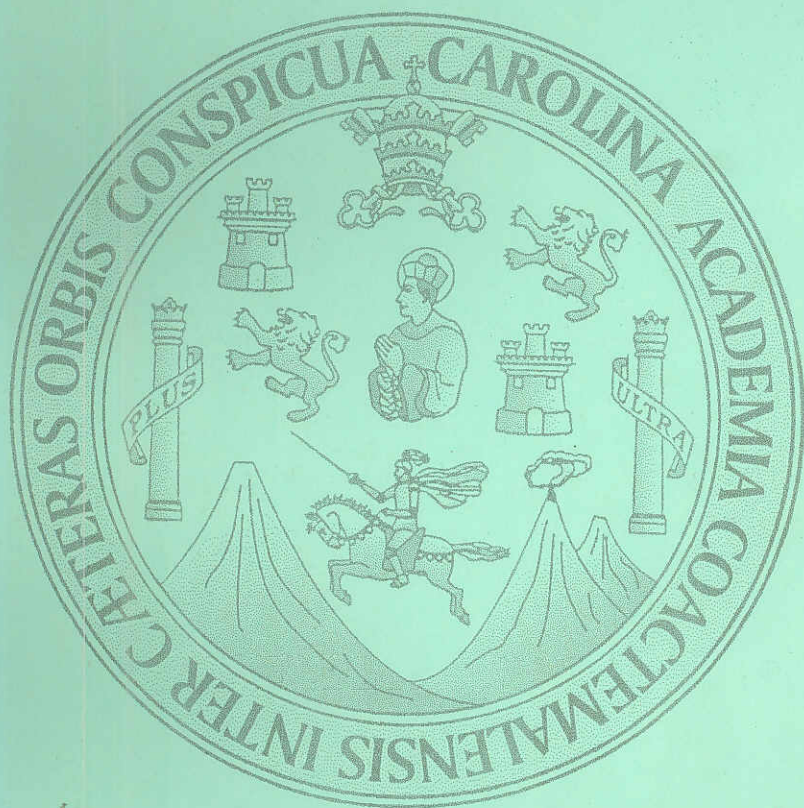


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CRITERIOS CLÍNICOS Y ULTRASONOGRÁFICOS EN LA
DECISIÓN DE CONDUCTA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE MASAS ANEXIALES**



MARÍA DE LOS ÁNGELES COY ORANTES

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACIÓN	3
IV.	OBJETIVOS	4
V.	REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	5
VI.	MATERIAL Y METODOS	26
VII.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
VIII.	CONCLUSIONES	63
IX.	RECOMENDACIONES	64
X.	RESUMEN	65
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
XII.	ANEXOS	69

I. INTRODUCCION

Las masas anexiales afectan a la mujer a cualquier edad, pero mayormente a aquellas que se encuentran en etapa reproductiva, pudiendo presentar desde varios síntomas hasta ningún signo encontrado a la hora de realizar un examen físico. (11)

Con el presente trabajo de investigación de tipo retrospectivo y descriptivo se identificó los principales criterios clínicos y ultrasonográficos de la masa anexial que influyeron en la decisión de conducta terapéutica en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo en el período de enero a diciembre 2000. Para esto se revisaron 226 expedientes de pacientes, en los que solamente en 18% se pudo palpar una masa pélvica al examen ginecológico y en todas aquellas en quienes se sospecho dicha anomalía, se solicitó un examen ultrasonográfico para confirmar tal diagnóstico.

Los ovarios poliquísticos fue el diagnóstico ultrasonográfico más encontrado en 30%, seguido por los quistes simples de ovario, la mayoría estando dentro del rango de 1 a 5 cm.

En la decisión de conducta terapéutica quirúrgica se tomó muy en cuenta que el 93% de todas las masas diagnosticadas por ultrasonido fueron mayores de 5 cm, incluyendo aquellas con sospecha de malignidad.

El examen ultrasonográfico es un método que reduce los costos hospitalarios, no invasivo y de alta confiabilidad; por lo que se utilizó como complemento de apoyo para confirmar y/o establecer el diagnóstico en las pacientes. (12,14)

Es muy importante que en el futuro se le de seguimiento médico y ultrasonográfico a todas las pacientes con diagnóstico de masa anexial para ver si estas disminuyeron, desaparecieron o aumentaron de tamaño.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Las masas anexiales se encuentran frecuentemente en mujeres sintomáticas y asintomáticas de todas las edades. De éstas, el cáncer de ovario ocupa el tercer lugar en frecuencia dentro de los cánceres ginecológicos. Casi siempre se diagnostica en etapas tardías y más de la mitad de las mujeres diagnosticadas con la enfermedad muere dentro de cinco años. El riesgo de padecer éste aumenta con tener algún antecedente familiar. (15,16,25)

En mujeres premenopáusicas, los quistes foliculares fisiológicos y quistes del cuerpo lúteo son las masas anexiales más comunes, pero también se debe considerar la posibilidad siempre de un embarazo ectópico. Otras masas en este grupo de edad incluyen endometriomas, ovarios poliquísticos, abscesos tubo-ováricos y neoplasias benignas. Las neoplasias malignas son raras en mujeres más jóvenes, pero se vuelven más frecuentes conforme aumenta la edad. En mujeres postmenopáusicas con masa anexial, tanto neoplasia primaria o secundaria se debe tomar en consideración, junto con leiomiomas, fibromas ováricos y otras lesiones tales como abscesos diverticulares. (11)

Se debe obtener información desde síntomas claros como náusea, vómitos, estreñimiento, fiebre, etc. hasta los síntomas más vagos como pesadez o presión abdominal. Se debe hacer un examen físico detallado, desde la presencia de adenopatía hasta la descripción de la masa pélvica encontrada al examen ginecológico y además seleccionar un examen de laboratorio para apoyo diagnóstico cuando sea necesario, sin dejar de tomar en cuenta las características ultrasonográficas de la masa. (15,26)

En resumen, la descripción de la sintomatología, del examen físico, los estudios complementarios y los hallazgos ultrasonográficos son los elementos importantes para establecer la conducta terapéutica en pacientes con masa (s) anexial (es).

Con el presente trabajo de tesis se desea conocer los criterios clínicos y ultrasonográficos más utilizados en el manejo de las masas anexiales en el Departamento de ultrasonografía del Hospital Juan José Arévalo Bermejo del IGSS, revisando los expedientes de todas las pacientes que asistieron durante el período 1 Enero al 31 Diciembre del 2000.

III. JUSTIFICACION

Las masas anexiales pueden ser patologías agresivas y tornarse en un serio problema de salud, y van desde un simple quiste funcional hasta una enfermedad degenerativa como cáncer de ovario. La incidencia de éste por edades es alrededor de 2 por 100 mil en mujeres jóvenes alrededor de los 30 años, incrementándose gradualmente a 55 por cada 1,000 mujeres en los setenta años. De éstos, 75 a 78% se diagnostica en etapas tardías, durante las cuales la sobrevida esta por debajo del 50%. (14)

A toda paciente que consulta con un ginecólogo se le debe tomar una adecuada historia clínica y posteriormente realizarle un examen físico completo, y si en todo esto se sospecha la presencia de alguna masa anexial lo más aconsejable es la realización de un ultrasonido pélvico-abdominal o transvaginal.

Con el avance de la tecnología una de las estrategias de detección temprana del cáncer es la ultrasonografía, la cual se sugirió por primera vez en 1989, por Campbell y colaboradores. En las últimas fechas se sugirió que la ultrasonografía transvaginal era potencialmente más precisa como técnica de detección de esta entidad. Su utilidad es amplia, con un bajo costo, y es un medio no invasivo que en las manos adecuadas puede aportar valiosa información. (7,10)

Con toda la información obtenida se pueden ir creando criterios clínicos y ultrasonográficos para el análisis y mejoramiento de los protocolos del tratamiento para las masas anexiales y así, llegar a conocer cuál es la conducta terapéutica más adecuada en el futuro; entre éstas se puede mencionar la quirúrgica, la radioterapia, la quimioterapia, la hormonal, etc. (19,26).

IV. OBJETIVOS

GENERALES

- Establecer los criterios clínicos y ultrasonográficos que influyen en la decisión de conducta terapéutica en pacientes con diagnóstico de masa anexial que asistieron al Departamento de Ultrasonografía de Gineco-Obstetricia en el Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo, IGSS zona 6, durante el período del 1 Enero al 31 Diciembre 2000.
- Determinar la combinación de criterios más frecuentes para cada conducta terapéutica.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

MASAS ANEXIALES

En el tracto reproductivo femenino encontramos el útero y sus anexos, los cuales están integrados por: ovarios, trompas de Falopio, ligamento ancho, vasos y nervios. Las masas son particularmente comunes en esta área; principalmente de tipo quístico a nivel del ovario, ya que durante la edad reproductiva, estos mantienen intensa actividad hormonal durante el ciclo menstrual.

Estructuras normales:

1. Los ovarios, normalmente miden de 3 a 5 cm. de longitud.
2. Antes de la menopausia sus dimensiones son de 3.5 x 2 x 1.5 cm.
3. Al principio de la menopausia los ovarios miden aproximadamente 2 x 1.5 x 0.5 centímetros.
4. En la parte tardía de la menopausia son aun más pequeños: 1.5 x 0.75 x 0.5 centímetros.
5. Las trompas de Falopio normalmente no se pueden sentir, ni visualizar por ultrasonografia. (3,9,29)

CRITERIOS CLÍNICOS:

La sintomatología asociada con mayor frecuencia a masas ováricas es:

- Compresión: el crecimiento tumoral puede ejercer presión sobre vejiga urinaria, uretra, uréteres, recto, pelvis, drenaje linfático y venoso (de miembros inferiores y abdomen), pudiendo dar incontinencia o urgencia urinaria, estreñimiento, edema distal, várices, dificultad respiratoria.
- Tamaño: por lo general el crecimiento silencioso ocasiona un incremento del perímetro abdominal.
- Dolor: síntoma que al presentarse agudamente sugiere torsión o ruptura del pedículo, o bien, hemorragia. Por lo general es el resultado de algún accidente agudo o alguna complicación.

