

QUISTES DEL OVARIO
(Estudio Retrospectivo: Cinco años, en el Hospital
Nacional de San Marcos)

FRANCISCO VINICIO CUEVAS MENDOZA

GUATEMALA, ABRIL DE 1980

CONTENIDO

- I) INTRODUCCION
- II) ANTECEDENTES
- III) OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS
- IV) MATERIAL Y METODOS
- V) HIPOTESIS
- VI) CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE TUMORES DEL OVARIO.
- VII) PRESENTACION DE RESULTADOS
- VIII) ANALISIS DE RESULTADOS
- IX) CONCLUSIONES
- X) RECOMENDACIONES
- XI) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Los quistes son los tumores ováricos más frecuentes y que dan lugar a una gran diversidad de patología en la mujer, desde simples moles- tas abdominales hasta la malignidad de los mismos y la muerte en algunos casos.

El presente trabajo es un estudio de la frecuencia con la cual son tratadas las pacientes con quistes de ovario en el Hospital Nacional San Marcos. El problema quirúrgico que los mismos representan, su resolución y evolución son parámetros considerados y analizados en éste, de modo que los resultados sean lo más acorde posible con la realidad.

Además, se analizan los problemas más frecuentes para el establecimiento del diagnóstico, tales como: Falta de equipo de laboratorio (reactivos e instrumental), y el mal funcionamiento del aparato de Rayos "X", lo que ocasiona que no se puedan llevar a cabo los estudios pre-operatorios necesarios.

Se analiza, también, la frecuencia de quistes del ovario en el grupo etéreo y las complicaciones post-quirúrgicas, únicamente, pues no existen complicaciones durante el acto quirúrgico.

Se presentan los resultados de este estudio como una evaluación de la actividad quirúrgica llevada a cabo en estos casos y la efectividad de la misma, presentándose un análisis completo del procedimiento y los resultados obtenidos en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Los datos presentados aquí comprenden el período de 1974 a 1978 inclusive, haciéndose desde ya la aclaración que durante el año de 1974 no se encontró ningún caso a estudiarse en este trabajo. La principal fuente de información fue el archivo del Hospital

Se espera que esta investigación contribuya al estudio de futuros casos y que represente una base para el establecimiento de índices a nivel departamental de la incidencia que los quistes ováricos tienen en la población guatemalteca.

ANTECEDENTES

Los antecedentes encontrados y que se relacionan con el estudio son los siguientes:

- 1.- Tumores Feminizantes del Ovario; Estudio retrospectivo: 10 años, 1967-1976 de los casos presentados en el Hospital General San Juan de Dios. Autor: Aragón Montoya Armando. Año: 1977.
- 2.- Disgerminoma; Revisión retrospectiva de 11 años en el Hospital General San Juan de Dios (1966-1977). Autor: Cifuentes Morales, Jorge Horacio. Año: 1977.
- 3.- Tumores de Ovario; Revisión 17 casos observados en el Hospital Nacional de Amatitlán, durante el período comprendido del 1o. de Enero de 1974 al 31 de Diciembre de 1976. Autor: Chang Flores, Eulalio Genaro. Año: 1977.
- 4.- Tumores de Ovario; Análisis de 199 casos registrados en los libros del Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital General San Juan de Dios, desde el 1o. de Enero de 1968 al 1o. de Enero de 1978. Autor: Aragón Molinos, Eugenio Andrés. Año: 1979.
- 5.- Tumores del Ovario de Célula de la Granulosa (Revisión de casos tratados en 12 años 1966-1978 en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt). Autor: Barrios Bautista, María Elena. Año: 1979.
- 6.- Tumores Sólidos del Ovario. Autor: Lorenzana Arriaga, Estella. Año: 1971.
- 7.- Disgerminoma del Ovario; Revisión de 7 casos observados en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.

Junio-1966. Junio-1972. Autor: González Castellanos, Marco Antonio. Año: 1972.

- 8.- *Teratoma Quístico del Ovario, Revisión 105 casos en el Hospital General San Juan de Dios. Autor: Morales y Morales, Rolando Arturo. Año: 1973.*
- 9.- *Tumores Feminizantes del Ovario, Revisión 15 años en el Hospital General San Juan de Dios, 1957-1972. Año: 1973.*
- 10.- *Tumor Quístico del Ovario y Torción de su Pedículo. Año: 1974.*
- 11.- *Tumores Ováricos en Niñas; En el Hospital Nacional de Huehuetenango. Autor: Valdez Arriaga, José Randolpho. Año: 1979.*

OBJETIVOS

GENERALES

- A.- *Que el presente estudio pueda servir como base para estudios posteriores.*
- B.- *Establecer con qué frecuencia son afectadas las personas con Quistes de Ovario.*

ESPECIFICOS

- A.- *Determinar su frecuencia por edades.*
- B.- *Determinar cuál fue el motivo de consulta más frecuente.*
- C.- *Establecer qué estudios de laboratorio se les realizó a cada una de ellas.*
- D.- *Establecer a quiénes se les realizaron estudios radiológicos y hasta qué punto ayudan para el diagnóstico.*
- E.- *Determinar cuál fue la localización más frecuente de los quistes.*
- F.- *Determinar la complicación más frecuente en el post-operatorio.*
- G.- *Determinar si la evolución intrahospitalaria fue o no satisfactoria.*
- H.- *Determinar el promedio de días de hospitalización por paciente.*
- I.- *Establecer a quiénes les fue realizado papanicolaou y a quienes no.*
- J.- *Establecer si de los hallazgos en el acto quirúrgico se envió o no muestra a patología.*

MATERIAL Y METODOS

En el presente estudio se hará uso de una boleta con el contenido siguiente:

Edad - Motivo de Consulta - Laboratorios: Rec. glóbulos blancos, Heces, Orina, Hb., Ht., Gravindex, Otros.

Rayos X - Localización: Derecha, Izquierda, Ambos. - Complicaciones - Evolución - Condición a su egreso: vivo, muerto. Tiempo de hospitalización - Papanicolaou - Muestra a Patología.

RECURSOS MATERIALES:

- 1.- Departamento de Cirugía y Maternidad del Hospital Nacional de San Marcos.
- 2.- Departamento de Estadística del mismo hospital.
3. Registros Médicos.
- 4.- Biblioteca de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
5. Papelería varios.

RECURSOS HUMANOS:

1. Personal Médico Hospital Nacional de San Marcos.
2. Médico Asesor y Revisor.
3. Personal del Departamento de Estadística del Hospital Nacional de San Marcos.
4. Personal de la biblioteca de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

METODOLOGIA:

1. Aplicación de una boleta a cada ficha clínica con diagnóstico de Quiste de Ovario (s).
2. Tabulación de los datos obtenidos.
3. Análisis de los mismos.

HIPOTESIS

LOS QUISTES DE OVARIO SON MAS FRECUENTES EN EL LADO DERECHO.

LOS QUISTES DE OVARIO SE PRESENTAN MAS FRECUENTEMENTE ENTRE LOS DIECISEIS Y CUARENTICINCO AÑOS DE EDAD.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE TUMORES DEL OVARIO

QUISTES DEL OVARIO(1)

Se hace resaltar con el mayor interés que entre los quistes ováricos y los genuinos tumores del ovario existe una gran diferencia. Ello es muy interesante no sólo desde un punto anatomopatológico, sino también desde un punto clínico práctico.

Lo que es común a ambos es la forma externa y en muchos casos también la consistencia. Por eso, en la exploración ginecológica, no pueden diferenciarse, la mayor parte de las veces, el quiste del tumor ovárico auténtico.

Lo que fundamentalmente distingue a ambas formaciones es lo siguiente: los quistes ováricos se originan y se desarrollan principalmente mediante secreción, en los espacios cavitarios preformados (por ejemplo, en los folículos de los ovarios). La secreción es retenida, formándose los llamados quistes por retención. Mientras que la retención se mantiene, va aumentando el tamaño del quiste (distensión por la presión interna del líquido). Si cesa la secreción también se detiene el crecimiento del mismo.

El signo característico de los tumores auténticos (blastomas), es decir, de los tumores ováricos auténticos, es la proliferación celular. Los tumores genuinos se originan y se desarrollan mediante la multiplicación permanente de sus células. La clase de esta proliferación celular (lenta, rápida, no invasora) está sometida, como es natural, a las leyes del crecimiento ("autónomas"). Nada tiene que ver con esta diferencia fundamental el hecho de que en los tumores auténticos desempeñe asimismo la secreción un papel secundario.

DISTRIBUCION DE LOS QUISTES OVARICOS — QUISTES POR RETENCION (1)

1. Ovarios poliquísticos — degeneración de pequeños quistes del ovario.
2. Quistes foliculares.
3. Quistes del cuerpo Lúteo y quistes luteínicos.
4. Quistes de Alquirtrán o de chocolate.

Además: Quistes del paraovario (epoophoron) — quistes paraováricos.

1. Ovarios poliquísticos — degeneración de pequeños quistes del ovario

Aumento bilateral o unilateral de los ovarios en dos o tres veces su volumen (hasta aproximadamente el tamaño de un huevo de gallina). La superficie externa presenta una coloración blanco-grisácea. La cápsula (túnica albugínea) está engrosada y a través de la misma brillan algunos pequeños quistes azulados.

Los ovarios poliquísticos se observan en las más variadas circunstancias.

La simultaneidad de ovarios poliquísticos con amenorrea, esterilidad y tipos masculinos, en parte con hirsutismo (cuerpo masculino y barba) es lo que caracteriza al Síndrome de Stein-Leventhal (1935). En todo caso, en el Síndrome de Stein-Leventhal no existen macroscópicamente quistes algunos en el ovario, sino que sólo es visible la túnica grisácea engrosada del órgano aumentado de volumen.

