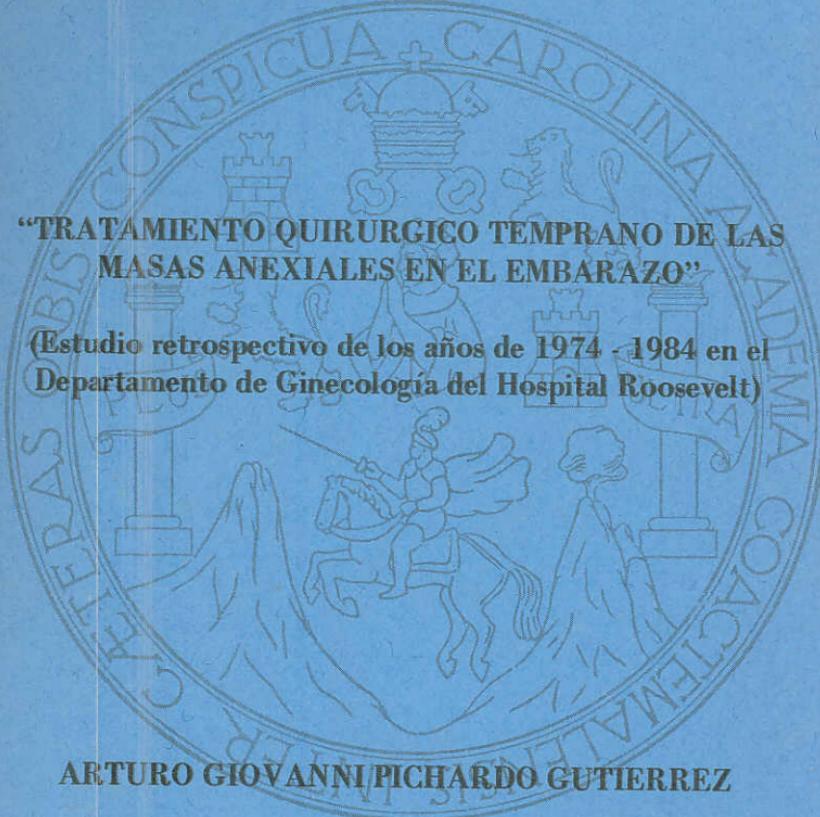


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**"TRATAMIENTO QUIRURGICO TEMPRANO DE LAS
MASAS ANEXIALES EN EL EMBARAZO"**

(Estudio retrospectivo de los años de 1974 - 1984 en el
Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt)

ARTURO GIOVANNI PICHARDO GUTIERREZ

CONTENIDO

	<i>Pagina</i>
1. INTRODUCCION	1
2. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
3. JUSTIFICACION	5
4. REVISION BIBLIOGRAFICA	7
5. MATERIAL Y METODOS	13
6. RESULTADOS	15
7. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	21
8. CONCLUSIONES	25
9. RECOMENDACIONES	27
10. RESUMEN	29
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	31

INTRODUCCION:

Siendo el embarazo una condición normal en una mujer, implica la alteración de muchos mecanismos fisiológicos para poder compensar una variedad de cont nuos cambios observados a lo largo de la gestación.

El anterior hecho es afectado cuando se superpone un problema quirúrgico, puesto que la mujer gestante está sujeta a cualquier patología quirúrgica como la no grávida.

El problema de masa anexial asociado al embarazo se hace poco frecuente debido a que su comportamiento es la mayoría de veces asintomático y pasa inadvertido. Al hacerse presente crea una situación difícil, puesto que no existe un consenso general acerca del manejo quirúrgico debido a los riesgos que este conlleva según la edad del embarazo en que se efectúe.

Este estudio retrospectivo presenta un análisis descriptivo del cuadro clínico, la morbitmortalidad Materno-Fetal y los aspectos relacionados con el tratamiento quirúrgico temprano de las masas anexiales en el embarazo, llevado en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt durante los años de 1974-1984. Para su realización se tomaron las fichas clínicas de las pacientes halladas con este problema en el libro de Registros de Operaciones del Departamento y encontradas en el Departamento de Archivo del Hospital. Los datos obtenidos fueron recopilados en un instrumento de trabajo previamente estructurado y luego sometido a un análisis descriptivo y estadístico aplicando la prueba de CHI-CUADRADO (χ^2) para la estimación de diferencias significativas.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA:

Lo referente a la cirugía en la mujer embarazada es "Tierra de Nadie" en medicina. Nadie ha recolectado hasta ahora la información disponible ni expuesto los principios básicos del diagnóstico y tratamiento de un problema quirúrgico en la mujer gestante, quien está sujeta a todas las patologías quirúrgicas, como la no grávida.

