



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“CISTOADENOMA MUCINOSO OVÁRICO BILATERAL”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Chalus Asas, Erika Tatiana

Tutor: Dr. Esp. Gavilanes Sáenz, Víctor Patricio

Ambato – Ecuador

Mayo 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Análisis de Caso Clínico “CISTOADENOMA MUCINOSO OVÁRICO BILATERAL” de Erika Tatiana Chalus Asas estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril 2018

EL TUTOR

.....

Dr. Esp. Gavilanes Sáenz, Víctor Patricio

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico “CISTOADENOMA MUCINOSO OVÁRICO BILATERAL” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Abril 2018

LA AUTORA

.....

Chaluis Asas, Erika Tatiana

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción del mismo, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autora.

Ambato, Abril 2018

LA AUTORA

.....

Chaluis Asas, Erika Tatiana

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: “CISTOADENOMA MUCINOSO OVÁRICO BILATERAL” de Erika Tatiana Chaluis Asas estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo 2018

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente análisis de caso clínico se la dedico a Dios y a mi familia. A Dios por darme sabiduría, entendimiento en los momentos más difíciles para continuar adelante y cumplir mis objetivos. A mi madre por su amor, sacrificio y apoyo incondicional para hacer de mí una persona llena de principios, valores y coraje para conseguir mis objetivos, y a mi esposo quien ha sido mi motivación, inspiración y felicidad.

Chaluis Asas, Erika Tatiana

AGRADECIMIENTO

A mi madre por guiarme en este camino lleno de obstáculos y darme siempre la fortaleza para seguir adelante, por el apoyo incondicional, por todo su amor y por siempre sentirse orgullosa de cada paso errado y acertado que he dado en mi vida tomada de su mano.

A mis queridos docentes por forjarme con temple y tenacidad por compartir sus conocimientos conmigo, por su paciencia y tiempo dedicado, de manera especial a mi docente tutor Dr. Esp. Gavilanes Sáenz Víctor Patricio por ser el mejor guía al final de este camino.

A mi esposo que siempre estuvo a mi lado dándome fuerzas y que nunca me dejó rendirme, quien supo darme el mejor lugar entre sus brazos para celebrar mis logros y para fortalecerme en mis derrotas.

Chaluis Asas, Erika Tatiana

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
RESUMEN.....	x
SUMMARY	xii
1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	3
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
3. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS	4
4.-DESARROLLO.....	5
4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO	5
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	7
4.2.1 Factores de riesgo biológicos.....	7
4.2.2 Factor de riesgo social.....	7
4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	8
4.3.1. Oportunidad en la solicitud de la consulta	8
4.3.2. Acceso a la atención médica.....	8
4.3.3. Características de la atención.....	9
4.3.4. Oportunidades en la remisión	9
4.4 IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS	10
4.4.1. REVISION BIBLIOGRÁFICA.....	11
MASAS ANEXIALES	12
Definición	12
Etiología.....	12
Tabla N°1: Etiología de las Masas Anexiales	14

Evaluación Diagnóstica	14
Signos y síntomas	14
Examen físico	15
Ecografía transvaginal	15
La resonancia magnética nuclear	16
Tomografía axial computarizada	16
CA-125	17
HE4 (Human Epididymis Protein 4)	17
Roma (algoritmo del riesgo de malignidad ovárica)	17
Tratamiento	19
Pacientes Premenopáusicas	19
Pacientes Posmenopáusicas	22
Quistes anexiales de bajo riesgo de malignización	23
Población premenopáusica	24
Población menopáusica	25
Población Postmenopausica	25
Quistes anexiales de riesgo intermedio de malignización	25
Premenopausia	26
Menopausia	26
Quiste anexiales de alto riesgo	27
Tratamiento Quirúrgico	27
Ooforectomía vs quistectomía	28
Cistoadenomas mucinosos	29
4.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	31
5.-CONCLUSIONES	33
6. - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
BIBLIOGRAFÍA	34
CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA	36
7.- ANEXOS	37

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“CISTOADENOMA MUCINOSO OVÁRICO BILATERAL”

Autora: Chalus Asas, Erika Tatiana

Tutor: Dr. Esp. Gavilanes Sáenz, Víctor Patricio

Fecha: Ambato, Abril del 2018

RESUMEN

Los cistoadenomas mucinosos son masas quísticas benignas unilaterales en la mayoría de los casos (95%) que pueden llegar a alcanzar gran tamaño, en la actualidad no se conoce su comportamiento limítrofe y maligno.

El manejo se enfoca principalmente en descartar el riesgo de malignidad, el diagnóstico se lo hace tomando en cuenta los factores de riesgo, edad de la paciente, examen físico y hallazgos ultrasonográficos. Una masa anexial de bajo riesgo de malignidad se aborda mediante observación con ecografía de control o mediante cirugía laparoscópica, mientras una masa con moderado o alto riesgo de malignidad debe abordarse por vía quirúrgica.

El siguiente caso trata de una paciente femenina de 66 años, que acude por dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio de 1 año de evolución, con diagnóstico de quiste de ovario complejo y miomatosis, el mismo que se resuelve mediante histerectomía total abdominal+Salpingo-ooforectomía bilateral+omentectomía encontrando quistes gigantes de ovarios.

PALABRAS CLAVES: MASA ANEXIAL, CISTOADENOMA MUCINOSO BILATERAL, RIESGO DE MALIGNIDAD, CÁNCER DE OVARIO.

THECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

“ BILATERAL OVARIAN MUCINOSIS CYSTADENOMAS ”

Author: Chalus Asas, Erika Tatiana

Tutor: Dr. Esp. Gavilanes Sáenz, Víctor Patricio

Date: Ambato, April 2018

SUMMARY

Mucinous cystadenomas are unilateral benign cystic masses in the majority of cases (95%) that can reach large size, at present their borderline and malignant behavior is not known. Management is mainly focused on ruling out the risk of malignancy, the diagnosis is made taking into account the risk factors, age of the patient, physical examination and ultrasonographic findings. An adnexal mass with a low risk of malignancy is approached through observation with control ultrasound or laparoscopic surgery, while a mass with moderate or high risk of malignancy should be approached surgically.

The following case is about a 66-year-old female patient, who presents with colic abdominal pain in the hypogastrium of 1 year of evolution, with diagnosis of complex ovarian cyst and myomatosis, which is resolved by total abdominal hysterectomy + Salpingo-oophorectomy bilateral + omentectomy finding giant ovarian cysts.

KEYWORDS: ADNEXAL MASS, BILATERAL MUCINOUS CYSTADENOMA, RISK OF MALIGNANCY, OVARIAN CANCER.

