

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



Tesina de grado previa a la obtención del título de Médico General

Tema:

“Concordancia entre el diagnóstico clínico, ecográfico e histopatológico en el manejo de masas anexiales quísticas de ovario, de las mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, durante el periodo enero 2010 – agosto 2012”

AUTOR: Aguirre Fiallos Alfonso David

TUTORES: Dr. Flavio Vintimilla
Dr. Leonardo Murillo F.

Riobamba-Ecuador

2013

Derechos de Autoría

Yo, Alfonso David Aguirre Fiallos soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo.

Los derechos de autoría pertenecen a la **Universidad Nacional de Chimborazo**.

Dedicatoria

El presente trabajo lo dedico con mucho amor a mis padres, esposa e hijos que son la razón de vivir e inspiración en mi vida.

Alfonso

Reconocimiento

Doy gracias a Dios, a mis maestros y autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo por el constante apoyo y desinteresada colaboración.

A los doctores Flavio Vintimilla y Leonardo Murillo y a todos los familiares y amigos que me brindaron su apoyo incondicional, moral, e intelectual para la realización de la presente tesina.

Resumen

La presente investigación trata sobre el diagnóstico de una patología relativamente frecuente que sufren las mujeres, en todas las etapas de su vida, que son las masas anexiales quísticas de ovario en las pacientes que fueron atendidas en el área de Ginecología del Hospital General Docente de la ciudad de Riobamba, en el periodo comprendido entre enero 2010 – agosto 2012. Este estudio analizó la concordancia entre el diagnóstico clínico, ecográfico e histopatológico de todas las mujeres operadas de masas anexiales quísticas de los ovarios. La recopilación de la información se obtuvo directamente de las historias clínicas de cada paciente y se utilizó la estadística para analizar los datos obtenidos en el presente estudio. Para esta investigación se empleó el método científico porque es un proceso racional, lógico, sistemático por medio del cual, partiendo de la definición del problema, precisando objetivos claros, concretos, recolectando información precisa y pertinente se organizó e interpretó la información y con los resultados de la observación y análisis se efectuó un informe adecuado. Por otra parte se procesó la información de los resultados, luego de la revisión de las historias clínicas en el registro diario de los archivos del Hospital en el área de Ginecología, se encontró 61 casos de pacientes operadas de quistes de ovario, y constituye el universo de estudio, las cuales presentaron los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico. Las edades más frecuentes encontradas en las mujeres objeto de nuestro estudio se encuentran entre los 12 hasta los 85. De las 61 pacientes que presentan los tres diagnósticos, los 58 casos tienen concordancia entre sí y tres casos no presentan concordancia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This research deals with the diagnosis of a relatively common condition suffered by women in all stages of life, which are the ovarian cystic adnexal masses in patients who were treated at area Gynecology Hospital Docente General of Riobamba, in the period January 2010 - August 2012. This study analyzed the correlation between clinical, ultrasound and histopathologically in all women that underwent through adnexal cystic mass ovaries surgery. Data collection was obtained directly from the medical records of each patient and statistics were used to analyze the data obtained in the research. For this study we used the scientific method because it is a rational, logical, and systematic whereby, from the definition of the problem, specifying clear, concrete, collecting accurate and relevant information has been organized and interpreted the data and the observation results were done in an appropriate report. In addition results were processed, after reviewing medical records in the Hospital files at Gynecology area, we found 61 cases of patients operated for ovarian cysts, and constitutes the universe of study, which showed the three diagnoses: clinical, ultrasound and histopathologically. The most common women's age for our study was between 12 to 85 years. Of the 61 patients with three diagnoses, the 58 cases are consistent with each other and three cases have no match.

Reviewed by:

Mg. Fanny Zambrano Vallejo

ENGLISH TEACHER AT LANGUAGES CENTER FCS



Riobamba July 2nd, 2013

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

CONTENIDOS	Pág.
Carátula.	i
Derechos de Autoría.	ii
Dedicatoria.	iii
Reconocimiento.	iv
Resumen.	v
Abstract.	vi
Índice general.	vii
Introducción.	1
CAPÍTULO I	
1. Problematización.	
1.1 Planteamiento del problema.	3
1.2 Formulación del problema.	4
1.3 Objetivos.	4
1.3.1 Objetivo general.	4
1.3.2 Objetivos específicos.	4
1.4 Justificación.	4
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Posición personal.	6
2.2 Fundamentación teórica.	6
2.2.1 Fundamentación filosófica.	6
Antecedentes de trabajos anteriores.	7
2.3 Masas anexiales quísticas de ovario.	7
Definición.	7
Patogenia.	7
2.3.1 Fisiología del eje hipotálamo hipófiso ovárico.	8
Ovario:	
Anatomía	8
Medios de fijación.	8
Fisiología:	
Oogenesis.	9
El folículo ovárico.	10
Desarrollo folicular.	10
Ovulación.	10
Biosíntesis de las hormonas sexuales en el ovario.	11
Estrógenos.	11
Progestágenos.	11
Mecanismos de acción de los esteroides ováricos.	12
Acciones biológicas de los estrógenos.	12

Acciones biológicas de la progesterona.	13
Regulación de la función ovárica.	13
2.4 Tipos de diagnósticos que se utilizan para determinar masas anexiales quísticas de ovario	14
2.4.1 Diagnóstico clínico.	14
Definición.	14
Historia clínica ginecológica.	15
Exploración física.	16
Genitales externos.	16
Exploración con espejo.	16
Vagina y cuello uterino.	17
Tacto rectal.	18
Exploración abdominal.	19
Exploración pélvica.	19
2.4.2 Diagnóstico ecográfico.	20
Definición.	20
2.4.3 Diagnóstico histopatológico.	22
Definición.	22
2.5 Tipos de masas anexiales quísticas de ovario.	24
Clasificación clínica de Novak.	25
2.5.1 Causas de la presencia de quistes de ovario.	27
Causas, incidencia y factores de riesgo.	28
Quistes foliculares.	28
2.5.2 Síntomas de los quistes ováricos.	29
2.5.3 Tratamiento.	30
Esquema de tratamiento contra el tumor benigno.	30
Esquema del tratamiento contra el cáncer de ovario.	30
Comentario de expertos.	31
Tratamiento del cáncer de ovario epitelial.	32
Quimioterapia.	32
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	
Quiste.	33
Adolescencia.	33
Menopausia.	33
Células germinales.	33
Ovarios.	33
Teratoma.	34
Cistoadenoma seroso.	34
Cistoadenoma mucinoso.	34
Ooforectomía.	34

Salpingectomia.	35
Endometrioma.	35
2.4 Hipótesis y variables.	36
2.4.1 Hipótesis.	36
2.4.2 Variables.	36
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	37
Variable independiente.	37
Variable dependiente.	37
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Método científico.	39
3.1.1 Tipo de investigación.	39
3.1.2 Tipo de estudio.	40
3.2 Población y muestra.	40
3.2.1 Población.	40
3.2.2 Muestra.	40
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	41
3.4 Técnicas de procedimiento para el análisis.	41
CONCLUSIONES.	51
RECOMENDACIONES.	52
BIBLIOGRAFÍA.	53
ANEXOS.	56

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS Y GRÁFICOS	Pág.
Tabla y gráfico N° 1: Casos estudiados que presentan concordancia.	42
Tabla y gráfico N° 2: Tipos de masas anexiales.	43
Gráfico N° 3: Tipos de quistes de ovario por rangos de edad.	44
Tabla y gráfico N° 4: De 12 a 18 años.	44
Tabla y gráfico N° 5: De 19 a 25 años.	45
Tabla y gráfico N° 6: De 26 a 31 años.	46
Tabla y gráfico N° 7: De 32 a 40 años.	47
Tabla y gráfico N° 8: De 40 a 50 años.	48
Tabla y gráfico N° 9: De 50 en adelante.	49

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación trata sobre la incidencia relativamente frecuente que aqueja a mujeres en todas las etapas de su vida que son las masas anexiales quísticas de ovario que fueron intervenidas quirúrgicamente por sufrir quistes de ovario en el Hospital General Docente de la ciudad de Riobamba, en el período comprendido enero 2010 – agosto 2012.

La mayoría de las masas anexiales son benignas, lo importante es descartar lesión maligna. Si la lesión apunta a benignidad según los criterios clínicos y ultrasonográficos, se debe tener un manejo conservador y un seguimiento ecográfico.

Con la llegada del ultrasonido se produjo un aumento en el diagnóstico de los tumores de ovario, lo que trajo por consecuencia un elevado número de operaciones y el resultado anatomopatológico de la mayor parte fueron tumores benignos, por lo tanto el ultra sonido es una herramienta útil para predecir si la lesión es benigna o maligna, y como tal, analizar una conducta lo menos invasiva. El uso sistemático del ultrasonido es importante en pacientes asintomáticas, y en aquellas mujeres con factores de riesgo de cáncer de ovario.

El presente estudio incluye las historias clínicas de pacientes que sufren de quistes ovario y que fueron atendidas en el Hospital General de Riobamba en el área de Ginecología; el trabajo investigativo presenta en el Capítulo I la problematización en el cual se establece como afectan los quistes de ovario en mujeres en edad fértil; además se formula el problema, basado en determinar la concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico.

También se formula los objetivos de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos de la presente investigación.

En el Capítulo II se elabora el marco teórico en el cual se recopila las fundamentaciones científicas sobre los quistes de ovario y se plantea la hipótesis, la misma que se comprobó una vez terminado el estudio de campo.

En el Capítulo III se trata sobre la metodología de investigación, definiendo el universo, la muestra y los instrumentos que se aplicaron para la consecución de los objetivos investigativos, se determinó las técnicas para recopilar la información y se estableció a través de la tabulación de datos si se comprueba o no la hipótesis.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

En la actualidad la masas anexiales quísticas ováricas, en mujeres en todas las etapas de su vida, que sufren esta enfermedad es algo frecuente, una de cada diez mujeres presentan esta patología.

A nivel de ovario se pueden desarrollar tumores benignos y malignos. Un 80% corresponden a patología benigna, que principalmente afecta a mujeres jóvenes, las neoplasias ováricas malignas tiene mayor posibilidad de presentarse en las mujeres de más de 40 años.

El cáncer epitelial de ovario es frecuente en países industrializados. La alta frecuencia de este tipo de neoplasia, sugiere que interviene ciertos factores físicos, químicos o dietéticos.

Existen factores de riesgo como:

Antecedentes familiares de cáncer de ovario, nuliparidad, infecundidad, uso de estimulantes de infecundidad, raza blanca, dieta rica en grasa, antecedentes personales de cáncer de mama, colon o endometrio y exposición a radiación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe concordancia entre los diagnósticos clínico, ecográfico e histopatológico en el manejo de masas anexiales quísticas de ovario de las mujeres intervenidas quirúrgicamente en el Hospital General Docente de Riobamba, durante el periodo enero 2010 – agosto 2012.?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general.

Determinar la concordancia entre el diagnóstico clínico, ecográfico e histopatológico en el manejo de masas anexiales quísticas de ovario en las mujeres atendidas en el Área de Ginecología en el Hospital General Docente de Riobamba durante el periodo enero 2010 – agosto 2012.

1.3.2 Objetivos específicos.

Determinar los rangos de edad de las mujeres que son afectadas por esta patología.

Definir los tipos de masas anexiales más frecuentes que se presentan en las mujeres objeto de nuestro estudio.

Determinar la concordancia entre el diagnóstico clínico y ecográfico

Determinar la concordancia entre el diagnóstico ecográfico e histopatológico.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio, tiene como finalidad determinar la concordancia entre el diagnóstico clínico, ecográfico e histopatológico de las mujeres diagnosticadas con masas anexiales quísticas de ovario y que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital General Docente de la ciudad de Riobamba. La importancia del estudio radica en que se establecerá si existe una correlación entre los tres diagnósticos para ser intervenidas quirúrgicamente.

Para realizar la presente investigación, nos valemos de los tres tipos de diagnósticos como son: El diagnóstico clínico, ecográfico e histopatológico para poder determinar las características de las masas quísticas de ovario.

A través del diagnóstico clínico, utilizando diversas herramientas como son la anamnesis, la historia clínica y la exploración física, podemos llegar al diagnóstico de la enfermedad. Por otra parte con ayuda del ultrasonido abdominal y transvaginal podemos predecir si los quistes son benignos o malignos. Por ultimo valiéndonos del diagnóstico histopatológico por medio de

una biopsia o muestra del tumor podemos confirmar las características del mismo y dar un diagnóstico definitivo.

