spanish [lang]
14. #12 OR # 13
15. #11 AND # 14
16. Guideline [ptyp]
17. #15 AND #12
18. Aged 16 and over [MesSH]
19. #17 AND #18
20. - # 1 AND (# 2 OR # 3 OR #4 OR #5 OR #6) AND #9 AND #10 AND (#12 OR #13) and (#16) and #18

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda no fue necesario buscar sitios de Internet de guías de práctica clínica, utilizando solo el buscador Tripdatabase se tuvieron 632 documentos, de los cuales se utilizaron 8 más para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	TripDatabase	632	10
3	NICE	0	0
Totales		632	10

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de desorden de ansiedad. Se obtuvieron 0 RS, relevantes para para la elaboración de la guía

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006) .

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

GRADOS DE EVIDENCIA Y RECOMENDACION DE LA GUIA DEL COLEGIO AMERICANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (ACOG) Y DE LA GUIA MANAGEMENT OF ADNEXAL MASSES

Calidad de la evidencia	
I	Evidencia obtenida de un ensayo controlado aleatorio.
II-1	Evidencia obtenida de un ensayo controlado no aleatorio.
II-2	Evidencia obtenida de una cohorte de casos y controles, de preferencia de más de un centro de trabajo de investigación.
II-3	Evidencia obtenida de comparaciones entre tiempos o lugares con o sin la intervención o resultados dramáticos en experimentos no controlados.
III	Opinión de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comité de expertos.
Clasificación de recomendaciones	
A	Las recomendaciones se basan en pruebas científicas sólidas y coherentes
B	Las recomendaciones se basan en la evidencia científica limitada o inconsistente.
C	Las recomendaciones se basan fundamentalmente en el consenso y la opinión de expertos.

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

CALIDAD DE LA EVIDENCIA DE EVALUACIÓN DE LA GUÍA “EVALUACIÓN INICIAL Y LAS DIRECTRICES DE REFERENCIA PARA LA GESTIÓN DE LAS MASAS PÉLVICAS / OVARIO. SOCIEDAD DE OBSTETRAS Y GINECÓLOGOS DE CANADÁ (SOGC), ONCÓLOGOS GINECOLÓGICOS DE CANADÁ (GOC), LA SOCIEDAD DE COLPOSCOPISTAS CANADÁ (SCC)

Clasificación de las Evidencias

- I: Evidencia obtenida de al menos un bien diseñado estudio clínico controlado aleatorizado
- II-1: La evidencia de estudios bien diseñados, no aleatorios
- II-2: La evidencia de buen diseño de cohorte (prospectivo o retrospectivo) o de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación
- II-3: Evidencia obtenida de comparaciones entre tiempos o lugares, con o sin la intervención. Los resultados dramáticos de experimentos no controlados (por ejemplo, los resultados del tratamiento con penicilina en los años 1940) también podría incluirse en esta categoría
- III: Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o

Clasificación de las recomendaciones

- A. Hay buena evidencia para recomendar la acción preventiva clínica
 - B. No hay evidencia para recomendar la justa acción preventiva clínica
 - C. Las pruebas existentes son contradictorios y no permiten hacer una recomendación a favor o en contra del uso de las medidas de prevención clínica, sin embargo, otros factores pueden influir en la toma de decisiones
 - D. No hay evidencia para recomendar justo frente a la acción preventiva clínica
 - E. Hay buena evidencia para recomendar acciones preventivas contra la clínica
 - L. No hay pruebas suficientes (en cantidad o calidad) para hacer una recomendación, sin embargo, otros factores pueden influir en la toma de decisiones
- † Adaptado de la clasificación de los criterios descritos en las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Canadá en la atención sanitaria preventiva.

Tomado: Le T, Giede C, Journal Obstet Gynaecol Can 2009;31(7):668–673

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE ACR GUIA ACR APPROPRIATENESS CRITERIA® PALPABLE ABDOMINAL MASS.