- Anormalidades menstruales: los tumores con función endocrina causan a menudo anormalidades menstruales. Si el tumor es productor de estrógenos, causa oligo o amenorrea, seguidas por menstruaciones irregulares, excesivas o prolongadas.
- Cambios hormonales: aparte de trastornos en la menstruación, se puede asociar a masculinización o feminización, y la elevación de hormonas sirven de apoyo diagnóstico.
- Infertilidad: excepto en el Síndrome de Stein-Leventhal y la patología relacionada con la Enfermedad Poliquística Ovárica, existe raramente una relación directa entre crecimiento ovárico e infertilidad. (8,22,25,27)

Entre algunos de los síntomas del cáncer ovárico podemos mencionar: dolor abdominal o pélvico, distensión abdominal, gas, náusea, fatiga, aumento de la micción o cambios en hábitos del intestino, pesadez en abdomen bajo, pérdida de apetito o sentimiento de llenura después de una comida ligera, indigestión, diarrea, estreñimiento, presión pelviana, vómitos, sangrado anormal, efectos hormonales relacionados, ascitis, etc. (6,15,17,24)

EXAMEN FÍSICO:

Un examen físico completo detectará señales de infección o neoplasias. Si se encontrara alguna masa pélvica es necesario determinar su etiología. Hallazgos significantes incluyen la linfadenopatía cervical, supraclavicular e inguinal y la presencia de efusión de las pleuras o ascitis. El examen del pecho es especialmente importante porque el ovario es un común sitio de metástasis por carcinoma del pecho. (11)

En un detallado examen ginecológico es necesario hacer como primer paso un examen de Papanicolau de cérvix. (9)

La exploración ginecológica sigue siendo parte importante de la evaluación de trastornos médicos del aparato reproductor femenino, sin embargo, la sensibilidad para el diagnóstico de pequeños tumores ováricos es muy mala, ya que los tumores menores de 1.5 cm no son fáciles de palpar, lo que hace mínimos o inciertos los hallazgos ginecológicos. (1,3,11)

Al examen bimanual la palpación del ovario es difícil, no solamente por la movilidad sino también por su tamaño y a veces por lo doloroso que pueda resultar la maniobra, además si la paciente no ha tenido vida sexual se deberá hacer la palpación por vía rectal. Los tumores menores de 1.5 cm no son fáciles de palpar, lo que hace mínimos o inciertos los hallazgos ginecológicos. Este examen proporciona información para determinar el diagnóstico con las características de las masas (por ejemplo: tamaño, localización, forma, consistencia, sensibilidad, etc). Se puede concluir que una masa irregular, firme, inmóvil, es compatible con un proceso maligno; mientras que una masa anexial de superficie lisa, móvil, con estructura quística y que no causan ascitis (líquido libre dentro de la cavidad abdominal), es considerada benigna en general. (1,3,6,9,11,31)

ULTRASONIDO PELVICO-ABDOMINAL:

La ultrasonografía transabdominal permite visualizar tanto la cavidad pélvica como la cavidad abdominal, por lo que es ideal para evaluar las estructuras anexiales. (4,9)

A menudo las masas pélvicas son detectadas durante un ultrasonido abdominal por otra indicación distinta. Aunque las características ultrasonográficas de las masas pélvicas frecuentemente no permiten un diagnóstico histopatológico específico, la ultrasonografía proporciona parámetros clínicos importantes para las masas pélvicas. Entre estos se incluyen:

1. Confirmación de la presencia o ausencia de una masa pélvica.
2. Descripción del tamaño, consistencia interna y contorno de la masa.
3. Establecer el origen anatómico y su relación con otras estructuras pélvicas.
4. Un estudio para establecer la presencia o ausencia de anormalidades asociadas con enfermedad maligna, semejante como ascitis o lesiones metastásicas.
5. Dirección para aspiración o biopsia de una masa pélvica escogida. (11,12,13,30)

Si un médico sospecha de masa anexial, requerirá de un ultrasonido que informe las imágenes y los detalles sobre la forma ovárica, tamaño, y densidad; pues la ultrasonografía pelvico-abdominal es un método de detección temprana y define las características de la masa. Si las imágenes indican cambios anormales, el ultrasonografista normalmente refiere a la mujer a un ginecólogo o ginecólogo oncólogo para un examen completo y pruebas tempranas. (7,21)

CRITERIOS ULTRASONOGRÁFICOS:

Los tumores deberían ajustarse a los siguientes patrones para asegurar una gran probabilidad de enfermedad benigna:

- A. Tamaño: aunque no hay un punto límite absoluto, los quistes ováricos deben medir menos de 8 a 10 cm. Hay una correlación positiva entre el mayor tamaño y aumento concomitante del riesgo de cáncer.
- B. Tabicaciones: de estar presentes, deben ser delgadas y simples; los tabiques gruesos y complejos sugieren cáncer.
- C. Quístico o sólido: debería ser puramente quístico sin zonas sólidas, pues estas indican malignidad. Una excepción a esta regla es el teratoma quístico maduro (dermoide), con un aspecto ultrasonográfico basado en la interfase de zonas altamente ecogénicas, como hueso y dientes.
- D. Bordes: deberían ser regulares y bien definidos. Los bordes irregulares o indefinidos sugieren cáncer.
- E. Lateralidad: debe ser unilateral, como un ovario contralateral normal bien visualizable. Aunque las lesiones benignas pueden ser bilaterales, la frecuencia de bilateralidad aumenta en tumores limítrofes e invasores.
- F. Líquido libre: debe haber poco o ningún líquido pélvico libre. La ascitis es una contraindicación absoluta para laparoscopia.
- G. Presencia o ausencia de papilas: no debería haber excrecencias papilares internas o externas. Las primeras sugieren de manera

aislada tumores de bajo potencial maligno, en tanto que las superficiales o los nódulos sugieren tumores francamente invasores.

- H. Estructuras de sostén: las asas intestinales adheridas o complejas y las adherencias extensas sugieren malignidad. (14,27)

ULTRASONOGRAFÍA TRANSVAGINAL:

La ultrasonografía transvaginal es superior para valorar los elementos intrapélvicos. Mediante el procedimiento transvaginal se establece con mayor confianza la demostración del útero vacío, de tumoraciones en los anexos y de líquido peritoneal libre, y los signos directos de embarazo ectópico. (4)

La ventaja de la ultrasonografía transvaginal sobre la vía transabdominal es que no requiere de una preparación especial, ya que no se necesita de una vejiga llena de líquido, lo cual es incómodo para algunas pacientes. También la vía transabdominal produce imágenes atenuadas de la pelvis e imágenes menos detalladas del ovario, y la vía transvaginal da imágenes del ovario con mayor resolución por la cercanía del canal vaginal con las estructuras de la pelvis. La desventaja de la vía transvaginal es la limitación de su utilización en mujeres que no han tenido actividad sexual y en niñas, además de su poco alcance cuando las masas son de gran tamaño y se tornan en masas abdominopélvicas. En estos casos se complementa el estudio por vía transabdominal, el cual sigue siendo un método diagnóstico excelente; recientemente también se puede utilizar la vía transrectal. (4,12,14)

La ecografía transvaginal puede ser útil en la localización de un ovario escurridizo. La arquitectura interna de las masas anexiales se observa mucho mejor por vía transvaginal que por las técnicas estándares con vejiga llena. La ultrasonografía transvaginal esta indicada para:

1. Determinación de la presencia o ausencia y evaluación de masas anexiales relativamente pequeñas (menores de 5 a 10 cm).
2. Determinación del origen de una masa uterina, ovárica o tubárica y si está o no torcionada.
3. Evaluación detallada de la consistencia interna con particular énfasis en

la presencia o ausencia de pólipos, septaciones o consistencias internas (sangre, pus, fluido seroso).

4. Aspiración guiada transvaginal de ciertas masas.
5. Evaluación de trastornos endometriales o miometriales relacionados con masas pélvicas. (13)

Para masas menores de 10 cm de tamaño, la ecografía transvaginal puede proporcionar detalles delimitados de las masas y determinar su origen. La ultrasonografía transvaginal en los últimos tiempos se ha sugerido como técnica de detección temprana del cáncer ovárico, pues los progresos recientes en la ultrasonografía transvaginal han demostrado una gran sensibilidad (>95%) para identificar cáncer ovárico en etapa incipiente. Si sonográficamente se demuestra excrecencias papilares, masas peritoneales, metástasis al hígado, ruptura capsular, pseudomixoma y líquido intraperitoneal, esto sugiere altamente malignidad. (4,7,10)

ANOMALÍAS ANATOMICAS Y FISIOLÓGICAS

1. Ovario poliquístico:

Este es reconocido como un ovario agrandado casi con forma esférica, teniendo múltiples y pequeños folículos inmaduros menores de 10 mm, que crecieron a lo largo de su superficie. (14)

La constelación de obesidad, oligomenorrea e hirsutismo con poliquistosis crónica constituyen el síndrome de Stein-Leventhal. Sin embargo, no es habitual que todas estas características se presenten en una paciente con ovarios poliquísticos crónicos, por lo que es necesario hacer mediciones de valores hormonales. El aspecto ecográfico de grandes ovarios esféricos que contienen múltiples quistes pequeños es sugestivo de poliquistosis crónica. Los quistes generalmente son de 5 a 8 mm de diámetro, casi siempre con más de 8 en cada ovario. (3,18)

Estas características se observan en 35-40% de los casos. Aproximadamente en 30% de estas pacientes, el volumen ovárico está dentro de límites normales. Aproximadamente en 25%, se observa un ovario hipoecogénico sin definición de pequeños quistes individuales. Por último alrededor del 5% muestra un ovario agrandado que es isoecogénico respecto al útero. Es importante que estas pacientes

reciban un seguimiento prolongado, ya que un ambiente estrogénico sin oposición en pacientes amenorreicas puede aumentar el riesgo de carcinoma endometrial y posiblemente carcinoma de mama. La mayoría de los folículos en pacientes que toman píldoras anticonceptivas serán pequeños, irregulares y atrésicos. Ocasionalmente, un folículo que funciona en forma autónoma puede asociarse con pubertad precoz. Este trastorno se observa habitualmente en niñas premenárquicas y se ha asociado con hipotiroidismo. (3,4)

El tratamiento dependerá de los deseos de la paciente. Algunas requieren anticoncepción hormonal, en tanto que otras se benefician cuando se les induce la ovulación. De manera simultánea se pueden lograr interrupción del estado sostenido y control del hirsutismo; sin embargo, en las pacientes que desean embarazarse quizá no sea posible el control eficaz del hirsutismo. La reducción de peso en pacientes obesas con Síndrome de Ovario Poliquístico puede afectar de manera positiva a las anomalías menstruales, lo mismo que al hirsutismo. Como todas las medicaciones tienen efectos adversos potenciales, la primera línea de tratamiento debe ser la reducción del peso. La adición de tratamiento antiandrogénico al programa de pérdida de peso puede mejorar en mayor grado aún su efecto. (3,4,18)

2. Síndrome de McCune-Albright:

Este también se asocia a pubertad precoz. Los ovarios de este pequeño grupo de pacientes son grandes y contienen quistes grandes. Este síndrome incluye displasia fibrosa, pigmentación cutánea macular y precocidad sexual. (4)

3. Fibrosis quística:

En un estudio con 13 pacientes con fibrosis quística, se hallaron quistes de ovario de más de 3 cm de tamaño en 46% de las pacientes. Todos los quistes fueron unilaterales, uniloculares y transitorios. (3,4)

CLASIFICACIÓN DE LAS MASAS

1. Masas anexiales quísticas:

Las lesiones son redondas u ovoides, de bordes agudos y anecogénicas con refuerzo acústico posterior. Con frecuencia, muestran sombras de refracción. Varios tipos de lesiones anexiales muestran características quísticas, incluyendo quistes ováricos

fisiológicos o funcionales (quiste folicular, del cuerpo lúteo o tecaluteínico, cistoadenoma, quistes paraováricos, endometrioma e hidrosálpinx).