La mayoría de los quistes no son cancerosos y pueden desaparecer espontáneamente, en cambio los quistes cancerosos tiene la probabilidad de presentarse en mujeres mayores de 40 años de edad. La paciente puede presentar ciertas características de los quistes ováricos como son signos y síntomas como dolor y fiebre, la ruptura de un quiste produce un intenso dolor agudo en el abdomen, los periodos menstruales pueden ser irregulares con sangrados más copiosos de lo normal. En las mujeres postmenopáusicas estos quistes pueden causar hemorragia vaginal. Por lo tanto estos signos y síntomas pueden presentarse en las mujeres a cualquier edad y definitivamente afectan su calidad de vida por lo tanto nos vemos obligados a tomar medidas prácticas y efectivas en el diagnóstico y tratamiento de esta patología que es relativamente frecuente en mujeres que son tratadas en nuestro hospital.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Posición personal

Una masa anexial quística de ovario es un saco lleno de líquido dentro o sobre un ovario. Ésta puede presentarse a cualquier edad. La mayoría de estos son tumores benignos, en adolescentes y mujeres en edad fértil producen amenorrea, periodos menstruales irregulares e infertilidad; muchos quistes son asintomáticos; pero otros pueden causar dolor, sangrado y fiebre, así mismo pueden tener tamaños de centímetros o alcanzar grandes dimensiones.

El ovario normal produce un quiste folicular 6-7 veces al año. En la mayoría de los casos, estos quistes funcionales son autolimitados y se resuelven dentro de la duración de un ciclo menstrual normal. En raras ocasiones, un quiste persiste más tiempo o se agranda. En este punto, representa una masa anexial patológica.

Los ovarios producen quistes fisiológicos en las mujeres que menstrúan, la probabilidad de un proceso benigno es mayor en las mujeres en edad reproductiva. En contraste, la presencia de una masa anexial en las niñas prepúberes y las mujeres posmenopáusicas aumenta el riesgo de una etiología neoplásica maligna. (Nelson Teng, MD)

2.2 FUNDAMENTACION TEÓRICA

2.2.1 Fundamentación filosófica

El presente trabajo investigativo fue elaborado bajo el paradigma crítico – pragmático, el cual establece la relación básica que debe existir entre la ciencia y la práctica; es decir, existirá una íntegra relación entre los contenidos científicos médicos con la metodología para establecer los lineamientos investigativos.

Antecedentes de trabajos anteriores

Estudios realizados en nuestro país, en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito en el año 1996-2000 arrojan resultados similares, en cuanto a porcentajes encontrados en países industrializados, los tumores benignos representan el 87,95% y los tumores malignos el 12.05% de un universo de 530 pacientes.

Un estudio realizado en Hospital "Clínico Quirúrgico 10 de Octubre", en la Habana Cuba durante los últimos 5 años, de todas aquellas pacientes que habían sido operadas por tener un diagnóstico clínico-ultrasonográfico de una masa anexial y el resultado histopatológico fue un tumor de ovario, de un universo de 195 pacientes, que tuvieron resultado ultrasonográfico y anatomopatológico positivo, en 186 pacientes fue benigno para un 95,4 % y en 9 pacientes fue maligno (4,6 %).

2.3 Masas anexiales quísticas de ovario

Definición

Se llama quiste a un saco que contiene líquido o material semisólido, que se desarrolla en uno o ambos ovarios. Sus medidas pueden ser muy variables, desde menores a 5 cm o mayores de 20cm de diámetro. Se caracteriza por tener una cápsula que rodea a su contenido. Esto los diferencia de los tumores sólidos de ovario que suelen tener otras características.

Patogenia

Los factores de riesgo de quistes de ovario son menos claros que en otros tumores genitales, pero la nuliparidad, historia familiar y mutaciones hereditarias desempeñan un papel preponderante en el desarrollo del tumor. Hay mayor frecuencia de carcinoma en mujeres no casadas y en mujeres casadas con baja paridad. Las mujeres de 40 a 59 años que han tomado anticonceptivos orales o han sido sometidas a ligadura tubárica tienen un menor riesgo de desarrollar cáncer de ovario.

Los factores de riesgo más comunes encontrados son de tipo genético. Las mutaciones genéticas, tanto en BRCA1 como en BRCA2 aumentan la susceptibilidad al cáncer de ovario. (Robins y Cotran, 2005)

2.3.1 Fisiología del eje hipotálamo hipófiso ovárico

Ovario

Anatomía

Existen dos ovarios, derecho e izquierdo, situados en la pelvis menor por debajo del estrecho superior, adelante y laterales al recto, por detrás del ligamento ancho del útero. Se encuentran a unos 15 o 20 mm por delante de la articulación sacroiliaca, de 8 a 10 mm por debajo del estrecho superior a 1 o 2 centímetros por encima y adelante del borde superior del músculo piriforme. El ovario tiene forma ovoide, con una longitud de 2,5 a 4,5 cm y un espesor de 0,5 a 1 centímetro.

Medios de fijación

Cuatro ligamentos fijan al ovario; uno a la pared lumbopelviana y tres a otros órganos genitales internos y son:

Ligamento suspensorio del ovario (infundíbulo pélvico)

Mesosálpinx

Ligamento propio del ovario (útero - ovárico)

Mesovario (Latarjet 2002)

Fisiología

Los ovarios humanos son dos cuerpos ovalados que después de la pubertad tienen unas dimensiones de 4x3x1cm y son derecho e izquierdo, situados en la pelvis menor, por debajo del estrecho superior, adelante y laterales al recto fijados a la superficie posterior del ligamento ancho por medio de un pliegue peritoneal denominado mesovario. Su aporte nervioso, vascular y linfático ocurre precisamente a través del mesovario, que juntamente con otras estructuras fibromusculares, mantienen el ovario en posición a la entrada de

las trompas de Falopio y unido al útero. Su peso total de ambos ovarios oscila alrededor de los 15 gramos.

Después del quinto mes de vida fetal, el ovario presenta tres regiones distintas perfectamente estructuradas: una médula central, un córtex externo y un hilio interno en el punto de anclaje del ovario con el mesovario. La médula está compuesta por una colección celular heterogénea, el córtex está formado por células germinales (oocitos) rodeados de complejos celulares inmersos en el estroma formando los folículos ováricos, recubiertos por un epitelio celómico denominado epitelio germinal.

Oogénesis

Las células germinales femeninas derivan de las oogonias, que proceden a su vez de células progenitoras que aparecen en la pared del saco vitelino cerca del extremo caudal del embrión alrededor de la 3ª semana de gestación. Luego de continuas divisiones de las oogonias en la 5º y 6º meses de embarazo, los ovarios contienen alrededor de 6 millones de oogonias. A partir del segundo mes de vida fetal algunas oogonias interrumpen su mitosis y entran en la profase de su primera división meiótica, dando lugar a los oocitos primarios.

En estos oocitos primarios, el núcleo y los cromosomas quedan bloqueados precisamente en la profase de la primera división meiótica hasta el momento, en que se reanuda la meiosis y se elimina el corpúsculo polar formándose el oocito secundario.

Durante la evolución, el oocito secundario, rodeado de una serie de células llega a medir de 15 a 20 mm. Solamente si es fecundado por un espermatozoide ocurrirá el último paso de la maduración del oocito secundario, con salida del segundo corpúsculo polar y formación del óvulo, maduro, que es una célula haploide como resultado de las dos divisiones nucleares con solamente una replicación de los cromosomas.

El folículo ovárico

El proceso de maduración de los oocitos ocurre dentro del córtex ovárico, en unas estructuras especiales denominadas folículos, que van a ser también las encargadas de la producción hormonal.

El complejo oocito células granulosas rodeado por la lámina basal se denomina folículo primordial. Durante el 5° y 6° meses de gestación, algunos de estos folículos primordiales inician su maduración. Estos folículos denominados “primarios”, comienzan a incrementar sus capas celulares granulosas, aumentando su tamaño estas células secretan mucopolisacáridos, que dan lugar a una capa translúcida que se denomina membrana pelúcida una vez que comienza la proliferación de las células granulosas en los folículos primarios, también se observan cambios en las células del estroma cortical por fuera de la lámina basal, que dan lugar a la aparición de una serie de capas concéntricas de células alargadas denominadas células tecales. Las células tecales más periféricas mantienen su estructura alargada y se unen a las células del estroma dando lugar a la teca externa. Cuando el folículo aumenta de tamaño y llega a las 200 μm , empiezan a aparecer cúmulos de líquido entre las células de la granulosa, que van confluyendo a la vez que aumentan de tamaño y dan lugar a una cavidad central llena de líquido denominada antro.

Esta formación transforma el folículo primario en un folículo de De Graaf.

Desarrollo folicular

En la mujer adulta (entre la época puberal, alrededor de los 12-13 años, y la menopausia, entre los 45-50 años) ocurre mensualmente una serie de cambios hormonales que culminan con la liberación por parte del ovario de un óvulo fecundable en lo que constituye al ciclo menstrual ovulatorio normal.

Ovulación

Una vez conseguida la maduración total del folículo de De Graaf, se va a producir su ruptura con liberación del oocito contenido en su interior con el cúmulo oóforo que lo rodea. Tras la ruptura del folículo, tanto los capilares como los fibroblastos de la teca interna proliferan y penetran la lámina basal.

Las células granulosas murales experimentan cambios morfológicos, que en su conjunto determinan el proceso de luteinización. Todas estas células granulosas transformadas, más las células tecales y los vasos, se entremezclan para dar lugar al cuerpo lúteo, que será el responsable de la secreción de las hormonas sexuales durante la fase posovulatoria del ciclo.

Biosíntesis de las hormonas sexuales en el ovario

Las hormonas sexuales femeninas producidas en el ovario son fundamentalmente el estradiol y la progesterona, y varias hormonas no esteroideas, como la inhibina y la relaxina. Todos los esteroides ováricos se producen fundamentalmente en las estructuras foliculares.

Estrógenos

Los estrógenos naturales son compuesto de 18 átomos de carbono, el más importante y potente de los estrógenos secretados por el ovario es el estradiol 17 beta. La secreción del estradiol al plasma es variable a lo largo del ciclo menstrual, con unos valores de alrededor de 30 pg/ ml en la fase folicular y alcanzan 200 pg. / ml durante la fase lútea.

En el plasma circula unido en un 40% a la SHBG (proteína transportadora de hormonas sexuales). El 58% del estradiol se une a la albúmina, y entre el 2 y el 3% circulan libres y, por lo tanto, en forma biológicamente activa.

Los estrógenos actúan sobre diversos tejidos del organismo mediante su interacción con receptores nucleares específicos siguiendo una serie de mecanismos.

Progestágenos

La progesterona es un esteroide de 21 átomos de carbono. Durante la fase folicular, los niveles plasmáticos con los que nos encontramos son de alrededor de 0.5 ng/ml y su procedencia como hemos visto es tanto folicular como supra renal. A partir de la ovulación, el cuerpo lúteo es el productor principal que llegan a alcanzar de 10 a 40 veces los valores previos hasta llegar a 20 ng/ml. Circula en el plasma unida a la CBG (proteína transportadora de cortisol), y su principal ruta metabólica supone su transformación a pregnandiol.

Mecanismo de acción de los esteroides ováricos

Los esteroides ováricos ejercen sus acciones en los tejidos diana mediante su unión a receptores específicos intracelulares, ya que gracias a su naturaleza lipofílica, penetran libremente a través de la membrana plasmática, y difunden con facilidad dentro de la célula.

Acciones biológicas de los estrógenos

Los estrógenos ejercen una gran diversidad de acciones sobre diversos tejidos del organismo. A partir de la pubertad estimula el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos induciendo el crecimiento mamario, la distribución característica de la grasa corporal predominantemente alrededor de los muslos y caderas y el desarrollo de genitales internos y externos.

El útero aumenta el tamaño, proliferando el endometrio de forma característica. La mucosa vaginal sufre un proceso de cornificación en sus células superficiales, que se enriquecen en glucógeno. El cuello uterino presenta una secreción mucosa, que se incrementa en cantidad y se hace muy filante en presencia de estrógenos adquiriendo un patrón de cristalización en "helecho". Esta acción está encaminada a facilitar el paso de los espermatozoides a través del moco cervical.

El músculo uterino aumenta sus contracciones espontáneas incrementándose la excitabilidad a la oxitocina.

Sobre la mama estimulan la proliferación de los conductos galactóforos.

Actúan sobre el hipotálamo modulando la secreción de LHRH y dopamina con lo que disminuyen los niveles de gonadotropinas y estimulan la producción de prolactina. Estimulan también la aparición de receptores para FSH en el folículo y hacen a la hipófisis más sensible a su hormona estimulante hipotalámica LHRH.

Regulan el crecimiento de los huesos largos, pero cierran los cartílagos de conjunción, y detienen el crecimiento.

Los estrógenos incrementan la eficacia de los mecanismos vasodilatadores dependientes de óxido nítrico y prostaciclina, disminuyen la actividad de los sistemas vasoconstrictores, como prostaglandinas SRAA.

Los estrógenos actúan sobre el perfil lipídico y reducen los niveles plasmáticos de LDL e incrementa las HDL.

Acciones biológicas de la progesterona

La progesterona se secreta por el cuerpo lúteo durante la segunda parte del ciclo menstrual. Presenta receptores en el útero, endometrio y mama fundamentalmente.

Actúan principalmente sobre un endometrio previamente estimulado por el estradiol durante la primera fase del ciclo (fase proliferativa) para prepararlo para la nidación y el embarazo.

Al contrario que el estradiol, disminuye la amplitud y frecuencia de las contracciones uterinas y reduce su sensibilidad al estímulo contráctil de la oxitocina. Transforma el moco cervical disminuyendo su secreción y haciéndola más espesa y viscosa, con lo que impide la entrada de los espermatozoides en el interior del útero.