Valor de puntaje : 1- Valor poco apropiado o estudio poco recomendado y valor 9:Valor más Apropiado o estudio bien indicado

Fuente: en Línea Gay SB, Bree RL, Rosen MP, Foley WD, Grant TH, Heiken JP, Huprich JE, Lalani T, Miller FH, Sudakoff GS, Greene FL, Rockey DC, Expert Panel on Gastrointestinal Imaging. ACR Appropriateness Criteria® palpable abdominal mass. [online publication]. Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2008.

CATEGORÍA DE EVIDENCIAS Y CONSENSO GUIA NCCN EPHITELIAL OVARIAN CANCER/FALLOPIAN TUBE CANCER/PRIMARY PERITONEAL CANCER VERSION 2011

Categoría 1: Recomendación Basada en evidencias de alto nivel (Estudios clínicos controlados aleatorizados)
Categoría 2 ^a : Recomendación Basada en evidencias de bajo nivel y consenso NCCN no uniforme
Categoría 2B: Recomendación Basada en evidencias de bajo nivel y consenso NCCN no uniforme y mayor desacuerdo
Categoría 3: Recomendación Basada en evidencias con alta desacuerdo de Consenso NCCN

Consultado 5/07/2011 http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp

ESCALAS DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES DE ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGIST (RCOG) DE LA GUÍA MANAGEMENT OF SUSPECTED OVARIAN MASSES IN PREMENOPAUSAL WOMEN 2011

CLASIFICACIÓN DE LAS EVIDENCIAS

1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
D(GPP)	Considerada como buena practica clínica por el grupo elaborador de la GPC

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

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 Embarazo 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
Disgerminoma	-	+ -	+ -	+ -
Tumor de seno endodérmico (saco de Yolk)	+	-		+ -
Teratoma inmaduro	+ -	-		+ -
Tumor mixto de células germinales	+ -	+ -	+ -	+ -
Coriocarcinoma	-	+		
Carcinoma embrionario	+ -	+		
Poliembrioma	+ -	+		

AFP=Alfafetoproteína; hCG=Gonadotropina 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
Biopsias (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 citoespray por lo menos 15 minutos para que sequen y se pueden enviar posteriormente sin limite de tiempo
Citologías Vaginales: Alcohol del 96°	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 sino se contaminan y las células de una paciente quedan en la placa de otra paciente. También se puede fijar inmediatamente con citoespray: a 20 cm se hace una fijación adecuada
Líquidos (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.
Espuito: Entrega inmediata o alcohol 50° o refrigerar	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

