



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

“ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO”

TRABAJO DE TITULACIÓN:
TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentado para optar al grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTOR: THALÍA ALEXANDRA LEÓN CHUNATA

DIRECTOR: Dr. VÍCTOR HUGO FREIRE

Riobamba - Ecuador

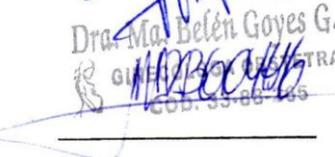
2019

©2019, Thalía Alexandra León Chunata

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

El tribunal del trabajo de titulación certifica que: El trabajo de investigación: Tipo: Análisis de casos “ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO”, de responsabilidad de la señorita THALÍA ALEXANDRA LEÓN CHUNATA, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del Trabajo de Titulación, quedando autorizada su presentación.

	FIRMA	FECHA
<p>Dra. Verónica Jaya PRESIDENTE DEL TRIBUNAL</p>		<p>10/10/2019</p> <hr style="width: 100%;"/>
<p>Dr. Victor Hugo Freire DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</p>		<p>10/10/2019</p> <hr style="width: 100%;"/>
<p>Dra. María Belén Goyes MIEMBRO DEL TRIBUNAL</p>		<p>10/10/2019</p> <hr style="width: 100%;"/>

Yo, THALÍA ALEXANDRA LEÓN CHUNATA declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor (a) asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, octubre de 2019

Thalía Alexandra León Chunata

DEDICATORIA

A Dios por la vida, la salud y la bendición de contar con una familia que me apoya y son mi motor en la consecución de mis propósitos, además de disponer en mi camino a personas maravillosas que me han acompañado durante mi carrera universitaria.

A mis padres David León y Mariana Chunata por ser mi guía y ejemplo de valentía y esfuerzo, por acompañarme y apoyarme en cada decisión que he tomado en mi vida, a quienes les dedico este trabajo de titulación y mi eterno agradecimiento por formarme con valores morales y cristianos para ser una excelente persona y profesional.

A mi familia por estar siempre al pendiente, creer en mí y ser mi soporte, brindarme su ayuda y consejo cuando lo he necesitado y por alentarme para lograr este sueño que hoy es una realidad.

A mis amigos Lizeth, Valentina y David por su amistad sincera y compañía en los buenos y malos momentos, por ser los hermanos que la vida me ha regalado y con quienes hoy plasmamos en realidad nuestro sueño común.

A Nilo Cabezas le dedico este trabajo por ser una persona especial que me ha brindado su amor, compañía y apoyo incondicional durante toda esta carrera universitaria.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser la luz que guía mi camino, por brindarme la dicha de hacer realidad mi sueño más grande de ser Médico, por ser bondadoso y premiarme con una familia y amigos que me ha apoyado en cada paso de mi vida.

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo por ser la institución en la que me he formado, a todos los docentes y el personal que la conforma por los conocimientos que han sembrado en mí y que me permitirán desenvolverme como una excelente profesional.

A mi querido Tutor Dr. Víctor Hugo Freire, a quien considero y estimo por ser uno de los mejores docentes que he tenido durante mi carrera y además un excelente profesional, por su valiosa guía y asesoramiento durante la realización de este trabajo de titulación.

Thalía León.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Abdomen agudo ginecológico.....	2
1.1.1. <i>Causas</i>	2
1.1.2. <i>Diagnóstico</i>	2
1.1.3. <i>Diagnóstico diferencial</i>	3
CAPITULO II	20
2. PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	20
2.1. Anamnesis	20
2.1.1. <i>Datos de filiación</i>	20
2.2. Motivo de consulta	20
2.3. Enfermedad actual.....	20
2.4. Revisión de sistemas	20
2.5. Antecedentes	21
2.5.1. <i>Antecedentes Personales:</i>	21
2.5.2. <i>Antecedentes Gineco-obstétricos</i>	21
2.5.3. <i>Hábitos</i>	21
2.5.4. <i>Historia familiar</i>	22
2.6. Examen físico.....	22
2.6.1. <i>Signos vitales</i>	22
2.6.2. <i>Antropometría</i>	22
2.7. Impresión diagnóstica.....	23
2.8. Indicaciones	23
2.9. Registro de evoluciones.....	25
2.10. Diagnóstico presente en historia clínica	29

2.11.	Diagnóstico definitivo	29
2.12.	Diagnóstico diferencial.....	29
2.13.	Seguimiento por consulta externa.....	29
	CAPÍTULO III.....	32
3.	DISCUSIÓN	32
	CONCLUSIONES.....	33
	BIBLIOGRAFÍA.....	1
	ANEXOS	6

INDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Causas de abdomen agudo ginecológico	2
Tabla 2-1: Diagnóstico diferencial de abdomen agudo ginecológico	3
Tabla 3-1: Escala de Alvarado para diagnóstico de Apendicitis.....	7
Tabla 1-2: Biometría hemática 14-04-2019 10:14am	24
Tabla 2-2: Química básica 14-04-2019 10:14am.....	24
Tabla 3-2: Coagulación 14-04-2019 10:14 am	24
Tabla 4-2: Elemental y microscópico de orina 14/04/2019	25
Tabla 5-2: HCG beta cualitativa 14/04/2019	25
Tabla 6-2: Biometría hemática 15-04-2019 07:42am	26
Tabla 7-2: Serología 15-04-2019 07:42 am	27
Tabla 8-2: Elemental y microscópico de orina 15/04/2019 07:42	27
Tabla 9-2: HCG BETA 15/04/2019 07:42	27
Tabla 10-2: Biometría hemática 16-04-2019 07:00am	28
Tabla 11-2: Biometría hemática 08-06-2019	30
Tabla 12-2: Perfil química básica	30
Tabla 13-2: Citobacteriológico de secreción vaginal.....	31

INDICE DE ANEXOS

Anexo A: Ecografía de abdomen + FID + pélvico 14/04/2019

Anexo B: Protocolo postoperatorio

Anexo C: Resultados de histopatología

Anexo D: Citoquímico y bacteriológico de líquido peritoneal

Anexo E: Ilustraciones

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es exponer el caso clínico de una paciente de 26 años de edad, etnia mestiza, sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de emergencia del Hospital Provincial General Docente Riobamba con clínica de dolor abdominal agudo, localizado en fosa ilíaca y flanco derechos, sin otros síntomas acompañantes. Se cataloga como abdomen agudo de presunto origen ginecológico pero la clínica y los exámenes de laboratorio e imagen no permiten esclarecer el diagnóstico. Debido a la urgencia del cuadro se decide someter a la paciente a laparotomía exploratoria, durante el período transoperatorio se obtiene como hallazgos: tumor ovárico derecho roto, tumor ovárico izquierdo y hemoperitoneo de 200cc, se envían muestras para análisis histopatológico y se obtiene el diagnóstico de teratoma maduro quístico en ovarios derecho e izquierdo. Se realiza salpingooforectomía bilateral y biopsia de epiplón, pero se decide preservar el útero debido a la edad de la paciente y albergar la posibilidad de un embarazo futuro a través de fertilización in-vitro. Finalmente, la cirugía se realizó sin complicaciones, la paciente evoluciona favorablemente durante el postoperatorio inmediato y a los tres días posteriores a la cirugía se decide alta y seguimiento por consulta externa de Ginecología.

Palabras clave:

<ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO>, <TUMOR OVÁRICO>, <TERATOMA>, <TORSIÓN>, <RUPTURA>, <TERATOMA MADURO QUÍSTICO>



ABSTRACT

The objective of the present work is to present the clinical case of a 26-year-old patient, mixed race ethnicity, without a personal history of interest, who goes to the emergency service of the Provincial General Teaching Hospital Riobamba with acute abdominal pain clinic, located in the fossa iliac and right flank, without other accompanying symptoms. It is classified as an acute abdomen of presumed gynecological origin but the clinical and laboratory and imaging test do not allow clarifying the diagnosis. Due to the urgency of the condition, it is decided to subject the patient to exploratory laparotomy, during the transoperative period it is obtained as findings: broken right ovarian tumor, left ovarian tumor and 200cc hemoperitoneum, samples are sent for histopathological analysis and the diagnosis is obtained of mature cystic teratoma in right and left ovaries. Bilateral salpingoophorectomy and epiploon biopsy are performed, but it is decided persevere the uterus due to the patient's age and harbor the possibility of a future pregnancy through in-vitro fertilization. Finally, the surgery was performed without complication, the patient progresses favorably during the immediate postoperative period and three days after the surgery, discharge and follow-up are decided by external gynecology consultation.

Keywords:

<GYNECOLOGICAL ACUTE ABDOMEN>, <OVAR TUMOR>, <TERATOMA>, <TORSION>, <RUPTURE>, <CHYSTIC MATURE THERATOMY>



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico agudo es un síntoma frecuente por el que las pacientes de todas las edades acuden a los servicios de emergencias, la sintomatología inespecífica hace que comúnmente se sospeche otras patologías, pero finalmente se obtenga el hallazgo de patología ginecológica. El abdomen agudo ginecológico se puede originar por diversas causas ya sea como complicación del embarazo como en caso de embarazos ectópicos, infecciones como endometriosis o enfermedad inflamatoria pélvica, trastorno de los anexos como torsión ovárica o rotura de quistes ováricos, causas gastrointestinales, genitourinarias, ováricas, tubáricas o uterinas. (Rivera A, Mora A. 2017. p.1-13) (Bhavsar A, 2016. pp.1-3)

Las patologías de origen ovárico, particularmente de tipo tumoral son la tercera causa de consulta ginecológica a nivel mundial, detrás de las cervicales y endometriales; su prevalencia aproximada es del 3%. Este tipo de patologías afecta a mujeres de todas las edades, y el cáncer de ovario ocupa el quinto lugar como causa de muerte en mujeres adultas mayores y de raza blanca, la probabilidad de muerte es de 1 en 100. Generalmente las tumoraciones benignas se presentan en mujeres jóvenes en edad reproductiva, mientras que en mujeres posmenopáusicas hay tendencia de malignidad, aunque la progresión benigna a maligna suele ser silente. (Clavijo M, 2015. pp.14-16)

Existen tumores ováricos de células epiteliales, de células germinales y estromales; dentro de los que se originan de células germinales encontramos a los teratomas, los cuales histológicamente se dividen en maduros o benignos, inmaduros o malignos y los monodérmicos o muy especializados. Los teratomas ováricos maduros generalmente se presentan en mujeres en edad fértil, se encuentran en presentación bilateral en 10-15% de los casos. El 11% de pacientes afectadas por teratomas debutan con un cuadro de abdomen agudo secundario a la torsión o ruptura del tumor ovárico, con datos característicos apreciables en ecografía en 16% de los casos. (Cabezas M, Rodríguez E, 2017. pp. 1-2)

Para el abordaje de teratomas ováricos idealmente se realiza quistectomía por vía laparoscópica, sin embargo, esto depende de otros factores como el tamaño del tumor, las características de malignidad, la experiencia del cirujano para la conversión de una cirugía laparoscópica a una laparotomía y de una cirugía conservadora a una radical. La tasa de recurrencia está entre 15-25% por lo que es fundamental la evaluación minuciosa del ovario contralateral. En un ovario

aparentemente normal puede existir un teratoma oculto en aproximadamente 1,1% de casos. (Merino P, Jourdan F, 2012. pp.46-50)

1.1. Abdomen agudo ginecológico

El abdomen agudo ginecológico es un síndrome que se caracteriza por dolor de aparición brusca, que se localiza en abdomen inferior y puede estar en relación con reflejos neuroanatómicos como náuseas, vómito, diaforesis. Es una urgencia médica que requiere decisión terapéutica inmediata que, habitualmente aunque no siempre, es quirúrgica. El retraso en el diagnóstico y tratamiento aumentan la morbilidad, incluso la mortalidad. Se estima que entre un 7 y un 20% del total de casos de abdomen agudo es de origen ginecológico. (Alva, 2013. pp. 2) (Stratton P, 2019. pp. 1-3)

1.1.1. Causas

Tabla 1-1: Causas de abdomen agudo ginecológico

Complicación del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo ectópico roto • Amenaza de aborto o aborto incompleto
Infecciones agudas	<ul style="list-style-type: none"> • Endometritis • Enfermedad inflamatoria pélvica • Absceso tuboovárico
Trastornos de los anexos	<ul style="list-style-type: none"> • Quiste ovárico funcional hemorrágico • Torsión de anexo • Quiste paraovario torsión • Rotura quiste ovárico (funcional o neoplásico)
Causas uterinas	<ul style="list-style-type: none"> • Mioma complicado • Adenomiosis
Causas gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> • Gastroenteritis • Apendicitis • Obstrucción intestinal • Diverticulitis • Enfermedad inflamatoria intestinal • Síndrome colon irritable
Causas genitourinarias	<ul style="list-style-type: none"> • Cistitis • Pielonefritis • Litiasis ureteral

Fuente: Ezcurra R, (2009)

