

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION	1
II. GENERALIDADES	3
III. OBJETIVOS	9
IV. MATERIAL Y METODOS	11
V. RESULTADOS	13
VI. CORRELACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA BIBLIOGRAFIA	27
VII. CONCLUSIONES	20
VIII. RECOMENDACIONES	31
IX. BIBLIOGRAFIA	33

I. INTRODUCCION

Debido a la escasez de estudios en nuestro medio acerca de la patología neoplásica en general que aqueja a la población y específicamente de la ovárica, nos vemos obligados a emplear literatura extranjera, que nos brinda informes de experiencias, estadísticas y estudios efectuados en ambientes diferentes al nuestro. Pretendiendo contribuir al mejor conocimiento de esta patología y su situación en nuestro medio, el presente trabajo de investigación tiene como una de sus finalidades el obtener, por medio de un análisis retrospectivo, la casuística del teratoma quístico del ovario (quiste dermoide). Esta revisión de 5 años (1973-77) fue realizada en el Hospital Roosevelt, con la colaboración de los Departamentos de Patología, Gineco-obstetricia y Archivos Clínicos.

En el presente estudio de investigación fueron tomados en cuenta los casos enviados por los Departamentos del interior del país adscritos al Hospital Roosevelt, propiamente para la determinación de la incidencia de estas neoplasias, y edad de las pacientes.

II. GENERALIDADES

Los ovarios, órganos que producen las células germinativas femeninas u óvulos son cuerpecillos ovalados, que tienen aproximadamente 3.75 cms. de longitud por 1.25 cms. de grosor; están situados uno a cada lado de la pelvis. Cada glándula sexual femenina se encuentra recubierta por epitelio celómico que embriológicamente tiene la posibilidad de diferenciarse en células como las que se observan en las trompas de falopio, o como las observadas en el endometrio. El estroma del ovario consiste en tejido conectivo, que posee la facultad de diferenciarse hacia células granulosa, foliculares, luteínicas y, además alberga óvulos totipotenciales, que pueden dar origen a células de diferentes tipos. Lo anterior demuestra la gran variedad de neoplasias que pueden desarrollarse en el ovario.

El quiste dermoide del ovario es una neoplasia benigna la cual, se cree proviene de la diferenciación ectodérmica (principalmente) de células totipotenciales. Se encuentran revestidos de piel con sus anexos y ocupados por secreción sebacea y grasosa característica, de olor desagradable.

Anteriormente se pensaba que los teratomas quísticos como también se les llama eran tumores constituidos exclusivamente por estructuras ectodérmicas (motivo por el cual se le domina a este tipo de neoplasia quiste dermoide), sin embargo, si bien es cierto que la mayor parte está constituida por derivados de la capa ectodérmica, se incluyen también en este tipo de patología cartílago, huesos y otras formaciones características de otras capas germinativas.

El quiste dermoide representa una subdivisión (quística) del teratoma sólido, del cual se diferencia por su naturaleza benigna, y por el hecho que sus elementos son predominantemente ectodérmicos, a los que se añaden algunas veces tejidos de origen mesodérmico e incluso de las tres capas germinativas, siendo los anteriores elementos de tipo maduro, caso contrario ocurre en el

teratoma sólido, el cual posee elementos inmaduros y, siempre una mezcla de elementos derivados de las tres capas germinativas.

ORIGEN DE ESTA PATOLOGIA:

Dos son las principales teorías que tratan de explicar el origen del teratoma quístico.

1. Una atribuye su origen al desarrollo imperfecto, durante la vida adulta, de blastómeras que han permanecido inactivas desde las primeras fases del desarrollo embrionario.
2. La más aceptada refiere que ésta neoplasia se origina a consecuencia de actividad de crecimiento espurio de óvulos no fecundados que se encuentran en el ovario.

El teratoma quístico es la neoplasia más común de células germinales, explicando un 10o/o de todas las neoplasias ováricas, siendo además el tipo de tumor que más frecuentemente se observa en la mujer joven de 20 años de edad.

Este tipo de patología ocurre principalmente durante la etapa sexual activa. Casi nunca se presentan en la recién nacida y son raros antes de la pubertad. Probablemente nunca aparezcan después de la menoapusia. Booth ha indicado que los tumores de células germinativas representan la neoplasia que más frecuentemente acompaña al embarazo (aproximadamente 1 por cada 600 embarazos).