Síndrome de Stein-Leventhal (1935)

El diagnóstico se deduce de la Tríada de Stein Leventhal

1. Ovarios poliquísticos aumentados bilateral o unilateralmente.

2. Amenorrea u oligomenorrea (anovulatoria) hemorragias disfuncionales.
3. Esterilidad.

Respecto a 1. El diagnóstico clínico de un síndrome de Stein Leventhal se establece con frecuencia sólo mediante una laparotomía y un análisis histológico. Los ovarios son sorprendentemente grandes, a veces de tres a cuatro veces mayores que los normales. La superficie es gris (semejante a la porcelana). En la corteza se encuentran numerosos folículos.

Ovarios grandes, grises, poliquísticos.

La cápsula está engrosada. La médula ovárica está hiperplásica.

Respecto a 2. Más frecuente es la amenorrea secundaria; más rara, la amenorrea primaria; también se presentan otros trastornos del ciclo (oligomenorrea, hemorragias disfuncionales, etc.). La amenorrea y la oligomenorrea pueden alternar con hemorragias disfuncionales muy prolongadas.

Además se observa con frecuencia hipoplasia genital, obesidad, trastornos de la vida sexual y del equilibrio estrógenos-andrógenos en el sentido de manifestaciones de masculinización, sobre todo, de hirsutismo en grado moderado (tipo de pilificación masculino en las mujeres: vello en la cara, en el pecho, el límite del vello pubiano no es horizontal, sino que se prolonga en punto hacia el ombligo). Se encuentra aproximadamente en el 50 por 100 de los casos. Otras manifestaciones de virilización se observan raramente.

El enjuiciamiento del tamaño ovarial y de la superficie de estos órganos se logra mejor mediante la laparoscopia. Modernamente se recurre asimismo a la pelvigrafía (relleno de gas e instilación de un medio de contraste en la cavidad abdominal; después

la radiografía) para establecer el diagnóstico.

Etiología

Hasta ahora no se ha logrado unanimidad para distinguir a todos los cuadros patológicos etiológicamente como Síndrome de Stein Leventhal. Se discuten como causas:

- a) Una secreción aumentada de HL por el lóbulo anterior de la hipófisis y
- b) Trastornos fermentativos en el ovario, que pueden originar una mayor formación de los metabolitos andrógenamente activos en la biosíntesis de los esteroides.
- c) También es posible la existencia de una enérgica formación de andrógenos adrenales. Ello corresponde con la comprobación de los C-17-cetosteroides alcanzando con frecuencia el límite superior a la normalidad.

Terapéutica

En general se confirma que la resección parcial de ambos ovarios da unos resultados sorprendentes. Según Held se confirma la amenorrea en el 90o/o de los casos y la esterilidad en más del 60o/o de los casos. Si no se desea operar, se hará primeramente un ensayo con una aplicación prolongada de prednisona.

2. Quistes Foliculares(1)

Si un folículo de Graaf maduro en el ovario en lugar de saltar para entregar su óvulo, no salta y, por otra parte, sigue produciendo líquido, dará ello lugar a dos consecuencias:

1. La cavidad quística es distendida por la secreción: se origina un quiste folicular. Los quistes foliculares tienen generalmente un diámetro de 2-4 cm., pero algunas veces alcanzan el tamaño de una manzana o de un puño.

2. Debido a la creciente presión interna se atrofian el tejido granuloso y la teca interna. La producción de estrógeno, debido a ello, se detiene poco a poco. Para repetición: formación del folículo maduro poco antes de la dehiscencia.

3. Quistes del cuerpo lúteo Quistes del cuerpo amarillo

Los quistes del cuerpo lúteo tienen principalmente su punto de partida en los hematomas del cuerpo lúteo, que pueden observarse al quedar en la fase de vascularización normal del cuerpo amarillo (Novak). Si la sangre es reabsorbida, queda un quiste lleno con un líquido claro como el agua o ligeramente sanguinolento: quiste del cuerpo lúteo. Pero si la sangre presenta la consistencia del alquitrán, entonces se habla de quiste de alquitrán del cuerpo lúteo.

Apenas si pueden diferenciarse de éstos los denominados quistes luteínicos. No se originan como los quistes del cuerpo lúteo, de un cuerpo lúteo auténtico, sino de uno atrésico, es decir, de un folículo que no ha saltado y que se ha desarrollado durante el embarazo y cuyas células granulosas (según Gögl y Lang se trata de las células de la teca interna) se han luteinizado. Los quistes luteínicos se encuentran (casi siempre bilaterales), sobre todo, en la mola vesicular. Después de la extirpación de la misma involucionan espontáneamente.

4. Quistes de alquitrán o de chocolate

La cavidad quística en los ovarios (generalmente bilateral) está llena de sangre descompuesta con una coloración semejante a la del alquitrán o al chocolate. Pueden alcanzar el tamaño de un puño pequeño. Se trata o bien de quistes del endometrio o de viejos quistes foliculares o del cuerpo lúteo, que sangran por dentro.

ANEXO

Quistes paraováricos — quistes del epoophoron

Los quistes paraováricos imponen en la exploración como quistes ováricos, pero no tienen nada que ver con el ovario. No proceden de este órgano, sino del paraovario o epoophoron. El paraovario o epoophoron es el resto de los riñones primitivos. Se encuentra situado debajo de las trompas, entre ambas hojas del mesosalpinx (ligamento ancho: plica lata), es decir entre las trompas y los ovarios. El epoophoron está formado por varios canalículos dispuestos en forma de peines de cinc y recubiertos de epitelio. Si se corta este epitelio se produce la tumefacción de uno de tales canalículos, es decir, se forma un quiste paraovárico. La forma más pequeña de un quiste paraovárico es la hidátide pediculada.

Tres signos distinguen a los quistes paraováricos en el abdomen abierto:

1. Como un quiste paraovárico puede estar situado sólo entre las dos hojas del mesosalpinx, cada uno de ellos es un quiste intraligamentoso; y empujan por lo tanto, al útero hacia el lado opuesto.
2. En todo quiste paraovárico se encuentran dos redes vasculares independientes, es decir, los vasos propios del quiste y los vasos de las hojas del mesosalpinx que lo cubren (peritoneo). Las dos redes vasculares se entrecruzan. "El entrecruzamiento de los vasos es típico de los quistes paraováricos".
3. En el quiste se fijan los ovarios inalterados (comúnmente en el polo posterior del quiste).

Estos quistes a menudo tienen un largo pedículo. Son por consiguiente, frecuentes las rotaciones del pedículo.

Terapéutica de los quistes ováricos y paraováricos.

Todos estos quistes serán fundamentalmente operados y cierta-

mente por dos motivos:

1. Porque no pueden diferenciarse clínicamente de los tumores ováricos genuinos. Pero como todo tumor ovárico auténtico tiene que ser operado por diversos motivos, tiene que ser operado también cualquier quiste.
2. En todo quiste de gran tamaño existe el peligro de la rotación del pedículo, de la estrangulación y de la ruptura, lo mismo que en los tumores ováricos auténticos.

TUMORES OVARICOS GENUINOS (BLASTOMAS)

Una primera división hecha en tres grandes grupos, a base de su estructura tisular, es la siguiente:

- I. Tumores epiteliales.
- II. Tumores de tejido conjuntivo.
- III. Tumores embrionarios — teratomas (los tumores originados en el factor germinal)

Una parte de estos tumores son productores de hormonas, y la mayor parte de las veces, estrógenos o andrógenos.

I. DIVISION Y COMENTARIO DE LOS TUMORES OVARICOS EPIHELIALES MAS FRECUENTES

Los tumores epiteliales constituyen el 70o/o de los tumores ováricos. Constituyen pues, el mayor grupo de tumores ováricos. El comité contra el cáncer de la Federación Internacional de Ginecólogos y Tocólogos, ha hecho una proposición para la división de los tumores ováricos epiteliales más importantes, que se expone a continuación:

- I. Tumores Ováricos Epiteliales
 1. Cistomas Serosos.
 2. Cistomas Mucinosos.

3. Tumores Endometrioides.
 4. Carcinoma Indiferenciado.
1. Cistomas Serosos
 - a) Cistadenoma Papilar Seroso Benigno.
 - b) Cistadenoma Papilar Seroso Proliferante sin invasión de Estroma (posiblemente maligno).
 - c) Cistadenocarcinoma Seroso (todos los grados de malignidad).
 2. Cistomas Mucinosos
 - a) Cistadenoma Mucinoso Benigno.
 - b) Cistadenoma Mucinoso Proliferante sin invasión de Estroma (posiblemente maligno)
 - c) Cistadenocarcinoma Mucinoso (todos los grados de malignidad)
 3. Tumores Endometrioides
 - a) (De este apartado no nos ocuparemos, porque hasta ahora no se ha conseguido una opinión unánime acerca de si algunos casos de endometriosis ovárica pueden ser considerados como tumores efectivos o representan un endometrio disperso y ectópico).
 - b) Adenoma Endometrioides Proliferante y Cistadenoma (posiblemente maligno).
 - c) Adenocarcinoma Endometrioides (con todos los grados de malignidad).
 4. Carcinoma Indiferenciado
(Imposible clasificarlo dentro de los tipos de células normales).

1. Grupo de los Tumores Epiteliales (1) Cistoma Seroso

1a) Cistadenoma Papilar Seroso Benigno

Cistoma papilar o cistoma papilar seroso, el llamado "Cistoma de Epitelio Vibrátil".

