



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Obstetriz**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

CISTOADENOMA DE OVARIO EN EMBARAZO

DE 36.4 SEMANAS DE GESTACIÓN

AUTOR

Roxana Beatriz Muñoz Loor

TUTOR

Dr. Hugo Alvarado

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

Guaranda- Ecuador

2020

Título del Caso Clínico	CISTOADENOMA DE OVARIO
Motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente	<p>MC: DOLOR ABDOMINAL REFERIDA DE CENTRO DE SALUD CORDERO CRESPO</p> <p>ANTECEDENTES</p> <ul style="list-style-type: none">• PATOLOGICOS PERSONALES <p>Gastritis hace 2 años con tratamiento inespecífico.</p> <ul style="list-style-type: none">• PATOLOGICOS FAMILIARES <p>Padre hipertenso en tratamiento</p> <p>Abuela materna diabetes mellitus tipo II</p> <p>Abuelo paterno Ca de estómago (fallece)</p> <ul style="list-style-type: none">• QUIRURGICOS <p>No refiere</p> <ul style="list-style-type: none">• GINECO-OBSTETRICOS <p>Menarquia: 12 años</p> <p>IVS: No</p> <p>FUM: 17/Noviembre/2018</p>

	<p>EG: 36.4 semanas de gestación</p> <p>Ciclos menstruales: Irregulares</p> <p>PAP-Test: NO se realiza</p>
<p>Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).</p>	<p>GLASGOW 15/15</p> <ul style="list-style-type: none">• Paciente refiere que hace aproximadamente hace 5 días presenta dolor abdominal tipo continuo en hipogastrio de gran intensidad, por lo cual acude a esta casa de salud donde recibe medicación (analgésicos) y es enviada a su domicilio, sin encontrar mejoría acude a Hospital Básico de San Miguel 4 días después donde es referida a esta casa de salud con Diagnostico de Abdomen Agudo Inflamatorio más embarazo de 36.4 semanas de gestación, tras valoración se decide su ingreso, Al momento usuaria con intenso dolor localizado en fosa iliaca derecha, de tipo continuo, sin irradiación ni síntomas acompañantes.• FCF: 134 latidos por minute

	<ul style="list-style-type: none">• AU: 0/10/0• RIG: no se evidencian perdidas macroscópicas
Examen físico (exploración clínica).	<p>SIGNOS VITALES</p> <ul style="list-style-type: none">• Presión arterial: 110/70 mm/Hg• Frecuencia cardiaca: 95 x minuto• Frecuencia respiratoria: 20 x minuto• Temperatura: 36,8 grados C• Saturación de oxígeno: 96%• Paciente consiente, orientada, álgica, afebril e hidratada• Mucosas orales húmedas• Tórax: simétrico, corazón ruidos cardiacos regulares, pulmones ventilados, buena entrada de aire, murmullo vesicular conservado, Corazón sin alteraciones.• Abdomen: Globoso, incrementado de tamaño para edad gestacional, AFU: 63 cm, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca

	<p>derecha de gran intensidad, se palpa masa dura móvil.</p> <ul style="list-style-type: none">• Región inguino-genital: genitales de nulípara, no se evidencia sangrado ni secreciones
Información de exámenes complementarios realizados	<p>IMAGEN – ECOGRAFIA PELVICA TV + RASTREO DE FID</p> <ul style="list-style-type: none">• Útero ocupado feto único vivo de sexo femenino con aparente restricción de crecimiento; oligohidramnios severo : ILA 3• Ovario: izquierdo de tamaño y ecogeneidad habitual. Derecho se identifica tumoración gigante de aspecto hipoecoica sin precisar tamaño.• Cérvix sin alteración. Pequeña cantidad de líquido en fondo de saco de Douglas• FID: sin observar signos de proceso apendicular, asas intestinales peristálticas compresibles, no dolorosas

BIOMETRA HEMATICA

HCTO: 46

HB: 14.7

PLT: 291.000

LEUCOCITOS: 13.800

SEGMENTADOS: 82

EOSINOFILOS: 2

GS: O RH POSITIVO

TP: 14 SEG

TTP: 31 SEG

QUIMICA SANGUINEA

GLUCOSA: 85.1

UREA: 21.9

CREATININA: 0-76

SEROLOGIA

VIH: NO REACTIVO

VDRL: NO REACTIVO

UROANALISIS

DENSIDAD: 1010

PH: 7

	PIOCITOS: 5-7 BACTERIAS; +
Diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	<ul style="list-style-type: none">❖ EMBARAZO MULTIPLE-PRESUNTIVO❖ QUISTE DE OVARIO-DIFERENCIAL❖ CISTOADENOMA DE OVARIO - DEFINITIVO



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Obstetriz**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

CISTOADENOMA DE OVARIO

AUTOR

Roxana Beatriz Muñoz Loor

TUTOR

Dr. Hugo Alvarado

Babahoyo- Los ríos- Ecuador

Guaranda- Ecuador

2020

ÍNDICE GENERAL

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	I
RESUMEN	II
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN	IV
I. MARCO TEÓRICO	
1.1 Justificación	
1.2 Objetivos	
1.2.1 Objetivo general	
1.2.2 Objetivos específicos	
1.3 Datos generales	
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual	

(Anamnesis).

2.3 Examen físico (exploración clínica).

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

2.8 Seguimiento.

2.9 Observaciones.

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

TEMA

**CISTOADENOMA DE OVARIO EN EMBARAZO DE 36.4 SEMANAS DE
GESTACION**

RESUMEN

Los cistoadenoma serosos se diagnostican mediante examen histomorfológico, por patólogos. En general, son quistes uniloculares que contienen un líquido claro de color pajizo. Microscópicamente, el revestimiento del quiste consiste en un epitelio simple con cilios que puede ser columnar o plano.

Presento el caso de una paciente Femenina de 22 años de edad, primigesta, control prenatal irregular, acudió al Servicio de EMERGENCIAS a las 36,4 semanas de embarazo, enviada por su médico familiar por alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.

Al examen físico se encontró útero mayor que amenorrea con tumoración abdominal palpable, móvil, con signo de la ola positivo; al ultrasonido se observó una tumoración quística hipoecoica sin precisar tamaño, producto único vivo con retraso en el crecimiento intrauterino y oligohidramnios severo. Se efectúa cesárea obteniendo producto femenino de 2.050 gr. Apgar 9-9, se extrajo tumoración quística de 30x30x30 y 12kg de peso. El reporte histopatológico reportó cistoadenoma seroso gigante de ovario. La evolución postoperatoria de la madre y el recién nacido fue satisfactoria.

Los tumores epiteliales son los tumores de ovario más frecuentes encontrados en el embarazo. Su potencial para complicar el desarrollo del embarazo depende fundamentalmente de su tamaño; en este caso, el volumen del tumor ocasionó retraso en el crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal agudo, cuyo desenlace habría sido fatal para el producto si no hubiera sido diagnosticado y tratado quirúrgicamente de manera oportuna.

PALABRAS CLAVES: Masa Anexial, Cistoadenoma Mucinoso Bilateral, Riesgo De Malignidad, Cáncer De Ovario.

ABSTRACT

Serous cystadenomas are diagnosed by histomorphological examination, by pathologists. In general, they are unilocular cysts that contain a clear, straw-colored fluid. Microscopically, the lining of the cyst consists of a simple epithelium with cilia that can be columnar or flat.

I present the case of a 22-year-old female patient, primigravida, irregular prenatal control, attended the EMERGENCIAS Service at 36.4 weeks of pregnancy, sent by her family doctor for alterations in the fetal heart rate.

Physical examination revealed a greater uterus with amenorrhea with a palpable, mobile abdominal mass, with a positive wave sign; Ultrasound revealed a hypoechoic cystic tumor without specifying size, a single live product with delayed intrauterine growth and severe oligohydramnios. Cesarean section is performed obtaining a female product of 2,050 gr. Apgar 9-9, a cystic mass of 30 × 30 × 30 and 12kg of weight was extracted. The histopathological report reported a giant serous cystadenoma of the ovary. The postoperative evolution of the mother and the newborn was satisfactory.

Epithelial tumors are the most common ovarian tumors found in pregnancy. Its potential to complicate the development of pregnancy depends fundamentally on its size; in this case, the tumor volume caused intrauterine growth retardation and

acute fetal distress, the outcome of which would have been fatal for the product had it not been diagnosed and surgically treated in a timely manner.

KEY WORDS: Adnexal Mass, Bilateral Mucinous Cystadenoma, Malignancy Risk, Ovarian Cancer.

INTRODUCCION

1.- MARCO TEORICO

Hoy por hoy el diagnóstico de este tipo de tumores ováricos en tanto el estado de embarazo es tremendamente habitual teniendo esto como consecuencias de un alto índice de uso de ecografía y ultrasonido durante todo el periodo de embarazo. (L. Villafán-Cedeño L, 2015)

En la inspección de embarazo el descubrimiento de cierto tipo de masas anexiales o tumores ováricos tiene un índice del 5% que en su colectividad de casos se resuelven de modo espontáneo mientras se desarrolla el embarazo sin necesidad de procedimientos. El origen de este tipo de masas o tumores casi siempre es benigna siendo los más comunes: Teratoma maduro, Cistoadenoma, Tumores funcionales. Para el pertinente diagnóstico de estas patologías se ha constituido el ultrasonido como un procedimiento eficaz (L. Villafán-Cedeño L, 2015)

Cabe recalcar que este tipo de masas anexiales a menudo son diagnosticadas de manera accidental durante el control de embarazo siendo más específico en el primer trimestre de la gestación. El índice de este tipo de patologías durante el estado de gestación es de 1 en 8000 embarazos, también tenemos como dato referencial que la incidencia de global de malignidad en este tipo de masas anexiales que se presentan en el embarazo de 1 y 8%. (L. Villafán-Cedeño L, 2015)

Actualmente las masas anexiales durante el embarazo se pueden diagnosticar en etapas iniciales del embarazo, ya que el uso de la ultrasonografía prenatal permite diagnosticarlas tempranamente, eso sí, por personal calificado. Por lo que el

hallazgo tardío es excepcional, ya sea por falta de control prenatal o porque el personal no estaba capacitado para el uso de la ultrasonografía. En cuanto a las complicaciones más importantes de las masas anexiales, incluyendo el cistoadenoma durante el embarazo, es la torsión del anexo. (L. Villafán-Cedeño L, 2015)

La incidencia de torsión es del 5%. La torsión es más común en el primer trimestre. Con el diagnóstico tardío la complicación sería de rotura hacia la cavidad peritoneal durante la labor de parto o en la resolución quirúrgica del embarazo. (L. Villafán-Cedeño L, 2015)

TUMORES DE OVARIO

Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer. Aproximadamente 1 de cada 10 féminas lo tendrá a lo largo de la vida, la mayoría de las cuales requerirá de una evaluación quirúrgica. Estos se presentan desde edades tempranas hasta avanzadas. La experiencia clínica revela la alta incidencia en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad. (MsC. Laura María Pons Porrata, 2012)

Anatomía de los ovarios

Los **ovarios** forman parte del sistema reproductor de la mujer. Cada mujer tiene 2 ovarios, uno situado a cada lado del **útero**. Se encuentran **situados a ambos lados del útero**. Un ovario de una mujer madura tiene la forma y el tamaño de una pequeña ciruela y pesa entre 7 y 14 gramos. (ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER , 2018)

El ovario tiene tres partes:

- **Corteza.** Dentro de la corteza distinguimos la zona albugínea, que contiene tejido conjuntivo denso subyacente al epitelio germinal; además de estroma y folículos.
- **Médula.** Tejido conectivo laxo muy vascularizado e innervado que se continúa con el mesoovario a través del hilio.
- **Hilio o red ovárica.** Contiene vasos sanguíneos y linfáticos. En el hilio se visualizan células productoras de andrógenos con las características de las células que sintetizan hormonas esteroideas. (ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER , 2018)

Los ovarios están colgados de **ligamentos elásticos de tejido conjuntivo** entre la el útero y la pared abdominal, al igual que las trompas de Falopio, que permite que se mantenga en su posición: (ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER , 2018)

- **El ligamento útero-ovárico:** va desde la porción medial del ovario al fondo del útero.
- **El ligamento suspensorio:** se dirige del ovario a la pared abdominal.
- **El mesoovario:** se une a lo largo del útero.
- **El mesosálpinx:** fija al ovario a las trompas de Falopio.
- **El ligamento tubo-ovárico:** une al ovario con el pabellón de la trompa de Falopio.
- **Los ovarios son las glándulas reproductoras femeninas encargadas de la producción de los óvulos para la reproducción.** Los óvulos se desplazan desde los ovarios hacia el útero a través de las trompas de Falopio, pequeños conductos que conectan los ovarios con el útero. Si durante el trayecto, el óvulo es fertilizado por un espermatozoide se produce un huevo o cigoto que se aloja en el útero. **Si no es fertilizado se produce la menstruación o regla.**

- Los ovarios producen **estrógenos y progesterona**, hormonas que preparan el útero para que se produzca la anidación del óvulo fecundado e

iniciarse así la gestación. El óvulo una vez fertilizado **se implanta en el útero y comienza el embarazo.**

-

Además, estas hormonas son responsables de los caracteres sexuales femeninos como desarrollo de las mamas y regulan el ciclo menstrual y el embarazo. Durante la menopausia, los ovarios dejan de liberar óvulos y de producir hormonas. (ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER , 2018)

MASAS ANEXIALES

Masa en el tejido cerca del útero, por lo general en el ovario o la trompa de Falopio. Las masas anexiales incluyen los quistes ováricos, los embarazos ectópicos (tubárico) y los tumores benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos).

Los tumores ováricos son complicaciones relativamente poco frecuente del embarazo, presentando desafíos en el diagnóstico y el tratamiento. Durante la gestación se pueden producir complicaciones, como el impacto pélvico, la obstrucción al parto, la torsión del pedículo ovárico, la hemorragia en el tumor, la rotura del quiste, la infección y la malignidad. (Drs. Gabriel Villagrán V., 2002)

MANEJO

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) (ASAS, 2018)

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

Signos y síntomas

- Dismenorrea 15
- Dispareunia
- Dolor pelviano crónico.
- Dolor lumbar
- Estreñimiento
- Inflamación

Examen físico

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

Cuando nos encontramos ante un tipo de patología maligna del ovario los síntomas son mas específicos , como relajación estomacal constante, distensión estomacal (por ascitis), dolor abdominal, incluso cambios en el apetito y/o en el equilibrio evacuatorio. Es imprescindible pedir ecografía ginecológica en aquellas pacientes con sintomatologías gástricas o estomacales sin causa alguna 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. (ASAS, 2018)

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 16 Internacional Ovarian Tumor Analysis (IOTA) aplica “reglas” B (tipologías de benignidad) y “reglas” M (características de malignidad) para la sistematización ecográfica (ASAS, 2018)

TRATAMIENTO

Tratamiento Quirúrgico El abordaje quirúrgico de este tipo de patología benigna debe alcanzar dos períodos: el diagnóstico y el tratamiento

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 (ASAS, 2018)

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.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Este documento se realiza con el fin de dar a conocer una de las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en un establecimiento de salud, por lo que se mencionara diferentes puntos de vista con el fin de beneficiar al conocimiento propio y demás para obtener una mayor resolución de parte de personal médico.

Se busca no solo el beneficio para el personal de salud sino también para las pacientes y así disminuir las patologías Gineco- obstétricas que provocan un cistoadenoma de ovario en el embarazo y las complicaciones de la misma.

1.1.1 OBJETIVOS

1.1.2 Objetivo general

1.1.3 Presentar un caso clínico en paciente obstétrica con cistoadenoma de ovario y su repercusión en la salud fetal.

1.1.4 Objetivos específicos

- Revisar historia clínica de paciente obstétrica con diagnóstico de cistoadenoma ingresada por dolor Abdominal en hospital Alfredo Noboa Montenegro
- Analizar casos clínicos y artículos científicos de cistoadenoma en paciente obstétricas
- Determinar la implicancia fetal en el diagnóstico oportuno de los casos de cistoadenoma en pacientes obstétricas

1.2 Datos generales

Nombres completos: XXX	Sexo: Femenino
Cedula de identificación: 2350090862	Edad: 22 a 6m
Fecha de nacimiento: 13/01/1997	Estado civil: soltera
Nacionalidad: Ecuatoriana	Ocupación: Ama De Casa
Nivel de estudio: Secundaria	Raza: Mestiza
Dirección: San José de Chimbo	Religión: Católica
Nivel sociocultural/económico: bajo	Hospital: Alfredo Noboa Montenegro
Fecha de ingreso: 24/07/2019	FUM: 17/11/2018

2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

Paciente femenina que acude al servicio de emergencias por presentar dolor abdominal tipo continuo en hipogastrio de gran intensidad.

ANTECEDENTES

- **PATOLOGICOS PERSONALES**

Gastritis hace 2 años con tratamiento inespecífico.

- **PATOLOGICOS FAMILIARES**

Padre Hipertenso en tratamiento

Abuela materna diabetes mellitus tipo II

Abuelo paterno Ca de estómago (fallece)

- **QUIRURGICOS**

No refiere

- **GINECO-OBSTETRICOS**

Menarquia: 12 años

IVS: No

FUM: 17/Noviembre/2018

EG: 36.4 semanas de gestación

Ciclos menstruales: Irregulares

PAP-Test: NO se realiza

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente femenina que acude al servicio de emergencias refiere que hace aproximadamente hace 5 días presenta dolor abdominal tipo continuo en hipogastrio de gran intensidad, por lo cual acude a esta casa de salud donde recibe medicación (analgésicos) y es enviada a su domicilio, sin encontrar mejoría acude a Hospital Básico de San Miguel 4 días después donde es referida a esta casa de salud con Diagnostico de Abdomen Agudo Inflamatorio, tras valoración se decide su ingreso, Al momento usuaria con intenso dolor localizado en fosa iliaca derecha, de tipo continuo, sin irradiación ni síntomas acompañantes

2.3 EXPLORACIÓN CLÍNICA

SIGNOS VITALES

- Presión arterial: 110/70 mm/Hg
- Frecuencia cardiaca: 108 x minuto
- Frecuencia respiratoria: 22 x minuto
- Temperatura: 36,8 grados C
- Saturación de oxígeno: 96%
- Proteinuria en tirilla: negativo
- SCORE MAMÁ: 2

EXAMEN FISICO

- Paciente consiente, orientada, álgica, afebril e hidratada
- Mucosas orales húmedas
- **Tórax:** simétrico, corazón ruidos cardiacos regulares, pulmones ventilados, buena entrada de aire, murmullo vesicular conservado, Corazón sin alteraciones.
- **Abdomen:** Globoso, incrementado de tamaño para edad gestacional, AFU: 63 cm, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha de gran intensidad, se palpa masa dura móvil.
- **Región inguino-genital:** genitales de nulípara, no se evidencia sangrado ni secreciones
- **Extremidades:** móviles, simétricas sin edema

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

IMAGEN – ECOGRAFIA PELVICA TV + RASTREO DE FID

- Útero ocupado feto único vivo de sexo femenino con aparente restricción de crecimiento; oligohidramnios severo : ILA 3

- Ovario: izquierdo de tamaño y ecogenicidad habitual. Derecho se identifica tumoración gigante de aspecto hipoecoica sin precisar tamaño.
- Cérvix sin alteración. Pequeña cantidad de líquido en fondo de saco de Douglas
- FID: sin observar signos de proceso apendicular, asas intestinales peristálticas compresibles, no dolorosas

BIOMETRA HEMATICA

HCTO: 46

HB: 14.7

PLT: 291.000

LEUCOCITOS: 13.800

SEGMENTADOS: 82

EOSINOFILOS: 2

GS: O RH POSITIVO

TP: 14 SEG

TTP: 31 SEG

QUIMICA SANGUINEA

GLUCOSA: 85.1

UREA: 21.9

CREATININA: 0-76

SEROLOGIA

VIH: NO REACTIVO

VDRL: NO REACTIVO

UROANALISIS

DENSIDAD: 1010

PH: 7

PIOCITOS: 5-7

BACTERIAS; +

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO ANÁLISIS DE DATOS AGRUPACIÓN SINDRÓMICA

DOLOR EN HIPOGASTRIO	DIGESTIVO / REPRODUCTOR
DOLOR EN FOSA ILIACA	DIGESTIVO / REPRODUCTOR
MASA EN FOSA ILIACA	DIGESTIVO / REPRODUCTOR

- ❖ EMBARAZO MULTIPLE- PRESUNTIVO
- ❖ QUISTE DE OVARIO- DIFERENCIAL
- ❖ CISTOADENOMA DE OVARIO - DEFINITIVO

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

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.

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.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Oportunidad en la solicitud de la consulta

El seguimiento adecuado a seguir ante una paciente 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.

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.

Los tumores epiteliales son los tumores de ovario más ocurrentes encontrados en el embarazo. Su aparente causa para complicar el desarrollo del embarazo depende únicamente de su tamaño; en este caso, el gran tamaño del tumor ocasionó retraso en el crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal agudo, cuyo desenlace habría sido fatal para el feto si no hubiera sido diagnosticado y tratado quirúrgicamente de manera oportuna.

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Teniendo en cuenta los factores de riesgo s de este caso clínico que ponen en peligro de muerte al producto de la concepción debido al oligohidramnios severo que además se asocia a una restricción del crecimiento. Se decide, terminar embarazo por vía alta (cesárea) y así de esta manera evitar exponer a mayores riesgos el producto de la concepción.

Se efectúa cesárea, obteniendo producto femenino de 2.050 g. Apgar 9-9, se extrajo tumoración quística de 30x30x30 y 12kg de peso.

SEGUIMIENTO.

Se mantiene a paciente en observación durante 48 horas, durante este periodo de recuperación se mantuvo con tratamiento intrahospitalario:

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

- Dieta blanda + líquidos
- Control de signos vitales y score mama cada 4 horas
- Ambulatorio
- Curación de herida quirúrgica cada día
- Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc pasar 28 gotas x minuto
- Cefazolina 1 gr iv cada 6 horas
- Tramadol 100 mg + 100 ml de cloruro de sodio 0.9 % iv cada 8 horas
- Metamizol 1 gr iv cada 8 horas

Pasadas las 48 horas y con diagnóstico de recuperación favorable por cesárea de emergencia por embarazo de 36.4 semanas de gestación más compromiso de bienestar fetal más ooforectomía de ovario derecho por cistoadenoma gigante de ovario.

3. OBSERVACIONES.

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.

4. CONCLUSIONES

Los cistoadenoma serosos y mucinosos son los tumores ováricos benignos derivados del epitelio más frecuente, y representan un 25% de todas las neoplasias ováricas benignas. La edad de aparición es entre los 20 y 50 años de edad⁸.

Su incidencia en el embarazo es menor al 5% y complica la gestación cuando el tamaño interfiere con el desarrollo del mismo. No existe un consenso sobre a partir de qué tamaño puede ocasionar esta alteración.

El presente caso reportado, de una mujer joven con un tumor epitelial gigante de aproximadamente 30x30x30cm que logró coexistir con el embarazo hasta la semana 35,4 sin ninguna manifestación previa, no es habitual. El gran tamaño de la tumoración comprometió el intercambio útero placentario, desarrollándose compromiso fetal manifestado por el oligohidramnios severo y por el bajo peso al nacer, complicaciones

5. BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.google.com/search?q=cistoadenoma+de+ovaRIO&oq=cistoade noma+de+ovaRIO&aqs=chrome..69i57j0l7.10166j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/masa-anexial>
- Revista peruana DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/464>
- Donati A. Guía Práctica Clínica, Masas Anexiales. Revista OSECAC. 2014
- FASGO. Borderline Tumors of the Ovary (of Low Malignant Potential).
Revista Española de Patología. 2016

6. ANEXOS