La propia progesterona o sus metabolitos tienen acción termogénica, incrementando la temperatura corporal.

Regulación de la función ovárica

El control de la función ovárica es llevado a cabo por las hormonas gonadotrópicas hipofisarias, que incluyen a la LH, la FSH, la prolactina y la hCG. Los folículos primordiales y primarios son insensibles a las gonadotropinas y se desarrollan en función de los sistemas locales intraováricos. Al llegar la pubertad, la FSH ejerce una acción estimulante del desarrollo folicular, a la vez que induce la aromatización estrogénica y la síntesis de inhibina. Así la FSH, actuando sobre sus receptores localizados en las células de la capa granulosa, induce desarrollo folicular y síntesis de estradiol a expensas de la androstendiona sintetizada en las células locales bajo el estímulo de la LH. Inicialmente, la FSH interviene también en el proceso

de reclutamiento folicular, crecimiento folicular y desarrollo del folículo dominante. Será precisamente en éste donde los niveles aumentados de estradiol producidos determinen un incremento de sus receptores para la FSH. Esto posibilita que este folículo continúe desarrollándose en presencia de niveles cada vez más bajos de FSH, que determinan la atresia de los otros folículos que no son tan sensibles.

La LH actúa sobre el folículo ya maduro generando toda una serie de eventos que van a desembocar en la ovulación. Además, actuando sobre las células de la teca y también sobre las granulosa maduras, las luteiniza transformando el folículo en cuerpo lúteo, e incrementando éste la producción de progesterona. La LH es, pues, responsable de la ovulación, la maduración del oocito y la luteinización del folículo.

1 Fondo

2 Fimbrias

3 Ovario

4 Trompa uterina

5 Endometrio

6 Miometrio

7 Conducto cervical

8 Vagina

9 Cuello

10 Cuerpo del útero

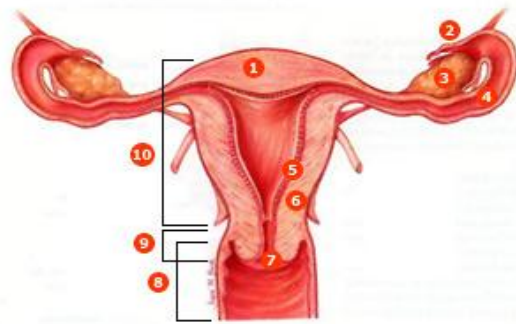


Fig.1 Los ovarios
(Thibodeau 1998).

2.2.2.2 Tipos de diagnósticos que se utilizan para determinar masas anexiales quísticas de ovario.

Diagnóstico clínico

Definición

Diagnóstico basado en la historia clínica y la exploración física, sin utilizar pruebas de laboratorio o radiografías.

El diagnóstico clínico requiere tener en cuenta los dos aspectos de la lógica, es decir, el análisis y la síntesis, utilizando diversas herramientas como la historia clínica, anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias.

Por ningún motivo se debe dejar de recoger la información sobre la patología genital. Los síntomas por los que más consultan las mujeres están relacionados con la menstruación, secreciones, dolor, prurito genital embarazo actividad sexual, trastornos urinarios.

El examen ginecológico debe ser considerado como parte del examen médico.

Debemos tener en cuenta que este procedimiento debe realizarse luego del examen general de la paciente en el que no se puede prescindir de ninguno de los sistemas o aparatos.

Para el examen físico se procederá en forma progresiva, es decir, se debe empezar con la observación y exploración de los genitales externos para luego continuar con el examen de la vagina con espejo vaginal y continuar con la exploración del útero y anexos. (Guarderas, 2002)

Historia clínica Ginecológica

Después de valorar la queja principal y las características del procedimiento actual, se obtiene el resto de la historia clínica del paciente. Debe incluir sus antecedentes médicos y quirúrgicos completos, sus antecedentes reproductivos (con los antecedentes menstruales) y los antecedentes familiares y sociales completos.

Durante la parte de la entrevista relacionada con el procedimiento actual, considere los siguientes factores:

- a. Causa probable de cada síntoma o de cada enfermedad, es decir, tensión emocional, infección y neoplasia.
- b. Considere la gravedad de la enfermedad de la paciente, a juzgar por la presencia de síntomas generales como debilidad, fatiga, pérdida de peso o cambios en los hábitos personales. En este último se incluyen

cambios en el sueño, alimentación, ingestión de líquidos, evacuaciones, ejercicio o trabajo.

- c. Determine la reacción psicológica de la paciente a su enfermedad. (ansiedad, depresión, irritabilidad y miedo)

Exploración Física

Deberá efectuarse una exploración física general de la paciente. Además de valorar los signos vitales, la exploración de las mamas, el abdomen y la pelvis constituye una parte esencial de la exploración ginecológica.

Se sugiere el siguiente orden:

Genitales externos

Inspección del monte de Venus, labios mayores, labios menores, cuerpo perineal y región anal, para verificar las características de la piel, distribución del pelo y la presencia de inflamación.

- a. Labios mayores
- b. Labios menores
- c. Clítoris
- d. Orificio uretral
- e. Entrada vaginal (introito)
- f. Himen
- g. Cuerpo perineal
- h. Ano

Exploración con espejo

Una vez efectuada la exploración externa se realiza el examen ginecológico con espejo para lo cual se utiliza el espejo vaginal que tiene tres tamaños, grande media y pequeño.

Es recomendable no utilizar lubricantes para la colocación del espejo porque éstos pueden alterar las muestras que deben tomarse en la vagina. Una vez colocado el espejo observamos las características de la mucosa vaginal, se

debe valorar el color de la misma ya que en ciertos estados fisiológicos como en el embarazo, éste se torna roja azulada, igualmente puede presentarse en procesos compresivos pélvicos. Muchas veces mientras se efectúa este tipo de exploración se aprecia la presencia de quistes debiendo diferenciarse si se trata de restos embrionarios como son los quistes de Gartner o secundarios a suturas en la luz de canal vaginal. También puede apreciarse en alguna ocasión la salida a la luz de la vagina de heces o de orina a través de fistulas que pueden ser vesicovaginales o rectovaginales.

Vagina y cuello uterino

Después de la visualización y la palpación de los genitales externos, con inclusión del monte de venus y la región perianal se inserta un espéculo en la vagina.

La inspección de vagina y cuello uterino con el espéculo debe preceder siempre a la palpación. El instrumento debe entibiarse con agua tibia ordinaria, no lubricarse, si se van a obtener frotis vaginales o cervicales o si se van a tomar materiales para cultivo. Seleccione el espéculo de tamaño apropiado. En la mujer adulta normal que es sexualmente activa se emplean los espéculos de Pederson o de Graves.

Inspección de la vagina en busca de lo siguiente:

- a. Presencia de sangre
- b. Descarga. Esta debe estudiarse para identificar la presencia de tricomoniasis, monilias y células indicios, y para obtener cultivos (gonococos y clamidias)
- c. Característica de la mucosa (es decir color, lesiones, vascularidad superficial y edema)
- d. Anomalías estructurales (congénitos y adquiridas)

Inspección del cuello uterino

Palpación bimanual

Se puede identificar el contorno de los órganos pélvicos mediante la palpación bimanual; el examinador coloca una mano sobre la parte baja de la pared abdominal y los dedos (por lo general dos) de la otra mano en la vagina (o en la vagina y el recto en la exploración rectovaginal)

Coordine la actividad de ambas manos para valorar al cuerpo uterino e identificar:

- a. Posición
- b. Estructura, tamaño, forma, simetría, tumor
- c. Consistencia
- d. Hipersensibilidad
- e. Movilidad

Prosiga con la palpación bimanual y valore la posición, la estructura, la consistencia, hipersensibilidad del cuello uterino.

Coloque los dedos vaginales en el fondo del saco lateral y la mano abdominal sobre el cuadrante inferior derecho. Manipule la mano abdominal con suavidad hacia abajo en dirección de los dedos vaginales para percatarse del contorno de los anexos.

La trompa normal no es palpable, tampoco suele ser el ovario normal, si se encuentra una tumoración en el anexo, valore su localización en relación con útero y cuello uterino.

Tacto rectal

Inspeccione la región perianal y anal, la región pilonidal y periné para identificar los siguientes aspectos:

- Color de la región

- Lesiones

1. Las regiones perianal y perineal son sitios de prurito
2. La abertura anal suele ser a menudo sitio de fisuras, fístulas y hemorroides externas.

Palpe el conducto anal y el recto con un dedo índice cubierto con guante que esté bien lubricado.

Valore el conducto anal.

Toma del esfínter externo y del anillo anorectal.

Tumores o irregularidades.

Exploración abdominal

Se inspeccionará del abdomen en busca de signos, de lesiones intraabdominales que ocupen espacio, organomegalia o distensión que sugeriría ascitis u obstrucción intestinal. Deben palpase con mucho cuidado los cuatro cuadrantes abdominales en busca de tumoraciones, resistencia, irregularidad o distensión, se empezará en el sentido de las manecillas del reloj. A partir del cuadrante superior derecho.

Exploración pélvica

Se pide a la paciente que vacie la vejiga. A continuación se coloca a la paciente de posición de litotomía y se cubre de manera adecuada. La mano derecha del examinador tiene colocada un guante. Se ilumina la región pélvica, y el examinador se coloca frente a esta región.

Se inspeccionará con mucho cuidado la vulva y la región perineal. No deben pasar inadvertidas las lesiones de cualquier tipo, lo mismo que eritema, pigmentación, tumoraciones o irregularidades. Se verificará la calidad de la piel lo mismo que cualquier signo de traumatismo como excoriaciones o equimosis.

Auxiliares de diagnóstico en Ginecología

Exámenes básicos o de rutina

- Biometría hemática
- Elemental y microscópico de orina

Al terminar la exploración física se informará a la paciente todo lo observado. Cuando son normales los resultados de la exploración, se tranquilizará la paciente. Se informará también de inmediato cuando haya una posible anomalía. Se le planteará con brevedad y con lenguaje comprensible el plan para valorar los datos encontrados. (Novak, 1997)

2.4.2 Diagnóstico ecográfico

Definición

Una ecografía es un examen mediante una imagen lograda por ultrasonidos. Para realizar una ecografía se utiliza un aparato llamado transductor, que emite ondas de ultrasonido, con el transductor las ondas sonoras de alta frecuencia se transmiten hacia la parte del cuerpo que se quiere estudiar ; a continuación se registra el eco recibido, el aparato transductor recoge el eco de las ondas ultrasónicas y envía esta información a una computadora para que se convierta en una imagen.

En el diagnóstico imagenológico es indispensable, la ecografía por vía abdominal como transvaginal. La primera de estas no es suficientemente específica para ser útil como una técnica de tamizaje; la segunda es una alternativa más específica de detección selectiva de cáncer de ovario y no se necesita preparar a la paciente.

La ventaja principal que posee la vía transvaginal es mejorar el detalle de las imágenes en comparación con la vía abdominal.

El valor principal de la ecografía reside en la confirmación de la presencia o ausencia de un tumor pélvico, localización del origen (ovario, trompa, útero), visión de la arquitectura interna de la lesión (sospecha de distinción entre benignidad y malignidad), visión de la afección asociada a dicho tumor (ascitis, lesiones hepáticas), la ecografía se muestra desacertada en la observación de lesiones como la afectación intestinal y nódulos retroperitoneales. El diagnóstico de estas alteraciones casi siempre se realiza en el acto operatorio. Además actúa de guía para otros procedimientos (punción – aspiración, biopsias dirigidas), permite el seguimiento de procesos tumorales ováricos benignos (quistes foliculares o del cuerpo lúteo, endometriomas) y es el recurso de diagnóstico más importante para determinar si la paciente necesita una laparoscopia.

Se define que un tumor tiene baja sospecha de malignidad cuando presenta bordes regulares límites precisos, contenido total o predominantemente sonoluscente, ausencia de tabiques o tabiques finos (menores de 3 mm) y de excrecencias en la pared interna o en los tabiques .

La probabilidad de malignidad aumenta, y se caracteriza por presentar áreas marcadamente ecorrefringentes e irregulares tabiques gruesos (más de 3 mm) con excrecencias, pared interna irregular, así como límites imprecisos . Un límite mal definido indica que existen estructuras adheridas a la formación tumoral, que en la mayoría de los casos se trata de epiplón o asas intestinales, lo cual sugiere la posibilidad de un origen maligno.

En relación con el tamaño de la lesión se señala que a pesar que los tumores malignos alcanzan grandes dimensiones, debido a su crecimiento acelerado, no es una característica inherente a ellos, ya que existen algunos que son benignos con iguales dimensiones, lo cual indica que el diagnóstico se ha realizado tardíamente. Por lo tanto, el tamaño no debe ser considerado como criterio exclusivo para tipificar la benignidad o malignidad del proceso tumoral.

Existe una serie de tumores ováricos con morfología compleja, con desarrollo benigno, que desde el punto de vista ecográfico pudieran simular un tumor

maligno, por ejemplo los teratomas, la endometriosis ovárica, los fibromas anexiales.