Característica.

La mayor parte de las veces bilateral, a menudo intraligamentario, con gran predisposición a la cancerificación y a la siembra en la cavidad abdominal.

Frecuencia. Del 15 al 20o/o.

Tamaño

Como un puño, la cabeza de un niño o la de un adulto, raramente mayor; por lo general no llegan a ser tan grandes como los cistomas mucinosos.

Superficie.

En parte, lisa; en parte, irregularmente gibosa, de color pardoblanquecino y, la mayoría de las veces de pared delgada.

Estructura.

Comúnmente se encuentra un gran cistoma cutáneo y no paracistomas pequeños y muy numerosos. Las superficies internas del cistoma son parcialmente lisas y, en parte, recubiertas con proliferaciones papilares con vellosidad. Las proliferaciones papilares pueden llenar toda la cavidad de un cistoma y al seguir proliferando llegan a penetrar a través de la pared externa.

Contenido.

Líquido seroso, claro como el agua, hasta ligeramente amarillento.

Histología.

Las papilas llevan consigo epitelio cilíndrico, en parte, con cilios y, en parte, sin ellos ("Cistomas de epitelio vibrátil").

Particularidades.

Son frecuentes las adherencias, por lo que aunque relativamente raras, se producen torciones del pedículo. Las ascitis no son raras, encontrándose especialmente en los papilomas superficiales. Las rupturas, mucho más frecuentes que en los otros cistomas benignos.

En los casos de ruptura y en los papilomas superficiales se originan siembras de proliferaciones papilares (benignas) en la cavidad abdominal; y también se producen en los casos de cistomas papilares benignos.

En la patología de los genitales femeninos, se conocen en total tres procesos benignos histológicamente, que van acompañados de un crecimiento expansivo e infiltrante, como se observa solo en los tumores malignos, es decir,

1. La endometriosis
2. El pseudomixoma del peritoneo;
3. El cistoma ovárico papilar.

Por otra parte, siempre hay que tener presente:

Casi la mitad de los cistadenomas papilares serosos degeneran carcinomatosamente. Por motivos de seguridad, tienen que ser radicalmente operados todos los cistomas papilares sin excepción.

1 b) Cistadenoma Papilar Seroso Proliferante sin invasión del Estroma (posiblemente maligno)

Se aconseja colocar este "grupo intermedio entre los tumores notoriamente benignos y los notoriamente malignos". En este grupo

deben comprenderse todos los casos que pueden ser clasificados como "casos límites" o neoplasmas "posiblemente malignos". El epitelio de los tumores ováricos tiene que presentar anomalías nucleares más o menos claras, aunque no deben existir signos de ninguna clase de un crecimiento infiltrante y destructor en el estroma.

Los cistadenomas papilares serosos están particularmente predispuestos a un crecimiento proliferativo. Pueden proliferar tan exuberantemente que las grandes cavidades pueden llenarse por completo con masas semejantes a coliflores. Aquellas partes de los tumores papilares que han penetrado a través de la pared del cistoma, siguen proliferando superficialmente:

Papiloma Superficial

Estos pueden originarse primariamente en la superficie del ovario. Tienen una marcada tendencia proliferante. Los ovarios o el cistadenoma se encuentran rodeados espesa y masivamente con una vellosidad afelpada, por lo que se originan unos tumores blandos rojizos y del tamaño de la cabeza de un niño. Estos producen generalmente grandes ascitis.

1) c) Cistadenocarcinoma Seroso (2) (todos los grados de malignidad)

Su gran importancia clínica resulta del hecho siguiente: Casi la mitad de todos los cistadenomas papilares serosos benignos primero, degeneran carcinomatosamente.

Es el prototipo maligno del cistadenoma seroso, mucho más común que la variedad mucinosa; se caracteriza casi siempre por una arquitectura papilar.

Pueden observarse todos los grados de transición entre la imagen del cistadenoma seroso papilar benigno y la que se caracteriza por masa papilar casi sólida .

El examen microscópico presenta grandes dificultades especialmente en aquellos casos en que el aspecto macroscópico es parecido al de los quistes serosos benignos.

2. Grupo de los Tumores Epiteliales Cistomas Mucinosos

2 a) Cistadenoma Mucinoso Benigno

Frecuencia.

Constituyen hasta los dos tercios de los tumores ováricos genuinos y son los más frecuentes de todos los tumores ováricos benignos.

Superficie.

Lisa o groseramente gibosa, con una pared tumoral a menudo muy lisa.

Estructura.

Multiloculares, formados por muchos quistes pequeños y mayores. El crecimiento del cistoma tiene lugar mediante la renovada formación de quistes hijos. Al corte transversal el tumor muestra la estructura de un panal. Al estallar las paredes intercaladas se originan cavidades mayores.

Superficie Interna.

La mayoría de las veces lisa; raramente ocupada por finas verrugas.

Histología.

Presentan un epitelio de células cilíndricas simples y productoras de mucosidad a menudo semejantes al del cuello uterino o al intestino grueso. Núcleo pequeño de consistencia basal.

Contenido del Quiste.

Mucoso o gelatinoso o bien en forma de masa semejante a la jalea.

Complicaciones:

1. Si su crecimiento es muy grande, ejerce un efecto de distensión por llenar la cavidad abdominal; trastorno de la función intestinal, del uréter, etc.
2. Los cistomas mayores pueden estallar. Consecuencia: las masas gelatinosas que penetran en grandes cantidades en la cavidad abdominal, cubren el peritoneo parietal y visceral en toda su superficie, como si estuviera recubierto de cerusa. Las masas gelatinosas llegan al intestino, al epiplón y al diafragma, células epiteliales productoras de mucosidad y capacitadas para vivir, es decir tejido desgarrado del quiste, donde se implantan. Las metástasis de implantación tienen la propiedad de convertirse en cistomas de la misma estructura que el quistoma de mucina, y contribuyen así al aumento de las masas mucosas encontradas en la cavidad abdominal. La otra consecuencia es una inflamación crónica del peritoneo y adherencias de tejido conjuntivo provisto de vasos, por lo que las masas tumorales y gelatinosas, de algunos centímetros de espesor, se sueldan tan firmemente con el peritoneo que no pueden volver a separarse jamás, que según la nomenclatura moderna, se designa como mixioma peritoneal.

Pronóstico:

Histológicamente es un tumor benigno. Degeneración carcinomatosa en el 10o/o de los casos; sin embargo si se llega al estallido del cistoma y a la formación de un mixoma peritoneal, se presentarán manifestaciones de un padecimiento maligno: al extirpar el tumor el crecimiento y la secreción de los epitelios glandulares implantados van desapareciendo.

2 b) Cistadenoma Mucinoso Proliferativo

Las manifestaciones fundamentales hechas respecto al cistadenoma papilar seroso proliferante sin invasión del estroma

pueden ser aplicadas también para los cistadenomas proliferativos mucinosos.

2 c) Cistadenocarcinoma Mucinoso (2)
(todos los grados de malignidad)

Es el prototipo maligno del cistadenomaseudomucinoso, que se origina en los mismos elementos tisulares de este último.

Unicamente 5 a 10o/o de los cistadenomasseudomucinosos sufren degeneración maligna, de modo que es mucho menos común que la variedad serosa.

El examen microscópico muestra la imagen típica del adenocarcinoma pero pueden presentarse todos los grados de diferenciación posibles.

Las yemas papilares en los tumores mucinosos sugieren proceso maligno incipiente y se acompañan de aneuploidia.

3. Grupos de Tumores Epiteliales:
Tumores Endometrioides

3 a) y

b) Cistadenoma Endometrioide
Los denominados quistes de alquitrán o de chocolate.

En la médula como en la corteza del ovario se presentan proliferaciones, que se asemejan mucho por su estructura histológica a los tumores epiteliales del endometrio. Por consiguiente deben considerarse también estos tumores como "endometrioides". Su semejanza no sólo es morfológica, sino también funcional. Las proliferaciones endometrioides pueden participar tanto en las alteraciones cíclicas con desprendimiento de la funcional y hemorragia, como así mismo en la transformación decidua durante el embarazo. Formando cavidades llenas de sangre, que se transforman

en quistes llenos de un líquido gris oscuro o negruzco y espeso como el alquitrán o el chocolate. Los tumores quísticos pueden alcanzar el tamaño de un puño y aún más, hay dos posibilidades para el futuro de los focos endometrioides: 1. Procede de la matriz 2. o de la existencia de células en el ovario.

3 c) Adenocarcinoma Endometrioide (2)

El término "Carcinoma Endometrioide" se aceptó para uno de los tumores de origen epitelial, y se ha popularizado en Estados Unidos de Norteamérica por Long Y Taylor como diagnóstico propuesto para tumores ováricos que tienen similitud histológica con el adenocarcinoma del endometrio. Esto incluiría a la mayor parte de adenoacantomas muchas veces observados junto con endometriosis pelviana; aunque a veces es imposible demostrar una transición franca entre el endometrio ovárico benigno y el maligno, transición que según Sampson, sería obligado para indicar un origen endometrial. Long y Taylor ha resumido otras conclusiones que aparte, de la acantosis, resultan difíciles de aplicar. Además, tumores histológicamente similares pueden provenir del ovario o del endometrio, de manera que es imposible afirmar que este tipo de tumor es de origen endometrial, sobre todo cuando no hay otras señales de endometriosis pelviana. El término "tumor endometrioide" está aceptado por la FIGO, hemos de prepararnos para aceptarlo todos.