Si bien, al embarazo se le considera una condición normal, implica la alteración de muchos mecanismos fisiológicos para compensar los cambios continuos observados durante toda la gestación. Cuando se superpone un problema quirúrgico hace peligrar este delicado ajuste, puesto que la fisiología materna se altera y el feto se enfrenta a que su medio ambiente se viese afectado por los cambios fisiológicos que en la madre suceden, la anestesia, drogas, traumatismos mecánicos y manipulación que el procedimiento conlleva. Con lo anterior se trata de decir que el manejo quirúrgico de dos seres crea una situación muy diferente de la que se observa en la mujer no grávida.

El problema de masa anexial asociado a embarazo varía según diversos autores desde 1 en 81 embarazos (4) hasta 1 en 8,000 embarazos (5). La identificación del problema se hace usualmente en el control prenatal ya que por su comportamiento la mayoría de veces es asintomático, pasa inadvertido y solo se logra el diagnóstico cuando hay complicaciones de las masas como torsión, hemorragia ó infección, efectuar una compresión mecánica en el momento del parto ó ser un hallazgo intraoperatorio fortuito durante una cesárea.

En general, existen dos criterios acerca del manejo de pacientes embarazadas con masa anexial:

El primero establece la conducta observadora con evaluación

el riesgo de una temprana intervención quirúrgica con sus posibles consecuencias Materno-Fetales. Todo esto basado en observaciones de que la mayoría de quistes del ovario desaparecen en forma espontánea alrededor de la 14-16 semanas de embarazo. Ahora, si permanecen igual, aumentan de tamaño o presentan complicaciones deberán ser exploradas (10,1,9,2).

El segundo criterio establece la intervención quirúrgica de las masas anexiales mayores de 6 cms. no importando la edad del embarazo ya que con esto se evita cualquier complicación futura que comprometa al embarazo y por otra parte, se podrá diagnosticar algún tipo de patología maligna que pudiese haber pasado inadvertida por largo tiempo; puesto que la incidencia de cáncer del ovario es importante. (6).

En el presente estudio, se realizó un análisis descriptivo del cuadro clínico, la morbitmortalidad Materno-Fetal y los aspectos relacionados con el tratamiento quirúrgico temprano de las masas anexiales en el embarazo; llevado en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt entre los años 1974-1984.

JUSTIFICACION

Ante la falta de consenso nacional e internacional, y al observar la carencia de un estudio en nuestro medio sobre la conducta a tomar ante "Las Masas Anexiales en el Embarazo", en una situación que no es de urgencia, surge la inquietud de presentar los resultados de la conducta quirúrgica temprana llevada a cabo en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, en un estudio retrospectivo de 10 años con el fin de que se constituya en un informe que sirva de documentación a estudiantes y médicos interesados en el tema.

REVISION BIBLIOGRAFICA:

El problema de masa anexial abarca una variedad de entidades como diagnóstico diferencial puesto que el diagnosticar la etiología del problema clínicamente se hace poco confiable.

— 1 — 11. 1. 1914 (12) T. — (2) — Chardham (1) inu-

Tanto estudios de White (10) Tawa (9) y Chowanury (1) involucran en general los tumores del ovario como complicaciones del embarazo y solamente mencionan otras entidades como el embarazo ectópico, el leiomioma pedunculado, útero didelfo, hidrosalpinx y el riñón pérvico como errores diagnósticos.

La incidencia varía según diversos autores y van desde la descrita por Grimes (4) de 1 en 81 embarazos hasta la descrita por Gustafson (5) de 1 en 8,000 embarazos. El comportamiento de esta entidad es asintomático en un 64% donde otros síntomas referidos por los pacientes fueron dolor abdominal inespecífico en un 24% y sensación de pesadez en un 8% (9). En muchas ocasiones son descubiertos en un examen médico de rutina y otras como complicaciones en las que se destacan la torsión, hemorragia, ruptura e infección. Pueden también ser un hallazgo intraoperatorio en una cesárea o presentarse como una obstrucción en el canal del parto, durante el mismo; y algunos otros casos se diagnostican en el puerperio. (1,3,6,9,10).