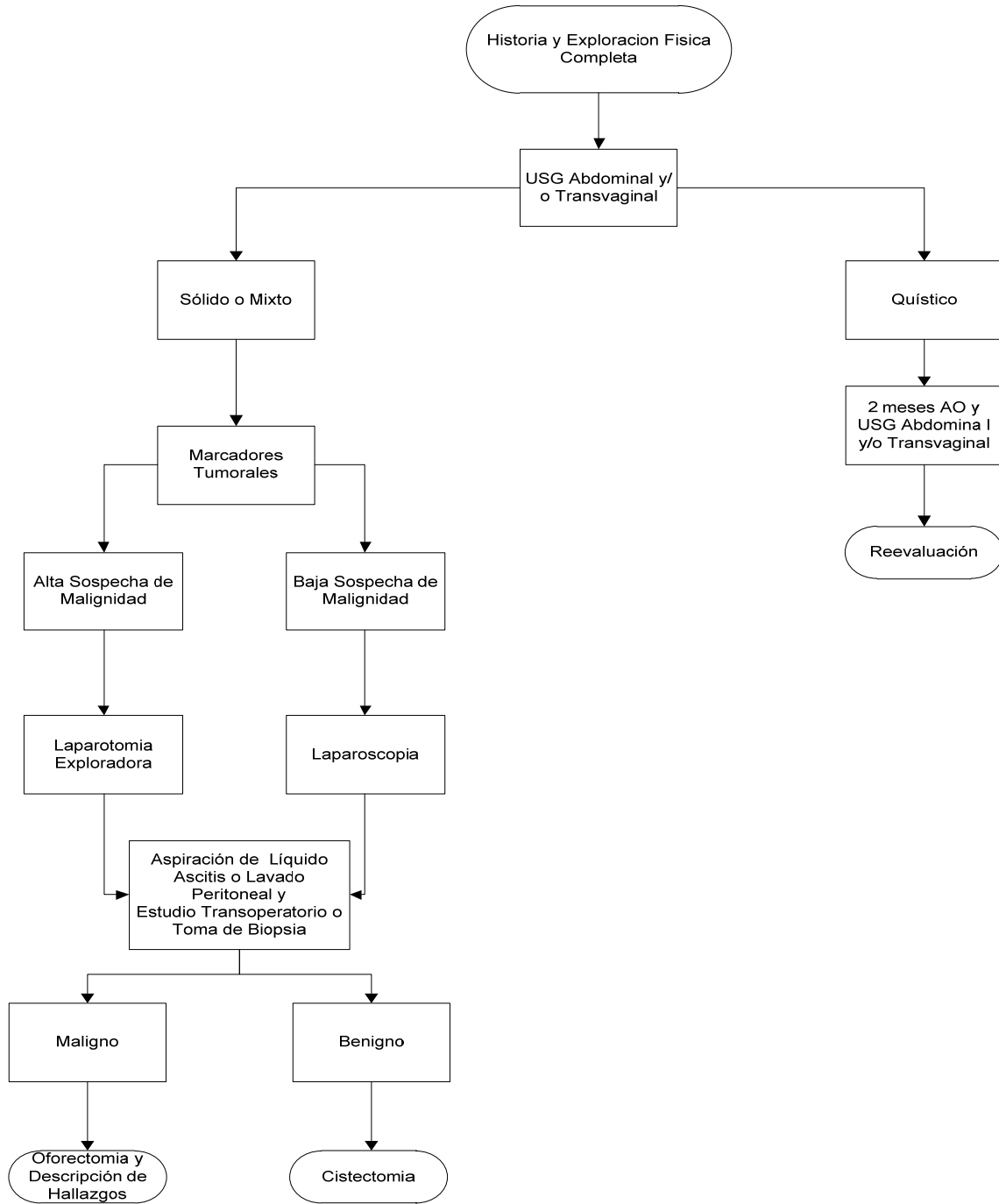
CUADRO VI. ÍNDICE DE RIESGO DE MALIGNIDAD

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 Intraabdominales		
Premenopausia	1	1
Posmenopausia	3	4
Niveles de Ca 125	U/mL	U/mL