4. Grupo de los Tumores Epiteliales
Carcinoma Indiferenciado

A este grupo pertenecen aquellos carcinomas ováricos relativamente frecuentes "que son tan indiferenciados" que no pueden clasificarse en ninguno de los grupos expuestos.

Clínica del Carcinoma Ovárico

Ulceras Epiteliales Malignas del Ovario

Frecuencia.

Aproximadamente del 30 al 35o/o de todos los tumores ováricos genuinos y a menudo el 50o/o bilaterales.

Edad:

A cualquier edad en el 10o/o de los casos en mujeres jóvenes y en las niñas.

Crecimiento:

A menudo el crecimiento es sorprendentemente rápido. En el caso de Glück: el desarrollo de un quistoma papilar cancerificado del tamaño de la cabeza de un niño procedente de un ovario normal macroscópicamente en unas doce semanas.

Resultado del Tacto en el Cáncer Ovárico

1. En los casos avanzados existe casi siempre ascitis. Después de extraer el líquido ascítico se tactan.
2. Tumores consistentes, de nódulos groseros, con gibosidades con frecuencia a ambos lados de los anexos.
3. Las masas tumorales son inamovibles y están amplia y firmemente soldadas a las regiones vecinas.
4. La pelvis menor se encuentra recubierta por masas tumorales en parte consistentes, en parte quísticas, fijas, de nódulos amplios y con gibosidades. Tanto por la vía vaginal como también (particularmente bien) por la rectal se aprecian estos nódulos de las masas tumorales en el fondo del saco de Douglas.

Este resultado hace pensar mucho en un cáncer pero se obtiene también muy parecido con los tumores mucinosos y seroso-papilares benignos.(1)

SINTOMAS DEL CANCER OVARICO

No hay síntomas precoces del cáncer ovárico. El único medio para diagnosticar pronto el cáncer ovárico, es la exploración regular cada 9 a 12 meses por un ginecólogo.

Los signos de cáncer ovárico no son característicos, se aqueja tensión y sensación de plenitud en el abdomen. En los casos avanzados hay aumento del abdomen.

Una prueba posterior más tardía es la facies ovárica (Rostro anguloso y delgado, ojos cansados) y sobre todo en la época del climaterio.

DIRECTRICES QUE HAY QUE TENER EN CUENTA EN EL CANCER OVARICO

A diferencia de otros en el cáncer de ovario no hay diagnóstico precoz. Frente a ello está el hecho de cada 3er. tumor ovárico o es o será un cáncer.

Los "tumores anexiales" de las mujeres de edad avanzada no son casi nunca tumores inflamatorios de un tiempo anterior, sino por desgracia casi siempre vemos cánceres ováricos.

Todo resultado que haga pensar en un tumor ovárico debe aclararse mediante una laparotomía de prueba.

TRES FORMAS DE CARCINOMAS OVARICOS

1. Cáncer ovárico primario. La mayor parte de los cánceres ováricos sólidos primarios proceden inmediatamente de las células epiteliales sanas del ovario.
2. Cáncer ovárico secundario. Tumores ováricos cancerificados, es decir, carcinomas originados por la degeneración

carcinomatosa de tumores ováricos benignos.

3. Cáncer ovárico metastásico. Mediante la colonización de las células cancerosas procedentes de cánceres de otros órganos, del tracto gastrointestinal, de la mama, del cuerpo del útero, si proceden de cánceres ováricos.(1)

En todo cáncer diagnosticado del estómago, intestino, mama y cuerpo del útero, tiene que pensarse en la existencia de un cáncer ovárico metastásico y excluir, mediante la exploración ginecológica, toda formación tumoral en el ovario.

TUMORES OVARICOS EPITELIALES RAROS

- a) Tumor de Brenner
- b) Disgerminoma
- c) Tumor de células granulosas
- d) Arrenoblastoma.

a) TUMOR DE BRENNER:

Carácter:

Benigno; de cada 100 benignos existen 1 ó 2 tumores de Brenner malignos. No se demuestra en ellos actividad hormonal.

Tamaño:

Hasta el tamaño de la cabeza de un niño, generalmente unilateral.

Histología:

Isla epitelial alargada o redondeada en un estroma fibroso consistente.

Origen:

Todavía no se ha aclarado definitivamente. Según R. Meyer proceden de las denominadas islas celulares de Walthard (nidus

epiteliales congénitos, encontrados por Walthard en muchos ovarios) o de la red de los ovarios.

b) DISGERMINOMA – SEMINOMA

Carácter:

Tumor de crecimiento sorprendentemente rápido, muy maligno, que comienza siendo benigno. No tiene ninguna actividad hormonal.

Tamaño:

Puede llegar a ser muy grande (Hasta 6,000 g., y más).

Histología:

Células epiteliales de distinto tamaño y forma se encuentran generalmente en un estroma esponjoso.

Consistencia:

Una pasta semejante a la goma.

Edad:

Predomina en las jóvenes, también en las niñas, pero también en las mujeres adultas. Una parte de las portadoras de disgreminomas muestran un deficiente desarrollo genital (hipoplasia genital, aspecto hermafrodita).

Origen:

Según R. Meyer el tumor procede de una parte no diferenciada todavía del epitelio germinal.(1)

II. TUMORES OVARICOS DEL TEJIDO CONJUNTIVO

Son bastante raros.

1. Fibromas en su mayoría tumores sólidos.
2. Tumores de células de la Teca – Tecomas.

3. **Sarcomas:** Representan del 20/o al 30/o de todos los tumores ováricos. Particularmente malignos con preferencia durante la juventud. Son tumores sólidos del tamaño de la cabeza de un adulto, superficie lisa o llena de gibosidades. Histológicamente, sarcoma de células fusiformes o redondas.

SINDROME DE MEIGS

Presencia simultánea de un fibroma ovárico o también de otro tumor ovárico benigno con ascitis y generalmente con hidrotorax del lado derecho: Tríada de Meigs.

III. TUMORES OVARICOS EMBRIONARIOS (ORIGINADOS POR UNA PREDISPOSICION GERMINAL - TERATOMAS)

Todos los teratomas contienen descendientes de las tres hojas blastodérmicas. Se reconocen dos clases:

1. Quiste dermoide o teratoma adulto (benigno)
2. Teratoblastoma o teratoma embrionario (maligno).

1. QUISTES DERMOIDES:

Carácter:

Casi siempre benigno; sólo muy raramente se comprueba una cancerificación.

Frecuencia:

Cerca del 15 por 100 de todos los tumores ováricos.

Tamaño:

Del tamaño de un puño hasta del de la cabeza de un adulto.

Forma:

De bola alargada con superficie lisa o con gibosidades planas.(1)

Contenido:

Una especie de papilla espesa, óleo-grasosa, parecida al sebo, abundante cabellos revueltos (a veces también como bolas de manteca).

Al vaciar la papila se observa una cresta llamada "mamelón dermoide". En el mamelón se encuentran dientes, así como tejido rudimentario empequeñecido u órganos especialmente de la mitad superior del cuerpo (placas óseas, muñones de miembros, feto atrofiado, partes de ojos, insinuación de bronquios, pulmones, etc.) En resumen un coctail de tejidos.

Particularidades:

Predispuestos a la supuración y la irrupción de órganos vecinos. Los quistes dermoides que contienen tejido de la glándula tiroidea se designan con el nombre de: Estruma del ovario - Bocio ovárico; que en algunos casos producen hormona tiroidea presentándose un hipertiroidismo. Desaparece al extirpar el tumor.

Tres directrices para establecer el diagnóstico de los quistes dermoides:

1. Situación. Generalmente delante del útero (en la excavación vésico-uterina).
2. Consistencia pastosa.
3. Se presentan en particular en las mujeres jóvenes.

2) TERATOBLASTOMA - TUMOR EMBRIONARIO MALIGNO

Los teratoblastomas pertenecen a los tumores más raros. Crecen muy rápidamente y presentan todos los signos de una gran malignidad. Al contrario de los quistes "dermoides", con su mezcla de tejidos maduros y partes de órganos, se encuentran en el teratoblastomas tejidos embrionarios indiferenciados e inmaduros de las tres hojas blastodérmicas.

TUMORES OVÁRICOS FORMADORES DE HORMONAS

Una parte de los tumores ováricos producen hormonas. Hay que distinguir: (1)

I. Productor de Estrógenos	II. Productor de Andrógenos	III Productor de Tiroxina
1. Tumores de células granulosa.	1. Arrenoblastoma	Bocio ovárico
2. Tumores de células de la Teca.	2. Hipernefoma ovárico	Estruma del ovario.

I. PRODUCTOR DE ESTROGENOS

1. TUMORES DE CELULAS GRANULOSAS:

Frecuencia:

20/o a 30/o de los tumores ováricos.

Edad:

Tardíamente en la post-menopausia; y en la más alta ancianidad.

Como consecuencia de los estrógenos producidos se llega en mujeres de edad avanzada a la formación de hiperplasia glandular del endometrio, originando hemorragias, aumento de volumen del útero y tumefacción de las mamas, en niñas en caso de maduración precoz. Desarrollo de las mamas, emisión de calostro, precocidad en las reglas, aumento de labios mayores y clítoris: Seudopubertad precoz.

Las cuatro directrices de los tumores de células granulosa que se presentan tardíamente en la postmenopausia son:

1. Hemorragias uterinas
2. Histología del raspado: hiperplasia glandular
3. Tumor ovárico palpable.
4. Citología vaginal. Frotis citológico de la pared vaginal que tendrá un claro efecto estrogénico.

Histología:

Una característica notable es que está formado de epitelio semejante a células foliculares.