Los quistes dermoides son unilaterales en aproximadamente 80o/o de los casos y se caracterizan por ser relativamente pequeños en comparación con otras neoplasias ováricas.

Microscópicamente: El tamaño de los teratomas quísticos puede variar de unos milímetros hasta más de 20 cms. de diámetro, su aspecto externo es de un quiste brillante, liso y color perla. En el corte se aprecia una pared delgada revestida de epidermis, opaca arrugada y de color blanco grisáceo. En la epidermis a menudo

sobresalen pelos o formaciones dentales. Cuando se abren el interior del quiste se encuentra lleno de material sebáceo espeso de color blanco-amarillento, mezclado con cantidad variable de masa pilosa. Ocasionalmente se encuentran estructuras óseas.

Microscópicamente: Se observa un epitelio pavimentoso estratificado, semejante a la piel, que recubre la pared, pero que en los quistes de gran tamaño se limita por lo general a una zona prominente, relativamente pequeña, denominada mamila. Naciendo también de ella la formación pilosa. Además de los folículos pilosos y del epitelio pavimentoso estratificado encontramos glándulas sebáceas y sudoríparas y con frecuencia cartilago. Es frecuente encontrar tejido nervioso y raramente elementos endodérmicos, como membrana mucosa del aparato digestivo. La pared del quiste excepción hecha del área mamilar, generalmente está desprovista del epitelio, y puede presentar muchos leucocitos endoteliales (denominados células pseudoxantomatosas), así como células gigantes de cuerpo extraño y cristales de colesterol. Puede haber acúmulos de tejido tiroideo (estruma ovárico), el cual puede si resulta funcional originar hipertiroidismo o sufrir degeneración maligna característica del tiroides. En el teratoma quístico puede encontrarse casi cualquier tejido al estudio microscópico.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La sintomatología que presenta este tipo de neoplasia es poco característica, siendo similar a la manifestada en otro tipo de neoplasias ováricas. La más frecuente es: dolor abdominal, presencia de una masa tumoral y, a veces alteraciones menstruales o trastornos gastrointestinales. En varios casos se descubre esta patología en pacientes que se presentan con signos y síntomas de urgencia abdominal secundaria a la torsión de su pedículo, complicación no rara en este tipo de neoplasia. A veces se diagnostica tumor dermoide al descubrir en radiografías las sombras que dependen de dientes, hueso, áreas de calcificación, en pacientes sin sintomatología del tumor.

COMPLICACIONES:

La complicación más frecuente de todos los tumores del ovario es la *torsión del pedículo*, siendo más afectado el grupo de tumores pequeños o medianos, al cual podríamos decir corresponde el quiste dermoide; los síntomas agudos a que da lugar, a veces constituye el primer indicio de la existencia del tumor. La torsión del pedículo se efectúa por lo general en el sentido de las manecillas del reloj. El trastorno circulatorio provocado por la torsión suele afectar principalmente a las venas, dando origen a una estasis venosa intensa, esta es la razón por la cual los quistes toman un color azul oscuro o negro. En los casos extremos se puede producir gangrena secundaria a oclusión de las arterias, llevándonos incluso al desprendimiento completo del quiste.

La torsión del pedículo se acompaña de dolor, el cual puede variar de agudo y persistente, hasta moderadamente intenso y transitorio. Esto último ocurre cuando la torsión se corrige en forma espontánea, lo cual por cierto ocurre con alguna frecuencia.

En un gran número de casos los síntomas son de mayor gravedad, con dolor de iniciación brusca, el cual puede acompañarse de náuseas, vómitos, rigidez abdominal y, elevación de la temperatura, si a la anterior sintomatología se le agrega el hecho de que la neoplasia se encuentra en el lado derecho, el clínico tendrá que descartar la posibilidad de una apendicitis, problema en realidad no fácil de resolver.

Secundaria a la torsión del pedículo puede seguir la infección y *supuración del quiste*, que es otra de las complicaciones de los tumores del ovario, la cual puede presentarse aún independientemente de la torsión infectándose por vía hematógica o linfática. Los quistes dermoides, probablemente debido a la naturaleza irritante de su contenido y a que su peso provoca más fácilmente un trastorno circulatorio, son los tumores del ovario en que más frecuentemente encontramos este tipo de complicación. La infección secundaria de los quistes ováricos se caracteriza clínicamente por síntomas no muy distintos de los de la

inflamación pélvica aguda.