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

1.1.2. Diagnóstico

Para realizar un diagnóstico adecuado es importante la historia clínica, identificar el tipo de dolor, datos clínicos, analíticos y pruebas de diagnóstico completas. Se debe determinar la relación del dolor con la menstruación y ovulación o coito. (Bouzari Z, Barat S, 2015. p.1-3)

La historia clínica y examen físico deben ser lo más minuciosos posible, además se requerirán exámenes de laboratorio como hemograma, coagulación, química sanguínea, orina, prueba de embarazo, cultivo cervical. También se solicitarán exámenes de imagen como ecografía pélvica, por medio de la cual se buscará descartar embarazo ectópico si la prueba de embarazo es positiva o rastrear alguna tumoración pélvica de diagnóstico incierto. Se solicitará radiografía abdominal del tracto digestivo si predominan síntomas digestivos, tomografía axial computarizada para valorar una tumoración retroperitoneal, o abscesos del tracto digestivo. (Bhavsar A, 2016. pp 1-5)

Puede ser necesario el abordaje mediante laparoscopia diagnóstica en caso de abdomen agudo de causa no filiada, para aclarar la naturaleza de una tumoración dudosa de un anexo, delimitar si un embarazo es intra o extrauterino, mejorar la precisión del diagnóstico si se sospecha salpingooforitis o realizar laparotomía en caso de peritonitis, íleo grave, obstrucción intestinal. (Devendra A, Bhattacharyya T, Kathpalia S, 2011. pp. 1-3)

1.1.3. Diagnóstico diferencial

Tabla 2-1: Diagnóstico diferencial de abdomen agudo ginecológico

Sospecha diagnóstica	Clínica	Confirmación	Tratamiento
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	Fiebre, dolor, flujo vaginal anómalo	Bacteriológico Laparoscopia	Antibioticoterapia Cirugía
Ectópico	Amenorrea, dolor, sangrado vaginal, hemoperitoneo	Hemograma Prueba de embarazo Laparoscopia	Laparoscopia vs Laparotomía
Quiste anexial	Masa anexial Tacto doloroso	Ecografía	Laparoscopia vs Laparotomía
Mioma	Metrorragia Útero irregular	Ecografía	Expectante vs Laparotomía
Infección urinaria	Fiebre, dolor lumbar/suprapúbico, síntomas urinarios	Urocultivo	Antibioticoterapia

Fuente: Ezcurra R, (2009)

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

1.1.3.1. Enfermedad pélvica inflamatoria

Es un síndrome clínico frecuente que engloba procesos inflamatorios e infecciosos del tracto genital superior en la mujer, se presenta por la infección ascendente de gérmenes que proceden

del cérvix, puede llegar a producir endometritis, miometritis, salpingitis, ooforitis, peritonitis pélvica o absceso tubo ovárico. (Baquedano L, Lamarca M, 2014. pp.1-5)

Los agentes causales prevalentes son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. El mecanismo de transmisión más frecuente es por vía sexual, pero también puede producirse por la colocación de un dispositivo intrauterino o pruebas invasivas como la histerosalpingografía y la histeroscopia; otras posibilidades de transmisión menos frecuentes son por vía hematógena, linfática y por contigüidad. (Mollá, N, 2010. pp. 12-15)

La clínica que presenta es variable, desde formas asintomáticas hasta cuadros graves de pelvi-peritonitis potencialmente letales. El síntoma característico es el dolor en hipogastrio, generalmente bilateral, que aparece durante o inmediatamente después de la menstruación y se agudiza a las maniobras de Valsalva; además pueden existir otros síntomas como dispareunia, sangrado genital anormal, fiebre, náuseas, vómito. Al examinarla mediante tacto bimanual se presenta dolor intenso a la movilización uterina y anexial; a la inspección vaginal mediante especuloscopia se puede evidenciar cervicitis, leucorrea purulenta y de mal olor. (Baquedano L, Lamarca M, 2014. pp. 2-19)

El diagnóstico se basa en la clínica y exámenes complementarios. Según los criterios de Sweet se deben reunir todos los criterios mayores y al menos uno menor. El estándar de oro para el diagnóstico es la laparoscopia, que permite identificar el edema, eritema, exudado purulento, realizar biopsia y pruebas microbiológicas para el diagnóstico definitivo.

Se puede diagnosticar y clasificar la EPI en tres grados: (Patterson J, 2010. pp. 12-22)

- Grado I: No complicada, sin masas ni signos de irritación peritoneal.
- Grado II: Enfermedad complicada por masa o abscesos que involucran ovarios y/o trompas uterinas y tienen signos de irritación peritoneal.
- Grado III: Se encuentra diseminada a estructuras fuera de la pelvis y presenta respuesta sistémica.

Tabla 3-1: Criterios diagnósticos de enfermedad pélvica inflamatoria

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
Historia o presencia de dolor en hipogastrio o hemiabdomen inferior, generalmente a la palpación	Temperatura de 38°C o más
Dolor a la movilización del cérvix durante la exploración clínica.	Material purulento identificado por culdocentesis o laparoscopia

Dolor a la palpación de anexos a la exploración clínica	Leucocitosis mayor de 10500/mm ³
	Masa al examen físico o por ultrasonido
	Cultivo de exudado intracervical positivo para diplococos, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> u otra bacteria.
	Velocidad de eritrosedimentación elevada

Fuente: Stratton P, (2019)

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

Para el abordaje es importante determinar el grado de severidad de la enfermedad, ya que de esto depende si se realiza de forma ambulatoria o requiere hospitalización. El tratamiento antibiótico debe incluir antimicrobianos contra *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, gram negativos, anaerobios y estreptococos. Se debe considerar la exploración quirúrgica si presenta: fiebre persistente y bacteriemia, abdomen agudo, íleo persistente, falla del tratamiento conservador, peritonitis generalizada, absceso tubo-ovárico roto, persistencia de abscesos tubo-ováricos a pesar del tratamiento antibiótico, sepsis que no mejora con antibioticoterapia. (Soper D, 2015. pp. 10-15)

1.1.3.2. Embarazo ectópico

Se refiere a la implantación y desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial, el 95% se localiza en la trompa de Falopio. La clínica puede variar de asintomática en 40-60% de los casos, síntomas comunes de gestación como náuseas, vómito, aumento de sensibilidad mamaria, retraso menstrual, dolor abdominal, metrorragias, incluso puede presentar descompensación hemodinámica tras dolor abdominal agudo e intenso debido a hemorragia intraperitoneal y llegar a shock. A la exploración abdominal se evidencia sensibilidad a la palpación, signo de rebote, al examen ginecológico puede existir dolor a la movilización del cérvix, masa anexial palpable, metrorragia, cérvix aumentado de tamaño. (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019. pp. 1-5)

Para el diagnóstico se requiere de la gonadotropina coriónica humana (HCG-B), que puede detectarse en sangre ocho días después de la fecundación, puede usarse la concentración sérica de progesterona, debido a la hemorragia leve o intensa que existe la biometría hemática es eficaz para la detección inicial, la ecografía o la culdocentesis. El método ideal es la laparoscopia diagnóstica. (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019. pp. 1-5)

Para el abordaje se puede utilizar el tratamiento médico con metotrexato en pacientes asintomáticas, con cumplimiento terapéutico, el cual se administra en una sola dosis o varias según los protocolos. La otra vía de abordaje será el tratamiento quirúrgico mediante laparoscopia

o laparotomía que se debe realizar inmediatamente si existe inestabilidad hemodinámica de la paciente. (Srisajjakul S, 2019. pp. 1-5)

1.1.3.3. Miomas

Los fibromas uterinos, también conocidos como leiomiomas o miomas, son tumores uterinos benignos, en 30% de casos producen hemorragia uterina anormal, dolor pélvico y otros síntomas que pueden afectar la calidad de vida de la paciente. Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), los clasifica de acuerdo a su localización en submucosos, intramurales, subserosos, y cervicales. (Hernández M, Castro V, 2017. pp. 1-3)

En cuanto al cuadro clínico, 30-40% son asintomáticos, sin embargo, la clínica depende de la ubicación, porción uterina afectada, cantidad, tamaño y edad de la paciente. La dismenorrea y el dolor pélvico cíclico se manifiestan en 61-63% de pacientes, el dolor pélvico no cíclico entre 20-42%, son más propensas a presentar dispareunia, presentan alteración en el sangrado que es el principal motivo de consulta. Con poca frecuencia causan dolor abdominal agudo por degeneración o torsión de un tumor pediculado, se asocia a fiebre, dolor a la palpación uterina, leucocitosis o signos peritoneales; es un cuadro de alivio espontáneo que dura varios días a pocas semanas. (Sepúlveda J, Alarcón M, 2016. pp. 48-55)

Para el diagnóstico se considera el aumento del tamaño del útero, movilidad, contornos irregulares a la exploración bimanual, o mediante la ultrasonografía abdominal o transvaginal; en casos de dificultad diagnóstica se puede realizar resonancia magnética. El tratamiento es mediante análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh) para reducir el tamaño de los miomas, pero en los de tamaño mediano o grande se puede considerar la miomectomía. (Hernández M, Castro V, 2017. pp. 3-5)

1.1.3.4. Infección urinaria

Es la respuesta inflamatoria del urotelio a la invasión de bacterias, puede ser asintomática cuando es una infección subclínica o sintomática cuando produce enfermedad. Según su localización anatómica puede ser alta (compromete uréter, sistema colector o parénquima) o baja (compromete uretra o vejiga); además se pueden catalogar como complicadas (con episodios de cistitis aguda, pielonefritis en mujeres premenopáusicas sanas, no embarazadas, sin anormalidades en el tracto urinario) y no complicadas (se presentan como episodio sintomático de cistitis o pielonefritis en un hombre o mujer con predisposición anatómica a la infección, cuerpo extraño en el tracto urinario, factores predisponentes de retraso en la respuesta a la antibioticoterapia. Los

microorganismos causales más frecuentes son *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*. (Valdevenito J, Álvarez D, 2018. pp. 1-4)

Para el diagnóstico se puede realizar un examen general de orina en el que se va a encontrar piuria, células epiteliales, nitritos, proteínas; pero el método estándar de oro es el urocultivo con al menos 100.000 UFC/ml. El hemograma puede presentarse sin alteraciones en infecciones no complicadas. El tratamiento se fundamenta en la antibioticoterapia, la cual será seleccionada por el médico según las características de la infección: si es alta o baja, complicada o no complicada. (Calderón E, Casanova G, Galindo A, 2013. pp. 3-6)

1.1.3.5. Apendicitis

Inflamación del apéndice vermiforme, representa la causa más común de abdomen agudo y constituye una urgencia quirúrgica. Se presenta con mayor frecuencia entre los 20 y 30 años de edad. El cuadro clínico está constituido por dolor abdominal periumbilical y epigástrico que posteriormente migra hacia el cuadrante inferior derecho, después se presenta náuseas y vómito, y alrededor de 6 horas después se manifiesta fiebre; por la irritación que produce el apéndice pueden presentarse síntomas como urgencia miccional, disuria, tenesmo, diarrea; también son de utilidad signos clínicos a la exploración física como McBurney, Blumberg, Rovsing, Psoas, Obturador. (Hernández J, León J, Martínez M., 2019. pp 1-4)

Para el diagnóstico es fundamental la historia clínica, además se pueden realizar exámenes imagenológicos como radiografía simple de abdomen, ecografía o tomografía computarizada en casos de clínica atípica o duda diagnóstica. La escala de Alvarado es la más utilizada para el diagnóstico, posee una sensibilidad de 68-82% y especificidad de 75-87.9%, con una puntuación de 1 a 4 es indicación de egreso, 5 a 6 de observación y admisión, y de 7 a 10 como certeza de apendicitis y debe practicarse cirugía. El manejo de la apendicitis puede ser conservador con antibioticoterapia si se trata de no complicada, sin embargo, este abordaje es muy discutido debido a la alta tasa de recurrencia que presentan estos pacientes. El tratamiento de elección es quirúrgico para la resección del apéndice, el cual se realizará idealmente por vía laparoscópica. (Fallas J, 2012. pp.5-8)

|||

Tabla 4-1: Escala de Alvarado para diagnóstico de Apendicitis

Síntomas	Migración del dolor a Fosa ilíaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas o vómito	1
Signos	Dolor en el cuadrante inferior derecho	2

	Signo de rebote	1
	Elevación de la temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$	1
Laboratorio	Leucocitosis > 10.000	2
	Neutrofilia $> 70\%$	1

Fuente: González I, (2019)

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

1.1.3.6. Masas anexiales

Una masa anexial es aquella que se encuentra en las trompas de Falopio, ligamento redondo, ovarios y estructuras internas del ligamento ancho. Sin embargo, el término es más utilizado para referirse a tumores o quistes ováricos debido a que la patología tubárica es infrecuente. Generalmente cuando se presenta en la premenopausia su etiología es benigna y se asocia a quistes funcionales del ovario, endometriosis o enfermedad pélvica inflamatoria. En la postmenopausia, aunque comúnmente se trata de patologías benignas, hay mayor incidencia de cáncer ovárico. En mujeres en edad fértil el 95% de masas ováricas serán de patología benigna, por el contrario, durante la premenarca y la posmenopausia el riesgo de encontrar patología maligna aumenta. A toda mujer en edad fértil con una masa anexial se le debe realizar primero una prueba de embarazo. (Morra M, Valle R, 2016. pp.1-3).