Pronóstico:

25o/o de los casos desarrollan cánceres con todas las propiedades de malignidad; rápida formación de metástasis en la cavidad abdominal.

Terapéutica:

Extirpación abdominal de ambos anexos y útero. Cuando después de la menopausia hay mujeres que padecen hemorragias a causa de una hiperplasia glandular con claro efecto estrogénico hay que admitir la existencia de un tumor ovárico productor de hormona. (Tumor de células granulosa o tecales).

2. TUMOR DE LAS CELULAS DE LA TECA:

Son benignos en su mayoría; 80/o a 100/o son malignos.

Si el resultado de un análisis histológico del raspado efectuado a una mujer, que lleva ya seis años en la menopausia, es de una hiperplasia glandular del endometrio, resultará casi seguro el diagnóstico de tumor de células granulosa o tumor de células tecales, incluso cuando no se tacte todavía ningún tumor ovárico.

II. FORMADOR DE ANDROGENOS

1. ARRENOBLASTOMA:

(arren, macho) = Formador de andrógenos = tumor ovárico masculinizado.

Predomina en las mujeres entre los 20 y treinta años.

Histológicamente es maligno pero su curso clínico es benigno. Presenta dos efectos hormonales:

1. *Desfeminización:* Falta de reglas, atrofia del útero, pechos poco desarrollados, desaparece el panículo adiposo femenino, pierde la libido, etc.
2. *Masculinización:* Crece barba, hipertrichosis (vello en tórax y cara) aumento del clítoris, voz de bajo, amenorrea. Después de extirpado vuelve a la feminidad.

2. HIPERNEFROMA OVARICO

Son muy raros, proceden probablemente de gérmenes lanzados por las suprarrenales, con frecuencia malignos, virilización semejante a la del Arrenoblastoma.

Complicaciones de los tumores ováricos

1. Degeneración carcinomatosa
2. Torsión del pedículo
3. Supuración y necrotización
4. Incarceración del tumor
5. Ruptura (estallido) del tumor.

1. DEGENERACION CARCINOMATOSA:

Cistoma seroso, mucinoso, etc.

2. TORSION DEL PEDICULO:

Partes del pedículo:

- 2.1 Cordón uteroovárico con las ramas ováricas
- 2.2 Trompa
- 2.3 Plica lata uteri (Ligamento ancho)
- 2.4 Plica suspensoria ovarii (ligamento infundibulopélvico) con la arteria o vena ováricas.

La torsión del pedículo se produce por los movimientos del cuerpo que son transmitidos al tumor. Las torsiones se producen en el 15 al 20o/o de todos los tumores; la torsión actúa sobre el tumor aplastando las venas que tienen paredes delgadas, disminuyendo el reflujo venoso, no así el flujo arterial que sigue llegando por lo que se observa aumento de volumen y cambio de coloración, llegándose a la necrosis del tumor; el epitelio se desprende resultando adherencias con la vecindad. Al poco tiempo se produce peritonitis tóxica grave, puede supurar y necrotisarse dando peritonitis difusa e inminente peligro de la vida.

Los síntomas clínicos que produce la torsión del pedículo son:

1. Dolores agudos por tracción peritoneal ocasionada por el pedículo, por irritación peritoneal.
2. Shock peritoneal: Decaimiento, sudores, malestar, náuseas y vómitos.
3. Defensa Abdominal, particularmente en hipogastrio.

Unico tratamiento eficaz, operación inmediata.

3. SUPURACION Y NECROSIS DEL TUMOR OVARICO:

Se producen en la mayoría de tumores con pedículo torsionado, si hay cordones con adherencia con intestino. Hay

gérmenes que van del intestino al tumor y conducen a una supuración y a la necrosis. Consecuencia inmediata: peritonitis.

4. INCARCERACION DEL TUMOR:

Tumores ováricos situados profundamente en la pelvis menor y que no salen de ella sino se anclan, producen manifestaciones de encarceración, por ejemplo: gangrena vesical, que puede producir graves daños en los vasos vesicales y con ello ruptura de los mismos y fuertes hemorragias.

5. RUPTURA - ESTALLIDO DEL TUMOR OVARICO:

El estallido del tumor produce:

En el tumor ovárico maligno - metástasis

En el tumor ovárico infectado - Peritonitis

En el tumor ovárico mucinoso - mixoma peritoneal

TUMORES OVARICOS PEQUEÑOS:(1)

Los tumores ováricos pequeños, hasta medianos, están situados comúnmente en la pelvis menor, junto al útero o detrás del mismo. El útero es desplazado lateralmente por él o hacia adelante, o bien elevado o presionado contra la sínfisis.

TUMORES OVARICOS MEDIANOS: - TUMORES HASTA LA ALTURA DEL OMBLIGO

En el diagnóstico diferencial entra en consideración embarazo desde el cuarto al sexto mes, en toda mujer en edad de concebir, también ascitis, mioma, tumores renales, hidronefrosis, quistes mesentéricos, quistes retroperitoneales. Se hace necesaria la exploración renal y urológica.

TUMORES OVARICOS MUY GRANDES:

El diagnóstico diferencial se establece con tumores retroperitoneales muy grandes.

Los tumores ováricos grandes, que proceden de la pelvis menor, penetran en la cavidad abdominal y ascienden por ella. Se encuentran situados generalmente delante del útero, que con frecuencia es fuertemente presionado hacia atrás, de tal forma que apenas si puede alcanzarse.

TERAPEUTICA DE LOS TUMORES OVARICOS

Todo tumor ovárico debe ser extirpado quirúrgicamente, pequeño o grande, si produce molestias o no, si la mujer es joven o mayor, o si el tumor parece clínicamente benigno o no.

Hay que tener presente los hechos siguientes:

1. Cada tercer tumor ovárico es o puede hacerse maligno.
2. Peligro de torsión del pedículo.
3. Peligro de infección.
4. Peligro de encarceración.
5. Peligro de estallido.

En caso de que un quiste aumente de volumen y persista después de la última menstruación, está también indicada la operación.

Todos los tumores ováricos deben operarse por vía abdominal.

1. Tumor ovárico macroscópicamente benigno: para evitar adherencias se quitan trompas; salpingooforectomía (Siempre y cuando se compruebe buen estado del lado contrario). Si falta el ovario opuesto se deja éste tal como está.
2. Tumor ovárico maligno: Extirpación de ambos anexos, aún si

el tumor es unilateral y extirpación total del útero, de ser necesario epiplón intestinal.

3. Tumor sospechoso de malignidad. Laparotomía de prueba.
4. Tumor ovárico maligno e "inoperable", a base del resultado de la palpación. Laparotomía de prueba para evitar graves errores y para toma de tejidos con el fin de análisis histológico.

La cifra de unos 5 años de curación del cáncer ovárico se encuentra por debajo del 20o/o.

La radiación debe efectuarse solamente si se operó incompletamente y si un foco del cáncer se encuentra fuera de la pelvis menor (nódulos linfáticos, intraabdominales, ganglios inguinales).

TRATAMIENTO CON RADIOORO (AU¹⁹⁸)

La mayoría de las veces se efectúa por vía intraperitoneal.

Ventajas:

- Conclusión del epigastrio, difícilmente acequible a la radiación de otra forma. Puede cesar la formación ascitis temporal o totalmente.
- Al mixoma peritoneal se recomienda tratar con Radiooro líquido; según Schnider, éste también responde a los citostáticos.

TRATAMIENTO HORMONAL

Inyecciones de Testosterona (Testovirón Depot) cada 10 a 14 días 250 mgs. IM se recomienda en cáncer ovárico progresivo, facilitando extraordinario bienestar.

CITOSTATICOS

En cáncer ovárico se administran citostáticos para profilaxis de la metástasis y tratamiento general. Ejercen acción frenadora sobre la ascitis, algunos cánceres inoperables que luego de este tratamiento con citostáticos, hacen posible pensar en operarlos.

Efectos Generales de los Citostáticos:

- Levantan el estado subjetivo y objetivo de las pacientes
- El dolor disminuye
- Se prolonga la vida.

Los que mejor responden son los cánceres glandulares o sea los Adenocarcinomas.

Todo tratamiento con citostáticos tiene que efectuarse bajo control permanente del cuadro hemático.

Algunos de los citostáticos más usados son:

- Trenimón
- Bayer E 39 soluble
- Endoxán

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO NUMERO 1

FRECUENCIA DE QUISTES DEL OVARIO POR EDAD

Años	1975	o/o	1976	o/o	1977	o/o	1978	o/o	Total	o/o
0 - 15	0	0	1	2.08	1	2.08	1	2.08	3	6.25
16 - 30	10	20.84	3	6.25	2	4.17	4	8.33	19	39.58
31 - 45	4	8.33	4	8.33	5	10.41	6	12.51	19	39.58
46 - más	1	2.08	2	4.17	2	4.17	2	4.17	7	14.58
Total	15	31.25	10	20.83	10	20.83	13	27.09	48	100.