Otra complicación relativamente poco común es la *rotura del quiste*, la cual puede ocurrir como resultado de un traumatismo o en forma espontánea. Se caracteriza por dolor y a menudo náuseas y vómitos, con postración más o menos intensa, llevando a la paciente a veces hasta un verdadero choque, cuando la rotura interesa se acompaña de intensa hemorragia. Las hemorragias extremas de este tipo son no obstante, raras, pues en la mayoría de los casos la rotura interesa solo una celda del quiste. Por esta razón, el dolor inicial y otros síntomas ceden a las pocas horas en una gran cantidad de casos.

La degeneración maligna de los quistes dermoides es relativamente rara, de 3 o/o o menos.

El *Tratamiento* de estos quistes, es similar a los demás quistes benignos, siendo su extirpación mediante salpingooforectomía si son pacientes premenopausicas; si se trata de mujeres postmenopausicas, la conducta de elección debido al peligro de transformación maligna es efectuar histerectomía total combinada con salpingooforectomía bilateral.

III. OBJETIVOS

A. GENERALES:

1. Determinar la frecuencia, sintomatología y tratamiento del Teratoma Quístico del Ovario en nuestro medio. (Hospital Roosevelt y áreas departamentales adscritas al mismo).

B. ESPECIFICOS:

1. Conocer la incidencia del Teratoma Quístico en nuestro medio (Hospital Roosevelt y zonas departamentales adscritas al mismo).
2. Determinar el período de la vida en que aparece con más frecuencia este tipo de patología.
3. Conocer la sintomatología que se observa con mas frecuencia en estos casos.
4. Conocer la relación entre el diagnóstico clínico efectuado en las pacientes, con el histopatológico.
5. Conocer qué tratamiento fue llevado a cabo con los casos revisados.
6. Averiguar la incidencia de este tumor con el embarazo.

IV. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

- a. Institucional:
 - Departamento de Patología
 - Departamento de Gineco-Obstetricia
 - Departamento de Archivos Clínicos, del Hospital Roosevelt.
- b. Humano:
 - Residente de Gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt.
 - Catedrático de Fisiología de la Facultad de Ciencias Médicas.
 - Estudiante del último año de la Facultad de Ciencias Médicas.

METODOLOGIA:

- a. Revisión por año de todos los informes histopatológicos dados por el Departamento de Patología del Hospital Roosevelt, de la capital y zonas departamentales adscritas a este centro.
- b. Selección de los informes histopatológicos con el diagnóstico de teratoma quístico.
- c. Tabulación por año (1973-77), según Hospital Roosevelt y áreas departamentales.
- d. Tabulación de los 5 años.
- e. Obtención del Historial Clínico:
 - e.1 Al revisar los informes histopatológicos, se obtuvieron los números de los registros clínicos de cada uno de ellos, a excepción de los informes de los departamentos, en los

cuales se obtuvo la edad de la paciente y el diagnóstico histopatológico.

- e.2 Se procedió a extraer los registros médicos a investigar.
- e.3 Se procedió a la revisión de estos registros médicos, investigándose los siguientes parametros:
 - Edad
 - Antecedentes Ginecoobstétricos
 - Sintomatología y tiempo de evolución de la misma
 - Diagnóstico clínico
 - Tratamiento efectuado
- f. Se procedió a la tabulación de los datos obtenidos, según parametros mencionados en e.3
- g. Se procedió al análisis de los resultados de la tabulación anterior (inciso f).
- h. Correlacion de los resultados obtenidos en el estudio con lo referido por textos.
- i. Conclusiones.
- j. Recomendaciones.

V. RESULTADOS

A. INCIDENCIA:

Luego de la revisión de todos los informes histopatológicos proporcionados por el Departamento de Patología (un total de 16,234 de la capital, y 6,980 de los departamentos), se seleccionaron los que tenían diagnóstico de quiste dermoide, separando los casos correspondientes a la ciudad capital y departamentos en forma anual.