Cabe agregar que en la última década han sido realizadas muchas investigaciones en relación con el Doppler y con su variante a color para analizar y evaluar la circulación dentro de la masa tumoral. Estudios comparativos entre ecografía vaginal con Doppler y sin este, han mostrado claramente el aumento en la sensibilidad y la especificidad diagnóstica con el color, con buenos resultados en la diferenciación de los tumores benignos de los malignos.

En el cribado de cáncer de ovario se desarrollan métodos bioquímicos o moleculares que comienzan a experimentarse con algún éxito. Los procedimientos más empleados son la ecografía transvaginal y el marcador CA- 125. Estos medios son también los que se emplean en el seguimiento de cáncer de ovario tratado. (Laura Ponst, 2012)

2.4.3 Diagnostico histopatológico

Definición

El diagnóstico histopatológico se refiere al estudio del tejido retirado de la paciente en el microscopio, en el cual observamos las características de las células y que alteraciones presenta. El diagnóstico histopatológico identifica los cambios en el aspecto macroscópico o microscópico (morfología de las células y los tejidos).

La función del patólogo es vital, pues informará al clínico sobre el tipo histológico y de la benignidad o malignidad del tumor o de las posibles metástasis (epiplón, ganglios, adherencias y diafragma). A veces el patólogo se basará en signos indirectos como bilateralidad, multinodulaciones, invasión de la superficie ovárica, invasión vascular y tipo histológico uniforme, sin embargo con frecuencia el diagnóstico debe ser clínico.

Es importante analizar un aspecto absolutamente fundamental. Todo tumor ovárico debe considerarse potencialmente maligno y con excepción de los

tumores uniloculares, prácticamente benignos debería hacerse una biopsia intraoperatoria aún a sabiendas de las dificultades diagnósticas en cortes por congelación. En caso de ser maligna se realizará un estadiaje minucioso.

En más del 80% de los casos el cáncer de ovario se presenta habitualmente en estadios clínicos avanzados y solo de 35 – 45 % de las pacientes tienen una supervivencia media de 5 años; sin embargo esta misma supervivencia en las diagnosticadas en estadio I es de más de 90% y muchas de ellas se curan simplemente con cirugía.

Los estudios citológicos e histológicos son imprescindibles y exigen la realización de biopsias múltiples. Una inadecuada estadificación dificulta la toma correcta de decisiones terapéuticas e impide estimar la supervivencia y evaluar la respuesta a los tratamientos aplicados. (Laura Pons, 2012)

El estudio citológico del líquido ascítico no es lo suficientemente sensible y específico para diagnosticar cáncer de ovario, pero puede apoyar al diagnóstico en un 25% de los casos.

La biopsia por aspiración con aguja fina tiene su máxima utilidad en el establecimiento de actividad tumoral en ganglios linfáticos inguinales, nódulo umbilical y tumores pulmonares.

El análisis histológico de la pieza quirúrgica es el estándar del diagnóstico. Está indicada la evaluación histológica de cualquier tumor ovárico, aunque no todas las tumoraciones son neoplásicas; muchas de las masas ováricas en las mujeres jóvenes son de naturaleza funcional. La evaluación quirúrgica y patológica está indicada en las siguientes situaciones:

- Tumor presente en cualquier mujer posmenopáusica.
- Tumor mayor de 8 cm en mujer premenopáusica.
- Tumor mayor de 8 cm en mujer premenopáusica, aunque sólido según el ultrasonido.
- Tumor quístico mayor de 8 cm, pero que persiste después de dos meses de observación en mujer premenopáusica. (Manual de Oncología, 2003)

2.5 Tipos de masas anexiales quísticas de ovario

Para iniciar el estudio de los tumores de ovario debemos recordar la embriología y la fisiología de este órgano complejo y que tiene una alta capacidad de reproducir tumores de varios tipos de tejido de acuerdo con su posible origen.

En el epitelio germinativo:

1. Cistoadenoma seroso



Fig.2 Cistoadenoma Seroso
(Rojas, Bosch, 2010)

2 .Cistoadeoma mucinoso



Fig.3 Cistoadenoma mucinoso
(Rivera, 2006)

3. Del tejido conectivo: fibromas, sarcomas, tumor de Brenner.
4. De las células germinales: disgerminoma, teratoma y carcinoma.
5. De los estromas gonadales: neoplasia de célula de la granulosa.
6. Tumores de restos vestigiales: mesonefroma.
7. Tumores metastásicos.

Es importante conocer que existen trastornos benignos del ovario y que pueden ser divididos en neoplásicos y no neoplásicos; estos últimos son frecuentemente una causa de infertilidad.

Muchos de los tumores benignos del ovario son los denominados quistes fisiológicos del ovario: foliculares, luteínicos, tecaluteínicos, endometrioides y ovarios poliquísticos.

Los trastornos benignos de los ovarios casi siempre son exclusivos de la pubertad y el climaterio, y pueden producir molestias en bajo vientre, trastornos menstruales y de la fertilidad, que lleva a las mujeres a consultar al facultativo. Los quistes ováricos funcionales no necesitan tratamiento. Por lo regular desaparecen al cabo de 8 a 12 semanas de manera espontánea, el médico le puede diagnosticar píldoras anticonceptivas. Estos medicamentos reducen el riesgo de nuevos quistes ováricos, pero no disminuyen el tamaño de los quistes existentes.

Clasificación clínica de (Novak)

1. Tumores benignos del ovario.

a) Quísticos:

- No neoplásicos
- Foliculares
- Luteínicos
- Stein-Leventhal
- Endometriales
- Inflamaciones tuboovaricas
- Inclusiones germinativas

Neoplásicos:

- Cistoadenoma seroso
- Cistoadenoma mucinoso
- Dermoide (teratoma quístico benigno)

a) Sólidos:

- Fibroma
- De Brenner
- Lesiones raras

2. Tumores malignos del ovario:

a) Quísticos:

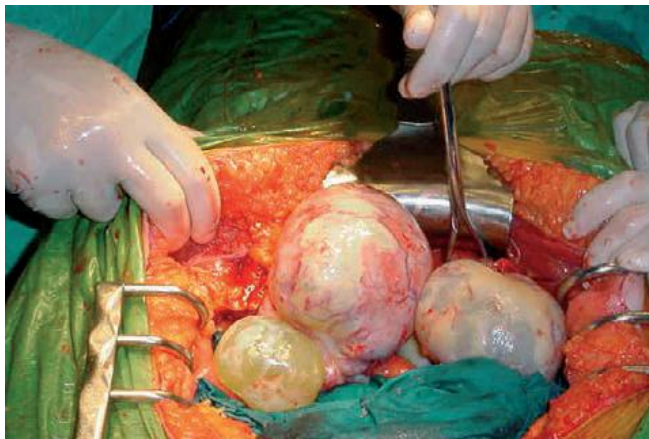


Fig.4 Cistoadenocarcinoma seroso bilateral
(Martín Laila Cap. 34 Patología tumoral ovario)

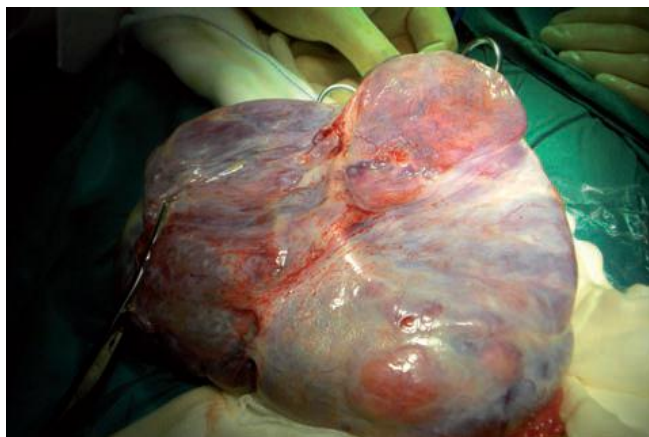


Fig.5 Cistoadenocarcinoma mucinoso
(Martín Laila Cap. 34 Patología tumoral ovario)

Carcinoma epidermoide de origen dermoide

a) Sólidos:

- Adenocarcinoma
- Carcinoma endometroide
- Mesonefoma

(Rigol, 2004)

2.5.1 Causas de la presencia de quistes de ovario

Cada mes, durante el ciclo menstrual, crece un folículo (donde el óvulo se está desarrollando) en el ovario. La mayoría de los meses, se libera un óvulo de este folículo, lo cual se denomina ovulación. Si el folículo no logra abrirse y liberar un óvulo, el líquido permanece dentro del folículo y forma un quiste, el cual se denomina quiste folicular.

Otro tipo de quiste, llamado quiste del cuerpo lúteo, se presenta después de que un óvulo ha sido liberado de un folículo. Dichos quistes a menudo contienen una pequeña cantidad de sangre.

Los quistes ováricos son más comunes desde la pubertad hasta la menopausia, período que se conoce como los años fértiles de una mujer. Estos quistes son menos comunes después de la menopausia.

Tomar drogas para la fertilidad puede causar una afección en la cual se forman múltiples quistes grandes en los ovarios, lo cual se denomina síndrome de hiperestimulación ovárica. Por lo general, los quistes desaparecen después del período de la mujer o después de un embarazo.

Los quistes ováricos funcionales son diferentes de los tumores ováricos (incluido el cáncer de ovario) o de quistes debidos a afecciones relacionadas con las hormonas, como la poliquistosis ovárica.

2.2.3.2 Causas, incidencia y factores de riesgo

En mujeres en edad fértil el ovario presenta crecimiento fisiológico como respuesta al estímulo de gonadotropinas. Este crecimiento se denomina quiste del ovario.

Quiestes foliculares.- Todos los meses un tipo de folículos se madura y en uno ocurre la ovulación; posteriormente se produce la degeneración del epitelio folicular, y cuando existe distensión por líquido y sobrepasa los 2,5 cm con granulosa intacta se presentan quistes, que pueden ser unilaterales o bilaterales. Algunos pueden tener un tamaño mayor de 7 cm, y provocar una operación innecesaria.

Durante la operación se observará un quiste homogéneo de pared delgada, translúcido, de superficie lisa y membrana que se desprende fácilmente del tejido ovárico, maniobra que contribuye al diagnóstico. Si se encuentra luteinizado se observará un reborde amarillo; a veces se ve un líquido sanguinolento que puede hacer sospechar un quiste endometriósico.

Casi siempre, estos quistes son asintomáticos, lisos y, en ocasiones producen un dolor sordo, unilateral. Al tacto un quiste en el ovario siempre se debe correlacionar con la etapa del ciclo menstrual; se repetirá el tacto bimanual posmenstrual y se realizará ultrasonografía con lo cual se corroborará el diagnóstico.

Los quistes ováricos son relativamente comunes y se presentan con más frecuencia durante los años fértiles de una mujer (desde la pubertad hasta la menopausia).

Estos quistes son menos comunes después de la menopausia.

No se han encontrado factores de riesgo conocidos.

Los quistes ováricos funcionales son diferentes a los tumores ováricos (incluyendo cáncer de ovario) o a quistes debido a afecciones relacionadas con las hormonas, como la poliquistosis ovárica.

Por lo general desaparecen después del período de la mujer o después de un embarazo. (Fundación Mayo, 2013)

2.5.2 Síntomas de los quistes ováricos

En ocasiones los quistes de ovario producen un ligero malestar o dolor abdominal pero la mayoría de los quistes no presenta síntomas y lo más probable es que, en caso de notar algo, el dolor sea parecido al de otras patologías, como endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico o cáncer de ovario. Incluso un dolor abdominal agudo puede estar relacionado con una apendicitis o una diverticulitis.

Actualmente, al acudir las pacientes a revisiones ginecológicas periódicas y con el uso más extendido de la ecografía transvaginal, se detectan quistes que no dan dolor ni molestias y que antes habrían pasado desapercibidos. Así disminuye el número de visitas de urgencias por dolor abdominal y aumenta el número de quistes diagnosticados y tratados antes de que produzcan síntomas.

Es muy importante vigilar ante cualquier cambio, dolor o síntoma que aparezca y saber cuáles son significativos o preocupantes. Se puede tener un quiste de ovario y no notar nada pero, en caso de presentar síntomas, éstos podrían ser:

- Irregularidad menstrual
- Dolor abdominal pélvico constante, que puede irradiar a la espalda o piernas
- Dolor pélvico durante toda la menstruación y antes de empezar
- Dolor durante el coito (dispareunia)
- Náusea, vómitos o mayor sensibilidad mamaria parecida a la experimentada durante el embarazo
- Sensación de peso, distensión abdominal
- Presión en el recto o la vejiga con sensación de dificultad al vaciar completamente la vejiga de orina. (Javier Del Pozo, 2013)

2.5.3 Tratamiento

El tratamiento de los quistes varía dependiendo de la historia clínica, edad, paridad, el tamaño, origen y molestias que ocasionen.

El especialista asume una actitud conservadora, de observación y seguimiento por clínica y ultrasonografía cuando el tumor es quístico, asociado con irregularidades menstruales o cuando hay evidencia de enfermedad inflamatoria pélvica como causa de la tumoración anexial presente.