1.- INTRODUCCIÓN

En los ovarios pueden desarrollarse tumores benignos o malignos, quísticos o sólidos, de tipo epitelial, conjuntivo, funcionantes o no teratomatosos, en su mayoría no son neoplásicos y se originan por un estímulo anormal del folículo o alteraciones en el proceso de involución.¹

Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer, tienen una prevalencia puntual significativa de casi el 8% en las mujeres premenopáusicas, esta prevalencia aumenta en las mujeres postmenopáusicas del 14% al 18%, con una incidencia anual del 8%.²

Los cistoadenomas mucinosos son tumores de estirpe benigno en su mayoría, el 85% son benignos, el 6% son de bajo potencial maligno (limítrofes) y un 9% son tumores Invasivos.³

Hasta la fecha no existe una prueba exacta para la evaluación preoperatoria de una masa quística ovárica, por lo tanto, National Institutes of Health estima que en EE. UU. el 5% al 10% de las mujeres se someterá en su vida a la exploración quirúrgica de un quiste de ovario y solo el 13% al 21% de estos quistes serán malignos.⁴

La posibilidad de presentar un cáncer de ovario en la vida es de 1.8% en mujeres mayores de 45 años que aumenta en mujeres mayores de 75 años de edad. En Chile los tumores serosos y mucinosos benignos constituyen en cada caso el 20 % de los tumores ováricos.^{3,2}

Es por esta premisa que nace la importancia del estudio de los factores que pueden conllevar a agravar el cuadro del paciente condicionando su pronóstico,

además del correcto manejo que se debe llevar a cabo con estas pacientes. Se presenta a continuación un caso clínico que basado en los 4 principios de bioética autonomía, justicia, beneficencia y no Maleficencia, busca el análisis del mismo salvaguardando la identidad e integridad del paciente en cuestión.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar del caso clínico relacionado con cistoadenoma mucinoso ovárico bilateral para determinar las manifestaciones clínicas, diagnóstico y manejo adecuado del mismo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir del caso clínico las manifestaciones clínicas y posibles complicaciones, así como elementos fundamentales en el diagnóstico y tratamiento de paciente con diagnóstico de cistoadenoma mucinoso ovárico bilateral.
- Identificar factores de riesgo en paciente con diagnóstico de cistoadenoma mucinoso ovárico bilateral.
- Identificar los puntos críticos en el manejo diagnóstico y terapéutico de paciente con diagnóstico de cistoadenoma mucinoso ovárico bilateral.
- Proponer una estrategia diagnóstica y terapéutica para la correcta atención de pacientes con cistoadenoma mucinoso ovárico bilateral.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

Historia clínica, en la que se destaca la revisión de documentos en la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del caso clínico, desde el inicio de su sintomatología, atendida en las diferentes unidades y servicios hospitalarios, manejos clínicos, características de la atención e identificación de puntos críticos.

Información directa a través de la aplicación de entrevista directa con el paciente, familiares y hospital, que brindo la información activa y directa donde la cual permitió identificar los factores que influyeron de alguna manera en la atención y evolución de este caso clínico.

Guías de práctica clínica y artículos de revisión ya que resumen y evalúan todas las evidencias relevantes con el objeto de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia en cuanto al diagnóstico y tratamiento de un paciente individual, la guía clínica utilizada en la cual se obtuvo definiciones, protocolos estandarizados, medidas terapéuticas, recomendaciones.

Recursos tanto del Investigador (Autora del análisis del caso), personal de salud que estuvo en contacto con la paciente (médicos especialistas, residentes, internos rotativos, enfermeras) y familiares cercanos al paciente.

4.-DESARROLLO

4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO

Paciente femenina de 66 años, casada, nacida y residente en Pelileo, mestiza, de instrucción primaria, de ocupación ama de casa, católica, de lateralidad diestra, grupo sanguíneo ORH+.

Antecedentes patológicos personales: no refiere, antecedentes quirúrgicos: ligadura hace 27 años, apendicectomía hace 14 años, safenectomía hace 3 años, antecedentes gineco- obstétricos; G: 5, P: 4, A: 1, C: 0, HV: 4, telarquia 13 años; pubarquia 12 años; menarquia: 12 años ciclos regulares cada 30 días que duraban 3-5 días con flujo moderado, inicio de la vida sexual activa: 20 años, número de parejas sexuales: 1, enfermedades de transmisión sexual: no refiere, Pap test: hace 2 años, normal, colposcopia: no refiere, mamografía: no refiere.

Paciente refiere que hace aproximadamente un año presenta dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad localizado en hipogastrio, que se ha ido intensificando hace un mes por lo cual acude a control al hospital, en donde después de realizar el examen físico solicitan Papanicolaou con reporte normal, además eco pélvico que reporta útero fibromatoso+quiste derecho complejo por lo cual se refiere a Hospital de segundo nivel.

Paciente acude a consulta externa de ginecología con persistencia de dolor abdominal de moderada intensidad a nivel de hipogastrio y un eco pélvico que reporta ovario quístico. Al examen físico paciente consciente, en buen estado general, mucosas orales húmedas, corazón ruidos cardíacos rítmicos, pulmones

murmullo vesicular conservado, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, se palpa masa a nivel de fosa ilíaca derecha, al tacto vaginal: vagina elástica, útero móvil no palpable, se palpa masa de 12 cm de diámetro en anexo derecho. Al tacto rectal: no compromiso de tabique recto vaginal. Se solicita exámenes de laboratorio, imagen y marcadores tumorales.

Posteriormente acude a control con resultados de biometría hemática: glóbulos blancos 5480, neutrófilos:48%, linfocitos:40%, glóbulos rojos: 5620, Hb:15.1 g/dl, Hcto 49.3%, Pla_q 263000, el eco pélvico que reporta útero en anteverso bordes lisos que mide 58 x 22 x 34 mm, miometrio heterogéneo con cambios fibromiomatosos difusos, ovario derecho se observa imagen quística, de paredes delgadas, con finos septos en su interior mide 77 x 38 x 48 mm con un volumen de 75 cc conclusión útero fibromiomatoso+quiste derecho complejo (cistoadenoma), mamografía que reporta un BIRADS II, control en 2 años, marcadores tumorales: antígeno carcinoembrionario 5.02 ng/ml, alfafetoproteína: 4.76 UI/ml, Ca-125: 23.89 U/ml. Al valorar resultados de exámenes se decide realizar intervención quirúrgica.

Es ingresada al servicio de Ginecología para cirugía programada con diagnóstico de quiste de ovario complejo y miomatosis uterina. Al examen físico paciente en buen estado general, mucosas orales húmedas, campos pulmonares ventilados, abdomen suave, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, panículo adiposo aumentado, se palpa masa en fosa ilíaca derecha, RIG no sangrado, tacto vaginal cérvix posterior cerrado, tacto bimanual no doloroso. Se realiza histerectomía total abdominal+Salpingo-ooforectomía bilateral+omentectomía con hallazgos de quistes de ovarios gigantes bilaterales,

útero duro hipotrófico miomatoso, se solicita histopatológico de útero, quistes de ovario y epiplón.

Paciente evoluciona favorablemente durante su hospitalización y es dada de alta.

El estudio histopatológico reporta cérvix: cervicitis crónica quística con inflamación moderada, endometrio: atrofia quística, adenomiosis, trompas uterinas de aspecto usual, ovario derecho e izquierdo: cistoadenoma mucinoso.

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

4.2.1 Factores de riesgo biológicos

Los tumores ováricos ocupan el tercer lugar de tumores en mujeres premenopáusicas con una incidencia en mujeres mayores de 45 años de 40/100000, que aumenta a 50/100000 en mujeres mayores de 75 años de edad. En Chile los tumores serosos y mucinosos benignos constituyen en cada caso el 20 % de los tumores ováricos, en España se determina a los tumores benignos mucinosos como los más frecuentes, representan un riesgo para todas las mujeres ya que en un 9 % estos tumores ováricos pueden ser malignos.

4.2.2 Factor de riesgo social

Edad

La prevalencia puntual significativa de los quistes es de casi el 8% en las mujeres premenopáusicas, en mujeres postmenopáusicas la prevalencia alcanza el 14% al 18%, con una incidencia anual del 8%. Entre el 30% y el 54% de los quistes

ováricos en las mujeres posmenopáusicas persisten durante años, de estas la incidencia de cáncer de ovario en la vida es de 1.8%, con una incidencia de 40/100000 en mujeres mayores de 45 años, que aumenta a 50/100000 en mujeres mayores de 75 años de edad.