Gustafson (5) no encontró una relación definitiva sobre la edad y paridad de las pacientes y el problema. Tawa (9) en su estudio estableció que el 63% de los casos estaban en la tercera década de la vida. Y a lo mismo que White el promedio de edad fué de 27 años (9,10).

ne se de Jubb (4) en el estudio de carcinoma primario del ovario en el embarazo encontró que el 83% de las pacientes se encontraban entre los 30-34 años de edad y que el 62% de las pacientes eran primigrávidas o nulíparas.

Durante la gestación como en la no gráfica la solidez (2,9), la bilateralidad (4) y el rápido crecimiento se correlaciona con malignidad. Chowdhury en una revisión de seis autores encontró una frecuencia mayor de quistes dermoides seguidos en orden correlativo los serosos, los pseudomucinosos. Tawa (9) también presentó la clasificación de otros autores los cuales tenían datos similares a los mencionados salvo Torquist que encontró en un 73% a los cistoadenoma pseudomucinosos, adenomas serosos o el quiste simple los cuales formaban un rubro. En cuanto a malignidad de estos tumores diagnosticados en el embarazo se encuentran varios estudios que dan una variabilidad del 2-3% hasta 17% (9). Haciendo una investigación de diferentes autores Tawa encontró un promedio de 5.7% de malignidad (9).

Ante el aumento del tamaño del ovario durante las primeras semanas de gestación debido al desarrollo del cuerpo lúteo, los criterios para definir que el aumento de estos fuesen significativos varían según diferentes estudios y van de 5 cms. hasta más grandes como de 8-10 cms. (9). Pero de acuerdo al manejo similar en tumores en pacientes no grávidas, Taswa adoptó el diámetro de 6 cms. o más para determinar si un agrandamiento ovárico es clínicamente significativo; criterio tomado en la actualidad (3).

El tiempo de hacer diagnóstico en la mayoría de casos es durante las primeras semanas del embarazo por el examen rutinario en el control prenatal al que las pacientes se someten. Durante la segunda mitad del embarazo, el diagnóstico puede ser más difícil al ascender el tumor hacia la cavidad abdominal más allá del dedo del examinador. Cuando se logra percibir alguna estructura de dudosa identificación al examen ginecológico en una paciente embarazada debe ser investigada por ultrasonido. Otras veces, el diagnóstico de las masas se efectúa por complicaciones que se pueden presentar, en donde la torsión se da en una frecuencia del 10-15% en la mayoría de grupos (3). Gran número de torsiones se dá cuando el útero se eleva rápidamente de la 8-16 semanas de gestación o cuando involuciona rápidamente como ocurre

en el puerperio. Aproximadamente el 60% se presentan en el comienzo del embarazo y el 40% restante en el puerperio. Cuando la torsión es aguda la secuencia usual de fenómenos es dolor abdominal bajo, náuseas, vómitos y en algunos casos signos de tipo shock; el abdomen se presenta con signos de irritación abdominal como rebote, defensa, distensión abdominal, ileo, etcétera.

Si el diagnóstico de torsión aguda no se efectúa, la secuencia es usualmente una hemorragia intratumoral, necrosis, infección y rotura (3).

En ciertos casos, la presencia del tumor puede no ser sospechada hasta en el parto, por desplazamiento abdominal de este durante el embarazo y que durante el trabajo de parto ocasione una obstrucción mecánica. En esta situación se presentan tres problemas básicos: 1. El niño no penetra en la pelvis verdadera. 2. El útero se puede romper si no mejora la obstrucción. 3. Si el tumor se rompe, produce hemorragia intra-abdominal, peritonitis química ó siembra del cáncer dado el caso. Cuando el diagnóstico se hace en el puerperio se debe explorar durante las primeras 48 horas postparto. (3).

Las masas anexiales, en el embarazo, se deben intervenir quirúrgicamente tan pronto exista un cuadro clínico de urgencia que indique complicaciones de la masa. (10,1,9,5,8).

La variación de criterios acerca del manejo de pacientes se da cuando el diagnóstico se hace en forma temprana en una situación que no merece tratamiento quirúrgico de urgencia.