El tratamiento quirúrgico se establece de acuerdo con el tipo de tumor (benigno o maligno) y con el estadio clínico pre o transoperatorio.

El tratamiento con radiaciones o poliquimioterapéutico se impone de acuerdo con el estadio de la enfermedad y por el deseo de preservar la procreación, sobre todo, en las adolescentes.

Esquema de tratamiento contra el tumor benigno

La conducta es expectante. En muchos casos se puede esperar y se volverán a examinar para ver si el quiste desaparece por sí sola al cabo de unos meses. Luego se realizará un seguimiento por ultrasonido pélvico periódico para ver si el quiste ha cambiado de tamaño.

En las etapas de premenarquia, posmenopausia y en las mujeres en edad reproductiva con métodos anticonceptivos orales, se deben operar cuando los tumores sean sólidos o quísticos.

La administración de los análogos de GnRH (agonistas como antagonistas) produce supresión del eje hipófiso-gonadal con la consiguiente inhibición en la secreción de LH y FSH Y de los esteroides sexuales. La supresión ovárica con altas dosis de análogos se recomienda en mujeres jóvenes, mujeres con ovarios poliquísticos y en pacientes con endometriosis. (Dra. Santiesteban, 2011)

Esquema del tratamiento contra el cáncer de ovario

Los avances en genética molecular e inmunohistoquímica han contribuido significativamente a nuestra situación actual, donde es posible subclasificar

precisa y reproducible de ovario carcinomas epiteliales superficiales en cinco subtipos principales: HGSC, CCC, CE, MC y LGSC. Estos subtipos presentan alteraciones genéticas distintas, la historia natural y la respuesta a la quimioterapia, y están mejor considerados como enfermedades distintas.

Comentario de expertos

Ha habido un cambio dramático en nuestra comprensión de carcinoma de ovario en los últimos 5 años, ya que nos hemos alejado de "una enfermedad, un tratamiento del enfoque tradicional. Este cambio se basa en el reconocimiento de que el carcinoma de ovario es de cinco enfermedades diferentes, con diferencias en los factores de riesgo, los patrones de propagación, la respuesta al tratamiento y resultados. Estos cinco subtipos de carcinoma de ovario también tienen anormalidades moleculares características que están empezando a ser documentadas, como la investigación subtipo específico de carcinoma de ovario en la patogénesis se están convirtiendo en la norma. Por otra parte, en los últimos 5 años, ha habido un progreso significativo en la patología quirúrgica de diagnóstico, de tal manera que ahora es posible para los subtipos de carcinoma de ovario de ser diagnosticados con precisión y de forma reproducible en la práctica de patología quirúrgica de rutina.

Los carcinomas ováricos epiteliales superficiales son los tumores ováricos malignos más comunes y las neoplasias ginecológicas más letales. Los avances en análisis de inmunohistoquímica y molecular han aumentado de manera espectacular la exactitud diagnóstica de la superficie epitelial de ovario diagnóstico de carcinoma de subtipo. Más de 98% de los carcinomas ováricos epiteliales superficiales se puede asignar a uno de los cinco subtipos principales: el carcinoma de alto grado seroso, carcinoma de células claras, el carcinoma endometriode, carcinoma mucinoso y carcinoma seroso de bajo grado. Los cinco subtipos principales tienen anomalías moleculares diferentes y la respuesta al tratamiento, y están mejor considerados como enfermedades distintas. Nuevas estrategias de tratamiento subtipo específico se están desarrollando, focalización anormalidades moleculares específicos para cada subtipo. Inhibidores de la P-polimerasa poli (ADP-ribosa) se han mostrado

prometedores en el tratamiento del carcinoma seroso de alto grado, a través de la explotación de doble filamento romper reparación de defectos inherentes. Inhibidores de MAPK se han probado en el carcinoma seroso de bajo grado, los inhibidores de PIK3CA en el carcinoma de células claras, el tamoxifeno en el carcinoma endometrioide y Herceptin en el carcinoma mucinoso, con resultados variables. (Conklin, 2012)

Tratamiento del cáncer de ovario epitelial

A. Estadio IA, B Y C. El 25% - 30% de los carcinomas de ovario se diagnostican en estadios precoces, I – II con la enfermedad confinada en la pelvis.

El tratamiento más adecuado para los tumores en estadio I es la histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral acompañada de omentectomía.

Para las enfermedades en estadio I intervenidas, se recomienda la quimioterapia adyuvante con carboplatino y paclitaxel.

B. Estadios IIA, B, C. El tratamiento de elección de inicio es la histerectomía abdominal total con doble salpingooforectomía seguida de quimioterapia adyuvante posoperatoria.

C. Estadio III. El tratamiento de elección de inicio es la histerectomía abdominal total con doble salpingooforectomía seguida de quimioterapia adyuvante posoperatoria.

D. Estadio IV. El tratamiento inicial será la laparoscopia diagnóstica para la confirmación de los hallazgos radiológicos y para la toma de biopsias que establezcan el diagnóstico anatomopatológico. Posteriormente se administrará quimioterapia y se realizará una histerectomía y doble anexectomía en los casos con respuesta completa o parcial. (Rodríguez, 2012)

Quimioterapia

El tratamiento estándar del cáncer de ovario de quimioterapia adyuvante o de inducción es la del cisplatino o carboplatino con paclitaxel, el uso de

carboplatino se reserva para pacientes con gran deterioro físico y falla renal. .
(Manual de Oncología, 2003)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Quiste: Un quiste es un saco que contiene líquido o material semisólido, los quistes ováricos causan crecimiento de los ovarios y se pueden desarrollar; pero son más frecuentes desde la pubertad a la menopausia; los quistes ováricos a menudo son pequeños y carecen de importancia clínica. La mayor parte de ellos desaparecen espontáneamente en unos cuantos meses y solo algunos requieren extirpación quirúrgica .

Adolescencia: La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

Menopausia: La menopausia (del griego mens, que significa "mensualmente", y pausi, que significa "cese") se define como el cese permanente de la menstruación y tiene correlaciones fisiológicas, con la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular. Es un paso dentro de un proceso lento y largo de envejecimiento reproductivo. La menopausia natural o fisiológica debida a la insuficiencia ovárica se presenta entre la edad de 46 y 52 años.

Células germinales: Célula del organismo que sufre el proceso de meiosis. Las células germinales más indiferenciadas son las espermatogonias y las oogonias, que se transformarán en espermatozoides y óvulos, respectivamente. Estas últimas células son haploides.

Ovarios: Los ovarios (gónadas femeninas) son un par de órganos ovoides, aplanados, firmes y blanquecinos, con dimensiones aproximadas de 1.5 por 3 por 3.5 cm, localizados en la pelvis verdadera. El ovario se encuentra suspendido entre el útero y la pared lateral de la pelvis por el mesoovario, que pertenece a la aleta posterior del ligamento ancho.

Teratoma: Tumor, generalmente de carácter benigno, que se desarrolla a partir de células embrionarias o poco diferenciadas propias de diversos tejidos. Suelen producirse en testículos, ovarios, mediastino, etc. Estos tumores están constituidos por una, dos o tres capas germinales que pueden desarrollarse en cualquier combinación posible y dar lugar a órganos o estructuras imperfectamente formados.

Los quistes dermoides, que es el tipo más común de los tumores teratoides, incluyen tejido ectodérmico (y frecuentemente mesodérmico) en forma de piel macerada, pelos, huesos y dientes. El quiste está lleno de material sebáceo grasoso.

Cistoadenoma seroso: Los cistoadenomas son cánceres ováricos muy comunes, pues constituyen 70% de la totalidad de los tumores de ovario. Estos tumores no producen hormonas y se presentan especialmente en las mujeres cuyas edades se encuentran entre los 45 y 65 años. El cistoadenoma seroso es una neoplasia derivada del epitelio superficial del ovario, revestida de epitelio semejante al de la mucosa tubárica con proliferaciones de tipo adenomatoso; presenta formas irregulares cuya superficie externa es lisa o lobulada y de color grisáceo o más oscuro si hay hemorragia en el quiste. (Netter 1995). Su tamaño está entre 5 y 15cm de diámetro y puede llegar a ocupar todo el Abdomen.

Cistoadenoma mucinoso: Los tumores mucinosos se parecen en varios aspectos a los serosos, aunque son menos comunes, tomando un 25% de todos los neoplasmas del ovario. Ocurren principalmente en mujeres de edad adulta, siendo muy raros antes de la pubertad y después de la menopausia. Solo un 15% son malignos entre los cuales los adenocarcinomas quísticos son relativamente poco frecuentes (aproximadamente un 10% de los casos). Se caracterizan por tener una apariencia quística de tamaño variable, raramente ocupan la superficie del ovario como la hacen los serosos. Con menos

Ooforectomía: Extirpación quirúrgica de uno o ambos ovarios, realizada para reseca un quiste o tumor, escindir un absceso, tratar una endometriosis, si se

extirpan ambos ovarios, se produce, esterilidad i se induce la menopausia de forma brusca.

Salpingectomia: Extirpación quirúrgica de una o las dos trompas de Falopio, con objeto de eliminar un quiste o un tumor. Se realiza con anestesia general o bloqueo espinal. Es una cirugía sencilla que requiere una incisión de tres centímetros o menos a nivel del vello púbico o alrededor del ombligo. En la actualidad se realiza como una cirugía ambulatoria; es decir, la paciente abandona el hospital unas horas después de operada.

Endometrioma: Trastorno ginecológico caracterizado por crecimiento ectópico de tejido endometrial funcional. La edad media de aparición es en pacientes de 37 años y es rara en la raza negra.

La etiología no se conoce pero se piensa que el endometrio ectópico podría desarrollarse a partir de restos de los conductos de Wolf o Muller; otros autores defienden que durante la menstruación podrían pasar fragmentos de endometrio uterino a través de las trompas de Falopio hacia la cavidad peritoneal, crecerían y adquirirían capacidad funcional y pueden encontrarse en la pared del útero, en su superficie, trompas, ovarios, colon, recto sigmoide, peritoneo pélvico. Se han encontrado focos de endometriosis en cicatrices quirúrgicas, ombligo, intestino, pulmón, ojo y cerebro.

El tejido endometrial de la endometriosis, tanto en las lesiones grandes como en las pequeñas, funciona cíclicamente y sufre la degradación menstrual periódica típica que determina hemorragias intraquísticas, tensión de la pared del quiste y dolor los quistes endometriales ováricos contienen restos menstruales que se han espesado i se denominan quistes de chocolate.

(Diccionario Océano Mosby, tomo I, 2008)

2.4 Hipótesis y Variables

2.4.1 Hipótesis

Existe correlación entre los diagnósticos, clínico, ecográfico e histopatológico en las mujeres que sufren de masas anexiales quísticas de ovario atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba.

2.4.2 Variables

Independiente:

- Diagnóstico de las mujeres que presentan masas quísticas de ovario.

Dependiente:

- Manejo de masas anexiales quísticas de ovario.

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Diagnóstico de las mujeres que presentan masas quísticas de ovario

Conceptualización	Dimensión	Categorías	Indicadores	Técnicas e instrumentos
Diagnóstico de las mujeres que sufren de masas quísticas de ovario	<p>Diagnóstico clínico</p> <p>Diagnostico ecográfico</p> <p>Diagnostico histopatológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis • Examen físico • Ecografía transvaginal • Ecografía pélvica • Biopsia 	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología • Presencia de masas anexiales • Alteración celular 	Observación, análisis de historias clínicas

VARIABLES DEPENDIENTES: Manejo de masas anexiales quísticas de ovario

Conceptualización	Dimensión	Categorías	Indicadores	Técnicas e instrumentos
<p>Manejo de masas anexiales quísticas de ovario:</p> <p>Definición: Nos referimos al diagnóstico precoz de masas anexiales quísticas de ovario y al tratamiento oportuno de las mismas</p>	<p>Quistes benignos</p> <p>Quistes malignos</p>	<p>Quiste de inclusión germinal. Quiste folicular. Quiste del cuerpo lúteo. Luteoma del embarazo. Quistes luteínicos de la teca. Ovario escleroquístico.</p> <p>Neoplasias derivadas del epitelio celómico Neoplasias derivadas de las células germinales: Neoplasias derivadas del estroma gonadal especializado.</p>	<p>Número de pacientes que presentan quistes benignos.</p> <p>Número de pacientes por edades.</p>	<p>Observación, análisis de historias clínicas</p>

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Método científico

Se utilizó el método científico porque es un proceso racional, lógico, sistemático por medio del cual, partiendo de la definición y limitación del problema, precisando objetivos claros, concretos, recolectando información precisa y pertinente, se organizó, analizó e interpretó la información y con los resultados de la observación y la experimentación se efectuó un informe adecuado; este método nos permitió obtener y presentar el conocimiento científico.

Para la recopilación de la información se utilizó la información estadística para determinar el número de casos atendidas durante el periodo Enero 2010 – Agosto 2012 en el Área de Ginecología, y de ellas se establecerá quienes presentan masas anexiales quísticas de ovarios, se analizó la correlación de diagnóstico clínico, ecográfico e histopatológico, mientras que el procesamiento de información se lo hará utilizando la estadística, la presentación de los resultados se los hará mediante gráficos estadísticos.

Como procesos para la comprobación de la hipótesis se utilizará la inducción y la deducción, partiendo de una premisa

3.1.1 Tipo de investigación

Por las características que posee:

Investigación Documental.- Es aquella que nos permite la obtención de datos a través de la utilización de materiales impresos

Investigación de Campo.- Nos permitió la obtención de datos en relación directa: Investigador – realidad (INSITU), sin controlar o manipular variables algunas.

3.1.2 Tipo de estudio:

El diseño fue NO EXPERIMENTAL, porque puede manipular las variables que intervienen en el proceso, solo cumplirán la función de describir el problema tal como se presenta en su entorno para encontrar explicaciones y formularse alternativas de mejoramiento en un tiempo determinado. Por lo tanto el presente estudio será:

Descriptiva: ya que comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la situación actual en las mujeres atendidas en el área de Ginecología específicamente en aquellas que presentan masas anexiales quísticas de ovario. El enfoque se hace sobre conclusiones basadas en el estado que se encuentran las pacientes que son objeto de estudio, es decir trabaja sobre realidades de hecho, y su característica fundamental es la presentación correcta y veraz de la información.

Explicativa: porque se establecerá la causalidad de los hechos ya que tenemos determinado una causa y un efecto concreto. Es decir es aquella que tiene relación causal; no sólo persigue describir o acercarse a un problema, sino que intenta encontrar las causas del mismo.

3.2 POBLACION Y MUESTRA

3.2.1 Población

La presente investigación se realizó con las pacientes que sufren de quistes de ovario en el área de Ginecología del Hospital General Docente de Riobamba, en el periodo enero 2010 – agosto 2012, se registraron 61 pacientes que constituyen el universo o población.

3.2.2 Muestra

Por ser un número manejable de casos se realizará el estudio con toda la población final, que son 61 casos

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Las técnicas que utilizamos son bibliográficas y de campo, las mismas que se describen a continuación:

- **Observación:** se ha revisado las historias clínicas del área de Ginecología, y se ha realizado el estudio de aquellas que presentan quistes o masas anexiales.
- **Recopilación de procedimiento para el análisis:** se ha utilizado matrices en donde se establece la relación o no de los diagnósticos clínico, ecográfico e histopatológico, para determinar el comportamiento de las variables en el aula de clase.

3.4. Técnicas de procedimiento para el análisis.

En el presente estudio se utilizó la técnica de análisis de causa – consecuencia (Anexo N.1, para medir como influyo la relación de la edad de la mujer para la presencia de quistes de ovario.

Para el procesamiento de la información se utilizó: la tabulación, análisis e interpretación de los resultados

También se utilizó otros procesos como la inducción, la deducción, análisis, y síntesis (descriptivas), que se emplearán para descifrar lo que revela los datos que se han recogido.

La presentación de la información se la hizo utilizando gráficos en pasteles que permitan identificar los resultados de una forma clara y precisa.

Posterior a esto se presentó la información conforme la estructura establecida en la Universidad.

Metodología. Es un estudio clínico de corte transversal con una población de 61 pacientes que presentan el diagnóstico de masas anexiales quísticas de ovario en el periodo de estudio.

Los criterios de inclusión fueron: casos de las pacientes que presentan masas anexiales quísticas de ovario y que tengan los tres diagnósticos, clínico, ecográfico e histopatológico.

Resultados:

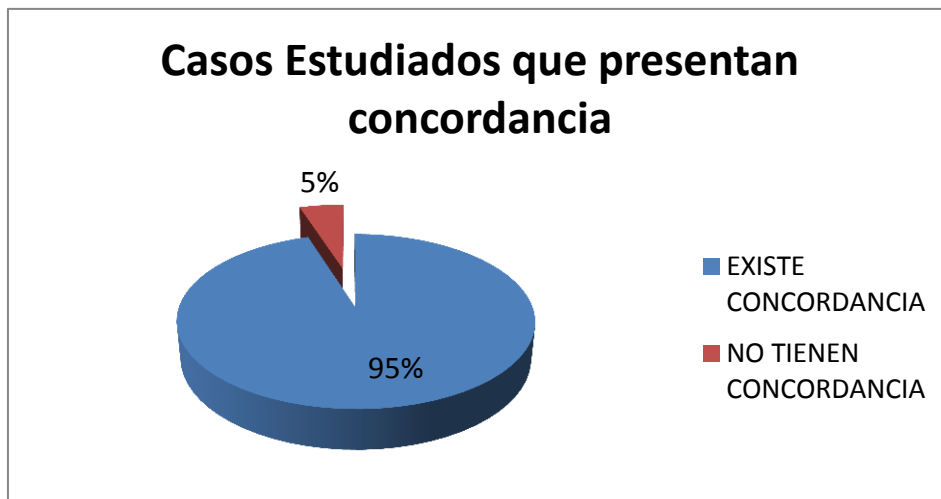
De las 61 pacientes que presentan los tres diagnósticos de masas anexiales quísticas de ovario, 58 casos es decir el 95.08% presentan concordancia entre sí y son benignos los 3 casos restantes no tienen concordancia.

Tabla N. 1 Casos estudiados que presentan concordancia

DIAGNÓSTICO	CASOS
Existe concordancia	58
No tienen concordancia	3
Total	61

Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Gráfico N.1



Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Análisis de los casos

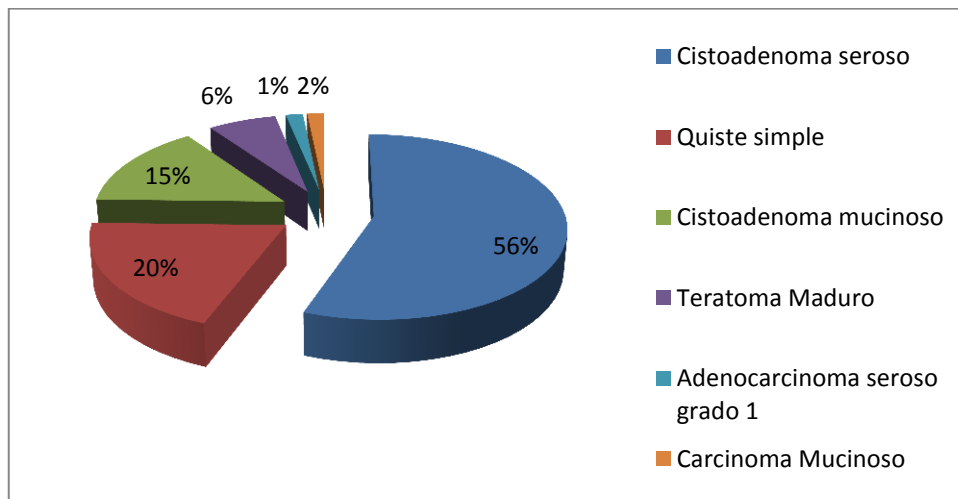
De los casos estudiados se ha identificado los tipos de masas anexiales quísticas de ovario de las pacientes atendidas en el HGDR, la siguiente tabla muestra los resultados:

Tabla N. 2 Tipos de masas anexiales

TIPOS DE MASAS ANEXIALES	N° CASOS	%
Cistoadenoma seroso	34	55,74
Quiste simple	12	19,67
Cistoadenoma mucinoso	9	14,75
Teratoma Maduro	4	6,56
Adenocarcinoma seroso grado 1	1	1,64
Carcinoma Mucinoso	1	1,64
Total	61	100,00

Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Gráfico N.2



Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Como se observa el 56% de los casos presenta cistoadenoma seroso, el mismo que es el más común, pero a su vez es benigno; el 20% presenta quiste simple, el 15% presentan cistoadenoma mucinoso, el 6% presenta teratoma maduro; mientras que el 1% presentan adenocarcinoma seroso grado 1, y el 1% presenta carcinoma mucinoso, los dos últimos son malignos.

ESTUDIO POR RANGOS DE EDAD

Se ha establecido rangos de edad en el estudio de los casos con la tipología de quistes. A continuación se muestra la tabla:

Tabla N.3 Tipos de quistes de ovario por rangos de edad

RANGOS DE EDAD	Seroso	Simple	Mucinoso	Teratoma Maduro	Adenocarcinoma grado 1	Calcinoma Mucinoso	Quiste Dermoide	Total
12 a 18	3	3	1	0	0	0	1	8
19 a 25	4	1	4	1	0	0	0	10
26 a 31	3	7	1	2	0	0	0	13
32 a 40	2	4	2	1	1	0	0	10
40 a 50	9	5	1	0	0	0	0	15
50 en adelante	3	1	0	0	0	1	0	5
TOTAL	24	21	9	4	1	1	1	61

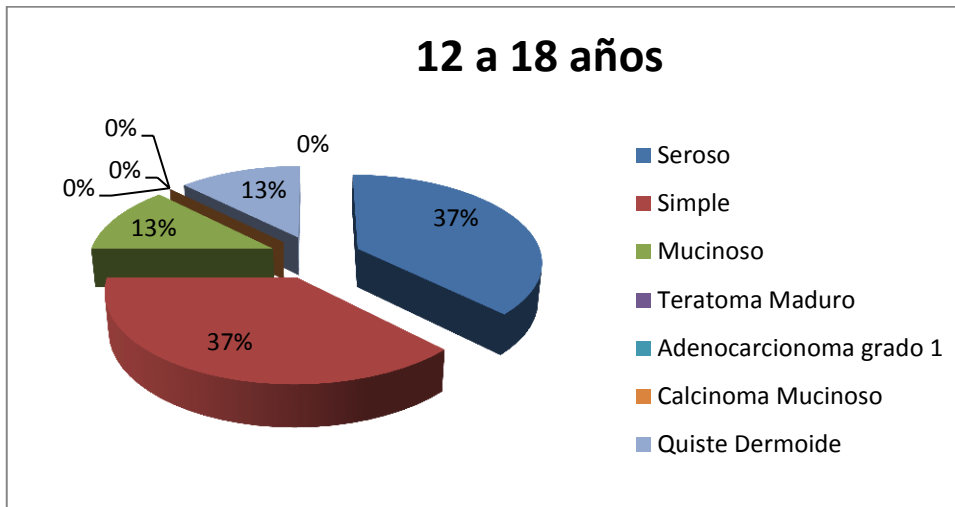
Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Tabla N.4 De 12 a 18 años

Rangos de edad	Seroso	Simple	Mucinoso	Teratoma maduro	Adenocarcinoma grado 1	Calcinoma mucinoso	Quiste dermoide	Endometrio hipersecretor	TOTAL
12 a 18	3	3	1	0	0	0	1	0	8

Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Gráfico N.4



Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Análisis

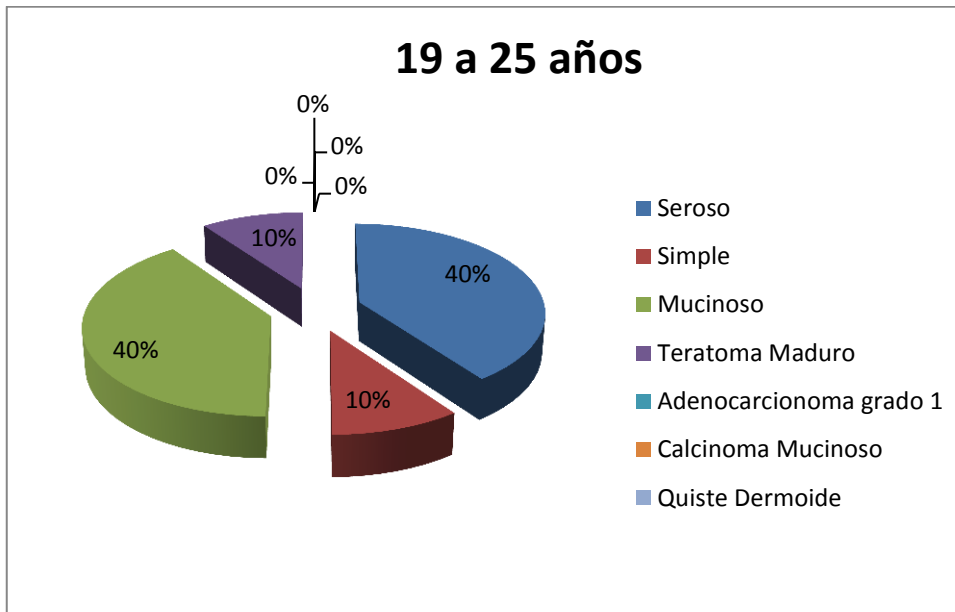
En el rango de edad de 12 a 18 años se presentan 8 casos, de los cuales el 37% de éstos presentan quistes seroso, el 37% presenta quiste simple, el 13% presentan quistes mucinoso, el 13% quiste dermoide; las otras tipologías no se presentan en este rango de edad.