Al efectuar la tabulación se obtuvieron los siguientes datos:

CUADRO No. 1
AREA CAPITALINA

Año	No. de Casos	o/o
1973	9	11.69
1974	11	14.29
1975	16	20.75
1976	13	16.88
1977	28	36.36

CUADRO No. 1a.
DEPARTAMENTOS

Año	No. de Casos	o/o
1973	8	14.29
1974	10	17.86
1975	4	7.14
1976	12	21.43
1977	22	39.28

Llama la atención el hecho de que el mayor porcentaje tanto en la capital como en los departamentos, lo encontramos en 1977, esta situación es obvia por el incremento poblacional y por la mayor demanda de atención médica, demostrada por el aumento porcentual de 40/o en la capital y 210/o en los Departamentos, de los informes histopatológicos ocurridos de 1973-77.

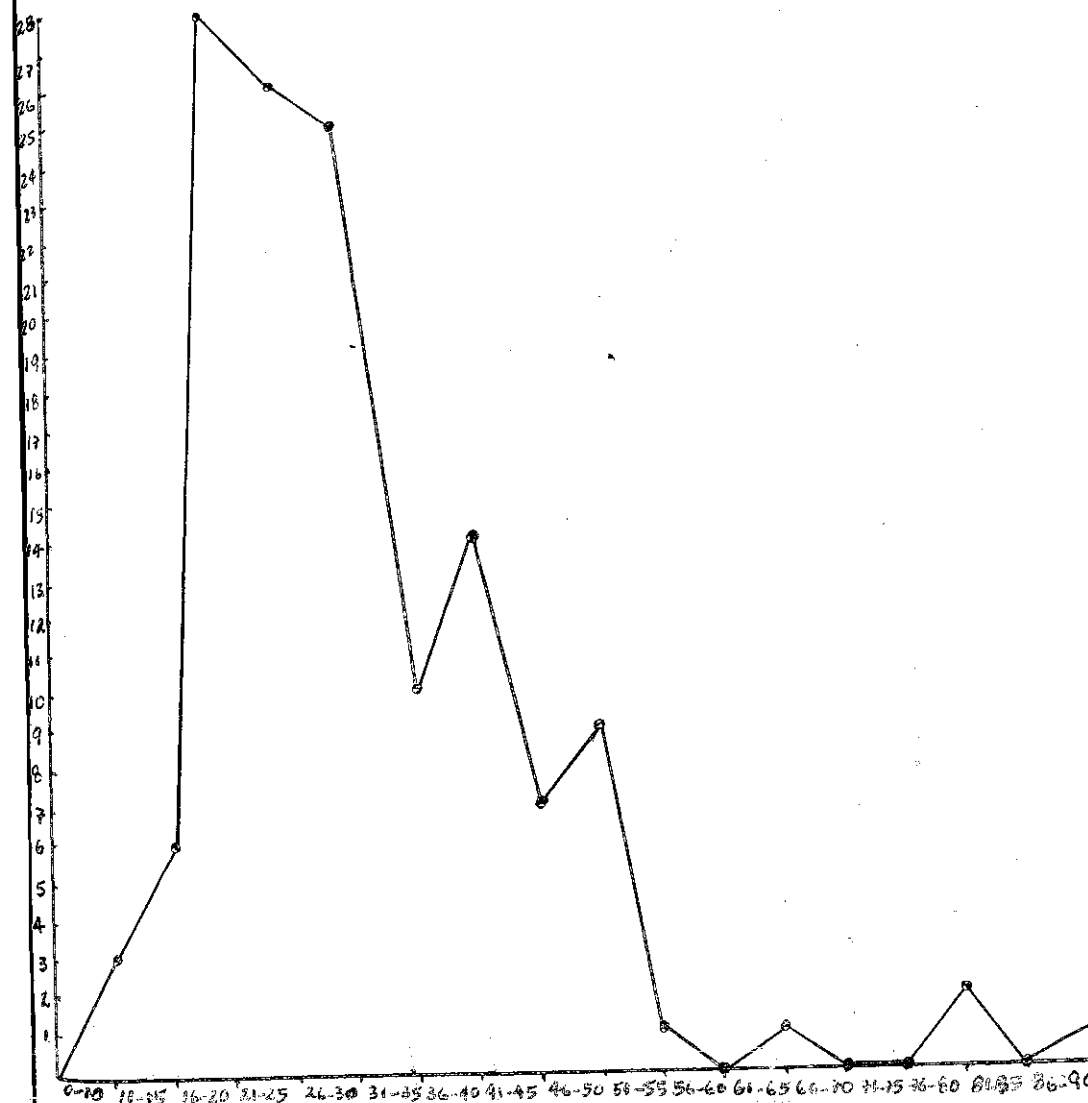
La cifra global en el período estudiado es de 133 casos de teratomas quísticos, de los 879 tumores benignos del ovario, que reporta el trabajo realizado en el departamento de Patología del Hospital Roosevelt por el Dr. Angel Pulido, durante este mismo período de tiempo, viniendo a representar un 15.130/o.