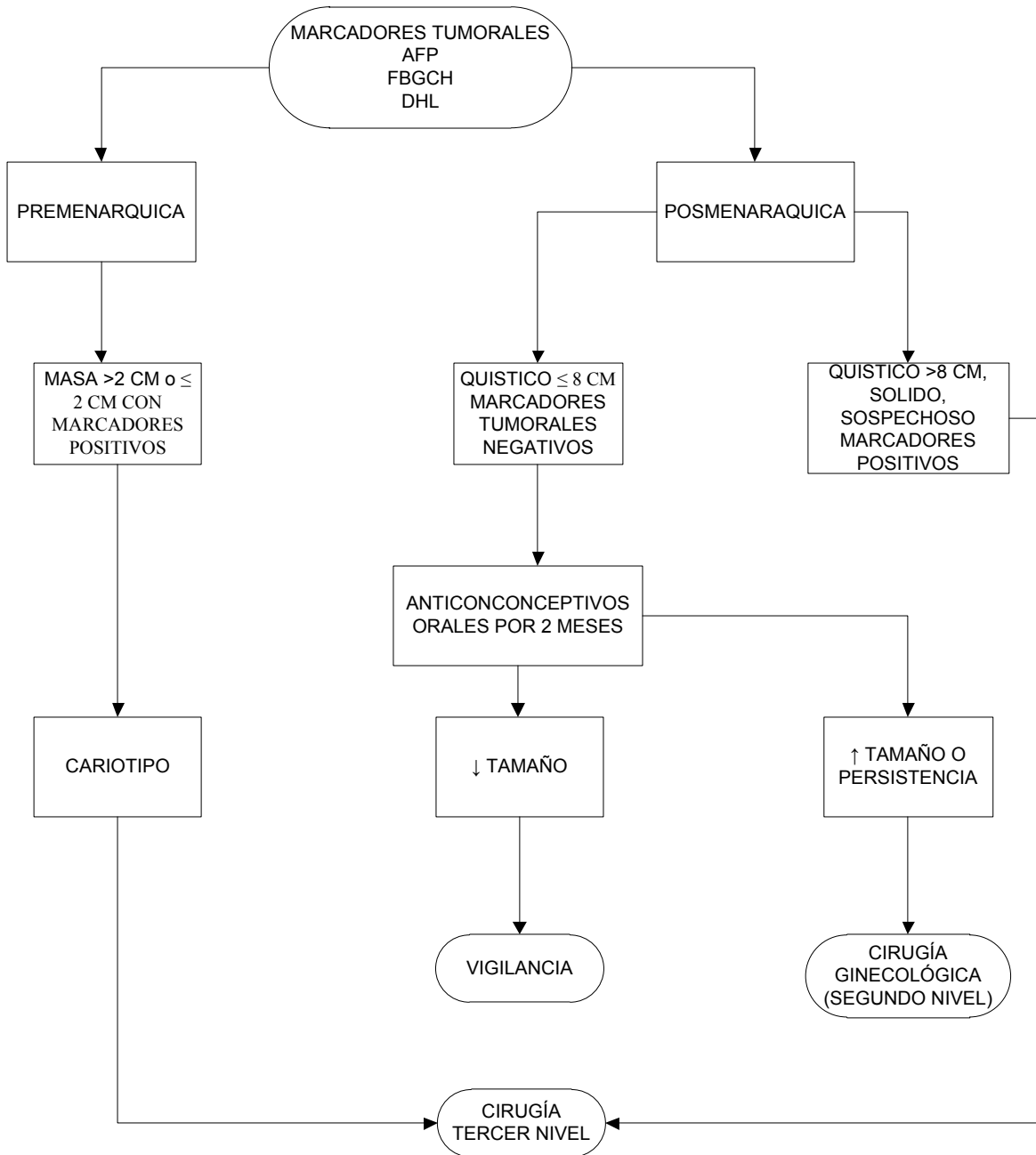
Ejemplo: Mujer posmenopáusicas con un quiste multilocular con áreas sólidas con ascitis y Ca 125 de 100 U/mL, con el IRM II es 4x4x100 = 1600, alto riesgo de malignidad.
 Valores arriba de 200 es alto riesgo de malignidad.