White (10) en el análisis de resultados de una investigación de 38 pacientes con masa anexial en el embarazo en el que 12 pacientes fueron operadas dentro de las primeras semanas de gestación la supervivencia fetal fué del 17%. Mejor resultado encontró en 15 casos en los cuales fueron intervenidos dentro de doce y veintiocho semanas de

gestación en el cual siguieron una conducta observadora en el diagnóstico temprano del problema, permitiendo con esto que la producción de progesterona por la placenta estuviera plenamente establecida. El resultado de sobrevida fetal fué del 73%. Como tratamiento adicional de sobrevida fetal fué del 73%. Como tratamiento adicional fueron usados progestágenos o progesterona en 12 de los 15 casos, pero la dosis y la duración fué variable. Y en 31 de los casos se usaron útero-inhibidores. Otras 11 pacientes fueron intervenidas después de la 20 semanas de gestación. La mayoría tenían 39 semanas de embarazo o más y la identificación del problema se hizo intraoperatoriamente en cesáreas por varios motivos en los que se mencionan obstrucción pélvica y desproporcióncefalopélvica. La sobrevida fetal fué como se esperaba del 100%.

Tawa (9) encontró que la mortalidad fetal fué de 19% en los casos operados durante los dos primeros trimestres por lo que recomienda también una observación de la evolución del problema porque es de la opinión que la mayoría de las masas son funcionales, las cuales se reducen progresivamente siendo indetectables alrededor de la 14-16 semana de gestación. Si no es así las posibilidades de malignidad y riesgo de complicaciones aumentan y se deben intervenir quirúrgicamente a las 16 semanas de gestación. Los tumores diagnosticados en el comienzo del tercer trimestre son seguidos hasta el trabajo de parto y si presentan obstrucción del canal del parto son intervenidos quirúrgicamente con cesárea y extirpación del tumor. Si no es así, el parto se resuelve vía vaginal y el tumor es removido en el puerperio.

Chowdhury (1) recomienda la no intervención quirúrgica temprana porque puede ir seguida de aborto y tomó la conducta de remover el tumor al cabo de la 16 semana cuando la placenta esté bien formada y el riesgo de aborto es menor. Si el diagnóstico del tumor se hizo después de 28 semanas se tomó una conducta observadora y solamente se intervino si surgían complicaciones. En esta serie de pacientes no se usó en ninguna oportunidad el tratamiento adicional de progeste-

rona.

Graber (3) dá principios básicos del tratamiento quirúrgico de este problema los cuales son los siguientes:

- 1) Si el tumor es de 6 a 8 centímetros de diámetro se le debe observar. Si el tumor aumenta de tamaño o surge alguna complicación la intervención quirúrgica es imprescindible. Cuando no entran en regresión el momento ideal para la operación es el segundo trimestre, alrededor de las 12 y 14 semanas.
- 2) Si el diagnóstico se hace en el último trimestre, la intervención quirúrgica está indicada aproximadamente una semana antes de la fecha esperada del parto, si esta no es segura se hará durante el primer estadio del trabajo de parto. La operación consiste en cesárea baja segmentaria con resección ovárica u ooforectomía.
- 3) Los tumores sólidos o sospechosos deben extraerse de una vez no importando la edad del embarazo.
- 4) Si el tumor se diagnostica por primera vez durante el puerperio, está indicada la operación dentro de las 48 horas postparto. Si hay complicaciones la operación inmediata es imprescindible.

Si el cirujano encuentra malignidad ovárica en el momento de la exploración abdominal, su inmediata obligación es establecer el estadio de la patología. Están indicadas las biopsias del epiplón, peritoneo, u otras regiones intra abdominales en que se sospeche tumor. Si el tumor es unilateral o bien encapsulado, no muestra puntos de diseminación y se presentan en grado comparativamente bajo de malignidad, y si el líquido peritoneal no muestra células malignas es permitido realizar una ooforectomía unilateral y permitir que el embarazo continúe, el otro ovario, debe ser cortado y biopsiado para asegurar que está libre de

patología (3,6). La paciente dará a luz luego por vía vaginal. Seis semanas después del parto la paciente es explorada realizándose histerectomía total consalpingo-ooforectomía bilateral. La implantación de sondas de poletileno para la instalación quirúrgica de fosfato crómico radiactivo, más la irradiación postquirúrgica con cobalto, si la patología está localizada en la pelvis, es rutina del Doctor Graber (3). La quimioterapia se utiliza de inmediato cuando la patología se encuentra más allá de la pelvis.