De los 77 casos registrados en el área capitalina, solamente pudieron revisarse 55 (71.430/o), debido a que no fue posible obtener el resto.

B. EDAD:

De los parámetros la edad fue el único que se obtuvo en los 133 casos, efectuándose la tabulación con intervalos de 5 años a partir de los once, los resultados son presentados en la siguiente gráfica.

GRAFICA No. 1



La gráfica anterior nos presenta en forma bastante clara la incidencia de casos en relación a la edad, en ella podemos observar que la mayor cantidad de estos, queda incluida en el intervalo de 16 a 20 años, representando un 21.05o/o. Importante es el señalar que la paciente más joven en que se diagnosticó el teratoma quístico, correspondió a los 3 años de edad, y la mayor a los 89 años (ambos casos Departamentales). Sumamente evidente es el hecho de que a partir de los 30 años de edad la frecuencia de el teratoma quístico disminuye grandemente, explicando únicamente un 33.83o/o de los casos, en contraste con el 59.40o/o correspondiente al período de 16 a 30 años. Un 6.77o/o de los casos se presentaron en menores de 16 años.

C. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

La revisión de los datos incluidos en el parámetro de antecedentes gineco-obstétricos, reportó los siguientes resultados:

CUADRO No. 2

	No.	o/o
Nuligestas	16	29.09
Primíparas	11	20.00
Multíparas	28	50.91

Como puede apreciarse en más de la mitad de los casos las pacientes eran multíparas.

D. SINTOMATOLOGIA Y TIEMPO DE EVOLUCION:

La sintomatología presentada por este tipo de neoplasia fue la siguiente:

CUADRO No. 3

	No.	o/o	
1. SINTOMATOLOGIA UNICA			
A. Alteraciones Menstruales:			
Metrorragia	2	3	5,45
Hipermenorrea	1		
B. Dolor		21	38,18
C. Tumor		2	3,64

CUADRO No. 4

2. SINTOMATOLOGIA ASOCIADA			
D. Dolor	tumor	11	20.00
E. Dolor	distensión abdominal	1	1.82
F. Dolor alteraciones menstruales			
	Metrorragia	5	
	Hipermenorrea	2	8
	Oligomenorrea	1	14.54
G. Dolor	tumor	Distensión abdominal	1
			1.82
H. Dolor	tumor	fiebre	1
			1.82
I. Otra			5
			9.09
J. Asintomáticas		2	3.64

Como se puede apreciar en un 47.27o/o de los casos el cuadro fue monosintomático, siendo la manifestación más frecuente el dolor, encontrándose en un 38.18o/o de los casos.

En las pacientes que presentaron como única sintomatología la metrorragia, se demostró asociación del teratoma quístico con fibromatosis uterina en uno de los casos y con pólipo cervical + adenomiosis en el otro, pudiendo decirse que el hallazgo del dermoide fue causal en acto quirúrgico. Del mismo orden de hallazgo quirúrgico, fue la paciente que presentó como única sintomatología la hipermenorrea, caso en que se demostró fibromatosis uterina.

La asociación sintomatológica que más se encontró fue de dolor + tumor, con un 20o/o de los casos, en todos ellos este último fue el primero en aparecer, sin embargo hasta presentar el primero las pacientes buscaron ayuda médica.

En el 14.54o/o de los casos que corresponde a dolor + alteraciones menstruales, la más frecuente corresponde la metrorragia. A este respecto es importante hacer notar que dos casos, correspondieron uno a una paciente que se presentó con problema de aborto incompleto, efectuándosele para su estudio una colpotomía exploradora posterior, método por el cual se descubrió la neoplasia que nos ocupa; el otro una paciente a quien se le practicó intervención quirúrgica por sospecha de embarazo ectópico roto, el cual se comprobó asociado a un dermoide. De los tres casos restantes, en dos de ellos se demostró torsión de sus pedículos.