4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

4.3.1. Oportunidad en la solicitud de la consulta

La conducta adecuada a seguir ante una paciente de edad con una sospecha clínica de patología uterina u ovárica es referir a un hospital de segundo nivel, en donde se realizarán valoraciones y exámenes complementarios que ayuden a encasillar la gravedad del diagnóstico y la oportunidad del manejo adecuado e inmediato tal como lo indican las bibliografías consultadas. La paciente del presente caso acude al hospital a control ginecológico en donde se le solicita un eco pélvico y al constatar el diagnóstico fue referida a consulta externa del hospital de segundo nivel para su manejo por especialidad que fue una decisión acertada.

4.3.2. Acceso a la atención médica

En este caso la paciente tuvo dificultad en la atención médica debido a cuestiones administrativas con lo cual retraso su manejo diagnóstico y terapéutico.

4.3.3. Características de la atención

El manejo por consulta externa se lo hizo con controles cada cierto tiempo y según la disponibilidad de turnos para poder realizar exámenes de laboratorio, de imagen y marcadores tumorales que son indicados para llegar a un adecuado diagnóstico, esto fue lo adecuado ya que estos casos deben ser manejada con controles periódicos y seguimiento para determinar la terapéutica ideal como fue en este caso luego de tener todos los resultados de exámenes solicitados programar una cirugía.

4.3.4. Oportunidades en la remisión

La paciente en este caso por motivos personales no acudió a consulta al inicio de la sintomatología, una vez en consulta se solicitaron todos los exámenes de laboratorio, imagen y marcadores tumorales y con el resultados de estos se programa cirugía, se realiza histerectomía tomando en cuenta la edad, factores de riesgo y considerando que era mujer multípara que fue la terapéutica acertada.

4.4 IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

- En el Nivel Primario de Salud según el modelo de atención sanitario que se aplica en nuestro país y no solo aquí sino de forma universal, es el lugar en donde se debería y debe identificarse todos y cada uno de aquellos factores que constituyen un riesgo más signos y síntomas de una patología uterina u ovárica, así se ponen a consideración los siguientes puntos críticos.
- La paciente no acudió a control ginecológico inmediatamente al presentar la sintomatología, espero un año del inicio del cuadro, esto retraso el diagnóstico a una edad adecuada, y esto encamino a que la única terapéutica sea la histerectomía +salpingo-ooforectomía, en cambio si se hubiese llegado antes al diagnóstico se podría intentar manejo conservador, de observación o menos invasivo como se lo realiza en la actualidad.
- A la paciente no se le solicito otros exámenes más complejos como una tomografía axial computarizada que es requerida siempre en manera preoperatoria en pacientes con presunción de carcinoma de ovario, permite diversificar enfermedad resecable de no resecable o una resonancia magnética nuclear de abdomen que permite diferenciar visiblemente diferentes tejidos y mecanismos (tejido adiposo, colágeno, sangre, calcificaciones). Asimismo, de igualar adenopatías o implantes peritoneales que mediante la ecografía no es susceptible.

4.4.1. REVISION BIBLIOGRÁFICA

Anatomía de los ovarios

Los ovarios son órganos reproductores ubicados a los dos lados del útero que normalmente está ubicada en la depresión pelviana conjuntamente por detrás conforman el repliegue del ligamento ancho y ubicándose anteriormente al recto, es así que se encuentran suspendidos en mesovario. ¹

Contando considerablemente las medidas aproximadas de 2 a 5 cm de largo x 1.5 a 3cm de grosor y 0.50 a 1 cm de ancho. También forma anexos radicalmente anatómicos como los siguientes: en sus diferentes planos y paredes es decir en el plano medial se une con el útero por medio del repliegue o ligamento que pasa por el útero y el ovario; en su porción lateral se unen a la pared pélvica por medio del repliegue infundibulopélvico, por el cual se fluyen los vasos y tejidos que posteriormente irrigan al ovario (la arteria ovárica y los tejidos que provienen del plexo renal). ^{2,3}

Macroscópicamente: Estas estructuras pares tienen forma de almendra, con medidas de 1x2x3 cm en la mujer fértil aunque varía durante el ciclo, y un peso de unos 6 a 7 gramos, son de color blanco grisáceo. La gónada femenina es productora y secretora de hormonas sexuales y de óvulos. ¹

Microscópicamente: están cubiertos por una capa de mesotelio modificado conocido como de superficie, epitelio celómico o germinal. En el estroma ovárico

se distinguen dos regiones, de acuerdo a la función una cortical (superficial, funcional) y medular (central o estromal), el hilio (donde penetran los vasos sanguíneos, nervios y linfáticos).³

Morfológicamente el ovario en la mujer adulta presenta desde folículos primordiales hasta folículos maduros que se transforman en cuerpo amarillo, hemorrágico y de regresión e involución para pasar el cuerpo albicans.^{3,4}

MASAS ANEXIALES

Definición

Masas anexiales se consideran a las estructuras que frecuentemente suelen incrementarse de tamaño a la altura de los anexos que son parte de la masa del útero por lo mismo podrá ser diagnosticado mediante pruebas de imagenología, al examen físico, ginecológico (no necesariamente).^{4,5}

Se forman ya sea en las trompas de Falopio, el ligamento redondo, los ovarios y las estructuras internas del ligamento esférico, así como también órganos contiguos que puedan estar implicados. No obstante, el término masa anexial es inespecífico en la práctica clínica y se relaciona con tumor o quiste ovárico, ello debido a que la patología tubárica es poco prevalente.^{6,7}

Etiología

La etiología de las masas anexiales varía desde fisiológicamente normal, quistes lúteos al cáncer de ovario. El médico necesita interpretar síntomas y hallazgos de múltiples órganos, sistemas y el uso de imágenes apropiadas para diferenciar expeditivamente entre un benigno y maligno. ⁸

Las masas ováricas suelen ser patológicamente benignas en un 95% de mujeres fértiles y es raro que se presente en niñas que estén próximas a la premenarquia. Por lo tanto su mayor incidencia en el caso de premenarquia y en la posmenopausia incrementa el riesgo de contraer patología maligna. ⁴

En la edad fértil la masa anexial (definida como tal cuando supera los 3 cm) más frecuente es de origen ovárico y suele corresponder a quistes funcionales del ovario o folículos hemorrágicos persistentes. Otras etiologías benignas son los endometriomas, los tumores benignos como teratoma (quiste dermoide), cistoadenoma seroso o mucinoso.^{4,8}

Tabla N°1: Etiología de las Masas Anexiales

TUMORES BENIGNOS	<p>Quistes funcionales (simples o hemorrágicos) Endometriomas Cistadenoma seroso o mucinoso Teratoma maduro</p>
PATOLOGÍA BENIGNA NO PERTENECIENTE AL OVARIO	<p>Quiste paratubario o para ovárico Hidrosálpinx Absceso tubo-ovárico Quiste de inclusión peritoneal Absceso apendicular Absceso diverticular Miomatosis uterina Riñón pélvico</p>
PATOLOGÍA MALIGNA PRIMARIA DEL OVARIO	<p>Carcinoma epitelial Carcinoma de células germinales Carcinoma de cordones sexuales</p>
PATOLOGÍA MALIGNA SECUNDARIA	<p>Metástasis de cáncer de mama Metástasis de tumores de tracto gastrointestinal</p>