El tratamiento usualmente aceptado para el manejo quirúrgico del carcinoma del ovario es la histerectomía total con salpingo-ooforectomía (6). La responsabilidad del médico es principalmente tratar a la madre. Si el niño puede ser salvado se habrá obtenido un beneficio adicional, aunque la individualización es la clave para un buen tratamiento quirúrgico. La interrupción del embarazo no parece tener un efecto benéfico sobre el pronóstico de la madre. La supervivencia del cáncer ovárico en el embarazo no difiere de la del grupo no grávido que es del 20-25% para un período de cinco años (3,6).

MATERIALES Y METODOS:

En el libro de Registro Operatorio del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt se identificaron los nombres y el número de registro clínico de las pacientes con masa anexial en el embarazo durante los últimos 10 años.

Posteriormente se localizaron los registros clínicos en el Departamento de Archivo y de los cuales se sustrajeron los datos que cumplían los objetivos trazados para el estudio, siendo recopilados en la boleta de recolección de datos previamente estructurada.

Luego se procedió a tabular los datos obtenidos, presentarlos y analizarlos descriptiva y estadísticamente, aplicando la prueba de CHI-CUADRADO (χ^2) para la estimación de diferencias significativas de proporciones encontradas. $P < 0.05$.

Posteriormente se sacaron las conclusiones y se hicieron las recomendaciones del caso.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD

AÑOS:	No.	o/o
14 – 20	6	25
21 – 30	12	50
31 – 40	6	25
TOTAL	24	100

Fuente: Boleta elaborada por el investigador.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR PARIDAD

PARIDAD:	No.	o/o
NULIPARAS	4	16.66
PRIMIPARAS	8	33.34
PEQUEÑAS MULTIPARAS	12	50.00
TOTAL	24	100.00

Fuente: Boleta elaborada por el investigador.

CUADRO No. 3

MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA	No.	o/o
DOLOR PELVICO INESPECIFICO	5	20.83
ASINTOMATICO	10	41.68
HEMORRAGIA VAGINAL	3	12.49
PESADEV	6	25.00
TOTAL	24	100.00

Fuente: Boleta elaborada por el investigador.

CUADRO No. 4

LOCALIZACION

LOCALIZACION:	No.	o/o
IZQUIERDA	10	41.67
DERECHA	14	58.33
TOTAL	24	100.00

Fuente: Boleta elaborada por el investigador.

$P > 0.05$ por X^2 lo que demuestra que no hay diferencia significativa.

CUADRO No. 5

CONSISTENCIA

CONSISTENCIA:	No.	o/o
BLANDA	6	25.00
FIRME	2	8.33
QUISTICA	16	66.67
TOTAL:	24	100.00

Fuente: Boleta elaborada por el investigador.

$P < 0.05$ por X^2 lo que demuestra que hay diferencia significativa.

CUADRO No. 6

RELACION DE LA DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN EDAD GESTACIONAL Y LA EVOLUCION POSTOPERATORIA DEL MANEJO QUIRURGICO TEMPRANO.

EVOLUCION:	NO COMPLICADO	COMPLICADO		No.	o/o
		AM.	ABORTO		
SEMANAS					
5---9	1	1	2	4	16.66
10----14	18	2		20	83.34
TOTAL	19	3	2	24	100.00

Fuente: Boleta elaborada por el investigador.

Casos entre 5-9 semanas de gestación la probabilidad de que ocurra aborto es significativa $P < 0.005$.

CUADRO No. 7

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO
DE LOS HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS

DIAGNOSTICOS	No.	o/o
QUISTE DERMOIDE	11	46
QUISTE SIMPLE DEL OVARIO	7	29
CISTOADENOMA SEROSO	3	13
CISTOADENOMA MUCINOSO	1	4
QUISTE PARAOVARICO	1	4
TUMOR DEL SENO ENDODERMICO	1	4
TOTAL	24	100

Fuente: Boleta elaborada por el investigador.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Haciendo uso de la prueba CHI-CUADRADO (χ^2) para la estimación de diferencias significativas de proporciones encontradas $P < 0.05$, el comportamiento clínico asociado al problema de masa anexial y embarazo, en cuanto a paridad y distribución por edad, indica que el 50% de los casos, el problema se presenta en la tercera década de la vida; dato menor al encontrado Tawa (9) que fué del 63% 26 años.

White y Tawa (10,9) encontraron una edad media de 27 años. En nuestra investigación la edad media fué de 26 años con una desviación standard de 7.20. Al contrario de los hallazgos descritos Gustafson (5), que no encontró relación alguna con la edad y paridad de las pacientes; en nuestro estudio se encontró que el 50% de los casos eran pequeñas multíparas (2-4) partos.

El cuadro clínico asociado al problema observamos en el cuadro 3, que el motivo de consulta por el cual las pacientes consultaron fué como lo refiere Chowdhury, Dougherty, Gruber, Grimes y Gastafson (1,2,3,4,5,) un problema que significativamente es asintomático o cursa con síntomas inespecíficos como pesadez y dolor pélvico inespecífico.

Según la localización de la masa el problema se presentó en todos los casos unilateralmente sin una diferencia significativa respecto a su localización. Cuadro No. 4. $P > 0.05$.

La masa al examen físico fué descrita como quística en una mayoría significativa (66.67%), blanda en un 25% y firme en un 8.33%. Cuadro No. 5.

Luego de diagnosticado el problema solamente el 16.67% fué sometido a pruebas de ayuda diagnóstica, específicamente Rx.

El cual no brinda mayor información para una mejor descripción del problema, salvo en quistes dermoides si dientes o huesos estuvieran presentes; y por el contrario se irradia al producto innecesariamente.

El diagnóstico de embarazo se hizo en el 91.67% por medio de pruebas de gravíndex.

Dentro del manejo quirúrgico de la paciente es de notar que en ningún caso fueron usados los utero-inhibidores como lo referido por White (10). La evolución post-operatoria como era de esperar no constituyó causa alguna de morbitmortalidad materna. La evolución post-quirúrgica de los embarazos podemos observar que de los cuatro pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico temprano entre la 5-9 semana de gestación dos de ellos evolucionaron a aborto y uno evolucionó a amenaza de aborto. Solamente en un caso de aborto hubo resección del cuerpo amarillo.

Analizando lo anterior podemos concluir que el tratamiento quirúrgico temprano antes de la 10a. semana es significativa la probabilidad de tener un aborto $P < 0.005$.

Dentro de los casos comprendidos entre la 10 y 14 semanas de gestación hubo buena evolución ya que en solamente dos casos de un total de veinte, hubo amenaza de aborto.

Los tratamientos quirúrgicos efectuados fueron adoptados según los hallazgos intra-operatorios. El 12.5% se efectuó bisección del ovario contralateral como lo recomienda Jubb (6), por lesiones sospechosas. Del cual se reportó un caso de malignidad.

Al igual que Chowdhury (1), se encontró una mayor frecuencia de quistes dermoides (46%), seguidos en orden correlativo los quistes simples del ovario (29%), los cistoadenomas serosos en un 13%. Los cistoadenomas mucinosos, los quistes paraováricos y el

tumor del seno endodérmico se presentaron en un 12%.

Como es de notar la malignidad se encontró en un caso (4%). Cuadro No. 7; dato menor al reportado por Jubb (4) que fue del 5%.

CONCLUSIONES:

- 1) El problema de Masa Anexial y embarazo se presentó en un 50% en pacientes en la 3era. década de la vida, con edad media de 26 años; también el 50% de las pacientes eran pequeñas multiparas (2-4 partos) en la muestra investigada.
- 2) El problema fué significativamente asintomático o cursó con síntomas inespecíficos como pesadez y dolor pélvico.
- 3) El problema se presentó unilateralmente en todos los casos.
- 4) Al examen físico fué descrita como quística en un 66.67%, blanda en 25% y firme en 8.33%. El manejo quirúrgico no incluyó el uso de uteroinhibidores en algún caso y no fue causa de morbimortalidad materna.
- 5) La evolución Post-quirúrgica del embarazo, de los 4 casos que se presentaron entre la 5-9 semana de gestación 3 de ellos presentaron complicaciones. Dentro de los casos entre 10-14 semana de gestación 18 de los 20 casos presentados, hubo buena evolución.
- 6) El tratamiento quirúrgico implicó en 12.5% la bisección del ovario contralateral por lesiones sospechosas del cual se reportó un caso de malignidad.
- 7) Por Diagnóstico Anatomo-Patológico se encontró una mayor frecuencia de Quistes Dermoides 46%, Quistes simples del ovario 29%, Cistoadenoma seroso 13%. Los Cistoadenomas mucinosos, los Quistes Paraováricos y el tumor del seno endodérmico en un 12%.
- 8) Malignidad se encontró en 4%.

RECOMENDACIONES:

- 1) Al ser diagnosticado el problema a investigación en este estudio se someta a métodos de ayuda diagnóstica para una mejor orientación del caso y que en su oportunidad pueda cambiar la conducta temprana del tratamiento quirúrgico.
- 2) Hacer énfasis en la importancia y valor del control prenatal para detectar o prevenir entidades patológicas que pueden alterar el estado de salud de la madre y por ende el desarrollo del embarazo.
- 3) Someter a investigación el tratamiento conservador del problema, siempre y cuando no existan complicaciones agudas que obliguen a la intervención quirúrgica temprana, para obtener una mejor perspectiva del problema y su manejo quirúrgico.

RESUMEN:

El presente trabajo investigó retrospectivamente el comportamiento clínico, la evolución post-operatoria y los aspectos relacionados al tratamiento quirúrgico temprano de las masas anexiales en el embarazo. Luego de recopilar los datos fueron sometidos a un análisis descriptivo y estadístico empleando el método de CHI-CUADRADO para la estimación de diferencias significativas de proporciones.

Como resultados podemos mencionar que el problema fué significativamente asintomático o cursó con síntomas inespecíficos. Se observó mayor frecuencia durante la tercera década de la vida con una edad media de 26 años y se presentó en el 50% en pequeñas multíparas. La conducta quirúrgica fué tomada solamente en base a diagnóstico clínico y no fueron sometidos a estudios de ayuda diagnóstica. La consistencia de la masa fué significativamente descrita como quística $P < 0.05$. En ninguno de los 24 casos fueron usados utero-inhibidores y la evolución post-operatoria no hubo morbimortalidad materna. Si el tratamiento quirúrgico es antes de la 10a. semana de gestación, es significativa la probabilidad de tener aborto $P < 0.005$. El tratamiento quirúrgico tuvo buena evolución luego de la 10a. semana. La conducta quirúrgica fué adoptada según los hallazgos intraoperatorios y en el que el 12.5% se efectuó bisección del ovario contralateral por lesiones sospechosas. El hallazgo anatómo-patológico más frecuente en la serie fueron los quistes dermoides y simples y solamente se observó un caso de malignidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chowdhury, N.R. Ovarian tumors complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1962 March 1; 83(5):615-618
2. Dougherty, C.M. and Lund C.J. Solid ovarian tumors complicated pregnancy; clinical pathologic study. *Am J Obstet Gynecol* 1950 Aug; 60(5):261-272
3. Graber, E.A. Tumores ováricos en el embarazo. En su: Barber, H.R. Complicaciones quirúrgicas en el embarazo. Buenos Aires, Panamericana, 1978. 776p. (pp.440-451)
4. Grimes W.H.Jr. et al. Ovarian cyst complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1954 Aug; 68(2):594-605
5. Gustafson W.G. and Gardner S.H. Ovarian tumors complicating pregnancy; review of 45 surgical proved cases. *Am J Obstet Gynecol* 1954 Jun; 67(6):1210-1223
6. Jubb, E.E. Primary ovarian cancer in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1963 Feb 1; 85(3):345-354
7. Levine, W. and Diamond, B. Surgical procedures during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1961 May 1; 81(6):1046-1052
8. Pritchard, J.A. y P.C. Macdonald. Williams obstetricia. 2a. ed. Barcelona, Salvat, 1980. 967p. (pp.474-485)
9. Tawa, K. Ovarian tumors in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1964 Oct 15; 90(4):511-516
10. White, K.C. Ovarian tumors in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1973 Jun 15; 116(4):544-550

870-100

E. Sánchez de León

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:

Dr.

ASESOR.

Dr. *Sergio M. Alcantar*
MEDICO Y CIRUJANO
Agosto 1985

SATISFECHO:

Dr.

REVISOR.

Dr. JOSE LUIS CHACON MONTIEL
MEDICO Y CIRUJANO
OBLIGADO NO. 1686



APROBADO:

Juan
DIRECTOR DEL CICS



Dr. Mario René Moreno Cambara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 10. de

Agosto

de 1985.

Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 23).