En el caso que presentó fiebre como uno de sus síntomas, se demostró absceso pélvico-abdominal, secundario a intervención quirúrgica.

En dos casos (3.64o/o), la neoplasia fue sospechada al examen físico en pacientes asintomáticas, una de ellas presentó teratoma quístico bilateral.

En síntomas varios se incluyeron cuatro pacientes que se

presentaron por embarazo, y una con sintomatología de incontinencia urinaria más prolapso genital.

La sintomatología en relación al tiempo de evolución, reportó los siguientes resultados:

CUADRO No. 5

Tiempo de evolución	No. de Pres.	o/o
Menos de 24 horas	2	4.08
1-8 días	10	20.41
9-15 días	3	6.12
16-30 días	9	18.37
31-90 días	7	14.29
91 días-6 meses	4	8.16
6 meses-1 año	2	4.08
1 año - 2 años	7	14.29
2 años - 3 años	2	4.08
3 años y más	3	6.12
Total	49	100.00

Los casos de torsión del pedículo se incluyen dentro del intervalo de menos de 24 horas a ocho días. Únicamente un caso presentó su sintomatología por más de ocho días.

En la tabla anterior debe de tomarse en cuenta que no se incluyeron las cuatro pacientes que se presentaron con embarazo a término, y por razones obvias las dos asintomáticas.

E. COMPARACION ENTRE EL DIAGNOSTICO CLINICO EFECTUADO Y EL HISTOPATOLOGICO:

Los diagnósticos clínicos efectuados al ingreso de las pacientes demostraron que en un 80o/o de los casos el clínico se orientó

hacia la patología ovárica de la siguiente manera:

CUADRO No. 6

Diagnóstico	No. de ptes.	o/o
a. Quiste Dermoide	23	41.82
b. Quiste ovárico	15	27.27
c. Cistadenoma	6	10.91
Total	44	80.00

En 8 de los casos (14.54o/o), su diagnóstico fue accidental como se demuestra a continuación:

CUADRO No. 7

Diagnóstico	No. de Casos	o/o	Hallazgo del dermoide
Embarazo	4	7.27	En acto quirúrgico
Fibromatosis Uterina	2	3.63	En acto quirúrgico
Polipo cervical	1	1.82	En acto quirúrgico
más adenomiosis	1	1.82	Por colpotomía exploradora posterior
Aborto	1		

En 3 casos (5.46o/o), el diagnóstico clínico se orientó hacia otro tipo de patología, siendo los siguientes:

CUADRO No. 8

Diagnóstico Clínico	No. de Casos	o/o
-Embarazo ectópico	1	1.82
-Masa Abdomino Pélvica	1	1.82
-Tumor de Wilms	1	1.82

Caso interesante es el de una paciente de 12 años de edad, que consultó con sintomatología de tumuración abdominal asociada a dolor, la primera de seis meses de evolución, y el segundo de aproximadamente tres meses, su ingreso fue al Departamento de Cirugía, teniendo como diagnóstico clínico principal Tumor de Wilms. Durante su estancia se le efectuaron varios estudios, incluyendo arteriograma renal, no comprobándose ningún diagnóstico. La paciente fue sometida a intervención quirúrgica con la Impresión Clínica de: Masa abdominal de etiología a determina? El diagnóstico histopatológico fue Teratoma Quístico.

En la investigación de la localización del quiste dermoide se encontró unilateralidad en un 87.17o/o, como se puede apreciar seguidamente:

CUADRO No. 9

Localización	No. de Casos	o/o
-Ovario Derecho	30	84.54
-Ovario Izquierdo	18	32.73
-Bilaterales	7	12.73

La única complicación encontrada fue la Torsión del Pedículo, la cual ocurrió en 11 casos representando un 20o/o del total.

La sintomatología presentada en los casos de torsión del

pedículo se presenta a continuación:

CUADRO No. 10

Sintomatología	No. de Casos	o/o
-Dolor	6	84.44
-Dolor + tumor	3	27.27
-Dolor + metrorragia	2	18.18

F. INCIDENCIA CON EL EMBARAZO:

Dentro de las finalidades del presente estudio, se tuvo investigar la incidencia del teratoma quístico en el estado de gravidez. A continuación se presenta una tabla que reúne los datos obtenidos al respecto.