CUADRO NUMERO 2
MOTIVO DE CONSULTA

Años / Causas	1975		1976		1977		1978		Total	
		o/o		o/o		o/o		o/o		o/o
Hemorragia vaginal	4	8.33	0	0	3	6.25	2	4.17	9	18.75
Dolor Abdominal	10	20.84	7	14.58	6	12.51	6	12.51	29	60.42
Náuseas y/o Vómitos	1	2.08	1	2.08	0	0	0	0	2	4.17
Infertilidad	0	0	1	2.08	0	0	0	0	1	2.08
Masa Abdominal	0	0	1	2.08	1	2.08	5	10.41	7	14.58
Total	15	31.25	10	20.82	10	20.84	13	27.09	48	100

CUADRO NUMERO 3 - "A"
LABORATORIOS

Años / Examen	1975		1976		1977		1978		Total	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Recuento y Fórmula	5	10	3	7	4	6	5	8	17	31
Heces	4	11	3	7	3	7	3	10	13	35
Orina	5	10	7	3	5	5	7	6	24	24
Hb Ht	9	6	6	4	5	5	11	2	31	17
Gravindex	5	10	0	10	1	9	1	12	7	41
Otros	6	9	7	3	3	7	7	6	23	25

CUADRO NUMERO 3 - "B"

RESUMEN LABORATORIOS

Examen	SI	o/o	NO	o/o
Recuento y Fórmula	17	35.42	31	64.58
Heces	13	27.08	35	72.92
Orina	24	50	24	50
Hb Ht	31	64.58	17	35.42
Gravindex	7	14.58	41	85.42
Otros	23	47.92	25	52.08

CUADRO NUMERO 4

ESTUDIOS RADIOLOGICOS REALIZADOS (RAYOS "X" ABDOMEN)

Años	1975	o/o	1976	o/o	1977	o/o	1978	o/o	Total	o/o
SI	3	6.25	3	6.25	3	6.25	1	2.08	10	20.84
NO	12	25.00	7	14.58	7	14.58	12	25.00	38	79.16
Total	15	31.25	10	20.83	10	20.83	13	27.08	48	100

CUADRO NUMERO 5
LOCALIZACION DEL QUISTE OVARICO

Años / Posición	1975	o/o	1976	o/o	1977	o/o	1978	o/o	Total	o/o
Derecha	10	20.84	5	10.41	4	8.33	4	8.33	23	47.92
Izquierda	3	6.25	4	8.33	3	6.25	8	16.67	18	37.50
Bilateral	2	4.17	1	2.08	3	6.25	1	2.08	7	14.58
Total	15	31.26	10	20.82	10	20.83	13	27.08	48	100

CUADRO NUMERO 6
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS
(PERITONITIS)

Años / Existencia	1975	o/o	1976	o/o	1977	o/o	1978	o/o	Total	o/o
SI	0	0	1	2.08	0	0	0	0	1	2.08
NO	15	31.25	9	18.75	10	20.84	13	27.08	47	97.92
Total	15	31.25	10	20.83	10	20.84	13	27.08	48	100

CUADRO NUMERO 7 - "A"

EVOLUCION POST-OPERATORIA DE LAS PACIENTES

Años / Evolución	1975	o/o	1976	o/o	1977	o/o	1978	o/o	Total	o/o
Satisfactoria	15	31.25	10	20.84	10	20.84	13	27.08	48	100
Insatisfactoria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CUADRO NUMERO 7 - "B"

CONDICIONES DE EGRESO DEL PACIENTE

Años / Condición	1975	o/o	1976	o/o	1977	o/o	1978	o/o	Total	o/o
Vivo	15	31.25	10	20.84	10	20.84	13	27.08	48	100
Muerto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CUADRO NUMERO 8

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

Años	0-5 días		6-10 días		11-15 días		16 ó más	
	Estancia	o/o	Estancia	o/o	Estancia	o/o	Estancia	o/o
1975	7	14.58	4	8.33	3	6.25	1	2.08
1976	1	2.08	5	10.41	2	4.17	2	4.17
1977	3	6.25	7	14.58	0	0	0	0
1978	2	4.17	7	14.58	3	6.25	1	2.08
Total	13	27.08	23	47.90	8	16.67	4	8.33

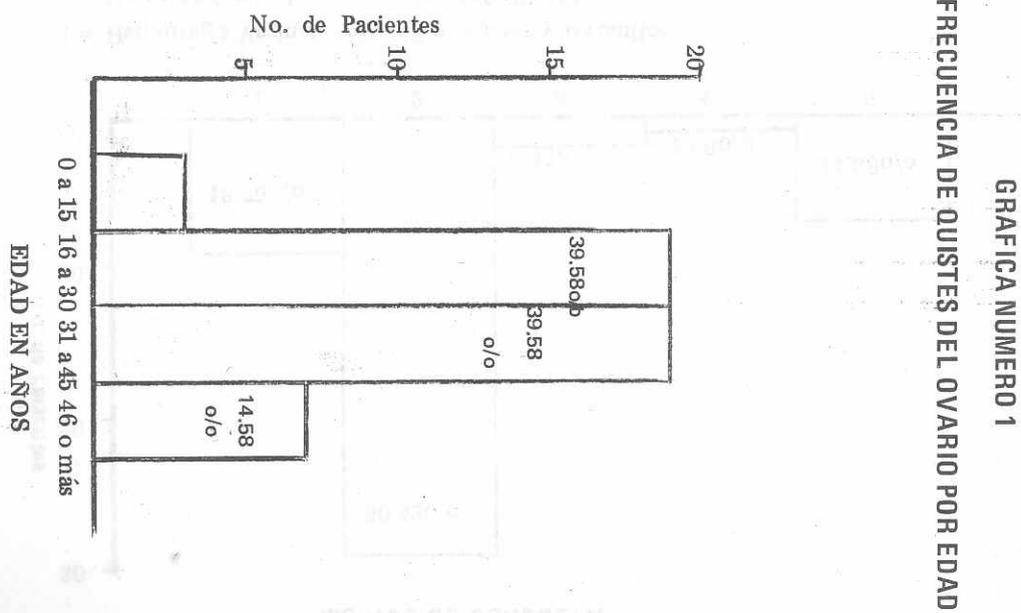
CUADRO NUMERO 9

ESTUDIOS DE PAPANICOLAOU REALIZADOS

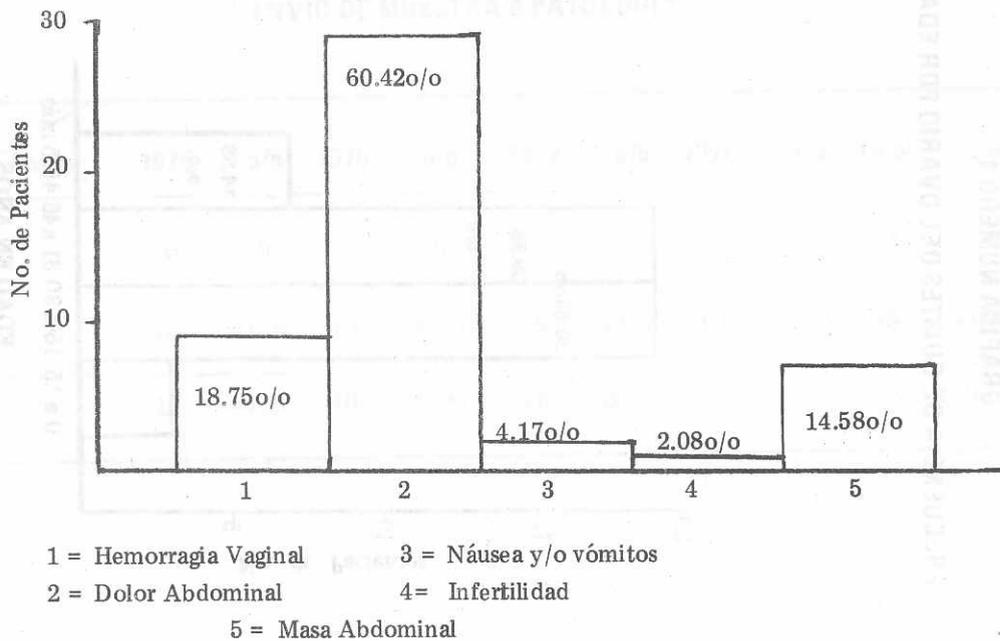
Años	Realizados	1975		1976		1977		1978		Total	o/o
		Realizados	o/o	Realizados	o/o	Realizados	o/o	Realizados	o/o		
SI	1	2.08	0	0	0	0	0	0	1	2.08	
NO	14	29.17	10	20.84	10	20.84	13	27.08	47	97.92	
Total	15	31.25	10	20.84	10	20.84	13	27.08	48	100	

CUADRO NUMERO 10
ENVIO DE MUESTRA A PATOLOGIA

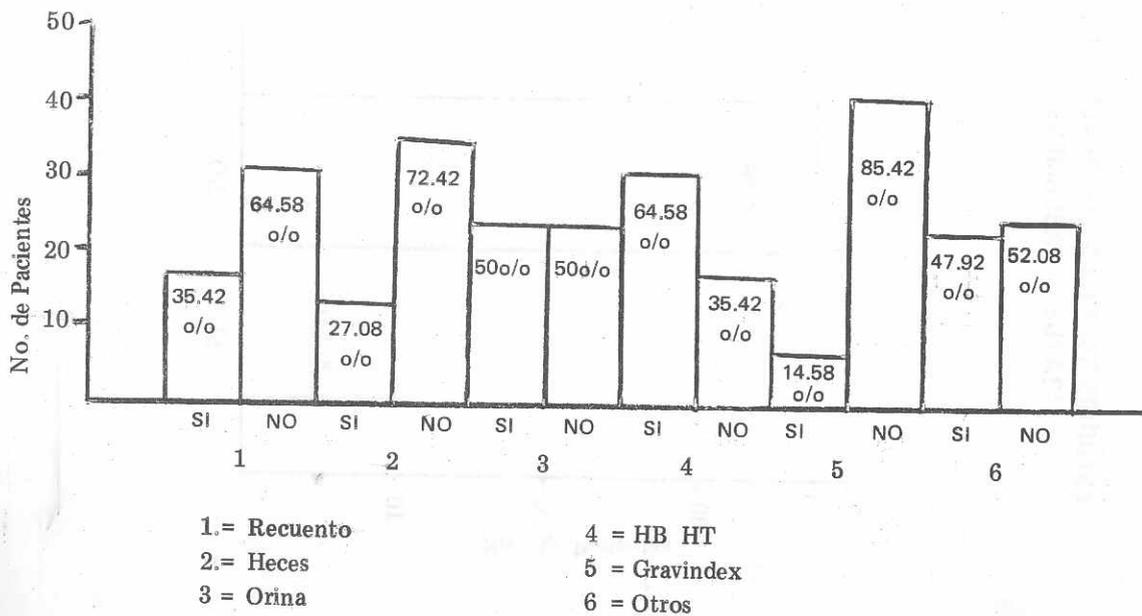
Años	Envío	1975		1976		1977		1978		Total	
			o/o		o/o		o/o		o/o		o/o
SI		0	0	0	0	1	2.08	2	4.17	3	6.25
NO		15	31.25	10	20.84	9	19.75	11	22.92	45	93.75
Total		15	31.25	10	20.84	10	20.83	13	27.09	48	100



GRAFICA NUMERO 2
MOTIVO DE CONSULTA

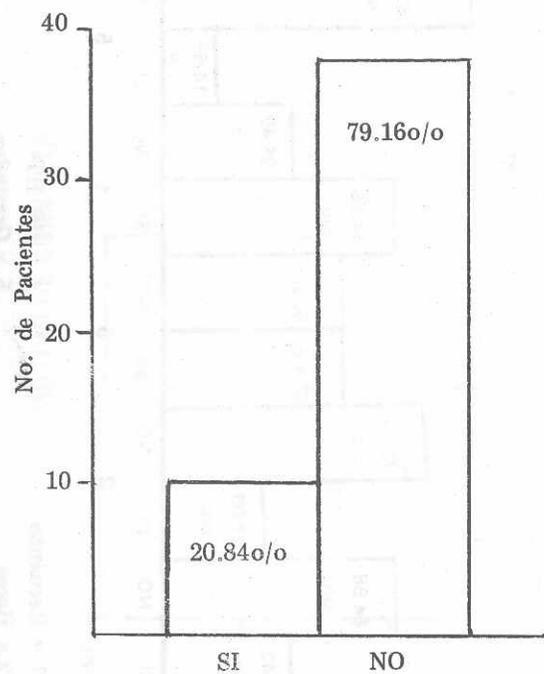


GRAFICA NUMERO 3
RESUMEN LABORATORIOS



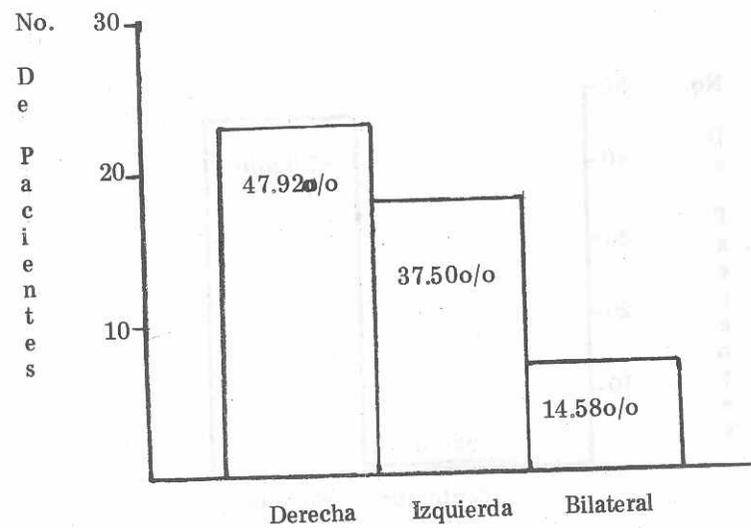
GRAFICA NUMERO 4

ESTUDIOS RADIOLOGICOS REALIZADOS
(RAYOS "X" ABDOMEN)

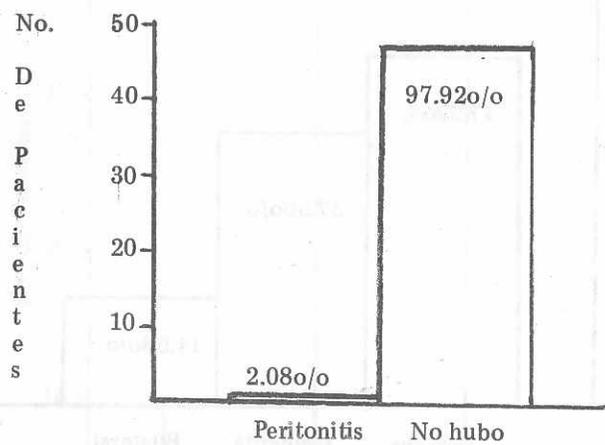


GRAFICA NUMERO 5

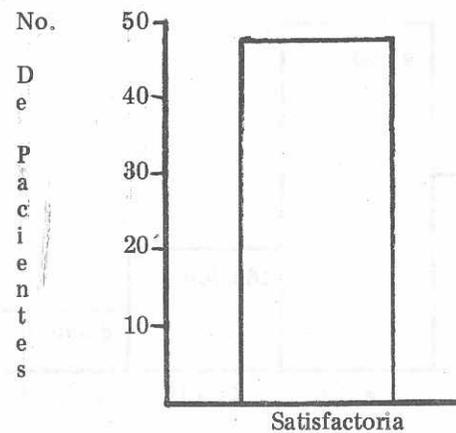
LOCALIZACION DEL QUISTE OVARICO



GRAFICA NUMERO 6
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

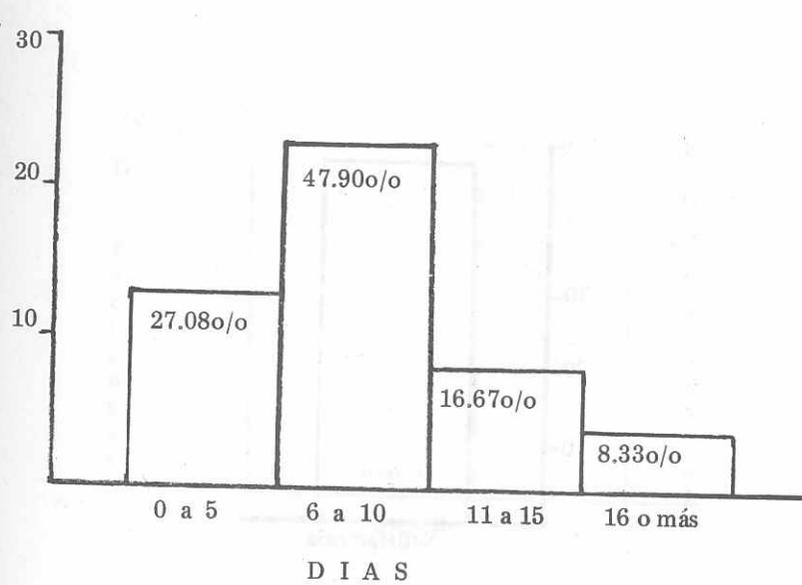


GRAFICA NUMERO 7
EVOLUCION POST-OPERATORIA DE LAS PACIENTES



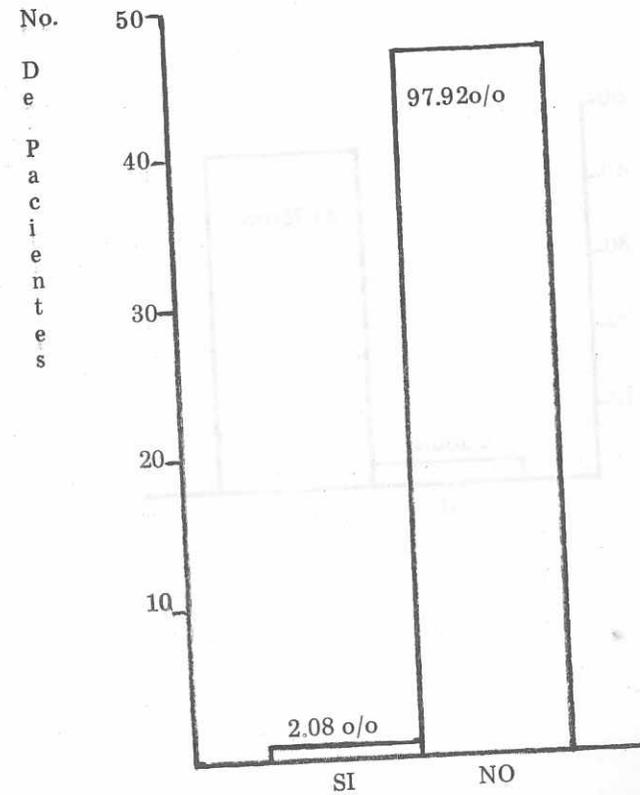
GRAFICA NUMERO 8

TIEMPO DE HOSPITALIZACION



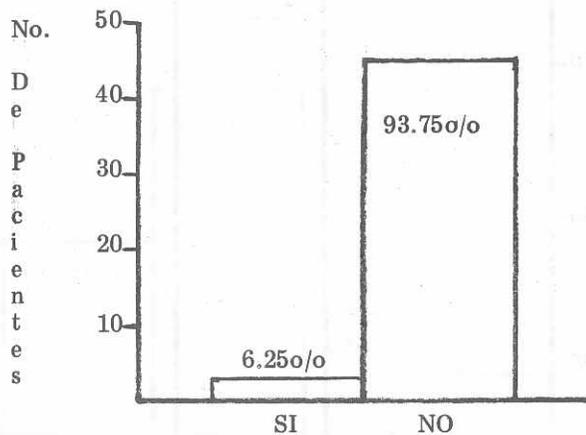
GRAFICA NUMERO 9

ESTUDIOS DE PAPANICOLAOU REALIZADOS



GRAFICA NUMERO 10

ENVIO DE MUESTRA A PATOLOGIA



ANALISIS DE RESULTADOS

Al analizar el cuadro de Frecuencia de Quistes de Ovario por edad, notamos que el grupo etáreo más afectado se encuentra comprendido entre los 16 y 45 años de edad con un total de 38 casos que constituyen el 80o/o del total de los casos estudiados más representativamente podemos observar lo mismo en la gráfica número uno.

El motivo de consulta por el cual requirieron más de los servicios médicos fue dolor abdominal, constituyendo el 62o/o y un número de 29 pacientes, una observación más objetiva podemos hacerla apreciando los resultados expuestos en la gráfica número dos.

Analizando el cuadro que se refiere a laboratorios podemos darnos cuenta que el que más se efectuó fue el de hemoglobina (HB) y hematocrito (Ht) realizándose el mismo a un total de 31 pacientes y que constituye el 65o/o; y algo que es de hacerse notar es que el menos efectuado fue el de Gravindex a un total de 7 pacientes y que corresponden al 15o/o del total de los casos en estudio; representación objetiva de ello es la gráfica número tres.

En el cuadro que se refiere a los estudios radiológicos realizados, los mismos fueron exclusivamente de abdomen y únicamente se le efectuaron a 10 pacientes los mismos representan el 20o/o del total de casos estudiados, observamos a la vez la representación de este cuadro en la gráfica número cuatro.

En el cuadro que se refiere a la localización del quiste ovárico, el mismo fue encontrado más frecuentemente del lado derecho; presentándose el mismo en 23 pacientes que corresponden al 48o/o; igualmente para comprobar lo anterior podemos observar la gráfica No. 5.

En los expedientes clínicos revisados se encontró solamente

una complicación post-operatoria. La misma fue Peritonitis el caso se registró en el año de 1976; en porcentajes totales se puede deducir que la incidencia de complicaciones es baja o bien son secundarias al estado físico del paciente. (gráfica número seis).

Dado que las complicaciones post-operatorias en las pacientes estudiadas fue mínima, su respuesta al tratamiento efectuado fue satisfactoria en un 100o/o del total de los casos, lo cual se muestra en la gráfica número siete. Y por lo tanto no se reportó ninguna muerte por esta causa.

Normalmente el período de hospitalización oscila entre seis y diez días aunque hubo pacientes que evolucionaron favorablemente en menor tiempo lo que trajo como consecuencia un período de hospitalización más corto. Por el contrario, también se reportaron casos que requirieron un mayor tiempo de hospitalización para lograr la completa recuperación del paciente, esto viene a reafirmar que las condiciones físicas de las pacientes es un factor determinante para establecer el tiempo que permanecerán hospitalizadas.

En lo que se refiere a Papanicolaou y muestras de patología éstos son realizados muy escasamente dado que no existe un laboratorio especializado en el Hospital de San Marcos (como en ningún otro); existiendo únicamente en los hospitales de la capital. Esto trae como consecuencia que los mismos se realicen en un escaso número de pacientes o en casos muy especiales. En las gráficas nueve y diez se muestran los resultados obtenidos en Papanicolaou y envío de muestras a patología.

CONCLUSIONES

- 1.- Por la falta de estudios patológicos los diagnósticos de Quistes del Ovario están dados empírica y no científicamente.
- 2.- Se comprueba que las hipótesis en este estudio en particular son verídicas, ya que los Quistes de Ovario resultan más frecuentemente en el lado derecho; y con mayor frecuencia entre los dieciséis y cuarenticinco años de edad.
- 3.- Por falta de organización algunos estudios citopatológicos solicitados para los pacientes, no aparecen los resultados en las fincas clínicas; por lo cual se dificulta la verificación del diagnóstico, quedando como ya se dijo anteriormente, un diagnóstico empírico.
- 4.- Las edades en que más se observó esta afección fue en pacientes comprendidas entre los dieciséis y cuarenticinco años.
El motivo por el que más consultaron fue por Dolor Abdominal.
- 5.- El examen de laboratorio que más se realizó fue el de Hemoglobina Hb. y Hematocrito Ht.
- 6.- La localización más frecuente de los Quistes de Ovario fue Derecha en un 48o/o del total de los casos y que corresponde a 23 pacientes.
- 7.- Se considera que hubo una evolución óptima ya que en el 100o/o de los pacientes fue satisfactoria, a pesar de haberse presentado como complicación en una paciente Peritonitis.
- 8.- La ausencia de estudios de Papanicolaou no permite detectar otros problemas de tipo ginecológico.

9.- Puede decirse que en este tipo de problemas no existe mortalidad ya que del total de pacientes (48) la condición de egreso fue vivo.

10.- Algo que influye para que los pacientes no cuenten con los estudios de laboratorio completos es la deficiencia que existe en el mismo al igual que en otros muchos hospitales departamentales; lo mismo puede decirse de Rayos X y la falta de equipo en buenas condiciones, ya que a muchos nos consta que en este centro el equipo de Rayos X permaneció sin poder usarse por espacio de más de dos meses por tener quemado un tubo que no permitía ser utilizado; ésto únicamente durante el período de febrero de 1979 a julio de 1979.

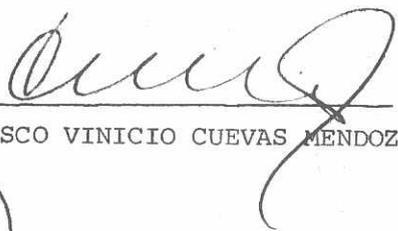
RECOMENDACIONES

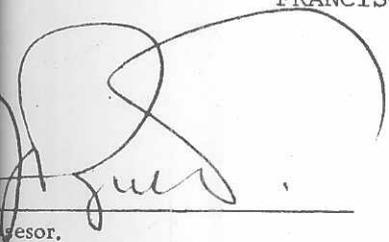
- 1.- Que en lo sucesivo se trate de dar un mejor funcionamiento del archivo clínico, para que todo estudio solicitado se adjunte a la papeleta del paciente.
- 2.- Instar a Salud Pública a crear Laboratorios de Patología y Citología Regionales; ya que en un sólo laboratorio se reciben el 50o/o del total de las muestras enviadas por los departamentos, ésto teóricamente.
- 3.- El establecimiento de un PROTOCOLO de Sala de Operaciones en general, que incluya básicamente: Historia Clínica, diagnóstico, exámenes complementarios que se puedan realizar en el medio; que al paciente a intervenir en operación selectiva tenga los parámetros mínimos para un procedimiento quirúrgico; y la obligación de enviar todas las piezas resecadas a anatomía patológica responsabilizando al interno del Servicio del requerimiento de resultados. Facultar al anestesista para rechazar cualquier solicitud que no cumpla con los requisitos establecidos.
- 4.- Que después de realizar cualquier tratamiento quirúrgico se anote la técnica operatoria empleada.
- 5.- Que se lleve a cabo una supervisión más directa de la forma como se lleva la papeleta de cada paciente.
- 6.- Dotar a hospitales departamentales de recursos humanos y económicos de apoyo para diagnóstico de los pacientes (laboratorio clínico, equipo de rayos X, etc.)
- 7.- Que se invite a los cirujanos de los hospitales departamentales para que toda muestra operatoria sea estudiada en laboratorios de Patología de la ciudad capital, debido a la importancia futura para los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

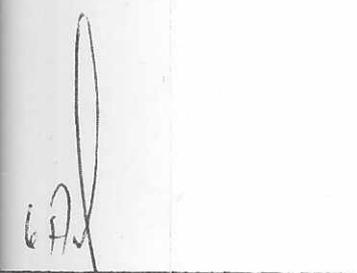
1. GINECOLOGIA PRACTICA
W. Pschyrembel. Editorial Alhambra, S. A., Madrid.
Cap. 11.
Pag. 389-444.

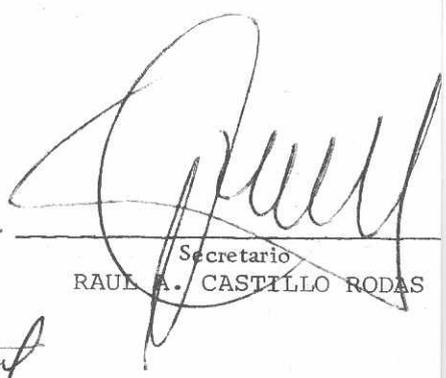
2. TRATADO DE GINECOLOGIA
Edmund R. Novak, Georgeanna Seegar Jones, Howard W.
Jones, Jr.
Novena Edición Editorial Interamericana, México. Cap. 22,
23, 24 y 25.

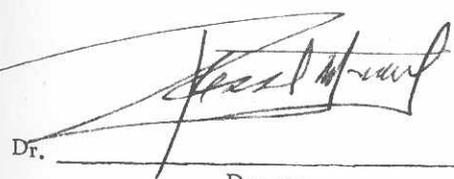
Br. 
FRANCISCO VINICIO CUEVAS MENDOZA


esor.
S POZUELOS VILLAVICENCIO

Dr. 
Revisor.
ROBERTO FUENTES


e Fase III
PEDRO NUILA

Dr. 
Secretario
RAUL A. CASTILLO RODAS


Dr.
Decano.
ROLANDO CASTILLO MONTALVO