Tabla N.5 De 19 a 25 años

Rangos de edad	Seroso	Simple	Mucinoso	Teratoma maduro	Adenocarcinoma grado 1	Carcinoma mucinoso	Quiste dermoide	Endometrio hipersecretor	Total
19 a 25	4	1	4	1	0	0	0	0	10

Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Gráfico N. 5



Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Análisis

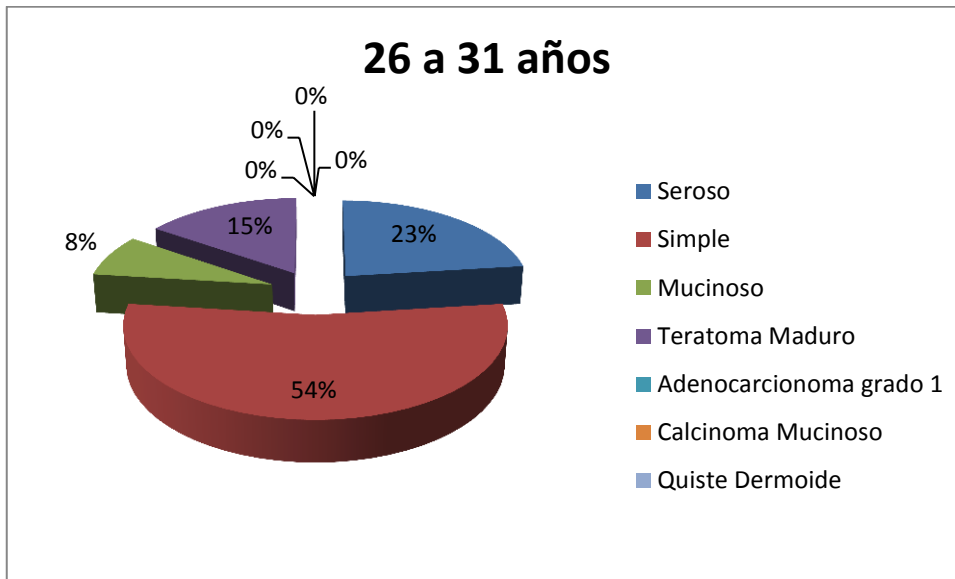
Del rango de edad de 19 a 25 se presentan 10 casos de los cuales el 40% de estos presentan quiste seroso, el 10% presenta quiste simple, el 40% presenta quiste mucinoso, el 10% presenta teratoma maduro.

Tabla N. 6 De 26 a 31 años

Rangos de edad	Seroso	Simple	Mucinoso	Teratoma Maduro	Adenocarcinoma grado 1	Carcinoma mucinoso	Quiste dermoide	Endometrio hipersecretor	Total
26 a 31	3	7	1	2	0	0	0	0	13

Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Gráfico N.6



Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Análisis

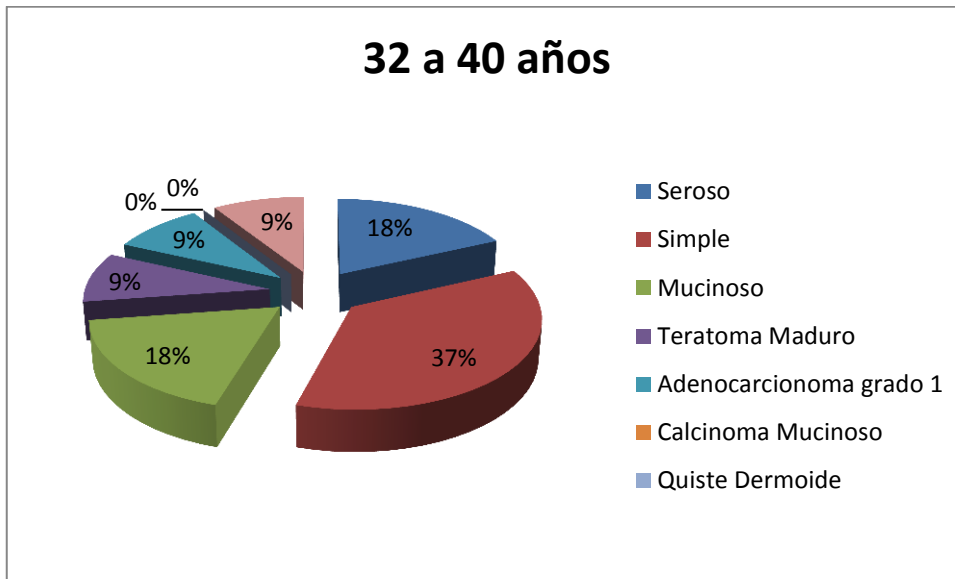
En el rango de edad de 26 a 31 se años presentan 13 casos de los cuales el 23% de estos presenta quiste seroso, el 54% presenta quiste simple, el 8% presenta quiste mucinoso, el 15% presenta teratoma maduro

Tabla N. 7 De 32 a 40 años

RANGOS DE EDAD	Seroso	Simple	Mucinoso	Teratoma maduro	Adenocarcinoma grado 1	Carcinoma mucinoso	Quiste dermoide	Endometrio hipersecretor	TOTAL
32 a 40	2	4	2	1	1	0	0	1	11

Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Gráfico N.7



Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Análisis

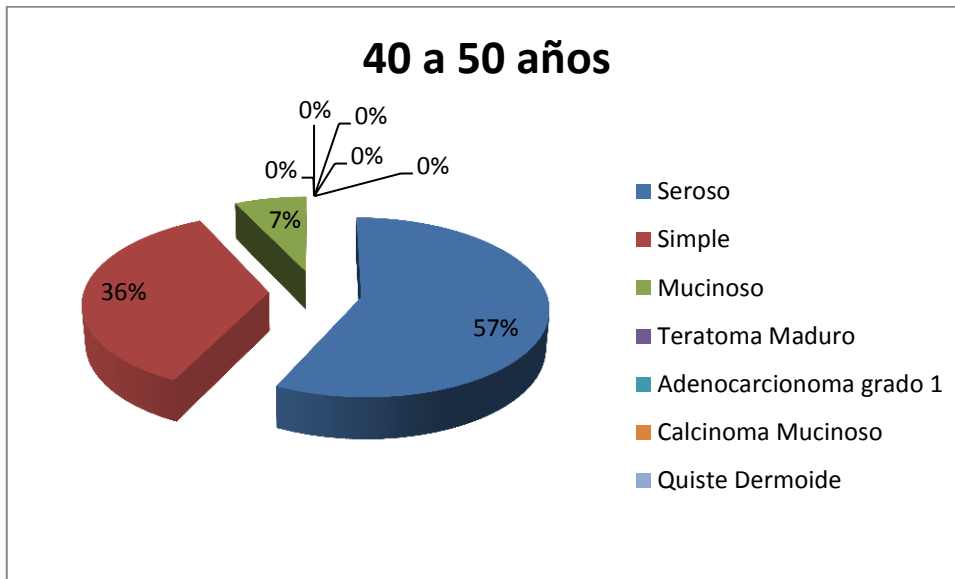
En el rango de edad de 32 a 40 años se presentan 11 casos de los cuales el 18% presenta quiste seroso, el 37% presenta quiste simple, el 18% presenta quiste mucinoso, el 9% presenta teratoma maduro, el 9% presenta adenocarcinoma grado 1, el 9% presenta endometrio hipersecretor.

Tabla N. 8 De 40 a 50 años

Rangos de edad	Seroso	Simple	Mucinoso	Teratoma maduro	Adenocarcinoma grado 1	Carcinoma mucinoso	Quiste dermoide	Endometrio hipersecretor	Total
40 a 50	8	5	1	0	0	0	0	0	14

Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Gráfico N.8



Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Análisis

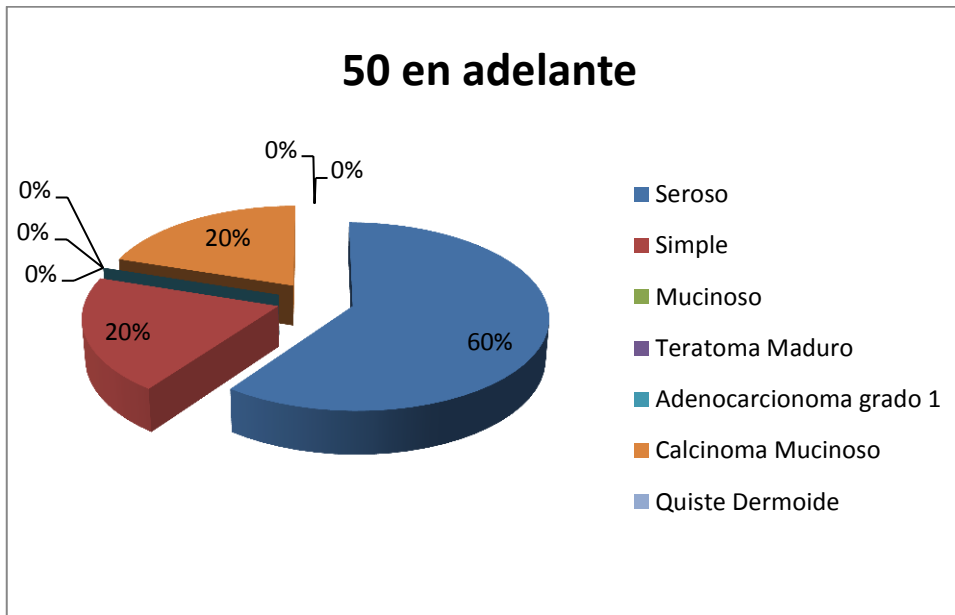
En el rango de edad de 40 a 50 años se presentan 14 casos de los cuales el 57% presenta quiste seroso, el 36% presenta quiste simple y el 7% presenta quiste mucinoso.

Tabla N.9 De 50 en adelante

Rangos de edad	Seroso	Simple	Mucinoso	Teratoma maduro	Adenocarcinoma grado 1	Carcinoma mucinoso	Quiste dermoide	Endometrio hipersecretor	Total
50 en adelante	3	1	0	0	0	1	0	0	5

Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Gráfico N.9



Fuente: Historias clínicas del HPGDR
Elaboración: Alfonso Aguirre

Análisis

En el rango de edad de 50 años en adelante se presentan 5 casos de los cuales el 60% presenta quiste seroso, el 20% presenta quiste simple y el 20% presenta carcinoma mucinoso.

CONCLUSIONES

- Después de la revisión de los casos en estudio podemos afirmar que la hipótesis se cumple, ya que existe concordancia entre los diagnóstico clínico, ecográfico e histopatológico, en 58 casos (95%), mientras que los 3 últimos casos (4.9%) no tienen concordancia.
- En los casos de las pacientes de nuestro estudio, existe concordancia entre el diagnóstico clínico y ecográfico, y se confirmó con el diagnóstico histopatológico, si el tumor es benigno o maligno.
- El tumor benigno más común encontrado en las mujeres objeto de nuestro estudio, es el cistoadenoma seroso con 34 casos constituyendo el 55,74%.
- Hubo una alta correlación de pacientes con quistes simples y quistes con tabiques y ecos con informe anatomopatológico benigno.
- Según los rangos de edad, el quiste más común entre los 26 a 31 años es el quiste simple.

RECOMENDACIONES:

- A toda mujer mayor de 40 años se debe realizar una valoración clínica y ecográfica de ovarios y anexos por lo menos una vez por año.
- Se sugiere realizar un pesquisaje en toda mujer con masas anexiales quísticas de ovario, ser bien estudiadas y diagnosticadas precozmente para evitar cirugías incompletas y tratadas por patologías ováricas benignas.
- Se realizará en hospitales o policlínicos por el médico ginecólogo o familiar, un estudio ultrasonográfico, por las vías abdominal y transvaginal en mujeres que presentan factores de riesgo, como antecedentes de familiares con cáncer de ovario, infecundidad, raza blanca, antecedentes personales de cáncer de mama, colon o endometrio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.** BENSON, Ralph. (2009). Manual de Ginecología y Obstetricia: Editorial Manual Moderno S.A, pág. 586, 590, 591, 592,606.
- 2.** Diccionario de Medicina. Océano Mosby, tomo 1: Editorial Océano, Edición en español, Barcelona-España, pág. 259,967
- 3.** GUYTON, Arthur, MD.HALL John, PhD. Tratado de Fisiología Médica: duodécima ed, McGRAW–HILL INTERAMERICANA. EDITORES, S.A. Impreso en México, Marzo del 2004.
- 4.** GUARDERAS, Carlos. (2002). El EXAMEN MÉDICO, Semiotecnia integrada general y especial. Editorial “Casa del Estudiante”, Quito – Ecuador.
- 5.** HERRERA, Ángel y GRANADOS, Martín y colaboradores (2003), Manual de Oncología, segunda edición, editorial McGraw-Hill INTERMERICANA. Impreso en México, pág. 554, 563.
- 6.** LATARJET, Liard. Anatomía Humana 4^{ta} ed. Editorial Médica Panamericana, S.A, pág. 1609.
- 7.** MARK, Beers, MD, et al. Nuevo Manual Merck, de Información Médica General. ed, en español, Ed Océano, pag 1668, 1669, 1670.
- 8.** RIGOL Orlando. (2004). Obstetricia y Ginecología: Editorial Ciencias Médicas, pág. 312, 314.
- 9.** ROBINS y COTRAN. Patología estructural y funciona, Editorial ELSEVIER, 7^a edición, 2005. Edición en español pág. 1096.
- 10.** RODRIGUEZ, Luis, et al. Diagnóstico y Tratamiento Médico. Editorial Marban. Pág. 679, 702, 1112.

Artículos

11. 1998-2013 Fundación Mayo para la Educación e Investigación Médica (MFMER). Todos los derechos reservados. Una sola copia de estos materiales puede ser reproducido para uso personal no comercial. "Mayo", "Clínica Mayo", "MayoClinic.com," "EmbodyHealth", "Mejora tu vida" y el logo de la Clínica Mayo de triple escudo son marcas registradas de la Fundación Mayo para la Educación e Investigación Médica.

Disponible en: <http://www.mayoclinichealthsolutions.com/products/EmbodyHealth-Portal-Overview.cfm>

12. Chris M. J. Conklin, MD, C. Blake Gilks, MD, FRCPC

CME Fecha de lanzamiento: 12/24/2012; Válido para crédito a través de 12/24/2013

Disponible en: http://www.medscape.org/viewarticle/776491_6

13. Dr. Javier Del Pozo Roselló, *Ginecología y Obstetricia 2013*, info@teknon.es

Disponible en: http://www.teknon.es/web/delpozo/quiste_deovario

14. ESQUEMA DEL TRATAMIENTO CONTRA EL TUMOR BENIGNO

Tumores de ovario; Dra. S. Santiesteban

Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Tumor_de_ovario

Imágenes

15. Cistoadenoma seroso

Enviado por Dr. Eduardo A. Rojas Pérez; Dra. María Esther Bosch Rodríguez; Lic.

Tamara Torrella Tena

Código ISPN de la Publicación: EKYUVKEUPLLSOTDJON

Publicado Tuesday 26 de January de 2010

Disponible en:

<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EkyuVkEupllsoTdjion.php>

16. Tumor borderline Mucinoso ovárico gigante con microinvasión

rené rivera z.¹, raúl barrero p.¹, gladys garcía m.², david barrero v.^a, angélica larraín h.^b

Servicio de Obstetricia y Ginecología, ²servicio de anatomía patológica, hospital
Escuela de obstetricia, universidad de santiago de chile.

Disponible en: <http://www.revistasochog.cl/articulos/ver/213>

17. Capítulo 34 Patología tumoral del ovario, clasificación y terminología de los tumores de ovario.

Histogénesis y anatomía patológica, martín-francisco c, lailla jm, bajo jm

Disponible en: http://www2.univadis.net/microsites/area_salud_mujer/pdfs/34-Patologia_tumoral_del_ovario_Clasificacion_y_terminologia_de_los_tumores_del_ovario_Histogenesis_y_anatomia_patologica.pdf

18. Thibodeau GA, Patton KT. Estructura y función del cuerpo humano. 10ª ed. Madrid:

Harcourt Brace 1998. Pág. 395.

Disponible en:
<http://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>

ANEXOS

Matriz N. 1

Recolección de datos de mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012

N°	N° de historia clínica	Edad	Fecha de Ingreso	Diagnóstico definitivo

FUENTE: Registro diario de mujeres atendidas en el área de Ginecología del Hospital General Docente de Riobamba, durante el período enero 2010-agosto 2012.

Matriz N°2

Casos que presentan concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012.

N°	Edad	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Ecográfico	Diagnóstico Histopatológico
1	19 años	Quiste de ovario izquierdo	Quiste ovárico izquierdo	Quiste paraovárico izquierdo Cistoadenoma seroso
2	45 años	Quiste ovárico derecho	Ovario quístico derecho	Ovario derecho Cistoadenoma seroso
3	58 años	Quiste de ovario izquierdo	Quiste de ovario izquierdo	Quiste de ovario izquierdo Cistoadenoma seroso
4	43 años	Torsión de ovario izquierdo	Quiste simple de ovario izquierdo torcido	Quiste de ovario izquierdo Cistoadenoma seroso
5	29 años	Quiste de ovario derecho	Quiste ovárico derecho	Quiste ovárico derecho Cistoadenoma seroso

Matriz N°2

Casos que presentan concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012.

N°	Edad	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Ecográfico	Diagnóstico Histopatológico
6	22 años	Quiste de ovario derecho	Quiste de ovario derecho	Quiste seroso de ovario derecho
7	30 años	Quiste de ovario izquierdo	Quiste ovárico izquierdo	Quiste ovárico izquierdo Cistoadenoma seroso
8	12 años	Quiste de ovario izquierdo	Quiste de ovario izquierdo torcido	Quiste ovárico izquierdo Cistoadenoma seroso
9	49 años	Quiste ovárico complejo izquierdo	Quiste compuesto de ovario izquierdo	Quiste ovárico izquierdo Cistoadenoma seroso
10	49 años	Quiste ovárico derecho	Quiste en ovario derecho	Quiste de ovario derecho Cistoadenoma seroso

Matriz N°2

Casos que presentan concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012.

N°	Edad	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Ecográfico	Diagnóstico Histopatológico
11	48 años	Quiste de ovario izquierdo	Quiste ovárico izquierdo	Quiste de ovario izquierdo Cistoadenoma seroso
12	25 años	Quiste paraovárico derecho	Quiste paraovárico derecho	Ovario derecho Cistoadenoma seroso
13	32 años	Quiste de ovario izquierdo	Quiste de ovario izquierdo	Quiste paraovárico izquierdo Cistoadenoma seroso
14	24 años	Quiste de ovario izquierdo	Quiste simple de ovario izquierdo	Quiste paraovárico izquierdo Cistodenoma seroso
15	47 años	Quiste de anexo izquierdo	Quiste simple de ovario izquierdo	Quiste ovárico izquierdo Cistoadenoma seroso

Matriz N°2

Casos que presentan concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012.

N°	Edad	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Ecográfico	Diagnóstico Histopatológico
16	47 años	Quiste simple de ovario derecho	Quiste simple de ovario derecho	Ovario derecho Cistoadenoma seroso
17	15 años	Quiste de ovario derecho	Ovario derecho presencia de lesión quística	Ovario derecho Quiste seroso
18	35 años	Quiste de ovario izquierdo	Quiste simple de ovario izquierdo	Quiste de ovario izquierdo Cistoadenoma seroso
19	56 años	Quiste de ovario izquierdo	Quiste de ovario izquierdo	Quiste de ovario izquierdo Quiste seroso de ovario izquierdo
20	51 años	Quiste de ovario derecho	Quiste de ovario derecho	Quiste de ovario derecho Cistoadenoma seroso

Matriz N°2

Casos que presentan concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012.

N°	Edad	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Ecográfico	Diagnóstico Histopatológico
21	27 años	Quiste localizado en ovario izquierdo	Quiste de ovario izquierdo	Quiste de ovario izquierdo Quiste seroso simple
22	40 años	Quiste de ovario derecho	Quiste de ovario derecho	Quiste de ovario derecho Cistoadenoma seroso
23	41 años	Quiste de ovario izquierdo	Quiste de ovario izquierdo	Quiste folicular simple en ovario izquierdo
24	17 años	Quiste simple de ovario derecho	Quiste de ovario derecho	Quiste ovárico derecho simple
25	48 años	Quiste simple hemorrágico de ovario derecho	Quiste ovario derecho hemorrágico	Quiste simple ovárico derecho hemorrágico

Matriz N°2

Casos que presentan concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012.

N°	Edad	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Ecográfico	Diagnóstico Histopatológico
26	29 años	Quiste simple de ovario izquierdo	Quiste de ovario izquierdo	Ovario izquierdo presenta quiste simple
27	18 años	Quiste simple de ovario derecho	Quiste de ovario derecho	Quiste simple folicular en ovario derecho
28	28 años	Quiste simple de ovario derecho	Quiste simple de ovario derecho	Quiste simple de ovario derecho
29	31 años	Quiste simple hemorrágico izquierdo	Quiste ecogénico de ovario izquierdo	Quiste simple de ovario izquierdo hemorrágico
30	35 años	Quiste ovárico derecho	Quiste simple de ovario derecho	Quiste simple de ovario derecho

Matriz N°2

Casos que presentan concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012.

N°	Edad	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Ecográfico	Diagnóstico Histopatológico
31	17 años	Quiste hemorrágico de ovario derecho	Quiste hemorrágico de ovario derecho	Ovario derecho presenta quiste simple folicular
32	74 años	Quiste de ovario derecho	Quiste simple ovárico derecho	Ovario derecho presenta quiste simple
33	31 años	Quiste simple de ovario derecho	Quiste de ovario derecho	Anexo derecho presenta quiste hemorrágico simple
34	26 años	Quiste simple de ovario izquierdo	Presencia de quiste simple de anexo izquierdo	Masa de ovario izquierdo Quiste simple
35	21 años	Quiste hemorrágico de ovario derecho	Quiste hemorrágico en ovario derecho	Quiste simple hemorrágico en ovario derecho

Matriz N°2

Casos que presentan concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012.

N°	Edad	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Ecográfico	Diagnóstico Histopatológico
36	33 años	Quiste de ovario derecho	Quiste simple de ovario derecho	Quiste simple paratubárico derecho
37	43 años	Quiste simple de ovario derecho	Quiste ovárico derecho simple	Quiste ovárico derecho
38	27 años	Quiste simple de ovario izquierdo	Quiste simple en ovario izquierdo	Quiste simple ovárico izquierdo
39	26 años	Quiste simple ovárico derecho	Quiste ovárico derecho simple	Quiste folicular simple de ovario derecho
40	40 años	Quiste simple de ovario izquierdo	Ovario izquierdo presenta quiste simple	Quiste simple folicular en ovario izquierdo

Matriz N°2

Casos que presentan concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012.

N°	Edad	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Ecográfico	Diagnóstico Histopatológico
41	35 años	Quiste simple de ovario izquierdo	Ovario izquierdo presenta lesión quística simple	Quiste folicular simple en ovario izquierdo
42	31 años	Quiste simple ovárico derecho	Quiste simple de ovario derecho	Quiste hemorrágico de ovario derecho
43	32 años	Quiste gigante de ovario derecho	Masa tumoral de más de 20 cm,	Cistoadenoma mucinoso
44	29 años	Quiste de ovario izquierdo	Ovario izquierdo presencia de tres quistes	Cistoadenoma mucinoso
45	24 años	Quiste de ovario derecho gigante	Quiste de ovario derecho gigante	Ovario derecho Cistoadenoma mucinoso

Matriz N°2

Casos que presentan concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012.

N°	Edad	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Ecográfico	Diagnóstico Histopatológico
46	45 años	Quiste de ovario derecho complejo	Quiste ovárico derecho complejo	Ovario derecho Cistoadenoma mucinoso
47	15 años	Quiste anexial izquierdo complejo	Quiste ovárico izquierdo	Ovario izquierdo Cistoadenoma mucinoso
48	20 años	Quiste simple de ovario izquierdo	Quiste simple de ovario izquierdo	Ovario izquierdo Cistoadenoma mucinoso
49	39 años	Quiste de ovario izquierdo complejo	Cistoadenoma de ovario izquierdo	Ovario izquierdo Cistoadenoma mucinoso
50	20 años	Quiste de ovario derecho complejo	Quiste ovárico derecho compatible con Cistoadenoma	Ovario izquierdo Cistoadenoma mucinoso

Matriz N°2

Casos que presentan concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012.

N°	Edad	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Ecográfico	Diagnóstico Histopatológico
51	24 años	Quiste ovárico derecho gigante	Masa quística gigante de ovario derecho	Masa dependiente de ovario derecho Cistoadenoma mucinoso
52	28 años	Quiste de ovario izquierdo	Quiste en ovario izquierdo	Quiste ovárico izquierdo Teratoma maduro
53	33 años	Quiste de ovario derecho	Masa ovárica derecha Teratoma ovárico	Teratoma quístico maduro
54	25 años	Quiste de ovario derecho	Ovario derecho masa ecogénica compatible con teratoma	Masa quística derecha Teratoma quístico maduro
55	26 años	Quiste de ovario derecho	Ovario derecho se observa masa compatible con teratoma	Teratoma quístico maduro

Matriz N°2

Casos que presentan concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012.

N°	Edad	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Ecográfico	Diagnóstico Histopatológico
56	34 años	Quiste simple de ovario derecho	Masa compleja ovárica derecha	Quiste de ovario derecho Adenocarcinoma seroso grado 1 bien definida
57	42 años	Ovario fibroquístico	Estudio normal	Anexo derecho Quiste seroso simple
58	80 años	Quiste de ovario derecho	Quiste ovárico de aspecto benigno	Carcinoma mucinoso bien diferenciado de ovario derecho
59	18 años	Quiste simple de ovario izquierdo	Quiste simple de ovario izquierdo	Quiste simple de ovario izquierdo
60	52 años	Quiste de ovario izquierdo	Quiste de ovario izquierdo	Quiste simple de ovario izquierdo

Matriz N°2

Casos que presentan concordancia entre los tres diagnósticos: clínico, ecográfico e histopatológico en mujeres atendidas en el Hospital General Docente de Riobamba, con quistes de ovario en el periodo enero 2010 - agosto 2012.

N°	Edad	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Ecográfico	Diagnóstico Histopatológico
61	25 años	Quiste de ovario derecho	Quiste de ovario derecho	Quiste simple de ovario derecho