El diagnóstico de una masa anexial comúnmente es un hallazgo incidental en pacientes asintomáticas. Sin embargo, las pacientes pueden consultar por dismenorrea, dispareunia, dolor pelviano crónico y/o síntomas urinarios por compresión. Si se sospecha de patología maligna se debe realizar un examen ginecológico y del cuello uterino para descartar diseminación a otros órganos. El estudio inicial a realizarse es la ecografía ginecológica transvaginal, que nos permite definir características imagenológicas sugestivas de patología benigna o maligna, constituye un método confiable, con una sensibilidad de 88% a 100% y una especificidad de 62% a 96%. Se mide el volumen ovárico (longitud x altura x ancho x 0.523). Un volumen de 20 cm³ o más en premenopáusicas y 10 cm³ en posmenopáusicas se considera fuera del rango de normalidad. Se prefiere la vía transvaginal debido a que ofrece mejor definición de la imagen, sin embargo, si la masa anexial es voluminosa y no se logra caracterizarla adecuadamente o en úteros aumentados de tamaño (miomatosis, embarazo) en los que los ovarios están desplazados fuera de la pelvis se requiere una ecografía transabdominal. (Donati A, 2014. pp.1-5).

El grupo International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) propone “reglas” B (características de benignidad) y “reglas” M (características de malignidad) para la clasificación ecográfica de los blastomas de ovario. (Donati A, 2014. pp.1-5).

Tabla 5-1: Reglas IOTA (International Ovarian Tumor Analysis)

REGLAS B (Benignidad)	Reglas M (Malignidad)
Quistes uniloculares	Tumor sólido irregular
Presencia de componentes sólidos menores de 7mm	Ascitis
Presencia de sombra acústica	Cuatro o más estructuras papilares
Tumor multilocular menor de 10cm	Tumor multilocular sólido/irregular >10cm
Avascular	Aumento de vascularización

Fuente: Donati A, (2014)

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

Una vez diagnosticada una imagen ovárica y para determinar un grado de sospecha del tumor se pueden solicitar marcadores tumorales. En caso de mujeres premenopáusicas con imágenes de quistes simples no es necesario. En pacientes menores de 40 años de edad con un blastoma con componente sólido, se recomienda solicitar lactato deshidrogenasa (LDH), alfa fetoproteína (AFP) y gonadotropina coriónica (hCG) debido a la posibilidad de tumores de células germinales. El marcador tumoral más utilizado es el CA-125, el valor de corte es de 35 UI/ml, tiene sensibilidad de 50% en estadios I hasta un 90% para estadios avanzados de cáncer de ovario, posee baja especificidad, ya que se puede encontrar incrementado también en cáncer de páncreas y endometrio, y en patologías benignas como endometriosis, miomatosis, enfermedad pélvica inflamatoria, cirrosis, pancreatitis, tuberculosis peritoneal, ascitis por causa no neoplásica, insuficiencia cardíaca, incluso aumenta en el embarazo y durante la menstruación. La endometriosis y otras patologías benignas que aumentan el valor de este marcador raramente lo hacen por encima de 200 UI/ml. (Mora M, Valle R, 2016. pp.3-4) (Asociación Médica Argentina, 2012. pp.2-5)

Otro marcador es el HE4 (Human Epididymis Protein), descrito como marcador de carcinoma seroso del ovario, con sensibilidad en estadios iniciales del 76% y especificidad del 95% ya que no aumenta en condiciones fisiológicas, benignas ni infecciosas. Los falsos positivos se asocian a insuficiencia renal. Su valor de corte se propone de 70 pmol/l. Es positivo en estadios iniciales de carcinomas serosos, endometrioides y de células claras. El CA 19-9, marcador de carcinomas mucosos, también puede elevarse en afecciones como hepatitis crónica, endometriosis, miomatosis. (Donati A, 2014. pp.5-8).

Actualmente existen varios scores de predicción de riesgo de malignidad ovárica como el Risk of Ovarian Malignancy Algorithm (ROMA) que permite clasificar a las pacientes en las categorías

de alto o bajo riesgo de detectar cáncer ovárico epitelial, mediante un cálculo matemático utiliza los valores séricos del marcador tumoral Ca-125 y HE4, la edad de la mujer y el estatus menstrual (Pre o postmenopáusicas). El punto de corte en mujeres premenopáusicas es de 7,4%, mientras que en postmenopáusicas es de 25,3%. En el grupo postmenopáusicas este score presenta una sensibilidad de 92,3% y especificidad de 76%, y en el grupo premenopáusicas una sensibilidad de 100% y especificidad de 74,2%. Otro score utilizado es el Risk Malignancy Index (RMI) que posee una sensibilidad de 78 a 85% y especificidad de 77 a 97%, utiliza los valores de Ca-125, estatus menstrual de la paciente y características ecográficas de la imagen, se toma como punto de corte un valor de 250. (Donati A, 2014. pp.5-8)

Tabla 6-1: Criterios Risk Malignancy Index (RMI)

Hallazgos ecográficos	Puntuación Risk Malignancy Index (RMI)
Quiste multilocular	1: ninguno o 1 hallazgo ecográfico
Presencia de áreas sólidas	4: ≥ 2 hallazgos ecográficos
Lesión bilateral	
Presencia de ascitis	
Presencia de metástasis abdominales	
Mujer premenopáusicas	1
Mujer posmenopáusicas	4
Nivel CA-125	U/ml
Características ecográficas x pre/posmenopausia x CA 125 = Puntuación	
RMI < 25 = Riesgo bajo	
RMI 25 a 250 = Riesgo moderado	
RMI > 250 = Riesgo alto	

Fuente: Donati A, (2014)

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

Tabla 7-1: Principales causas de masas anexiales clasificadas según edad de aparición y etiología

EDAD	FUNCIONALES	INFLAMATORIAS	TUMORAL
PREMENARCA	Quiste funcional (folicular, hemorrágico, cuerpo lúteo)	Enfermedad pélvica inflamatoria Endometrioma	Tumor de Células Germinales (infancia, prepubertad)
REPRODUCTIVA	Quiste funcional	Enfermedad pélvica inflamatoria Endometrioma Quistes paratubarios	Tumor epitelial Fibromas uterinos

		Torsión ovario Absceso tubo ovárico Embarazo ectópico	
POSTMENOPAUSIA	Menos frecuente	Menos frecuente	Tumores intestinales Metástasis Tumor epitelial

Fuente: Mora M, Valle R, (2016)

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

1.1.3.6.1. *Quistes ováricos*

Son sacos o bolsas llenas de líquido en un ovario o en su superficie. La mayoría no provoca síntomas y desaparecen espontáneamente, sin embargo, si es un quiste de gran tamaño puede provocar dolor pélvico en el lado del quiste, hinchazón, sensación de saciedad o pesadez abdominal. La mayoría de quistes se relacionan con el funcionamiento normal del ciclo menstrual y se denominan funcionales, aunque también se conocen otros tipos menos frecuentes. Los quistes funcionales pueden ser de dos tipos: foliculares y quistes del cuerpo lúteo. Los de origen folicular se producen cuando el folículo en el ovario no se rompe y libera el óvulo, sino que continúa creciendo. El segundo tipo se produce debido a que el folículo posterior a la liberación del óvulo, toma el nombre de cuerpo lúteo, y con la producción de estrógenos y progesterona se acumula líquido en el interior y permite su formación. (American College of Obstetrician and Gynecologists, 2017. pp.1-8).

Los quistes que no se relacionan con el funcionamiento normal del ciclo menstrual son: los quistes dermoides, cistoadenomas y endometriomas. Los quistes dermoides o llamados también teratomas se forman a partir de células embrionarias y pueden contener varios tipos de tejidos como pelo, uñas, dientes, piel, en su mayoría son benignos. Los cistoadenomas derivan del epitelio superficial, se forman en la superficie de un ovario y pueden estar llenos de material mucoso o acuoso. Los endometriomas son pseudoquistes producidos debido al crecimiento de tejido endometrial ectópico que se adhiere al ovario y forma un abultamiento. Los factores de riesgo para padecer quistes ováricos incluyen problemas hormonales, embarazo, endometriosis, infecciones pélvicas graves y quistes ováricos previos. Las complicaciones que pueden presentar estos quistes son la torsión ovárica y la ruptura del quiste. (American College of Obstetrician and Gynecologists, 2017. pp.1-8).

1.1.3.6.2. *Absceso tubo ovárico*

Se presentan generalmente como una complicación de la enfermedad pélvica inflamatoria, aunque también se puede originar como secuela de aborto séptico y en pocos casos debido a infección puerperal. Habitualmente se presentan en mujeres jóvenes sexualmente activas, aunque existen casos en mujeres o niñas sin actividad sexual. Los factores predisponentes son: actividad sexual, múltiples parejas sexuales, nuliparidad, episodios previos de enfermedad pélvica inflamatoria, nivel socioeconómico bajo y el uso de dispositivo intrauterino (DIU). (Villalón J, Chávez B, 2012. Pp 1-5)

El absceso tubárico se forma por la oclusión distal de la trompa, lo que provoca la acumulación de pus y detritus tisulares, con posterior formación del componente líquido o semilíquido. El absceso ovárico se produce por infección del mismo, invasión del estroma al presentarse la rotura del folículo de Graff en la ovulación, permitiendo una comunicación del interior del ovario con el exterior y siendo colonizado por las bacterias patógenas. La sepsis o bacteriemia también pueden ocasionar que el estroma ovárico sea invadido por gérmenes y se forme un absceso. (Siu A, 2012. pp.1-3)

La clínica que comúnmente se presenta es dolor abdominal (85% de casos), fiebre (60%), pérdida de peso (44%) y descarga vaginal (24%), los síntomas menos frecuentes son anemia, emaciación y leucocitosis, simulando malignidades pélvicas. Los exámenes de laboratorio suelen presentar leucocitosis con neutrofilia, además se puede realizar determinación sérica de Ca-125, el cual es habitualmente normal, aunque puede elevarse en condiciones benignas como endometriosis, salpingitis, embarazo ectópico y neoplasias benignas del ovario. El rectosigmoides y el uréter son los órganos que con mayor frecuencia son involucrados por los abscesos tubo-ováricos. (Villalón J, Chávez B, 2012. pp.7-10)

El diagnóstico puede ser difícil cuando no existen signos o síntomas asociados a enfermedad pélvica inflamatoria. Los exámenes de imagen pueden ser útiles para diferenciar entre tumores malignos de la pelvis y abscesos tubo-ováricos. A nivel ecográfico se logran evidenciar ciertas características como: una masa anexial en el fondo de saco con colecciones de fluido adyacentes, la lesión puede ser sólida, quística o mixta, los cambios son inespecíficos y puede ser difícil distinguirlas de entre múltiples patologías ginecológicas benignas y malignas. El abordaje requiere además de terapia antimicrobiana también quirúrgica, debridando el absceso y drenándolo, extirpando el anexo o evacuación de los órganos genitales comprometidos. (Pardo M, Fernández R, 2012. pp.3-5)

1.1.3.6.3. Tumores ováricos

Las masas tumorales que se localizan en hemiabdomen inferior son causa frecuente de consultas ginecológicas; dentro de estas, los tumores de ovario son los más frecuentemente diagnosticados. Se estima que entre el 15 – 20% de las mujeres desarrollará un tumor de ovario durante su vida. Existen tumores ováricos tanto benignos como malignos, alrededor del 80 % son benignos y en su mayoría aparecen en mujeres jóvenes, entre los 20 y los 48 años de edad. (Rensselaer J. 2016. p.1).