Los abscesos tuboováricos pueden ser anecogénicos y pueden ser resultados de enfermedad inflamatoria pelviana crónica. (4,18)

2. Masas complejas, predominantemente quísticas:

En este grupo se incluyen las masas predominantemente anecogénicas pero que contienen tabicaciones o material sólido. El tipo más común de masa compleja predominantemente quística es el tumor epitelial del ovario, como el cistadenoma o el cistadenocarcinoma. El teratoma quístico (quiste dermoide), el absceso tuboobárico, el endometrioma y el embarazo ectópico también entran en esta categoría.

Debe sospecharse la variedad maligna cuando hay material sólido o formando masas, y cuando se asocia ascitis con la masa. (4,18)

3. Masas complejas, predominantemente sólidas:

Estas lesiones mas comúnmente son tumores de células germinales, es decir, teratomas quísticos benignos o quistes dermoides. Un quiste dermoide se presenta como una masa compleja, predominantemente sólida que contiene ecos de nivel elevado que nacen del pelo o las calcificaciones en el quiste dermoide.

Se debe considerar el embarazo ectópico, endometrioma y torsión del ovario que tienen aspectos variables. (4,18)

4. Masas anexiales sólidas:

Los tumores endometrioides, disgerminomas y tumores del estroma gonadal están en este grupo. En el diagnóstico diferencial están también incluidas las anomalías anexiales no ováricas como metástasis ováricas, linfadenopatía por linfoma o leucemia, leiomiomas uterinos exofíticos, extensión por continuidad de neoplasias de órganos adyacentes como recto, epiplón engrosado o mesenterio y hematoma. (4,18)

LESIONES PATOLOGICAS

A. Lesiones quísticas no neoplásicas del ovario:

Ocurren cambios fisiológicos en el ovario que crean estructuras anecogénicas que parecen quísticas; son los folículos y los cuerpos lúteos. No deben confundirse con quistes funcionales que incluyen el quiste folicular, quiste del cuerpo lúteo y los quistes tecaluteínicos, ni con el síndrome de ovario remanente. (4)

1. Quistes foliculares: pueden variar de tamaño desde 1 a 10 cm de diámetro; no pueden diagnosticarse hasta que son mayores de 2.5 cm de diámetro, ya que los folículos normales pueden alcanzar este tamaño; rara vez son sintomáticos y habitualmente sufren regresión en forma espontánea. Cuando persisten, pueden secretar estrógenos (hormonas sexuales femeninas), lo que puede llevar a sangrado irregular.

Ecográficamente, los quistes foliculares son estructuras de límites bien definidos, con paredes delgadas, uniloculares y anecogénicas que en general son unilaterales pero en ocasiones bilaterales. Si ocurre hemorragia, se observan ecos internos. También se han observado tabicaciones. (4)

Tratamiento: primeramente se deben observar, puesto que pueden resolverse en plazo de 4 a 8 semanas espontáneamente; anticonceptivos orales y resección del quiste si persiste más de 8 semanas. (3,4,23)

2. Quistes del cuerpo lúteo:

El cuerpo lúteo se designa como quiste si su diámetro es mayor de 3 cm. Generalmente son uniloculares, unilaterales y de 5 a 11 cm de diámetro. Estos tienden a ser más grandes que los quistes foliculares y más sintomáticos. El dolor es el hallazgo clínico predominante. Son propensos a la hemorragia y ruptura. (4,23)

Ecográficamente, el quiste del cuerpo lúteo puede ser anecogénico, pero con frecuencia existen ecos internos de bajo nivel que a veces pueden llenar la lesión. (4)

Tratamiento: extirpación quirúrgica en caso de rotura. (23)

3. Quistes tecaluteínicos:

Estos en general son multiloculares, bilaterales y muy grandes. Debe efectuarse una evaluación cuidadosa para detectar embarazo molar cuando se sospechan estos quistes.

No requieren tratamiento; los quistes suelen reabsorberse cuando se trata la causa primaria (extirpación de la mola). (4,23)

4. Quistes paraováricos:

Estas lesiones tienen un amplio rango de tamaño que varía de 1.5 a 19 cm. Aunque la mayoría por ultrasonido son anecogénicos, con el mismo aspecto que los quistes hallados en cualquier parte de cuerpo, algunos quistes contienen ecos internos debido a la presencia de hemorragia. En muchos casos se observa un ovario ipsilateral normal mediante ultrasonografía. (3,4)

5. Endometrioma:

La forma más común de la enfermedad se presenta como pequeños implantes endometriales difusos que afectan las vísceras pelvianas y sus fijaciones ligamentosas, por lo que esta forma de la enfermedad se diagnostica rara vez por ecografía.

Ocasionalmente pueden contener focos de material ecogénico más brillante, compatible con hemorragia fresca; también pueden ser anecogénicos y pueden presentarse puramente quísticos.

Si son de gran tamaño el tratamiento es quirúrgico. (4,14,23)

6. Torsión de ovario:

Los hallazgos clínicos incluyen dolor pelviano severo, anorexia, náuseas y vómitos, pudiéndose encontrar una masa palpable.

Ecográficamente, el hallazgo sobresaliente es un ovario agrandado unilateralmente que puede aparecer como una masa hipocogénica o con áreas ecogénicas como resultado de hemorragia.

La torsión de ovario se tratará por medios quirúrgicos. El tratamiento se puede lograr mediante laparoscopia o laparotomía, según el tamaño de la tumoración. (3,4,11,13,14)

7. Neoplasia:

Alrededor del 80% de los tumores de ovario son benignos y ocurren en mujeres jóvenes entre 20 y 45 años. Los tumores malignos son más comunes en los grupos etarios mayores, entre 40 y 65 años. En consecuencia, es esencial la evaluación cuidadosa del ovario postmenopáusico.

Aunque pueden ser predominantemente quísticas o sólidas, las neoplasias de ovario están en la categoría ecográfica de las lesiones complejas.

Las lesiones anecogénicas de bordes bien definidos tienen alta probabilidad de ser benignas. La creciente ecogenicidad, heterogeneidad y falta de definición de los márgenes favorecen la enfermedad maligna. Dos excepciones a esta observación son:

- 1- Lesiones con focos muy ecogénicos, que habitualmente son teratomas quísticos benignos y
- 2- Lesiones totalmente o casi totalmente ecogénicas, que tienden a representar masas de origen no ovárico o lesiones benignas. (4)

CLASIFICACION DE LOS TUMORES

A. TUMORES EPITELIALES

1. Tumores serosos:

El cistadenoma seroso y el cistadenocarcinoma seroso son las neoplasias ováricas epiteliales más comunes de los tumores serosos. (4)

a) Los cistadenomas serosos benignos son grandes masas anecogénicas de bordes bien delimitados que habitualmente son uniloculares, pero pueden contener un enrejado de tabiques internos de pared delgada. Ocasionalmente se observan proyecciones papilares, mientras que la ascitis es muy rara. Estas lesiones son casi indistinguibles entre un contenido mucinoso o seroso. El tratamiento debe plantearse con evaluación específica de cada caso. (4,13,14,27)

b) En los cistadenocarcinomas serosos las pacientes pueden acudir con síntomas abdominales vagos, aumento de volumen abdominal (por ascitis o un gran tumor), o en raras ocasiones con una tumoración pélvica descubierta de manera incidental. Se suele solicitar realizar el marcador tumoral CA-125, pues se eleva en el 80 por ciento de todas las pacientes con cistadenocarcinoma seroso del ovario, pero en sólo 50 por ciento en etapa I de la enfermedad. Aunque en la mujer premenopáusica se ha discutido con amplitud el valor de este, pues diversos trastornos benignos como leiomiomas uterinos, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo y endometriosis pueden generar elevación del CA 125, y por lo tanto ocasionar intervención quirúrgica innecesaria. (4,11)

Habitualmente por ultrasonido son lesiones multiloculares que contienen numerosas proyecciones papilares que nacen de las paredes y tabiques del quiste, puede presentarse material ecogénico en los lóculos. Y la gran mayoría que tienen áreas sólidas internas y septaciones irregulares probablemente son malignos. Estos tumores suelen formar ascitis. Pueden ser mayores de 15 cm en 56% de los pacientes en una serie. 33% de los casos en etapa I son bilaterales y 66% son bilaterales en pacientes con enfermedad en etapas mayores. (4,13,26)

2. Tumores mucinosos:

El cistadenoma y cistadenocarcinoma mucinoso son algo menos comunes que las formas serosas. Estas lesiones pueden ser bilaterales, aunque casi siempre son unilaterales y pueden crecer hasta alcanzar enormes dimensiones. (3,4)

a) El cistadenoma mucinoso: es un tumor ovárico quístico uni o multilocular, y constituye entre el 16 al 30% de todas las neoplasias ováricas benignas. Es bilateral en el 5 a 7% de los casos. Rara vez se maligniza. Su pico máximo de incidencia es entre la tercera y cuarta década de la vida. Pueden ser enormes, de hasta 50 cm, pero con mayor frecuencia son de 15 a 30 cm, llenando la cavidad pelviabdominal. Con frecuencia se presentan tabicaciones prominentes. Por su naturaleza puede aparecer probablemente con una ecogenicidad de bajo nivel en el centro.

El tratamiento usual para estos tumores es la resolución quirúrgica. (4,14,23,27)

b) Los cistadenocarcinomas mucinosos: habitualmente son grandes lesiones quísticas multiloculadas que contienen material ecogénico con proyecciones papilares. Son bilaterales aproximadamente en 25% de las pacientes. La metástasis de estos cistadenocarcinomas o la ruptura de un tumor maligno da origen al desarrollo de un material gelatinoso que puede implantarse en todas las superficies serosas, produciendo amplia adherencia de las vísceras y enmarañamiento del contenido abdominal. Este trastorno, "El Seudomixoma Peritoneal", puede asemejarse ecográficamente a la ascitis o puede manifestarse como racimos similares a uvas de espacios anecogénicos que llenan gran parte de la pelvis y el abdomen. Se ha demostrado que el antígeno CA 125 contribuye al diagnóstico oportuno del cáncer epitelial del ovario. (3,4)

3. Otros tumores epiteliales:

a) Carcinoma endometriode: éste constituye aproximadamente 20% de todos los cánceres de ovario. El cuadro clínico no difiere mucho del de aquellas con otros tumores epiteliales malignos. La edad promedio de presentación es de 57 años. Ecográficamente con frecuencia es bilateral en 33%; se ha descrito variado desde la forma quística con proyecciones papilares hasta la forma sólida compleja con áreas de necrosis y hemorragia. Este es una masa quística que contiene componente seroso o mucinoso, y ultrasonográficamente es muy similar al endometrioma. Casi nunca son tan grandes como los tumores mucinosos, o tan papilares como los tumores serosos (3,4,14,26)

b) Carcinoma de células claras: el carcinoma de células claras es bilateral en 13% de los casos. La edad promedio para las pacientes con este tumor es de 53 años. Se cree que estas neoplasias se originan en el conducto de Muller y constituye una variante del carcinoma endometriode. Ecográficamente es una masa inespecífica y compleja. Varían en composición de sólidas a quísticas y tienen múltiples nódulos pequeños en la pared. (4,26)

c) Tumor de Brenner: habitualmente es benigno, ocurre a cualquier edad y es raro. Varía de tamaño desde 1 a 20 cm, en general estas lesiones son sólidas, aunque ocasionalmente son quísticas. En pocos casos, estos pueden ser bilaterales. Estos usualmente muestran atenuación acústica. La resección quirúrgica completa suele generar curación del problema (3,4,14)

B. TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES

1. Teratoma:

Los teratomas se dividen en tres categorías: benignos, malignos y monodérmicos o sumamente especializados.