5.5 DIAGRAMAS DE FLUJO

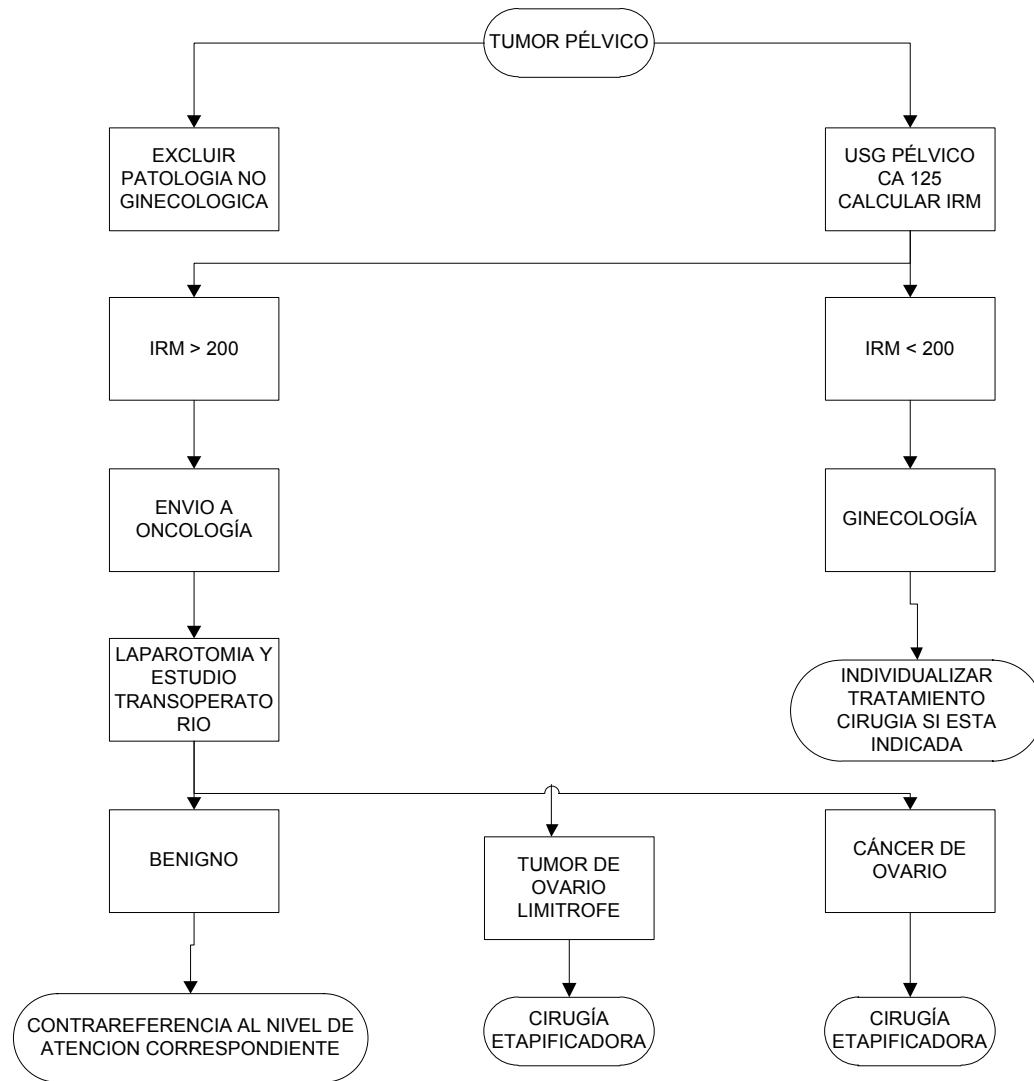
ALGORITMO I DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON TUMOR PÉLVICO EN EDAD FÉRTIL



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



ALGORITMO 3 EVALUACIÓN PREOPERATORIA DE LA PACIENTE CON UN TUMOR PÉLVICO



6. GLOSARIO.

Biopsia: Extracción de tejido de un organismo vivo para examen microscópico con fines diagnósticos.

Cáncer o tumor maligno: Pérdida en el control del crecimiento, desarrollo y multiplicación celular, con capacidad de producir metástasis.

Factores de riesgo: Conjunto de condiciones particulares que incrementan la probabilidad de desarrollar una patología.

Ganglio: Estructura diferenciada que se encuentra rodeada por una cápsula de tejido conjuntivo y algunas fibras elásticas, que forma parte de las cadenas del sistema linfático.

Hiperplasia, a la proliferación de más de dos células por encima de la membrana basal en el conducto o el lobulillo.

Laparoscopia: Es la exploración de la cavidad abdominal a través de ópticas introducida por orificios en el abdomen y que tiene como finalidad la observación de los órganos abdominales, la cual se lleva a cabo mediante incisiones pequeñas a través de una aguja que insufla gas (CO₂) y trocares; puede ser Diagnóstica o Terapéutica.