Fuente: (Dunati, 2014)

Evaluación Diagnóstica

Se debe efectuar la historia clínica completa, teniendo en consideración las referencias personales y familiares que serán de provecho para la disposición diagnóstica (signos y síntomas, cirugías pélvicas previas, historiales oncológicos personales o familiares).^{9,10}

Se debe realizar examen pélvico bimanual, se efectuará un estudio de imagen como una ecografía bidimensional y doppler, resonancia magnética nuclear, tomografía automatizada, pruebas de laboratorio como hemograma, BHCG sérica, marcadores tumorales (CA 125, Inhibinas, deshidrogenasa láctica, Alfa feto Proteína, HE4). Siempre con el propósito de separar malignidad. ¹⁰

Signos y síntomas

- Dismenorrea

- Dispareunia
- Dolor pelviano crónico.
- Dolor lumbar
- Estreñimiento
- Inflamación
- Cualquier blastoma de ovario asimismo de dolor puede inducir síntomas urinarios por compresión (tenesmo o urgencia miccional) ⁴

Examen físico

En el examen físico puede hallarse la masa anexial y puede haber dolor a la movilización anexial y/o uterina. ⁴

Cuando hay patología maligna del ovario los síntomas son menos delimitados, como relajación estomacal perseverante, incremento del diámetro estomacal (por ascitis), molestia abdominal, inclusive cambios en el apetito y/o en el equilibrio evacuatorio. Es trascendental pedir ecografía ginecológica en aquellas pacientes con sintomatologías gástricas o fatigas estomacales inespecíficas sin diagnóstico ni mejoría de la sintomatología. Al establecer una masa anexial se debe hacer del mismo modo una colposcopia y citología, examen mamario, mamografía y/o ecografía mamaria según averiguaciones del examen físico o si pertenece al screening por edad o historial. ^{4,11}

Ecografía transvaginal

En caso de sospecha clínica de masa anexial y/o de su averiguación en el examen físico es la ecografía ginecológica transvaginal (TV), con una sensibilidad de 88% a 100% y una especificidad de 62% a 96% para malignidad. El grupo

Internacional Ovarian Tumor Analysis (IOTA) aplica “reglas” B (tipologías de benignidad) y “reglas” M (características de malignidad) para la sistematización ecográfica.⁶

REGLAS B (Benignidad)	REGLAS M (Malignidad)
<p>QUISTES UNILOCULARES</p> <p>PRESENCIA DE COMPONENTES SÓLIDOS MENORES DE 7 mm.</p> <p>PRESENCIA DE SOMBRA ACÚSTICA</p> <p>TUMOR MULTILOCULAR MENOR DE 10 CM</p> <p>AVASCULAR</p>	<p>TUMOR SÓLIDO IRREGULAR</p> <p>ASCITIS</p> <p>CUATRO Ó MÁS ESTRUCTURAS PAPILARES</p> <p>TUMOR MULTILOCULAR, SÓLIDO/IRREGULAR > 10 CM</p> <p>AUMENTO DE LA VASCULARIZACIÓN</p>

Fuente: (Dunati, 2014)

La resonancia magnética nuclear

Se le debe requerir para distinguir particulares de una masa anexial en casos de dificultosa determinación por vía ecográfica. Este examen permite diferenciar visiblemente diferentes tejidos y mecanismos (tejido adiposo, colágeno, sangre, calcificaciones). Asimismo, de igualar adenopatías o implantes peritoneales que mediante la ecografía no es susceptible.^{4,12}

Tomografía axial computarizada

Es requerida siempre en manera preoperatoria en pacientes con presunción de carcinoma de ovario, para la valoración de enfermedad estomacal. Representa el estómago, dolencia peritoneal, la presencia de adenopatías, y presencia de metástasis hepáticas o pulmonares. La TAC permite diversificar enfermedad resecable de no resecable.^{13,14}

CA-125

Es un marcador sérico, como valor de corte se suele emplear 35 UI/ml tiene baja sensibilidad y especificidad, ya que pueda elevarse tanto en contextos no ginecológicas (gastroenteritis, pancreatitis, hepatitis), así como otras condiciones ginecológicas (endometriosis, miomatosis, EPI, embarazo). ^{13,14}

HE4 (Human Epididymis Protein 4)

Es una glicoproteína enunciada solo por células malignas epiteliales del ovario y no se halla vigente en circunstancias benignas, se sobreexpresa en el carcinoma epitelial de ovario, pero no en entornos benignas como embarazo, endometriosis, quistes benignos de ovario, entre otras. Empleando como marcador único posee mayor sensibilidad y especificidad que CA125, pero el mayor interés reside en el cálculo simultánea de ambos antígenos CA 125+HE4. ^{10,11}

Roma (algoritmo del riesgo de malignidad ovárica)

ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm) permite catalogar a las pacientes en alto o bajo riesgo de cáncer de ovario en la presencia de una masa ovárica. ROMA es un cálculo matemático que utiliza los valores séricos de CA-125 y HE4 (U/ml), la edad de la mujer y el estatus periódico. ¹⁰

El algoritmo ROMA utiliza las agrupaciones de CA125 y de HE4, en dos grupos de pacientes, pre-menopáusicas y post-menopáusicas. La sensibilidad diagnóstica es de 88.9% en pre-menopausia y 94.6 en post-menopausia. La especificidad es de 75% para el diagnóstico de cáncer epitelial de ovario. El algoritmo ROMA en varios estudios ha evidenciado ser uno de los mejores predictores de una masa ovárica maligna. Tiene sensibilidad y especificidad altas. ^{12,13}

Es un cálculo matemático que utiliza:

Los valores séricos de CA-125 y HE4 (U/ml)

La edad de la mujer

El estatus menstrual (PRE/POSTMENOPAUSICO) ¹⁰

Premenopáusica

Valor ROMA $\geq 7,4\%$ Alto riesgo de hallar cáncer ovárico epitelial.

Valor ROMA $< 7,4\%$ Bajo riesgo de hallar cáncer ovárico epitelial. ¹¹

Postmenopáusica:

Valor ROMA $\geq 25,3\%$ Alto riesgo de hallar cáncer ovárico epitelial.

Valor ROMA $< 25,3\%$ Bajo riesgo de hallar cáncer ovárico epitelial. ¹¹

Existen diversas publicaciones que valida el trabajo del índice ROMA en poblaciones tan numerosas como Coreanas, Chinas, Italianas, Holandesa y Americanas. En general, en el grupo post-menopáusico, ROMA tiene una sensibilidad de 92,3% una especificidad de 76,0% y un valor predictivo negativo (NPV) de 97,4%. Mirando al grupo pre-menopáusico, ROMA tiene una sensibilidad de 100%, una especificidad de 74,2%, y un NPV de 100%.¹⁴

Tratamiento

En pacientes premenopáusicas y posmenopáusicas, los quistes simples menores de 5cm de diámetro, y siempre y cuando los valores de CA-125 se localizan dentro de las medidas normales, son candidatos de seguimiento ya que en estos casos el riesgo de cáncer de ovario es de un 1%. Igualmente el 50% de estas masa solucionarán de modo espontaneo dentro de los 3 meses, en estos casos es prudente hacer seguimiento con ecografía cada 4 meses, junto con la reevaluación de la sintomatología de cada paciente. ^{15,16}