CUADRO No. 11

Ed.	M	P	Ut.	Ect.	Evol.	Quirúrgica efectuada del Derm.	Hallazgo
30	X		X		40s.	C.S.T. Electiva + Oofo-rectomía derecha	sal
22		X		X	??	Salpingooforectomía derecha Salpingooforectomía izquierda	sintomatológico del Emb. eutópico
17	X		X		40 s.	CST. electiva + cistooforectomía izquierda	casual
32	X		X(Ab.)			Legrado uterino-coipotomía exploradora-anexectomía bilateral	Por coipotomía
30	X		X		41 s.	CST + salpingooforectomía derecha	casual
25	X		X		15 s.	Ooforectomía izquierda-resección	Sintomático
32	X		X		12 s.	Cistosalingooforectomía derecha. Bisección de Ovario izquierdo	Sintomático
24	X		X		39 s.	CST. Ooforectomía derecha	casual
20		X	X		9 s.	Cistooforectomía izquierda-bisección del ovario derecho	Sintomático

La incidencia del Teratoma Quístico con el embarazo corresponde a 9 casos (16.36). De ellos, dos pacientes con antecedentes de dos cesáreas, ingresaron para cesárea electiva; otros dos, consultaron por trabajo de parto complicado con ruptura prematura de membranas, ambas terminaron en cesáreas.

Tres de las pacientes (33.33o/o), presentaron sintomatología secundaria al Quiste Dermoide, detectándose al mismo tiempo embarazos intrauterinos.

G. TRATAMIENTO:

El tratamiento efectuado se presenta a continuación:

CUADRO No. 12

Tratamiento	No. de Ptes.	o/o
Cistosalingooforectomía unilateral	26	47.28
Cistooforectomía unilateral	15	27.27
Cistosalingooforectomía bilateral	4	7.27
Cistooforectomía unilateral	6	10.91
Cistooforectomía parcial	4	7.27

Como puede apreciarse el tratamiento predominante fue la Cistooforectomía simple y la cistosalingooforectomía simple. Se efectuaron un total de 30 cistosalingooforectomías, de las cuales cuatro fueron bilaterales, efectuándose histerectomías abdominales totales en pacientes multíparas con teratoma bilateral, dos de ellas post-menopáusicas y las restantes cercanas a la menoapusia. En los restantes tres casos de dermoides bilaterales, el tratamiento fue: cistooforectomía o cistosalingooforectomía de un lado, más cistooforectomía parcial contralateral.

Fueron efectuadas un total de siete histerectomías abdominales y dos vaginales, todas en pacientes mayores de 27 años y multíparas, por causas no relacionadas con el dermoide.

En 23 casos (41.82o/o), el tratamiento principal, se acompañó de bisección del ovario contralateral.

VI.
CORRELACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS
CON LA BIBLIOGRAFIA

CUADRO No. 13

Bibliografía	Estudio
1. Los quistes dermoides (teratomas quísticos benignos) son comunes, comprenden aproximadamente 20o/o de todos los tumores del ovario en las mujeres maduras. (Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos) Pág. 999.	Los teratomas quísticos representan el 15,13o/o de los tumores benignos del ovario, detectados en el período 1973-77.
2. El teratoma quístico ocurre durante la etapa sexual activa. Son raros antes de la pubertad. Probablemente nunca aparezcan después de la menopausia. (Patología de Robbins) Pág. 1045.	Idem.
3. Los quistes dermoides son unilaterales en un 80o/o de los casos. (Patología de Robbins) Pág. 1045.	Idem.
4. Las manifestaciones clínicas son las de todas las neoplasias ováricas: dolor abdominal, masa tumoral y, a veces alteraciones del ciclo menstrual o trastornos gastrointestinales. (Patología de Robbins) Pág. 1045.	Idem.
5. La torsión del pedículo es más frecuente en los tumores dermoides que en otros tipos de neoplasias ováricas, por razones desconocidas. (Patología de Robbins) Pág. 1045.	Idem.

VII. CONCLUSIONES

1. La incidencia del teratoma quístico, en el presente estudio de investigación fue de 133 casos, explicando un 15.13o/o de los tumores benignos del ovario (según estudio mencionado con anterioridad).
2. Del total, 77 casos (57.89o/o) correspondieron al área capitalina y, 56 (42.11o/o) a los Departamentos.
3. Se investigó un 71.43o/o (55 casos), del total de casos registrados en el área capitalina.
4. El grupo etario menor de 30 años, fue el más afectado por este tipo de neoplasia, de éste el intervalo con mayor cantidad de casos (21.05o/o), fue de 16 a 20 años.
5. La paridad de las pacientes no observó una asociación significativa con la aparición de estas neoplasias.
6. El síntoma predominante ya sea único como asociado a otro, fue el dolor con un 78.18o/o de los casos.
7. En los casos de asociación sintomatológica, el dolor más tumoración fue la más frecuente, con 20o/o del total investigado.
8. En la presente investigación se encontraron, dos pacientes asintomáticas (3.64o/o).
9. El tiempo de evolución de la sintomatología fue bastante variable, a excepción de el presentado por la torsión del pedículo, en los cuales el 90.91o/o (10 casos), duró menos de ocho días.
10. En el 80o/o el clínico pensó en patología ovarica, y específicamente en teratoma quístico en un 41.82o/o.

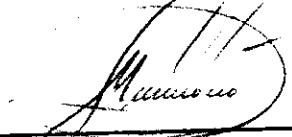
11. En tres casos (3.46o/o) se pensó en patología diferente a la ovárica, en ocho (14.54o/o), su hallazgo fue fortuito en intervenciones quirúrgicas.
12. El teratoma quístico se presentó en forma unilateral en un 87.17o/o.
13. La única complicación presentada por el dermoide, fue torsión del pedículo, en un 20o/o (11 casos).
14. El síntoma predominante en la torsión del pedículo fue el dolor.
15. La incidencia del teratoma quístico en el estado de gravidez, fue de 16.36o/o (9 casos). Presentando sintomatología secundaria a la neoplasia en un 33.33o/o.
16. El tratamiento efectuado en la mayoría de los casos fue cistosalpingooforectomía más bisección del ovario contralateral.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Continuar esta clase de investigaciones, para conocer la situación de la patología ovárica en nuestro medio.
2. Hacer conciencia en el médico general de la importancia que tiene el teratoma quístico entre la patología neoplásica del ovario.
3. Realizar un adecuado plan educacional con este tipo de pacientes, para que tengan una idea clara de la patología que las afecta.
4. Tener presente la posibilidad, de encontrarse con este tipo de neoplasia durante el estado de gravidez.
5. Tener presente este tipo de patología, en los casos de abdomen agudo, en pacientes femeninas en etapa sexual activa principalmente (por la sintomatología que presenta la torsión del pedículo).

IX.
BIBLIOGRAFIA

1. Benson Ralph C.
"Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment".
Los Altos, California: Lauge Medical Publications, 1976. 911 p.
2. Hammond, Charles
"Ginecología: utero, ovarios y vagina", en David Sabiston.
Tratado de Patología Quirúrgica. Traducido por el Dr. Alberto Folch y Pl. México: Nueva Editorial Interamericana, 1974. Vol. II. 1429-38 p.p.
3. Hester, L.L. y Peter Van Dorsten
"The female reproductive system" en Artz, C.P. I. Cohn Jr. y J.H. Davis. Brief Textbook of Surgery. U.S.A.: W.B. Saunders Company, 1976. 568-69 p.p.
4. Edward Hill
"Ginecología en Dunphy, J.E., et al. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos. Traducido por el Dr. Armando Soto. México: El Manual Moderno, 1976. 999-1,000 p.p.
5. Novak, E.R., G.S. Jones y H. W. Jones.
Tratado de Giecología. Traducido por el Dr. Alberto Folch y Pl. México: Nueva Editorial Interamericana, 1971. 839 p.
6. Stanley Robbins
Tratado de Patología. Traducido por el Dr. Homero Vela Treviño. México; Nueva Editorial Interamericana, 1968. 1332 p.


Br.

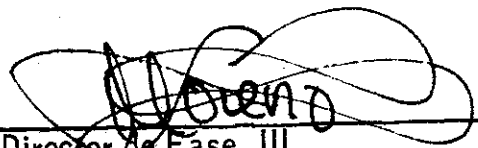
Mainor Rafael Antillón G.


Asesor

Dr. Angel Pulido


Revisor

Dr. César Lambour

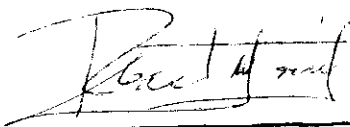

X Director de Fase III

Dr. Julio de León


Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.


Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo