

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**TUMOR QUISTICO DEL OVARIO
Y TORCION DE SU PEDICULO.**
En el Hospital General "SAN JUAN DE DIOS".
(Revisión de casos reportados de Enero de 1,963
a Diciembre de 1,972.)

MARTA ISABEL ESCOBAR CARPIO

Guatemala, Mayo de 1974.

PLAN DE TESIS

- I. Introducción
- II. Objetivos
- III. Material y Métodos
- IV. Consideraciones Generales
 - a) Etiología
 - b) Neuropatología del dolor pélvico
 - c) Diagnóstico
 - 1.- Caracteres Clínicos
 - 2.- Diagnóstico Diferencial
- V. Estudio Estadístico Efectuado
- VI. Discusión
- VII. Conclusiones
- VIII. Bibliografía



INTRODUCCION.

Entre las complicaciones de los tumores quísticos del ovario, la mas frecuente es la torción del pedículo; los síntomas agudos a los que da lugar, con frecuencia constituyen el primer indicio de la existencia de un tumor ovárico de este tipo.-

El quiste retorcido del ovario, debe considerarse como una emergencia quirúrgica, por la propia sintomatología que presenta y por las complicaciones secundarias que resultan de la misma afección.-

Uno de los propósitos, que nos animaron a efectuar este trabajo, fue el hacer un estudio estadístico de los síntomas y signos mas frecuentes, para poder obtener un diagnóstico diferencial con otras patologías del bajo vientre, que pueden ser causa de abdomen agudo, y como consecuencia, constituirse en emergencias médico quirúrgicas.-

Lo anterior fue fundamental, para determinar cuatro objetivos básicos, alrededor de los cuales se desarrolla el cuadro de resultados. El tipo de investigación que se eligió fue el sondeo bibliográfico del registro clínico, el universo del tratamiento fue el total de intervenciones quirúrgicas de tumores quísticos del ovario, realizadas en la Emergencia de Cirugía y el Departamento de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios". De este cuadro referencial, se fueron seleccionando los casos sobre el tema a tratar.-

El análisis que presenta este trabajo, surge como una consecuencia de la revisión de 220 records clínicos, observados durante 10 años (Enero de 1,963 a Diciembre de 1,972).-

Los resultados que se obtuvieron, análisis, discusión y conclusiones se observaran en los párrafos siguientes.-

OBJETIVOS.

Dentro de los objetivos fundamentales que se consiguieron para realizar el presente trabajo están:

- 1- Determinar la frecuencia con que se presenta esta patología en nuestro medio
- 2- Recordar la importancia que tiene su diagnóstico, para un tratamiento inmediato. Considerando el grado y frecuencia del error diagnóstico
- 3- Determinar el diagnóstico diferencial
- 4- Determinar el tipo anatomopatológico del tumor quístico, que presenta con más frecuencia dicha entidad.-

También se considera uno de los objetivos, del presente trabajo, efectuar un análisis de los signos y síntomas principales con que se presenta la torsión del pedículo de un tumor quístico, evolución del cuadro y tiempo de duración de los mismos.-

Además queremos hacer un breve estudio, de las complicaciones secundarias que pueden ocurrir, de no recibir tratamiento adecuado en el menor tiempo posible.-

MATERIAL DE TRABAJO Y METODOS.

- 1.- Se efectuó un estudio sobre literatura de autores extranjeros

- 2.- Se revisaron los registros clínicos de operaciones de emergencia de Cirugía y el Departamento de Ginecología, del Hospital General "San Juan de Dios", de los casos seleccionados sobre esta entidad

- 3.- Resultados de la investigación realizada.-

Estos tres rubros proporcionaron las bases teóricas y la determinación de las conclusiones para plantear las interrogantes de la discusión.-

ETIOLOGIA

Todo tumor ovárico, que sea movable, tiene un pedículo, y significa para la portadora peligro agudo de la vida por torción del mismo. El quiste retorcido del ovario es mas frecuente en casos de tumores pequeños o medianos, que en los casos de tumores muy voluminosos. En su producción contribuyen distintos factores, de los cuales los mas importantes son el peso del tumor, los traumatismos abdominales en formas de sacudidas bruscas y los movimientos peristálticos del intestino.-

La torción del pedículo de un tumor quístico del ovario, por lo general se efectúa, en el sentido de las manecillas del reloj, puede ser una torción ligera o moderada, o tan extrema, que se produzcan varias vueltas completas.-

El trastorno circulatorio provocado por la torción, suele afectar principalmente a las venas, dando origen a una estasis venosa intensa, motivo por el cual, los quistes toman color azul obscuro o negro. En los casos extremos las arterias también quedan ocluidas, y se produce la gangrena del quiste.-

Electrocardiograma, estudios radiológicos, química sanguínea y niveles de transaminasas son importantes en cualquier problema médico, pero en pacientes con enfermedad pélvica aguda, la historia y un examen físico completo son de mas ayuda en el diagnóstico. La confianza y cooperación de la paciente son esenciales para un diagnóstico correcto.-

La torción del pedículo actúa sobre el tumor quístico por aplastamiento de las venas que tienen paredes delgadas, de esta forma queda yugulado el reflujo venoso. Las arterias de paredes gruesas son mas difíciles de yugular, y siguen aportando sangre al tumor, mostrando por estancamiento estasis venosa, aumentando rápidamente de volumen y coloreandose de rojo oscuro hasta de un negro azulado. Si las arterias se yugulan mas, se producen graves trastornos circulatorios y se llega a la necrosis del tumor.-

El epitelio superficial del tumor se desprende, resultando de ello adherencias con los tejidos vecinos. El tumor necrosado produce en poco tiempo una peritonitis tóxica grave (Peritonitis aséptica de cuerpos extraños).-

Las torciones del pedículo se producen del 15 al 20 por ciento de todos los tumores ováricos (W. Pschyrembel).

NEUROFISIOLOGIA DEL DOLOR PELVICO:

Cuando se diagnostica el dolor pélvico agudo, el médico debe considerar el sistema autónomo que presenta signos pobremente localizados y son de poca ayuda en un diagnóstico temprano, y el sistema somático cuyos signos se localizan antes y son más importantes en el diagnóstico.-

Los impulsos autónomos son estimulados por estrangulamiento, torción y anoxia, estos viajan a lo largo de dos vías:

- 1- En la línea central, con fibras de contracción uterina, pasan alrededor de la pared pélvica lateral y entran en el plexo presacro
- 2- Los nervios de las trompas de falopio y ovarios, viajan entre el ligamento infundibulopélvico, con los pedículos vasculares al plexo presacro.-

El sistema somático reacciona a estímulos de tacto, presión y temperatura, consiste principalmente en los nervios torácicos para el peritoneo de la pared abdominal baja, la piel del ano, los labios y la vagina. Este sistema reacciona al estímulo doloroso y signos locales.-

El peritoneo de la pelvis verdadera, es el fondo de saco, no se encuentra en la pared abdominal baja. Esta estimulación del peritoneo no se descubre en la pared anterior.-

La presencia de líquido ascítico en la cavidad peritoneal, es una importante consideración en el diagnóstico de enfermedad pélvica aguda.-

DIAGNOSTICO.

Signos y Síntomas Clínicos:

Los síntomas tempranos del quiste retorcido del ovario, generalmente son de comienzo agudo, producida por la tracción del peritoneo por el pedículo y a causa de la irritación peritoneal en la zona del tumor necrotizado.-

Se acompaña de dolor, que puede ser agudo y persistente, pero en otros casos resulta intenso y transitorio. Esto ocurre cuando la torción se corrige espontáneamente. En los casos de quistes ováricos de tamaño mediano, las pacientes refieren ataques agudos de dolor, los cuales desaparecen espontáneamente al poco tiempo los que se deben con toda seguridad, a la torción moderada y transitoria del pedículo.-

El dolor se encuentra localizado en el bajo vientre, intenso, brusco, que por lo regular es referido a un lado o al otro del bajo vientre. Se acompaña de shock peritoneal: aspecto de decaimiento, sudores, malestar, náuseas y vómitos reflejos; a más de presentar rigidez abdominal del lado afectado, el pulso está acelerado y la temperatura se eleva.-

La presencia de una masa con los síntomas arriba descritos, o el conocimiento previo de la existencia de una masa son de gran ayuda para el diagnóstico. El hemograma revela moderada leucocitosis y la hipersensibilidad existente, son de ayuda para el diagnóstico.-

Si por algún motivo la operación se pospone, el dolor, la hipersensibilidad y la fiebre persisten, al igual que la rigidez abdominal. Este estado puede persistir durante algunos días, sin que aparezcan otros signos alarmantes. En estos casos

10
descuidados, siempre se produce inflamación peritoneal secundaria, con extensas adherencias del quiste a las estructuras vecinas, ruptura o supuración del quiste, e incluso peritonitis generalizada.-

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Para poder efectuar un diagnóstico temprano y acertado, es indispensable, que al enumerar los signos referidos por la paciente, analisemos uno por uno y vayamos descartando las diferentes entidades clínicas que pueden relacionarse, ya sea por la localización de los signos, o por la intensidad de los mismos.-

El primer signo por el que una paciente consulta, es el dolor o cólico abdominal, el cual es debido a una contracción intensa y mantenida de las fibras musculares lisas de las vísceras abdominales, que coincide con un trastorno de la misma. En el caso de dolor abdominal agudo, es necesario dilucidar con exactitud como empezó el dolor, donde se inicio, su localización actual, tipo de dolor y si anteriormente ha existido ese tipo de dolor.-

Si acaso existe rigidez abdominal, es un signo de máxima importancia, pues indica en la mayor parte de los casos, una afección intraabdominal que requiere una intervención quirúrgica inmediata. El grado de contractura varía con la naturaleza del agente irritante, la rapidez con que el peritoneo ha sido invadido y con la zona que se encuentre afectada. La extensión de la contractura es proporcional a la zona de peritoneo afectada.-

Causas de dolor en Fosas Iliacas:

1.- Dolor Agudo e intenso:

Diverticulitis aguda, embarazo ectópico, apendicitis aguda, salpingitis aguda, distensión gaseosa aguda del ciego, cálculo enclavado en el ureter, torción del pedículo de un quiste del ovario, absceso pélvico, hernia estrangulada.-

2.- Dolor Subagudo, cronido o recidivante:

La mayor parte de los procesos arriba citados, bridas post infecciosas o inflamatorias, colitis ulcerosa, diverticulitis crónica.-

El quiste retorcido del ovario, es una entidad clínica, que puede dar la sintomatología mas variada, y muchas veces, síntomas vagos e inespecíficos, que pueden fácilmente conducirnos a una impresión clínica equivocada, y por ello mismo efectuar intervenciones abdominales en un caso indicado, y por el otro lado, muchos casos que son esencialmente quirúrgicos, iniciar un tratamiento médico conservador, lo que en muchos casos, además de significar un retraso en la resolución del problema por el que la paciente consulta, puede llegar incluso, a poner en peligro la vida de la paciente.-

Las entidades clínicas, con las que con mayor frecuencia puede equivocarse la entidad clínica con la cual trabajamos son:

Quiste Ovárico Benigno:

Por los problemas menstruales que pueden ocasionar, el dolor que puede ser referido, y la presencia o no de tumoración.-

Ruptura de quiste Ovárico:

Muchas veces secundaria a la torción, el cuadro agudo que la paciente refiere y los signos de irritación peritoneal que pueden haber.-

Supuración de Quiste Ovárico:

Secundaria también, en muchas oportunidades a torción con infección bacteriana sobregregada, o bien a la coexistencia de quiste ovárico con infección pélvica aguda supurativa, por la fiebre y el dolor que ocasiona.-

CASOS CLINICOS:

Los casos seleccionados para el presente trabajo, son una consecuencia de la revisión de todas las intervenciones quirúrgicas, efectuadas en el Hospital General "San Juan de Dios", en el servicio de Emergencias médico quirúrgicas y en el Departamento de Ginecología, sobre salpingectomias y salpingooforectomias, durante un período de 10 años, comprendidas del año 1,963 al año 1,972.

Los resultados de la presente investigación, están anotados en los cuadros siguientes, en donde nos podemos dar cuenta, de la sintomatología mas frecuente, por la que consultaron las pacientes a cualquier servicio de emergencia de este hospital.

Signos y síntomas, cuya evolución es en algunas oportunidades, inespecífica y variada, y no orienta hacia un diagnóstico preciso y definitivo. También podemos considerar el mal manejo de la papelería medica, pues pudimos observar que la historia clínica de ingreso, no está anotado en orden de frecuencia los datos proporcionados por las pacientes, y/o por otras razones se olvidaron de interrogar.

Es inexplicable como en algunos casos no está anotado, por lo menos la historia obstétrica de la paciente, un examen ginecológico completo, que, o no se efectuó como procedimiento pre operatorio, o simplemente se olvidó anotar. Otro dato cuya omisión es censurable, es la ausencia de una nota que indique el diagnóstico pre operatorio de la paciente, la falta del informe anatomopatológico, que nos indique las lesiones del tejido ovárico.

También debemos considerar, que en algunos casos, la torción era leve o moderada, y quedó consignada como hallazgo operatorio, sin lesiones macroscópicas o incluso microscópicas, por lo que anatomía patológica, unicamente fueron informados con las características histológicas, propias del tipo de quiste.

CUADRO No. 2
"REFERENCIAS CLINICAS DE LOS CASOS"

No. de Caso	Edad	Paridad G P A	Síntomas Presentados	Tiempo de Evolución	Diagnóstico De Ingreso
1	15	0 0 0	Dolor en hipogastrio	1 mes	Tumor pélvico
2	15	0 0 0	Dolor en FID de apareamiento súbito	22 días	Quiste retorcido del ov.
3	17	0 0 0	Dolor súbito FID	3 días	Embarazo Ectópico no roto
4	18	2 2 0	Dolor FID, fiebre, calofrios	10 días	(1) Abceso pélvico (2) Embarazo ectópico
5	18	1 1 0	Dolor FID, náusea y vómito	24 horas	(1) quiste ovario der (2) Anexitis derecha
6	18	0 0 0	Traumatismo abdominal, fiebre, dolor y rigidez abdominal	15 días	(1) tumor pélvico (2) Quiste del ovario
7	19	1 1 0	Dolor FID, náusea y vómitos	24 horas	Tumor ovario derecho
8	20	0 0 0	Dolor FII, incontinencia urinaria	1 mes	quiste ovario izquierdo
9	21	0 0 0	Dolor súbito FID, náusea, anorexia, disuria	5 días	Apendicitis aguda
10	22	1 1 0	Dolor súbito FII	4 días	Quiste del ovario
11	22	0 0 0	Amenorrea	2 meses	Embarazo ectópico no roto

CUADRO No. 2

(Cont.)

No. de Caso	Edad	Paridad G P A	Síntomas Presentados	Tiempo de Evolución	Diagnóstico De Ingreso
12	22	?	Dolor súbito FID	24 horas	Apendicitis aguda
13	24	0 0 0	Dolor abdominal en bajo vientre	12 horas	Embarazo ectópico roto
14	25	4 4 0	Dolor intenso FII, hemorragia vaginal	1 día	Embarazo ectópico
15	25	1 1 0	Dolor abdominal generalizado, fiebre, hemorragia vaginal	8 días	(1) quiste retorcido del (2) embarazo ectópico
16	26	1 1 0	Dolor FID, náusea y vómito	15 días	Fibromatosis uterina
17	27	2 2 0	Dolor intenso FID, náusea vómito	4 días	Quiste retorcido del ov.
18	27	2 2 0	Dolor intenso FID, fiebre leucorrea	20 días	Abceso tuboovárico izq.
19	28	0 0 0	Dolor súbito en hipogastrio, náusea vómito	3 días	quiste retorcido del ov.
20	28	2 1 1	No hay historia	?	Quiste del ovario
21	28	1 1 0	Dolor FID, masa en esa región	3 meses	quiste gigante del ov.
22	28	0 0 0	Dolor en hipogastrio y FII, náusea y vómito	6 días	quiste del ovario der.
23	29	1 1 0	Dolor abdominal, náusea y vómitos	5 días	quiste retorcido del ov.

CUADRO No. 2

(Cont.)

No. de Caso	Edad	Paridad G P A	Síntomas Presentados	Tiempo de Evolución	Diagnóstico de Ingreso
24	29	2 2 0	Dolor intenso y súbito en FII, náusea, vómito, calofríos, tumoración en hipogastrio	15 días	quiste del ovario der.
25	29	5 4 1	Hemorragia vaginal	18 días	(1) quiste ovario izq. (2) embarazo ectópico
26	30	0 0 0	Dolor intenso en FII, náusea, vómitos, fiebre	2 días	(1) vulvovaginitis (2) fibromatosis uterina
27	30	4 4 0	Dolor FID, fiebre, calofríos	2 días	(1) anexitis tumoral (2) embarazo ectópico der.
28	30	2 1 1	Dolor FII	2 horas	Embarazo ectópico infecta
29	30	3 2 1	Dolor FID intenso	2 días	quiste ovárico
30	32	8 7 1	Dolor tipo cólico en hipogastrio y FID	15 horas	torción quiste del ovario
31	33	3 2 1	Dolor súbito en epigastrio, localizado en FII, náusea, vómitos	6 horas	quiste retorcido del ov.
32	33	1 0 0	Dolor FII, náusea, vómitos (ectópico)	1 día	quiste retorcido ov. der.
33	33	11 6 5	Dolor en hipogastrio, disuria, hemorragia vaginal	4 meses	metrorraia post partum

CUADRO No. 2
(Cont.)

No. de Caso	Edad	Paridad G P A	Síntomas Presentados	Tiempo de Evolución	Diagnóstico de Ingreso
34	33	2 0 2	Dolor FII intenso, náusea	3 días	quiste ovárico
35	33	0 0 0	Dolor súbito en FI	4 días	quiste ovárico retorcido
36	34	5 5 0	Dolor FII	5 días	(1) anexitis derecha (2) quiste paraovárico
37	34	8 8 0	Fiebre, náusea, vómitos	1 mes	Masa anexial derecha post infecciosa
38	34	1 0 1	Dolor abdominal, náusea, vómitos cefalea	10 días	Infección pélvica
39	35	8 8 0	Dolor agudo en FID, fiebre, mareo vómitos, disuria	5 días	(1) embarazo ectópico (2) torción tumor anexial ?
40	35	4 6 0	Dismenorrea	6 meses	
41	35	6 5 1	Náusea, vómitos, dolor FID, fiebre	13 días	Infección pélvica
42	37	7 6 1	Dolor súbito en FII	3 meses	Masa anexial izq.
43	39	9 9 0	Dolor FID, hemorragia vaginal	4 días	Quiste ovárico
44	39	2 2 0	Dolor FID	4 meses	Masa anexial derecha

CUADRO No. 3

"ERROR DIAGNÓSTICO DE LOS CASOS"

No. de Caso	Edad	Diagnóstico de Ingreso	Diagnóstico final
1		Tumor Pélvico	Disgerminoma
2		Quiste Retorcido del Ovario	Quiste dermoide con Infarto Hemorrágico
3		Embarazo Ectópico no roto	Quiste del cuerpo Luteo
4		(1) Absceso Pélvico (2) Embarazo Ectópico	Quiste Dermoide roto
5		(1) Quiste ovario derecho (2) Anexitis derecha	Quiste hemorrágico
6		(1) Tumor pélvico (2) Quiste del ovario	Quiste dermoide
7		Tumor ovario Derecho	?
8		Quiste ovario Izquierdo	Cistoadenoma Seroso
9		Apendicitis Aguda	?
10		Quiste del Ovario	Quiste paraovárico
11		Embarazo ectópico no roto	Cistoadenoma Seroso
12		Apendicitis Aguda	Teratoma quístico ovario derecho
13		Embarazo Ectópico roto	?
14		Embarazo Ectópico	?
15		(1) Quiste retorcido del ovario? (2) Embarazo Ectópico	Quiste dermoide con necrosis hemorrágica
16		Fibromatosis uterina	Quiste dermoide
17		Quiste retorcido del ovario	Quiste simple, hematocele
18		Absceso Tuboovárico izquierdo	Quiste paraovárico con necrosis hemorrágica
19		Quiste retorcido del ovario	Quiste folicular con necrosis hemorrágica
20		Quiste del ovario	Quiste seroso
21		Quiste gigante del ovario	Quiste folicular
22	28	Quiste del ovario derecho	Quiste folicular
23	29	Quiste retorcido del ovario	Quiste simple
24	29	Quiste del ovario derecho	Quiste folicular
25	29	(1) Quiste ovario Izq. (2) Embarazo Extópico	Cistoadenoma seroso

CUADRO No. 3

(Cont.)

No. de Caso	Edad	Diagnóstico de Ingreso	Diagnóstico Final
26	30	(1) Vulvovaginitis (2) Fibromatosis Uterina	Quiste paraovárico con necrosis hemorrágica
27	30	(1) Anexitis tumoral (2) Embarazo Ectópico der.	?
28	30	Embarazo Ectópico infectado	Cistoadenofibroma con infarto hemorrágico
29	30	Quiste Ovárico	Cistoadenofibroma con infarto hemorrágico
30	32	Torción Quiste del ov. der.	?
31	33	Quiste retorcido ov. izq.	Cuerpo Amarillo Hemorrágico
32	33	Quiste retorcido ov. der.	Quiste hemorrágico con necrosis vascular
33	33	Metrorragia Post partum	Quiste paraovárico
34	33	Quiste ovárico	Quiste simple hemorrágico
35	33	Quiste ovárico retorcido	Quiste hemorrágico con necrosis vascular
36	34	(1) Anexitis derecha (2) Quiste paraovárico	Cistoadenoma seroso simple infartado
37	34	Masa anexial der. post inf.	Quiste epidermoide
38	34	Infección pélvica	Cistoadenoma seroso
39	35	(1) Embarazo Ectópico (2) Torción tumor anexial	Quiste simple
40	35	?	?
41	35	Infección Pélvica	Cistoadenoma Seroso
42	37	Masa anexial izquierda	Quiste paraovárico
43	39	Quiste ovárico	Cistoadenoma seroso
44	39	Masa anexial derecha	Tumor quístico con contenido hemorrágico

CUADRO No. 4

"TRATAMIENTO"

No. de Caso	Edad	Tipo de quiste	Operación efectuada
1	15	Disgerminoma	Salpingooforectomía
2	15	Quiste dermoide con Infarto hemorrágico	Salpingooforectomía der.
3	17	Quiste del cuerpo luteo	Salpingooforectomía der.
4	18	Quiste dermoide roto	Salpingooforectomía der.
5	18	Quiste hemorrágico	Salpingooforectomía der.
6	18	Quiste dermoide	Salpingooforectomía
7	19	?	?
8	20	Cistoadenoma seroso	Salpingooforectomía izq.
9	21	?	Salpingectomía derecha
10	22	Quiste paraovárico	Resección de quiste izq.
11	22	Cistoadenoma seroso	Salpingooforectomía
12	22	Teratoma quístico	Salpingooforectomía der.
13	24	?	Ooforectomía Izq.
14	25	?	Salpingooforectomía izq.
15	25	Quiste dermoide con necrosis hemorrágica	Ooforectomía derecha
16	26	Quiste dermoide	Salpingooforectomía der.
17	27	Quiste simple, hematocele	Salpingooforectomía der.
18	27	Quiste paraovárico con necrosis hemorrágica	Salpingooforectomía der.
19	28	Quiste folicular con necrosis hemorrágica	Resección de quiste
20	28	Quiste seroso	Extirpación quiste
21	28	Quiste folicular	Salpingooforectomía izq.
22	28	Quiste folicular	Salpingooforectomía izq.
23	29	Quiste simple	Salpingooforectomía der.
24	29	Quiste folicular	Salpingooforectomía izq.
25	29	Cistoadenoma seroso	Salpingooforectomía izq.
26	30	Quiste paraovárico con necrosis hemorrágica	Salpingooforectomía izq.
27	30	?	Ooforectomía izq.
28	30	Cistoadenofibroma con Infarto hemorrágico	Salpingooforectomía izq.

CUADRO No. 4

(Cont.)

No. de Caso	Edad	Tipo de Quiste	Operación Efectuada
29	30	Cistoadenofibroma con Infarto hemorrágico	Histerectomía Abdominal Salpingooforectomía derecha
30	32	?	Salpingooforectomía der.
31	33	Cuerpo amarillo hemorrágico	Salpingectomía izq.
32	33	Quiste hemorrágico con necrosis vascular	Salpingooforectomía izq.
33	33	Quiste paraovárico	Oforectomía izq.
34	33	Quiste simple hemorrágico	Salpingooforectomía der.
35	33	Quiste hemorrágico con necrosis vascular	Salpingooforectomía der.
36	34	Cistoadenoma serosos simple infartado	Salpingooforectomía izq.
37	34	Quiste epidermoide	Salpingooforectomía der.
38	34	Cistoadenoma seroso	Salpingooforectomía izq.
39	35	Quiste simple	Salpingooforectomía der.
40	35	?	Salpingooforectomía izq.
41	35	Cistoadenoma seroso	Salpingooforectomía der.
42	37	Quiste paraovárico	Salpingectomía izq.
43	39	Cistoadenoma seroso	Salpingooforectomía der.
44	39	Tumor quístico con contenido hemorrágico	Salpingooforectomía der.

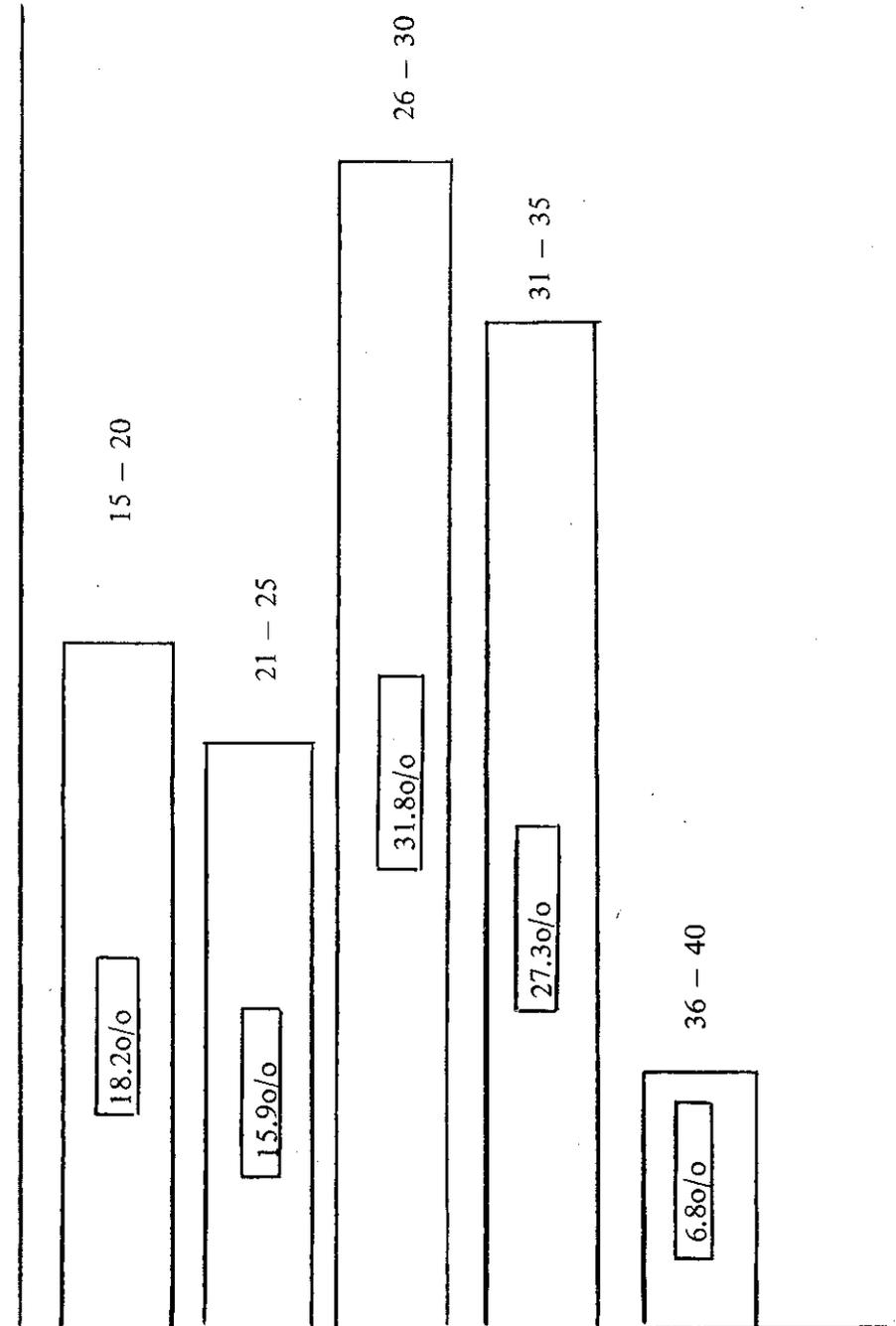


FIGURA No. 1
CLASIFICACION POR EDAD

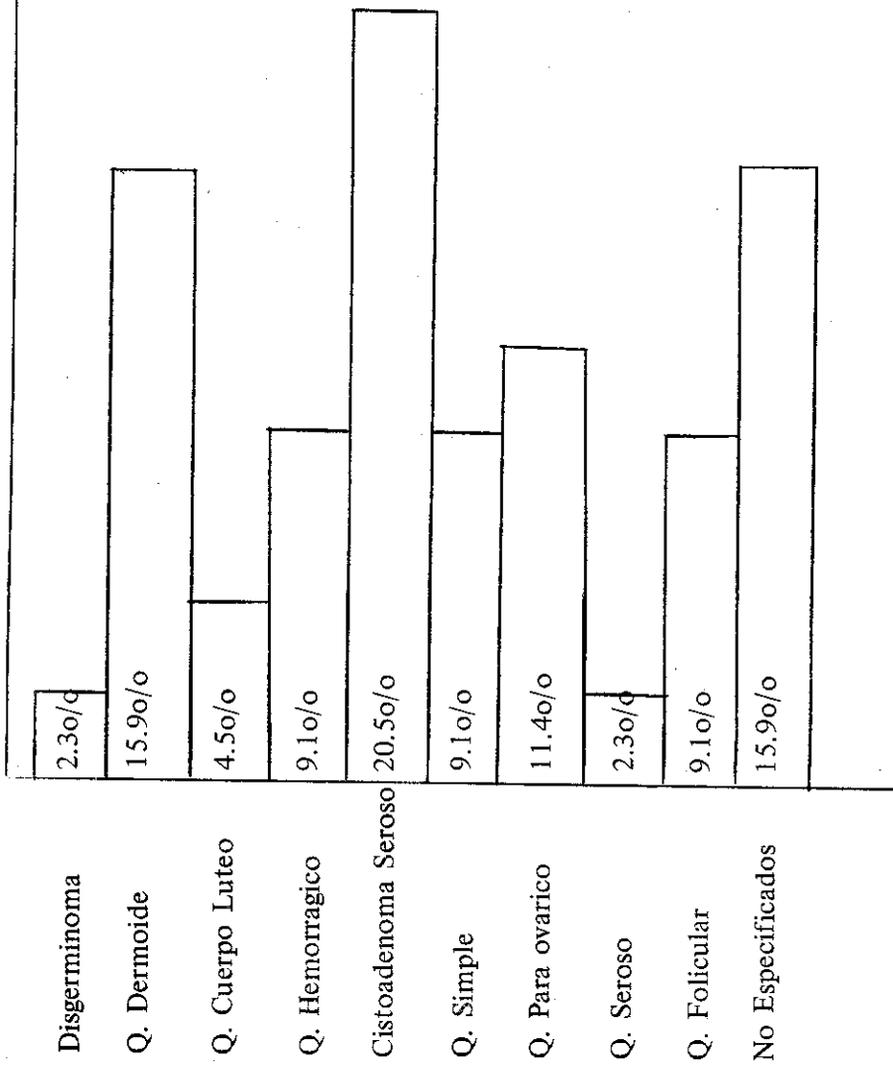


FIGURA No. 2
TIPOS ANATOMO PATOLOGICOS

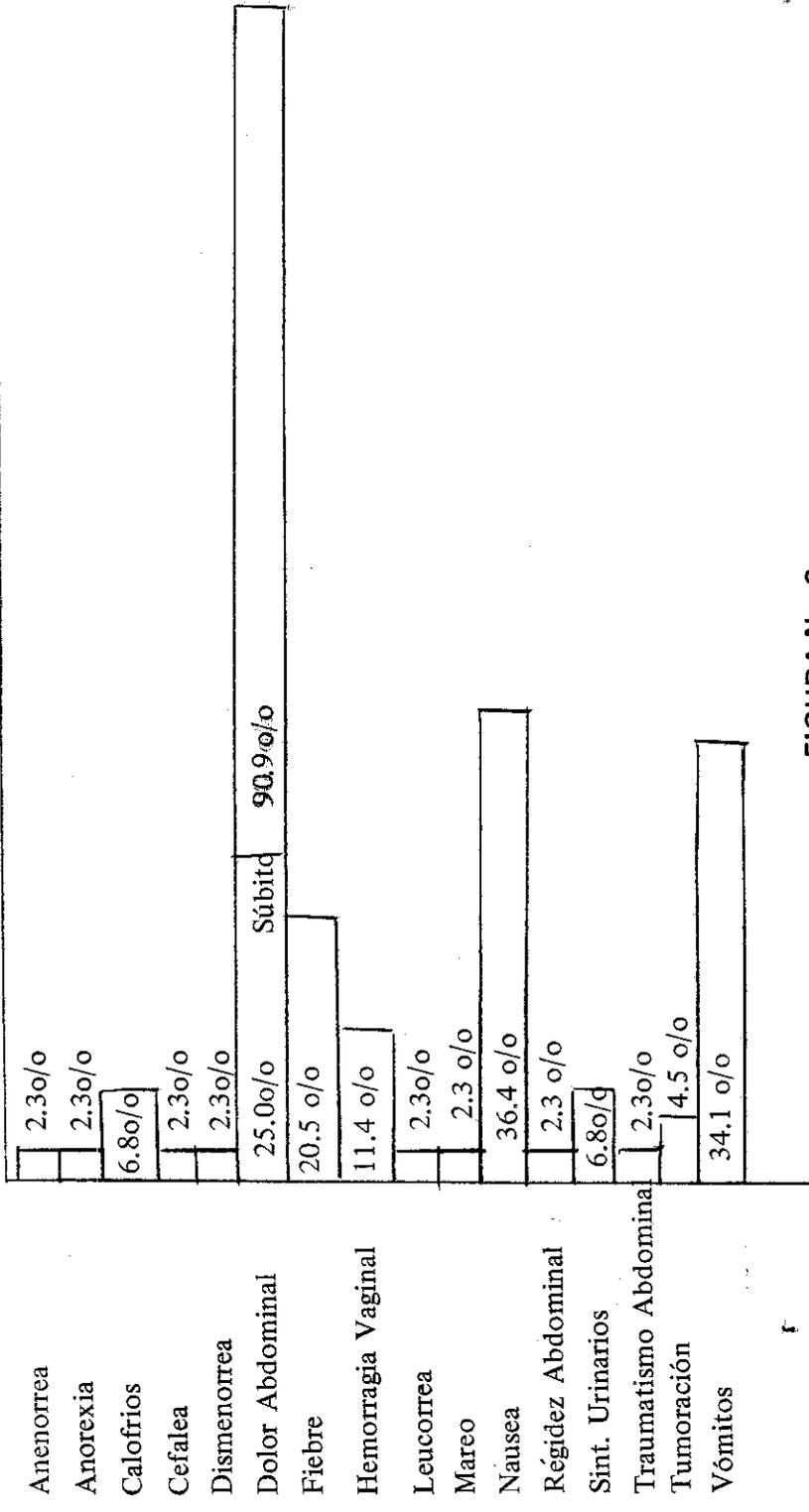


FIGURA No. 3
SINTOMATOLOGIA



DISCUSION

En el presente trabajo nos podemos dar cuenta, que la torción del pedículo de un tumor quístico del ovario, es una entidad relativamente poco frecuente, a menos que se considere que puede tratarse de una torción leve, cuya corrección sea espontánea; y a ello sea debido el hallazgo incidental durante intervenciones quirúrgicas abdominales, principalmente ginecológicas, o en autopsias clínicas, de múltiples adherencias de uno o de ambos ovarios, donde previamente existen tumores quísticos, a los órganos pélvicos y tejidos vecinos.

En el cuadro número 1, notamos que esta entidad ocurre con mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva, en la tercera década de la vida. En mujeres post menopausicas, es un cuadro ocasional, sumamente raro, y en donde con mayor frecuencia se incurre en un diagnóstico equivocado. No se encontró un solo caso ocurrido en niñas prepuberales.

El grupo étnico, a que pertenecen las pacientes, ocupación y procedencia de las mismas, no influye en la frecuencia, aunque la mayoría de las pacientes pertenecían al grupo ladino y eran residentes de esta capital; para poder tener una estadística mas real y confiable, sería conveniente investigar en todos los centros hospitalarios de la república.

La sintomatología es variada, y no es patognomónica de esta entidad, el dolor tipo cólico, referido al bajo vientre, fue el motivo de consulta principal en un 90.9o/o, náusea y vómito fueron referidos en 36.4o/o y 34.1o/o de los casos respectivamente. Siguiendo en orden de frecuencia fiebre y hemorragia vaginal.

Unicamente en tres casos, que corresponden el 6.8o/o, refirieron problemas urinarios. El antecedente de traumatismo abdominal, fue referido en un solo caso. La presencia de tumoración previa, se presentó en dos casos (4.54o/o).

La sintomatología al momento de la consulta, era de pocos días de evolución, incluso horas; en algunos casos fue referida a semanas o meses.

Otro dato importante en el presente estudio, las pacientes investigadas, en su gran mayoría eran nuliparas (27.2o/o) o de pocos embarazos (43.2o/o). Únicamente en doce casos, de los cuarenta y cuatro investigados, las pacientes habían tenido cuatro o más embarazos (27.2o/o). En un caso no se anotó la historia obstétrica.

En el cuadro número 3, notamos que el error diagnóstico, bastante elevado, solo en nueve casos fueron a sala de operaciones con diagnóstico de Quiste retorcido del ovario, posiblemente sea debido a no contar con datos patognomónicos de una sintomatología específica, que nos pueda orientar y confirmar un diagnóstico clínico de esta entidad, pues el cuadro clínico que generalmente se presenta, es bastante similar al de otras afecciones ginecológicas por una parte, y por la otra, al no tener presente esta entidad por su poca frecuencia.

El tipo anatomopatológico, de estos quistes, reportado con mayor frecuencia fue el cistoadenoma seroso, siguiendo en orden el teratoma quístico benigno (quiste dermoide) y el quiste folicular. En un solo caso, que corresponde al 2.3o/o, fue reportado como un tumor maligno (Disgerminoma).

Otro dato importante de considerar, es el referente a los datos del laboratorio, pues en ningún caso orientó hacia una entidad determinada, por lo que se considera que en este problema médico, el examen físico y el criterio del examinador es lo único que nos pueden conducir a un diagnóstico temprano.

CONCLUSIONES

1. El quiste retorcido del ovario, como entidad clínica es una patología poco frecuente, en el medio hospitalario, pues de 220 casos clínicos investigados de quistes del ovario, únicamente 44 casos presentaron torción del pedículo, que corresponde al 20 por ciento, en la presente estadística.
2. Es una patología que se presenta generalmente, en mujeres jóvenes, en edad reproductiva.
3. El 97.8 por ciento de los casos, su producción fue espontánea, un caso, que corresponde al 2.2 por ciento refirió traumatismo abdominal previo.
4. La entidad clínica de torción del pedículo de un quiste del ovario, se presentó como cuadro agudo en el 86.3 por ciento de los casos.
5. El error diagnóstico fue elevado, correspondiendo a 79.5 por ciento. Se podría considerar un porcentaje menor, pues en algunos casos, se consideró como una segunda alternativa.
6. La malignidad del tumor quístico con torción de su pedículo, fue reportado en un solo caso, que corresponde al 2.3 por ciento.
7. Se deben considerar otros datos que afectan la presente estadística, pues siete casos que en libro de sala de operaciones de emergencia están anotados con diagnósticos de quiste retorcido del ovario, no fue posible localizar la papelería correspondiente en el archivo clínico.
8. La importancia de un diagnóstico temprano, está de acuerdo al daño tisular que la torción puede ocasionar a los órganos pélvicos, y por el peligro en que está la paciente.

9. El examen físico y el criterio médico prevalecen para un diagnóstico clínico, pues la ayuda de los exámenes complementarios de laboratorio es muy pobre.
10. El descuido, la omisión de datos y en general el mal manejo de la papelería de ingreso, en algunos casos alteran los resultados reales de la presente estadística. Lo mismo se aplica a la pérdida inexplicable de los records clínicos en el Archivo clínico del hospital.

BIBLIOGRAFIA

1. Berger, R.L. and Robins, G. Torsión of the normal ovary. Amer J Surg 102: 716 - 717, Nov. 1961.
2. Dexeus Font, S. et al. Tumores del ovario; en su: Tratado de ginecología, Barcelona, Salvat, 1969. pp. 900 - 917.
3. Diagnóstico diferencial Daymon; Guía práctica de diagnóstico diferencial. Madrid, Ediciones Daimon, 1963. pp. 1, 164, 177 - 179, 271, 272, 277 - 298, 478, 894, 906, 919, 942.
4. Donalson, A. Diverticulitis. Western J Surg 55: 393 - 400, July 1947.
5. Langmade, C.F. Gynecologic emergencies. GP 28: 135 - 143, October 1963.
6. Mengert, W.F. Pelvic pain in women. Postgrad Med 27: 716 - 722, June 1960.
7. Novak, Jones, Jones Complicaciones tumores quísticos del ovario, en su: Tratado de ginecología. México, Nueva editorial Interamericana, 1970. pp. 430 - 433.
8. Pschyrembel W. Complicaciones de los tumores ováricos; torsión del pedículo. En su: Ginecología práctica. Madrid, Alhambra, 1969. pp. 430 - 433.
9. Schutz, P. J. Abdominal pain. Amer J Dig Dis 13: 299 - 307, Sept. 1946.
10. Wilson, R.B. and Mussey, R.D. Nervous pathways in pelvic pain, JAMA 134: 857, July 5 1947.

Vo.Bo. (f) Estela Singer
Bibliotecaria

M. Escobar

Br. MARTA I. ESCOBAR CARPIO

F. Gonzalez

Dr. FAUSTO GONZALEZ
Asesor

O. Brolo

Dr. OTTO BROLO
REVISOR

J. de Leon M.

Dr. JULIO DE LEON M.
Director de Fase III

F. Saenz Bran

Dr. FRANCISCO SAENZ BRAN
Secretario

Vo.Bo.:

Carlos Armando Soto

Dr. CARLOS ARMANDO SOTO
Decano