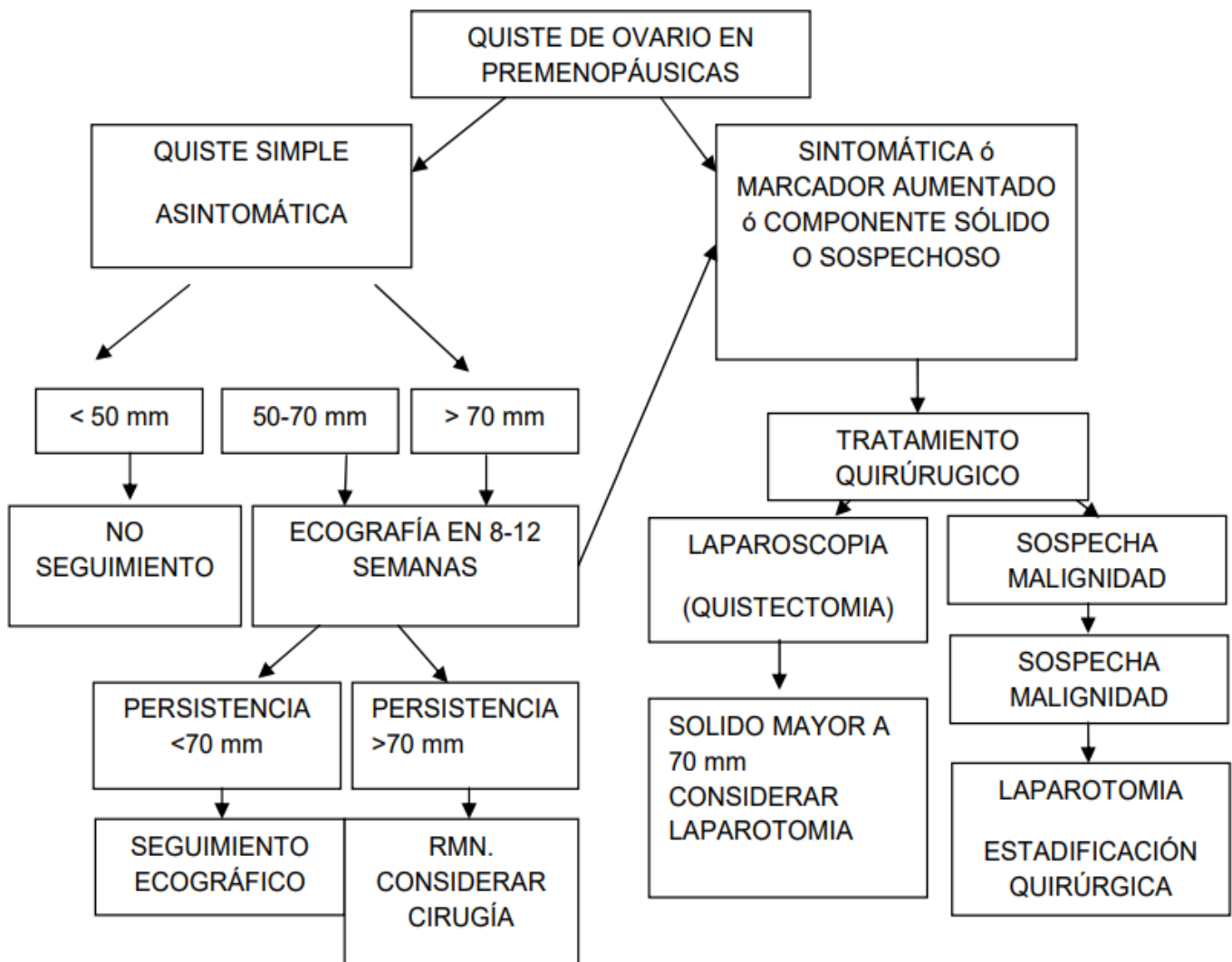
El uso de anticonceptivos orales (ACO) combinados es argumentado en pacientes premenopáusicas con el propósito de que los quistes simples minimicen su tamaño ya que el 50% de estas formaciones quísticas se reabsorberán sin tratamiento alguno. Hay investigaciones que confrontan la existencia de quistes simples en pacientes beneficiarias de ACO mezclado con 30 ug de etinilestradiol con mujeres que emplean menores cantidades (20 ug). La incidencia de quistes simples de 3 cm es menor cuando se utiliza dosis altas de etinilestradiol. Se ha confirmado que para conseguir la disminución de un quiste simple existe el uso de ACO combinado no es útil. En un estudio al respecto, se observó que el uso de ACO no estimula la resolución de los quistes funcionales y apareció la reevaluación de la formación luego de 3 períodos. ¹⁷

Pacientes Premenopáusicas

Las guías demuestran que los quistes simples con diámetro de 30 a 50 mm y cuando las pacientes están asintomáticas no precisan seguimiento. Los quistes que miden entre 50 y 70 mm precisan seguimiento, en estos casos se indica que el

50% se reabsorben en 3 períodos. Las guías explican que los que miden más de 70 mm se pueden hacer seguimiento, pero aconsejan efectuar RMN para una mejor valoración, dada la problemática para calcular con ecografía la totalidad de la imagen, o un casual método quirúrgico. 4,18

Otra representación es cuando una paciente se halla asintomática o con un marcador tumoral alto (CA-125); en menores de 40 años, requerir LDH, α FP y Hcg) o cuando el quiste tiene un dispositivo sólido o hay alta creencia de malignidad, se debe ejecutar un método quirúrgico. La quistectomía laparoscópica con procedencia con endobolsa es el método de elección. En tumores que tienen mecanismo sólido mayores de 7cm, debe estudiarse laparotomía. En mujeres con exclusivas sospechosas de malignidad tienen información de derivación al ginecólogo oncólogo de inminente para ejecución de cirugía que admita la estadificación. 4



Fuente: (Dunati, 2014)

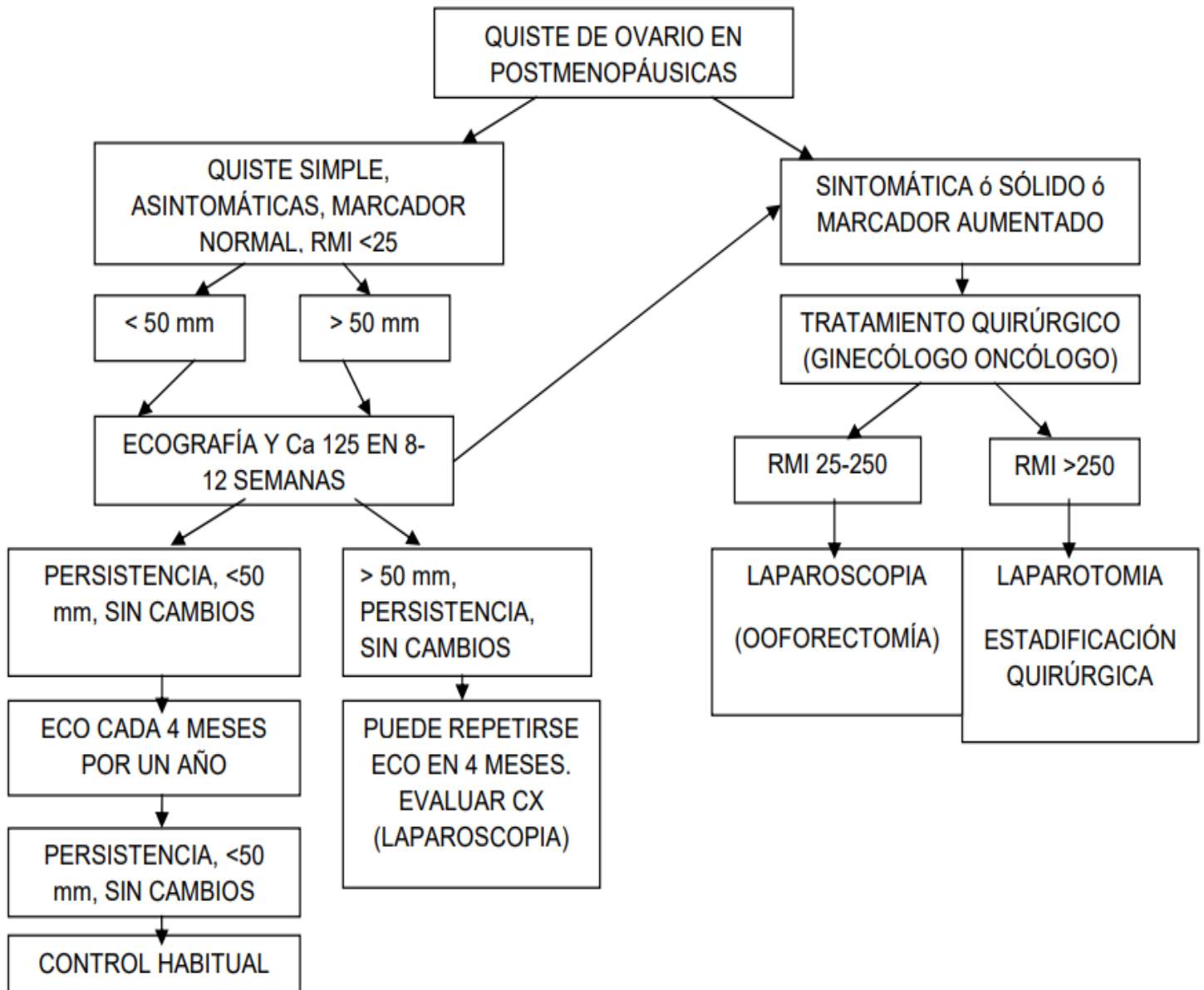
Pacientes Posmenopáusicas

Existe demostración que señala la alta incidencia de carcinoma de ovario en este grupo de mujeres tomando en consideración la edad y los cambios que se originan en los mismos, la mayoría de los blastomas encontrados son benignos. Aquellos quistes simples, unilaterales, menores de 5 cm de diámetro, tienen un bajo riesgo de malignidad. ¹²

Se recomienda que si CA-125 es normal, se ejecute seguimiento. El 50% de estas imágenes solucionarán naturalmente en 3 meses. Se repite CA-125 y ecografía TV cada 4 meses durante un año y si en alguno de ellos cambia alguna característica durante el seguimiento, se puede recomendar ejecutar ooforectomía laparoscópica.

¹²

Si hay un riesgo moderado o alto, en ambos casos debe originarse a un ginecólogo oncólogo para tomar la decisión apropiada. Con riesgo moderado, puede ejecutarse ooforectomía para vía laparoscópica. Cuando se revela que se trata de una neoplasia maligna, deberá reevaluarse la estadificación quirúrgica por un experto. En cambio, si el riesgo es alto, se sugiere la laparotomía y estadificación quirúrgica por un especialista. ¹²



Fuente: (Dunati, 2014)

Quistes anexiales de bajo riesgo de malignización

Cuando existen masas anexiales y las pacientes son asintomáticas y tiene una baja probabilidad de mostrar malignidad (menos del 1%) se pueden manipular mediante observación. Los quistes simples, sin áreas sólidas, septos o pailas,

tienen un bajo riesgo de alojar malignidad, ya sean tumoraciones benignas del ovario, quistes de inserción o prácticas. Según estudios prospectivos y de cohorte han justificado que la exéresis de quistes ováricos resistentes, no está vinculado con una reducción del riesgo de cáncer de ovario y que el seguimiento de pacientes con quistes ováricos uniloculares menores de 10 cm, no está agrupado a una alteración maligna indudable durante el lapso de un tiempo observación al prolongado. ^{18,19}

En mujeres con sospecha de masa benignas en las que se prefiere simplemente observación, habitualmente se recomiendan pruebas de seguimiento cada cierto período. ^{18, 19}

En mujeres con sospecha de masas benignas en las que se adopta simplemente observación, habitualmente se aconsejan pruebas de seguimiento cada cierto tiempo. ^{18,19}

Población premenopáusica

Los quistes funcionales, fisiológicos en mujeres premenopáusicas involucionan en un tiempo variable de tiempo, solucionándose regularmente en menos de 3 meses. Los anticonceptivos orales no estimulan la determinación de los quistes funcionales; no obstante, pueden disminuir los probables síntomas de dolor e irregularidad menstrual así como aumentar la capacidad de interpretación de la ecografía mediante la eliminación continua de la ovulación. ¹⁸

Población menopáusica

Se ha notificado que cuando hay quistes simples pequeños y uniloculares hasta un 60-70% de ellos desaparecen naturalmente, pero hay que tomar en cuenta dos componentes que podrían aquejar a la prevalencia del quiste simple de ovario como son la terapia hormonal similar y la probable actividad ovárica residual. ¹⁸

Población Postmenopausica

Cuando la paciente es asintomática con quistes simples menores de 10 cm se puede tener una conducta de seguimiento, con particularidad cuando hay antecedentes familiares de cáncer de ovario, mama o colon, y con estudio ecográfico no absolutamente agradable. ¹⁸

El quiste de ovario es uno de los que surge con más periodicidad en las mujeres. Puede aparecer a cualquier edad, inclusive en el feto dentro del vientre materno. Dependiendo de elementos como la edad y las características que presenta el quiste, puede ser benigno o maligno. Todos los ciclos se origina el crecimiento de folículos y finalmente la salida del ovulo, sino tiene las circunstancias apropiadas, este folículo no se rompe, se puede atener del mismo tamaño o crecer. ¹⁹

Quistes anexiales de riesgo intermedio de malignización

En las mujeres con quistes benignos de riesgo intermedio, existe una posibilidad no despreciable de malignidad (más del 1%); a lo que se une el hecho que la tasa de fallos en el análisis de cáncer de ovario en las masas con aspecto benigna fluctúa entre el 0,4-1,9%. Por tanto, dado el riesgo viable de malignidad, el

tratamiento de deliberación es la cirugía. La mayoría de masas anexiales de dificultad sonográfica intermedia son benignas y en función de la edad son las directivas de administración. 13,18,19

Premenopausia

Endometriomas

Cistoadenoma mucinosa-seroso: tumores ováricos benignos comunes, con una capacidad de malignización >5%. Suelen mostrarse entre los 20-50 años de edad y se especifican por tener una pared fina, ser una o multicolores y lograr un tamaño medio entre 5-20 cms. Confrontando ambos tumores, los cistoadenomas mucinosos suelen salir menos comúnmente y tienden a ser unilaterales, multitabcados y de mayor tamaño. El tratamiento eficiente es el quirúrgico (quistectomía vs ooforectomía). 13,19

Tras la cirugía, la herencia de un cistoadenoma mucinoso es una circunstancia muy poco tradicional, ligado a dos componentes: rotura intraoperatoria y realización de quistectomía.

Menopausia

Ooforectomía.

Cistoadenoma mucinoso-seroso

Teratoma quístico maduro

Fibroma

Quiste anexiales de alto riesgo

Las masas anexiales sospechosa de cáncer demuestran la exploración quirúrgica.

18

Tratamiento Quirúrgico

El abordaje quirúrgico de una masa anexial benigna debe alcanzar dos períodos: el diagnóstico y el tratamiento. ^{14,20}

El diagnostico se basa en una valoración extraquística (que contiene citología peritoneal e inspección de la cavidad estomacal) y otra intraquística (a disposición del cirujano)

Vía de abordaje: Laparoscopia vs laparotomía clásicamente, la cirugía se efectuaba mediante laparotomía. Las mejoras en el diagnostico preoperatorio, el desarrollo de la pericia laparoscópica, la necesidad de efectuar un tratamiento lo más conservados viables y el riesgo bajo-intermedio de malignización hacen permisible que hoy día la laparoscopia se considere la técnica más apropiada. Entre las principales ventajas esenciales a la técnica enfatizan la disminución de estancia y costes hospitalarios, menor riesgo de alineación de la unión, reducción del dolor postoperatorio, menores obstáculos postoperatorios, una menor cantidad de sangrado y periodicidad de aparición de fiebre así como mejores resultados estéticos. ^{14,19}

Si técnicamente una cirugía es exorbitantemente dificultosa, se debe acordarse que la laparotomía no es ni una contraindicación, ni una decepción, ni una dificultad de la cirugía endoscópica. Exclusiva mención requiere la minilaparotomía: abordaje quirúrgico menos invasivo (incisión suprapúbica de 4-9 cm), que con

respecto a la laparoscopia presenta las siguientes preeminencias: menor tiempo quirúrgico, menor curva de aprendizaje y distancia de pneumoperitoneo. ¹⁴

Por último, enfatizar la cirugía laparoscópica por puerto único: Single Port (“cirugía LESS”) que es una táctica mínimamente invasivo que maneja la técnica de entrada laparoscópica y cuenta con las mejorías de este tipo de procedimientos pueden desarrollarse más allá de la estética e incorporan la disminución del dolor.

14,21

Técnica quirúrgica:

Ooforectomía vs quistectomía

La elección quistectomía ovárica y ooforectomía viene establecida por una serie de componentes como la edad de la paciente, deseo de fecundidad futura, tamaño de la tumoración y presencia o carencia de síntomas. En mujeres en edad reproductiva y con masas de riesgo bajo o intermedio de malignización como un citoadenoma, endometrioma, dermoide, puede haber la eventualidad de conservación del ovario. En aquellas pacientes postmenopáusicas o premenopáusicas con deseos genésicos cumplidos, la salpingooforectomía unilateral es el tratamiento más acertado. ^{15,19,20}

Después de la ooforectomía bilateral, la mujer menopáusica muestra una disfunción mayor y significativa de los valores plasmáticos de androstendiona y testosterona respecto a la mujer con menopausia natural que conserva los ovarios.

21,22

Indicaciones de ooforectomía

- Torsión ovárica asociada a necrosis
- Sospecha de cáncer de ovario
- Absceso tubo-ovárico complicado
- Cirugía definitiva de la endometriosis
- Ooforectomía electiva
- Hermafroditismo
- Tumores benignos de ovario de gran tamaño. ²³

Cistoadenomas mucinosos

Los cistoadenomas Mucinosos son de tumores de estirpe benigna pero en la actualidad no está claro su comportamiento limítrofe y maligno. Corresponden el 15 -25% de todos los tumores ováricos. El 85% son benignos, el 6% son de bajo potencial maligno (limítrofes) y un 9% son tumores invasivos. ²⁴ Los tumores mucinosos o de ovario que contiene epitelio de tipo intestinal son los más probables de caer en el grupo o categorías de los de bajo potencial maligno o en los invasivos. ^{24,25} Estos tumores derivan del epitelio celómico ovárico que reproduce al epitelio mulleriano endocervical.

Anatomía Patológica:

A nivel macroscópico son masas quísticas multiloculares en su interior con líquido gelatinoso rico en glicoproteínas, unilaterales en el 95% de los casos, aunque pueden llegar alcanzar gran tamaño, (hasta 30 kg.).

Microscópicamente las paredes están revestidas de células epiteliales cilíndricas con mucina en el vértice y núcleos de disposición basal uniforme similares a las del endocervix o intestinal. ^{6,25}

4.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidades de mejora	Acciones de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
En el primer nivel de atención se dé la prevención y seguimiento adecuado.	Seguimiento y control de enfermedades para la prevención de cronicidad	A corto plazo	Personal de Salud	Personal de Salud.
Análisis de casos clínicos poco convencionales	Realizar revisiones bibliográficas actualizadas con medicina basada en la evidencia para concientizar al paciente sobre su estado de salud	A largo plazo	Personal de salud, docencia, estudiantes de medicina	Artículos científicos, revisiones bibliográficas
Establecer una guía de manejo de Patología ovárica	Crear un conjunto de definiciones operativas de los datos clínicos, servirá de sustento	A largo plazo.	Especialistas Multidisciplinarios.	Hospital Provincial Docente Ambato

	como guía clínica.			
Contratación de médicos especialistas en cada área (Patología)	Valoración adecuada de acuerdo a especialidad y patología	A largo plazo	Ministerio de Salud Pública, Administración del Hospital	Concurso de Merito y oposición
Implementación de equipos técnicos para exámenes complejos	Compra de equipos médicos de innovación / agilización de realización de exámenes con unidades de convenio	A largo plazo	Trabajo Social, Administración Hospital	Presupuesto anual del hospital, necesidades y requerimientos del paciente

5.-CONCLUSIONES

- Analizamos el caso clínico para poder determinar los signos y síntomas que nos puede guiar o hacer sospechar sobre patología ovárica y así llegar al diagnóstico mediante un buen examen físico, pruebas de imagen, laboratorio y marcadores tumorales que nos permitan distinguir una patología benigna de una maligna, y una vez ya definido el diagnóstico, elegir la terapéutica adecuada como observación o la cirugía y en esta elegir entre ooforectomía o quistectomía.
- Identificamos los factores de riesgo en las pacientes como la edad que es importante ya que los tumores benignos ováricos como el cistoadenoma mucinoso ovárico son más prevalentes en mujeres jóvenes entre 20 y 50 años, también se debe considerar un factor de riesgo importante los antecedentes familiares de cáncer de ovario, cáncer de útero, otro factor de riesgo es la situación socio económica, todos estos son aspectos importantes al momento de diagnóstico oportuno.

6. - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar M, González A, Valverde M, Rodríguez A. Quiste Benigno de Ovario. Indicaciones de Cirugía. Revista Virtual RefWorks. 2015: pp.1-12. (11)
2. Arita J. Cistoadenoma Mucinoso. Revista Medica Herediana Informe de un caso y revisión de literatura Mucinous Cystoadenoma. Case report and review. 2014; vol. 60, núm. 1: pp. 30-35. (4)
3. Biggs W, Tully S. Diagnosis and Management of Adnexal Masses. American Family Physician. 2016; vol.6 (76). (15)
4. Donati A. Guía Práctica Clínica, Masas Anexiales. Revista OSECAC. 2014: Gin-31, revisión 1: pp. 1-16. (3)
5. Ertas S, Vural F, Can E, et al. Predictive Value of Malignancy Risk Indices for Ovarian Masses in Premenopausal and Postmenopausal Women. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2016; pp. 21-77. (14)
6. FASGO. Borderline Tumors of the Ovary (of Low Malignant Potential). Revista Española de Patología. 2016; vol. 5, núm. 1: pp. 202-207. (7)
7. Lui J, Zanotti K, Management of the Adnexal Mass. Obstet Gynecol. 2013; vol. 117: pp. 1413-1428. (12)
8. Martínez J, Olguín V, Asociación de los tumores de ovario con el CA-125, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54 Supl 3:S230-7. (13)
9. Mora M, Del Valle R. Manejo de masas anexiales. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 2016; vol.1, núm.1: pp. 129-133. (8)

10. Nagamine K, Kondo J, Kaneshiro R, et al. Ovarian needle aspiration in the diagnosis and management of ovarian masses. Original Article Journal of Gynecologic Oncology. 2017; vol. 28, num. 4: pp. 1-10. (9)
11. Ortiz M, Quevedo E, Morgan V, Báez J, López G. Masas anexiales: Tumores benignos de ovarios, salpinges y misceláneos. Rev Med UAS; Vol. 6: No. 2. Abril-Junio 2016. (19)
12. Pérez E. Algoritmo Roma y Cáncer de Ovario. Revista Ginecología, Hospital San Camilo. 2014; vol. 2, núm.1: pp. 30-45. (16)
13. Ramírez C. Quistes Ovaricos. Revista Ginecología, Hospital San Camilo. 2015; vol.2, núm.3: pp.56-78. (17)
14. Rosai J. Ackerman Surgical Pathology 9na edición. Londres: Editorial Oxford; 2014. (2)
15. Sordia L, Saldívar D, Vidal O. Ginecología Casos Clínicos. Bogotá: Editorial Manual Moderno S.A.; 2014. (1)
16. Testa R. Ginecología. Fundamentos para la práctica clínica. España: Editorial Medica Panamericana; 2015. (5)
17. Valerio P, Attina G, Spadola S, et al. MR imaging of ovarian masses: classification and differential diagnosis. Insights Imaging Pictorial Review. 2016; vol. 7, num. 21: pp. 1-41. (10)
18. Vallejo J. Conservación de los ovarios frente a ooforectomía bilateral en pacientes sometidas a histerectomía por procesos benignos. Revista Elsevier Doyma Clin Invest Gin Obst. 2014; vol. 36, núm.4: pp. 94-98. (18)
19. Varas M. Ultrasonografía Endoscópica. Aplicaciones diagnósticas y terapéuticas. España: Editorial Medica Panamericana; 2015. (6)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA

20. **WILEY ONLINE LIBRARY:** Alalade A, Maraj H. Management of adnexal masses in pregnancy, *The Obstetrician & Gynaecologist*, 2017;19:317–25.(20)
21. **PROQUEST:** Terlikowska K , Dobrzycka B, Witkowska A , Mackowiak B , Kamil T , Kinalski M, Terlikowski S. Preoperative HE4, CA125 and ROMA in the differential diagnosis of benign and malignant adnexal masses. Terlikowska et al. *Journal of Ovarian Research* (2016). (21)
22. **PROQUEST:** Wang S , Yin L, Ming X , Xiao B, Zhang Y, Delgado A. Single Port Transumbilical Laparoscopic Surgery versus Conventional Laparoscopic Surgery for Benign Adnexal Masses: A Retrospective Study of Feasibility and Safety. *Chinese Medical Journal*, June 5, 2016, Volume 129, Issue 11. (22)
23. **WILEY ONLINE LIBRARY:** Alcazar J, Iaz L, Florez P, Guerriero S, Jurado M. Intensive training program for ultrasound diagnosis of adnexal masses: protocol and preliminary results. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 42: 218–223. (23)
24. **WILEY ONLINE LIBRARY:** Glanc P, Benacerraf B, Bourne T, Brown D, Coleman B, Crum C, Dodge J, Levine D, Pavlik E, Timmerman D, Ueland F, Wolfman W, Goldstein S. First International Consensus Report on Adnexal Masses. *J Ultrasound Med* 2017; 36:849–863. (24)

7.- ANEXOS

EXAMEN: ECOSONOGRAFIA PELVICA.

INFORME:

Por vía intracavitaria se realiza estudio encontrando útero en anteverso, bordes lisos, mide 58x22x34mm. Con un volumen de 23cc.

Miometrio heterogéneo, con cambios fibromiomasos difusos.

Endometrio central, ecogénico mide 2.9mm.

Cérvix ecográficamente bien conformado.

Dependiente de ovario derecho se observa imagen quística, de paredes delgadas, con finos septos en su interior mide 77x38x48mm, con un volumen de 75cc.

Ovario izquierdo no visible.

Fondo de saco líquido libre en moderada cantidad.

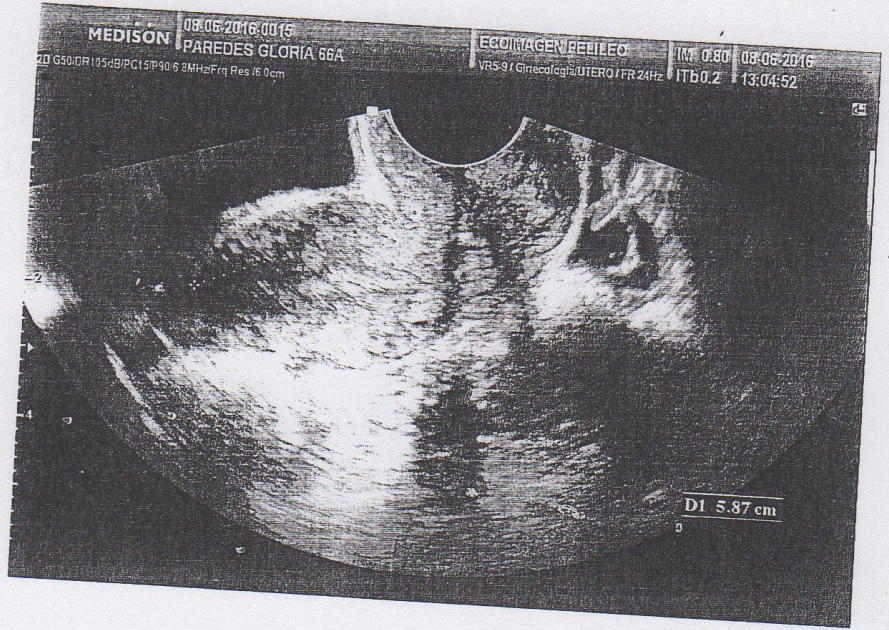
CONCLUSIONES.

- 1.- Útero fibromiomaso.
- 2.- Quiste derecho complejo (cistoadenoma).

Atentamente.

DR. EDWIN RAMOS.
Médico especialista en Radiología

CA: 128
Examen



MARCADORES TUMORALES

Determinación	Resultado	Valor Referencial
Antígeno Carcinoembrionario (CEA)	5,02 ng/mL	Menor a 4,9 ng/mL
Alfa Feto Proteína (AFP)	4,76 UI/mL	<p>Normal: 0,5 a 5,5 UI/mL</p> <p>Embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 13 semanas 8 a 42 UI/mL ◦ 14 semanas 14 a 61 UI/mL ◦ 15 semanas 17 a 66 UI/mL ◦ 16 semanas 20 a 67 UI/mL ◦ 17 semanas 23 a 80 UI/mL ◦ 18 semanas 26 a 86 UI/mL ◦ 19 semanas 30 a 95 UI/mL ◦ 20 semanas 35 a 109 UI/mL ◦ 21 semanas 43 a 211 UI/mL
Ca-125	23,89 U/mL	Menor a 21 U/mL