Los síntomas clínicos son los mismos de todas las neoplasias ováricas, es decir, dolor abdominal, masa y a veces molestias gastrointestinales o alteraciones del ciclo menstrual. Las manifestaciones clínicas de esta lesión de crecimiento lento suelen estar relacionadas con su tamaño, compresión o torsión, o bien con una peritonitis química secundaria al escape hacia el interior del abdomen de restos cargados de colesterol. La torsión es la complicación más frecuente, encontrándose hasta en 16% de los casos en una gran serie, y tendiendo a ser más frecuente durante el embarazo y el puerperio. (3,4,23)

a) Teratomas benignos: la mayor parte son quísticos y clínicamente se denominan "quistes dermoides". Ecográficamente es sumamente variable, aunque una masa anecogénica que contiene un foco mural ecogénico con sombra acústica asociada, el "tapón dermoide" es muy sugestiva de un quiste dermoide. Con frecuencia se observa material ecogénico en una porción no declive. La sombra en un quiste dermoide a menudo se debe a la presencia de pelo, aunque el hueso o los dientes también pueden explicar este hallazgo. Habitualmente el tumor es unilateral y por lo tanto se puede tratar de forma adecuada mediante ooforectomía unilateral. (4,23,26)

b) Teratomas malignos: son poco frecuentes, suponiendo menos del 1% de los teratomas ováricos; se hallan principalmente en adolescentes prepúberes y mujeres jóvenes. Rara vez producen hormonas esteroides, y se pueden acompañar de

pseudoprecocidad sexual. Los marcadores tumorales serán negativos en estos casos a menos que haya un tumor mixto de células germinales. Estos prácticamente nunca son bilaterales aunque en ocasiones se encuentra un teratoma benigno en el ovario contralateral. El tratamiento es la excisión quirúrgica. Estos tumores pueden tener múltiples implantes peritoneales en el momento de la cirugía inicial. En la paciente premenopáusica cuya lesión parece confinarse a un solo ovario, deberá efectuarse ooforectomía unilateral y clasificación de la etapa quirúrgica. En la paciente postmenopáusica pueden efectuarse histerectomía abdominal total y salpingooforectomía bilateral. (3,4,5,23,26)

c) Los teratomas especializados constituyen un notable grupo de tumores de los cuales los más frecuentes son el struma ovarii y el carcinoide. (4)

i. Struma ovarii: representa 2.7% de la forma más común de este tipo de teratomas. La mayor parte de los struma ovarii son benignos, sólo el 5.10% son malignos, y de éstos 40% se ha asociado a diseminación extraovárica. En un estudio de ocho casos de struma ovarii que se presentó en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1999, las características clínicas de este tumor fueron: edad promedio 45.5 años, masa pélvica acompañada de distensión y dolor abdominal. La presencia de ascitis es otra manifestación que se puede presentar hasta llegar a un síndrome de Meigs. Estos suelen presentar síntomas de hipertiroidismo y la detección de CA 125 suele ser inespecífica. Estos tumores ováricos pueden experimentar una transformación maligna, aunque generalmente son benignos y pueden ser tratados con facilidad mediante la extirpación quirúrgica. (2,4,5)

ii. Tumores carcinoideos: habitualmente los carcinoideos ováricos primarios aparecen asociados a epitelio gastrointestinal o respiratorio presente en el teratoma quístico maduro. (4,5)

2. Disgerminoma:

El disgerminoma puede producirse a cualquier edad, desde la infancia a la vejez. El disgerminoma es una de las dos neoplasias ováricas más comunes observadas durante el embarazo, siendo el otro el cistadenoma seroso. Los síntomas del disgerminoma no son característicos, siendo similar a los observados en pacientes con otras neoplasias ováricas sólidas. La duración de los síntomas suele ser corta. Los síntomas más habituales son aumento de tamaño abdominal y presencia de una masa en el inferior del abdomen. (5)

También se puede encontrar disgerminoma de forma accidental en pacientes estudiadas por amenorrea primaria, y en aquellos casos no infrecuentemente asociados a disgenesia gonadal y gonadoblastomas. En ocasiones anomalías menstruales y endócrinas pueden ser los síntomas iniciales. En este tumor es conveniente obtener los niveles séricos de alfa-fetoproteína (AFP, siglas en ingles), de gonadotropina coriónica humana (HCG) y de deshidrogenasa láctica (LDH). (5,11,28)

Por ecografía se han descrito como masas predominantemente ecogénicas que pueden contener áreas desde anecogénicas o hipoecogénicas por la hemorragia o necrosis. Este es unilateral y relativamente raro. El tamaño de los disgerminomas varía con amplitud, pero suelen tener un diámetro de 5 a 15 cm. (3,4,11)

El tratamiento de las pacientes con disgerminoma temprano es primordialmente quirúrgico, e incluye resección de la lesión primaria y clasificación apropiada de la etapa temprana. Como la enfermedad afecta principalmente a niñas y mujeres jóvenes, debe prestarse consideración especial a la preservación de la fertilidad cuando se pueda. (3,4,5,11,17)

3. Tumores del seno endodérmico:

Cerca de la tercera parte de las pacientes son premenárquicas en el momento de la presentación inicial. El síntoma de presentación más frecuente es el dolor abdominal o pélvico, y se produce en cerca de 75% de ellas, en tanto que en 10% se encuentra una tumoración pélvica asintomática. Con frecuencia se encuentran elevados los niveles alfa-fetoproteína (AFP) en este grupo de tumores, y, rara vez, pueden producir alfa-1-antitripsina (AAT) que puede medirse. (3,5)

Por ecografía se han descrito como masas predominantemente ecogénicas que pueden contener áreas desde anecogénicas o hipoecogénicas por la hemorragia o necrosis. El tumor del seno endodérmico es unilateral en 100% de los casos; por tanto, está contraindicada la biopsia del ovario opuesto en dichas pacientes. (3,5)

El tratamiento de los tumores del seno endodérmico consiste en exploración quirúrgica, salpingooforectomía unilateral y corte por congelación para establecer el diagnóstico. La añadidura de histerectomía y salpingooforectomía contralateral no altera los resultados. (3,5)

C. TUMORES DEL ESTROMA GONADAL Y DEL CORDON SEXUAL

1. Tumores de células de la granulosa: estos tumores tienen importancia clínica por dos razones:
 - Porque pueden producir una gran cantidad de estrógenos.
 - Por el claro potencial maligno de los tumores de células de la granulosa.

Los tumores funcionalmente activos (en general los que tienen abundante componente de teca) pueden provocar una pubertad precoz en niñas prepuberales porque secretan estrógenos. En la mujer adulta, pueden asociarse a hiperplasia endometrial, mastopatía fibroquística y carcinoma endometrial. Los otros síntomas y signos de tumores de células granulosas son inespecíficos, y los mismos que los de la mayor parte de las lesiones del ovario. Se encuentra ascitis en cerca de 10% de los casos, y rara vez hay derrame pleural. Los tumores tienden a ser hemorrágicos; en ocasiones se rompen y producen hemoperitoneo. (14,16)

Ecográficamente cuando son pequeños, los tumores de células de la granulosa son predominantemente ecogénicos y pueden semejar leiomiomas, pero cuando son grandes, tienen un aspecto multiloculado que simula un cistadenoma. Estos son principalmente sólidos, tienen algunas áreas quísticas y de sangrado, así como cambios degenerativos. Los tumores varían entre unos cuantos milímetros y 20 cm o más de diámetro. Rara vez son bilaterales. (3,4,5)

El tratamiento de los tumores de células granulosa depende de la edad de la paciente y de la extensión de la enfermedad, pues el tratamiento adecuado para estos casos consiste en histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral. Si se desea la fecundidad en ausencia de afección contralateral o pélvica, se justificará la salpingooforectomía unilateral. En la mayoría suele bastar con la resección quirúrgica como tratamiento primario; se reserva la quimioterapia y radioterapia para la enfermedad recurrente y metastásica. (3,5,14)

2. Tecoma:

La mayor parte de los tecomas (70%) ocurre en mujeres postmenopáusicas. El tumor en general es unilateral y benigno, con poca tendencia a sufrir degeneración maligna. El tumor ovárico representa uno de los mayores desafíos diagnósticos y terapéuticos para el ginecólogo. Aunque a veces pueden producir dolor o irregularidades menstruales, en otras ocasiones presentan escasas manifestaciones clínicas que orienten a un diagnóstico precoz. Los tecomas puros son tumores sólidos y firmes. Aproximadamente el 11% de estos tumores son productores de andrógenos. (4,5)

Ecográficamente la lesión es interesante porque presenta un patrón único de una masa con una sombra acústica prominente que corresponde a toda la extensión de la masa, por oposición a una sombra en un punto por calcificación o gas; también son sólidos ultrasonográficamente.

Este tumor rara vez es bilateral, y basta con ooforectomía simple para tratarlo. (3,4,13,14,23)

3. Tumores de células de Sertoli-Leydig:

Los tumores de células de Sertoli y Leydig ocurren con mayor frecuencia en las mujeres en el tercer y cuarto decenios de la vida; 75% de las lesiones ocurren en mujeres menores de 40 años. Estas lesiones son raras en extremo, y constituyen menos de 0.2% de los cánceres ováricos. Los tumores de células de Leydig y Sertoli son más a menudo lesiones malignas de grado bajo, aunque en ocasiones una variedad mal diferenciada se comporta de manera más agresiva. Como característica estos tumores producen andrógenos, y se observa virilización crónica en 70 a 85% de las pacientes. Entre

los signos de virilización están: oligomenorrea seguida por amenorrea, atrofia mamaria, acné, hirsutismo, clitoromelia, profundización de la voz y desplazamiento de la línea del pelo hacia atrás. Rara vez el tumor de células de Sertoli y Leydig se acompaña de manifestaciones de estrogenización (por ejemplo: precocidad isosexual, hemorragia irregular o posmenopáusica). (3,4)

El aspecto a nivel ecográfico es similar al de los tumores de células de la granulosa, son principalmente sólidos, tienen algunas áreas quísticas y sangrado y de cambios degenerativos. Como estas lesiones de grado bajo solo rara vez son bilaterales (<1%), el tratamiento ordinario consiste en salpingooforectomía unilateral y valoración contralateral en las pacientes que se encuentran en los años de la vida reproductiva. En aquellas de mayor edad es apropiado efectuar histerectomía con salpingooforectomía bilateral. Son insuficientes los datos para comprobar la utilidad de la radioterapia o la quimioterapia en las pacientes que experimentan enfermedad persistente. (3,4)

4. Fibromas:

Habitualmente estos afectan a mujeres menopáusicas o posmenopáusicas en su quinta o sexta década. Estos usualmente son el resultado de cambios degenerativos. (3,13)

Ecográficamente estas lesiones tienden a ser grandes, en el rango de 5-10 cm, pero pueden tener hasta 16 cm de diámetro, densos y neoplasmas fibrosos. 10% son múltiples, con ascitis presente en 40% de las pacientes con tumores de 6 cm de diámetro. En la mayoría suele bastar con la resección quirúrgica como tratamiento primario, dependiendo de la edad y de la extensión de la enfermedad. (4,13,14)

5. Síndrome de Meigs:

Consiste en ascitis asociada con derrame pleural, habitualmente sobre la derecha, y se asocia con 1 a 3% de los fibromas.

El aspecto ecográfico de este tumor benigno es el de una gran masa anexial, predominantemente hipoecogénica y con atenuación llamativa de la onda ultrasónica. (3,4,23)

D. EXTENSION METASTASICA Y DIRECTA DE LA NEOPLASIA

Linfoma: el linfoma pelviano puede aparecer en los ovarios, con mayor frecuencia como resultado de la diseminación de otros sitios, o puede representar linfadenopatía anexial en enfermedad pelviana extensa. Estas masas sólidas son similares a la linfadenopatía en otros sitios. Generalmente los ganglios linfáticos agrandados son hipoecogénicos y bastante transónicos. Sin embargo, debido al intestino lleno de gas, es improbable que todo el volumen tumoral sea delineado por ecografía. (3,4)

El tratamiento es el que se aplica al linfoma o a la leucemia en general. (3,4)

E. OTRAS

1. Tumor de Krukenberg: este puede constituir 30 a 40% de los cánceres metastásicos hacia los ovarios. Los tumores de Krukenberg pueden constituir cerca de 2% de los cánceres ováricos en algunas instituciones. Se aplica a los tumores ováricos metastásicos bilaterales compuestos por células mucíparas en anillo de sello, generalmente de origen gástrico. (3,4)

Su aspecto ecográfico es el de masas ecogénicas que contienen espacios anecogénicos variables. Pueden ser idénticos al citadenocarcinoma del ovario. Las lesiones no se descubren por lo general hasta que está muy avanzada la enfermedad primaria y, por tanto, la mayoría de las pacientes muere a causa de la enfermedad en plazo de un año. (3,4)

2. Carcinoma de colon: éste en particular puede presentarse como tumor ovárico bilateral. Como procedimiento primario deberá considerarse la necesidad de efectuar histerectomía con salpingooforectomía bilateral en los pacientes con carcinoma colorrectal, porque se encuentran en peligro de experimentar cánceres pélvicos sincrónicos o metástasis ocultas. (4)

3. Absceso pélvico: el absceso tuboovárico (ATO) es una causa importante de masa pelviana inflamatoria en mujeres de edad reproductiva y la causa más común de absceso abdominal en premenopáusicas. El ATO es una conocida complicación de la enfermedad inflamatoria pelviana (EIP) y su incidencia aumentaría

con relación a la epidemia actual de enfermedades de transmisión sexual (ETS); especialmente prevalente en pacientes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). Los abscesos tuboováricos pueden ser secuelas de la salpingitis aguda, suelen ser bilaterales, aunque puede ocurrir formación de absceso unilateral. (16)

Los síntomas del ATO suelen ser similares a los del absceso apendicular perforado y, tanto en la laparotomía como en la laparoscopia, el proceso inflamatorio puede afectar a los 3 órganos (ovario, trompas, apéndice), dificultando la detección de su origen. Es frecuente el dolor en el abdomen inferior y la formación de masas anexiales. La fiebre y leucocitosis suelen estar presentes, pero su ausencia no descarta un ATO especialmente en pacientes inmunocomprometidas. Las pacientes suelen presentar dolor abdominal y pelviano, con fiebre y escalofríos o sin ellos, y antecedentes de EIP (46%). En cuadros que involucran al intestino, son frecuentes la anorexia y la diarrea. El examen con espéculo suele mostrar copiosas secreciones mucopurulentas cervicovaginales. También se pueden palpar en la exploración bimanual como tumoraciones bilaterales fijas, muy firmes con extraordinaria sensibilidad. (14,16)

Las imágenes del abdomen y la pelvis son esenciales para el diagnóstico de ATO. La ultrasonografía pelviana suele ser el estudio inicial de elección: el ATO típico aparece como una masa quística compleja anexial o en el fondo de saco, con paredes irregulares y gruesas. (14,16)

El tratamiento del ATO actualmente se basa en el tratamiento conservador asociado a antibioticoterapia de amplio espectro. El fracaso terapéutico se define basándose en uno de los siguientes signos o síntomas: aumento del tamaño del ATO, elevación persistente de la curva de fiebre o ruptura del ATO con signos de peritonitis. Si ocurriera peritonitis la laparotomía exploradora con resección del tejido infectado es indispensable. (3,16)

VI. MATERIAL Y METODOS

A. Metodología:

1) Tipo de estudio:

- Descriptivo, no experimental, retrospectivo.

2) Objeto de estudio:

- Expedientes de pacientes del sexo femenino con diagnóstico de masa (s) anexial (es) por ultrasonido ginecológico.

3) Población:

- Doscientos veinte y seis expedientes.

4) Criterios de inclusión:

- Pacientes comprendidas entre los 10 a 69 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de masa (s) anexial (es) por ultrasonido durante el período del 1 Enero al 31 Diciembre 2000.
- Pacientes que fueron sometidas a tratamiento en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS.

5) Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de masa anexial por ultrasonido que ya no recibieron tratamiento en el Hospital Juan José Arévalo, IGSS.

6) Instrumentos de recolección y medición de las variables o datos

- Boleta de recolección de datos, la cual incluyó los principales datos generales de la paciente, si presentó sintomatología cuál fue, los principales signos encontrados al examen físico, si al examen ginecológico se le palpó masa, la descripción de ésta, los principales hallazgos ultrasonográficos y cual fue la principal conducta terapéutica que se le dió.

7) Ejecución de la investigación

- Se revisó los expedientes de pacientes del Departamento de Ultrasonido a quienes se les diagnosticó masa (s) anexial (es) por este medio.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Edad de la paciente obtenida en el expediente	Cuantitativa	Años, meses, días [19]
Criterios clínicos	Todo síntoma o signo encontrado en una paciente	Evaluación individual obtenida en el expediente de la paciente	Cualitativa	Síntomas: dismenorrea, irregularidad menstrual, dolor pélvico, pérdida de peso, hirsutismo, estreñimiento, pesadez pélvica, otros. Signos: adenopatía, ascitis, masculinización, acné, fiebre, masa pélvica, otros
Criterios ultrasonográficos	Descripción del hallazgo ultrasonográfico	Información obtenida del expediente de la paciente	Cualitativa	Tamaño, tabicaciones, quística, mixta, sólida, bordes definidos, líquido libre y excrecencias papilares
Conducta terapéutica	Decisión del manejo que se le da al paciente al encontrar alguna patología	Información obtenida del expediente de la paciente	Cualitativa	Tratamiento quirúrgico, hormonal, radioterapia, quimioterapia, etc.
Masa anexial	Es todo crecimiento anormal en los anexos del tracto reproductor femenino	Información obtenida del examen físico y del hallazgo ultrasonográfico	Cualitativa	Tamaño, localización, forma, consistencia, sensibilidad; tamaño y aspecto ultrasonográfico

- 8) Presentación de los resultados y tipo de tratamiento estadístico
- Se tabuló los métodos de tratamiento dados a las masas anexiales y cuales fueron los criterios clínicos y ultrasonográficos más utilizados en cada uno. Luego se realizaron cuadros y gráficas respectivas por tratamiento.

9) Aspectos éticos

- Este trabajo de tesis por ser un estudio de tipo retrospectivo-descriptivo no influyó de forma directa ó indirectamente sobre el bienestar físico o mental de ninguna paciente, ni se necesitó autorización o consentimiento del individuo investigado para obtener la información deseada.

B. Recursos

1. Materiales Físicos

- Computadora
- Hojas de papel
- Biblioteca de Facultad de Ciencias Medicas USAC
- Biblioteca de la Universidad Francisco Marroquín
- Archivo del Hospital Juan José Arévalo, IGSS zona 6
- Internet
- Lápices
- Transporte

2. Humanos

- Bachiller María de los Angeles Coy Orantes
- Dr. Carlos Javier Martínez
- Dr. Edgar Herrarte
- Personal de archivo del Hospital Juan José Arévalo, IGSS

3. Económicos

- Gastos en fotocopias de referencias bibliográficas Q 60.00
- Gastos en tinta para impresora Q 600.00
- Gastos hojas de papel Q 50.00
- Gastos en Internet Q 100.00
- Gastos en energía eléctrica Q 40.00
- Gastos gasolina de vehículo Q 400.00
- Gastos de impresión Q1000.00
- Gastos en Diskets para computadora Q 20.00
- TOTAL Q2270.00

VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

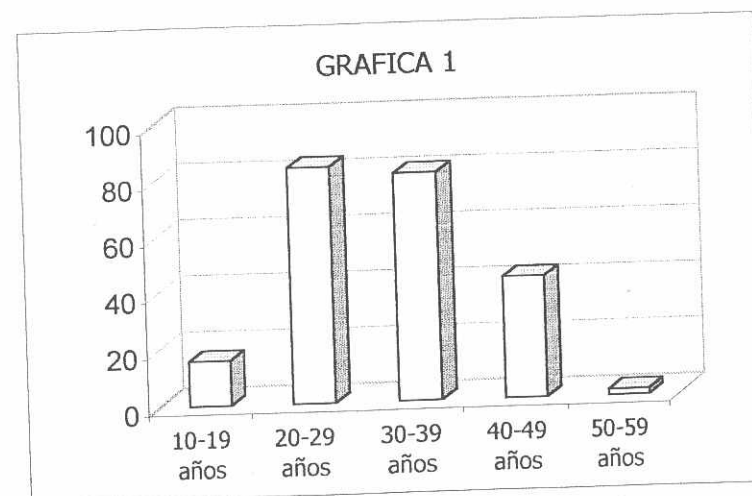
CRITERIOS CLÍNICOS Y ULTRASONOGRÁFICOS EN LA DECISION DE CONDUCTA
TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MASAS ANEXIALES EN EL
HOSPITAL JUAN JOSE AREVALO BERMEJO DE ENERO A DICIEMBRE 2000

CUADRO 1

EDADES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MASA ANEXIAL

Edades	Pacientes	%
10-19 años	16	7%
20-29 años	84	37%
30-39 años	81	36%
40-49 años	43	19%
50-59 años	2	1%
Total	226	100%

Fuente: expedientes clínicos



Fuente: cuadro 1

ANALISIS: las mujeres en edad reproductiva suelen estar sometidas a estímulos hormonales cíclicos, lo que puede llevar a la formación de masas en los anexos del aparato reproductor. Tomando en cuenta que en aquellas mujeres de edad avanzada en quienes se sospeche masa anexial tienen más posibilidad de que ésta sea maligna.

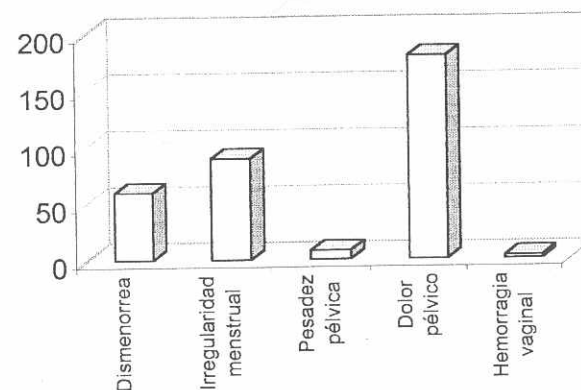
CUADRO 2

SINTOMATOLOGIA EN PACIENTES CON MASA ANEXIAL

Síntomas	No.	%
Dismenorrea	60	18%
Irregularidad menstrual	90	26%
Pesadez pélvica	8	2%
Dolor pélvico	180	53%
Hemorragia vaginal	3	1%
Total	341	100%

Fuente: expedientes clínicos

GRAFICA 2



Fuente: cuadro 2

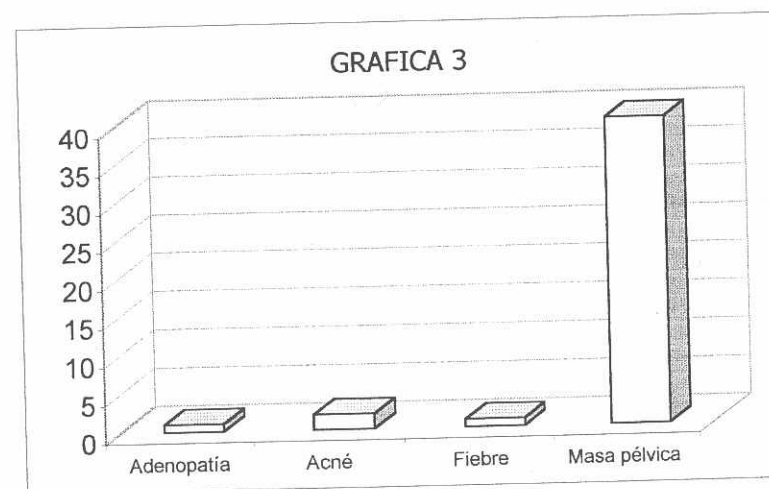
ANALISIS: hubo pacientes que presentaron más de un síntoma en el momento de consulta: el dolor pélvico crónico o agudo no asociado a ciclos menstruales en un 53% fue el más presentado por las pacientes. En la literatura se indica que algunas masas pueden secretar hormonas, en especial estrógenos, alterando el patrón cíclico del ovario y así llevando a sangrado irregular, también provocando dolor durante la menstruación.

CUADRO 3

SIGNOS ENCONTRADOS EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE MASA ANEXIAL

Signo	Pacientes	%
Adenopatía	1	2%
Acné	2	5%
Fiebre	1	2%
Masa pélvica	40	91%
Total	44	100%

Fuente: expedientes clínicos



Fuente: cuadro 3

ANALISIS: del total de 226 pacientes 29 presentaron signos clínicos, y en algunas se encontró más de un signo al momento del examen físico. Es importante destacar que aunque al momento de examinar a la paciente no se encuentra nada relevante, se le debe realizar estudios complementarios y de apoyo para confirmar el diagnóstico.

CUADRO 4

PALPACION DE MASA PÉLVICA AL EXAMEN GINECOLÓGICO

Masa palpable	Pacientes	%
No	186	82%
Sí	40	18%
Total	226	100%

Fuente: expedientes clínicos

CUADRO 5

LOCALIZACION DE LA MASA AL EXAMEN GINECOLÓGICO

Localización	No.	%
Bilateral	4	10%
Izquierdo	19	48%
Derecho	17	43%
Total	40	100%

Fuente: expedientes clínicos

ANALISIS: se demuestra que en las pacientes con diagnóstico de masa anexial por ultrasonido solo en un 18% se pudo palpar masa pélvica al momento del examen ginecológico, lo cual concuerda con la literatura que indica que los tumores menores de 1.5 cm no son fáciles de palpar, igual que la palpación bimanual de los ovarios, y que el examen clínico de forma aislada no es un parámetro confiable para descartar patología pélvica, haciendo relevante la utilización de un método diagnóstico que complemente la evaluación de la paciente.

De las masas que se palparon, 48% se encontraron en el lado izquierdo, 43% en el derecho y 10% fueron bilaterales.

CUADRO 6

TAMAÑO DE LA MASA AL EXAMEN GINECOLOGICO

Tamaño	Derecho	Izquierdo	Total
1-5 cm	16	20	36
6-10 cm	6	1	7
11-15 cm	0	1	1
Total	22	22	44

Fuente: expedientes clínicos

CUADRO 7

ASPECTO DE LA MASA AL EXAMEN GINECOLÓGICO

Aspecto	Derecho	Izquierdo	Total
Irregular	3	6	9
Firme	5	2	7
Inmóvil	1	0	1
Consistencia quística	3	2	5
Dolorosa	12	9	21
Total	24	19	43

Fuente: expedientes clínicos

ANALISIS: se evidenció que la mayoría de las masas que se palparon al examen ginecológico estaban en el rango de tamaño de 1-5 cm encontrándose más de un aspecto en la descripción de éstas.

Las masas dolorosas suelen deberse a la compresión que ejercen en la cavidad pélvica, torsión o ruptura, o a hemorragia de las mismas.

Aunque no se ha descrito en la literatura algún lado predominante de las masas anexiales en el área pélvica, se encontró que de las masas 1-5 cm el lado izquierdo predominó y las de 6-10 cm la mayoría se encontraron en el lado derecho.

CUADRO 8

REALIZACION DE PAPANICOLAU

Realización	Pacientes	%
Si	90	40%
No	136	60%
Total	226	100%

Fuente: expedientes clínicos

CUADRO 9

RESULTADO DE PAPANICOLAU REALIZADO A LA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE MASA ANEXIAL

Resultado	No.	%
Normal	37	41%
Cambios inflamatorios	3	3%
Cambios inflamatorios leves	12	13%
Cambios inflamatorios moderados	38	42%
Total	90	100%

Fuente: expedientes clínicos

ANALISIS: la realización de Papanicolau solamente es un complemento del examen ginecológico, por lo que se le hizo a 40% de las pacientes que se les diagnosticó masa anexial.

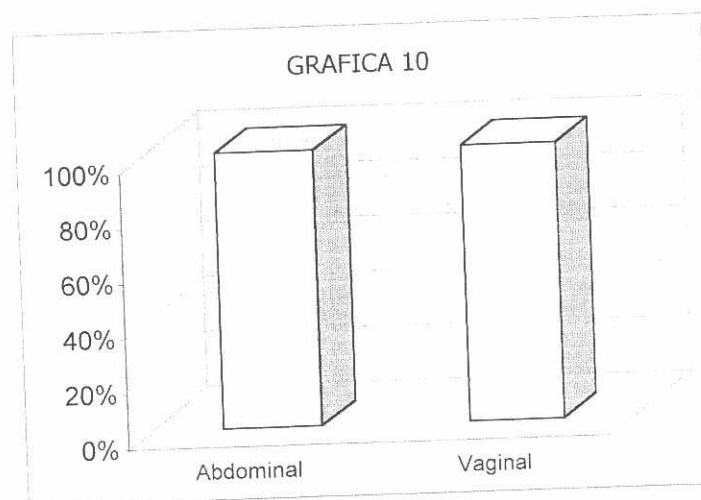
Es importante observar que más de la mitad de éstas pacientes tenía algún cambio inflamatorio en el resultado, pudiendo ser que ésta tenga alguna patología cervical asociada con la presencia de masa anexial, o simplemente sea un hallazgo aislado.

CUADRO 10

VIA DE ULTRASONIDO PÉLVICO

Vía	Pacientes	%
Abdominal	226	100%
Vaginal	226	100%
Ambos	226	100%

Fuente: expedientes clínicos



Fuente: cuadro 10

ANALISIS: se demuestra que a las pacientes que se les encontró masa anexial por medio de ultrasonido pélvico se les realizó este por medio de las dos vías (abdominal y transvaginal); pues aunque la vía abdominal define las características de la masa, la vía transvaginal valora mejor las características de los tumores, el líquido libre, el embarazo ectópico y las masas menores de 5 cm.

CUADRO 11

TAMAÑO DE LA MASA ANEXIAL POR ULTRASONIDO

Tamaño	Derecho	Izquierdo	Total
1-5 cm	140	138	278
6-10 cm	20	5	25
11-15 cm	0	1	1
16 cm o más	1	0	1
Total	161	144	305

Fuente: expedientes clínicos

CUADRO 12

ASPECTO DE LA MASA ANEXIAL POR ULTRASONIDO

Aspecto	Derecho	Izquierdo	Total
Tabicado	5	5	10
Quística	66	71	137
Sólida	19	17	36
Mixta	8	6	14
Bordes definidos	6	6	12
Líquido libre	3	3	6
Excrecencias papilares	2	0	2
Total	109	108	217

Fuente: expedientes clínicos

ANALISIS: es de importancia mencionar que en los diagnósticos de ovarios poliquísticos por medio de ultrasonografía todos fueron descritos menores de 10 mm, por lo que se incluyeron dentro del rango de tamaño 1-5 cm.

El tamaño de la masa reportado por ultrasonido fue determinante para la decisión de la conducta terapéutica. A la mayoría de masas de 5 cm o más se les realizó intervención quirúrgica.

Se demostró una buena correlación entre los diagnósticos reportados por ultrasonido de quistes simples de ovario y los ovarios poliquísticos con el aspecto quístico predominante de las masas anexiales.

CUADRO 13

DIAGNOSTICOS ULTRASONOGRÁFICOS DE MASA ANEXIAL

Diagnóstico	No.	%
Absceso pélvico bilateral	1	0.4%
Cistadenoma mucinoso derecho	1	0.4%
Cistadenoma seroso bilateral	1	0.4%
Cistadenoma seroso derecho	7	3.0%
Cistadenoma seroso izquierdo	9	3.9%
Cuerpo lúteo quístico derecho	1	0.4%
Embarazo ectópico derecho	4	1.7%
Embarazo ectópico izquierdo	3	1.3%
Endometriomas ováricos	2	0.9%
Masa con sospecha de malignidad	2	0.9%
Mioma subseroso derecho	1	0.4%
Ovario poliquístico derecho	10	4.3%
Ovario poliquístico izquierdo	9	3.9%
Ovarios poliquísticos	69	30.0%
Quiste folicular derecho	2	0.9%
Quiste folicular izquierdo	4	1.7%
Quiste ovárico bilateral	4	1.7%
Quiste simple ovárico derecho	49	21.3%
Quiste simple ovárico izquierdo	49	21.3%
Teratoma quístico derecho	2	0.9%
Total	230	100.0%

Fuente: expedientes clínicos

ANALISIS: los ovarios poliquísticos y los quistes simples de ovarios suelen ser la repercusión de un desorden hormonal sobre la anatomía ovárica y la funcionalidad de la misma.

Es importante destacar que la mayoría de las masas descritas ultrasonográficamente fueron benignas, como los quistes simples de ovario, los ovarios poliquísticos y los cistadenomas serosos, encontrándose solamente 2 pacientes con masa con sospecha de malignidad.

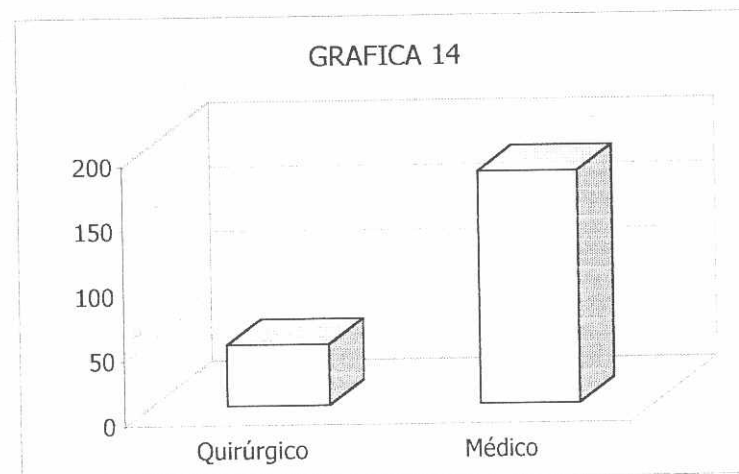
CUADRO 14

TIPOS DE TRATAMIENTOS DADO A PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE MASA ANEXIAL

Tratamientos	Pacientes	%
Quirúrgico	47	21%
Médico	179	79%
Total	226	100%

Fuente: expedientes clínicos

GRAFICA 14



Fuente: cuadro 14

ANALISIS: se evidenció que el tratamiento médico fue el predominante, pudiéndose deber a que la mayoría de las masas fueron menores de 5 cm ultrasonográficamente y también que de estas masas los ovarios poliquísticos y los quistes simples de ovario fueron los más reportados.

Al 21% de las pacientes que se les dió tratamiento quirúrgico, fue porque eran masas mayores de 5 cm por ultrasonido.

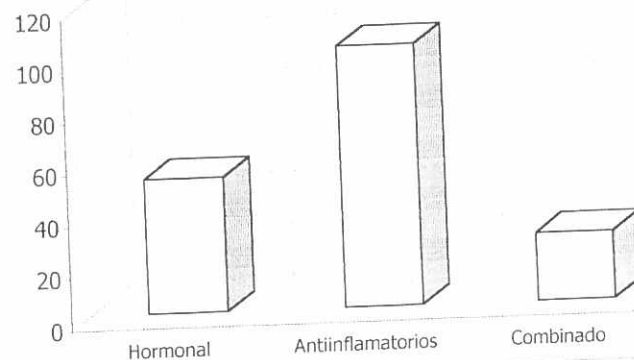
CUADRO 15

TIPOS DE TRATAMIENTOS MEDICOS

Tratamiento	Pacientes	%
Hormonal	52	29%
Antiinflamatorios	101	56%
Combinado	26	15%
Total	179	100%

Fuente: expedientes clínicos

GRAFICA 15



Fuente: cuadro 15

ANALISIS: entre los tipos de tratamiento médico que se les dio a las pacientes, están los antiinflamatorios, hormonal y combinado (hormonal + antiinflamatorios).

La razón por la que se les dio antiinflamatorios a las pacientes fue porque los síntomas que más presentaron fueron dolor pélvico y dismenorrea, además que la mayoría de masas fueron menores de 5 cm. A las pacientes que presentaron irregularidad menstrual o algún trastorno hormonal se les dio tratamiento hormonal o combinado.

CUADRO16

TRATAMIENTO DE MASAS ANEXIALES EN RELACION
AL TAMAÑO ULTRASONOGRÁFICO

Tamaño	Quirúrgico	Médico
1-5 cm	28	250
6-10 cm	23	2
11-15 cm	1	0
16 cm o más	1	0
Total	53	252

Fuente: expedientes clínicos

ANALISIS: se observó que la realización de un estudio ultrasonográfico es determinante en la decisión de conducta terapéutica en todas aquellas pacientes en quienes se sospecha masa anexial, pues la mayoría de masas mayores de 5 cm recibieron tratamiento quirúrgico.

En todas aquellas pacientes con masas anexiales menores de 5 cm el tratamiento dado fue el conservador, siendo esto muy importante al no verse afectada la vida reproductiva de quienes desean tener o continuar teniendo hijos.

CUADRO 17

DIAGNOSTICOS DE MASA ANEXIAL POR ULTRASONIDO CON TRATAMIENTO MÉDICO

Diagnóstico		%
Cistadenoma seroso derecho	2	1%
Cistadenoma seroso izquierdo	3	2%
Cuerpo lúteo quístico derecho	1	1%
Endometriomas ováricos	2	1%
Mioma subseroso derecho	1	1%
Ovario poliquístico derecho	7	4%
Ovario poliquístico izquierdo	8	4%
Ovarios poliquísticos	68	38%
Quiste folicular izquierdo	4	2%
Quiste folicular derecho	2	1%
Quiste ovárico bilateral	4	2%
Quiste ovárico derecho	42	23%
Quiste ovárico izquierdo	36	20%
Total	180	100%

Fuente: expedientes clínicos

ANALISIS: se demostró que al 38% de los diagnósticos por ultrasonido con tratamiento médico fueron los ovarios poliquísticos, lo cual concuerda bien con la literatura que indica que a esta anomalía se les da primordialmente anticonceptivos hormonales, pudiéndose acompañar de antiinflamatorios por los síntomas de dolor pélvico y/o dismenorrea.

Se debe aclarar que a las pacientes con diagnóstico de cistadenoma seroso y endometriomas ováricos se les dió tratamiento médico mientras se complementan estudios para programarlas y someterlas a tratamiento quirúrgico.

CUADRO 18

DIAGNOSTICOS DE MASA ANEXIAL POR ULTRASONIDO
CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Diagnóstico	No.	%
Absceso pélvico bilateral	1	2%
Cistadenoma mucinoso derecho	1	2%
Cistadenoma seroso bilateral	1	2%
Cistadenoma seroso derecho	5	10%
Cistadenoma seroso izquierdo	6	12%
Embarazo ectópico derecho	4	8%
Embarazo ectópico izquierdo	3	6%
Ovario poliquístico derecho	3	6%
Ovario poliquístico izquierdo	1	2%
Ovarios poliquísticos	1	2%
Quiste simple ovárico derecho	7	14%
Quiste simple ovárico izquierdo	13	26%
Teratoma quístico derecho	2	4%
Masa con sospecha de malignidad	2	4%
Total	50	100%

Fuente: expedientes clínicos

ANALISIS: se demostró que los diagnósticos de quiste simple de ovario y los cistadenomas serosos fueron los que predominaron al momento que se les dió tratamiento quirúrgico, con una relación directa con el tamaño de la masa por ultrasonido, pues todas eran mayores de 5 cm.

Es importante mencionar que a las 2 pacientes con masa con sospecha de malignidad se les hizo una intervención quirúrgica para así establecer el diagnóstico histopatológico y darles posteriormente algún otro tratamiento dependiendo del resultado.

A todas las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico por ultrasonido se les dió tratamiento quirúrgico, no considerando en ningún momento el tratamiento médico o conservador.

CUADRO 19

TIPOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Tratamiento	Pacientes	%
Salpingooforectomía bilateral	7	15%
Salpingooforectomía izquierda	7	15%
Salpingooforectomía derecha	5	11%
Ooforectomía izquierda	8	17%
Ooforectomía derecha	8	17%
Ooforectomía bilateral	1	2%
Salpingectomía derecha	5	11%
Salpingectomía izquierda	3	6%
Ooforectomía izquierda parcial	1	2%
Drenaje de absceso	1	2%
Hallazgo negativo	1	2%
TOTAL	47	100%

Fuente: expedientes clínicos

ANALISIS: entre los tipos de tratamientos quirúrgicos que se hicieron a las masas anexiales, la ooforectomía derecha e izquierda fue el más realizado con 19% para cada uno.

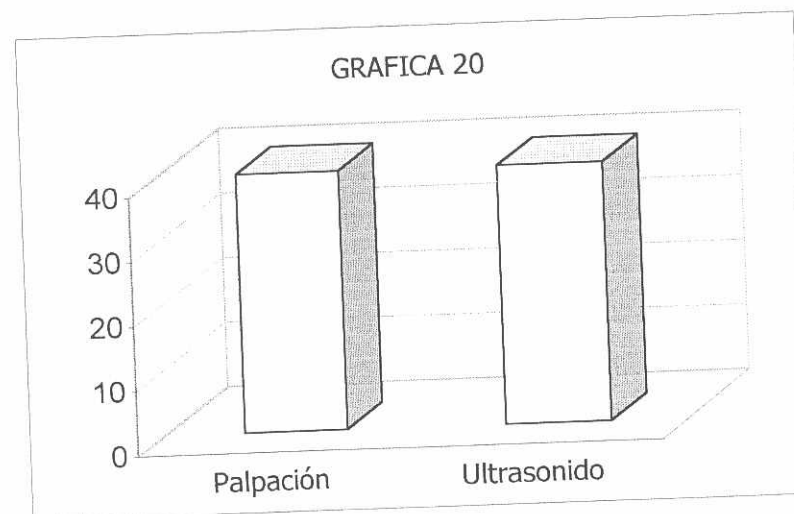
Es importante observar que a 41% de estas paciente además de resecales el ovario también se les quitó una o ambas trompas de Falopio, pudiendo deberse a la extensión, tamaño y al compromiso de ésta. Esto afecta a la mujer en gran manera, pues el deseo de concebir un hijo en el futuro se hace escaso o nulo con el tratamiento tan agresivo que se les dió.

CUADRO 20

RELACION CLINICA: PALPACION DE MASA PÉLVICA CON ULTRASONOGRAFÍA

Pacientes	
Palpación	40
Ultrasonido	40
Relación	100%

Fuente: expedientes clínicos



Fuente: cuadro 20

ANALISIS: se demostró que a todas las pacientes que se les palpó masa pélvica al examen ginecológico al 100% se les encontró masa anexial por ultrasonografía; lo cual reafirma que la realización de un examen ultrasonográfico además de su bajo costo y de ser un medio no invasivo, sirve de gran apoyo para el diagnóstico y tratamiento adecuado.

Teniendo siempre en cuenta que aunque al momento del examen ginecológico no se palpe nada es importante realizar algún estudio de apoyo para confirmar el diagnóstico y así ofrecerle a la paciente un mejor tratamiento para los diferentes tipos de masas que se pudieran encontrar.

VIII. CONCLUSIONES

- 1) La mayoría de las pacientes con diagnóstico de masa anexial estuvieron dentro del rango de edad reproductiva y presentaron al momento de la consulta más de un síntoma y un signo al examen físico.
- 2) Los diagnósticos ultrasonográficos más frecuentes fueron los ovarios poliquísticos y los quistes simples de ovario.
- 3) Se determinó que el tratamiento médico (hormonal y/o antiinflamatorios) predominó en 79% sobre el tratamiento quirúrgico; el cual se le dió a todas aquellas pacientes que presentaron masas menores de 5 cm ultrasonográficamente y sintomatología relacionada a trastornos menstruales y/o hormonales.
- 4) Con relación al tratamiento quirúrgico que se les dió a las pacientes, se encontró que el factor más determinante fue el tamaño de la masa. En 93% de las pacientes con masas mayores de 5 cm, el tratamiento de elección fue el quirúrgico.
- 5) La utilización del ultrasonido pélvico abdominal y vaginal es muy importante para la toma de decisión de conducta terapéutica, porque reduce los costos a la institución al momento de descartar procesos malignos en una masa y poderle ofrecer así a la paciente otra alternativa terapéutica.

IX. RECOMENDACIONES

- 1) Considerar el examen ultrasonográfico pélvico abdominal y transvaginal como un estudio de apoyo en todas aquellas pacientes en las que se sospeche masa anexial, aunque no se encuentre nada al examen ginecológico.
- 2) Darle seguimiento médico y ultrasonográfico a todas aquellas pacientes en las que ya se les diagnosticó masa anexial para ver si estas desaparecen o crecen con el tiempo.
- 3) Ofrecer la vía laparoscópica para la resolución quirúrgica de las masas anexiales de contenido líquido.
- 4) Medir los niveles de marcadores tumorales (Ca 125) y realizar ultrasonido Doppler a Color a todas las pacientes con masas sospechosas de malignidad, tomando en cuenta el aspecto ultrasonográfico de la masa y la edad de la paciente.
- 5) Definir protocolos de manejo de las diferentes masas diagnosticadas por criterios clínicos y ultrasonográficos.

X. RESUMEN

"Estudio retrospectivo-descriptivo, realizado con expedientes de pacientes con diagnóstico de masa (s) anexial (s) por ultrasonido ginecológico en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo, IGSS, durante enero a diciembre 2000"

Fueron encontrados 226 expedientes con diagnóstico de masa anexial por medio de ultrasonido ginecológico, de los cuales el principal síntoma de varios reportados fue el dolor pélvico crónico o agudo no asociado al período menstrual en pacientes en edad reproductiva.

De todas éstas pacientes, a 40 (18%) se les pudo palpar masa pélvica en el momento del examen ginecológico.

Al sospechar masa pélvica, a todas se les realizó ultrasonido pélvico por vía abdominal y transvaginal para una mejor caracterización de la masa, de las cuales la mayoría eran entre 1 a 5 cm y con aspecto quístico.

De las pacientes a las que se les dió tratamiento quirúrgico la mayoría fue por indicación de quistes simples de ovario tomando en cuenta los síntomas, tamaño y aspectos ultrasonográficos de la masa.

El tratamiento médico incluye el hormonal y/o antiinflamatorios para ovarios poliquísticos y quistes simples de ovario, mencionando que a las pacientes que tenían como diagnóstico cistadenomas serosos y endometriomas ováricos se les dió este tratamiento como provisional mientras se le complementan todos los estudios para someterlas a tratamiento quirúrgico.

Es importante mencionar que al 100% de las pacientes en las que al examen ginecológico se le encontró masa anexial y a las que se les ordenó realizar ultrasonido ginecológico por sospecha de esto, sí se les encontró una masa anexial.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Acevedo Woods, Marco Antonio. Lecciones de Semiología. Facultad de Ciencias Medicas, USAC. Tomo IV.
2. Alfie Cohen, Isaac. et al. Struma Ovarii: Una variedad de teratoma monodérmico del ovario. <http://www.medinet.net.mx/htm>.
3. Berek, Jonathan S. et al. Ginecología de Novak... 12ª ed. México, D.F.: Interamericana. 1996. 1357 p.
4. Callen, Peter W. Ecografía en Obstetricia y Ginecología 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana. 1991. 1-502p.
5. Cambara Donis, Jorge René. Tumores no epiteliales malignos del ovario; revisión de casos diagnosticados y tratados en el Instituto de Cancerología Dr. Bernardo del Valle, en el período de 1 de Enero de 1991 al 3 de Diciembre de 1995. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1998. 6-26p.
6. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales; Actualización en el cáncer ovárico epitelial. México, D.F.: Interamericana. 1994. Vol. 2. 218p.
7. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales; Enfermedades quirúrgicas durante el embarazo. Cáncer ovárico epitelial. México, D.F.: Interamericana. 1994. Vol. 4. 219-467p.
8. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales; Tratamiento actual para el dolor pélvico crónico. México, D.F.: Interamericana. 1993. Vol. 4. 601-830p.
9. Contreras López, Astrid Solangel. Videolaparoscopia en la resolución de masas anexiales benignas; estudio observacional en el Hospital de Día, del Hospital Roosevelt, en el período de Agosto de 1995 a Enero 1997. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1997. 23-27p.
10. DePriest, P.D. et al. Transvaginal Ultrasound Screening for Ovarian Cancer. Revista: Clinical Obstetrics and Gynecology. 1992 March; 35(1): 40-43.
11. Diagnosis and management of the adnexal mass. Revista: American Family Physician. 1998 May; 57(10): 2471
12. Ecografía. <http://www.Ceduiol Servicios Ecografía.htm>
13. Fleischer, Arhur C. et al. Sonography in Obstetrics an Gynecology. 5ª ed. Standorfd: Appleton. 1996. 766-789p
14. Goldstein, Steven R. et al. Ultrasound in Gynecology. New York: Churchill. 1995. 562p.
15. How to outsmart ovarian cáncer. Revista: Redbook. 1998 Jul.; 191(3): 104
16. Mirhashemi R. et al. Tratamiento del Absceso Pelviano <http://www.siicsalud.com/>.
17. Management of the adnexal mass in the 1990 abstract. Revista: Southern Medical Journal. 1997 October; 97(10): 972
18. Manual de Diagnóstico Ultrasónico. Barcelona. 1996.
19. Océano. Mentor: Enciclopedia Temática. Barcelona: Océano, 1999. 1032p.
20. Ovarian Cancer: Controversies in management. Revista: New England Journal of Medicine. 1998 January; 339(14): 1382
21. Ovarian cancer. Revista: Harvard Women's Health Watch. 1999 October; 6(2): 4
22. Problemas Ginecológicos Comunes: Dolor Pélvico. <http://www.mundomailnet/sexualidad/prob.g.necologicos.htm>
23. Quistes y tumores benignos del ovario.

<http://www.tuotromedico.com/temas/quistes y tumores benignos del ovario.htm>

24. Researchers working on tests to detect ovarian cancer. Revista: Women's Health Weekly. 1999 January;14
25. Rojas A., Rubén D. Manejo actual del cáncer de ovario en Panamá. Revista: Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. 1996, Mayo-Agosto. Vol. 6 (2): 54-56.
26. Saenz Rodríguez, Brenda Isabel. Tumores epiteliales malignos del ovario; revisión de protocolos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Estudio retrospectivo en pacientes que consultaron al Instituto Nacional de Cancerología durante el período enero 1975 a diciembre 1990, Guatemala, Centro América. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1996. 13-19p.
27. Tórtola Palacios, Luis Miguel. Tratamiento por cirugía videolaparoscópica de quistes ováricos benignos; estudio descriptivo retrospectivo realizado en pacientes tratadas en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el período comprendido del 10 Octubre 1995 al 10 Julio 1997. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1997. 13-24p.
28. Tumor de células germinales del ovario. <http://www.nooh-health.org/Spanish/illness/cáncer/nci/cancernet/103125.htm>
29. Tumores del Ovario. <http://www.internet.uson.mx/webpers/medina/default.htm>
30. Weir, J. Obstetricia y Ginecología. En: Atlas y texto de imágenes Radiológicas y clínicas. Havcourt: Mosby. 1999. Tomo I. 120-136p
31. Zaldivar, N.A.G. et al. Manejo de masas anexiales en ginecología con técnica conservadora. <http://www.siicsalud.com/dato/dat006/98223032.htm>

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS

María de los Angeles Coy Orantes

"Criterios clínicos y ultrasonográficos en la decisión de conducta terapéutica en pacientes con diagnóstico de masas anexiales en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo IGSS zona 6 durante el período del 1 Enero al 31 Diciembre 2000 "

XII ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS GENERALES

No de Registro: _____
Edad: 10-19 _____ 20-29 _____ 30-39 _____ 40-49 _____ 50-59 _____ 60-69 _____

SINTOMAS

1. Dismenorrea _____
2. Irregularidad menstrual _____
3. Pérdida de peso _____
4. Hirsutismo _____
5. Estreñimiento _____
6. Pesadez pélvica _____
7. Dolor pélvico _____
8. Otro _____

SIGNOS

1. Adenopatía _____
2. Ascitis _____
3. Masculinización _____
4. Acné _____
5. Fiebre _____
6. Masa Pélvica _____
7. Otro _____

Al examen ginecológico se palpó masa? Sí _____ No _____
Bilateral: Sí _____ No _____ Derecho _____ Izquierdo _____

Tamaño de la masa:	Derecho	Izquierdo
1-5cm	_____	_____
6-10cm	_____	_____
11-15cm	_____	_____
16cm o más	_____	_____

Aspectos importantes en la descripción de la masa

	Derecho	Izquierdo
1. Irregular	_____	_____
2. Firme	_____	_____
3. Inmóvil	_____	_____
4. Consistencia quística	_____	_____
5. Dolorosa	_____	_____

Se le realizó Papanicolau: Sí _____ No _____ Resultado _____

ULTRASONIDO

Ultrasonido Pelvico-Abdominal _____ Ultrasonido Transvaginal _____

Ambos _____

Tamaño de la masa:	Derecho	Izquierdo
1-5cm	_____	_____
6-10cm	_____	_____
11-15cm	_____	_____
16cm o más	_____	_____

Aspecto ultrasonográfico:	Derecho		Izquierdo	
	Sí	No	Si	No
Tabicaciones	_____	_____	_____	_____
Quística	_____	_____	_____	_____
Sólida	_____	_____	_____	_____
Mixta	_____	_____	_____	_____
Bordes definidos	_____	_____	_____	_____
Líquido libre	_____	_____	_____	_____
Excrecencias papilares	_____	_____	_____	_____

Diagnóstico por ultrasonido:

Conducta terapéutica que se le dió a la paciente:

1. Quirúrgico _____ Cuál? _____
2. Hormonal _____
3. Radioterapia _____
4. Quimioterapia _____
5. Otro _____

Relación Clínico-USG: Sí _____ No _____