Los tumores del ovario constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer, después de los que se localizan en el útero y las mamas. Aproximadamente 1 de cada 10 mujeres lo tendrá a lo largo de su vida, de las cuales en su mayoría necesitará una evaluación quirúrgica. Se presenta una alta incidencia en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad, pero debido a que su evolución es silente, hace que en más del 60% de casos se diagnostiquen en etapas avanzadas. (Pons L, 2012)

Realizar un diagnóstico precoz es casi imposible, debido a que incluso los tumores de gran tamaño se presentan de forma asintomática y se descubren como hallazgos casuales a la exploración o mediante ecografía. En ocasiones exponen clínica que hacen que se sospeche, como el crecimiento lento del abdomen, dolor abdominal subagudo. Es raro que exhiban datos de actividad endocrina o metabólica. (Corrales Y, 2012. pp.2-3)

Los ovarios se componen de tres tipos principales de células, los tumores de ovario se nombran acorde al tipo de células del que se originó el tumor y si es benigno o maligno. Existen tres tipos principales de tumores ováricos: (Corrales Y, 2012. pp.6-7)

- Tumores ováricos epiteliales: Proviene de las células que cubren la superficie externa del ovario. La mayoría de los tumores ováricos pertenecen a este tipo.
 - Tumores ováricos estromales: Proviene de las células del tejido estructural que soporta al ovario y producen hormonas femeninas.
 - Tumores ováricos de células germinales: Proviene de las células que producen los óvulos.
- Tumores ováricos epiteliales

Los tumores ováricos epiteliales pueden ser benignos, de bajo potencial maligno y malignos:

- **Benignos:** En su mayoría son benignos, no se diseminan y generalmente no producen enfermedades graves. En este grupo encontramos a los cistoadenomas serosos, cistoadenomas mucinosos y los tumores de Brenner. (Corrales Y, 2012. pp.6-7)
- **Tumores de bajo potencial maligno:** Denominados también como cáncer ovárico epitelial fronterizo. Se diferencian de los cánceres ováricos típicos porque no crecen hacia el estroma ovárico. Por lo general afectan a las mujeres en edad más temprana que los cánceres ováricos típicos. Su crecimiento es lento y tienen menor probabilidad de causar la muerte en comparación con la mayoría de los cánceres de ovario. (Corrales Y, 2012. pp.6-7)
- **Tumores ováricos epiteliales malignos:** También llamados carcinomas. Aproximadamente de 85 a 90 % de los cánceres de ovario corresponden a este tipo. A la vista microscópica se aprecian las diversas características de sus células, según lo cual es posible clasificarlos en varios tipos. El seroso es el más común, pero también se pueden encontrar otros tipos como mucinosos, endometrioides y de células claras. (Corrales Y, 2012. pp.7)

Si las células no corresponden a alguno de estos cuatro subtipos, al tumor se le llama indiferenciado. Este tipo de tumores tienden a crecer y extenderse rápidamente. Se les asigna tres grados según su similitud al tejido normal, el cual corresponde al grado 1 y tiene mejor pronóstico; y el grado 3 que tiene menor similitud al tejido normal y con tendencia a un peor pronóstico. (Corrales Y, 2012. pp.7-8)

- Tumores estromales

Corresponde aproximadamente al 1 % de los cánceres de ovario. Más de la mitad de estos tumores se presentan en mujeres mayores de 50 años de edad, aunque alrededor del 5 % puede presentarse en niñas. El síntoma más común de este tipo de tumores es el sangrado vaginal anormal, que se produce debido a que muchos de estos tumores producen hormonas femeninas. También pueden provocar periodos menstruales y desarrollo mamario en las niñas antes de la pubertad. Los tumores estromales, aunque no es frecuente puede producir hormonas masculinas, lo que causa que se detengan los periodos menstruales, en ocasiones crecimiento del vello facial y corporal. Otro de los síntomas puede ser dolor abdominal intenso y repentino, en caso que el tumor comience a sangrar. Entre los tumores estromales malignos encontramos subtipos que son: tumores de células granulosas (el más común), tumores de teca-granulosa y tumores de células de Sertoli-Leydig, los cuales, generalmente se consideran como cánceres de bajo grado, se

identifican en etapa temprana y tienen buen pronóstico. Entre los tumores estromales benignos encontramos a los tecomas y los fibromas. (American Cancer Society, 2016. pp.6)

- Tumores de las células germinales

Las células germinales son las que comúnmente forman los óvulos. La mayoría de estos tumores son benignos, aunque algunos pueden ser cancerosos y poner en riesgo la vida. Menos del 2 % de los cánceres de ovario corresponden a este tipo, generalmente son de buen pronóstico. Entre los subtipos encontramos: el teratoma, disgerminoma, tumor del seno endodérmico y coriocarcinoma o a su vez pueden ser una mezcla de más de un subtipo. (American Cancer Society, 2016. pp.5)

- **Disgerminoma:** Son tumores que relativamente infrecuentes, representan el 2% de todos los cánceres ováricos, pero dentro de los tumores de células germinales es el más común, constituyendo aproximadamente la mitad de estos. Por lo general afecta a mujeres adolescentes y jóvenes entre 20 y 29 años de edad. (Castro C, 2018. pp.1-2)

Estos tumores se consideran malignos, pero la mayoría no crecen ni se extienden con rapidez. Si están limitados al ovario, más del 75 % de pacientes se curan realizando extirpación quirúrgica del ovario, sin otro tratamiento adicional. Cuando el tumor se ha extendido más allá del ovario (o hay recidiva), la cirugía y/o la quimioterapia resultan eficaces en aproximadamente el 90 % de las pacientes. (American Cancer Society, 2016. pp.5-6)

- **Tumor del seno endodérmico (tumor del saco vitelino):** Son neoplasias malignas, se caracterizan por su diferenciación a partir de estructuras del saco vitelino. Es un tumor infrecuente, muy agresivo, suelen presentar crecimiento rápido. Afecta generalmente a niñas y adolescentes. El motivo de consulta de la mayoría de pacientes es el dolor abdominal, masas pelvianas de crecimiento rápido, además suelen presentar pubertad precoz, amenorrea, hirsutismo. (Ojeda, O, 2012. pp.1-4)

Al igual que el saco vitelino, este tipo de tumor produce alfafetoproteína (AFP) y alfa-antitripsina, por lo que es posible usar la alfafetoproteína sérica para la evaluación y monitoreo del curso tumoral. Anteriormente esta patología causaba la muerte de quien la padecía al cabo de dos años posterior al diagnóstico, pero en la actualidad se evidencia una tasa de supervivencia de 70 a 80% con remisiones completas del tumor y con el aporte de quimioterapia adyuvante. (Vargas V, 2014. pp.1-6)

- **Coriocarcinoma:** Son neoplasias extremadamente raras, la mayoría ocurre como tumores mixtos de las células germinales y muy pocos se producen en forma pura. De acuerdo a su origen puede ser gestacional o no gestacional; la mayoría son gestacionales y son causados como metástasis de tumores primarios ováricos o uterinos, de un embarazo ovárico o en niñas debido a metástasis de la placenta. (Goswami D, 2013. pp. 1-5)

La mayor parte de casos afectan a niñas y mujeres jóvenes, los síntomas que presentan son dolor abdominal bajo o en fosa ilíaca, masa abdominal pelviana palpable, ascitis y trastornos debidos a la metástasis a distancia. La gonadotrofina coriónica humana (GHC) detectable en orina y suero, se utiliza para el diagnóstico, monitorización y seguimiento de la respuesta al tratamiento. La terapia comprende la remoción del ovario que está afectado, más quimioterapia adyuvante. (Goswami D, 2013. pp. 1-5)

- **Teratoma:** Su nombre proviene del griego tumor monstruoso. Se estima una incidencia de aproximadamente 34 de 1,000 biopsias realizadas, se localiza comúnmente en los ovarios, con el 83.2%, la región sacrococcígea en el 6.3% y en otros sitios como el cuello, el mediastino, cavidad abdominal, oral, y raramente en el omento. Son tumores compuestos por elementos tisulares de dos o más capas de las células germinales: ectodermo, mesodermo y endodermo. Histológicamente se dividen en tres grupos: 1) maduro o forma benigna, 2) inmaduro o forma cancerosa, y 3) monodérmicos o muy especializados. Las teorías sobre la causa de los teratomas mencionan: gemelar incompleto, depresión de información genética totipotencial del núcleo de células somáticas, desarrollo partenogénico de células germinales, secuestro de blastómeros totipotenciales o células madres que degeneran a proliferación neoplásica. (Cabezas M, Rodríguez E, 2017. pp. 1-2)

El teratoma maduro es el más frecuente de los tumores ováricos de células germinales. Es un tumor benigno, afecta generalmente a mujeres en edad fértil, desde adolescentes hasta mujeres de 49 años de edad. La mayoría presenta aspecto quístico, es bilateral en 10-15% de los casos. Se le conoce también como quiste dermoide ya que su revestimiento es semejante a la piel, con predominio de tejido ectodérmico. Está compuesto por una pared delgada, revestida por una epidermis opaca, arrugada, de color blanco grisáceo, en su interior se puede encontrar tejidos benignos como huesos, pelo, estructuras dentales, material sebáceo con consistencia de queso, áreas calcificadas; se diferencia del teratoma inmaduro por el aspecto adulto de los tejidos. (Corrales Y, 2012. pp.7-8)

El 11% de pacientes con teratoma maduro debutan con cuadro de abdomen agudo por la torsión (16%) o ruptura del tumor ovárico (1-4%) y corresponde a una urgencia quirúrgica, otra de las

complicaciones que puede ocurrir es la degeneración maligna, aunque es muy rara y solo se presenta en 1-2% de casos. El abordaje requiere la extirpación quirúrgica del tumor. Durante la evaluación preoperatoria, los niveles elevados de alfafetoproteína (AFP) o β hGC confirman malignidad, pero su detección es difícil debido a la presentación clínica aguda. (González I, García P, Quilez A, 2017. pp. 4-6) (Pérez E, 2017. pp. 1-6)

Los teratomas inmaduros son un tipo de cáncer que se presenta en niñas y mujeres jóvenes, generalmente menores de 18 años. Son poco frecuentes, representan el 20% de las neoplasias de células germinales, el 1% de los teratomas ováricos, son inusuales en el embarazo, en su mayoría se presentan de forma unilateral, y bilateral solo en 5% de los casos. Generalmente son sólidos, contienen células semejantes a tejidos embrionarios o fetales, pueden contener cabello, material cartilaginoso, óseo, zonas calcificadas, tejido en vías de diferenciación a glándulas, nervios y otras estructuras, a la vista microscópica se encuentra cuerpos hialinos positivos en tinción para alfafetoproteína (AFP). (American Cancer Society, 2016. pp.5-6)

Los teratomas inmaduros se clasifican en tres grados de acuerdo a su contenido histológico y de esta estadificación dependerá el pronóstico y la necesidad o no de quimioterapia. Cuando no se han diseminado fuera del ovario y con mejor grado de diferenciación (grado 1), se tratan mediante ooforectomía unilateral. En caso de que se haya extendido más allá del ovario y/o sea más indiferenciado (grado 2 o 3), se recomienda que además de la extirpación quirúrgica del ovario se administre quimioterapia coadyuvante. Al no ser común la afectación del ovario contralateral, no se requiere como protocolo la biopsia del ovario no afectado, aunque en 10% de casos puede encontrarse un teratoma benigno en el ovario opuesto. La mayoría de pacientes se curan, aunque cuando los tumores pertenecen a los grados 2 y 3 existe mayor posibilidad de recidiva, especialmente durante los dos años posteriores al diagnóstico. (Madrigal A, Mora B, 2018. pp.1-6)

Los teratomas monodérmicos o muy especializados son tumores raros, surgen cuando se componen en su mayoría por un único tipo de tejido. Entre estos tumores encontramos al struma ovarii, que se compone de forma predominante de tejido de la glándula tiroidea, y por lo mismo es capaz de producir hormonas tiroideas e incluso hipertiroidismo; corresponden al 3% de los teratomas ováricos y son mayoritariamente benignos. (Alá M, García F, 2013. pp.1-3)

El diagnóstico se realiza mediante una ecografía pélvica o abdominal, o puede ser un hallazgo incidental durante una cesárea al revisar los ovarios. Es raro que este tipo de tumores se palpe a través del abdomen, salvo el caso de tumores gigantes. La resonancia nuclear magnética de pelvis ayuda a precisar el diagnóstico. La característica que ayuda a definir una masa ovárica como teratoma quístico en la ecografía es una imagen con sombra ecogénica, presente en casi 90% de

teratomas, producida por estructuras calcificadas como hueso, dientes, mechones de cabello, o la cavidad grasa y quística en la protuberancia de Rokinansky. El diagnóstico definitivo del teratoma es mediante el análisis histopatológico. (Corrales Y, 2012. pp.5-8) (Hernández M, Perdomo N, 2012. pp.1-6)

El abordaje requiere la extirpación quirúrgica del tumor, para lo cual la vía laparoscópica es el estándar de oro, debido a que es segura y menos invasiva, además de presentar beneficios como menor dolor postoperatorio, menor pérdida de fluidos, reintegro temprano a la actividad laboral y evitar secuelas posquirúrgicas como las adherencias pélvicas. El riesgo de usar esta vía es el abordaje incorrecto en caso de un tumor con sospecha de malignidad, o la ruptura accidental del tumor, aunque esta última también puede ocurrir en el abordaje por laparotomía. (Corrales Y, 2012. pp.5-8)

Si se trata de un tumor maligno, la exéresis completa en los estadios I y II logra ser curativa; pero en estadios III y IV el pronóstico cambia y puede requerir una nueva revisión. Es posible usar un endobag para introducir el tumor allí durante la disección y con ello minimizar el riesgo de diseminación secundaria en caso de rotura durante el procedimiento. Durante la extracción del tumor, especialmente si se realiza únicamente quistectomía, esta medida reduce significativamente el riesgo de diseminación al peritoneo, para lo cual además se debe realizar un lavado de la cavidad con abundante solución salina, con la paciente en posición de Fowler con el fin de permitir por gravedad la caída al Douglas de cualquier contenido derramado. (Corrales Y, 2012. pp.5-8)

El mayor riesgo con la ruptura es desarrollar peritonitis química, la cual se manifiesta clínicamente con fiebre, íleo en el postoperatorio y determina la formación de adherencias con posterior afectación en la fertilidad de la paciente. Se debe tomar en cuenta la experticia del cirujano al momento de realizar una quistectomía, ya que se podría terminar en una cirugía radical innecesaria. Se considerará la conversión ante casos difíciles. (Merino P, Jourdan F, 2012. pp.46-50)

La cirugía conservadora es de elección, sin embargo, conlleva el riesgo de recurrencia debido a la extracción incompleta del teratoma o a su vez porque existió un teratoma bilateral no que pasó inadvertido. El porcentaje de recurrencia varía entre 3,2 y 4,6% y la tasa de teratomas bilaterales es de hasta un 15%, por lo que es fundamental la evaluación minuciosa del ovario contralateral. En un ovario aparentemente normal puede existir un teratoma oculto en aproximadamente 1,1% de los casos. (Merino P, Jourdan F, 2012. pp.46-50)

Las recomendaciones de la Asociación Americana del Cáncer en cuanto a la cirugía para cáncer de ovario se fundamentan en verificar la propagación del cáncer, lo cual requiere una cirugía

radical con histerectomía, salpingo-ooforectomía bilateral, omentectomía y extracción de líquido de la pelvis o cavidad abdominal si fuera el caso para realizar análisis. Se realiza salpingectomía ya que el riesgo de cáncer está aumentado en casos de cáncer de ovario, incluso se piensa que muchos de los cánceres que se pensaba eran de ovario pudieron tener su origen en las trompas de Falopio. El cáncer de ovario también suele propagarse al omento, por lo que se recomienda la omentectomía. Cuando hay presencia de líquido en la pelvis o cavidad abdominal, se debe lavar con abundante solución salina y tomar una muestra para análisis. (American Cancer Society, 2016. pp.49-53)

Si la paciente tiene paridad satisfecha se recomienda la cirugía completa, pero si desea conservar la fertilidad se puede considerar la extracción únicamente de la parte del ovario que contenga el tumor y la trompa de Falopio del mismo lado; pero si la afectación es agresiva y compromete a ambos ovarios se requiere salpingo-ooforectomía bilateral. Aún en estos casos se debe considerar preservar el útero para permitir un embarazo futuro a través de fertilización in-vitro. (American Cancer Society, 2016. pp.49-53)

CAPITULO II

2. PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

2.1. Anamnesis

2.1.1. *Datos de filiación*

Paciente NN de 26 años de edad sexo femenino, etnia mestiza, nacida en Riobamba y residente en Chambo, estado civil casada, instrucción superior, ocupación quehaceres domésticos, religión católica, no posee seguro de salud.

2.2. Motivo de consulta

Dolor abdominal.

2.3. Enfermedad actual

Paciente que presenta dolor abdominal tipo cólico de aproximadamente 3 horas de evolución, de inicio súbito, localizado en fosa ilíaca derecha, con irradiación a hipogastrio y región inguinal, de intensidad fluctuante hasta 10/10 según escala de EVA, sin causa aparente, sin otros síntomas acompañantes, por lo que acude a esta casa de salud. No refiere haber ingerido ninguna medicación.

2.4. Revisión de sistemas

- Piel y anexos: Sin patología aparente
- Órganos de los Sentidos: Sin patología aparente
- Cardiocirculatorio: Sin patología aparente
- Respiratorio: Sin patología aparente
- Gastrointestinal: Lo referido en la enfermedad actual
- Genitourinario: Sin patología aparente
- Anoperineal: Sin patología aparente
- Endócrino-metabólico: Sin patología aparente
- Hemolinfático: Sin patología aparente

- Osteomuscular: Sin patología aparente
- Neurológico: Sin patología aparente

2.5. Antecedentes

2.5.1. Antecedentes Personales:

- Clínicos: No refiere
- Quirúrgicos: Cesárea hace 3 años
- Alérgicos: No refiere

2.5.2. Antecedentes Gineco-obstétricos

- Menarquia y telarquia: 12 años
- Pubarquia: 13 años
- Ciclos: 30x4
- Inicio de vida sexual: 21 años
- Número de parejas sexuales: 1
- PAPTEST: no se ha realizado
- Enfermedades de transmisión sexual: No
- Métodos anticonceptivos: píldoras anticonceptivas desde hace 3 años.
- Gestas: 1 Partos: 0 Cesáreas: 1 hace 3 años, por desproporción cefalopélvica, sin complicaciones Abortos: 0
- Fecha de última menstruación: 20/03/2019

2.5.3. Hábitos

- Alimenticio: 3 veces al día
- Miccional: 3 veces al día
- Defecatorio: 1 vez al día
- Alcohol: no
- Tabaco: no
- Drogas: no
- Sueño: 7 horas diarias

2.5.4. Historia familiar

Ninguno

2.6. Examen físico

2.6.1. Signos vitales

- Tensión arterial: 130/60 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 80 lpm
- Frecuencia respiratoria: 22 rpm
- Temperatura: 36.6°C
- Saturación de oxígeno: 97% Aire Ambiente

2.6.2. Antropometría

- Peso: 56.3 kg
- Talla 1.46 m
- IMC: 26.4 kg/m² (Sobrepeso)

Paciente conciente, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, hidratada, álgica,

Cabeza: normocefálica, cabello de implantación de acuerdo a edad y sexo.

Ojos: apertura ocular espontánea, pupilas isocóricas, normoreactivas a la luz y acomodación.

Nariz: fosas nasales permeables

Boca: mucosas orales húmedas, piezas dentales en buen estado.

Cuello: móvil, no se palpan adenopatías.

Tórax: simétrico, buena expansibilidad.

Corazón: ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos.

Pulmones: ventilados, murmullo vesicular conservado

Abdomen: A la inspección se evidencia cicatriz por herida tipo Pfannenstiel de aproximadamente 12 cm, no se observan masas. A la auscultación ruidos hidroaéreos presentes en los cuatro cuadrantes. A la percusión se evidencia sonoridad del abdomen en su conjunto normal. A la palpación se encuentra suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa ilíaca derecha e hipogastrio, signo de Mc Burney positivo, Blumberg positivo, Rovsing negativo.

Puntos ureterales medios positivos. Puño percusión bilateral negativa.

Región inguino-genital: Examen bimanual anexos aumentados de tamaño y dolorosos a la palpación. Dolor a la movilización del cérvix. A la especuloscopia cérvix posterior cerrado, no se evidencia sangrado.

Extremidades: simétricas, tono, fuerza y movilidad conservadas, pulsos distales presentes, no se evidencia edemas.

2.7. Impresión diagnóstica

- Abdomen agudo inflamatorio
 - Apendicitis aguda
 - Embarazo ectópico
 - Enfermedad pélvica inflamatoria
 - Litiasis renal

2.8. Indicaciones

Ingreso a Observación

Nada por vía oral

Cuidados de enfermería:

- Monitorización continua de signos vitales

Hidratación:

- Solución salina 0.9% 1000ml pasar intravenoso a 80 ml/h

Medicación:

- Tramadol 100 mg intramuscular en este momento
- Metoclopramida 10mg intramuscular en este momento

Exámenes:

- Biometría hemática
- Química sanguínea
- Grupo sanguíneo
- B-HCG cualitativa

- Tiempos de coagulación
- Elemental y microscópico de orina

Tabla1-2: Biometría hemática 14-04-2019 10:14am

BIOMETRIA HEMATICA	
GLÓBULOS BLANCOS	10.8
NEUTROFILOS	78%
LINFOCITOS	13%
MONOCITOS	6%
EOSINOFILOS	3%
HEMATOCRITO	47%
HEMOGLOBINA	15.84 g/dl
GLOBULOS ROJOS	5.13/uL
PLAQUETAS	340.000/uL
GRUPO SANGUINEO	ABRH (+)

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

Tabla2-2: Química básica 14-04-2019 10:14am

PERFIL QUÍMICA BÁSICA	
GLUCOSA	82 mg/dl
CREATININA	0.61 mg/dl
BUN	12.6 mg/dl

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

Tabla3-2: Coagulación 14-04-2019 10:14 am

COAGULACIÓN	
TP	11.90 seg
TTP	22.4 seg
INR	0.99

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General
Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

Tabla4-2: Elemental y microscópico de orina 14/04/2019

ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA	
COLOR	Amarillo
ASPECTO	Transparente
DENSIDAD	1.025
pH	5.0
PROTEINAS	Negativo
GLUCOSA EN ORINA	Negativo
UROBILINOGENO	Negativo
BILIRRUBINAS	Negativo
NITRITOS	Negativo
CETONAS	50
HEMATIES	1.8
LEUCOCITOS	2.5
BACTERIAS	Escasas
GRAM	Negativo

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

Tabla5-2: HCG beta cualitativa 14/04/2019

HCG BETA CUALITATIVA	Negativo
-------------------------	----------

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

2.9. Registro de evoluciones

Día 1: 14/04/2019 09:00 (Nota de Emergencia)

Paciente pasa a sala de observación, conciente orientada, algica, mucosas orales semihúmedas, abdomen suave, depresible, doloroso en fosa ilíaca y flanco derechos. Se administra analgesia prescrita y se solicita valoración por cirugía general.

Día 1: 14/04/2018 14:44 (Cirugía general en emergencia)

Paciente con dolor en fosa iliaca derecha, sin síntomas urinarios. Al examen físico dolor en fosa ilíaca derecha +++, Blumberg +++. Se cataloga como: Abdomen agudo inflamatorio a) quiste ovárico b) anexitis C) apendicitis vs cuadro ginecológico.

Se solicita ecografía de abdomen + Fosa ilíaca derecha + pélvica y valoración por Ginecología.

Día 1: 14/04/2018 16:00(Ginecología en emergencia)

Paciente de 26 años de edad, con antecedentes de gestas 1, refiere dolor abdominal desde hace 9 horas, fue valorada por cirugía general quienes catalogan como Abdomen Agudo inflamatorio vs cuadro ginecológico.

Se recibe reporte de ecografía, cuya conclusión es Plastrón junto a ovario derecho, descartar embarazo ectópico vs quiste hemorrágico de ovario derecho. (Ver Anexo A e Ilustraciones)

Se decide ingreso al servicio de Ginecología.

Día 1: 14/04/2018 17:00 (Ginecología)

Paciente ingresa al servicio de Ginecología, continúa con nada por vía oral, hidratación con solución salina, se retira analgesia y se solicita Biometría hemática, EMO + GRAM, PCR, BCHG cuantitativa. Paciente ingresa con los siguientes diagnósticos:

Abdomen agudo inflamatorio: Apendicitis vs Abdomen agudo ginecológico: torsión ovárica, embarazo ectópico.

Día 2: 15/04/2019 07:00 (Ginecología)

Paciente continúa con dolor abdominal, pero al momento es de menor intensidad, se localiza en fosa ilíaca derecha, no se evidencian pérdidas a nivel genital. Durante la noche realiza alza térmica de 38.1°C, que cede mediante medios físicos. Se prescribe Ampicilina 2 gramos intravenoso cada 6 horas, Gentamicina 280mg intravenoso cada día y Metronidazol 500mg intravenoso cada 8 horas. Se pasa parte operatorio con diagnóstico de Absceso tubo-ovárico vs Apendicitis.

Tabla6-2: Biometría hemática 15-04-2019 07:42 am

BIOMETRIA HEMATICA	
GLÓBULOS BLANCOS	10.6
NEUTROFILOS	76%
LINFOCITOS	15%
HEMATOCRITO	46%
HEMOGLOBINA	15.4 g/dl

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

Tabla7-2: Serología 15-04-2019 07:42 am

PCR CUANTITATIVO	SEMI	Negativo
---------------------	------	----------

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General

Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019**Tabla8-2:** Elemental y microscópico de orina 15/04/2019 07:42

ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA	
COLOR	Amarillo
ASPECTO	Transparente
DENSIDAD	1.010
Ph	6.0
PROTEINAS	Negativo
GLUCOSA EN ORINA	Negativo
UROBILINOGENO	Negativo
BILIRRUBINAS	Negativo
NITRITOS	Negativo
CETONAS	50
HEMATIES	2.5
LEUCOCITOS	6.8
BACTERIAS	Escasas
GRAM	Negativo

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública**Realizado por:** León Chunata Thalía, 2019**Tabla9-2:** HCG BETA 15/04/2019 07:42

HCG BETA CUANTITATIVA	<1.00 mUI/ml
--------------------------	--------------

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General

Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019**Día 2: 15/04/2019 15:00**(Nota postquirúrgica)

Bajo anestesia general se realiza Laparotomía exploratoria + Salpingooforectomía bilateral + apendicectomía + Biopsia de epiplón y lavado peritoneal por Tumores ováricos bilaterales (Ver Protocolo – Anexo B)

Sangrado total: 100cc

Hemoperitoneo: 200cc

Impresión diagnóstica:

- Tumor de ovario derecho e izquierdo en estudio

Se prescribe nada por vía oral, hidratación con cloruro de sodio al 0.9%, analgesia con paracetamol 1 gramo intravenoso cada 6 horas, tramadol 100mg intravenoso cada 8 horas y cefazolina 1 gramo intravenoso cada 6 horas

Día 3: 16/04/2019 07:00

Paciente con dolor a nivel de herida quirúrgica la cual es media infraumbilical, de aproximadamente 12 cm. El dolor es de moderada intensidad, cede con administración de medicación analgésica, signos vitales dentro de parámetros normales, herida quirúrgica en buenas condiciones, con puntos de sutura y cubierta con apósitos limpios y secos, sin signos de infección. Se prescribe dieta blanda, continuar con hidratación, analgesia y antibioticoterapia vía endovenosa, además se solicita biometría hemática de control

Tabla 10-2: Biometría hemática 16-04-2019 07:00am

BIOMETRIA HEMATICA	
GLÓBULOS BLANCOS	5.4
NEUTROFILOS	62%
LINFOCITOS	36%
HEMATOCRITO	46%
HEMOGLOBINA	15.18 g/dl

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

Día 4: 17/04/2019 07:00

Paciente con dolor abdominal en hemiabdomen inferior, de leve intensidad, presenta náusea que no llega al vómito durante la madrugada, signos vitales dentro de parámetros normales, herida quirúrgica con puntos de sutura, sin signos de infección. Se decide continuar con dieta blanda, retirar hidratación, analgesia se cambia a vía oral e intramuscular y antibioticoterapia vía oral.

Día 5: 18/04/2019 07:00

Paciente con leve dolor a nivel de herida quirúrgica, con signos vitales dentro de parámetros normales, herida quirúrgica en buenas condiciones, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior, ruidos hidroaéreos presentes.

Plan: Alta e indicaciones, retiro de puntos de sutura en centro de salud en 8 días, cita previa para consulta externa de ginecología en 15 días para revisar resultado de histopatología, se indican signos de alarma. Se prescribe analgesia vía oral por 3 días con paracetamol 1 gramo cada 6 horas y terapia de sustitución hormonal con estradiol 0.3mg+levonorgestrel 0.15 vía oral cada día.

2.10. Diagnóstico presente en historia clínica

Tumor ovárico bilateral en estudio

2.11. Diagnóstico definitivo

Teratoma maduro quístico en ovarios derecho e izquierdo

2.12. Diagnóstico diferencial

- Embarazo ectópico
- Quiste ovárico hemorrágico derecho
- Torsión de quiste ovárico derecho
- Absceso tubo ovárico derecho
- Tumor ovárico derecho roto

2.13. Seguimiento por consulta externa

09/05/19

Paciente acude a consulta externa de Ginecología para control postquirúrgico y revisión de resultados de histopatológico, los cuales reportan: (Ver Anexo C)

- Ovario izquierdo: Teratoma quístico maduro
- Trompa uterina izquierda: negativo para malignidad
- Ovario derecho: Teratoma quístico maduro
- Trompa uterina derecha: negativo para malignidad
- Epiplón: negativo para malignidad
- Apéndice: Hiperplasia folicular linfoide
- Estudio citoquímico de líquido peritoneal: negativo para malignidad

Al examen físico paciente conciente orientada, afebril, hidratada.

Cabeza normocefálica, mucosas orales húmedas, cuello móvil, tórax simétrico, expansibilidad conservada, Cardiopulmonar normal, Abdomen suave, depresible, presencia de herida quirúrgica media infraumbilical de aproximadamente 12 cm en proceso de cicatrización, en buenas condiciones, sin signos de infección. Región inguinogenital normal, no se evidencia sangrado vaginal. Extremidades tono, fuerza y movilidad conservada.

Se solicitan exámenes de control y nueva valoración con resultados en un mes.

Diagnóstico definitivo: Teratoma quístico maduro de ovarios derecho e izquierdo

11/06/2019

Paciente acude a control por consulta externa de ginecología, refiere secreción vaginal blanquecina, de mal olor. Se revisan resultados de exámenes solicitados, los cuales reportan:

Tabla 11-2: Biometría hemática 08-06-2019

BIOMETRIA HEMATICA	
GLÓBULOS BLANCOS	5.9
NEUTROFILOS	64%
HEMATOCRITO	43%
HEMOGLOBINA	14.1 g/dl

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-
Ministerio de Salud Pública

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

Tabla 12-2: Perfil química básica

PERFIL QUÍMICA BÁSICA	
GLUCOSA	76 mg/dl
CREATININA	0.58 mg/dl
BUN	12.9 mg/dl

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente
Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

Paciente conciente orientada, afebril, hidratada, con signos vitales: Tensión arterial 100/70mmHg, Frecuencia cardíaca 65 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 por minuto, temperatura 36.7°C, Saturación de oxígeno: 95% aire ambiente. Al examen físico cabeza normocefálica, mucosas orales húmedas, cuello móvil, tórax simétrico, expansibilidad conservada,

Cardiopulmonar normal, Abdomen suave, depresible, presencia de cicatriz en buenas condiciones, ruidos hidroaéreos presentes. Extremidades tono, fuerza y movilidad conservada. Se solicita examen de citobacteriológico de secreción vaginal

02/07/2019

Paciente acude para control, no refiere molestias, al examen físico Cabeza normocefálica, mucosas orales húmedas, cuello móvil, tórax simétrico, expansibilidad conservada, Cardiopulmonar normal, Abdomen suave, depresible, presencia de cicatriz en buenas condiciones, ruidos hidroaéreos presentes. Extremidades tono, fuerza y movilidad conservada.

Tabla 13-2: Citobacteriológico de secreción vaginal

PARÁMETROS	VALORES
Células epitelio vaginal	18-20 XC
Células guías	5-7XC
Piocitos	10-12XC
Hongos	ESPORAS +
Bacterias	+++
Gram	COCOBACILOS GRAM NEGATIVOS SUGESTIVOS DE Gardnerella vaginalis NUMEROSOS
KOH	POSITIVO PARA HONGOS POSITIVO PARA Gardnerella vaginalis

Fuente: Laboratorio Clínico-Hospital Provincial General Docente Riobamba-Ministerio de Salud Pública

Realizado por: León Chunata Thalía, 2019

Diagnóstico: Vaginitis + Vaginosis bacteriana

Plan: Se prescribe Metronidazol 500mg Vía oral cada 12 horas por 7 días, clotrimazol 200mg un óvulo vía vaginal cada noche por 3 noches y próximo control en 15 días en Centro de Salud.

CAPÍTULO III

3. DISCUSIÓN

El caso clínico expuesto en este trabajo se realiza debido a la concurrente presentación de casos de abdomen agudo ginecológico y su importancia en la consulta de los servicios de emergencias del mundo, sin embargo, esta entidad aborda múltiples patologías que confunden al momento de realizar el diagnóstico diferencial. De acuerdo a la edad de nuestra paciente y después de descartar un embarazo, se reduce el número de patologías posibles como causa de abdomen agudo. En este caso la causa fue un teratoma ovárico derecho roto, lo cual según la bibliografía consultada ocurre excepcionalmente en 1-4% de casos. Es importante recalcar que el diagnóstico de teratoma ovárico maduro o inmaduro se confirma únicamente mediante análisis anatomopatológico y su hallazgo suele ser incidental debido a que generalmente no presenta clínica. Cuando la paciente se presenta asintomática, el abordaje requerirá el estudio minucioso del tumor mediante exámenes imagenológicos más específicos para definir sus características como la tomografía axial computarizada o una resonancia magnética nuclear, además de solicitar marcadores tumorales y pruebas genéticas; lo cual permitirá esclarecer si el tumor es maligno o benigno y si se ha propagado fuera del ovario para con ello definir la conducta apropiada a seguir. En el caso de nuestra paciente, la clínica de dolor abdominal agudo, sumada a signos de irritación peritoneal, con una ecografía que no permite definir con exactitud el diagnóstico definitivo y considerando el alto riesgo de complicaciones, se opta por el abordaje inmediato mediante laparotomía exploratoria. Los hallazgos muestran que la causa del dolor era debido a un tumor ovárico derecho roto que produjo hemoperitoneo, además al revisar el ovario izquierdo se aprecia también tumoración ovárica, esta última sin complicaciones aparentes. Debido a las características de las tumoraciones se decide aplicar el protocolo de la Asociación Americana de Cáncer para cáncer de ovario para con ello verificar la propagación y determinar la benignidad o malignidad de los tumores. Se realiza salpingo-ooforectomía bilateral, omentectomía parcial y análisis del líquido presente en la cavidad abdominal; además de realizar apendicectomía incidental. Se decide conservar el útero como una alternativa para un futuro embarazo mediante fertilización in vitro. Debido a la cirugía radical realizada en la paciente, se debe considerar la aplicación de la terapia de reemplazo hormonal con estrógenos y progestina para minimizar los riesgos de problemas de corazón, huesos y cerebro, además de reducir los síntomas propios de la menopausia originada por la extracción de los ovarios. Esta terapia de reemplazo hormonal se indica a partir de la cirugía hasta alrededor de los 50 años de edad, pero antes de indicarla se debe tomar en cuenta los riesgos potenciales como sangrados vaginales, incontinencia urinaria, demencia, derrames cerebrales, ataques cardíacos y cáncer de seno; los cuales hacen discutible la aplicación de esta terapia.

CONCLUSIONES

El abdomen agudo ginecológico es una entidad frecuente por la que las pacientes acuden a los servicios de emergencia mundialmente, por lo descrito en este trabajo conocemos que existen muchas patologías que se enmarcan en el cuadro diferencial, por lo que es fundamental realizar un anamnesis completa, un examen físico exhaustivo y ayudarnos de los exámenes de laboratorio e imagen correctos que nos permitan esclarecer un diagnóstico en la brevedad de tiempo posible, ya que en estos casos el factor tiempo puede contribuir al deterioro de nuestras pacientes que requieren un abordaje inmediato.

Se debe tener en cuenta a los tumores ováricos, como parte del diagnóstico diferencial del abdomen agudo en mujeres de todas las edades, ya que, aunque en su mayoría pueden pasar desapercibidos y diagnosticarse sólo como hallazgo incidental, estos pueden presentar complicaciones como ruptura, torsión o degeneración maligna, las dos primeras que puede ser las causantes de la clínica de abdomen agudo.

La vía de abordaje que se recomienda para el manejo es una cirugía conservadora mediante laparoscopia realizando únicamente una cistectomía. En este caso se trató con cirugía radical con salpingooforectomía bilateral; pero debido a la edad de la paciente se mantiene el útero para preservar la posibilidad de un embarazo futuro a través de fertilización in-vitro.

Se debe tener en cuenta también que con la extirpación de ambos ovarios se está causando una menopausia precoz con todos los riesgos que eso conlleva, por lo que se deberá considerar la aplicación de la terapia de reemplazo hormonal si se adecúa al caso y sin subestimar sus riesgos potenciales.

Las masas ováricas complejas requieren estudios completos que permitan verificar las características de benignidad o malignidad como estudios imagenológicos más avanzados, marcadores tumorales y estudios transoperatorios que ayudan a determinar un proceder más beneficioso para las pacientes en caso que las condiciones permitan un abordaje menos invasivo.

BIBLIOGRAFÍA

ALÁ M, GARCÍA F, TAMES R. Scielo. *Características anatomopatológicas del teratoma ovárico procedente de ooforectomías, en el Instituto de Gastroenterológico Boliviano-Japones.* [En línea] 2013. [Citado el: 12 de 07 de 2019.] http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662013000200007

ALVA J, PACHECO J. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. *Abdomen agudo ginecoobstétrico: Experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.* [En línea] 2013. [Citado el: 12 de 07 de 2019.] https://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/1722/pdf_235

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cáncer de ovario. [En línea] 2016. [Citado el: 26 de 08 de 2019.] http://www.fasgo.org.ar/images/Cancer_de_Ovario_Am_Society.pdf

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Los quistes ováricos.* [En línea] 2017. [Citado el: 26 de 08 de 2019.] <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Los-quistes-ovaricos?IsMobileSet=false>

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA. Elsevier. *Consenso nacional intersociedades sobre manejo de las masas anexiales - Diciembre de 2012.* [En línea] 2016. [Citado el: 26 de 08 de 2019.] <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-argentina-radiologia-383-articulo-consenso-nacional-intersociedades-sobre-manejo-S0048761915000812>

BAQUEDANO, L. Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico. [En línea] 2014. [Citado el: 18 de 07 de 2019.] <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n2/art09.pdf>.

BHAVSAR A. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. *Evaluación del dolor pélvico agudo.* [En línea] 2016. [Citado el: 17 de 07 de 2019.] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26760839>.

BOUZARI Z, BARAT S. Caspian Journal of Reproductive Medicine. *Acute obstetric and gynecologic emergencies among pregnant women in a tertiary care hospital, Iran.* [En línea] 2015. [Citado el: 13 de 07 de 2019.] <https://pdfs.semanticscholar.org/6516/eff244665b1eb1cdaf59b11e6052e05f6388.pdf>.

CABEZAS M, RODRÍGUEZ E, RODRÍGUEZ I. Scielo. *Teratoma ovárico maduro e inmaduro, a propósito de un caso.* [En línea] 2017. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n5/0300-9041-gom-85-05-00331.pdf>

CALDERÓN E, CASANOVA G, GALINDO A. Medigraphic. *Diagnóstico y tratamiento de las infecciones en vías urinarias: un enfoque multidisciplinario para casos no complicados.* [En línea] 2017. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] <http://scielo.unam.mx/pdf/bmim/v70n1/v70n1a3.pdf>

CASTRO C. Finlay. *Disgerminoma puro de ovario adolescente: presentación de un caso y revisión de la literatura.* [En línea] 2018. [Citado el: 16 de 08 de 2019.] <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/662/1715>

CLAVIJO M. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. *Correlación diagnóstica entre clínica e imágenes con resultados anátomo-patológicos de tumores de ovario del Servicio de Ginecología del Hospital Eugenio Espejo desde 01 de junio 2012 a 31 de mayo 2015.* [En línea] 2015. [Citado el: 16 de 08 de 2019.] <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10092/CORRELACION%20DIAGNOSTICA%20TUMORES%20OVARIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CORRALES Y, AYALA Z. Scielo. *Teratoma de ovario. Presentación de un caso.* [En línea] 2012. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000200011.

DEVENDRA A, BHATTACHARYYA T, KATHPALIA S. Elsevier. *Abdomen agudo en la práctica ginecológica.* [En línea] 2011. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4923373/>.

DONATI A. *Guía de Práctica clínica de Masas Anexiales.* [En línea] 2014. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-31%20Masas%20Anexiales_v1-14.pdf

EZCURRA, R. Dolor abdomino-pélvico en ginecología. [En línea] 2009. [Citado el: 07 de Julio de 2019.] <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/ginecologia5.pdf>.

FALLAS J. Scielo. *Apendicitis Aguda.* [En línea] 2012. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v29n1/art10.pdf>

GONZÁLEZ-HUEBRA I GARCÍA-BARQUÍN P QUILEZ LARRAGAN A BARTOLOMÉ LEAL P CABALLEROS LAM M ET. Elsevier. *Torsión ovárica secundaria a teratoma maduro de ovario, causa infrecuente de dolor abdominal agudo.* [En línea] 2017. [Citado el: 14 de 07 de 2019.] <https://www.elsevier.es/es-revista-imagen-diagnostica-308-articulo-torsion-ovarica-secundaria-teratoma-maduro-S2171366917300161>.

GOSWAMI, D. Asociación Argentina del Cáncer. *Coriocarcinoma no gestacional ovárico puro.* [En línea] 2013. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] <http://www.trabajosdistinguidos.com/oncologia/expertosonco146.php>

HERNÁNDEZ J, LEÓN J, MARTÍNEZ M. Medigraphic. *Apendicitis aguda: revisión de la literatura.* [En línea] 2019. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2019/cg191f.pdf>

HERNÁNDEZ M, CASTRO V. Medigraphic. *Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva.* [En línea] 2017. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom179h.pdf>

MADRIGAL A, MORA B. Scielo. *Teratoma inmaduro (maligno) de ovario.* [En línea] 2018. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-146.pdf>

MERINO P, JOURDAN F, VALENZUELA P. Scielo. *Manejo quirúrgico del teratoma maduro: Laparoscopia o laparotomía.* [En línea] 2012. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000100008

MOLLÁ, N. Chospab. *El dolor pélvico: tipos. Clasificación. Etiología.* [En línea] 2010. [Citado el: 12 de 07 de 2019.] http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100310_1.pdf.

MORA M, VALLE R. Medigraphic. *Manejo de masas anexiales.* [En línea] 2016. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161p.pdf>

OJEDA, O. Scielo. *Tumor del seno endodérmico: presentación de un caso.* [En línea] 2012. [Citado el: 12 de 07 de 2019.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000200009

PARDO M, FERNÁNDEZ M. Elsevier. *Absceso pélvico y tubo-ovárico en mujer portadora de DIU hace 16 años.* [En línea] 2012. [Citado el: 12 de 07 de 2019.] <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-absceso-pelvico-tubo-ovarico-mujer-portadora-S0210573X1100061X>

PÉREZ E, GUTIÉRREZ Q, PANIAGUA P. Elsevier. *Teratoma maduro quístico.* [En línea] 2017. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-teratoma-maduro-quistico-S1138359316302258>

PONS L, GARCÍA O. Medisan. *Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico.* [En línea] 2012. [Citado el: 26 de 07 de 2019.] <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n6/san13612.pdf>

RENSELAER J, WARE R. American College of Obstetricians and Gynecologist. *Evaluación y Manejo de tumores ováricos detectados por ultrasonido en mujeres asintomáticas.* [En línea] 2016. [Citado el: 25 de 07 de 2019.] https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/May2016_Translation_vanNagell.pdf

RIVERA A, MORA A. Elsevier. *Dolor pélvico de origen ginecológico como patología urgente.* [En línea] 2017. [Citado el: 25 de 07 de 2019.] http://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2018/2_mayo/esp/dolor_esp.pdf

SEPÚLVEDA J, ALARCÓN M. Scielo. *Manejo médico de la miomatosis uterina. Revisión de la literatura.* [En línea] 2016. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n1/art09.pdf>

SIU A, SIU L. Scielo. *El absceso tubo-ovárico. Evolución en cuatro décadas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.* [En línea] 2012. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000200009

SOPER D. Manual MSD. *Enfermedad pelviana inflamatoria (EPI).* [En línea] 2018. [Citado el: 16 de 07 de 2019.] <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/vaginitis,-cervicitis-y-enfermedad-pelviana-inflamatoria-epi/enfermedad-pelviana-inflamatoria-epi>

STRATTON, P. *Evaluation of acute pelvic pain in nonpregnant adult women.* [En línea] 2019. [Citado el: 17 de 07 de 2019.] <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-acute-pelvic-pain-in-nonpregnant-adult-women>.

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *El embarazo ectópico.* [En línea] 2019. [Citado el: 15 de 07 de 2019.] <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-embarazo-ectopico?IsMobileSet=false>

VALDEVENITO J, ÁLVAREZ D. Elsevier. *Infeción urinaria recurrente en la mujer.* [En línea] 2018. [Citado el: 15 de 07 de 2019.] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300282>

VARGAS V, ACOSTA G, GARCÍA F. Medigraphic. *Tumor de células germinales de ovario. Presentación clínica y su tratamiento en 15 casos.* [En línea] 2014. [Citado el: 25 de 07 de 2019.] <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2014/ju144c.pdf>

VILLALÓN J, CHÁVEZ B. Elsevier. *Absceso tubo-ovárico que simula cáncer de ovario, Una rara entidad.* [En línea] 2012. [Citado el: 25 de 07 de 2019.] <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-absceso-tubo-ovarico-que-simula-cancer-X1665920112306638>

ANEXOS

Anexo A: Ecografía de abdomen + FID + pélvico 14/04/2019

SERVICIO DE IMAGEN
ULTRASONIDO

ESTUDIO: ECOGRAFIA DE ABDOMEN + FID + PÉLVICO

PACIENTE: [REDACTED]

FECHA: 14 DE ABRIL DE 2019

INFORME:

El estudio ecográfico revela:

Hígado de dimensiones normales y contornos preservados. Textura homogénea, sin imágenes de procesos inflamatorios o de abscesos. No hay zonas de cicatrización. No hay nódulos o tumores en el parénquima, no hay dilatación de las vías biliares intra o extrahepáticas.

Vesícula biliar de paredes finas. No se observa cálculos ni pólipos en su interior.

Bazo y páncreas de aspecto normal. No hay esplenomegalia

No se evidencian adenopatías intra ni retroperitoneales

Riñones de localización habitual, dimensiones normales, corteza con grosor y textura normal. Relación córtico-medular preservada. No hay tumoraciones. No hay hidronefrosis.

Asas intestinales con abundante gas.

ECO FID:

El rastreo de FID revela asas con sin peristaltismo, dolorosa al paso del transductor. Presencia de plastrón de asas impresionada junto a ovario derecho.

Vejiga vacía.

Presencia de líquido libre escaso en FID

ECOGRAFÍA PÉLVICA:

Útero en anteverso flexión fisiológica, de forma y tamaño adecuados. Mide 6.26 x 7.34 x 4.39 cm. Con un volumen de 105.44 cc.

Miometrio homogéneo, sin alteraciones.

Endometrio central, lineal.

Cérvix homogéneo sin lesiones en su interior.

Ovarios de localización normal. ??

Ovario derecho aumentado de tamaño, impresiona colección hiperecogénica, en su interior, mide 4.87 x 2.31 x 4.21 cm. Volumen 24.83 cc. Y junto a este

ovario se observa plastrón que mide 2.28 x 3.47 cm.

Ovario izquierdo mide 3.30 x 2.32 x 3.90 cm. Volumen 15.61 cc.

Douglas libre.

CONCLUSIÓN:

Plastrón junto a ovario derecho.

A/D embarazo ectópico vs quiste hemorrágico de ovario derecho.

Se sugiere realizar B-HCG cuantitativa.

NO TENEMOS PAPEL PRINTER PARA IMPRESIÓN DE IMÁGENES
IMÁGENES GUARDADAS EN EQUIPO MINDRAY DC8 DEL SERVICIO DE
IMAGENOLOGÍA DEL HPGDR.

Atentamente: _____

Anexo B: Protocolo postoperatorio

Tiempo de monitoreo: 1h45min

Tiempo de anestesia: 1h25min

Tiempo de cirugía: 1h20min

Diagnóstico preoperatorio: Absceso tuboovárico derecho

Diagnóstico postoperatorio: Tumor bilateral de ovario

Cirugía propuesta: Laparotomía exploratoria

Cirugía realizada: Laparotomía exploratoria: Salpingooforectomía bilateral + Apendicectomía incidental + Biopsia de epiplón

Diéresis: media infraumbilical de aproximadamente 12cm

Exposición: Abdomino Pélvica

Exploración y hallazgos quirúrgicos

1. Se evidencia hemoperitoneo 200cc
2. Se realiza lavado peritoneal con 50cc de Solución salina y se toma muestra para citología
3. Tumor de ovario derecho de características malignas (irregular, multilobulado, de consistencia sólida y blanda)
4. Tumor de ovario izquierdo compuesto de 6x6cm (irregular, multilobulado, de consistencia sólida y blanda)
5. Se realiza apendicectomía incidental
6. Biopsia de epiplón, resto de epiplón no se evidencian o palpan tumores

Procedimiento operatorio

1. Asepsia y antisepsia
2. Colocación de campos quirúrgicos
3. Diéresis descrita
4. Exploración de cavidad
5. Lavado de cavidad peritoneal con 50cc de solución salina
6. Salpingooforectomía bilateral
7. Apendicectomía incidental
8. Toma de biopsia de epiplón
9. Cierre por planos

Síntesis: Vicryl 0, Vicryl 1, Dafilon 3/0

Muestras o cultivos enviados: tumor derecho e izquierdo, apéndice, epiplón

Anexo C: Resultados de histopatología

Muestra 1: Ovario y trompa izquierda


HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

NOMBRES:				HISTORIA CLINICA:		
[REDACTED]				C.I.	060 [REDACTED]	
SERVICIO:	SALA:	CAMA:	C. EXTERNA:	EDAD:	SEXO:	FECHA:
Ginecología	M	108		26 años	F	16-04-2019

Diagnostico Clínico: Tumor de comportamiento incierto.
Operación Practicada:
Tratamiento:
Origen y naturaleza de la muestra: Ovario y trompa izquierda
Datos de orientación diagnóstica: RIOBAMBA

SOLICITANTE:	NUMERO DE INFORME:
Dr. [REDACTED]	1095-2019
	FECHA: 16-04-2019

MACROSCOPIA:
Se recibe un ovario quístico que mide 6 x 4,5 x 4 cm, la superficie externa es gris, lisa, con vasos visibles. Al corte, la superficie interna es multiquística, con material sebáceo y pelos en su interior, se identifica nódulo de Rokitansky de 3 x 2 cm. En uno de los extremos presenta trompa uterina de 2,5 x 0,8 cm, está cubierta por serosa gris, lisa. Al corte, la luz es virtual. Se procesa partes representativas:
A-Pared de quiste 2 casetas
B-Trompa uterina 1 caseta

MICROSCOPIA:
A) Los cortes muestran ovario que exhibe pared de quiste revestida por epitelio escamoso queratinizante, con áreas de epitelio cilíndrico ciliado, acompañados por estroma fibroconectivo con folículos pilosebáceos, glándulas ecrinas, mucosecretoras, tejido adiposo, músculo liso, fibras nerviosas y tejido neuronal maduro, rodeados por estroma fusocelular compacto.
B) Los cortes muestran pared de trompa uterina de características histomorfológicas usuales.

DIAGNOSTICO:

- OVARIO Y TROMPA UTERINA IZQUIERDA:**
 - OVARIO: TERATOMA QUISTICO MADURO. EXERESIS COMPLETA.
 - TROMPA UTERINA: DE ASPECTO USUAL.

FECHA DE LECTURA: 18-04-2019
ALC

Muestra 2: Ovario derecho y trompa derecha

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

NOMBRES:				HISTORIA CLINICA		
				C.I.		
SERVICIO:	SALA:	CAMA:	C. EXTERNA:	EDAD:	SEXO:	FECHA:
Ginecología	M	108		26 años	F	16-04-2019

Diagnostico Clinico: Tumor de comportamiento incierto.

Operación Practicada:

Tratamiento:

Origen y naturaleza de la muestra: Ovario derecho y trompa derecha

Datos de orientación diagnóstica:

SOLICITANTE:	NUMERO DE INFORME:
	1094-2019
FECHA:	16-04-2019

MACROSCOPIA:

Se recibe ovario quístico que mide 5,7 x 4,8 x 3 cm, la superficie externa es gris, lisa, con vasos visibles. Al corte, la superficie interna es multiquistica, con material hemorrágico, sebáceo y pelos, en su interior se identifica seno de Rokitansky que mide 1 x 0,8 cm. En uno de los extremos presenta trompa uterina de 3,5 x 0,8 cm, está cubierta por serosa gris, lisa. Al corte, la luz es virtual. Se procesa partes representativas:

A-Pared de quiste 2 casetas

B-Trompa uterina 1 caseta

MICROSCOPIA:

A) Los cortes muestran ovario que exhibe pared de quiste revestida por epitelio escamoso productor de queratina, rodeado por estroma fibroconectivo con folículos pilosebáceos, glándulas ecrinas y mucosecretoras, tejido adiposo, fibras de músculo liso. En otros cortes, se identifican escasos quistes foliculares rodeados por estroma fusocelular compacto.

B) Los cortes muestran pared de trompa uterina de características histomorfológicas usuales.

DIAGNOSTICO:

- **OVARIO Y TROMPA UTERINA DERECHA:**
- OVARIO: TERATOMA QUISTICO MADURO. EXERESIS COMPLETA.
- TROMPA UTERINA: DE ASPECTO USUAL.

FECHA DE LECTURA: 18-04-2019
ALC

Muestra 3: Epiplón



HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

NOMBRES:				HISTORIA CLINICA		
[REDACTED]				C.I.	06 [REDACTED]	
SERVICIO:	SALA:	CAMA:	C. EXTERNA:	EDAD:	SEXO:	FECHA:
Ginecología	M	108		26 años	F	16-04-2019

Diagnostico Clínico: Tumor de comportamiento incierto.

Operación Practicada:

Tratamiento:

Origen y naturaleza de la muestra: Epiplon. BAMBA

Datos de orientación diagnóstica:

SOLICITANTE:	NUMERO DE INFORME:
Dr. [REDACTED]	1093-2019
	FECHA:
	16-04-2019

MACROSCOPIA:

Se recibe un segmento laminar de tejido blando, que mide 5 x 3 x 0,5 cm. la superficie externa es nodular amarillenta. Al corte, la superficie interna es amarillenta, homogénea. No se identifica nódulos, ni implantes tumorales. Se procesa partes representativas: 1 caseta.

MICROSCOPIA:

Los cortes muestran fragmentos de tejido adiposo maduro con congestión y dilatación vascular. No se identifican células neoplásicas malignas en esta muestra.

DIAGNOSTICO:

- RESECCION DE SEGMENTO DE EPIPLON:
- NEGATIVO PARA MALIGNIDAD.
- TEJIDO ADIPOSO MADURO CON CONGESTION VASCULAR.

FECHA DE LECTURA: 17-04-2019
ALC

Muestra 4: Apéndice


HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

NOMBRES:				HISTORIA CLINICA		
[REDACTED]				C.I. 06 [REDACTED]		
SERVICIO:	SALA:	CAMA:	C. EXTERNA:	EDAD:	SEXO:	FECHA:
Ginecología	M	108		26 años	F	16-04-2019

Diagnostico Clínico: Tumor de comportamiento incierto.
Operación Practicada:
Tratamiento:
Origen y naturaleza de la muestra: Apéndice. RIOBAMBA
Datos de orientación diagnóstica:

SOLICITANTE:	NUMERO DE INFORME:
Dr. [REDACTED]	1092-2019
	FECHA: 16-04-2019

MACROSCOPIA:
 Se recibe apéndice cecal que mide 8 x 0,7 cm, la serosa es gris, con vasos visibles.
 Al corte, el espesor de la pared es de 0,2 cm, la luz está ocupada por material fecal.
 Se procesa partes representativas en: 1 caseta.

MICROSCOPIA:
 Los cortes muestran pared apendicular en cuyas capas mucosa y submucosa se observan folículos linfoides hiperplásicos con prominentes centros germinales y frecuentes eosinófilos en la lámina propia y muscular. La serosa presenta vasos congestivos.

DIAGNOSTICO:
 • **APENDICE CECAL/APENDICECTOMIA.**
 • HIPERPLASIA FOLICULAR LINFOIDE.

FECHA DE LECTURA: 17-04-2019

Anexo D: CITOQUÍMICO Y BACTERIOLÓGICO DE LÍQUIDO PERITONEAL

CULTIVO DE LÍQUIDO PERITONEAL

COLOR: Hemático

Aspecto: Turbio

Ph: 9

Densidad: 1.000

Coagulación: Negativa

Recuento leucocitos: 400/mm³

Recuento hematíes: numerosos

Recuento diferencial:

Segmentados: 34%

Linfocitos: 66%

Gram: Presencia de Cocos Gram positivos escasos

Presencia de PMN MODERADA 25/CAMPO

ESTUDIO CITOQUÍMICO DE LÍQUIDO PERITONEAL

Sin crecimiento bacteriano en 24 horas

Negativo para malignidad

ANEXO E: Fotografías

Ilustración 1: Ovario, trompa uterina y teratoma ovárico derecho.



Fuente: Período Transoperatorio Hospital Provincial General Docente Riobamba

Cortesía: Dr. Victor Hugo Freire

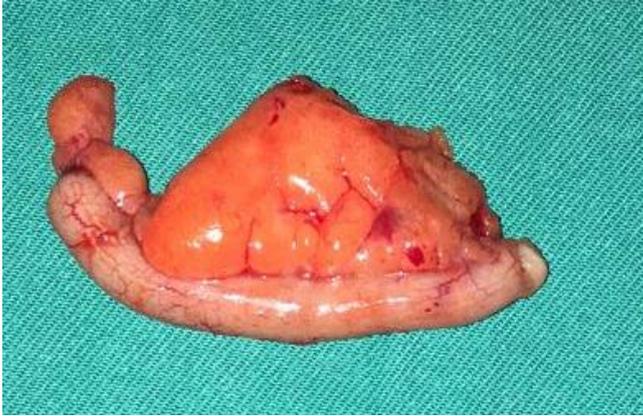
Ilustración 2: Trompa uterina y tumor ovárico izquierdo



Fuente: Período Transoperatorio Hospital Provincial General Docente Riobamba

Cortesía: Dr. Victor Hugo Freire

Ilustración 3: Apéndice



Fuente: Período Transoperatorio Hospital Provincial General Docente Riobamba

Cortesía: Dr. Victor Hugo Freire

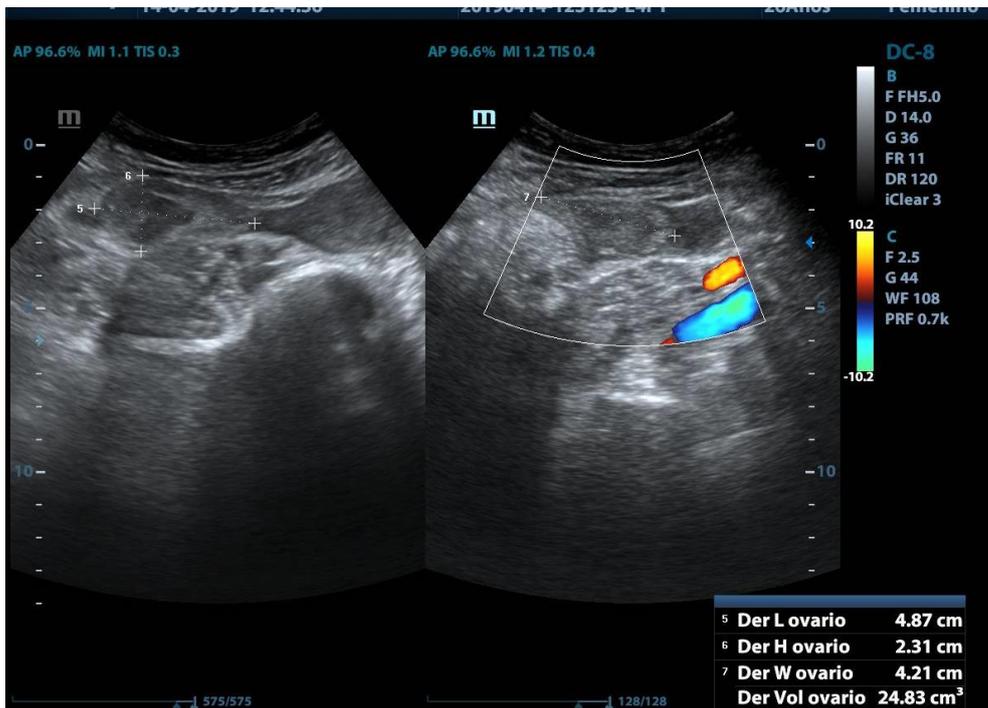
Ilustración 4: Muestra para biopsia de Epiplón



Fuente: Período Transoperatorio Hospital Provincial General Docente Riobamba

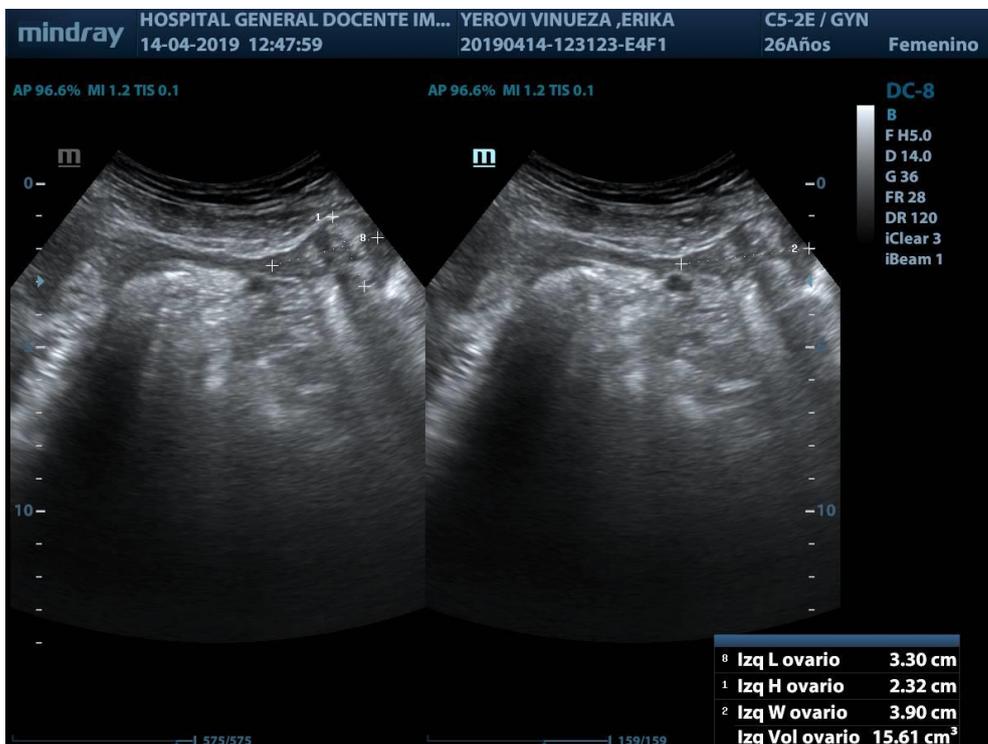
Cortesía: Dr. Victor Hugo Freire

Ilustración 5: Ecografía Ovario derecho



Fuente: Hospital Provincial General Docente Riobamba

Ilustración 6: Ecografía Ovario izquierdo



Fuente: Hospital Provincial General Docente Riobamba