Laparoscopia diagnóstica: Técnica o intervención Laparoscópica con fines de explorar y estudiar los órganos y aparatos.

Laparotomía: Es la apertura quirúrgica del abdomen.

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

Nódulo: Estructura de un ganglio.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Management of adnexal masses. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2007 Jul. 14 p. (ACOG practice bulletin; no. 83).
2. Consenso Nacional de Cáncer de Ovario, 2006. Sociedad Mexicana de Oncología A.C. Gaceta Mexicana de Oncología. Volumen 5, Suplemento 3, 2006 Disponible y consultado 9/11/2011
http://www.smeo.org.mx/gaceta/2006/SUPLEMENTO_V5_3_2006_CONSENSO_CANCER_OVARIO.pdf
3. Curtin JP: Management of the adnexal mass. Gynecol Oncol 55: S42, 1994
4. C. Mcbee William, Escobar Pedro F, Falcone Tommaso. Which ovarian masses need intervention? Cleveland Clinic Journal Of Medicine Volume 74 • Number 2 February 2007
<http://www.ccm.org/content/74/2/149.full.pdf>
5. DeVita, Hellman and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology 9TH EDITION. 2011 The 9th edition of DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology Disponible en:
http://www.amazon.com/gp/product/1451105452/ref=pd_lpo_k2_dp_sr_1/178-5172215-7353229?pf_rd_m=ATVPDKIKXODER&pf_rd_s=lpo-top-stripe-1&pf_rd_r=17NW1J8H46JPADTA88WJ&pf_rd_t=201&pf_rd_p=1278548962&pf_rd_i=0781772079#reader_BO05NY4QLC
6. DiSaia, Philip J; Creasman, William T; Oncología Ginecológica Clínica, 6a Edición, Elsevier Science, 2002.
7. Globocan 2008. International Agency for Research on Cancer. <http://globocan.iarc.fr/> Disponible y consultado: 9/11/2011
http://globocan.iarc.fr/age-specific_table_r_html.asp?selection=126484&title=Mexico&sex=2&type=0&stat=0&window=1&sort=0&submit=%A0Execute%AO
8. Initial Evaluation and Referral Guidelines for Management of Pelvic/Ovarian Masses. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada /Gynecologic Oncologists of Canada/Society of Canadian Colposcopists SOGC/GOC/SCC. .JOGC No. 230, July 2009 (Replaces No. 76, September 1998) Consultado: http://www.sogc.org/jogc/abstracts/200907_SOGCClinicalPracticeGuidelines_1.pdf
9. Métodos de Fijación. Gómez de A Consuelo, Universidad del Cauca Facultad de Ciencias de la Salud Departamento de Patología.
10. Management of Suspected Ovarian Masses in Premenopausal Women. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Green-top Guideline No. 62 RCOG/BSGE Joint Guideline | November 2011:1-14 Consultado 19/01/2011 en:
http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG62_021211_OvarianMasses.pdf

11. Mcbee William C, Escobar Pedro, Falcone Tommaso. Which ovarian masses need intervention?. Cleveland Clinic Journal Of Medicine. 2007; 2: 149-157
12. Manual de Oncología Harrison: Autor Bruce A.Chabner., Thomas J. Lynch Jr., Dan L. Longo 1ª Edición, 2009. Editorial Mcgraw Hill México. ISBN 9701072855
13. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
14. Ovarian Cancer NCCN, National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology Version 2.2011, www.nccn.org
15. Registro Histopatológico de Neoplasias en México, 2002

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Dr. Gilberto Tena Alavez	Director Titular de la UMAE HGO 3 CMNR Delegación Norte México, D, F.
Dr. Elías Ahumada Ramírez	Director Médico de la UMAE HGO 3 CMNR Delegación Norte México, D, F.
Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. COMITÉ ACADÉMICO.

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica Clínicos
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefe de área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Jesús Villalobos López

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniegra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albalull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente